



SOMMAIRE

685

Situations
d'urgence

686

Hors situations
urgentes

689

Examens
complémentaires

690

Conclusion

Par **Irène Jimenez**,
François Doz,
département d'oncologie
pédiatrique, institut Curie,
75005 Paris.
irene.jimenez@curie.net
francois.doz@curie.net

Hervé J. Brisse,
département d'imagerie
médicale, institut Curie.
herve.brisse@curie.net

Antoine Bourrillon,
service de pédiatrie
générale, hôpital Robert-
Debré, 75019 Paris
et université Paris-Diderot.
antoine.bourrillon@
rdp.aphp.fr

EXPLORER UNE ADÉNOPATHIE CHEZ L'ENFANT

Connaître les signes de gravité est crucial.

La palpation de petits ganglions mobiles est fréquente chez l'enfant. Il s'agit dans la plupart des cas de processus réactionnels limités d'évolution favorable. Cependant, des adénopathies, même superficielles, peuvent révéler des maladies sévères.

L'exploration doit être méthodique et rigoureuse permettant une orientation étiologique, variable selon le caractère unique ou multiple de l'atteinte ganglionnaire. La prescription d'examens complémentaires n'est pas toujours nécessaire, elle doit être raisonnée et graduelle, selon le contexte clinique et son évolution.

En revanche, les adénopathies profondes, plus rares, nécessitent une prise en charge sans délai et des examens spécialisés. Même si, parmi les causes d'adénopathies superficielles, les affections préoccupantes sont proportionnellement peu fréquentes, il est important de toujours rechercher des signes cliniques de gravité et, parmi eux, ceux en faveur d'adénopathies profondes associées, surtout si elles sont compressives.

SITUATIONS D'URGENCE 1,2

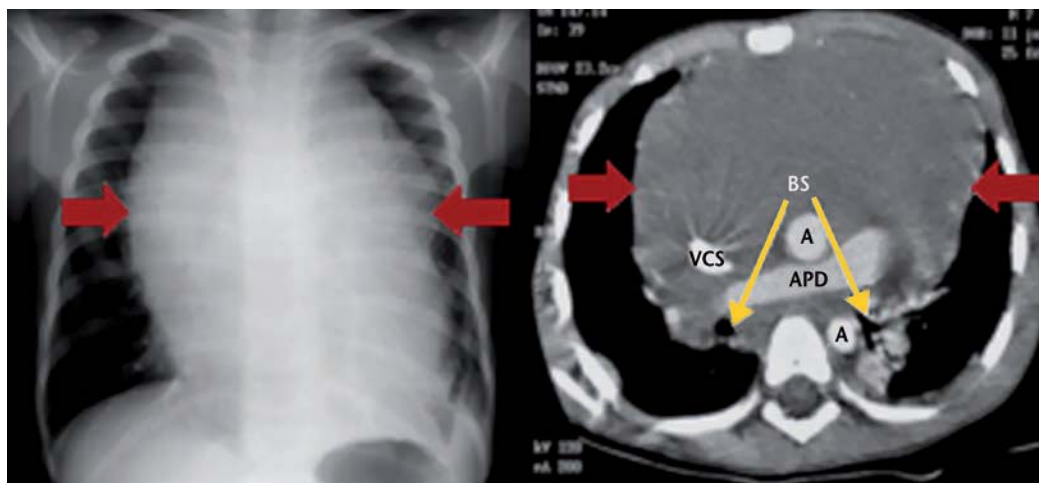
Adénopathies médiastinales

Elles peuvent être révélées par un syndrome de compression (fig. 1) des voies aériennes, risquant de mettre en jeu le pronostic vital et/ou un syndrome cave supérieur (CS).

La compression des voies aériennes se manifeste souvent par une toux irritative prolongée, une orthopnée, une dyspnée parfois seulement d'effort au début, puis survenant aussi au repos. L'examen clinique peut être entièrement normal – la détection d'un *wheezing* est très inconstante –, des signes en faveur d'un épanchement pleural ou péricardique associé sont possibles.

