



«DOCTEUR J'AI LES BOULES»

Colloque de présentation de cas SMPR
17.02.2016

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS

- Adénopathies (ADP) cervicales et inguinales depuis 1 mois
- Asthénie, sans symptômes B
- Arthralgies
- A vu son médecin traitant 3 semaines auparavant
→ bilan sérologique réalisé
 - CMV IgG positifs
 - EBV neg
 - Toxoplasmose neg
- Consulte car l'asthénie s'aggrave et les ADP fluctuent

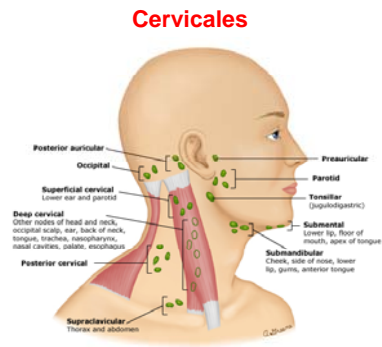
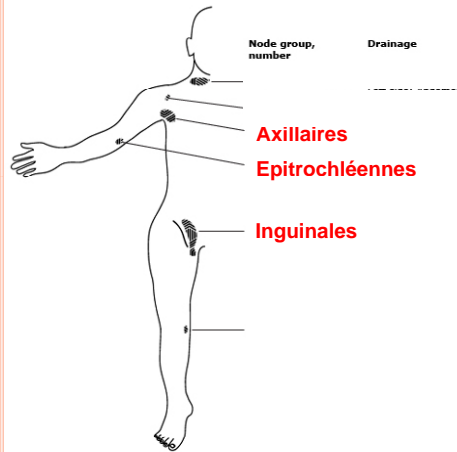


ADENOPATHIES GENERALISEES

PLAN

- Aires ganglionnaires superficielles
- Définition d'une adénopathie (ADP)
- Diagnostic différentiel
- Epidémiologie
- Démarche diagnostique
- Take home messages

AIRES GANGLIONNAIRES SUPERFICIELLES



UpToDate®

DÉFINITIONS

ADENOPATHIE (ADP)

- Ganglion augmenté de volume
- > 1cm (au-dessous rarement de signification clinique)
- Exception: inguinal → jusqu'à 1.5-2cm physiologique

ADP généralisées

- ADP dans > ou 2 régions non contiguës

Causes les plus fréquentes d'adénopathies généralisées (polyadénopathies)⁵

Infection

- Bactérie : brucellose
- Virus : virus d'Epstein-Barr, cytomégalovirus, VIH, hépatite B
- Mycobactérie : tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) et mycobactéries atypiques
- Champignon : histoplasmosse
- Protozoaire : toxoplasmose
- Spirochète : syphilis secondaire

Maladies inflammatoires et auto-immunes

- Lupus érythémateux disséminé
- Arthrite rhumatoïde
- Sarcoidose

Médicaments

- Phénytoïne
- Carbamazépine
- Maladie sérique : pénicilline, sulfamides, salicylates, etc.

Cancers

- Cancers hématologiques
 - ✦ Leucémie aiguë lymphoblastique
 - ✦ Syndromes lymphoprolifératifs
 - lymphome non hodgkinien et maladie de Hodgkin
 - leucémie lymphoïde chronique
- Cancers non hématologiques (tumeurs solides) : inhabituels

Carrier. Le Médecin du Québec. 2012

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Incidence: 0.5% par année
- Prévalence faible malignité: ~1% des patients consultant un médecin généraliste¹
- Red flags:
 - Âge (rare < 35 ans; plus fréquent > 50 ans)
 - Symptômes B
 - Antécédent de cancer

Allhiser JN et al. J Fam Pract. 1981
Fijten GH et al. J Fam Pract. 1988
BMJ Best practice 22.1.2016

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

- Consensus
- Limitations:
 - Études anciennes
 - Peu d'études sur ADP généralisées

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE:

