



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE LA SCALA

Diagnostic d'une adénopathie périphérique

Démarche diagnostique

1. Diagnostic positif

- 1.1 Caractères de l'ADP
- 1.2 Examen du territoire drainé par l'ADP
- 1.3 Examen somatique
- 1.4 Examens complémentaires

2. Diagnostic étiologique

2. Diagnostic 1 ADP Généralisées

- 2.1.1 Infections VIRALES
- 2.1.2 Infections PARASITAIRES
Infections MYCOSIQUES
- 2.1.3 Médicaments
- 2.1.4 Auto-immunité
- 2.1.5 Hémopathies malignes
- 2.1.6 Maladies de Surcharge

2.2 ADP Isolée

3. Attitudes pratiques

3.1 ADP Isolée

3.2 ADP Généralisées

Édito

Dans un contexte d'efficience de l'offre de soins et des bonnes pratiques de biologie médicale.

Le Laboratoire La SCALA à le plaisir de vous proposer une nouvelle lettre d'information portant sur le thème de l'adénopathie périphérique.

Cette lettre reprend les diverses phases de la démarche diagnostique face à la découverte d'une adénopathie en insistant particulièrement sur les multiples indices et examens et leur pertinence. Elle conseille une conduite à tenir afin d'optimiser la prise en charge.

Elle permet de mieux appréhender le diagnostic différentiel des infections virales et parasitaires, des maladies auto immunes, des proliférations bénignes et des hémopathies malignes.

Cette lettre est aussi l'occasion, au nom de toute l'équipe du laboratoire La SCALA, de vous remercier de l'expression de votre confiance et de vous renouveler notre engagement à un service de qualité dans le domaine de la biologie médicale.

Hala SARMINI

10 points importants



- 1- *Symptôme fréquent*
- 2- *N'est jamais banal*
- 3- *Découverte souvent fortuite*
- 4- *Dg positif qqfois difficile*
- 5- *Affirmer une «vraie» ADP*
- 6- *Etiologies nombreuses et variées*
- 7- *Raisonnement en système (monocytes-macrophages) et site de drainage lymphatique*
- 8- *Quand Dg étiologique difficile : pratiquer la cytoponction +/- biopsie*
- 9- *Dg à ne pas rater : Lymphome, métastases, VIH...*
- 10- *70% d'étiologies bénignes et 1% malignes (le reste sans étiquette diagnostic)*

La découverte d'adénopathies superficielles, isolées ou multiples doit faire adopter une **démarche diagnostique** systématique et rigoureuse en se basant sur l'interrogatoire du patient, les signes cliniques, le type évolutif et les examens complémentaires permettant une **orientation rapide** vers une étiologie précise permettant une prise en charge adaptée. Alors que les ganglions ne sont en règle non palpables à la naissance, ils vont subir une augmentation de taille constante jusqu'à la puberté, puis régresser progressivement...

Les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux sont plus facilement palpables chez l'enfant que chez l'adulte, sans revêtir obligatoirement un caractère pathologique. Si le plus souvent les adénopathies représentent une réponse transitoire à une infection locale ou générale, elles peuvent être le témoin d'une affection sévère à ne pas méconnaître, **justifiant la cytoponction** et la biopsie ganglionnaire.

Toute corticothérapie à l'aveugle doit être proscrite...

1- Diagnostic Positif

Si une adénopathie peut être le motif d'une consultation médicale, très souvent il s'agit d'une découverte fortuite lors d'un examen systématique des aires ganglionnaires. La démarche diagnostique sera toujours la même : caractère de l'adénopathie, examen du territoire drainé par cette adénopathie et examen somatique général.

ATTENTION AUX PIEGES dépendant de la situation anatomique de la tuméfaction +++

Région cervicale

Glande salivaire, kyste épithéliale brachial, tumeur thyroïdienne (faire déglutir le patient), anévrysme carotidien (ausculter à la recherche d'un souffle qui contre indique toute ponction ++)

Région axillaire

Hydro-sadénite prend un caractère inflammatoire, superficiel et adhérent à la peau.

