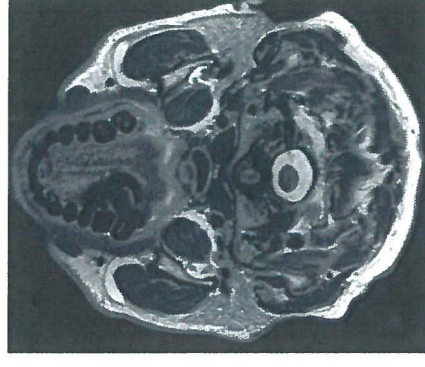
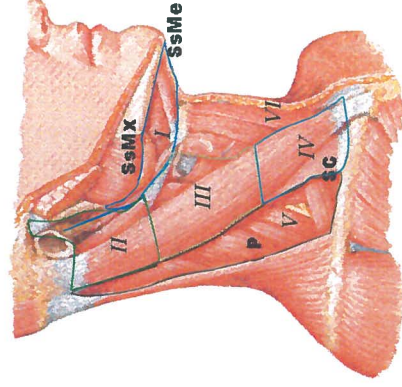
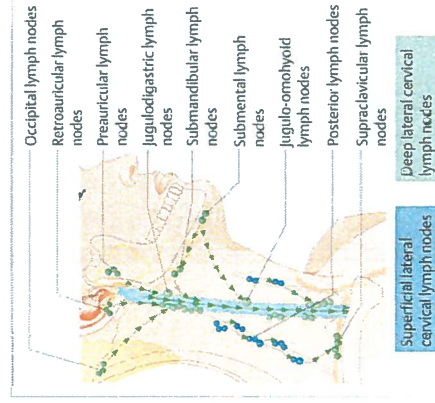
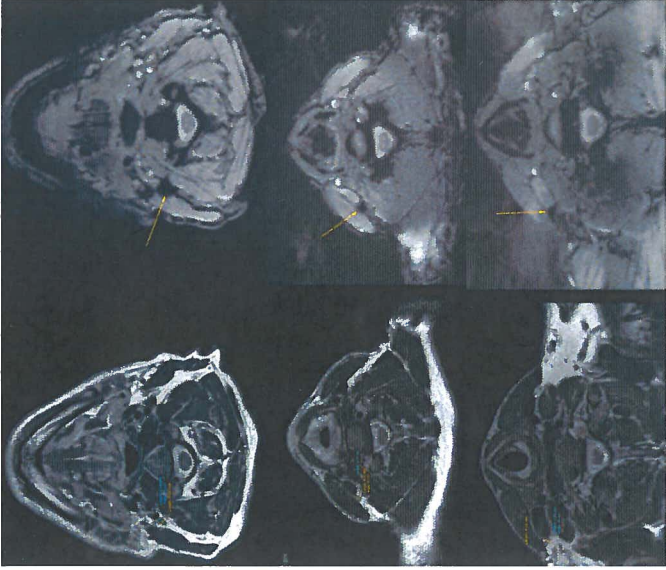


Adénopathie ORL au cabinet : quels diagnostics évoquer, quel bilan effectuer par le MPR ?

Nicolas Dulguerov
Orl et chirurgie cervico-faciale
Enseignement en médecine
ambulatoire 2018

- Introduction
- Masse cervicale – étiologies
 - Infectieuse
 - Inflammatoire
 - Tumorale
- Adénopathies
 - Infectieuse
 - Inflammatoire
 - Tumorale
- En résumé





- Masse cervicale – étiologies

- ANAMNESE:

- masse cervicale
 - durée
 - aiguë / chronique / progressive
 - masse dans d'autres localisations
- douleur
 - intensité
 - constante / fluctuante / progressive
- écoulement
 - voyages, contact avec animaux, alimentation
 - limitation des mouvements

- Masse cervicale – étiologies

- INSPECTION:

