

BURKINA FASO
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE

Thèse n°42

Année 2002-2003

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PARA CLINIQUES
DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES DANS LE
SERVICE D'ORL ET DE CCF DU CHU-YO.**

(A propos de 296 cas colligés de 1993 à 2002)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 04 octobre 2003
pour l'obtention du Grade de DOCTEUR en MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Par:

BAMA Gilbert né le 11 Février 1971 à Koudougou (Burkina Faso)

Jury

Directeur:

Pr. Ag. Kampadilemba OUOBA

Codirectrice:

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

Président : Pr. DRABO Y. Joseph

Membres : Pr. Ag. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

Dr. Alain ZOUBGA

Dr Olga GOUMBRI/LOMPO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**Unité de formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)**

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Arouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr. Amadou SANOU
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Techniciens Supérieurs	Pr. Blaise KOUDOGBO
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr. Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	M. DOUAMBA Lazare
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme DIARI Juliette
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2002 / 2003

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (10)

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé Publique
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne / Endocrinologie

Professeur associé (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences (28)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1 (in memoriam)	Orthopédie-Traumatologie

Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire
Daman SANO	Chirurgie Viscérale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie- Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactériologie-Virologie

Maitres-Assistants (33)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie Viscérale
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Boubakar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie

Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie Urologique
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation / Physiologie
Diana YE / OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassana SANGARE	Bactériologie-Virologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Claudine Léonie LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Lucie Valérie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Apollinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Pascal Antoine NIAMPA	Dermatologie Vénérologie
Emile BANDRIE	Chirurgie générale et digestive
Issa Touridomon SOME	Chimie Analytique

Rasmané SEMDE	Pharmacie Galénique
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Fatou BARRO	Dermatologie Vénérologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomic Pathologique
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie Humaine
Théodore OUEDRAOGO	Anatomic Humaine

Assistants (20)

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie Traumatologique
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE (in memoriam)	Chirurgie Digestive
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie Traumatologique
Aurélien Jean SANON	Chirurgie Digestive
Barnabé ZANGO	Chirurgie Urologique
Moussa KERE	Santé Publique

Innocent NACOUILMA	Orthopédie-Traumatologie
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxillo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux (05)

Idrissa SANOU	Bactériologie-Virologie
Jean SAKANDE	Biochimie
Elie KABRE	Biochimie
Eric NACOUILMA	Hématologie
Eléonore Kafando	Hématologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS **UFR des Sciences de la vie et de la terre (UFR/SVT)** **et** **UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/ SEA)**

Professeurs Titulaires

Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memoriam)	Chimie
Wendengoudi GUENDA	Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie

Gustave KABRE Biologie Générale

Abdoulaye SAMATE Chimie Organique

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO Génétique

Raymond BELEMTOUGOURI T.P. Biologie Cellulaire

Drissa SANOU Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam) Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Annicot OUEDRAOGO Biochimie

UFR des Sciences Economiques et de Gestion (UFR/SEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

UFR des Sciences Juridiques Politiques (UFR/SJP)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in memoriam) Hydrologie

Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Radioré OUATTARA Galénique

Alassane SICKO Radiologie

Sylvestre TAPSOBA Nutrition

Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Seydou SOURABIE	Pharmacognosie / Biochimie
Félix KINI	Chimie
Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cécile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.J.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie/ Phytothérapie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique

L'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni réprobation.

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon Seigneur et Sauveur JESUS CHRIST

J'ai reconnu ta main puissante qui m'a armé de courage tout au long de mes études, et je puis dire que jusqu'ici, tu m'as secouru.

A mon père et à ma mère (in memoriam)

Vous m'avez élevé avec beaucoup de dévouement et tendresse dans l'humilité, la dignité, l'endurance et surtout le respect d'autrui. Ce travail est le produit de vos multiples efforts. Puisse le Tout-Puissant vous faire reposer en paix.

A mes Frères et Sœurs

(Louise, David, Joanna, Assaye, Hélène, Marie-Jeanne, Marcel, Odette et Dieudonné)

Vous m'avez toujours porté au fond de vous. Vous m'avez prodigué conseils et encouragements. Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

A ma bien aimée Miningou Sonia

Merci pour ton soutien et ta compréhension. Puisse l'avenir confirmer chaque jour le bien fondé de notre engagement.

A BAMA Assaye et Joséphine (Épouse)

Merci pour votre soutien multiforme tout au long de mes études universitaires. Que Dieu vous récompense en retour !