Région inguinale et/ou crurale

Hernie, anévrysme.

Partout

Lipomes (consistance molle).

1.1 Les caractères de l'adénopathie

Il faudra tout d'abord apprécier le siège (cervical, axillaire, inguinal), mais également les autres aires ganglionnaires en se rappelant que des ganglions pré-auriculaires, épi trochléens, sus-claviculaires, poplités sont toujours pathologiques. Il faudra également apprécier le nombre (isolée ou multiples) d'adénopathies, leur appartenance à une même chaîne ou à des chaînes ganglionnaires différentes. La taille est très importante, avec des mesures précises permettant des comparaisons aux différents examens. La notion d'adénopathies bilatérales et symétriques est importante à souligner. La consistance du ganglion est également à décrire : dur/pierreuse (cancer) ou tendant à se ramollir ou

souple, adhérent ou non au plan profond, présence ou non d'une péri adénite (inflammatoire : rouge, chaude et douloureuse). Il faut rechercher par une palpation plus franche, l'existence ou non d'adénopathies profondes.

1.2 L'examen du territoire drainé par l'adénopathie

Recherche ou non la présence d'une lésion récente ou ancienne, s'étant infectée ou non. Le territoire drainé peut être cutané, mais également bucco-pharyngé et ORL quand il s'agit d'une adénopathie cervicale.

Région sous-maxillaire et jugulo-carotidienne supérieure

Oropharynx, anneau de Waldeyer.

Région jugulo-carotidienne moyenne et basse

Thyroïde et oropharynx.

Région axillaire

Membre supérieur et sein.

Région sus-claviculaire droite

Médiastin antéro-supérieur.

Région sus claviculaire gauche

Ganglion de TROISIÈRE : cavité abdominale.

Région inguinale

Organes génitaux externes, membre inférieur.

Région crurale

Périné.

1.3 Examen somatique

Précise l'état général (fièvre, asthénie, anorexie et amaigrissement) et recherche la présence d'une hépato-splénomégalie. Bien entendu, l'interrogatoire a précisé le mode de survenue et la date de début de cette ou ces adénopathies.

1.4 Examens complémentaires

Enfin, permettent de compléter le bilan : une radiographie permet parfois de déceler une extension des adénopathies, en particulier au niveau du médiastin. L'échographie abdominale permet de rechercher des adénopathies profondes. L'examen tomodensitométrique représente l'examen de choix dans le bilan d'exhaustivité de la découverte d'une adénopathie. Les examens biologiques seront guidés selon le contexte clinique (sérologies, bactériologie (BK), immunophénotypage...)

2- Diag. Etiologique

Nous séparerons les étiologies en adénopathies généralisées ou adénopathies localisées.

2.1 ADP GENERALISEES

Elles sont caractérisées par une augmentation de volume des ganglions dans plusieurs territoires non contigus pouvant parfois être associées à une hépato-splénomégalie.

2.1.1 Infections virales

Mononucléose infectieuse

Les adénopathies sont un signe majeur et précoce de l'infection quand elles sont fermes, mobiles, sensibles au palper et presque toujours diffuses, mais prédominantes aux régions cervicales. Leur volume est parfois très important, mais ces adénopathies n'évoluent jamais vers la suppression. Elles disparaissent assez lentement en plusieurs semaines. Le diagnostic est facilement posé si les autres symptômes sont présents : splénomégalie, angine, fièvre... et dans les formes pauci-symptomatiques, le diagnostic s'aidera de la formule sanguine avec les grands lymphocytes à cytoplasme bleuté, du MNI test, de la réaction de Paul-Bunnell-Davidson qui est positive à partir du 7^{ème} jour et surtout d'une sérologie positive vis-à-vis du virus d'Epstein-Barr.