Le syndrome CS, quant à lui, est suspecté devant un œdème facial et des paupières, puis une dilatation des veines jugulaires et une circulation veineuse collatérale thoracique, ainsi qu'une cyanose de la partie supérieure du corps. L'hypertension veineuse cérébrale secondaire peut induire des

Fig. 1 – Radiographie standard et scanner thoracique d'un patient atteint de lymphome T lymphoblastique médiastinal antérieur compressif sur les axes vasculaires et aérique (A : aorte ; APD : artère pulmonaire droite ; BS : bronches souches ; VCS : veine cave supérieure).



céphalées, une somnolence, des troubles visuels, des syncopes, voire des convulsions et un coma. D'autres symptômes de compression médiastinale révèlent plus rarement des adénopathies profondes : dysphagie, dysphonie.

Tout symptôme évoquant une telle compression doit faire suspecter une masse médiastinale et impose sans délai une radiographie du thorax. L'examen tomodensitométrique thoracique objective les compressions et précise la topographie et l'étendue exactes de la masse médiastinale. Il ne doit être réalisé qu'en l'absence d'orthopnée sévère.

En parallèle à l'enquête diagnostique, l'initiation des traitements est urgente. Sur le plan ventilatoire, le transfert en réanimation peut être nécessaire ainsi que l'évacuation d'épanchements compressifs associés (pleural ou péricardique), l'oxygénothérapie, la ventilation non invasive et plus rarement l'intubation.

Le diagnostic est facile si la NFS-plaquettes montre des blastes circulants, souvent associés à des anomalies des autres lignées hématopoïétiques. Il peut nécessiter des gestes de ponction (en veillant à ne pas aggraver les symptômes respiratoires) : myélogramme, études biopathologiques de liquides pleural ou péricardique ou étude cytologique d'une adénopathie périphérique associée. En l'absence d'épanchement ou d'adénopathie périphérique, et en cas de myélogramme normal, il faut documenter l'atteinte médiastinale en milieu chirurgical, par biopsie transthoracique à l'aiguille, voire par thoracoscopie.

Les corticoïdes sont extrêmement efficaces en cas de lymphome et de leucémie lymphoblastiques, mais, débutés avant les examens biopathologiques, ils peuvent fausser certains résultats et compliquer le diagnostic. La décision face à un enfant ayant une masse médiastinale doit être ainsi toujours concertée entre le médecin le prenant en charge en urgence, l'équipe de réanimation pédiatrique et celle d'hémo-oncologie.

Adénopathies abdominopelviennes

Des adénopathies rétropéritonéales peuvent être révélées par des œdèmes des membres inférieurs par compression de la veine cave inférieure, dont le principal risque est sa thrombose complète.

La compression des vaisseaux d'un hile rénal peut provoquer l'insuffisance fonctionnelle du rein concerné, et celle de l'uretère une hydronéphrose.

Une invagination intestinale, surtout chez un enfant âgé de plus de 3 ans, doit faire éliminer, entre autres, une infiltration et des adénopathies mésentériques, souvent associées à d'autres ganglions profonds.

Si on suspecte des adénopathies abdominopelviennes, la première imagerie à réaliser est l'échographie, à la recherche d'une masse associée, de signes d'épanchement péritonéal mais aussi d'un retentissement rénal bilatéral avec risque d'insuffisance rénale aiguë par obstacle en cas de dilatation pyélo-urétérale bilatérale. Si l'échographie confirme la présence d'adénopathies, une IRM ou une tomodensitométrie sont faites dans un deuxième temps (en tenant compte de la fonction rénale en cas d'obstacle rénal bilatéral), pour orienter le diagnostic (adénopathies isolées ou satellites d'une tumeur abdominale) et obtenir un premier bilan d'extension.