A mes amis :

Thomas et Sophie, Yara et Évelyne, Théophile, François, Gilbert, Médard, Joël, Barthélemy, Albert, Pierre, Yaovi, René, Elie, Sylvie, Pascal...
Profonde reconnaissance.

A tous les Stagiaires internés du CHU-YO, du Service d'ORL en particulier

(B. Emmanuel, B. S. Hermann, C. Boly, K. Dominique O. Christelle, O. Thomas)

Aux Médecins : K. Doris, K. Déborah, K. Arnaud, Z. Aloys, S. Mamadou N°1.

C. Ousséni...

Aux Etudiants de l'UFR/SDS

REMERCIEMENTS

- Au Personnel du service d'ORL et CC-F,
- Au personnel du Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques.

Merci pour votre collaboration dans la recherche des données pour ce travail.

- Aux Choristes du Temple Emmanuel,
- A l'Aumônier de l'Hôpital Yalgado,
- A Madame TIENDREBEOGO,
- A ZABSONRE Georges.
- A KABORE Georgette,
- A BAZEMON B.Félix,
- ...

Merci pour votre soutien

ABREVIATIONS

ADP : Adénopathie

ARV : Anti - Rétro -Viraux

BAAR : Bacille Acido-Alcool-Résistant

B.C.G : Bacille Calmette et Guérin

BK : Bacille de Koch

CC-F : Chirurgie Cervico-Faciale

CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

COMP: Comprimé

IDR : Intra - Dermo -Réaction

IgG : Immunoglobulines G

IgM : Immunoglobulines M

KgP : Kilogramme poids

MNI: Mononucléose Infectieuse

NFS: Numération formule sanguine

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

Rx : Radiographie

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SRV : Sérologie Rétro Virale

TPHA : Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VS : vitesse de sédimentation

Liste des figures

1. Cercle de Cunéo et Triangle de Rouvière
2. Principaux groupes ganglionnaires de la tête et du cou
3. Structure du ganglion lymphatique
4. Technique d'examen des ganglions du cou
5. Répartition des patients selon l'âge
6. Répartition des adénites non spécifiques selon l'âge des patients
7. Répartition des cas de tuberculose ganglionnaire selon l'âge des patients
8. Arbre décisionnel devant une adénopathie cervicale chronique

Liste des tableaux

- I- Régime de traitement de la tuberculose
- II- Classification selon le type histologique de la maladie de Hodgkin
- III- Répartition des patients selon leur occupation socioprofessionnelle
- IV- Répartition des patients selon le délai de consultation ORL.
- V- Répartition selon le motif de consultation
- VI- Répartition des cas de tuberculose selon le motif de consultation
- VII- Répartition des cas de tuberculose selon le délai de consultation
- VIII- Répartition des cas de tuberculose selon le siège des adénopathies
- IX- Répartition des cas de maladie de Hodgkin selon les tranches d'âge
- X- Classification des LMNH selon le type histologique et le degré de malignité
- XI- Classification selon le type histologique
- XII- Tableau comparatif des résultats histologiques des adénopathies métastatiques avec ceux d'autres auteurs.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président de jury, le professeur Joseph Y. DRABO.

Professeur en Médecine interne et en endocrinologie à L'UFR/SDS

Chef de service de la Médecine interne du CHU-YO.

Directeur des stages des Etudiants en médecine

Médecin Colonel de l'armée Burkinabé

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons bénéficié de votre brillant enseignement théorique en Endocrinologie à l'UFR/SDS de l'U.O.

Au cours de notre stage hospitalier dans votre service, nous avons été particulièrement émerveillé par votre disponibilité pour l'encadrement des Etudiants, votre simplicité, votre rigueur et l'étendue de vos connaissances scientifiques qui nous ont forcé l'admiration.

Nous resterons toujours enchanté de travailler et d'apprendre à vos cotés.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Directeur de thèse, le professeur agrégé Kampdilemba OUOBA.

Professeur agrégé en Oto-Rhino-Laryngologie à L'UFR/SDS,

Chef du service d'O.R.L. du CHU-YO,

Médecin Lieutenant Colonel de l'Armée Burkinabé.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre brillant enseignement théorique en Oto-Rhino-Laryngologie. Nous avons bénéficié aussi de votre encadrement lors de notre stage hospitalier dans votre service..