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Sang

Population lymphocytaire panachée (composée de grands lymphocytes bleutés) reproduisant le polymorphisme cellulaire ganglionnaire.

Ganglion

Hyperplasie immunoblastique diffuse (Cellules hyperbasophiles + immunoblastes associés à une population lymphocytaire banale hétérogène avec parfois une composante maturative plasmocytaire)

Maladies des inclusions cytomégaliqes

Le tableau peut évoquer une mononucléose, mais les adénopathies sont plus modérées et les lymphocytes hyperbasophiles moins nombreux. Les adénopathies sont un peu plus fréquentes dans les formes de survenue précoce

Rubéole

Les adénopathies sont précoces, présentes à la période d'invasion et s'observant dans tous les territoires, mais certains sièges sont plus caractéristiques : région cervicale postérieure, rétro-auriculaire et occipitale à chercher dans la racine du cuir chevelu. Il s'agit de petits ganglions de la taille d'une noisette, sensibles à la pression. La confirmation se fait par la sérologie.

Rougeole

Les ganglions périphériques sont de petit volume, présents dès la période d'invasion s'associant au catarrhe oculo-nasal et aux signes de Köplik. Des adénopathies intra-abdominales plus volumineuses peuvent simuler parfois des tableaux appendiculaires.

Autres viroses : varicelle, adénovirus
Sont parfois responsables d'adénopathies de petit volume disséminées.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les adénopathies peuvent faire partie du tableau de l'infection à VIH. Du fait de l'immunodéficience, les adénopathies peuvent être en rapport avec une

surinfection bactérienne, virale ou parasitaire. Ces adénopathies sont bien souvent non inflammatoires, volumineuses, nombreuses, cervicales.

VIH

- 1- Hyperplasie folliculaire initiale
- 2- Involution folliculaire liaire
- 3- Contexte d'infections opportuniste :
 - 2.1 Sarcome de Kaposi
 - 2.2 Mycob. Atypiques
 - 2.3 Leishmaniae Donovanii
 - 2.4 Cryptococcose/histoplasmosse

Toxoplasmose acquise

Les adénopathies constituent un symptôme présent dans 60 à 80 % des formes à expression clinique. Elles sont généralement diffuses bien que l'atteinte des divers territoires se fasse progressivement et successivement. Les chaînes lymphatiques le plus souvent intéressées sont celles de la nuque, de la région sous maxillaire, de la jugulaire. De volume modéré, ces ganglions sont fermes, mobiles, peu ou pas douloureux, ils ne suppurent jamais et persistent plusieurs mois. Le diagnostic repose sur la sérologie avec un taux élevé d'anticorps anti-toxoplasmes de nature IgM. Le parasite en cause est *Toxoplasma gondii*.

TOXOPLASMOSE

Hyperplasie folliculaire

Association de cellules immunoblastiques peu nombreuses mais volontiers de grande taille et très nucléolées associées à la présence de quelques cellules épithélioïdes dispersées et de rares PN éosinophiles.

A noter que le parasite n'est jamais identifié morphologiquement.

Leishmaniose viscérale (Kala-Azar)

Elle est plus fréquente sur le pourtour du bassin méditerranéen. La forme typique associe un syndrome général : fièvre, pâleur, et un syndrome spléno-hépatoganglionnaire. Les adénopathies sont fermes, mobiles, indolores, il peut exister des adénopathies profondes, médiastinales notamment qui n'auront aucune traduction fonctionnelle, mais seront de découverte radiographique. Le diagnostic est porté devant la mise en évidence des leishmanies dans les cellules réticulo-histiocytaires (myélogramme).

Trypanosomiase

Les adénopathies intéressent surtout les chaînes cervicales et sous claviculaires et plus rarement les chaînes axillaires ou inguinales. Les adénopathies sont modérément hypertrophiées, mobiles, indolores, élastiques. Elles ne suppurent jamais.