HORS SITUATIONS URGENTES

Le terme peu spécifique d'adénopathie recouvre diverses pathologies et désigne des ganglions lymphatiques augmentés de volume, de plus de 1 cm de diamètre.

Il s'agit d'un tableau clinique fréquent et le plus souvent bénin : il est donc important que l'exploration soit bien adaptée à la gravité potentielle. L'interrogatoire et l'examen clinique apportent des informations clés pour le diagnostic et les éventuels examens complémentaires. Les étiologies sont listées de façon schématique dans l'encadré 1.

Interrogatoire

Évolution. Sont suspectes de malignité une augmentation progressive de la taille, une adénopathie isolée persistante sans point d'appel évident ainsi que celle qui régresse puis récidive.

Symptômes associés. On recherche des signes de gravité liés à des adénopathies profondes relevant d'une prise en charge en urgence (cf. supra).

Fièvre, asthénie et altération de l'état général ne sont pas spécifiques mais doivent alerter le médecin et faire éliminer, entre autres, une origine tumorale.

Des douleurs osseuses peuvent accompagner les leucémies aiguës et les neuroblastomes avec des métastases ostéomédullaires.

Prurit et sueurs nocturnes font évoquer le diagnostic de maladie de Hodgkin.

Trismus et épistaxis peuvent témoigner d'un carcinome indifférencié du nasopharynx.

Autres informations utiles : traitements en cours (antibiotiques, anticonvulsivants), mode de vie (ingestion de lait cru, contact avec des animaux).

Diagnostic positif : le plus souvent simple³

Certaines lésions peuvent être confondues avec des adénopathies superficielles. On les trouve principalement au niveau du territoire cervical (glande salivaire, kyste du tractus thyroïdienne, lymphangiome kystique, kystes branchiaux ou dermoïdes, *fibromatosis colli* ou tumeur bénigne fibreuse du sterno-cléido-mastoïdien) mais aussi dans la région inguinale (hernie, kyste du cordon), ainsi qu'en tous territoires (neurofibromes, lipoblastomes, lipomes).

En cas de doute sur la nature ganglionnaire d'une masse superficielle, de nombreuses autres lésions des tissus mous, très rares, peuvent être suspectées : l'échographie, examen de première intention, est alors très contributive.

Le caractère localisé (régions anatomiques contiguës) ou généralisé (2 ou plusieurs régions non contiguës affectées) des adénopathies a une importante valeur d'orientation.^{4,6}

Adénopathies superficielles localisées

Il est indispensable de chercher une porte d'entrée cutanée ou une infection régionale.

Les adénopathies cervicales sont la localisation la plus fréquente chez l'enfant, leur cause principale est l'infection présumée virale des voies aériennes supérieures. Dans ce cas, elles sont habituellement de consistance molle, de petite taille, mobiles et sans modification de la peau en regard. En revanche, celles associées à un pyogène sont volontiers plus volumineuses, parfois sensibles, voire douloureuses : elles sont en rapport avec une angine ou avec une infection cutanée régionale (pouvant alors s'accompagner de signes

1. Étiologie des adénopathies

Adénopathies infectieuses

➔ Localisées

- . Adénites à pyogènes : *Streptococcus*, *Staphylococcus*
- . Tuberculose et mycobactéries atypiques
- . Maladie des griffes du chat (*Bartonella henselæ*)

➔ Généralisées

- . Bactériennes : fièvre typhoïde, brucellose, syphilis
- . Virales : EBV, CMV, VIH, rubéole, varicelle, rougeole, HSV, adénovirus
- . Parasitaires : toxoplasme, leishmaniose viscérale, paludisme
- . Champignons : histoplasmes, *Chrysosporium*, *coccidioides*

Adénopathies tumorales

➔ Hémopathies malignes

- . Leucémies (principalement aiguës) : LAL, LAM
- . Lymphome de Hodgkin
- . Lymphome non hodgkinien (LMNH) : lymphome de Burkitt, lymphome lymphoblastique T, lymphome B à grandes cellules, lymphome anaplasique à grandes cellules

