

# Item 216 – UE 7

## Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant (cervicale)

- I. Diagnostic positif
- II. Diagnostic étiologique et indications thérapeutiques
- III. Diagnostic différentiel
- IV. Orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale

### **Objectifs pédagogiques**

#### **Nationaux**

- Devant une ou des adénopathies superficielles, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

#### **Collège français des enseignants d'ORL**

- Savoir reconnaître et analyser une tuméfaction cervicale antérieure et latérale du cou.
- Savoir orienter le diagnostic devant une tuméfaction cervicale antérieure ou latérale et connaître la place de l'échographie pour aider au diagnostic.

Tous les éléments constituant le cou peuvent être à l'origine d'une tuméfaction cervicale, mais il faudra différencier une adénopathie d'une autre pathologie cervicale ou d'un élément anatomique du cou comme le bulbe carotidien.

Une adénopathie se définit comme un ganglion de taille supérieure à 1 cm, qui peut être aiguë, subaiguë ou chronique, d'origine infectieuse, inflammatoire ou tumorale.

Une stratégie diagnostique devra être définie pour une prise en charge précoce.

## I. Diagnostic positif

Face à une tuméfaction cervicale, le diagnostic positif repose sur le bilan de base qui comprend plusieurs temps.

### A. Interrogatoire

L'interrogatoire est essentiel et doit préciser :

- les antécédents médicaux :
  - tuberculose ;
  - intervention chirurgicale ayant porté sur la face ou le cuir chevelu (épithélioma ou mélanome) ;
- les habitudes de vie :
  - alimentation (consommation de fromage et de produits de la chasse) ;
  - comportement sexuel à risque ;
  - voyages ;
- l'âge et le facteur racial : migrants (tuberculose), Asiatiques, Maghrébins, Inuits (cancer du cavum) ;
- la date d'apparition et les conditions de survenue :
  - épisode inflammatoire ou infectieux, apparition progressive ou brutale ;
  - suite à une piqûre, une plaie, une griffure ;
- les signes généraux : fièvre, frissons, sueurs, altération de l'état général ;
- les signes fonctionnels :
  - ORL, évoquant une lésion primitive dans les VADS : odynophagie, otalgie, dysphagie, dysphonie, amaigrissement ;
  - hématologiques, évoquant une hémopathie : prurit, sueurs nocturnes, amaigrissement, altération de l'état général ;
  - articulaires et cutanéomuqueux, évoquant une maladie de système.

### B. Examen clinique

L'examen clinique recherche les caractères de cette tuméfaction :

- inspection :
  - état de la peau (cicatrice, rougeur) ;
  - ascension à la déglutition (goitre) ;
- palpation :
  - caractère inflammatoire ou non, avec recherche de douleur, de rougeur et de chaleur de la peau ;
  - siège par rapport aux chaînes lymphatiques cervicales ;
  - consistance dure voire ligneuse (évoquant d'un cancer), rénitente (laissant suspecter un kyste), molle (lipome) ;

- forme : la perte de la forme oblongue d'une adénopathie est un critère en faveur de son envahissement tumoral ;
- caractère isolé ou multiple ;
- uni- ou bilatéralité ;
- mobilité : par rapport aux plans superficiels et profonds, par rapport à l'axe laryngo-trachéal, par rapport aux vaisseaux ;
- taille : hauteur, largeur, épaisseur (suspect si adénopathie de plus de 2 cm) ;
- caractère battant ou non, expansibilité (palpation d'un *thrill*) ;
- auscultation si la tumeur est battante, à la recherche d'un souffle.

L'examen général doit rechercher :

- d'autres ganglions au niveau des territoires axillaires, inguinaux ;
- une hépatosplénomégalie ;
- des manifestations diverses orientant vers une hémopathie.

### **C. Examen ORL et cervicofacial**

Éventuellement aidé par une nasofibroskopie, il doit être systématique et complet : VADS, thyroïde et territoires cutanés de la face et du cou (y compris le cuir chevelu et la nuque), à la recherche de mélanome ou de carcinome spinocellulaire cutané.

### **D. Examens paracliniques systématiques**

Ils constituent un bilan minimum :

- NFS (hyperleucocytose, blastes en cas de leucémie lymphoïde), VS, CRP (aspect inflammatoire) ;
- IDR à la tuberculine ;
- radiographie pulmonaire de face et de profil ;
- échographie cervicale et thyroïdienne, voire d'emblée TDM cervicothoracique injectée.