2.1.3 Adénopathies réactionnelles à une prise médicamenteuse

Les manifestations apparaissent après une exposition médicamenteuse brève, 4 mois au plus, mais parfois quelques jours seulement, et en particulier pour les **Hydantoïnes**, la **Carbamazépine**, ou le **Primidone**. Certains antibiotiques comme l'amoxicilline ou la pénicilline peuvent également donner une hyperplasie ganglionnaire, simulant parfois à l'histologie un lymphome, faisant alors parler de «pseudo-lymphome». Les adénopathies apparaissent d'abord au niveau des aires cervicales et s'étendent ensuite pour envahir toutes les aires ganglionnaires. Elles sont habituellement fermes, indolores, sans péri-adénite. Ceci permet de souligner l'importance de l'interrogatoire à la recherche d'une prise médicamenteuse. Ces adénopathies peuvent également s'accompagner de fièvre, d'éruptions morbilleuses, d'une hépatosplénomégalie et d'une éosinophilie, faisant évoquer alors une réaction d'hypersensibilité.

2.1.4 Adénopathies au cours des maladies auto-immunes et des proliférations bénignes

L'anémie hémolytique auto-immune peut quelquefois être associée à de volumineuses adénopathies régressant spontanément avec les rémissions de l'anémie. Il faut chez ces patients rechercher systématiquement un déficit immunitaire sous-jacent.

Au cours du **lupus érythémateux disséminé** les adénopathies (plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte) restent souvent modérées et rarement au premier plan d'un tableau clinique riche et polymorphe.

Polyarthrite rhumatoïde

Les adénopathies sont avant tout le fait de formes systémiques.

La Sarcoidose

Les adénopathies périphériques surviennent dans 30% des cas et siègent dans n'importe quel territoire. Les ganglions sont peu volumineux, indolores, durs et ne suppurent pas.

SARCOIDOSE

Lésions granulomateuses

Organisation en amas tourbillonnants plutôt qu'en vraies cellules géantes de cellules épithélioïdes de morphologie typique.

Environnement lymphoïde banal en général peu activé.

ABSENCE DE NECROSE +++

Le syndrome d'activation du macrophage Maladie rare, mais qu'il faut savoir évoquer devant une poussée d'adénopathies disséminées associées à une splénomégalie chez un patient pouvant présenter une altération

importante de l'état général, de la fièvre, des anomalies de la numération. Cette activation s'accompagne d'une hypofibrinémie, hyperferritinémie et augmentation des tryglycérides associés à une hémato-phagie au myélogramme.

2.1.5 Adénopathies au cours des hémopathies malignes

Les leucémies aiguës

Les adénopathies s'observent dans 75% des leucémies aiguës lymphoblastiques de l'enfant et leur évolution est assez parallèle à celle de l'hépatosplénomégalie. Elles sont diffuses, symétriques, fermes, indolores. Très volumineuses, tumorales elles représentent un élément de mauvais pronostic. La ponction au moindre doute, montre un envahissement massif par des lymphoblastes. Le diagnostic est confirmé par le myélogramme. Les adénopathies sont moins fréquentes dans les leucémies aiguës myéloblastiques et monoblastiques et absentes dans les formes promyélocytaires. Par contre, ces adénopathies peuvent se trouver dans les leucémies myélomonocytaires chroniques.

Le lymphome malin hodgkinien

C'est une maladie qui touche le jeune adulte (voire adolescent) et l'adulte mûr (distribution bimodale). Parfois, polyadénopathies fébriles avec splénomégalie et prurit, mais le plus souvent la maladie est révélée sous la forme d'une adénopathie localisée ou apparemment localisée dans la région cervicale basse ou sus-claviculaire. Le ganglion hodgkinien est ferme, augmentant de volume pouvant réaliser des masses tumorales importantes et qui peuvent parfois régresser spontanément et ré-évoluer ultérieurement. Le diagnostic repose sur la ponction et la biopsie.

