MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Tuberculose des ganglions périphériques

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

Tuberculose des ganglions périphériques https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:tuberculose_des_ganglions_peripheriques

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36 - Imprimé le : 2024/09/16 12:27



Table des matières

Tuberculose des ganglions périphériques	i
Tuberculose des ganglions périphériques	1
1. Définition	1
2. Intérêt	
3. Épidémiologie	
4. Diagnostic	
4.1. Clinique	
4.2. Stades évolutif (anatomo-cliniques)	
4.3. Formes cliniques	
4.3.1. Formes évolutives	2
4.3.2. Formes topographiques	2
4.4. Para-clinique	2
5. Diagnostic positif	3
5.1. Éléments de présomption	3
5.2. Éléments de certitude	3
6. Diagnostic différentiel	3
7. Traitement	3
7.1. Buts	3
7.2. Moyens	4
7.3. Indications	4
7.4. Résultats	4

Tuberculose des ganglions périphériques

1. Définition

- Multiplication du BK au niveau des ganglions lymphatiques
- Peut toucher les ganglions profonds et superficiels (ces dernières sont plus facilement accessibles)

2. Intérêt

- Fréquence (plus fréquente des TEP)
- Chronicité fréquente, source d'échec thérapeutique
- Risque de séquelles inesthétiques (fistulisation)

3. Épidémiologie

- Plus fréquente des TEP
- Sexe ration tendant toujours vers les femmes (1 à 1,3), quelque soit la race
- Fréquence variable d'un pays à un autre, et au sain d'une même population selon :
 - L'histoire naturelle et l'épidémiologie de la tuberculose dans ce pays
 - Les critères retenus pour le diagnostic
- Algérie : 33,9% en 1997 (2e après la localisation pleurale)
- Pays développés : en augmentation constante dans les populations à risque et les ethnies minoritaires (France: 20%, Angleterre: 19%)

4. Diagnostic

4.1. Clinique

1. Examen du ganglion :

- Siège : cervical (90%), axillaire (3-8%), inguinal (1-3%)
- Nombre et taille
- Consistance : ferme, ramollie, dure
- Sensibilité : indolence totale en général
- Mobilité : par rapport aux plans superficiel et profond

- Etat des téguments : abcès, fistule
- 2. Examen ORL: chancre d'inoculation au niveau de la cavité buccale
- 3. **Examen de l'abdomen** recherche d'ADP profondes, mesure de la flèche hépatique, palpation splénique

4.2. Stades évolutif (anatomo-cliniques)

- 1. **Crudité :** lisse, régulier, ovoïde, mobile, ferme, indolent, peau normale
- 2. **Ramollissement :** caséification et augmentation de volume, mou, douloureux, empâté, peu mobile, rougeur des téguments alentours (péri-adénite)
- 3. **Fistulisation :** peau ulcérée, violacée, fistule indurée (scrofuloderme), pus verdâtre contenant des grumeaux caséeux

4.3. Formes cliniques

4.3.1. Formes évolutives

- 1. **Généralisée :** fréquent chez les noirs, lymphome tuberculeux, volumineux, généralisé, pouvant déformer le cou, évolution lente, absence de ramollissement, altération de l'état général
- 2. **Fébrile :** adénite fébrile au long cours, et AEG

4.3.2. Formes topographiques

- 1. **Cervicale :** la plus fréquente (90%)
- 2. Axillaire: rarement multiple (2-8%), adénites à BCG
- 3. **Inguinale :** souvent satellite d'un foyer tuberculeux locorégional
- 4. Adénopathies associées à une autre tuberculose : pulmonaire ou viscérale, rare et grave (AEG profonde fréquente, souvent sur terrain d'immunodépression (VIH))

4.4. Para-clinique

- 1. **IDR** : critère diagnostic essentiel (enfant et TEP de l'adulte)
- 2. **Radiographie :** signes de PIT, calcification de l'ADP (signe de guérison)
- 3. **Ponction ganglionnaire :** présence de caséeum, de cellules géantes et de cellules épithéloïdes, ou de l'un des 3 seulement ; on peut aussi retrouver un granulome ; la **PCR** améliore grandement le rendement diagnostic
- 4. **Biopsie ganglionnaire :** à diviser en 2 : mise en culture (dans du sérum physiologique) et étude histologique (formol 10%)