- masse cervicale
 - localisation
 - peau: lésions, rougeur, dilatation vasculaire
 - fistules cutanées
 - masse autres localisations
- écoulement
 - caractéristiques (pus, liquide clair, sang)
- limitation des mouvements
 - position antalgique



- Masse cervicale – étiologies

- PALPATION:

- masse cervicale
 - localisation
 - nombre (taille)
 - douleur
 - consistance
 - pulsatilité
 - mobilité relative à la peau
 - mobilité relative aux structures profondes
 - horizontalement
 - verticalement
- douleur
 - localisation
 - masse / structure sous-jacente
- limitation des mouvements
 - mobilité de la colonne

- Masse cervicale – étiologies

- Malformations (kyste du tractus thyro-glosse, Kystes branchiaux, kyste dermoïde, malformation vasculaire, lymphangiome)

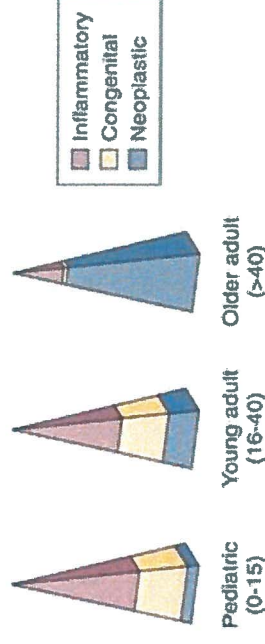
- Infections

- Inflammations

- Tumeurs bénignes (lipome, hémangiome, schwannome, paragangliome, lésion thyroïdienne, glande salivaire)

- Tumeurs malignes (métastases cervicales)

Relative Probabilities of Neck Mass Etiologies



- Masse cervicale – étiologies

- Adénopathies (> 1 cm)

- Lymphadénite aiguë (< 1mois)

- virale
- bactérienne

- Lymphadénite chronique (> 1mois)

- Infections

- Griffe du chat
- Mycobactérie (typique + atypique)
- Actinomycose
- Toxoplasmose
- HIV
- Tularémie
- Brucellose
- Inflammation
- sarcidiose

- maladie de Kawasaki
- maladie de Kikuchi
- maladie de Castelmann
- idiopathique
- Tumorale

- Lymphadénite aiguë

- Epid: très fréquent

- Physiopath: lymphadénite réactive associée à une infection des VADS (rhino-pharyngite, angine, dents, glandes salivaires, peau)

- Localisation : espace cervical antérieur (postérieur), JS, spinal

- Age: tout âge, fréquent dans l'enfance

- Clin:

- symptômes des VADS associés
- T°, signes généraux
- APDs multiples et douloureuses
- résolution rapide (2-3 semaines)
- possible abcédation, surtout chez le petit enfant

- Diag: clinique +/- US

- Bactério:

- virus: rhinovirus, adénovirus, influenza, RSV ...
- bactéries: streptocoque gp B, staphylocoque doré, anaérobies buccaux
- It: AINS
- si abcès: antibiotiques, drainage

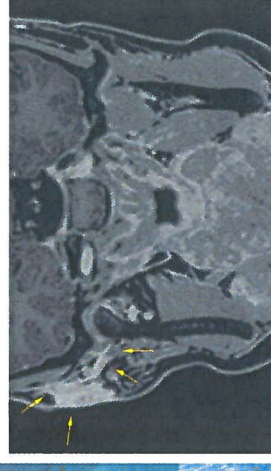
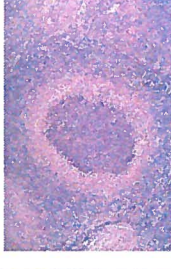
- Mononucléose infectieuse