ANAMNÈSE

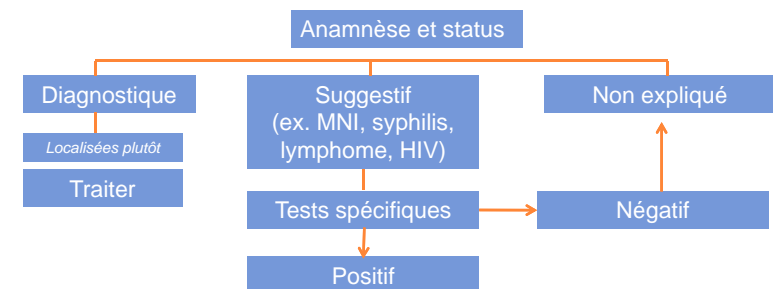
- Age
- Symptômes B
- Symptômes ORL
- Contact animaux ou produits dérivés (lait non pasteurisé, viandes mal cuites, chats)
- Voyage récent
- Exposition: drogues IV, rapports sexuels à risque
- Anamnèse médicamenteuse
- Tabac/OH
- Anamnèse par système
- Antécédents (notamment néoplasies)

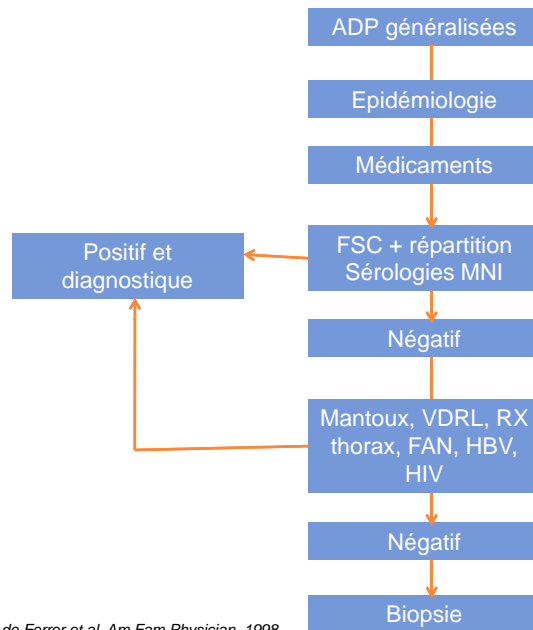
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE:

STATUS

- Palper les aires ganglionnaires
- Caractérisation des ADP
- Rechercher hépato-splénomégalie
- Téguments
- Status ORL

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE





Adapté de Ferrer et al. Am Fam Physician. 1998
BMJ Best practice 22.1.2016

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET L'IMAGERIE?

- Echographie abdominopelvienne → pas recommandé
- CT thoracoabdomino pelvien → pas recommandé pour le diagnostic
- PET-CT → pas recommandé pour le diagnostic

BIOPSIE OR NOT?

- Si le bilan de base n'est pas diagnostique
- Si suspicion de néoplasie!

Kozuch et al. Clinical Hematology and Oncology. NY. 2003
Carrier. Le Médecin du Québec. 2012

BIOPSIE OR NOT?

- Eviter les biopsies inguinales: très mauvais rendement
- Ne pas prescrire de corticothérapie ou antibiothérapie → peut fausser les résultats (effet lympholytique)

Kozuch et al. Clinical Hematology and Oncology. NY. 2003

BIOPSIE OR NOT?

- Oui, mais laquelle?

Aspiration à l'aiguille fine (cytologie)

*Si carcinome sous-jacent, récurrence
Souvent non conclusif si lymphome*

Biopsie au trocart (par les radiologues)

*Avantages: \$\$\$\$, ↓ complications
Mais pas toujours diagnostique
Plutôt si ADP difficilement accessible pour exérèse*

Excision complète
GOLD STANDARD

*Conserve l'architecture
Meilleur rendement diagnostique
Choisir l'ADP la + pathologique*

Carrier. Le Médecin du Québec. 2012
BMJ Best practice 22.1.2016

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS

- Adénopathies + asthénie + arthralgies
- Complément d'anamnèse:
 - Absence de risque VIH/Hépatites
 - Pas d'exposition à animaux
 - Pas de voyage
 - Pas d'autres symptômes
- Status:
 - ADP cervicales multiples, la plus grande à 1.5x1.5x1.5cm, mobilisable sur tous les plans, non sensibles, non indurée
 - ADP inguinales, la plus grande 2x1.5x2cm
 - Pas d'hépatosplénomégalie palpée
 - Reste du status non contributif

