

291- Adénopathie superficielle : adénopathie et tuméfaction cervicale

Table des matières

DEFINITION

DIAGNOSTIC POSITIF

- L'interrogatoire est essentiel, et doit préciser :
- L'examen clinique recherchera les caractères de cette tuméfaction
- L'examen ORL et cervico-facial
- Des examens paracliniques sont demandés de façon systématique
- Deux examens porteront directement sur la tuméfaction

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

LES TUMEFACTIONS CERVICALES LATERALES

- Les tuméfactions inflammatoires aiguës
- Les tuméfactions inflammatoires subaiguës
- Les tuméfactions non inflammatoires

LES TUMEFACTIONS CERVICALES MEDIANES

- La région sous-mentonnière
- La région hyoïdienne
- La région laryngée
- La région thyroïdienne
- La région sus-sternale

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ADENOPATHIE CERVICALE

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE ADENOPATHIE CERVICALE

LES TUMEFACTIONS CERVICALES CHEZ L'ENFANT

- Les adénites aiguës bactériennes
 - Les adénophlegmons
 - Les adénophlegmons parapharyngés
 - Les adénopathies à mycobactéries
 - La maladie des griffes du chat
 - La maladie de Kawasaki
 - Les lymphangiomes cervicaux
 - Les kystes cervicaux médians
-



DEFINITION

Ce sont toutes les tuméfactions développées dans les limites anatomiques ci-dessus dessinées.

Tous les éléments constitutifs peuvent en être l'origine, mais c'est le ganglion lymphatique qui est le plus souvent en cause dans les tuméfactions latérales du cou.

L'essentiel est de ne pas errer en cas d'adénopathie de nature maligne.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il repose sur le bilan de base qui comprend plusieurs temps :

L'interrogatoire est essentiel, et doit préciser :

Les antécédents

- radiothérapie dans l'enfance
- tuberculose, prise de lait cru, fromage frais
- intervention ayant porté sur la face (cancer) ou le cuir chevelu (mélanome)

Date d'apparition et conditions de survenue

Signes fonctionnels évoquant une lésion primitive dans les voies aérodigestives supérieures : odynophagie, otalgie, dysphagie, dysphonie...

L'âge et le facteur racial doivent être pris en compte : migrants (tuberculose), asiatiques, maghrébins (cancer du cavum).

L'examen clinique recherchera les caractères de cette tuméfaction

L'inspection :

- état de la peau (cicatrice)
- ascension à la déglutition (goitre)

La 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 ligneuse (cancer), rénitente (kyste), molle (lipome). La dureté d'une adénopathie doit faire évoquer la malignité
- 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
- taille
- caractère battant ou non, expansibilité

L'auscultation si la tumeur est battante, à la recherche d'un souffle.

L'examen général devra rechercher :

- d'autres ganglions au niveau des territoires axillaires, inguinaux
- une hépato-splénomégalie
- des manifestations diverses orientant vers une hémopathie

L'examen ORL et cervico-facial

Eventuellement aidé par nasofibroscopie doit être systématique et complet : VADS, thyroïde.



Des examens paracliniques sont demandés de façon systématique

Ils constituent un bilan minimum :

- NFS, VS, CRP
- Radio pulmonaire de face et de profil
- IDR
- Echographie cervicale ou TDM cervico thoracique

Autres examens demandés en fonction des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique minimum

- Sérologies (HIV, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes du chat...)
- Imagerie par TDM ou IRM
- Scintigraphie thyroïdienne
- Angio-IRM ou artériographie (tumeur vasculaire)
- Myélogramme (hémopathie)

Une panendoscopie associant sous anesthésie générale une exploration pharyngolaryngée et du cavum, une trachéobronchoscopie et une oesophagoscopie sera utile dès que l'on suspecte une adénoopathie d'allure maligne surtout chez un sujet éthylo tabagique.

Deux examens porteront directement sur la tuméfaction

- La ponction à l'aiguille fine permet d'orienter le diagnostic, en particulier dans le cas d'adénopathie métastatique de carcinome des VADS ou de carcinome papillaire thyroïdien. Elle permet dans les tumeurs fluctuantes de préciser le caractère de la collection liquidienne, de faire un examen bactériologique et cytologique.
- La cervicotomie exploratrice avec adénectomie (exérèse complète sans effraction capsulaire à l'inverse de la biopsie) et l'examen histologique extemporané permet le diagnostic puis le traitement dans le même temps opératoire.