### **E. Autres examens**

Ils sont demandés en fonction des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique minimal :

- sérologies (VIH, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes du chat) ;
- bilan hépatique ;
- imagerie par TDM ou IRM injectées ;
- angio-IRM ou artériographie (si suspicion de tumeur vasculaire) ;
- myélogramme (si suspicion d'hémopathie) ;
- dosage de T4, TSH, thyrocalcitonine en cas d'origine thyroïdienne.

La ponction cytologique à l'aiguille fine permet d'orienter le diagnostic, en particulier dans le cas d'adénopathie d'aspect métastatique mais sans découverte de carcinome des VADS ou de

carcinome papillaire thyroïdien. Dans les masses fluctuantes, elle permet de préciser le caractère de la collection liquidienne, de faire un examen bactériologique, cytologique ± PCR.

Une *panendoscopie* associant sous anesthésie générale une exploration pharyngolaryngée et du cavum, voire une trachéobronchoscopie et une œsophagoscopie, sera utile dès qu'on suspecte une adénopathie d'allure maligne, surtout chez un sujet éthylobagique.

Elle pourra être associée à la *cervicotomie exploratrice avec adénectomie* — donc exérèse complète sans effraction capsulaire et non une simple biopsie — et examen histologique extemporané, permettant le diagnostic puis le traitement dans le même temps opératoire.

## **II. Diagnostic étiologique et indications thérapeutiques**

Le diagnostic étiologique est guidé par cinq critères :

- le caractère inflammatoire ou non ;
- l'âge : enfant, adulte jeune, adulte ;
- le siège ;
- la consistance ;
- la taille.

### **A. Adénopathies cervicales latérales**

Une tuméfaction cervicale latérale est dans 80 % des cas une adénopathie.

#### **1. Adénopathies inflammatoires aiguës**

Il s'agit presque toujours d'adénopathies : adénite ou adénophlegmon, exceptionnellement d'un kyste congénital surinfecté.

La douleur est le signe de début puis la tuméfaction apparaît, le plus souvent unique et sous-angulo-maxillaire ; elle est d'abord ferme puis fluctuante et rouge. La fistulisation peut survenir.

La porte d'entrée peut être dentaire, oropharyngée (amygdale surtout) ou rhinopharyngée (chez l'enfant), plus rarement cutanée.

Le traitement est essentiellement médical : antibiotiques, antalgiques ; les AINS sont à éviter. Un drainage chirurgical peut être nécessaire en cas d'abcédation.

#### **2. Adénopathies inflammatoires subaiguës**

Elles posent déjà des problèmes diagnostiques plus difficiles. Il s'agit surtout de ganglions peu douloureux, fermes, empâtés avec péri-adénite ; ils peuvent évoluer avec des poussées itératives.

### **Adénopathie séquellaire d'une inflammation de voisinage**

Il faut rechercher les circonstances d'installation brusque au cours d'un épisode inflammatoire, la porte d'entrée : gingivale, buccale ou dentaire, oropharyngée, une lésion du cuir chevelu.

### **Adénopathie tuberculeuse (item 155)**

C'est une maladie locorégionale à forme de départ habituellement buccopharyngée, mais l'examen ORL doit être obligatoirement complet, une localisation otologique ou nasale étant possible. Typiquement due à une mycobactérie de type *Mycobacterium tuberculosis*, son caractère locorégional explique parfois l'absence de toute autre atteinte tuberculeuse, en particulier pulmonaire, qu'il faudra de principe rechercher.

Cliniquement, elle revêt parfois chez l'adulte l'aspect d'une masse volumineuse, polylobée, « pseudonéoplasique ». Le plus souvent, il s'agit de polyadénopathies cervicales unilatérales, de consistance inégale, volontiers sous-mandibulaires ou spinales. Elles peuvent prendre un aspect fluctuant, préfistulaire, alors hautement évocateur ([figure 16.1](#)).