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	15/01/2016 09:55:00 ORANGE 15 706 sgv (*)
Copier les colonnes choisies pour MS-Word			
Nombre de colonnes affichées : 8			
Vitesse de sédimentation	mm/h	0 - 10	40
érythrocytes	T/l	4.4 - 6	4.75
hémoglobine	g/l	140 - 180	132
Hématocrite			
Hématocrite	%	40 - 52	39.8
Sgv-hématocrite	%	40 - 52	
MCV	fl	82 - 98	83.8
MCH	pg	28 - 34	27.8
MCHC	g/l	320 - 360	332
leucocytes	G/l	4 - 11	7.0
Répartition leucocytaire			
Sgv-neutrophiles	%	33 - 80	
neutrophiles segmentés	%	33 - 75	35.0
neutrophiles non segmnt	%	0 - 5	14.0
éosinophiles	%	0 - 5	1.0
basophiles	%	0 - 2	0.0
monoocytes	%	0 - 9	9.0
lymphocytes	%	15 - 60	41.0
cellules réparties			100
Sgv-neutrophiles-nb abs	G/l	1.5 - 8	
neuro segmentes nb abs	C/l	1.5 - 7.5	2.45
neuro non seg -nb abs	G/l	0 - 0.5	0.98 [B]
lymphocytes-nb abs	G/l	1 - 4.5	2.87
Sgv-érythroblastes	% Leuco	0 - 0	
Thromboocytes			
thromboocytes	G/l	150 - 350	173
MPV	fl	8 - 12	11.0 [C]
Morphologie érythrocytaire			
anisocytose			+
poikilocytose			+
anisochromie			+
Morphologie leucocytaire			
lymphocytes stimulés			++
cellules type Pfeiffer			+

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS

	Unité	Valeurs Réf./Seuil	15/01/2016 09:55:00 ORANGE 15 1247 sgv (*)
Copier les colonnes choisies pour MS-Word			
Nombre de colonnes affichées : 8			
protéine C-réactive	mg/l	0 - 10	13.40
sodium	mmol/l	136 - 144	
potassium	mmol/l	3.6 - 4.6	
créatinine	µmol/l	62 - 106	80
eGFR (CKD-EPI)	ml/min/1.73m ²	> 60	121 [A]
tropone I	µg/l	< 0.090	
ASAT	U/l	14 - 50	114
ALAT	U/l	12 - 50	152
phosphatase alcaline	U/l	25 - 102	136
gamma glutamyltranspept.	U/l	9 - 40	121
bilirubine totale	µmol/l	7 - 25	10
bilirubine conjuguée	µmol/l	0 - 10	[B]
lipase	U/l	13 - 60	

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS

- A quoi pensez-vous?

CAS DE MONSIEUR D., 22 ANS



Epstein-Barr VCA, IgG, EIA, qi	s/coo	> 1.00	1.40
Epstein-Barr VCA, IgM, EIA, qi	s/coo	> 1.00	3.93
Epstein-Barr EBNA, IgG, EIA, qi	s/coo	> 1.00	0.01
Epstein-Barr, EIA, qi, interprétation			POSITIF [D]
Sérologies et virus des parotites et brucelles			
Toxoplasma gondii, IgG, EIA, qn	UI/ml	> 3.0	0.1
Toxoplasma gondii, IgG, interprétation (EIA)			NEGATIF
Toxoplasma gondii, IgM, EIA, qi	index	> 0.60	0.38
Toxoplasma gondii, IgM, interprétation (EIA)			NEGATIF

[D] Compatible avec une infection aiguë en cours. Séroconversion à confirmer si nécessaire. *

TAKE HOME MESSAGES

- Problème fréquent en cabinet
- Le plus souvent bénin
- Mais importance de ne pas rater les causes malignes!
- Etre systématique
- Si le bilan de base est négatif → biopsie!

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION!**

RÉFÉRENCES

- M. Bromberg et al. Assessment of lymphadenopathy. BMJ Best Practice, 22.01.2016
- Carrier C. Adénopathie: biopsie ou observation? Le Médecin du Québec, volume 47, n°10, octobre 2012.
- Krause M. Adénopathies, Forum Med Suisse n°38, 2002
- Bernard M. Approach to the Patient with Lymphadenopathy, Hospital Physician, July 2005; 29-33
- R. Fletcher, Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate. Déc 2015
- Raetzo, Restellini, «Docteur j'ai», 3^e ed, 2008; Ed. Médecine & Hygiène
- Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential Diagnosis and Evaluation. Am Fam Physician. 1998 Oct 15;58(6):1313-1320.