

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinuee.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinuee" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Présentation de cas en pédiatrie - Genève le 29 avril 201

Adénopathies

Orateur: Dr L. Cimasoni

Présentation de vignettes cliniques:

Margaux 13 ans consulte pour une tuméfaction sus claviculaire, augmentant de taille malgré un traitement de co-amoxicilline. A l'échographie on relève une adénopathie de 4,5 cm, les sérologies sont négatives, il y a une légère anémie. Il s'agit d'un ganglion de Troisier. L'échographie abdominale est normale. Le diagnostic à la biopsie est celui de maladie de Hodgkin, le bilan d'extension par PET scan conclut à un stade IV.

Claire, 7 ans et demi, présente une voussure sous mandibulaire de 2x1,5 cm. La FSC montre une leucopénie avec répartition normale, la VS est à 5 ; les sérologies sont négatives. Un diagnostic différentiel est posé entre infection virale ou bactérienne, lymphome, leucémie. L'échographie abdominale montre une légère splénomégalie. Sous co-amoxicilline, il y a progression des adénopathies, avec apparition d'une tuméfaction au front. La biopsie alors pratiquée montre un clone lymphocytaire.

Mathys, 8 ans, présente une tuméfaction cervicale gauche sous co-amoxicilline. La tuméfaction est sous angulomandibulaire avec une tuméfaction de l'amygdale. FSC, CRP, sérologie sont sans particularité, le CT cervical objective l'adénopathie et la tuméfaction amygdalienne. Le diagnostic différentiel se pose entre infection, abcès amygdalien, lymphome. Le bilan d'extension est sans particularité. La tonsillectomie objective un lymphome de Burkitt.

Timothée 9 ans ½ présente une tuméfaction cervicale depuis 3 jours. Il a voyagé au Sénégal. A l'examen ORL, la gorge est calme, il y a de multiples adénopathies, la FSC est normale, la VS est légèrement augmentée à 20, les LDH sont augmentées. La sérologie de maladie de griffe de chat est douteuse, le quantiferon négatif. Un diagnostic de lymphome ou d'infection est évoqué. Sous co-amoxicilline, il y a progression des adénopathies, finalement la sérologie se positiviera pour l'EBV.

Yassin à 3 mois. Il présente une masse latérocervicale de 3,5 cm. La FSC est normale, les sérologies non contributives (anticorps maternels), une PCR sanguine revient positive pour le CMV, le diagnostic évoqué est celui d'infection à CMV, éventuellement tuberculose.

Finalement devant la persistance de la masse une biopsie est pratiquée qui montrera un neuroblastome cervical (sans autre atteinte).

Les cas peuvent être particuliers à cause du volume de l'adénopathie ou d'une situation particulière (front, sus claviculaire)

Physiopathologiquement, les ganglions sont des relais le long du système lymphatique, occupant des territoires particuliers.

Les organes lymphatiques primaires sont la moelle osseuse, le thymus; les organes secondaires sont les ganglions, la rate, les végétations.

Le ganglion est composé d'une zone corticale (folliculaire, lymphocyte B), paracorticale (lymphocytes T) et médullaire (macrophages). La circulation des lymphocytes se fait via la circulation lymphatique et sanguine.

Les cellules dendritiques capturent un antigène puis migrent de la peau vers le ganglion; dans le ganglion, il y a activation lymphocytaire (B, T ou naïf). La circulation se fait via la lymphe puis la circulation sanguine.

L'adénopathie est l'augmentation de taille d'un ganglion, plus que 1,5 cm (ou 2,5 cm au niveau ORL).

Les causes sont le plus souvent banales, le développement est maximal entre 4 et 8 ans, il faut distinguer les adénopathies localisées ou généralisées.

Les causes d'adénopathies localisées sont des infections loco-régionales, des infections virales, des infections malignes ou des maladies inflammatoires (Kawasaki)

Les causes d'adénopathies généralisées sont les infections, les causes médicamenteuses, les maladies généralisées, les cancers, les maladies de surcharge, l'histiocytose de Langerhans.

Un diagnostic différentiel existe avec les kystes branchiaux, les kystes dermoïdes, des tumeurs (tératome, lipome, autres), des malformations vasculaires, des kystes thyroïdiens.

A l'anamnèse, il faut rechercher des voyages, des contacts avec des animaux (lait de chèvre, chat (bartonella), lapin (tularémie).

Il faut rechercher des signes d'inflammation locale (rougeur, chaleur) et l'examen général recherche des signes infectieux, une hépato-splénomégalie, une altération de l'état général.

Les examens complémentaires sont:

FSC, CRP, VS LDH

Sérologies toxoplasmose, EBV, CMV, éventuellement HIV, Mantoux ou Quantiferon, sérologie bartonella.

Un US local, éventuellement abdominal, une radiographie du thorax

A compléter par un CT Scan ou PET scan

L'échographie permet de confirmer qu'il s'agit d'une adénopathie, de définir sa taille.

Un signe d'alerte est une augmentation progressive de taille sur deux semaines, la persistance pendant plus de 6 semaines; la consistance, une localisation particulière peut aussi alerter.

Il est important de faire une enquête étiologique, de réévaluer l'enfant, de ne pas introduire de corticothérapie, de ne pas banaliser un ganglion sus claviculaire.

Attitude: devant une adénopathie localisée, avec une cause locale, une antibiothérapie peut être débutée.

S'il n'y a pas de cause locale, un bilan général doit être pratiqué.