La rupture capsulaire en effet aggrave le pronostic local et vital dans les carcinomes.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il devra 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 sous-mandibulaire



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Il est guidé par quatre critères :

- caractère inflammatoire ou non : tuméfaction chaude, tuméfaction inflammatoire subaiguë et tumeur froide
- l'âge : enfant, adulte jeune, adulte
- le siège
- la consistance

LES TUMEFACTIONS CERVICALES LATERALES

Il faut noter d'emblée la grande fréquence des adénopathies (80 %).

• Les tuméfactions 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 puis elle est rouge. La fistulisation peut survenir, mais assez rarement.
- la porte d'entrée est dentaire, oropharyngée (amygdale surtout), rhinopharyngée (chez l'enfant), cutanée (rarement).
- le traitement est essentiellement médical : antibiotiques, anti-inflammatoires, antalgiques, quelquefois chirurgical : drainage en cas d'abcédation.

• Les tuméfactions inflammatoires subaiguës

Elles posent déjà des problèmes diagnostiques plus difficiles ; il s'agit surtout d'adénopathies inflammatoires : ganglions un peu douloureux, avec péri-adénite et tendance à des poussées itératives.

- Adénopathie séquellaire d'une inflammation de voisinage souvent traitée par des antibiotiques. Il faudra 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.
Il faudra toutefois se méfier d'une association à une tuberculose chez un adulte.

- Adénopathie tuberculeuse
Elle est fréquente chez le sujet jeune et surtout le [migrant](#) ; elle se voit parfois chez le sujet âgé (reviviscence tardive d'une tuberculose ganglionnaire cervicale).

C'est une maladie locorégionale à forme de départ habituellement bucco-pharyngée ; elle est provoquée par le bacille de Koch humain mais aussi par le bacille bovin ; ce caractère locorégional explique parfois l'absence de toute autre atteinte tuberculeuse, en particulier pulmonaire.

Cliniquement, elle revêt parfois chez l'adulte l'aspect d'une masse volumineuse, polylobée d'aspect "pseudo néoplasique".

Le plus souvent, il s'agit de polyadénopathies cervicales unilatérales, de consistance inégale, volontiers sous-mandibulaires ou spinales. Elles peuvent prendre un aspect fluctuant, pré fistulaire, alors hautement évocateur.



Le diagnostic repose sur :

- l'IDR qui n'est pas nécessairement très positive
- le prélèvement du pus de l'abcès froid fistulisé peut permettre d'identifier et de cultiver le bacille.
- le prélèvement du ganglion lui-même apportera des aspects histologiques (granulome giganto-cellulaire à nécrose caséuse centrale) et bactériologiques caractéristiques.

Le traitement médical général (polychimiothérapie antituberculeuse pendant 6 mois) n'assure pas toujours la guérison et un curage ganglionnaire est parfois nécessaire.

- Les suppurations ganglionnaires cervicales à mycobactéries atypiques 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 traiter comme une tuberculose ganglionnaire, secondairement adapté 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.
- La lympho-granulomatose bénigne d'inoculation ou maladie des griffes du chat. 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 et l'isolement du germe, la PCR, ou la sérologie. Le traitement fait appel aux macrolides, aux cyclines, aux fluoroquinolones ou à la rifampicine.
- La mononucléose infectieuse Elle est due au virus Epstein Barr et atteint surtout les sujets jeunes. Elle pose peu de problème diagnostique 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. Le MNI test est positif dans les premiers jours, la sérologie de Paul-Bunnel-Davidsohn dès le 10e jour. Il n'y a pas de traitement spécifique. La corticothérapie peut être indiquée dans les formes aiguës et asthéniantes.
- La toxoplasmose 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 numération formule sanguine montre parfois un syndrome mononucléosique avec une sérologie de Paul-Bunnel-Davidsohn négative ; le diagnostic est alors assuré par le dosage des IgM spécifiques et sa variation à 3 semaines qui indique une infection récente. La régression des adénopathies est spontanée, en plusieurs mois. La spiramycine est indiquée chez la femme enceinte.