Le diagnostic repose sur :

- l'IDR qui n'est pas nécessairement très positive ;
- le prélèvement du pus de l'abcès froid fistulisé, qui peut permettre d'identifier et de cultiver le bacille. Un diagnostic rapide peut être obtenu en PCR ;
- l'adénectomie avec examen histologique extemporané apportera la confirmation histologique (granulome géantocellulaire à nécrose caséuse centrale), mais l'étude bactériologique avec antibiogramme sur milieu de culture spécifique est impérative.

### **Suppurations ganglionnaires cervicales à mycobactéries atypiques**

Elles peuvent donner des tableaux très voisins de la tuberculose ganglionnaire. Mais elles frappent surtout des enfants très jeunes (1 à 2 ans). Les lésions peuvent provoquer plusieurs fistules. L'examen bactériologique direct ne peut les différencier du BK. Seules les cultures systématiques nécessitant parfois de nombreuses semaines permettent d'en faire le diagnostic. En pratique, il faut commencer à les traiter comme une tuberculose ganglionnaire, secondairement adaptée à l'antibiogramme, car certaines mycobactéries ne sont pas sensibles aux antituberculeux classiques : *Mycobacterium avium intracellulare* nécessite une association de clarithromycine, rifabutine et éthambutol. L'évolution rend parfois le traitement chirurgical nécessaire.

### **Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation, ou maladie des griffes du chat (item 169)**

Elle est due à *Bartonella hensellae*. Elle se caractérise par une adénopathie d'allure traînante, volumineuse, quelquefois suppurée.

Le diagnostic repose sur :

- la recherche d'une porte d'entrée : griffures faciales ou cervicales par chat, ronce, rosiers ;
- l'existence d'une adénopathie axillaire ;
- l'isolement du germe, la PCR ou la sérologie.

### **Mononucléose infectieuse (item 213)**

La mononucléose infectieuse est due au virus d'Epstein-Barr et atteint surtout les enfants et les sujets jeunes. Elle pose peu de problèmes diagnostiques si l'adénopathie est concomitante d'une angine aiguë. Elle peut donner un tableau d'adénopathies cervicales chroniques, volontiers postérieures, spinales, associées à une asthénie et à une splénomégalie. La NFS met en évidence une inversion de la formule sanguine avec monocytose. Les sérologies MNI sont positives.

### **Toxoplasmose (item 213)**

Elle est due à un parasite protozoaire (*Toxoplasma gondii*). Sur le plan clinique, c'est une polyadénopathie superficielle à prédominance postérieure (occipitale et spinale), indolore, de petite taille.

La NFS montre parfois un syndrome mononucléosique avec une sérologie MNI négative ; le diagnostic est alors assuré par le dosage des IgM spécifiques et sa variation à 3 semaines qui indique une infection récente.

### **Sarcoïdose (item 207)**

La maladie est exceptionnellement révélée par une adénopathie cervicale isolée ; il existe en règle générale d'autres localisations cutanées, pulmonaires, médiastinales, hépatospléniques, qu'il faut rechercher. Le diagnostic est évoqué notamment sur la négativité de l'IDR et l'histologie qui met en évidence un granulome épithélioïde gigantocellulaire sans caséum ni BK.

### **Lymphadénopathie du VIH (item 165)**

C'est un des symptômes essentiels de début de cette infection, dont le diagnostic doit être évoqué devant toute adénopathie cervicale, notamment chez un sujet à risque. La sérologie VIH est positive. La TDM révèle souvent le caractère hypodense de ces adénopathies.

### **Syphilis (item 158)**

Elle est rare, mais en recrudescence en association avec le VIH. L'adénopathie satellite d'un chancre oropharyngé régresse assez rapidement ; les polyadénopathies d'une syphilis secondaire s'intègrent dans un tableau de généralisation muqueuse et ganglionnaire : roséole, papulose. Le diagnostic est dans ce cas fait par les sérologies positives.

### **Tularémie (item 169)**

Adénite cervicale secondaire à une morsure ou une griffure de lapin ou à une ingestion de produit de la chasse.

### **Brucellose (item 169)**

La contamination directe représente 75 % des cas. Elle peut s'effectuer par voie cutanée ou muqueuse (favorisée par des blessures ou des excoriations) lors de contacts avec des animaux malades, des carcasses, des produits d'avortement ou par contact accidentel avec des prélèvements dans un laboratoire. Elle peut aussi s'effectuer par ingestion de produits laitiers non pasteurisés ou de viande insuffisamment cuite. La contamination indirecte (25 % des cas) est réalisée par l'ingestion de crudités souillées par du fumier, des mains sales, de la poussière de litière, dans une étable vide. La transmission interhumaine est exceptionnelle.