Nous avons été particulièrement marqué par votre simplicité, vos connaissances et votre rigueur scientifiques, le souci constant du travail bien fait, faisant de vous un modèle à suivre.

Malgré vos multiples sollicitations, vous nous avez fait l'honneur en acceptant de diriger ce travail en le couvrant de votre autorité

Trouvez ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge le Pr. Ag. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE
Pr. Agrégé. en bactériologie et virologie à l'UFR/SDS de l'U.O.
Chef de service de la bactériologie - virologie du CHUP-CDG

Vous nous avez fait l'honneur de vous intéresser à notre travail en acceptant de le juger.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement en bactériologie - virologie. Votre modestie, vos compétences, votre application au travail et votre sens des relations humaines font de vous une référence.

Trouvez ici chère maître, l'expression de notre profonde reconnaissance

A notre maître et Codirecteur de thèse, le Docteur Maïmouna DAO née OUATTARA.

Maître assistante et chef de clinique à l'UFR/SDS de L'U.O.,
Médecin chef Adjoint du service d'ORL du CHU-YO.

Merci pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de co-diriger ce travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement en Oto-Rhino-Laryngologie et votre encadrement lors de notre stage hospitalier. Nous avons été particulièrement fascinés par vos qualités humaines, votre rigueur et votre acharnement dans le travail faisant de vous un repère.

Vous nous avez fait confiance dans l'initiation de ce travail ; permettez-nous chère maître, de vous témoigner notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge, le Docteur Alain ZOUBGA

Maître Assistant chef de clinique à l'UFR/SDS,

Médecin Pneumologue au CHU-SS,

Médecin chef du Service de Pneumologie du CHN-SS.

Malgré vos nombreuses préoccupations et la grande distance, vous avez accepté sans hésiter de juger ce travail. Par cela vous témoignez de votre amour pour le travail et de votre disponibilité à encadrer vos Elèves. Nous avons eu l'honneur de bénéficier de vos enseignements en pneumo-phtisiologie. Votre accessibilité, votre ardeur et votre incitation au travail restent pour nous un exemple à suivre.

Qu'il nous soit permis cher Maître, de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre maître et juge, le Docteur Olga GOUMBRI née LOMPO.

Assistante chef de clinique à l'UFR/SDS de L'U.O.,

Médecin Anatomopathologiste du CHU-YO,

Chef de service Adjoint du L.A.C.P. du CHU-YO.

C'est un honneur que vous nous faite en acceptant de juger ce travail. Ce geste témoigne de votre disponibilité, votre sympathie, votre humilité dans l'encadrement de vos Etudiants.

Votre ardeur au travail a suscité en nous l'admiration, et nous avons beaucoup appris auprès de vous durant ce laps de temps.

Trouvez ici, l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION -----	23
GENERALITES -----	26
1- RAPPEL ANATOMIQUE-----	27
2-RAPPEL HISTOLOGIQUE-----	33
3-RAPPELS PHYSIOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE -----	35
4- RAPPEL CLINIQUE -----	38
4.1- Diagnostic positif-----	38
4.2- Diagnostic différentiel -----	43
4.3-Diagnostic étiologique-----	45
5- PRISE EN CHARGE DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES-----	53
NOTRE ETUDE -----	54
1- OBJECTIFS-----	55
2- METHODOLOGIE-----	56
RESULTATS -----	58
3.1-RESULTATS GENERAUX -----	59
3.2- ETUDE ANALYTIQUE-----	64
3.2.1- Les adénopathies cervicales chroniques bénignes-----	64
3.2.1.1-Les adénopathies cervicales inflammatoires chroniques non spécifiques -----	64
DISCUSSION -----	79
4.2- ASPECTS GENERAUX -----	81
4.3- Les aspects étiologiques -----	84
4.3.1- Les adénopathies inflammatoires chroniques-----	84
4.3.1.1- Les adénopathies non spécifiques-----	84
4.3.1.2- Les adénopathies inflammatoires chroniques spécifiques -----	85
4.3.2- Les adénopathies cervicales chroniques tumorales -----	90
CONCLUSION -----	96
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	99
ANNEXES -----	111

