



Profil étiologique des adénopathies cervicales

Etiological profile of cervical lymphadenopathy

Andriamampionona GB, Ramarozatovo NP, Rakotoarimanana FVA, Rakotoarisoa AHN

Introduction

Une adénopathie cervicale est une hypertrophie pathologique d'un lymphonœud, dont le diamètre est supérieur à un centimètre, situé dans la région cervicale (1). Les adénopathies cervicales peuvent révéler plusieurs causes. Les adénopathies aiguës sont le plus souvent d'origine infectieuse et les adénopathies chroniques peuvent être infectieuse, tumorale ou inflammatoire (2). Un examen anatomo-pathologique d'une pièce biopsique est la clé de voute du diagnostic étiologique. Les adénopathies cervicales représentent une cause fréquente de tuméfaction cervico-faciale. Elles comptent près de 7% des consultations dans un service d'Oto-rhino-laryngologie (3). L'objectif de cette étude était de déterminer les étiologies des adénopathies cervicales. L'intérêt de notre recherche réside sur la fréquence de cette affection et sur la gravité de certaines d'entre elles pouvant être en rapport avec une étiologie maligne.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique des cas d'adénopathies cervicales vues au CHU Andohatapenaka Antananarivo Madagascar. Elle s'est étalée sur une période de six mois, allant du 1^{er} juillet 2018 au 31 décembre 2018.

Nous avons retenu dans cette étude, tous les patients qui ont présenté une ou plusieurs

adénopathies cervicales dont les étiologies ont été justifiées par un examen anatomo-pathologique. Non retenu dans cette recherche, les patients ayant présenté une ou plusieurs adénopathies cervicales dont l'étiologie n'a pas été justifiée.

Les variables étudiées ont été le profil épidémiologique, le diagnostic et la nature anatomo-pathologique des adénopathies.

Résultats

Nous avons colligé 70 cas d'adénopathies cervicales répondant à nos critères. Ces lésions occupaient 2,29% de motif de consultation au CHU Andohatapenaka. Une prédominance du genre masculin était retrouvée avec une proportion de 60 % des cas avec un sexe-ratio de 1,5. L'âge moyen était de 37,14 ans. Un pic entre 20 à 30 ans a été noté et les sujets de plus de 50 ans ont été plus marqués. Selon la

provenance des patients, nous avons constaté une prédominance des habitants urbains avec une proportion de 70 % des cas. Une notion de contagé tuberculeux et un antécédent de tuberculose ont été notés respectivement chez 8,57% et 7,14%. Le reste n'a pas d'antécédents particuliers. Une masse cervicale a été le motif de consultation le plus fréquent (71%) suivi d'une dyspnée (15%), altération de l'état général (7%) et

infection ORL (7%). Nous avons noté une évolution chronique des adénopathies dans 80% des cas. Les adénopathies étaient souvent de forme multiple (figure 1) et souvent bilatérales (52,86 %). Selon la topographie des adénopathies cervicales, la répartition anatomique a été jugulo-carotidiennes (57,71%), submandibulaires (31,42%), pré-laryngées (20%), submentale (18, 57 %) et chaîne spinale (14,28 %).

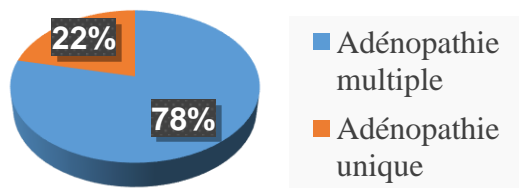


Figure 1 : Répartition selon le nombre d'adénopathies

Les adénopathies cervicales enregistrées étaient souvent recouvertes par de peau saine, de taille inférieure à 4 cm, fixe, non douloureuse et de consistance ferme (tableau 1).

Tableau 1 : Caractères cliniques des adénopathies

Caractères des adénopathies		Effectifs n=70	Pourcentages (%)
Peau en regard	Normale	54	77,14
	Inflammatoire	11	15,71
	Fistulisée	5	7,14
Taille	Inférieure à 4cm	46	65,71
	Supérieure à 4cm	24	34,29
Mobilité	Fixe	58	82,86
	Mobile	12	17,14
Sensibilité	Non sensible	51	72,86
	Sensible	19	27,14
Consistance	Ferme	41	58,57
	Dure	18	25,71
	Molle	11	15,71

L'asthénie, l'amaigrissement et l'anorexie ont été les signes généraux les plus observés (67,14%). La dysphagie, la dysphonie et la dyspnée ont été les signes associés avec respectivement 28,57 %, 22,86% et 21,43 % des cas. Parmi les 70 patients dans notre

série, 32 ont effectué des bilans biologiques. Une hyperleucytose et anémie étaient retrouvées (tableau 2).