➔ Métastases de tumeurs solides

- . Sarcomes : rhabdomyosarcome, sarcome d'Ewing
- . Neuroblastome
- . Carcinome indifférencié du nasopharynx

Maladies auto-immunes/lymphoprolifératives

- ➔ Maladie de Still, lupus systémique, dermatomyosite, histiocytose langerhansienne

Médicaments

- ➔ Carbamazépine, phénytoïne, captopril, pénicillines, cotrimoxazole

Autres

- ➔ Maladie de Kawasaki, sarcoïdose, maladies de surcharge (Gaucher, Niemann-Pick), affections auto-inflammatoires (fièvre méditerranéenne familiale et autre fièvres récurrentes, syndrome FPAPA).

cutanés en regard). Elles nécessitent initialement un traitement antibiotique adapté (amoxicilline-acide clavulanique) susceptible de les faire régresser en 3-4 semaines.

La localisation cervicale est aussi fréquente en cas de maladie des griffes du chat, caractérisée par une adénopathie unique, douloureuse, de grande taille, souple, et accompagnée de fièvre. Il faut toujours être vigilant devant un tableau d'adénopathies cervicales en l'absence de signe d'infection virale ou bactérienne : l'examen exhaustif de l'ORL permet de mieux évaluer le cavum, les fosses nasales et les conduits auditifs (fig. 2).

Les adénopathies sus-claviculaires – toujours pathologiques – sont souvent associées à une pathologie médiastinale ou abdominale. Les adénopathies cervicales basses affleurant le

Fig. 2 – Adénopathies cervicales froides métastatiques de grande taille et dures chez un enfant atteint d'un carcinome indifférencié du nasopharynx. Paquet ganglionnaire cervical gauche visible cliniquement (*) et sur l'IRM cervicale (S). Tumeur du nasopharynx (Y) associée visible sur l'IRM.



creux sus-claviculaire méritent une vigilance particulière vis-à-vis de la gravité de leurs causes possibles.

Axillaires, elles sont en général inflammatoires et provoquées par des lésions des membres supérieurs, ou la maladie des griffes du chat. L'aisselle peut aussi être le siège d'adénites tuberculeuses ou lymphomateuses.

Inguinales, elles sont d'habitude secondaires à des infections des membres inférieurs ou plus rarement des organes génitaux externes ou de la région péri-anale. Elles peuvent aussi être d'origine métastatique : tumeurs des membres inférieurs ou des organes génitaux externes ainsi que de la région péri-anale.

Autres. Les adénopathies occipitales et rétro-auriculaires sont généralement secondaires à des lésions du cuir chevelu (dermatite séborrhéique, pédiculose) ; cette localisation est aussi caractéris-

tique de la rubéole. Pré-auriculaire, elles peuvent être dues à des infections par *Chlamydia*, adénovirus ou maladie des griffes du chat, ou à une pathologie orbitaire infectieuse ou tumorale (le premier relais de l'orbite est prétragien). Les adénopathies sous-maxillaires et sous-mentonnières sont souvent en relation avec des infections de la peau en regard, de problèmes dentaires ou de la muqueuse buccale.

Quelle que soit sa localisation, une adénopathie isolée persistante impose un diagnostic étiologique.

Adénopathies généralisées

Les infections virales, dont la mononucléose infectieuse (primo-infection par EBV), en sont l'une des premières causes. Les adénopathies siègent alors souvent en territoire cervical, occipital, rétro-auriculaire, elles sont bilatérales, de grande taille, sensibles, sans modification de la peau en regard.

Généralement, elles s'accompagnent de fièvre avec asthénie, parfois rash cutané (surtout après amoxicilline), énanthème pharyngé et dans certains cas hépatosplénomégalie.