MIE DE HODGKIN

Association de cellules tumorales

cellule de STERNBERG

Grande taille, noyau volumineux, irrégulier, souvent polylobé et chromatine fine et nucléolée. L'image la plus caractéristique étant une cellule à 2 noyaux symétriques avec dans chacun un nucléole en «œil de chouette».

CELLULE DE HODGKIN

Grande cellule à noyau unique, non segmenté, d'aspect intermédiaire entre la cellule de Sternberg et l'immunoblaste.

Avec un environnement lymphocytaire et granulomateux (présence de PN éosinophiles et cellules macrophagiques sans corps tingibles avec des cellules épithélioïdes de morphologie normale).

Les lymphomes non hodgkiniens

Les adénopathies révèlent la maladie et ont la particularité d'augmenter extrêmement rapidement de volume. Ces adénopathies quand elles sont profondes sont rapidement compressives. La présence d'une adénopathie cervicale suspecte doit faire pratiquer une radiographie pulmonaire à la recherche d'un envahissement médiastinal en particulier antérieur. De la même façon, le diagnostic ici repose sur la ponction et la biopsie (nb : les lymphomes malins non hodgkiniens peuvent toucher des enfants entre 7 et 10 ans).

LNH

Population lymphoïde d'aspect relativement monomorphe composée de cellules de plus ou moins grande taille et plus ou moins mature (LNH gde/petite cellules) et dont le diagnostic pourra être étayé par l'étude immunophénotypique.

Importance dans le cadre d'une suspicion de transformation en LNH à grande cellule «Syndrome de RICHTER»

Les métastases ganglionnaires

Elles donnent classiquement des adénopathies très dures, mobiles, parfois volumineuses. Ces adénopathies doivent faire évoquer chez le tout petit enfant, le neuroblastome et chez l'enfant un peu plus grand le cancer du corps thyroïde, ou un carcinome indifférencié du nasopharynx chez l'enfant entre 10 et 20 ans alors que chez l'adulte on s'orientera plus facilement vers un cancer du sein chez la femme (+++) et bronchique.

METASTASES GANGLIONNAIRES

Observation d'amas de cellules dont les principales caractéristiques morphologiques sont :

- l'**anisocytose** (tailles des cellules différentes)
- l'**anisocaryose** (tailles des noyaux différentes)
- chromatine d'**aspect extra-hématopoïétique** («réticulée»)
- Forte **cohésivité**

+/- caractéristiques morphologiques susceptibles d'orienter vers l'origine primitive.

2.1.6 Adénopathies des maladies de surcharge et de l'histiocytose X

Dans les formes disséminées de l'histiocytose X, les adénopathies sont particulièrement fréquentes, généralisées, de volume modéré avec hépato-splénomégalie, éruption cutanée et lésions osseuses. C'est l'ensemble de tous ces signes qui font évoquer le diagnostic qui sera confirmé sur les prélèvements ganglionnaires et en particulier la microscopie électronique et les marqueurs immunologiques. Enfin, les adénopathies existent dans certai-

nes maladies de surcharge (maladie de Gaucher, maladie de Niemann-Pick). Elles sont très modérées à côté de l'énorme splénomégalie. Le diagnostic est fait devant la découverte de cellules de surcharge retrouvées dans la moëlle hématopoïétique.

2.2 ADP LOCALISEES

Il s'agit le plus souvent d'une étiologie infectieuse. Toutefois une adénopathie isolée peut être révélatrice d'un lymphome ou être une métastase d'un cancer.

2.2.1 ADP Cervicales

Les adénopathies microbiennes

A germes banals, accompagnent une infection souvent rhinopharyngée ou sont en apparence primitives. Ces adénopathies sont sensibles, noyées dans une périadénite modérée et recouverte d'une peau normale. L'évolution se fait vers un adénophlegmon dont la ponction retire un liquide riche en polynucléaires ou un pus franc, dont la culture permet l'identification du germe et guide ainsi l'antibiothérapie. Il est bien entendu essentiel de rechercher la porte d'entrée dans le territoire de cette adénopathie : cutané, dentaire, bucco-pharyngé...