5. Diagnostic positif

5.1. Éléments de présomption

- 1. **Clinique :** âge (2e enfance et jeune adulte), sexe (femme), apyrexie ou fébricule, pas d'AEG, contage et ATCD, absence de BCG
- 2. Biologique: IDR positive, granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse

5.2. Éléments de certitude

- 1. **Bactériologique :** mise en évidence du BK à la culture (rarement à l'examen direct)
- 2. **Histologique :** présence de caséum, ou du granulome tuberculeux (avec nécrose caséeuse)

6. Diagnostic différentiel

1. Fausses adénopathies :

- Cervical: lipome, kyste sébacé, kyste thyroïdien, kyste congénital, glandes salivaires
- Axillaires : hidrosadénite, lipome, abcès à pyogènes
- Inguinales : hernie inguinale, kyste du cordon spermatique, kyste du canal inquinal

2. Infections non tuberculeuses:

- Bactériennes : apparition brutale, sensible, en rapport avec une infection locale ou régionale
- Virales : surtout chez l'enfant (fièvres éruptives), oreillons (ADP prétragiennes), mononucléose infectieuse, maladie des griffes du chat (lymphoréticulose bénigne d'inoculation), VIH
- Parasitoses: toxoplasmose, Kala-Azar, Syphilis secondaire et tertiaire
- 3. Adénopathies non infectieuses : sarcoïdose
- 4. Adénopathies néoplasiques : LMH, LLC, leucoses aiguës, métastases

7. Traitement

7.1. Buts

Stérilisation

• Éviter (ou à défaut, traiter) la survenue de fistules et de cicatrices chéloïdes disgracieuses

7.2. Moyens

- 1. Chimiothérapie antituberculeuse : régime de première ligne 2 RHZ/4 RH
- 2. **Corticothérapie :** pas d'efficacité démontrée sur l'évolution locale ni sur l'inflammation ganglionnaire (pénétration des antituberculeux), rôle sur les signes généraux sans plus
- 3. **Traitement local :** ponctions évacuatrices, en cas de ramollissement, peuvent éviter la fistulisation
- 4. Chirurgie: ne semble pas influencer la durée d'évolution
- 5. Injections locales d'antibiotiques : actuellement abandonnée

7.3. Indications

- Traitements locaux et médicamenteux : chimiothérapie toujours indiquée, malgré la bénignité apparente initiale et l'évolution rapidement favorable dans certains cas
 - ADP ferme de petite taille : traitement seul
 - ADP ramollie : traitement + ponctions répétées
 - <u>ADP fistulisée</u>: traitement +/- ponctions + traitement local (antiseptiques, pansements...)

• Traitement chirurgical:

- Biopsie à visée diagnostic ; si ganglion ramolli ⇒ étendre le geste par adénectomie (résection totale de tous les ganglions de la même chaine suspects)
- Grosses adénopathies sans tendance à la résorption après 2 mois de traitement + ponctions
- Compression (vaisseaux du cou, muscles)
- Cicatrices chéloïdes
- Adénites à mycobactéries atypiques : chirurgie d'emblée (malgré que la guérison spontanée soit possible)

7.4. Résultats

- Au cours du traitement, les ganglions peuvent augmenter de volume et de nouveaux peuvent apparaître ⇒ n'est pas un présage d'échec thérapeutique
- Le traitement reste décevant : taux d'échec et de rechute élevés (2-17%)
- 1. **Guérison :** après 6 mois de traitement
 - Disparition de l'adénite, ou persistance d'un ganglion non évolutif < 1 cm
 - Assèchement de l'écoulement
 - Cicatrice fibreuse
- 2. Échec : après 6 mois de traitement

- Persistance de l'adénite ou augmentation de la taille
- Fistule productive
- Apparition de nouveaux ganglions
- En cas d'échec, pas de consensus : certains continuent le traitement antituberculeux, mais il nous parait plus logique d'arrêter à 6 mois (vu qu'ils ne pénètrent plus l'adénopathie) et d'envisager d'autres thérapeutiques (ablation chirurgicale)
- En cas de rechute : penser à rechercher des mycobactéries atypiques ainsi que de mettre en culture pour test de sensibilité