INTRODUCTION

INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME

Le ganglion lymphatique est un amas cellulaire formant un renflement situé sur le trajet d'un vaisseau lymphatique. Il joue un rôle de filtre vis à vis des cellules circulantes. Il peut s'hypertrophier au cours de certaines maladies infectieuses, néoplasiques, auto-immunes ou métaboliques. Cette hypertrophie pathologique du ganglion lymphatique est appelée adénopathie. Tous les sièges anatomiques peuvent être concernés. Cependant, les adénopathies cervicales chroniques surtout d'origine tuberculeuse et tumorale sont les plus fréquentes [37,57]. Elles constituent, de plus en plus, un motif fréquent de consultation dans les services de santé. Les adénopathies cervicales doivent être systématiquement recherchées lors d'un examen clinique en général, et O.R.L. en particulier. Une adénopathie évoluant depuis moins de 3 semaines est dite aiguë, et peut être facilement rattachée à une pathologie aiguë. Lorsque le délai est supérieur à 3 semaines, l'adénopathie est dite chronique [43,58] ; dans ce cas, le diagnostic étiologique qui conditionne sa prise en charge adéquate n'est pas toujours facile.

Dans le contexte actuel, avec la pandémie de l'infection du VIH, la fréquence progressive des adénopathies tuberculeuses [45,48,50] tend à faire oublier les autres causes d'adénopathies cervicales chroniques. Ainsi, la hantise d'ignorer une adénopathie métastatique suscite des réflexions.

C'est ainsi que PERLEMUTER cité par SAKANDE [57] disait en ces termes : *“toute adénopathie superficielle dont l'origine ne peut être précisée doit être biopsiée dans le mois qui suit sa découverte”*.

En effet, l'intérêt de la biopsie exérèse ganglionnaire suivie d'un examen anatomopathologique n'est plus à démontrer de nos jours. Mais dans les pays en voie de développement comme le nôtre, l'insuffisance du plateau technique et de personnels qualifiés, de même que le coût élevé des examens anatomopathologiques, limitent la pratique des biopsies exérèses ganglionnaires dans nos centres de santé.

De nombreuses études sont consacrées aux biopsies ganglionnaires de par le monde, soulignant sur le plan étiologique la prépondérance de la tuberculose dans les pays en développement et des néoplasies dans les pays développés.

C'est ainsi qu'en Asie, YU et coll.[72] en 1994 ont trouvé que les adénopathies tuberculeuses représentaient les principales étiologies des masses cervicales chroniques.

En Afrique centrale et orientale, d'autres études sur les aspects anatomopathologiques des adénopathies cervicales chroniques [15,45,48] ont montré que les adénopathies tuberculeuses connaissent un regain d'actualité avec l'infection à VIH.

Cependant, au Burkina Faso, les études sur les aspects anatomopathologiques des adénopathies cervicales chroniques [57,63,67] ont montré que les adénopathies tuberculeuses venaient en deuxième position après les adénopathies tumorales.

Vu la fréquence des consultations pour adénopathie cervicale chronique dans le service d'ORL, nous avons jugé nécessaire par la présente étude, d'établir le profil épidémiologique et étiologique des adénopathies cervicales chroniques dans ledit service.

Après avoir présenté notre méthodologie, nous analyserons et exposerons nos résultats de façon globale, puis selon les entités nosologiques concernées, avant de conclure par des suggestions.

CHAPITRE I :
GENERALITES

1- RAPPEL ANATOMIQUE

1.1-Les limites du cou

Le cou est situé entre la tête et le thorax. Il a comme limites [56,29] :

- en avant et en haut, la dépression semi-circulaire qui répond à la partie supérieure de l'os hyoïde ;
- en avant et en bas, la fourchette sternale et les clavicules ;
- en arrière et en haut, la protubérance occipitale externe et la ligne courbe occipitale supérieure ;
- en arrière et en bas, une ligne menée de l'extrémité externe de la clavicule à l'apophyse épincuse de la septième vertèbre cervicale.

Sa forme varie selon l'âge, le sexe et l'embonpoint du sujet.

La partie antérieure viscérale contient les voies respiratoires et digestives, la glande thyroïde, les axes vasculo-nerveux de chaque côté et le système lymphatique cervical qui nous intéresse dans cette étude.

1.2-Les groupes ganglionnaires du cou

Les ganglions de la tête et du cou peuvent être repartis en trois grands groupes de chaque côté du cou [41,56,66]; ces différents groupes sont :

- le groupe supérieur disposé en collier à l'union de la tête et du cou; c'est le cercle ganglionnaire péri cervical de CUNEO et POIRIER;
- les chaînes ganglionnaires, au nombre de trois, dessinant un triangle à la partie latérale du cou : le triangle de ROUVIERE;
- le groupe cervical profond juxta viscéral.