Tableau 2 : les bilans biologiques

Résultats biologiques	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Hyperleucocytose	14	43,75
Anémie	11	34,38
Thrombopénie	08	25
Leucopénie	04	12,5
Thrombocytose	04	12,5

Une élévation de la protéine-C-réactive était également constatée dans 78,12% des cas. Une panendoscopie réalisée chez 11 patients révèle six tumeurs du rhinopharynx, trois tumeurs du larynx, deux tumeurs de l'œsophage. Dans notre étude, 15 patients ont bénéficié de la radiographie thoracique. Celle-ci a été normale chez huit patients. Quatre patients ont présenté une opacité au niveau de l'apex pulmonaire, deux patients atteints de lymphome malin non hodgkinien ont présenté un élargissement médiastinal et une femme atteinte d'un cancer thyroïdien a présenté une image en faveur d'une broncho-pneumopathie.

Nous avons retenu que les adénopathies tuberculeuses et métastatiques ont été les plus fréquentes dans notre série, elles représentaient 35,71% chacune (tableau 3).

Tableau 3 : Les étiologies des adénopathies cervicales

Étiologies	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Tuberculose	25	35,71
Métastase	25	35,71
Adénite	8	11,43
Lymphome malin non hodgkinien	7	10
Lymphome malin Hodgkinien	5	7,14

Selon l'âge, l'adénopathie tuberculeuse touche surtout les patients jeune. Tandis que les adénopathies métastatiques intéressent les patients âgés (tableau 4). Les adénopathies tuberculeuses sont multiples (80%), unilatérale (56%), sensible (36%) et mobile (20%). Associées à une fièvre vespérale (72%) et asthénie (72%). Les adénopathies métastatiques sont fixes (100%), dure (60%), multiples (60%), unilatérales (56%)

accompagnées d'une altération de l'état général (76%).

Nous avons répertorié 25 cas d'adénopathies métastatiques dont les primitifs sont différents (tableau 5). Les adénites réactionnelles non spécifiques sont sensibles (75%), uniques (50%), unilatérales (50%) associées à une fièvre dans 62,5% des cas.

Les adénopathies lymphomateuses sont multiples (85,71%), volumineuses (71,42%), et de taille supérieure à 4 cm dans 71,42 % des cas.

Dans notre série des cas, certains antécédents sont significativement en rapport avec des adénopathies cervicales (Tableau 6).

Tableau 4 : Nature des adénopathies cervicales et l'âge

Etiologies	Age (ans)							
	<1	1-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	>60
Tuberculose	1	2	7	5	5	2	2	1
Métastase	0	1	0	3	2	3	9	7
Adénite non spécifique	1	2	0	3	2	0	0	0
LMNH	0	0	0	0	1	1	1	2
LMH	0	0	2	2	0	0	0	0
Lymphome de Burkitt	0	2	0	0	0	0	0	0

Tableau 5 : Les primitifs des adénopathies métastatiques

Tumeurs primitives	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Tumeur thyroïdienne	09	36
Tumeur du cavum	06	24
Tumeur des glandes salivaires	03	12
Tumeur palatine	01	4
Tumeur du larynx	01	4
Tumeur faciale	02	8
Tumeur de l'oropharynx	01	4
Tumeur éthmoïdale	01	4
Tumeur de l'œsophage	01	4

Tableau 6 : Corrélation adénopathie cervicale et les antécédents

Antécédents	Adénopathies tuberculeuses	Adénopathies métastatiques	Adénites non spécifiques	LMNH	LMH
Alcool	6 (p= 0,6)	8 (p=0,4)	4 (p=0,4)	0	0
Tabac	4 (p=0,3)	7 (p=0,4)	4 (p=0,2)	0	0
Infection ORL	6 (p=0,38)	2 (p=0,09)	4 (p=0 ,015)	1 (p=0,24)	0
Contage tuberculeuse	6 (p=0,005)	0	0	0	0
Tuberculose	5 (p=0,03)	0	0	0	0

Discussion

Dans notre étude, les adénopathies cervicales représentaient 2,29% des consultations confondues. Une proportion de 4,6% a été rapportée par Razafindrakoto en 2007 (3). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'automédication et les consultations chez les médecins de ville se sont développés ces dernières années.