Les hémopathies malignes comme les leucémies et les lymphomes peuvent aussi se manifester par des adénopathies généralisées, de même que l'histiocytose langerhansienne ou certaines affections auto-immunes comme la maladie de Still ou le lupus érythémateux disséminé.

Autres éléments d'orientation

Certaines caractéristiques cliniques sont rassurantes, d'autres sont alarmantes (tableau).

Petite taille, mollesse et mobilité sont évocatrices d'infections virales.

Une adénopathie isolée, douloureuse d'allure inflammatoire avec modification des téguments proches évoque avant tout une origine bactérienne. En revanche, dure, froide, volumineuse et adhérente aux plans profonds, elle doit alerter et faire suspecter une origine maligne.

TABLEAU	CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ORIENTANT VERS UNE ORIGINE BÉNIGNE OU MALIGNE	
Examen clinique	Adénopathie évoquant une origine bénigne	Adénopathie devant faire rechercher une cause maligne
Caractéristiques	Molle Petite Inflammatoire	Dure Volumineuse Adhésion plans profonds
Localisation	Territoire inguinal ou cervical*	Territoire sus-claviculaire
Évolution	Taille stable Adénopathie régressive	Augmentation progressive en taille Adénopathie isolée persistante** Adénopathie régressive qui réapparaît
Signes généraux	Bon état général	Altération de l'état général
Porte d'entrée	Infection cutanée ou ORL Caries dentaires	Masse associée
Syndrome tumoral	Absent	Présent
Signes respiratoires	Absents	Présents
Ex. neurologique	Normal	Anormal

* Attention aux adénopathies cervicales basses affleurant le creux sus-claviculaire.

** Quel que soit le site (même inguinal ou cervical).

Notons que les adénopathies des lymphomes anaplasiques à grandes cellules (LAGC) peuvent être douloureuses et inflammatoires. Initialement, elles régressent parfois spontanément (encadré 2). **Y a-t-il une porte d'entrée ?** Une infection cutanée ou ORL proche évoque une origine bénigne. L'association à une masse d'apparition récente doit faire suspecter une maladie tumorale.

Y a-t-il des signes cliniques de gravité ? (à toujours rechercher) +++

Signes généraux. Altération de l'état général, asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre font suspecter une cause tumorale ou infectieuse grave (tuberculose).

Signes de compression. Détresse respiratoire, syndrome CS, œdème des membres inférieurs, symptômes de compression médullaire, d'obstruction des voies urinaires, ou d'occlusion intestinale imposent une prise en charge urgente.

Syndrome tumoral. Des adénopathies généralisées avec hépatosplénomégalie évoquent une mononucléose infectieuse mais doivent toujours faire éliminer une hémopathie maligne.

Signes d'insuffisance médullaire. Une pâleur, un syndrome hémorragique cutanéomuqueux peuvent accompagner ou révéler une hémopathie maligne ou une tumeur solide avec envahissement médullaire.

Des signes neurologiques par compression de structures nerveuses doivent faire rechercher une lésion tumorale associée. Quelques maladies infectieuses virales avec adénopathies, comme la mononucléose infectieuse, peuvent comporter des anomalies neurologiques telles que l'ataxie ou le syndrome de Guillain-Barré.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils ne sont pas systématiques. Ils peuvent être nécessaires, éventuellement d'emblée, en cas de signe de gravité. Devant un tableau clinique rassurant de bas risque de malignité, on est volontiers attentiste, on contrôle l'évolution après quelques jours et, si besoin, on demande les examens complémentaires dans un second temps.

Biologie

La NFS-plaquettes et les paramètres biologiques de l'inflammation sont toujours réalisés en premier devant un tableau d'adénopathies généralisées ou localisées persistantes.

Adénopathies localisées : une IDR ou bien les tests plus spécifiques T-SPOT.TB et/ou Quanti-FERON-TB⁷ pour les enfants vaccinés par le BCG sont à faire pour éliminer le diagnostic de tuberculose. Une sérologie positive à *Bartonella henselæ* signe une maladie des griffes de chat. Un prélèvement de gorge pour analyse bactériologique s'impose en cas de suspicion d'adénite à pyogènes.

