

Samedi 27 septembre 2003

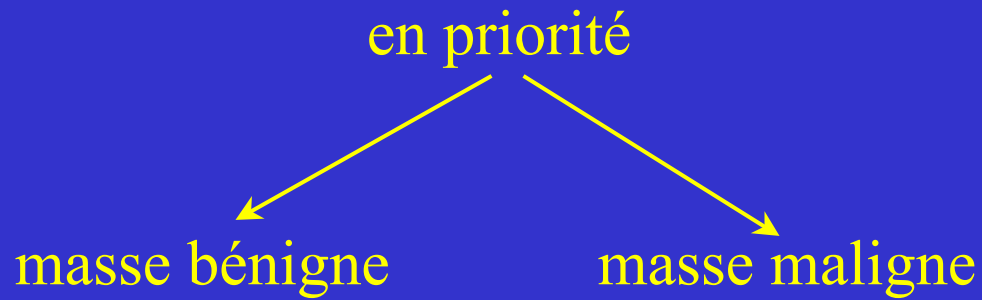
TUMÉFACTIONS DU COU CHEZ L'ADULTE

**Les masses cervicales
d'origine infectieuse**

Dr. CHAMI
MALADIES INFECTIEUSES
C.H. JOLIMONT

I. INTRODUCTION ①

■ Masse cervicale chez l'adulte



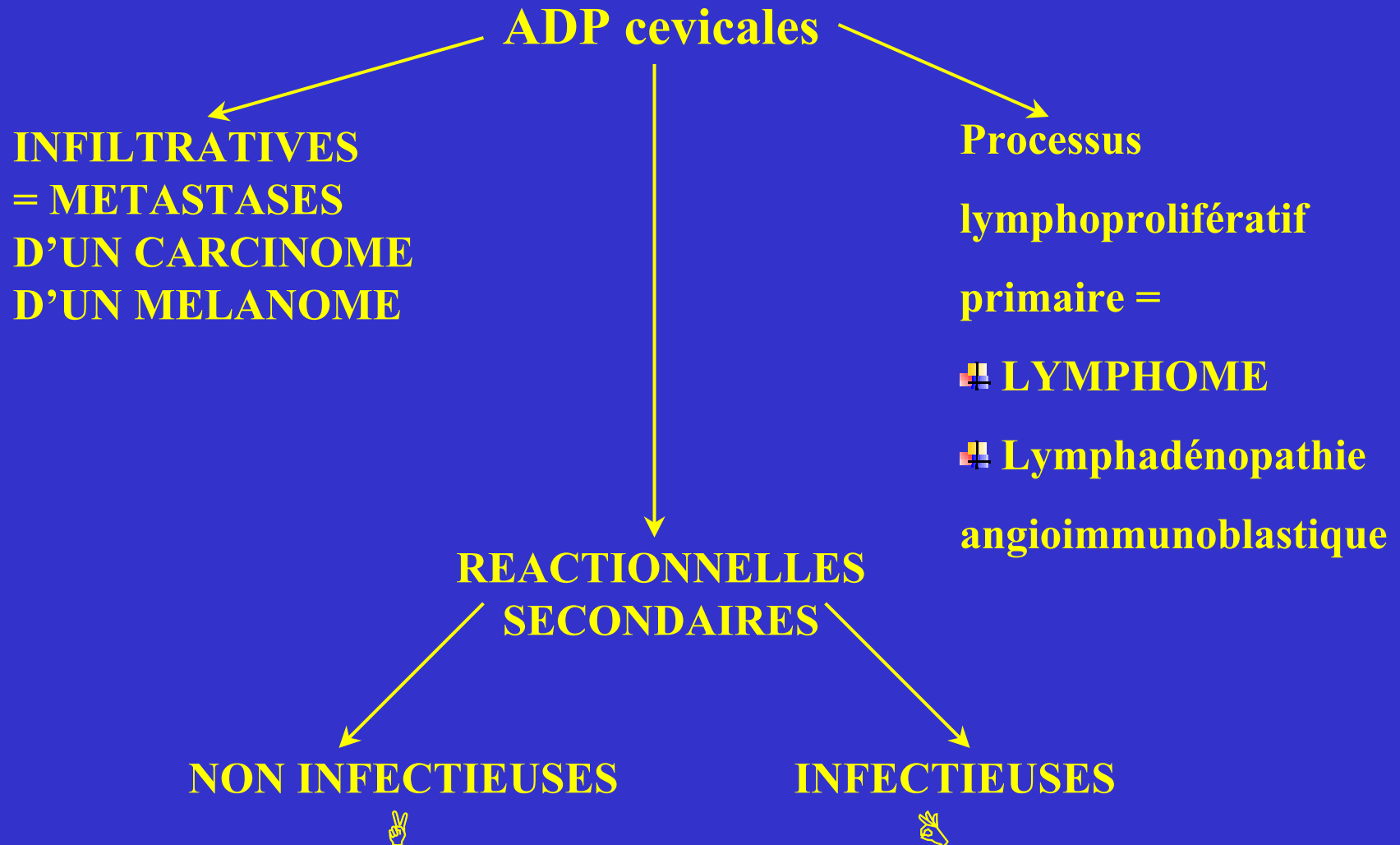
■ Les ganglions lymphatiques (Filtre, « TRAP ») sont le site le plus fréquent des masses cervicales