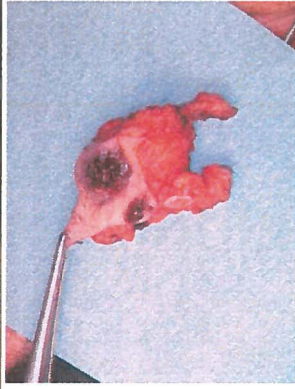
- Epid: fréquent
- Physiopath: lymphadénite réactive dans le cadre d'une infection à EBV
- Localisation : espace cervical antérieur (postérieur)
- Age: adolescence
- Clin:
 - angine
 - larges et multiples ADPs douloureuses
- Diag: clinique +
 - FSC (lymphocytose, monocytose (>60%), lymphocytes atypiques-cellules de Pfeiffer)
 - Monospot (90%)
 - IgM VCA (100%)
- Ti: AINS, antibiotiques (pas ampicilline), stéroïdes (?)
- CAVE: hépato-splénomégalie



- Lymphadénite infectieuse chronique

- Lymphadénite due à une infection à Bartonella henselae
- Epid: fréquent
- Physiopath:
 - chaton < 12 mois; griffure de chat; chaton avec poux (*Ctenocephalides felis*)
 - Lésion (papule) d'inoculation (50%) → 1-3 semaines
 - ADP régionale (90%); signe unique dans 50%, 1 ADP dans 80%, suppuration dans 30%
- Patho: hyperplasie lymphoïde, prolifération vasculaire, granulomes avec nécrose centrale et cellules géantes, microabcès
- Localisation : partout
- Age: jeunes
- Clin: pas spécifique
 - fièvre > 38° (30%), fatigue (30%), céphalée (15%), nausée (15%), splénomégalie (10%), arthralgies (5%), conjonctivite - syndrome oculoglandulaire de Parinaud (5%)
- Diag: clinique + sérologie ± biopsie (coloration de Warthin-Starry)
- DD:
- Ti: macrolides, tétracyclines, RIEN





- Infection cervicale chronique

- Actinomycose. Bactérie Gram +, anaérobe
- Epid: rare aujourd'hui
- Physiopath:
 - Actinomyces = organismes commensaux de la cavité buccale
 - pas seulement *Actinomyces israelii*
 - homme = seul hôte (cavité buccale, oropharynx, vagin)
 - pathogénèse peu claire: traumatisme (fracture, extraction dentaire) ~ 50% des cas
 - pas d'incidence augmentée lors de l'immunosuppression
 - 60% cervico-facial, 20% pulmonaire, 20% abdominal
 - extension directe (pas d'adénopathie satellite) qui ne respecte pas les plans anatomiques, inflammation avec granulomatose chronique
- Localisation: espace sous-mentonnier
- Age: adultes, hommes
- Clin: fistules cutanées
- Diag: clinique ± granules souffrés (pansement), pas de sérologie
- It: chirurgie
- Abx pendant 8 semaines: pénicilline, clindamycine, érythromycine, tétracycline



- Lymphadénite chronique inflammatoire

- Maladie de Kawasaki
- Localisation : ADPs multiple uni- ou bilatérales (50-75%)
 - Age: 1-2 ans, 80% < 5 ans
 - Consistance: ferme, douloureuse, érythème
 - Clin: **fièvre durant plus de 5 jours** + (4/5) conjonctivite, rash cutané, œdèmes des pieds et des mains, lésions lèvres et muqueuse orale, ADP
 - Diag: clinique avec 4/6 symptômes. Pas de test spécifique
 - Physiopath: infection virale (prévalence saisonnière, climat tempéré, épidémies) + composante génétique
 - Tt: immunoglobuline
 - **CAVE: mortalité de 0.5-1% (atteinte coronarienne)**

- Lymphadénite chronique inflammatoire

- Maladie de Kikuchi
- = lymphadénite nécrosante subaiguë
- Localisation : région cervicale (90%)
- Age: < 30 ans
- Sexe: 4F:1H
- Consistance: ?
- Clin: symptômes généraux peu spécifiques: fièvre, frissons, IVRS, perte pondérale, sueurs nocturnes
- Diag: clinique + VS>50mm/h ± pathologie
- Tt: nihil, résolution en 4-6 mois
- **CAVE: DD lymphome**