Les adénopathies tuberculeuses

L'adénopathie constitue en général une masse importante, visible sur les téguments, peu ou pas douloureuse, ferme au début et entourée de ganglions plus petits. La ponction peut être blanche au début, ou ramener ultérieurement du pus qui sur milieu de Lowenstein permettra la mise en évidence du bacille en cause, de Koch pour ce qui est de la tuberculose, mais également parfois des mycobactéries atypiques (bovis...). Ces étiologies restent parfaitement d'actualité encore en 2011. Les mycobactéries atypiques seront recherchées en particulier sur un terrain d'immunodépression.

TUBERCULOSE

ADENITE GRANULOMATEUSE

Association de plages grumeleuses, acidophiles, pratiquement non cellulaires à des cellules épithélioïdes +/- altérées et à quelques cellules géantes dont les noyaux multiples se chevauchent («en fer à cheval»)

NECROSE +++

La coloration de Ziehl peut mettre en évidence la présence de BAAR.

Adénopathie maligne

Soit ganglionnaire (maladie de Hodgkin ou un lymphome malin non hodgkinien non localisé), soit une métastase d'un cancer loco-régional (thyroïde, sphère ORL).

Le syndrome de Kawasaki

Vascularite qui associe des atteintes cutanées muqueuses, mais également

la présence d'adénopathies cervicales. L'ensemble de la clinique permet d'évoquer le diagnostic.

La maladie des griffes du chat

Elle est liée à l'inoculation d'une chlamydia par la griffure de chat, mais également de chien, et entraîne une adénopathie satellite du territoire inoculé et révélatrice sous l'aspect de l'augmentation de volume d'un seul ganglion ou de plusieurs ganglions du même groupe. Il faut rechercher cette notion de griffure et pratiquer une sérologie. Au moindre doute : ponction du ganglion ou biopsie.

MIE DES GRIFFES DU CHAT (Bartonella Hanselae)

Association de petits foyers de PNN et de macrophages avec un contexte lymphoïde polymorphe (+/- granulome épithélioïde)

2.2.2 ADP Occipitales

Il faut systématiquement rechercher une cause locale au niveau des cheveux, pédiculaire, teigne, impétigo-dermatosébum.

2.2.3 ADP Pré-auriculaires

Nombre d'infections chroniques des yeux ou des paupières s'accompagnent d'augmentation de volume de ces ganglions, réalisant un syndrome oculo-ganglionnaire. Toutes les conjonctivites virales peuvent s'accompagner d'une adénopathie pré-auriculaire.

2.2.4 ADP Axillaires

De type réactionnelle (inflammatoire/infectieuse) : infection de la main ou des doigts représente une cause fréquente des adénopathies de ce siège. La vaccination par le BCG, surtout effectuée par voie intradermique, entraîne fréquemment une adénite inflammatoire qui peut évoluer vers la suppuration. Enfin, la maladie des griffes du chat peut être évoquée et recherchée en cas de notion de griffure. Toujours évoquer une adénopathie maligne sentinelle d'un cancer (sein+++), ou lymphome Hodgkinien et/ou non Hodgkinien et orienter le diagnostic par des examens complémentaires adaptés au contexte et à la clinique.

2.2.5 ADP Inguinales

Les adénopathies inguinales peuvent être secondaires à une infection bactérienne des membres inférieurs. A l'instar de ce qui a été décrit dans le cas d'une adénopathie axillaire il faudra toujours évoquer une cause maligne surtout si aucune étiologie locale évidente n'a été trouvée et en absence d'involution (voire avec évolution) de l'adénopathie.