Une prédominance masculine était mentionnée dans notre travail. Une étude effectuée par Tchinn au CHU de Lomé (4) et une autre faite par Ondounda (5) ont également retrouvé une même prédominance masculine avec respectivement un sexe-ratio de 1,3 et de 1,4. Il semble donc qu'en Afrique, les adénopathies cervicales soient plus fréquentes chez les sujets du genre masculin.

L'âge moyen de nos patients a été de 37,14 ans. Une étude réalisée par Shahzad (6) a retrouvé une moyenne d'âge de 38,14 ans. L'âge de survenue des pathologies les plus fréquemment responsables d'adénopathies cervicales peut rendre compte de cette moyenne d'âge aux alentours de la troisième ou de la quatrième décennie dans beaucoup de séries (3).

La plupart de nos patients était d'origine urbaine. Une étude faite par Tchinn a également retrouvé cette prédominance citadine (4). Ceci pourrait s'expliquer par

l'emplacement des centres hospitaliers de référence en Afrique, qui est souvent dans des zones urbaines.

Un contage tuberculeux et un antécédent d'une tuberculose ont été notés respectivement dans 8,57% et 7,14% de nos patients. Selon l'étude de Fergoug en Algérie, 20% de ses patients ont présenté un antécédent de tuberculose (7). La tuberculose ganglionnaire peut survenir même chez les patients sans antécédents d'infection par mycobactérie dans les pays africains comme Madagascar.

La tuméfaction cervicale a été le premier motif de consultation chez nos patients. Pour Kouassi, les patients ont été venus en consultation pour même motif que la nôtre (8). Le diagnostic des adénopathies est surtout clinique donc, la découverte fortuite de cette lésion par des examens paracliniques est inhabituelle.

Les adénopathies cervicales ont été d'évolution chronique chez 80% de nos patients. D'après Tchinn, la majeure partie des adénopathies cervicales retrouvée dans son travail a été d'évolution chronique (4). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adénopathies aiguës sont généralement traitées par les médecins de ville. Les patients sont adressés dans un service de

spécialité en cas d'échecs de ces moyens thérapeutiques de première intention.

Dans notre série, les adénopathies étaient multiples dans 78 % de cas. Un résultat comparable était apporté par Kouassi (8). Nous avons constaté que les adénopathies multiples étaient plus inquiétantes pour les patients par rapport aux ganglions uniques. Par ailleurs, la chronicité d'évolution de cette affection facilite l'atteinte des ganglions les uns après les autres.

La localisation des adénopathies chez nos patients a été jugulo-carotidienne (55,71%) et sub-mandibulaire (31,42%). Kouassia retrouvé également une prédominance des adénopathies jugulo-carotidiennes (8). Ces deux groupes ganglionnaires drainent la plupart des viscères de la région cervicale, d'où cette fréquence (1).

Dans notre série, 11% de nos patients a eu une adénopathie associée à des signes inflammatoires cliniques. Les adénites réactionnelles ont été notées dans 11,43% de nos cas. Sur les cinq cas d'adénopathies fistulisées, quatre cas d'entre eux ont été des adénopathies tuberculeuses. La majorité de nos patients (77,14%) n'a présenté aucune anomalie au niveau de couverture cutanée sus-jacente. Dans notre étude, 34,29% de nos patients a présenté une volumineuse adénopathie. Les étiologies des adénopathies volumineuses ont été les adénopathies métastatiques et les maladies lymphomateuses. Selon Pauzié, la présence des adénopathies volumineuses est un facteur de mauvais pronostic dans les cas des patients atteints d'un carcinome des voies aéro-digestives supérieures (9).

Les données de la littérature considèrent le caractère fixe de l'adénopathie en faveur d'une malignité (10). Dans notre série, les adénopathies ont été fixes dans 40% des cas. Ceci était proportionnelle au nombre des adénopathies métastatiques dans notre série (35,71%). Une adénopathie douloureuse était en faveur d'un contexte infectieux. Les adénopathies ont été indolores dans 72,86% de nos cas. Un auteur a rapporté également des adénopathies indolores chez 76% de ses cas (4). Nous avons constaté que les

adénopathies tuberculeuses et les adénopathies malignes ont de caractère indolore, sauf si elles sont volumineuses. La consistance des adénopathies est un élément très important dans l'orientation étiologique. Une adénopathie dure ou pierreuse évoque en premier lieu une adénopathie métastatique (10). Dans notre série, cette caractéristique était notée chez 25,71% des cas et la quasi-totalité de ces adénopathies ont été métastatiques (83,33%).