Un ganglion → > 1 cm ⇒ ADENOPATHIE CERVICALE

ou

LYMPHADENOPATHIE

INTRODUCTION ②



ADP Cervicales « Secondaires »

Causes NON INFECTIEUSES ①

✚ SARCODOÏSE

✚ HISTIOCYTOSE

✚ Lupus érythémateux disséminé (LED)

✚ Hypersensibilité à des drogues (Carbamazépine, Phénytoïne)

✚ Implantation de silicone au niveau mammaire

Causes NON INFECTIEUSES ②

MALADIES AVEC POLYADENOPATHIES CHRONIQUES DE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE, au nombre de 4 :

1. Maladie de CASTELMAN =

300 cas en 1992

Sexe ratio = 1

Monoadénopathique : adolescents, jeunes, bénin.

Pluricentrique : > 5 ans

cancérisation possible

complications infectieuses

✚ Hyperplasie lymphoïde angiofolliculaire

✚ Forme Monoadénopathique → exérèse définitive

Forme pluricentrique → corticoïdes

2. Maladie de ROSAI-DORFMAN =

Très rare

80% < 20 ans



ADP cervicales 97%

indolores, multiples, volumineuses



Fièvre, ↓ poids



Histiocytose sinusale cytophagique

→ Aucun cas de dégénérescence maligne

→ AINS + chirurgie symptomatique

3. Maladie de KIKUCHI =

Rare, sous estimée

Age = 30 ans
3F/1H

- ✚ ADP cervicales non suppurées devenant douloureuses
- ✚ Fièvre à 38°C/40°C 55% des cas ± clinique non spécifique
- ✚ VS élevée

- Lymphadénopathie nécrosante histiocytaire
- Pronostic favorable habituellement
Aucun cas de dégénérescence maligne
- AINS , corticothérapie

4. Maladie de KIMURA =

Très rare

Jeunes orientaux

- ✚ Hyperéosinophilie, IgE ↑
- ✚ Inflammation chronique tête/cou

→ Follicules lymphoïdes avec agrégats éosinophiles

→ Aucun cas de dégénérescence maligne

→ Corticoïdes, chirurgies d'exérèse

ADP Cervicales :

II. PRINCIPALES ETIOLOGIES INFECTIEUSES

VIRALES

- CMV
- ADENOVIRUS
- Virus Resp.
Syncitial (VRS)
- Epstein-Barr
Virus (EBV)
- Enterovirus
- Herpes simplex
Virus
- VIH

BACTERIENNES

- Group A streptocoque
- Staphylocoque aureus
- Mycobacterium
tuberculosis (MTB)
- Mycobactéries
atypiques (NTM)
- Bartonella henselae (CSD)
- Tularémie

PROTOZOAIRE

- Toxoplasmose
- Trypanosomiase

III. Comment Aborder le Problème d'une Masse ou ADPs Cervicales :

L'Anamnèse est capitale :

Occupation professionnelle

Exposition aux animaux : chats, chiens ...

Voyage récent

Mode de vie : comportement sexuel, tabagisme,
éthylisme

Le mode d'installation :

Aigu, brutal patient fébrile → cause β pyogène
ADPs douloureuses

Chronique, indolent → (plus inquiétant !)
recherche minutieuse de la cause

L'âge :

Enfants → Processus souvent bénin (70 à 80%)
= différencier les cause congénitales

Adolescents → Causes infectieuses — bactériennes
NTM

LE RISQUE DE MALIGNITE AUGMENTE AVEC L'AGE

> 50 ans → risque élevé → considérer biopsie

✚ Les caractéristiques cliniques :

TETE ET COU : - Examen approfondi

NEZ/GORGE/OREILLE/SINUS

- « Région » cutanée de drainage

→ SKIN SOFT TISSUE INFECTION

à rechercher

ADPs : > 1cm = significatives

Taille, texture, caractère douloureux, écoulement

ADPs — Larges, D⁺ (fluctuantes) → processus infectieux

Fermes, « matted », indolores, « fixes »

→ processus non infectieux (malignité ?)

