



Adénopathie biopsie ou observation ?

1

Christian Carrier

M^{me} Tremblay, une patiente de 55 ans atteinte d'épilepsie, vous consulte parce qu'elle a noté une bosse dans son cou il y a quelques jours. À l'anamnèse, elle dit avoir aussi un « gros bouton » douloureux sur la tête. À l'examen physique, en plus du furoncle au cuir chevelu et d'un ganglion cervical d'un centimètre, vous constatez la présence d'une adénopathie axillaire droite de 2 cm. L'examen des seins est normal. Une simple histoire d'adénopathie réactionnelle devient alors pour vous une autre énigme à résoudre.

LA DÉCOUVERTE d'une adénopathie soulève toujours beaucoup d'inquiétude chez le patient et le médecin. La grande question qui revient alors est : « Docteur, est-ce que j'ai le cancer ? » Les causes d'adénopathie sont multiples. Seule une approche systématique permet de poser le diagnostic de façon précise avec le minimum de moyens et d'inconfort pour le patient.

La prévalence du cancer en première ligne chez les patients ayant une ou plusieurs adénopathies est d'environ un pour cent. Lorsqu'ils sont dirigés en deuxième ligne par le médecin de famille, cette proportion atteint 17 %. Dans un centre de référence, jusqu'à 60 % des biopsies ganglionnaires révèlent un cancer¹⁻⁴.

L'anamnèse permet, dès les premières minutes de l'évaluation, de procéder à un triage initial. Parfois, le patient mentionnera d'emblée une cause évidente, comme une infection dans le territoire de drainage du ganglion au volume accru. Le rythme d'évolution des adénopathies peut aussi nous guider (évolution lente d'un lymphome indolent sur des mois, voire des années ; évolution très rapide d'une adénopathie réactionnelle dans un contexte infectieux avec involution spontanée). Cependant, les patients ne se souviennent pas toujours du

Tableau 1

Éléments de l'anamnèse pouvant orienter le diagnostic^{2,5}

● Patient de plus de 40 ans ²	Cancer
● Antécédents de cancer	Cancer
● Tabagisme	Cancer
● Éthylisme	Cancer
● Symptômes B (fièvre, perte de poids, sudations nocturnes).....	Cancer, en particulier lymphome
● Contact avec des animaux.....	Zoonoses
● Voyage récent à l'étranger.....	Infections parasitaires
● Médicaments	Pseudolymphome à la phénytoïne
● Comportement sexuel à risque.....	VIH, hépatite B
● Otalgie	Affection du larynx, de l'amygdale ou de la langue

moment d'apparition des ganglions tandis que certains lymphomes de degré de malignité élevé peuvent croître très rapidement. Certains éléments de l'anamnèse facilitent le diagnostic (*tableau 1*)^{2,5}.

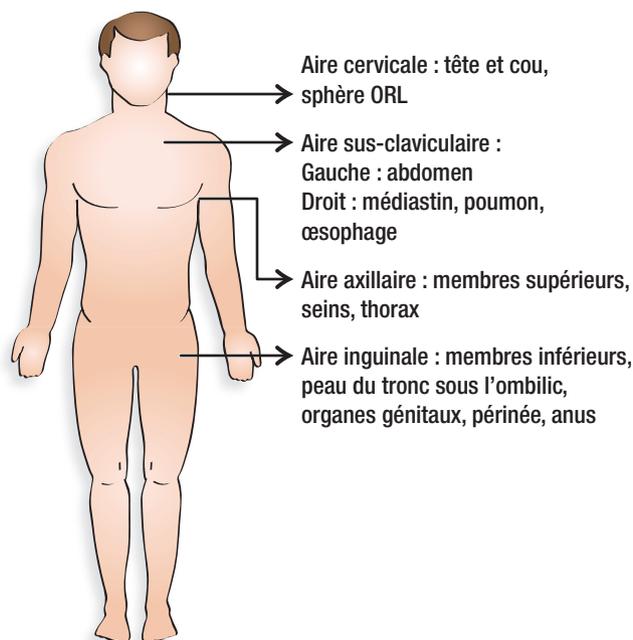
Causes d'adénopathies localisées selon l'aire ganglionnaire