1.2.1-Le cercle ganglionnaire péri cervical ou collier péri cervical de CUNEO et POIRIER

Il est formé de cinq groupes ganglionnaires qui sont : les ganglions occipitaux, les ganglions mastoïdiens, les ganglions parotidiens, les ganglions sous-maxillaires et les ganglions sous-mentonniers [31].

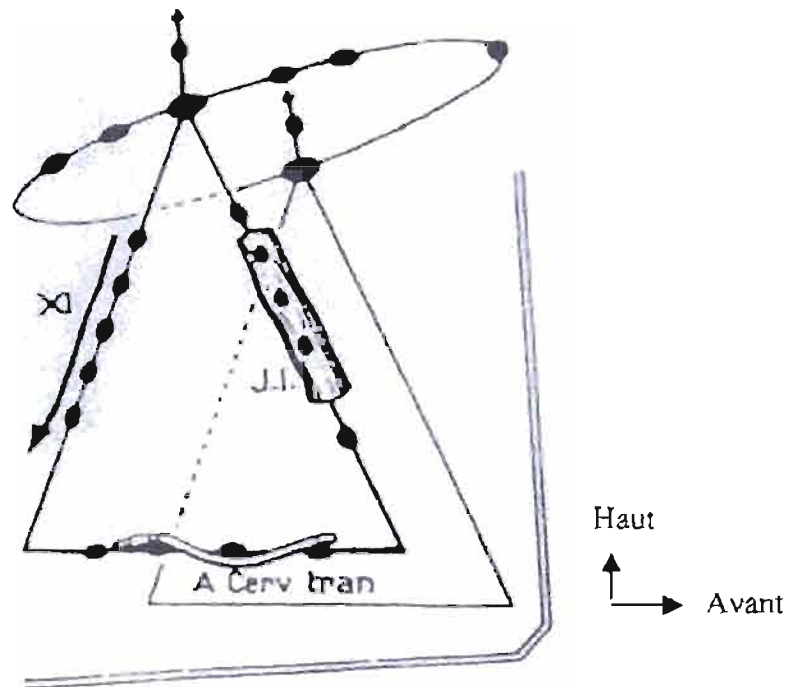


Figure 1 : Le cercle ganglionnaire péri cervical et le triangle de Rouvière (D'après Rouvière [56])

1.2.1.1- Les ganglions occipitaux

Situés à l'union de la nuque et de la voûte crânienne, ils se repartissent en 4 groupes qui sont :

- les ganglions superficiels placés au voisinage de l'extrémité postérieure de l'attache occipitale du muscle sterno-cléido-mastoïdien;
- les ganglions sous-aponévrotiques situés dans la même région que les précédents;
- les ganglions profonds, qui se trouvent le long des vaisseaux occipitaux sous les splénius;
- Les ganglions occipitaux drainent les lymphatiques de la partie supérieure de la nuque et de la région occipitale du cuir chevelu.

1.2.1.2- Les ganglions mastoïdiens

Ils sont placés dans la région mastoïdienne en arrière du conduit auditif externe. Ils drainent les lymphatiques de la région temporale du cuir chevelu, du conduit auditif externe et du pavillon de l'oreille.

1.2.1.3- Les ganglions parotidiens

Inclus dans la région parotidienne, ils se répartissent en 3 groupes qui sont :

- les ganglions sus aponévrotiques sont pré-tragiens;
- les ganglions sous-aponévrotiques, extra glandulaires ; ils sont situés entre l'aponévrose et la surface externe de la glande;
- les ganglions profonds : intra-glandulaires, ils sont situés au voisinage du croisement de la jugulaire externe et du nerf facial, (sur la face interne de la glande).

Les ganglions parotidiens drainent les lymphatiques de la glande parotide, de la partie frontale de la voûte crânienne, des paupières, de la racine du nez, de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de la muqueuse des fosses nasales.

1.2.1.4- Les ganglions sous-maxillaires

Situés dans la loge sous-maxillaire, on les divise en 5 groupes par rapport aux vaisseaux et à la glande sous-maxillaire. Ce sont :

- le groupe pré-glandulaire est situé entre la glande sous maxillaire et le ventre antérieur du digastrique.
- le groupe pré vasculaire est situé en avant de l'artère faciale.
- le groupe rétro vasculaire se trouve en arrière de la veine faciale.
- le groupe intra-capsulaire est situé dans l'épaisseur de la glande.
- le groupe rétro glandulaire est inconstant.