Selon les signes généraux, Oundounda a rapporté que l'altération de l'état général et la fièvre ont été plus marqués (5). Dans notre étude, 67,14% des patients ont présenté une altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, anorexie). A noter que les adénopathies sont des manifestations cliniques témoignant une pathologie quelconque et certaines sont graves altérant l'état général des patients. Lors de notre travail, les anomalies biologiques rencontrées ont été l'hyperleucocytose, l'anémie et élévation de la CRP. Pour Oundounda, les anémies ont été les plus fréquentes (5). La plupart des maladies en rapport avec la présence d'adénopathies sont des affections d'évolution chroniques qui pourrait interagir sur les paramètres biologiques des patients.

Parmi les étiologies des adénopathies cervicales, nous avons retenu que les adénopathies tuberculeuses et les adénopathies métastatiques ont été les plus fréquentes (25 cas). Comme dans d'autres pays Africains, la tuberculose est restée endémique à Madagascar (11). Une autre étude réalisée par Afounda à Cotonou a retrouvé que les adénopathies métastatiques constituent la première cause d'adénopathies cervicales (12). Les lymphonœud cervicaux représentent la localisation la plus fréquente de la tuberculose extra-pulmonaire (13). Kinde a retrouvé dans sa série 77,27% des cas (14). La tuberculose est une maladie des patients à immunité affaiblie. Les mauvaises conditions socio-économiques dans les pays en développement rendent les défenses immunitaires déficitaires d'où la facilité de développement des infections comme la tuberculose. Les patients ayant un antécédent

d'une tuberculose pulmonaire sont susceptibles de développer une adénopathie tuberculeuse. Même résultats ont été mentionnés par Kinde et Fergoug (7,14).

Dans notre étude, nous avons retrouvé 25 cas d'adénopathies métastatiques. Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont très lymphophiles, ce qui explique la fréquence des adénopathies métastatiques (13). Les adénopathies cancéreuses non lymphomateuses sont notées particulièrement chez un homme alcoolotabagique aux alentours de la cinquantaine (15). Nous avons également constaté que les sujets les plus vulnérables aux cancers des VADS ont été les sujets âgés. Un total de 19 patients a été âgé de plus de 40 ans avec une prédominance masculine. Selon la littérature, les adénopathies métastatiques se reconnaissent cliniquement par leur dureté, leur fixité par rapport aux plans superficiels et profonds et par leur allure rapidement évolutive (6). Même caractéristique a été mentionnée durant notre recherche.

Les adénites réactionnelles non spécifiques ont été retrouvées dans 11,43 % de nos patients. Les sujets jeunes de moins de 40 ans ont été les plus touchés ; c'est une adénopathie localisée et inflammatoire (16).

Une étude effectuée par Razafindrakoto a rapporté une proportion de 20,99% de cas (3). Une infection ORL augmente significativement le risque de développer une adénite non spécifique ($p=0,015$). Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés par Safont (17).

Dans notre étude, les adénopathies lymphomateuses ont représenté 17,14% de nos patients et âgés plus de 30 ans. Par ailleurs, le lymphome de Burkitt concerne surtout les enfants et nous avons dénombré 2 cas. La même constatation était rapportée en Afrique centrale en raison de la forte prévalence de l'infection par le virus d'Epstein Bar (12). Le lymphome malin Hodgkinien (LMH) intéresse surtout le sujet jeune, entre 10 ans à 30 ans dans notre recherche. Selon la littérature, le pic d'incidence de la maladie de Hodgkin a été autour de 20 ans (18). D'après certains auteurs, la maladie de Hodgkin survient le plus souvent entre 20 et 30 ans avec une moyenne aux alentours de 23,8 ans (8). Les adénopathies lymphomateuses étaient également distinguées par ses caractères multiples, bilatérales, indolores et volumineuses parfois associés à une hépatosplénomégalie (3,8).

Conclusion

Les adénopathies cervicales peuvent être en rapport avec une étiologie bénigne ou maligne. Quant au diagnostic étiologique, un interrogatoire et un examen physique minutieux peuvent orienter le diagnostic. L'examen anatomopathologique d'une pièce de biopsie ou exérèse des adénopathies est l'examen-clé du diagnostic de sa nature. A travers notre étude, nous avons constaté que les adénopathies tuberculeuses, les adénopathies métastatiques, les hémopathies malignes et les adénites réactionnelles sont les plus fréquemment rencontrées. La découverte précoce d'une adénopathie pourrait faciliter la prise en charge. Par ailleurs, une multidisciplinarité et une prise en charge spécifique pour chacune des étiologies est nécessaire.