## **3. Adénopathies non inflammatoires**

Les adénopathies non inflammatoires représentent en fait le véritable problème de ces tumeurs latérales du cou car l'origine néoplasique est fréquente.

La topographie permet de distinguer les régions suivantes.

### **Région jugulocarotidienne**

L'âge est un bon élément d'orientation ainsi que le terrain.

#### **Chez l'adulte d'âge moyen (40-50 ans)**

Il faut surtout évoquer une adénopathie métastatique d'un carcinome des VADS (cf. item 295 au chapitre 18) notamment chez un patient éthyloabagique :

- elle peut être révélatrice d'un carcinome pharyngolaryngé ([figure 16.2](#)) ou de la cavité buccale que l'examen met en évidence ; la découverte de la tumeur primitive permettra sa biopsie ; un bilan d'extension complète le diagnostic, avec en particulier une panendoscopie, un scanner cervicothoracique ;
- il peut s'agir d'une adénopathie cervicale sans primitif retrouvé lorsque les examens ORL et endoscopiques sont strictement normaux. Le diagnostic est fait à l'examen histologique extemporané, lors d'une cervicotomie exploratrice, qui permettra en cas de métastase d'un carcinome confirmée de réaliser dans le même temps thérapeutique le curage ganglionnaire. Dans cette situation, un PET-scan peut être demandé qui guidera, en cas de fixation du traceur, une biopsie à réaliser lors d'une nouvelle endoscopie. En l'absence de toute fixation, une amygdalectomie homolatérale à l'adénopathie est préconisée devant la fréquence de lésions primitives intra-amygdaliennes infracliniques associée à une biopsie systématique du cavum.

En l'absence d'intoxication éthyloabagique, une adénopathie cervicale peut provenir de la métastase d'une tumeur de l'oropharynx ayant comme origine une infection par HPV, le sérotype 16 étant le plus souvent retrouvé. La recherche de la protéine p16 et d'ADN viral dans le prélèvement ganglionnaire ou tumoral est dans ce cas — pas de facteurs de risque apparent retrouvé — recommandée.

### Chez l'adulte plus jeune

Il faut penser à un lymphome (item 316), sans toutefois omettre de penser à un carcinome du cavum :

- maladie de Hodgkin : le début ganglionnaire cervical isolé est fréquent et le diagnostic est alors souvent difficile (adénopathie unique, sus-claviculaire, indolore). Mais il peut s'agir d'emblée de polyadénopathies cervicales, unilatérales, parfois bilatérales mais asymétriques. L'examen ORL est négatif et la présence éventuelle d'autres atteintes ganglionnaires (médiastinales), de signes généraux, d'une splénomégalie plaident en faveur d'un Hodgkin. Le diagnostic repose sur l'histologie du ganglion dans sa totalité (en excluant toute biopsie ganglionnaire) ;
- lymphome malin non hodgkinien : son siège d'élection est le cou. Il réalise un aspect de masse ganglionnaire de croissance rapide. D'autres localisations au niveau de l'anneau de Waldeyer sont possibles : amygdale, rhinopharynx, en particulier. Le diagnostic repose sur l'histologie du ganglion dans sa totalité (en excluant toute biopsie ganglionnaire). *Il est important d'adresser en anatomie pathologique un prélèvement frais pour étude des marqueurs du lymphome ;*
- un carcinome du cavum (UCNT) peut en être l'origine chez un adolescent ou un adulte jeune, notamment d'origine asiatique ou maghrébine.

### Chez le sujet âgé

Il faut penser à une leucémie lymphoïde chronique (item 315). Elle débute fréquemment au cou et réalise une macropolyadénopathie régulière et symétrique. Outre l'examen clinique, le diagnostic repose sur l'hémogramme et l'immunophénotypage des lymphocytes sanguins.

### Région sous-mandibulaire

Il faut penser à une adénopathie métastatique d'un carcinome de la langue, du plancher de la bouche, de la gencive ou de la lèvre : nécessité d'un examen ORL précis, complet sans omettre la palpation.