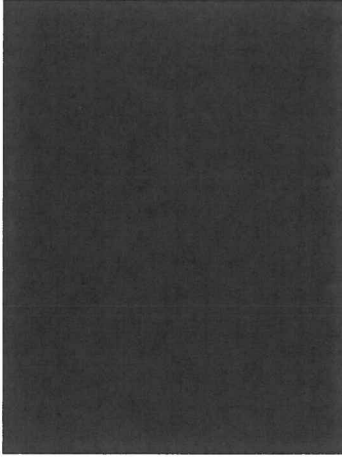
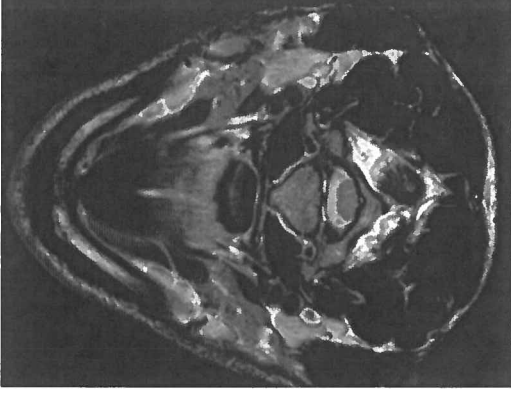
- Adénopathie tumorale

- MARTIN (1950) :
 - " .. asymmetric enlargement of one or more cervical lymph nodes in an adult is almost cancerous and usually is due to metastasis from a primary Head and Neck site. "

- Adénopathie tumorale

- Lymphomes
 - En fonction du contexte clinique (âge, transplantation)
- ADP métastatique:
 - VADS
 - peau
 - glandes salivaires
 - glande thyroïde
 - autres

- Adénopathie tumorale



- Adénopathie tumorale

- Carcinome nasopharyngé indifférencié

Présentation:

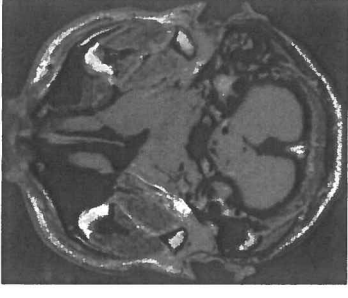
- Otite séreuse
- Epistaxis
- Déficit nn crâniens
- Adénopathie

- EBV induit

- Diagnostic sur biospie

- Radio-chimiothérapie

- EBV PCR utile pour le suivi après ttt



- Adénopathie tumorale

- 32 ans , 20 SA, ADP décrit comme réactives dep. 18 mois

- Us ponction carotide: ADP à cheval entre groupe IV et V à gauche, de 21 x 10 mm



- Expertise radiologique

- Adénopathie tumorale

- 38 ans, masse dans le cou

L'examen met en évidence une lésion ovoidale d'allure kystique localisée le long des vaisseaux jugulo-carotidiens gauches dans la partie supérieure sous la grande sous-mandibulaire, cette lésion s'étend sur 28 mm x 32 mm x 51 mm, les contours sont fins.
Pas d'hypervascularisation au Doppler.

Prélevement: Masse latéro-cervicale gauche

Description macroscopique :

21 ml de kyste beige-rouille (épave) + 15 ml de kyste orange-rouge

Description microscopique sur les deux prélèvements :

Masse de foci de type kiste de kystes cellulaires, de structure y compris et macroscopique de kystes et de cellules pleurales sans zones épave notable

Diagnostique :

Avec compatibilité certain d'un kyste vestigial de type kystique

NOUS RECOMMANDONS LA BIOPSIE DES CELLULES SUSPECTES DE BIOPSYE

Méthode examen: kiste cytotique / pleurales cellulaires en parties groupées (kyste)