La majorité des patients (75 %) présente des adénopathies localisées. Les ganglions anormaux se situent dans la région cervicale dans 55 % des cas, sus-claviculaire dans 15 %, inguinale dans 14 % et axillaire dans

Le Dr Christian Carrier, hémato-oncologue, est chef du Service d'hémato-oncologie et du Département de biologie médicale du Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières. Il y est également directeur médical du programme d'oncologie.

Figure

Territoires de drainage selon l'aire ganglionnaire⁶



5 %⁵. Une bonne connaissance des territoires de drainage selon l'aire ganglionnaire (figure⁶) est d'une grande aide pour trouver l'origine de l'adénopathie.

Adénopathie cervicale

Une infection dans le territoire de drainage peut entraîner une augmentation du volume des ganglions. La source est parfois difficile à mettre en évidence même après un examen minutieux. S'il y a évolution vers une fluctuation, une infection bactérienne est probable et un drainage sous guidage échographique associé à la prise d'antibiotiques constitue un traitement efficace. La tuberculose, causée par *Mycobacterium tuberculosis*, ou par des mycobactéries atypiques et la maladie des griffures de chat (voir région axillaire) peuvent aussi se manifester par de la fièvre et des adénopathies cervicales non douloureuses évoluant en quelques semaines ou quelques mois vers la fluctuation. Enfin, l'adénite tuberculeuse se manifeste le plus souvent au niveau cervical.

En présence de ganglions indurés sans signe d'infection, un cancer de la sphère ORL (oropharynx, nasopharynx, larynx, thyroïde, œsophage) ou un lymphome

doivent être éliminés. Une évaluation en otorhinolaryngologie pour un examen endoscopique permettra souvent d'éclaircir la situation.

Adénopathie sus-claviculaire

Jusqu'à la moitié des patients, surtout ceux de plus de 40 ans, qui présentent une adénopathie sus-claviculaire ont un cancer². Une augmentation de volume du ganglion supraclaviculaire gauche, appelé ganglion de Virchow ou de Troisier, évoque un cancer de l'abdomen (estomac, vésicule biliaire, pancréas, rein, testicule, ovaire ou prostate). Un ganglion supraclaviculaire droit pathologique indique une possibilité de cancer du médiastin, du poumon ou de l'œsophage. Cette différence entre les deux côtés s'explique par l'arrivée du canal lymphatique thoracique drainant la cavité abdominale dans la veine sous-clavière gauche.

Adénopathie axillaire

Le territoire de drainage des ganglions axillaires comprend les membres supérieurs, la paroi thoracique et le sein. Une adénopathie axillaire en l'absence de signes infectieux indique souvent un cancer. Des adénopathies inflammatoires peuvent toutefois apparaître chez les patientes porteuses de prothèses mammaires à cause de fuite de silicone¹¹.

Maladie des griffures de chat

Les infections causent fréquemment des adénopathies axillaires, notamment la maladie des griffures de chat. Cette dernière est causée par la bactérie *Bartonella henselæ*. Elle peut entraîner de la fièvre et s'accompagne d'une papule ou d'une pustule au point d'inoculation. Malgré son nom, elle peut aussi survenir après un contact avec un chien infecté¹².

Cancer du sein

En présence d'adénopathie axillaire, le cancer du sein devrait être recherché de façon extensive, notamment du côté controlatéral, en particulier chez une femme et surtout si une biopsie confirme la présence d'un carcinome. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du sein devrait être effectuée si la mammographie et l'échographie ne permettent pas de résoudre l'énigme. Si le cancer primaire demeure inconnu après un bilan plus poussé, dont une tomographie à émission de positons (TEP), une patiente atteinte d'un carcinome mé-

tastatique à l'aisselle devrait être traitée comme si elle avait un cancer du sein^{13,14}.