Adénopathies généralisées : les sérologies EBV,

2. Caractéristiques des adénopathies et orientation diagnostique

- **Indolore – petite – molle – mobile**
en faveur d'une → **infection virale**
- **Isolée – douloureuse – inflammatoire***
en faveur d'une → **infection bactérienne**
- **Indolore – grosse – dure – adhérente aux plans profonds**
suspecte de → **malignité**

* Attention aux adénopathies des lymphomes anaplasiques à grandes cellules, qui peuvent être douloureuses et d'allure inflammatoire.

CMV et toxoplasme s'imposent pour éliminer le diagnostic de MNI ou de syndrome mononucléosique (2 prélèvements à 15 jours d'intervalle), ainsi qu'un frottis sanguin. Un tableau de pancyclopénie et blastes circulants, associé à des adénopathies généralisées, est la forme classique des leucémies aiguës. Les lymphocytes activés propres des syndromes mononucléosiques peuvent être confondus avec des blastes. Il est indispensable que l'examen du frottis sanguin soit fait par un examinateur expérimenté, pour ne pas poser un faux diagnostic de leucémie aiguë.

Imagerie²

Il faut procéder pas à pas en fonction de la clinique et la biologie, et toujours commencer par les examens simples, que sont la radiographie de thorax et l'échographie abdominale.

En cas d'adénopathies sus-claviculaires, médiastinales ou abdomino-pelviennes, un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien est en règle réalisé pour orienter le diagnostic, rechercher un éventuel cancer primitif, et faire le bilan d'extension (sites ganglionnaires, atteintes viscérales, localisations osseuses).

En cas de suspicion de lymphome et après avis spécialisé, cet examen tomодensitométrique sera couplé à une FDG-TEP (tomographie par émission de positons).

Les adénopathies médiastinales sont volontiers secondaires à des processus malins (le plus souvent leucémies aiguës, lymphomes) ; elles sont généralement situées dans le médiastin antérieur et moyen. D'autres causes sont également possibles (tuberculose, sarcoïdose).

Les adénopathies profondes abdomino-pelviennes sont classiquement d'origine infectieuse (adénite mésentérique), mais en situation intra-abdominales elles peuvent révéler une pathologie maligne : lymphome classiquement, mais aussi métastases ganglionnaires de rhabdomyosarcome, neuroblastome ou tumeur germinale maligne.

À retenir

Une adénopathie est un ganglion de plus de 1 cm de diamètre.

De petite taille, molles et mobiles, elles sont habituellement bénignes.

Si elles sont dures et adhérentes aux plans profonds, elles sont suspectes de malignité.

Les adénopathies sus-claviculaires et médiastinales sont toujours pathologiques.

Devant un tableau d'adénopathies généralisées, un processus systémique doit être recherché.

Examens biopathologiques

Ils s'imposent si les adénopathies sont inquiétantes d'emblée (altération de l'état général, signes de compression, syndrome tumoral, signes d'insuffisance médullaire, signes neurologiques) ; localisées et persistantes ou encore récidivantes.

La ponction-aspiration ganglionnaire est un geste peu agressif, facile du point de vue technique, rapide et peu douloureux (anesthésie locale et, en l'absence de contre-indication, mélange O₂/NO). Faite par une équipe entraînée, elle est rapidement informative pour le diagnostic d'une adénite infectieuse ou d'une tumeur maligne, évitant notamment une biopsie, inutile si infection.

En cas d'hémopathie maligne, la documentation biopathologique complète est parfois possible par simple cytoponction pour les lymphomes malins non hodgkiniens de type lymphoblastique T et Burkitt, et sur l'examen médullaire dans le cas des leucémies aiguës. Une consultation en milieu spécialisé avec ponction cytologique ganglionnaire est en tous cas toujours préférable à la biopsie (si celle-ci peut être évitée pour parvenir au diagnostic).