### Région sus-claviculaire

Il faut penser à une métastase d'un cancer œsophagien, pulmonaire ou digestif (si adénopathie gauche : ganglion de Troisier).

### Régions spinales

C'est le siège des métastases ganglionnaires des carcinomes du cavum, de l'oropharynx ([figure 16.3](#)), de mélanomes ou carcinomes spinocellulaires du cuir chevelu.

En cas d'adénopathie spinale haute, sous la pointe de la mastoïde, une lésion parotidienne doit être cherchée.



## Points clés

- Le diagnostic d'une tuméfaction cervicale latérale repose sur un certain nombre d'examen simples et systématiques qui forment le bilan de base et dans lequel l'examen ORL et cervicofacial complet est primordial.
- Ce bilan de base permet dans un certain nombre de cas de faire ou d'approcher le diagnostic.
- Dans les cas difficiles, la cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané reste la solution de choix pour faire le diagnostic.
- Les adénopathies sont les tuméfactions cervicales latérales les plus fréquentes.

## B. Tuméfactions cervicales médianes

### 1. Région sous-mentonnière

Ce sont essentiellement des adénopathies :

- aiguës, d'origine buccodentaire ;
- chroniques : surtout métastases d'un cancer du plancher de la bouche, de la langue et des lèvres.

### 2. Région hyoïdienne

La région préaryngée et préhyoïdienne est rarement le siège d'une adénopathie. Citons le ganglion préaryngé, le plus souvent inflammatoire, rarement carcinomateux.

### 3. Région sus-sternale

Elle est rarement le siège d'adénopathies prétrachéales, souvent malignes.

## III. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit éliminer les fausses tuméfactions cervicales qui sont des pièges anatomiques :

- l'apophyse transverse de l'atlas ;
- la saillie du tubercule de Chassaignac (C6) ;
- la grande corne de l'os hyoïde ;
- le bulbe carotidien athéromateux ;
- une ptose de la glande submandibulaire.

## A. Face à une adénopathie latéro-cervicale

Il faut éliminer :

- une tumeur congénitale latéro-cervicale :
  - le kyste amygdaloïde (ou lymphoépithélial ou kyste du sinus cervical) : il est dû à la persistance du sinus cervical. Il touche l'enfant et l'adulte jeune ; il est parfois révélé au décours d'un épisode infectieux pharyngé. C'est une tuméfaction superficielle située au bord antérieur du sternocléidomastoïdien ([figure 16.4](#)) ; elle est rénitente. Sa nature kystique est confortée par l'échographie ou la TDM. Le traitement est chirurgical ;
  - le lymphangiome kystique : il existe dès la naissance ou se manifeste dans les premiers mois (masse molle translucide polylobée ou unique). Son extension anatomique est appréciée par une IRM cervicofaciale ;
- une tumeur battante vasculaire (ce caractère sémiologique les met à part) :
  - anévrisme carotidien : tumeur battante, expansive et soufflante ;
  - fistule jugulocarotidienne : « *thrill* palpatoire » ;
  - tumeur du glomus carotidien (paragangliome) : tumeur rarement battante, non expansive de la région sous-digastrique, non mobilisable selon un axe vertical, mais plus mobile selon un axe transversal. La TDM injectée montre un *blush* vasculaire dans la région de la bifurcation carotidienne qui est élargie, dite en « lyre ». Le traitement est chirurgical après explorations radiovasculaires ;
- une tumeur nerveuse : neurinome du X, qui pourrait être confirmé par une IRM.

## B. Face à une adénopathie sous-mandibulaire

Il faut éliminer :

- une sous-maxillite chronique d'origine lithiasique : l'anamnèse retrouve la notion de coliques salivaires ; l'examen doit rechercher du pus au niveau de la caroncule dans le plancher buccal antérieur (extrémité du canal de Wharton). La radiographie et l'échographie peuvent visualiser le calcul ;
- une tumeur de la glande submandibulaire (rare), mais volontiers maligne ;
- l'actinomyose cervicofaciale : cette affection à *Actinomyces*, à point de départ souvent buccodentaire, se traduit cliniquement par une cellulite (infection des tissus cellulodipeux sous-cutanés) d'évolution lente et progressive, avec fistulisation en l'absence de traitement. Pour mettre en évidence les germes, l'ensemencement doit se faire en anaérobiose. Le traitement curatif est uniquement antibiotique, fondé sur la pénicilline ou les macrolides, de façon prolongée.