Adénopathie inguinale

Les adénopathies inguinales sont habituellement causées par des infections du membre inférieur, des infections transmissibles sexuellement ou des cancers. Les tumeurs primaires se situent au niveau de la peau du membre inférieur et du tronc (sous l'ombilic), des organes génitaux, du périnée et de l'anus⁵.

Causes d'adénopathies généralisées

Les causes d'adénopathies généralisées sont multiples. Les plus fréquentes sont présentées dans le *tableau II*. Voici une brève description de celles que le cas de M^{me} Tremblay a évoquées.

Toxoplasmose

La transmission à l'homme du protozoaire *Toxoplasma gondii* se fait par contact avec les selles de chat ou par l'ingestion de viande insuffisamment cuite. La toxoplasmose peut être grave chez les patients immunodéprimés et chez le fœtus.

Adénopathie médicamenteuse

Plusieurs médicaments peuvent être responsables d'une maladie sérique donnant de la fièvre, des arthralgies et des adénopathies généralisées⁵. Une polyadénopathie peut également survenir lors de la prise de phénytoïne en l'absence de maladie sérique¹⁵. Les pseudolymphomes apparaissent de cinq jours à trois mois (en moyenne trois semaines) après le début de la prise du médicament et disparaissent progressivement après l'arrêt. *Dans le cas de M^{me} Tremblay, il y a deux aires ganglionnaires atteintes, mais il ne s'agit pas vraiment d'adénopathies généralisées. En effet, l'adénopathie cervicale s'explique clairement par la présence d'une infection. De plus, elle prend sûrement de la phénytoïne pour son épilepsie depuis des années.*

Adénopathie néoplasique

La présence de symptômes B (fièvre, perte de poids, sudations nocturnes) évoque la tuberculose ou un cancer. Les tumeurs solides métastatiques ne donnent habituellement pas d'adénopathies généralisées. Par contre, certains cancers hématologiques, en particulier les syn-

dromes lymphoprolifératifs, comme les lymphomes non hodgkiniens, la maladie de Hodgkin et la leucémie lymphoïde chronique, sont souvent accompagnés d'une polyadénopathie. La leucémie lymphoblastique aiguë peut aussi parfois entraîner l'apparition d'adénopathies amenant le patient à consulter. Lorsque la formule sanguine ne permet pas de soupçonner d'emblée le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique, une biopsie devra être faite rapidement afin d'éclaircir la situation.

Examen physique

L'examen physique est primordial dans l'évaluation des adénopathies. Certaines caractéristiques des adénopathies nous donnent des indices de malignité. Un ganglion de moins d'un centimètre carré est peu susceptible d'être néoplasique. La sensibilité à la palpation est habituellement un signe de maladies inflammatoires en raison de la croissance rapide avec distension de la capsule du ganglion. Cependant, certains cancers peuvent également croître très rapidement, comme les lymphomes non hodgkiniens de degré élevé de malignité. Des adénopathies indurées, surtout si elles sont fixées aux structures adjacentes, évoquent fortement un cancer. Une texture ferme mais caoutchouteuse est caractéristique des lymphomes. Une splénomégalie associée indique plutôt un syndrome lymphoprolifératif, comme un lymphome, une leucémie lymphoïde chronique ou une leucémie aiguë, mais peut aussi être liée à une mononucléose. Des adénopathies dans plusieurs aires ganglionnaires (généralisées) annoncent une cause générale (*tableau II*⁵). Lorsque les ganglions sont localisés dans une seule aire, l'origine varie selon le territoire de drainage (*figure*). Il faut examiner attentivement la zone d'origine potentielle, par exemple la bouche pour une adénopathie cervicale.