IV. ADP « Solitaire »

Citons quelques exemples

<u>Agent</u>	<u>Site</u>	<u>Commentaire</u>
Adenovirus	Cervical	+ pharyngite, conjonctivite
Group A streptocoque	Cervical	D ⁺ , parfois suppurée
Staphylococcus aureus	Cervical (Régional)	Recherche de lésion cutanée (SSTI)
MTB	Régional, souvent cervical	Populations immigrées VIH Fréquence en↑
NTM	Cervical	Surtout jeune âge

<u>Agent</u>	<u>Site</u>	<u>Commentaire</u>
Bartonella henselae (cat-scratch disease)	Cervical axillaire, épitrochléen	Notion de contact < chat Peu malade, ADPs modérément D ⁺
Paracoccidioidomycose	Cervical	Central and South America , lésions mucocutanées chroniques
Toxoplasmose	Cervical	Mononucleosis-like svt ADPs généralisées
African trypanosomiasis	Cervical	Résident/Voyage > AFRIQUE svt ADPs généralisées

V. QUE FAIRE COMME INVESTIGATIONS ?

A. Interrogatoire et examen clinique :

- ✚ Mode d'installation, durée d'évolution,...
- ✚ Examen clinique général minutieux (région cervicale)
- ✚ Répertorier les signes généraux :
 - Baisse de l'état général
 - Sudations nocturnes
 - Fièvre
 - Frissons
 - Inappétence

B. Au niveau biologique :

Prise de sang générale

VS, CRP, F. Rhumatoïde, Ant. Lupique, TSH
(β 2 microglobuline)

et surtout : LES SEROLOGIES

CMV, EBV, Toxoplasmose gondi,
Bartonella henselae,
VIH (Ag p 24)
Adenovirus, VRS

Hémocultures

Frottis de gorge

Prélèvement, si le moindre écoulement

C. L'imagerie :

✚ Radiographie de thorax Face-Profil

✚ Echographie cervicale

→ et puis selon les cas :

CT Scanner cervical/médiastin

IRM

VI. MYCOBACTERIAL CERVICAL LYMPHADENITIS (SCROFULA)

ADPs chroniques, non douloureuses

- TBC est en réexpansion < VIH, Immigrés, conditions socio-économiques défavorables
- Aux Etats-Unis, il y a des villes de 1980 → 1990 ↑ de 132%
- Régions endémiques (Afrique, Sud-Est Asiatique)

- Bacille aerobie acido-alcoolo résistant (Ziehl-Nielsen)
50 espèces de mycobactéries → la moitié pathogène

Mycobacterium

Tuberculosis

(MTB)

≠

NTM

M. avium-intracellulare

M. scrofulaceum

M. kansai

M. lentiflavum

M. bohemicum

< soil, water

A. Tableau comparatif des principales caractéristiques

	MTB	NTM
Age	Souvent les adultes	Enfants et adolescents
Sexe	F/H : 2/1	Sex ratio : 1
Facteurs favorisants	VIH Statut immigré (70 à 80%) Pauvreté TBC antérieure	
Clinique	Réactivation locale d'une infection systémique avec baisse de l'état général	Souvent infection localisée, avec état général conservé

Tableau comparatif (suite)

	MTB	NTM
PPD (5 unités)	Positive franchement 70 à 100% des cas <u>> 15 mm adulte</u>	Modérément positive 30 à 90% des cas 5-10 mm

Faux négatifs : VIH, Immunodéprimés

Rx Thorax	Positive (anormale) 20 à 60% des cas [chez 90% des HIV]	Seulement dans 2 à 16% des cas
Expectoculture	Positive 20% des cas (Parfois positive avec Rx normale)	

Tableau comparatif (suite)

MTB

« relativement »
sensible, R en ↑
surtout si traitement
anti BK antérieur

NTM

Souvent résistant
au traitement
de 1^{ère} ligne

Résistance
au
traitement

TRAITEMENT

ANTI Tbc
INH, Rifampicine,
Pyrazinamide
6 à 9 mois

Excision seulement si

- nécrose cutanée
- pas de diagnostic
- fistulation

EXERESE
CHIRURGICALE
COMPLETE >
Incision et Drainage

Rôle médicaments
mal défini

B. Diagnostic

✚ Fine Needle Aspiration Cytology = FNAC

↳ 53 à 60% du diagnostic

✚ En combinant

la PPD + FNAC on a le diagnostic dans près de 80% des cas

✚ Actuellement on conseille vivement de réaliser une
FNAC + PCR

- Avantage de la « rapidité » des résultats
- La PCR est surtout utile quand l'examen direct est positif et la culture négative
- La PCR montre pour le BK { 76% sensibilité
100% spécificité

VII. MALADIE DE LA GRIFFE DE CHAT (CSD)

✚ Ne doit plus être considérée « Maladie d'adolescents », survient dans tous les groupes d'âges, âge moyen \approx 33 ans