3- Attitude pratique

INTERROGATOIRE => CONTEXTE ?

Aucune recommandation consensuelle : prescription de quelques examens systématiques de «débrouillage» permettant de screener les étiologies les plus fréquentes (interrogatoire +++).

Des examens de seconde ligne pourront être demandés selon l'anamnèse et/ou la clinique et/ou les résultats d'une première cytoponction.

Lorsque l'on est confronté à une adénopathie chez un patient, le problème est de savoir si ce ganglion est pathologique, et faut-il le ponctionner ou le biopsier? Toutes les maladies infectieuses, ou presque, entraînent une majoration des adénopathies. Le plus souvent ces ganglions ne dépassent pas un centimètre de diamètre et l'état général du patient est satisfaisant. Une numération, une V.S normales, une ou deux sérologies avec corrélation avec le résultat d'une cyto-ponction permettront de rassurer l'entourage.

La conduite à tenir devant une adénopathie dépend de la taille, de l'aspect, du siège, de l'évolutivité, du caractère isolé ou non, d'une inflammation et d'une zone ramollie.

3.1 Une adénopathie isolée

3.1.1 Une adénopathie ≤ 1 cm

Justifie une simple surveillance,
Réévaluation selon l'évolution...

3.1.2 Une adénopathie > 1 cm

Si douloureuse, inflammatoire, rénitente

=> ponction ramenant souvent du pus. Mettre en culture (BK, IDR, bactériologie classique), antibiotique + anti-inflammatoires.

Si indolore

=> selon la taille on peut faire une cytoponction montrant soit une adénite d'aspect inflammatoire (**Attention => non spécifique +++**), soit des cellules malignes (**hémapathie/métastases**). Une étude cytologique ne doit pas retarder une biopsie si le ganglion augmente mais permettra d'orienter rapidement vers une entité étiologique (et de pouvoir éventuellement rassurer le patient et éviter la biopsie si affirmation du caractère bénin de la cyto-ponction).

Schématiquement, une adénopathie isolée supérieure à 3 cm doit être biopsiée d'emblée, en demandant des appositions.

3.2 Adénopathies généralisées

BILAN INITIAL

BIOLOGIE

NFS (+ Frottis +++)
VS
CRP,
Protidémie
Electrophorèse des protéines,
Sérologies VIRALES
EBV, CMV, VIH
Sérologies PARASITAIRES
Toxoplasmose
Sérologies BACTERIENNES
Syphilis

IMAGERIE

Echographie
Tomodensitométrie

... permettent le plus souvent, en association à un contexte, d'orienter le diagnostic.

Si ce premier bilan reste négatif on pourra le compléter par des examens plus ciblés englobants des étiologies plus rares et plus spécifiques.

ADENOPATHIE ISOLÉE

Contexte clinique ++
Orientation diagnostic évidente
Cause locale, Cancer

BILAN ORIENTÉ

* EBV
CMV
TOXO
VIH
Syphilis

ADENOPATHIES MULTIPLES

Examens complémentaires

BIOLOGIE

NFS VS CRP
SEROLOGIES *

Elect. Protéines
Quantiféron/IDR
+/- Pvts bactério

RADIOLOGIE

Radio THORAX
TDM Thoracoabdominal

CYTOPONCTION GANGLIONNAIRE

+/- BIOPSIES

90 % des étiologies

INFECTIEUSES

VIRALES

MNI CMZ Rubéole VIH VZV
Rougeole Adénovirus

PARASITAIRES

Toxoplasmose
Trypanosomiasis
Leishmaniose

BACTÉRIENNES

Pyogènes (Strepto/Staph)
Tuberculose
Mie des griffes du chat
Syphilis

TUMORALES

HÉMOPATHIES

LNH Mie HODGKIN
LAM LAL LM

MÉTASTASES

Primitif?

AUTRES

Mies Auto-immunes

Médicaments

Mie de Surcharge