Après avoir examiné M^{me} Tremblay, plusieurs choix s'offrent à vous. Si vous considérez qu'elle a des adénopathies dans deux aires, vous devez chercher des causes générales (tableau II). Cependant, puisque le ganglion cervical semble clairement réactionnel, vous devriez surtout rechercher l'origine d'une atteinte axillaire isolée.

Observation

Après discussion, M^{me} Tremblay ne veut pas d'évaluation pour l'instant. « Ça va fondre tout seul, comme ma bosse dans le cou ». Vous convenez donc d'une visite de suivi rapprochée.

Tableau II

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 : toxoplasmosse
- 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

Plusieurs auteurs ont publié des approches pour guider le clinicien dans sa décision d'observer ou de procéder à une biopsie (*encadrés 1 et 2*)⁵⁻⁸. Dans près de 60 % des cas, la cause des adénopathies n'est pas spécifique⁷. En l'absence de symptômes ou de signes associés, l'observation d'une adénopathie localisée ailleurs que dans la région sus-claviculaire, durant de deux à quatre semaines, peut éviter une biopsie inutile^{2,4}. Ce court délai n'entraînera pas de désavantage important même en présence d'un cancer. De plus, l'adénopathie régressera souvent spontanément durant cette période ou la cause deviendra évidente.

Encadré 1

Modèle de Slap⁸

Caractéristiques favorisant un diagnostic significatif à la biopsie chez les patients de 9 à 25 ans

- Adénopathie de plus de 2 cm
- Radiographie pulmonaire anormale
- Absence de symptômes de la sphère ORL

Trois semaines plus tard, l'adénopathie cervicale a complètement disparu, mais le volume du ganglion axillaire a légèrement augmenté. Vous demandez donc une mammographie et quelques examens paracliniques.

Examens de laboratoire

Les examens de laboratoire devraient servir à confirmer un diagnostic évoqué à l'anamnèse et à l'examen physique, en particulier en présence d'adénopathies généralisées inexplicées (*encadré 3*)⁵.

Examens d'imagerie

Les examens d'imagerie ne sont pas nécessaires initialement en présence d'adénopathies lorsque le risque de cancer est faible⁷. En cas de doute, une échographie de surface peut clarifier la situation. En présence d'adénite suppurée, elle peut montrer une fluctuation et permettre un drainage thérapeutique avec culture de pus au besoin.

Lorsqu'un cancer de la sphère ORL est soupçonné, une tomodensitométrie cervicale et une évaluation endoscopique par un otorhinolaryngologiste sont toutes deux indiquées⁹. Certains cliniciens ont recours à la radiographie pulmonaire et à l'échographie abdominale et pelvienne comme examen de triage et de rassurance lorsque le doute n'est pas élevé. Cependant, aucune étude n'appuie clairement cette pratique⁷.

Adénopathie axillaire inexplicée chez une femme

La mammographie et l'échographie du sein devraient être obtenues rapidement en présence d'une adénopathie axillaire inexplicée. En l'absence d'anomalies au niveau mammaire, une tomodensitométrie thoracique,

En l'absence de symptômes ou de signes associés, l'observation d'une adénopathie localisée ailleurs que dans la région sus-claviculaire, durant de deux à quatre semaines, peut éviter une biopsie inutile.

Repère

Encadré 2**Modèle de Vassilakopoulos⁷**

Variables augmentant la pertinence d'un échantillon histopathologique chez les patients de plus de 12 ans

- ⊗ Patients de plus de 40 ans
- ⊗ Absence de sensibilité
- ⊗ Taille de plus d'un centimètre
- ⊗ Prurit généralisé
- ⊗ Aire supraclaviculaire
- ⊗ Induration

abdominale et pelvienne permettra de rechercher un autre cancer primaire et de compléter le bilan d'extension comme dans toute situation où un cancer est fortement soupçonné. *Malgré vos efforts, le cancer primaire demeure inconnu. Vous expliquez à M^{me} Tremblay qu'elle devra donc subir une biopsie axillaire droite.*

Biopsie

Plusieurs techniques permettent d'obtenir une biopsie pour établir un diagnostic en présence d'adénopathies. Il ne faut pas oublier de vérifier la coagulation du patient et de cesser les anticoagulants, notamment les antiplaquettaires, au préalable.