Examen: histologique et/ou immunohistochimique

- Exa ORL VADS N

- Diagno retenu: kyste du 2^{ème} arc branchial

- Adénopathie tumorale

- 38 ans, masse dans le cou
- Images d'ultrasons revues par radiologue.
- **EXAMENS COMPLÉMENTAIRES**
- **CT, Ultrason et cytoponction de juillet 2014 : masse de 5cm intéressant le territoire jugulaire**
- moyennes, septations intra-lésionnelles à contenu essentiellement liquidien. Pas d'adénopathie locorégionale.
- **Cytoponction du 04.07.2014 : aspect compatible avec le contenu d'un kyste branchial.**
- **IMPRESSION :**
- Kyste du 2ème arc branchial à gauche.
- **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**
- Kyste du 2ème arc branchial gauche.
- Métastase kystique d'une lésion thyroïdienne
- Métastase kystique d'une adénopathie sans porte d'entrée.
- **PROPOSITION :**
- Nous préconisons un US de la thyroïde avec ponction.
- Bilan de sang.
- Cure de kyste en anesthésie générale.

- Adénopathie tumorale

- Ganglion groupe 2 cou à gauche (A) :
- - Deux ganglions lymphatiques sans métastase.
- Masse cervicale groupe II à gauche (B) :
- - Volumineuse métastase ganglionnaire kystique d'un carcinome épidermoïde p16 positif, mesurant 6,5 cm de grand axe, avec effraction capsulaire.
- - Cinq ganglions lymphatiques sans métastase.
- Carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche, pT1pN3M0.
- Radio-chimiothérapie adjuvante
- Rémission 3 ans post fin de ttt

- Adénopathie tumorale

- 2 : Matériel quasiment acellulaire. Contenu séro-hémorragique avec macrophages compatible avec le contenu d'une lésion kystique. Présence de très rares cellules atypiques. *Reprélever pour avoir plus de matériel.*



H15013339

- Adénopathie tumorale

- Présentation différente
- Peu symptomatique
- VADS peuvent être normales, pas d'ulcère
- Amygdale > base de langue
- Ponction sous US
- Bilan radiologique

ORIGINAL ARTICLE
Case-Control Study of Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer
 Geoffrey D. Stoner, PhD, Joseph A. Califano, MD, Richard D. Gelber, MD, William H. Westra, MD, and Mark S. Cohen, MD, PhD

ABSTRACT
 Objectives: To determine the association between human papillomavirus (HPV) infection and oropharyngeal cancer (OPC) in a population-based, case-control study of 100 patients with OPC and 100 controls.

RESULTS: HPV infection was detected in 66% of OPC cases and 14% of controls. HPV infection was significantly associated with OPC (OR 4.5, 95% CI 1.8-11.2). HPV infection was also significantly associated with OPC in patients with a history of alcohol consumption (OR 3.2, 95% CI 1.1-9.1) and in patients with a history of tobacco use (OR 2.1, 95% CI 0.8-5.4).

CONCLUSIONS: HPV infection is a strong risk factor for OPC, particularly in patients with a history of alcohol consumption and tobacco use.

KEY WORDS: HPV, OPC, alcohol, tobacco, case-control study

- En résumé

- Aigu: < 3 semaines infectieux
- Chronique: > 3 semaines autres
- Se rappeler de la pyramide âge-probabilité
- Importance de l'anamnèse
- Ne pas oublier présentation pauci-symptomatique de cancer
- L'ORL peut ne pas voir la lésion
- Le radiologue peut ne pas l'interpréter correctement
- Le pathologue n'examine que le matériel qui lui est remis

1. Anamnèse détaillée (voyages, comportement à risque, contact avec des animaux, symptômes...)
2. Examen ORL complet
3. Sérologies (*Bartonella*, toxoplasmose, CMV, EBV, Lyme, tularémie)
4. Recherche VIH
5. T-spot (selon anamnèse)
6. Radiographie du thorax
7. Cytosonctions (\pm sous ultrason) avec matériel fixé et non fixé pour PCR

- Suivi jusqu'à résolution