La biopsie ganglionnaire est réalisée en cas d'échec ou d'interprétation douteuse de la pon-

tion ganglionnaire ou, souvent après orientation cytologique, dans certains types de lymphomes (notamment lymphome de Hodgkin, LAGC et lymphomes B à grandes cellules).

La documentation histologique doit être faite en milieu spécialisé, de façon à optimiser les conditions du diagnostic grâce à l'expertise en termes d'études morphologiques, à la possibilité d'analyses immuno-histochimiques exhaustives et de caractérisation moléculaire, à partir d'un fragment congelé. Selon les localisations et le diagnostic présumé, on a recours soit à une biopsie à l'aiguille, soit à une adénectomie chirurgicale.

Dans le cas de métastases ganglionnaires de tumeurs solides, la cytoponction effectuée en milieu spécialisé oriente le diagnostic et contribue au stadage, mais la documentation histologique et biologique de la tumeur primitive reste nécessaire.

CONCLUSION

La découverte d'une adénopathie chez l'enfant est un motif fréquent de consultation et un défi pour le médecin, puisqu'elle ouvre un vaste champ de diagnostics possibles. Dans le contexte de l'urgence, la priorité est la stabilisation du patient puis la mise en place des démarches diagnostiques en toute sécurité, sachant que dans la plupart des cas il s'agit d'adénopathies associées aux hémopathies malignes. En dehors de ces situations, l'interrogatoire et l'examen clinique apportent un grand nombre d'informations.

Des maladies variées peuvent être en cause : il est nécessaire de connaître leurs modes de présentation pour déterminer la conduite à tenir. Dans la plupart des cas, ces adénopathies sont bénignes, mais il est important de ne pas méconnaître des causes graves, avant même l'apparition de symptômes urgents et menaçants, quand ils ne sont pas présents d'emblée. ●

RÉFÉRENCES

- Orbach D, Brisse H, Estève M, Doz F. Attitude diagnostique devant une tumeur comprimant les voies aériennes. In: Labrune P, Oriot D, Labrune B, Huault G. Urgences pédiatriques. Paris: de boeck-Estem; 2010: 97-100.
- Brisse HJ, Orbach D, Kljjanienko J. Soft tissue tumors: imaging strategy. *Pediatr Radiol* 2010;40:1019-28.
- Bourrillon A, Faye A. Adénopathies superficielles. In: Pédiatrie pour le praticien. Paris: Elsevier Masson; 2011: 458-60.
- Tuerlinckx D. Diagnostic et prise en charge des adénopathies cervicales de l'enfant. *Rev Med Gen* 2008;849:8-13.
- Krause M, Schwizer W. Adénopathies. *Forum Med Suisse* 2002;38:889-93.
- Landman-Parker J. Adénopathies superficielles de l'enfant. In: Labrune P, Oriot D, Labrune B, Huault G. Urgences pédiatriques. Paris: de boeck-Estem; 2010: 802-6.
- Sun L, Xiao J, Miao Q, et al. Interferon gamma release assay in diagnosis of pediatric tuberculosis: a meta-analysis. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2011;63:165-73.

QUE DIRE AUX PARENTS/PATIENTS AYANT DES ADÉNOPATHIES SUPERFICIELLES

- **Les adénopathies superficielles** de l'enfant sont très fréquentes et correspondent le plus souvent à des causes bénignes.
- **Les petites adénopathies mobiles** de localisation cervicale et inguinale ne sont pas graves chez l'enfant sain.
- **Consultez votre médecin** en cas d'adénopathies de plus de 1 cm et persistantes.
- **Dans la plupart des cas**, la surveillance sera suffisante.
- **Parfois, des examens complémentaires** doivent être entrepris pour permettre un diagnostic étiologique et ne pas méconnaître une cause grave.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.