Aspiration à l'aiguille fine

L'aspiration à l'aiguille fine est utilisée surtout dans le cas d'un possible cancer de la sphère ORL afin d'éviter la contamination du trajet de la biopsie ou pour prouver la récurrence d'un carcinome. Elle comporte un taux élevé de résultats faussement négatifs. De plus, elle ne permet pas d'évaluer l'architecture ganglionnaire qui est très utile dans la détermination des sous-types de lymphome.

Biopsie au trocart

La biopsie au trocart est faite par le radiologiste sous guidage échographique ou tomodensitométrie. Un appareil d'échographie mobile permet de prélever un fragment de tissu même si le patient est hospitalisé aux soins intensifs et que son état est instable. L'examen est

Encadré 3**Examens de laboratoire utiles dans l'évaluation d'adénopathies⁵**

- ⊗ Bilan initial : formule sanguine, monostest
- ⊗ Bilan détaillé : test cutané à la tuberculine (TCT), sérologie du VIH, recherche d'anticorps antinucléaires et de l'antigène VDRL
- ⊗ Avant l'examen radiologique avec contraste : fonction rénale
- ⊗ Avant la biopsie : vérification de la coagulation (formule sanguine avec numération plaquettaire, RIN et temps de céphaline)

peu coûteux et entraîne peu de complications. Il remplace de plus en plus la biopsie incisionnelle. Il permet un diagnostic précis du lymphome dans la majorité des cas¹⁰. Il faut utiliser le plus gros trocart possible (par exemple de calibre 14) ou prélever plusieurs carottes si le radiologiste choisit un trocart plus petit (par exemple de calibre 18) pour des raisons techniques.

Biopsie incisionnelle

La biopsie incisionnelle, ou ouverte, demeure la référence lorsqu'il faut établir un diagnostic précis, surtout si un lymphome est soupçonné. En effet, l'échantillon obtenu montre bien l'architecture ganglionnaire. Cependant, la biopsie chirurgicale nécessite souvent le plateau technique de la salle d'opération et est donc liée à des délais importants dans certains hôpitaux. De plus, sa morbidité est plus élevée. Les meilleurs endroits pour y avoir recours sont, par ordre décroissant, les régions sus-claviculaire, cervicale, axillaire et inguinale. En effet, les résultats non spécifiques⁵ et les complications (infection et dommages neurovasculaires) sont plus fréquents au niveau de l'aisselle et de l'aîne.

Adénopathie découverte fortuitement

Le bilan radiologique d'autres problèmes de santé met parfois en évidence, de façon fortuite, des adénopathies non palpables. Une démarche systématique pour en rechercher la cause potentielle doit alors être

Les examens d'imagerie ne sont pas nécessaires initialement en présence d'adénopathies lorsque le risque de cancer est faible.

Repère

entreprise. En l'absence d'une cause évidente, de symptômes ou de signes associés et lorsque les adénopathies sont petites (moins de 1 cm), l'observation par un examen d'imagerie quelques mois plus tard semble sage. En cas d'évolution clinique ou radiologique significative, la biopsie de telles adénopathies peut parfois représenter un défi à cause de leur taille et de leur emplacement. L'approche radiologique est souvent possible par un clinicien expérimenté. Une tomographie à émission de positons pourrait aider à découvrir un cancer primaire occulte ou une lésion plus facilement accessible à la biopsie. Dans certains cas, il faudra recourir à l'écho-endoscopie (digestive ou bronchique) ou à la laparoscopie, et même, rarement, à la laparotomie afin d'obtenir le diagnostic.