## C. Face à une adénopathie sus-claviculaire

Il faut éliminer :

- un schwannome du plexus brachial, rare ;
- un cancer de l'apex pulmonaire avec syndrome de Pancost-Tobias.

## D. Face à une adénopathie spinale

Il faut éliminer un schwannome du XI ou du plexus cervical superficiel, diagnostiqué lors de l'examen IRM avec injection de gadolinium.

## E. Face à une adénopathie sous-mentale

Il faut éliminer :

- un kyste dermoïde du plancher buccal, tumeur embryonnaire de l'enfant, indolore ;
- une cellulite chronique d'origine dentaire : c'est une tuméfaction dure, sensible, qui infiltre la peau ; elle se rencontre chez un sujet présentant un mauvais état dentaire.

## F. Face à une adénopathie préaryngée, rare

Il faut surtout éliminer un kyste du tractus thyroglosse ([figure 16.5](#)). Ce tractus correspond à la persistance d'un canal pendant l'embryogenèse, sur le trajet de migration de la glande thyroïde de la base de langue vers la partie antérieure de la trachée cervicale. Le kyste se révèle au niveau juxta-hyoïdien médian dans l'enfance ou chez l'adulte jeune après sécrétions muqueuses endocanalaire à la faveur d'une inflammation de celui-ci.

Une thyroïde ectopique, un cancer laryngé extériorisé, une tumeur bénigne (chondrome), une laryngocèle (poche remplie d'air correspondant à une dilatation anormale du ventricule laryngé faisant saillie entre le larynx et l'os hyoïde) sont les autres diagnostics différentiels d'une adénopathie préaryngée.

Une tuméfaction cervicale médiane juxta-hyoïdienne est très probablement un kyste du tractus thyroglosse. Ce diagnostic nécessite chez le petit enfant une échographie thyroïdienne avant toute exérèse chirurgicale pour ne pas risquer une hypothyroïdie définitive en cas d'erreur diagnostique avec une thyroïde ectopique.

La région thyroïdienne est exceptionnellement le siège d'une adénopathie. Les lésions les plus fréquentes sont en rapport avec une pathologie du corps thyroïde : thyroïdite, goitres et adénomes, cancer thyroïdien.

Toutes les régions cervicales enfin peuvent être le siège de lipomes, d'angiomes.

## IV. Orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale

L'orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale est synthétisée dans le [tableau 16.1](#) et la [figure 16.6](#).

**Tableau 16.1. Étiologies des adénopathies cervicales et leurs diagnostics différentiels.**

Adénopathie	Siège de la lésion primitive	Maladies responsables	Diagnostic différentiel
Inflammatoire aiguë	Cavité buccale, oropharynx et rhinopharynx Dent et gencive Revêtement cutané	Angines Gingivites Dermatites	Kyste congénital surinfecté Sous-maxillite aiguë Cellulite cervicale
Inflammatoire subaiguë	Cavité buccale, oropharynx, dents et gencives... après le début d'un traitement antibiotique Rhinopharynx Autre lésion primitive contingente ORL ou générale	Angines, gingivites, rhinopharyngites... Tuberculose ou mycobactéries atypiques Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat) Mononucléose infectieuse Toxoplasmose Sarcoïdose VIH Syphilis (chancre amygdalien, roséole...) Tularémie, rubéole...	Actinomyose cervico-faciale Lithiase submandibulaire
Non inflammatoire	Domaine ORL Glande thyroïde Général	Métastase ganglionnaire d'un carcinome (quelquefois d'un lymphome malin) de la sphère ORL Hémopathie maligne Maladie de Hodgkin Lymphome malin non hodgkinien Leucoses	Fausse tuméfactions (bulbe carotidien, colonne cervicale...) Lipomes, angiomes Kyste congénital Tumeur nerveuse (neurinome) Tumeur du glomus carotidien Anévrisme carotidien Sous-maxillite chronique lithiasique Tumeurs de la glande submandibulaire (adénome pléomorphe, cylindre, adénocarcinome)