- La sarcoïdose
La maladie est exceptionnellement révélée par une adénopathie cervicale isolée ; il existe en règle d'autres localisations cutanées, pulmonaires, médiastinales, hépatospléniques, qu'il faudra 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.
- La lymphadénopathie du VIH 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 HIV est positive. La TDM révèle souvent le caractère hypodense de ces adénopathies.
- La syphilis
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.
- Enfin citons d'autres étiologies beaucoup plus rares : tularémie, rubéole, brucellose.

• Les tuméfactions non inflammatoires

Elles représentent en fait le véritable problème de ces tumeurs latérales. Elles sont redoutables par leur nature néoplasique fréquente. La topographie permet de distinguer :

○ La région jugulo-carotidienne

- ❖ Il s'agit le plus souvent **d'adénopathies**. L'âge est un bon élément d'orientation ainsi que le terrain :
 - Chez l'adulte d'âge moyen (40-50 ans), éthylo-tabagique : il faut surtout évoquer une adénopathie métastatique d'un carcinome des VADS.
 - Elle peut être révélatrice d'un carcinome pharyngolaryngé ou de la cavité buccale que l'examen mettra en évidence. Un carcinome du cavum peut en être l'origine chez un adolescent ou un adulte jeune. La découverte de la tumeur primitive permettra sa biopsie. Un bilan d'extension complète le diagnostic..
 - Il peut s'agir d'une adénopathie cervicale en apparence primitive où les examens ORL et endoscopiques sont strictement normaux.
 - Le diagnostic est fait à l'examen histologique extemporané, lors d'une cervicotomie exploratrice qui permettra dans l'hypothèse d'un carcinome, de réaliser le premier temps thérapeutique : curage ganglionnaire. Dans cette situation, une amygdalectomie homolatérale à la lésion peut être réalisée dans le même temps opératoire, devant la fréquence de lésions primitives intra amygdaliennes infracliniques.
 - Adulte plus jeune, en bon état général : il faut penser à une hémopathie maligne sans toutefois négliger un carcinome du cavum:
 - Maladie de Hodgkin
Le début ganglionnaire cervical isolé est fréquent et le diagnostic sera 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 reposera sur la ponction à l'aiguille fine (cytologie) ou mieux 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 reposera 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.
- Sujet âgé : leucémie lymphoïde chronique
Elle débute fréquemment au cou et réalise une macro polyadénopathie régulière et symétrique.
Le diagnostic repose sur la numération formule sanguine, la ponction sternale qui montre une prolifération maligne, massive de la lignée lymphoïde.

❖ Les **tumeurs congénitales latéro cervicales**

- Le kyste amygdaloïde (ou lympho-épithélial 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 sterno-cléido-mastoidien ; 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 sous la forme d'une tuméfaction molle, bosselée, à limites mal définies, variable en volume, parfois bleutée. La masse peut être polylobée et associée à des localisations pharyngolaryngées ou de la cavité buccale.

❖ Les **tumeurs battantes vasculaires** (ce caractère sémiologique les met à part)

- Anévrisme carotidien : tumeur battante, expansive et soufflante.
- Fistule jugulo-carotidienne : "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. avec un écartement de la bifurcation carotidienne à l'artériographie. La TDM injectée montre un blush vasculaire dans la région de la bifurcation carotidienne. L'angioIRM et l'artériographie confirment le diagnostic ainsi que la perméabilité de la carotide. Elles recherchent aussi une autre localisation contralatérale et



permettent d'étudier les suppléances vasculaires du polygone de Willis. Le traitement est chirurgical.

❖ Les tumeurs nerveuses : neurinome du X

○ La région sous-mandibulaire

- Adénopathie métastatique d'un carcinome de la langue, du plancher de la bouche, de la gencive ou de la lèvre.
- Sous-maxillite chronique d'origine lithiasique avec coliques salivaires, pus dans le canal de Wharton. La radiographie et l'échographie peuvent visualiser le calcul.
- Tumeurs développées dans la glande sous-mandibulaire. Elles sont rares. Seule la cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané donnera la clef du diagnostic : adénome pléiomorphe (tumeur mixte), carcinome adénoïde kystique (cylindrome), très rarement adénocarcinome.