LIRM DU SEIN de M^{me} Tremblay a révélé une masse douteuse dans le quadrant supéro-externe du sein droit. La biopsie confirme la présence d'un carcinome. Grâce à vous, la patiente a été dirigée en chirurgie et pourra recevoir les soins appropriés. Son cas illustre bien l'importance d'une évaluation des adénopathies. Seule une approche systématique permet d'établir une conduite adéquate avec le minimum de moyens et d'inconfort pour le patient. L'anamnèse et l'examen physique ainsi que les examens paracliniques pertinents vous guideront dans la décision d'observer quelque temps ou de procéder à une biopsie. 📧

Date de réception : le 1^{er} avril 2012

Date d'acceptation : le 8 mai 2012

Le D^r Christian Carrier n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Chau I, Kelleher MT, Cunningham D et coll. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. *Br J Cancer* 2003; 88 (3): 354-61.
2. Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. *J Fam Pract* 1988; 27 (4): 373-6.

Summary

Adenopathy: biopsy or observation? Finding of adenopathies is always very worrisome for patients and their physicians and it brings forth the big question: "Doctor, do I have cancer?" Adenopathies have multiple causes and only a systematic approach will help determine adequate conduct to ensure minimal intervention and discomfort for the patient. In this article, the reader will explore different scenarios and hypotheses. Questionnaire, and physical examination and others investigations will help to decide whether to observe or arrange for a biopsy. In the end, the big question will be answered as well as many others relating to adenopathies.

3. Lee Y, Terry R, Lukes RJ. Lymph node biopsy for diagnosis: a statistical study. *J Surg Oncol* 1980; 14 (1): 53-60.
4. Wiliamson HA Jr. Lymphadenopathy in a family practice: a descriptive study of 249 cases. *J Fam Pract* 1985; 20 (5): 449-52.
5. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician* 1998; 58 (6): 1313-23.
6. Libman H. Generalized lymphadenopathy. *J Gen Intern Med* 1987; 2 (1): 48-58.
7. Vassilakopoulos TP, Pangalis GA. Application of a prediction rule to select which patients presenting with lymphadenopathy should undergo a lymph node biopsy. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79 (5): 338-47.
8. Slap GB, Brooks JS, Schwartz JS. When to perform biopsies of enlarged peripheral lymph nodes in young patients. *JAMA* 1984; 252 (10): 1321-6.
9. Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. *Am Fam Physician* 2002; 66 (5): 831-7.
10. Amador-Ortiz C, Chen L, Hassan A et coll. Combined core needle biopsy and fine needle aspiration with ancillary studies correlate highly with traditional techniques in the diagnosis of nodal-based lymphoma. *Am J Clin Pathol* 2011; 135 (4): 516-24.
11. Lin RP, DiLeonardio M, Jacoby RA. Silicone lymphadenopathy: a case report and review of the literature. *Am J Dermatol* 1993; 15 (1): 82-4.
12. Chen TC, Lin WR, Lu PL et coll. Cat scratch disease from domestic dog. *J Formos Med Assoc* 2007; 106 (2 suppl.): S65-S68.
13. Scoggins CR, Vitola JV, Sandler MP et coll. Occult breast cancer presenting as an axillary mass. *Am Surg* 1999; 65 (1): 1-5.
14. Copeland EM, McBride CM. Axillary metastasis from unknown primary sites. *Ann Surg* 1973; 178 (1): 25-7.
15. Harris DW, Ostlere L, Buckley C et coll. Phenytoin-induced pseudolymphoma. A report of a case and review of the literature. *Brit J Dermatol* 1992; 127 (4): 403-6.

Une biopsie au trocart sous guidage radiologique permet souvent de poser rapidement un diagnostic précis, même dans le cas d'un lymphome.

Repère