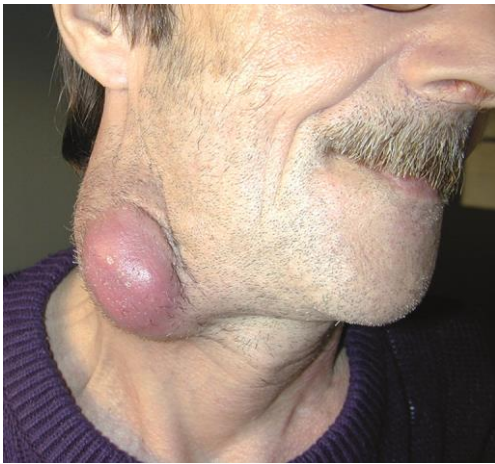
## Démarche clinique devant une adénopathie cervicale

### Anagrammes mnémotechniques

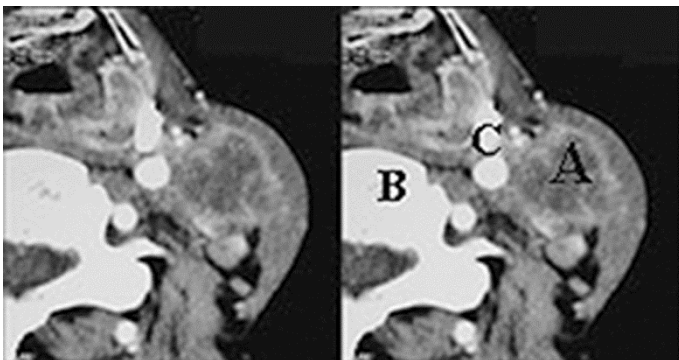
- Replacer la ou les adénopathies dans le temps et le contexte : faire l'histoire de la maladie.
- Décrire : donner les caractéristiques cliniques de la ou des adénopathies.
- Connaître les fausses adénopathies (moyen mnémotechnique : « TABASCO ») :
  - T : Thyroïde.
  - A : Apophyse transverse de l'atlas.
  - B : Bulbe.
  - A : Athéromateux.
  - S : Salive (glandes submandibulaires et parotides).
  - C : Chassaignac (C6).
  - O : Os hyoïde (grande corne).
- Notifier : faire un schéma daté.
- Orienter la pensée : adénopathie latérale/médiane ; inflammatoire aiguë, subaiguë ou froide non inflammatoire.
- Adénopathie froide :
  - Adulte jeune : c'est un lymphome jusqu'à preuve du contraire.
  - Adulte alcoolotabagique : c'est un cancer ORL jusqu'à preuve du contraire.
  - Personne âgée : c'est une hémopathie jusqu'à preuve du contraire.
- Adénopathies inflammatoires (moyen mnémotechnique : « TAMISER ») :
  - T : Tuberculose et mycobactéries atypiques.
  - A : Adénophlegmon-angine.
  - M : MST (VIH, syphilis).
  - I : Inoculation maladies (griffes du chat, tularémie).
  - S : Sarcoidose.
  - E : EBV, MNI.
  - R : Rubéole, toxoplasmose, brucellose.
- Connaître les diagnostics différentiels notamment pour les adénopathies latéro-cervicales et sous-mandibulaires qui sont les plus fréquentes (moyen mnémotechnique : « KAPLANS ») :
  - K : Kystes (amygdaloïdes et congénitaux).
  - A : Anévrismes et fistules.
  - P : Paragangliome.
  - L : Lymphangiome kystique.
  - A : Actinomycoses.
  - N : Neurinomes.
  - S : Salivaire (tumeurs et lithiases submandibulaires).



**Fig. 16.1.**  
Tuberculose ganglionnaire cervicale dans la région jugulaire inférieure gauche.



**Fig. 16.2.**  
Patient présentant une métastase ganglionnaire avec perméation cutanée d'un carcinome pharyngé.



**Fig. 16.3.**  
Adénopathie métastatique d'un carcinome ORL.  
**A.** Adénopathie métastatique. **B.** Rachis cervical. **C.** Bifurcation carotidienne normale.



**Fig. 16.4.**  
Kyste amygdaloïde droit.



**Fig. 16.5.**  
Kyste du tractus thyroglosse chez un homme.  
Il s'agit d'une tuméfaction ferme, médiane, mobile avec la déglutition et à la protraction de la langue.

**Fig. 16.6.**  
Conduite diagnostique à tenir face à une adénopathie cervicale.