○ La région sus-claviculaire

- Adénopathie sus-claviculaire : il faut penser à une métastase d'un cancer oesophagien, pulmonaire ou digestif (si adénopathie gauche : ganglion de Troisier).
- Schwannome du plexus brachial rarement.
- Cancer de l'apex pulmonaire avec syndrome de Pancost Tobias.

○ Les régions spinales et trapéziennes

- Schwannome du XI ou du plexus cervical superficiel diagnostiqué lors de l'examen IRM avec injection de gadolinium.
- Métastases ganglionnaires des carcinomes du cavum ou de l'oropharynx

○ La région parotidienne fait l'objet d'un chapitre particulier

○ L'actinomyose cervico-faciale

- Cette affection est classiquement provoquée par des actinomyces qui sont des bactéries. Le point de départ peut être bucco-dentaire.
- Cette affection se traduit cliniquement par une cellulite (infection des tissus cellulo-adipeux sous-cutanés) des régions sous mandibulaire, sous-digastrique ou temporo massétérine d'évolution lente et progressive, avec fistulisation en l'absence de traitement.
- Le diagnostic d'actinomyose doit être évoqué devant une infiltration ligneuse, avec une peau habituellement rouge ou violacée et mamelonnée. On ne peut individualiser aucune formation ganglionnaire.
- Pour mettre en évidence les germes, l'ensemencement doit se faire en anaérobiose, après prélèvement à la pipette.
- Le traitement curatif est uniquement antibiotique, basé sur la pénicilline, ou les macrolides. Ce traitement doit être prolongé pendant plusieurs mois. Mais il faut aussi traiter la denture pour éviter les récurrences.

○ Toutes les régions cervicales enfin peuvent être le siège de [lipomes](#), [d'angiomes](#)...

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

LES TUMEFACTIONS CERVICALES MEDIANES

- La 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
 - mais aussi : tuberculose, toxoplasmose, sarcoïdose, maladie des griffes du chat, pathologie lymphatique maligne.
 - Plus rarement
 - un kyste dermoïde du plancher buccal ; le toucher bi digital (intra et extra buccal) permet le diagnostic. Il s'agit d'une tumeur embryonnaire de l'enfant ou de l'adolescent, indolore, le plus souvent rénitente ou fluctuante.
 - une cellulite chronique d'origine dentaire : c'est une tuméfaction dure, sensible, qui infiltre la peau et fait corps avec la mandibule. Elle se rencontre chez un sujet présentant un mauvais état dentaire.
- La région hyoïdienne
 - Il s'agit presque toujours d'un kyste du tractus thyroéglasse, tumeur lisse, plus ou moins volumineuse, adhérent à l'os hyoïde avec lequel elle s'élève à la déglutition. Les risques de surinfection et de fistulisation nécessitent une exérèse chirurgicale avec ablation du corps de l'os hyoïde pour éviter les récurrences. Le diagnostic est réalisé par l'échographie cervicale qui permet également de vérifier l'existence d'une thyroïde normale. L'absence de thyroïde cervicale en échographie doit faire réaliser une scintigraphie thyroïdienne à la recherche d'une localisation ectopique atypique.
 - Exceptionnellement, une thyroïde ectopique pourra être mise en évidence par une échographie cervicale, ou éventuellement par une scintigraphie thyroïdienne.
- La région laryngée
 - Un ganglion pré laryngé de Poirier, le plus souvent inflammatoire, rarement carcinomateux
 - Un cancer laryngé extériorisé



- Une tumeur bénigne (chondrome)
- Une laryngocèle externe est rare, caractérisée par une dilatation aérique, molle, réductible apparaissant ou augmentant de volume lors des efforts d'expiration à glotte fermée. Elle s'extériorise au bord postérieur de l'aile thyroïdienne.
Elle impose un examen endoscopique ORL à la recherche d'un éventuel cancer du ventricule. Rappelons que la constatation d'une laryngocèle est une contre-indication formelle à la pratique de la plongée (risque d'asphyxie).
- La région thyroïdienne.
La tuméfaction traduit une pathologie du corps thyroïde :
 - Thyroïdite
 - Goitres et adénomes
 - Cancer thyroïdien
 - Plus rarement d le kyste branchial de la 4^{ème} fente branchiale
- La région sus-sternale. Les tuméfactions y sont plus rarement notées, en rapport avec :
 - Une pathologie thyroïdienne : goitre plongeant, cancer extensif du corps thyroïde.
 - Une adénopathie pré-trachéale, souvent maligne.
 - Un kyste dermoïde.
 - Quelquefois une pathologie des gros vaisseaux artériels du médiastin supérieur, une pathologie thymique ou parathyroïdienne.