Références

1. Michel G. Diagnostic des adénopathies superficielles de l'enfant. EMC- Pédiatrie-Maladies infectieuses 2006;3(2):1-9.
2. Agarwal M, Nabavizadeh S, Mohan S. Non squamous cell causes of lymphadenopathy. Semin Ultrasound CT MR.2017;38(5):516-30.

3. Razafindrakoto R, Rakotoarisoa A, Ramarozatovo N, Rakotomananjo A, Rakotonirina T, Randrianandraina M. Profil épidémiologique des adénopathies cervicales chroniques à Antananarivo à propos de 162 cas. *Rev. Méd. Madag.* 2012;2(2):134-7.
4. Tchinn D, Amégbor K, Sonhaye L, Bissa H, Pegbessou E, Agod P et al. Profil histopathologique des adénopathies cervicales à propos de 386 cas d'adénopathies cervicales observées au CHU de Lomé. *Méd Afr Noire.* 2012;59(12):563-7.
5. Ondounda M, Gaudong L, Mounguengui D. Profil étiologique des adénopathies en milieu tropical : soixante-dix-huit observations au Gabon. *Méd Trop.* 2013;23:304-7.
6. Shahzad A, Faran K, Afaq M, Salamatullah J, Muhammad O, Muhammad A et al. Cervical lymphadenopathy: a common diagnostic dilemma. *Pak J Surg.* 2012;17(2):76-80.
7. Fergoug I, Chikh K, Mehadji M. Tuberculose ganglionnaire cervicale : à propos d'une série de 46 patients. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol pathol cervico-faciale* 2014;131(4):129-30.
8. Kouassi N, Vroh B, Ngattia V, Abouna A D, Kouassi A, Kouassi H et al. Epidemiologies, clinicals and histopathologies of chronic cervical lymphadenopathy in Bouaké. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.* 2014;21(3):33-6.
9. Pauzié A, Gavid M, Dumollard J, Timoshenko A, Peoc'h M, Pradesa M. Adénopathies cervicales métastatiques infracentimétriques des carcinomes épidermoïdes ORL : incidence et valeur pronostique. *Ann Fr Oto-Rhino-laryngol pathol cervico-faciale* 2016;133(2):276-80.
10. Benhamou A, Dib N, Nazih N, Boulaadas M, Essakali L, Kzadri M et al. Adénopathies cervicales malignes en apparences primitives. *La lettre du cancérologue* 2008;17(9):446-9.
11. Rajasekaran K, Krakovitz P. Enlarged neck lymph nodes in children. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(4):923-36.
12. Afounda L, Avakoudjo F, Alamos. Aspects étiologiques des adénopathies cervicales chroniques au CNHU-HKM de Cotonou. *J Soc Biol Clin.* 2012;17:76-80.
13. Sando Z, Fouelifack F, Fouogue J, Jeanne H, Yvette S, Francois D et al. Etude histopathologique des adénopathies cervicales à Yaoundé Cameroun. *Pan Afr Med J.* 2014;19:185-7.
14. Kinde-Gazard D, Anagonou Y, Gninafon M, Tawo L, Josse R. Les adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse : aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique au Centre National Hospitalier de Pneumophtisiologie de Cotonou. *Méd Afr Noire.* 1997;44(2):90-4.
15. Darrouassi Y, Mehdi C, Mohamed M, Haddou A, Brahim B. Apport diagnostique de la cervicotomie exploratrice : étude rétrospective de 300 cas. *Pan Afr Med J.* 2015;22(2):364-6.
16. Russel J, Culloh M, Brian A. cervical lymphadenitis. *Pediatrics* 2011; 1(1):52-4.
17. Safont M, Angelakis E, Richet H, Hubert L, Fournier P, Drancourt M et al. Bacterial lymphadenitis at a Major Referral Hospital. *J Clin Microbiol.* 2014;52(4):1161-7.
18. Ghizlane H, Lamyae A, Hafsa S, Hind S, Moumen N, Ennezari A, et al. Lymph node tuberculosis : epidemiology, diagnostic and therapeutic aspects, about 357 cases. *Pan Afr Med J.* 2014;19(2):157-9.