✚ Les chatons surtout \rightarrow réservoir de *B. henselae*

✚ Contact/morsure \rightarrow papule/pustule \rightarrow ADP \rightarrow \uparrow taille
2 sem 1 à 2 sem

10% de ces ADPs \rightarrow SUPPUREES \rightarrow DRAINAGE
EST ALORS
NECESSAIRE

CLINICAL FINDINGS
for 61 patients with CSD : (en %)

LYMPHADENOPATHY	100%
Polylymphadenopathy	59%
Paryngitis	18%
Parinaud oculoglandular syndrome	10%
Fever	10%
Weakness	10%
Swelling of the parotid gland	6.6%
Skin rash	3%
Perichondritis	1.6%
Laryngitis	1.6%

ALGORITHME CSD

Adenopathie cervicale

Contact <> chats, chatons

SEROLOGIE

Ac Anti Bartonella henselae : IgM; IgG
enzyme immunoassay

Sérologie +

Δ ≡ CSD

Pas de traitement,

Sauf { signes généraux ++
fort symptomatique

Sérologie -

*Mais clinique
fort suggestive*

Excision chirurgicale

HISTOLOGIE et PCR



Δ = CSD



Chercher
autres étiologies

Quelques remarques > CSD

A. SEROLOGIE

- ☒ Confirmation du Δ quand titre Ac $\geq 1 : 512$
- ☒ Au début de la maladie IgM souvent négative

⇒ Une première séro négative n'exclut pas le Δ !

↳ REPETER DANS 15 JOURS

B. PCR

- ☒ Se fait sur matériel tissulaire
< excision chirurgicale
- ☒ PCR surtout + les 6 premières semaines d'évolution de la maladie

⇒ Une PCR réalisée 2 mois > début serait souvent négative

C. HISTOLOGIE

- ✚ La même histologie que dans TBC, tularémie, brucellose
- ✚ → Sauf que dans la CSD on retrouve **GRANULOMES ET MICROABCES** sur la même coupe

D. TRAITEMENT

- ✚ Seulement si symptômes généraux +++
- ✚ « Connus efficaces » **AZITHRO, CLARITHRO, SPIRAMYCINE, FQ, Gentamycine, Rifampicine, Tetra**
- Une seule étude Azithromycine 5 jours
randomisée, placebo contrôlé, double aveugle
↓ ADP dans les 30 premiers jours de la maladie

VIII. TOXOPLASMOSE

- 🏠 30 à 50 % immunisés ≈ 40 ans USA
- 🏠 > 90% immunisés EU
- 🏠 Chez l'immunocompétent → infection souvent asymptomatique
- 🏠 Chez 10 à 20% des patients → self-limiting avec la manifestation la plus fréquente = ADP cervicale postérieure (Parfois axillaire, suboccipitale, rétropéritonéale)
- 🏠 ADP < discrète, peu ou pas douloureuse, rarement suppurée < associée à FIEVRE, CEPHALEES, MYALGIES
- 🏠 La toxoplasmose → 3 à 7% des ADPs cervicales < clinically significant >
- 🏠 $\Delta = \begin{cases} \text{sérologie IgM, IgG} \\ \text{avidité des IgG} \end{cases}$
- ✍ Le Δ est indispensable à faire chez la femme enceinte
↳ Prise en charge du foetus

A SAVOIR : I

- ✚ **Antibiothérapie empirique justifiée si lymphadénite suppurée (GAS, SA)**
→ réévaluer dans 2 à 4 semaines

- ✚ **L'importance du Δ d'une TOXO, d'une CSD**
↳ **SELF LIMITING DISEASE**
DANS LA MAJORITE DES CAS \Rightarrow Traitement supportif
donc ça évite la chirurgie !

- ✚ **En cas d'aspiration (FNAC) ou d'excision**
↳ **Le matériel doit être suffisant**
 - ↳ **culture**
 - ↳ **PCR \Leftrightarrow contacter labo spécialisé**

- ✚ **La taille d'une ADENOPATHIE N'EST PAS CORRELEE AVEC UNE ETIOLOGIE « GRAVE »**

A SAVOIR : II

🏠 Le patient avec Infection Aiguë à VIH

↳ Mononucleosis-like syndrome

a très souvent Ac HIV Négative

⇒ Demander : Ag p24 – PCR VIH

🏠 En cas de haute suspicion d'une ADP < NTM

⇒ EXCISION TOTALE

ET NON Incision, drainage

🏠 ADPs peuvent être causées par :

Processus infectieux \longleftrightarrow ET \longleftrightarrow non-infectieux

Ex : ADPs : TOXO confirmée par sérologie

↓
6 à 8 semaines plus tard

↳ Une biopsie nécessaire pour exclure malignité

Merci

pour votre attention !