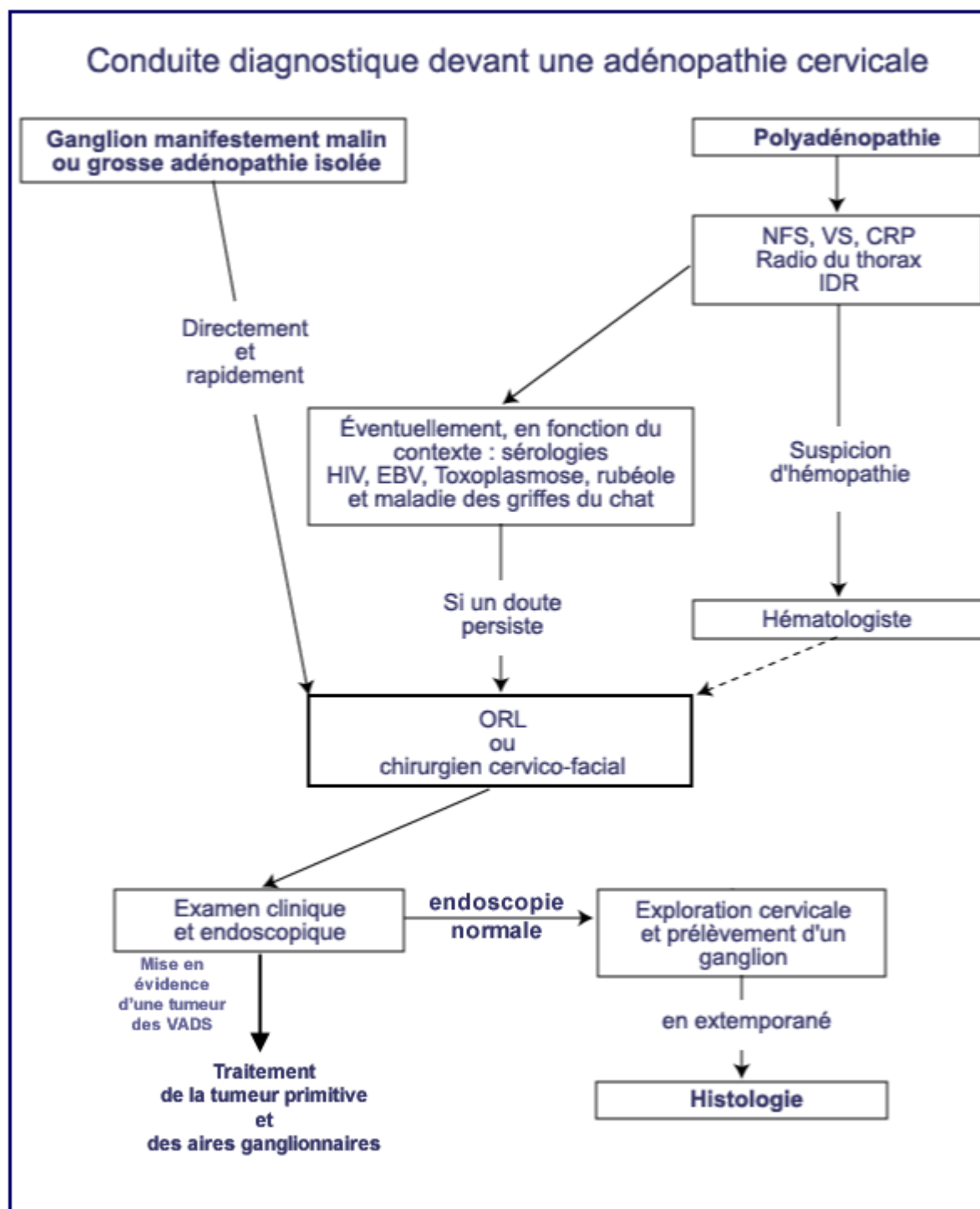
Une tuméfaction cervicale médiane juxta-hyoidienne est très probablement un kyste du tractus thyroglosse.



IL faut cependant être très prudent en l'absence d'antécédent inflammatoire et évoquer une thyroïde ectopique dont l'exérèse entraînerait une hypothyroïdie.

Orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale

Adénopathie	Siège de la lésion primitive	Maladies responsables	Diagnostic différentiel
<ul style="list-style-type: none"> Inflammatoire aiguë 	<ul style="list-style-type: none"> Cavité buccale, oropharynx et rhinopharynx Dent et gencive Revêtement cutané 	<ul style="list-style-type: none"> Angines Gingivites Dermatites 	<ul style="list-style-type: none"> Kyste congénital surinfecté Sous-maxillite aiguë Cellulite cervicale
<ul style="list-style-type: none"> Inflammatoire subaiguë 	<ul style="list-style-type: none"> Cavité buccale, oropharynx, dents et gencives... après le début d'un traitement antibiotique Rhinopharynx Autre lésion primitive contingente ORL ou générale 	<ul style="list-style-type: none"> Angines, gingivites, rhinopharyngites... Tuberculose ou mycobactéries atypiques Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat) Mononucléose infectieuse Toxoplasmose Sarcoidose VIH Syphilis (chancre amygdalien, roséole...) Tularémie, rubéole... 	<ul style="list-style-type: none"> Actinomyose cervico-faciale Lithiase sous-maxillaire
<ul style="list-style-type: none"> Non inflammatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Domaine ORL Glande thyroïde Général 	<ul style="list-style-type: none"> Métastase ganglionnaire d'un carcinome (quelquefois d'un lymphome malin) de la sphère ORL Hémopathie maligne Maladie de Hodgkin Lymphome malin non hodgkinien Leucoses 	<ul style="list-style-type: none"> Fausse tuméfaction (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 sous-maxillaire (adénome pléiomorphe, cylindrome, adénocarcinome)





LES TUMEFACTIONS CERVICALES CHEZ L'ENFANT

Les adénites aiguës bactériennes

Ces adénites peuvent être d'origine virale. Sous traitement, la plupart des adénites vont disparaître mais certaines évoluent vers l'adénophlegmon.

Les adénophlegmons

Le diagnostic est clinique, échographique, voire scannographique.

Le traitement est médicochirurgical, antibiothérapie avec incision et drainage sous anesthésie générale en cas d'abcédation.

Les adénopathies à mycobactéries

Les adénopathies tuberculeuses s'observent chez les adolescents et les adultes jeunes. Le diagnostic repose sur la découverte d'autres localisations tuberculeuses (pharyngées et surtout pulmonaires), la ponction et parfois l'exérèse chirurgicale. Le traitement chirurgical ne s'adresse qu'aux reliquats et aux formes non sensibles au traitement médical, représentant 10 % des patients. L'enfant doit être mis sous traitement antituberculeux en attendant les résultats des examens bactériologiques.

La maladie des griffes du chat

Due à *Bartonella henselae*, bacille gram négatif, dont le diagnostic est évoqué cliniquement, et confirmé par l'isolement du germe, la PCR, ou la sérologie. Le traitement fait appel aux antibiotiques (macrolides, cyclines, fluoroquinolones, ou rifampicine).

La maladie de Kikushi

Il s'agit d'une affection rare se manifestant par des adénopathies inflammatoires dans la région cervicale dans un contexte fébrile. L'origine est immunologique mais la cause précise est inconnue. Le diagnostic est histologique suite à l'exérèse chirurgicale d'un ganglion. Histologiquement on retrouve une nécrose accompagnée d'une infiltration à prédominance histiocytaire. La guérison est spontanée en quelques semaines. Cette maladie ne doit pas être confondue avec les lymphomes.

La maladie de Kawasaki

Il s'agit d'une vascularite inflammatoire des gros et des moyens vaisseaux. La gravité de la maladie vient de la constitution d'anévrysme, en particulier sur les coronaires.

Les lymphangiomes cervicaux

Ce sont des malformations congénitales du système lymphatique. Le diagnostic est avant tout clinique devant une tuméfaction molle, indolore, recouverte d'une peau normale. Le traitement est avant tout chirurgical.

Les kystes cervicaux médians