Ces ganglions sous-maxillaires reçoivent les lymphatiques des glandes sous-maxillaires et sublinguales, de la partie latérale du menton, des lèvres, du nez, de la partie latérale des fosses nasales, de la partie interne des paupières, des dents et du voile du palais.

1.2.1.5- Les ganglions sous-mentaux

Ils sont situés dans la région comprise entre la symphyse mentonnière en avant, et latéralement, l'os hyoïde et le ventre antérieur du digastrique. Ils sont sous-aponévrotiques et se répartissent en 3 groupes qui sont:

- le groupe antérieur qui est médian et rétro symphysaire;
- le groupe postérieur; il est plus près de l'os hyoïde et est inconstant.
- le groupe moyen qui se trouve à mi-distance de la symphyse mentonnière et de l'os hyoïde.

Les ganglions sous-mentaux reçoivent les lymphatiques du menton, de la partie moyenne de la lèvre inférieure et des joues, de la partie antérieure des gencives, du plancher de la bouche et de la pointe de la langue.

Le cercle ganglionnaire ou collier péri cervical est composé des 5 groupes ganglionnaires sus cités dont le plus connu est le groupe ganglionnaire sous-maxillaire.

1.2.2- Les chaînes ganglionnaires du triangle de ROUVIERE

Elles sont au nombre de trois :

- La chaîne jugulaire interne composée de trois groupes ganglionnaires,
- La chaîne cervicale transverse ou sus claviculaire,
- La chaîne spinale.

1.2.2.1- La chaîne jugulaire interne

Les ganglions sont situés le long de la veine jugulaire interne. On distingue 3 grands groupes : le groupe supérieur, le groupe moyen et le groupe inférieur.

- Le groupe supérieur (ou sous digastrique) se trouve entre le ventre postérieur du digastrique et le tronc veineux thyro-linguo-facial. Le plus volumineux et le plus haut est le ganglion sous-digastrique de *KUTTNER*. Ce ganglion apparaît comme un relais important dans le drainage lymphatique de la majeure partie des voies aéro-digestives supérieures. Son atteinte dans les néoplasmes marque une diffusion néoplasique certaine.

- Le groupe moyen est situé entre le tronc thyro-lingo-facial et le bord supérieur du ventre antérieur de l'omo-hyoïdien : c'est le ganglion sus-omo-hyoïdien de *POIRIER*.
- Le groupe inférieur, inconstant, est situé entre l'omo-hyoïdien et la terminaison de la jugulaire interne.

Les ganglions de la chaîne jugulaire interne reçoivent les lymphatiques afférents des ganglions parotidiens, sous-maxillaires, sous-mentaux, rétro pharyngiens, pré-laryngés, pré-trachéaux et latéro-trachéaux.

1.2.2.2- La chaîne spinale

Elle s'étend le long de la branche externe du nerf spinal sous le muscle trapèze. Les ganglions de la chaîne spinale reçoivent les lymphatiques des ganglions occipitaux, mastoïdiens, du cuir chevelu, de la nuque, de la région latérale du cou et de l'épaule.

La chaîne spinale est occupée à chacune de ses extrémités par un amas ganglionnaire provenant de la réunion de la chaîne jugulaire en haut et de la chaîne cervicale transverse en bas.

1.2.2.3- La chaîne cervicale transverse (ou sus claviculaire)

Elle va de l'extrémité inférieure de la chaîne spinale au confluent jugulo-sous-clavier.

Le ganglion le plus externe de cette chaîne est le ganglion de *TROISIER*. L'envahissement néoplasique de ce ganglion doit faire rechercher non seulement un cancer thyroïdien ou pharyngo-œsophagien, mais aussi une atteinte néoplasique des organes intra thoraciques, digestifs et urogénitaux.

Cette chaîne reçoit les collecteurs des téguments de la région antéro-latérale du cou, de la paroi thoracique antérieure et parfois, du membre supérieur.

1.2.3- Les ganglions profonds juxta-viscéraux

Ce sont des ganglions qui se trouvent dans la région cervicale antérieure profonde au voisinage de la trachée, de la thyroïde, des cartilages cricoïde et thyroïde, et se répartissent en plusieurs groupes qui sont :

- le groupe pré-laryngé, placé en avant de la membrane crico-thyroïdienne;
- le groupe pré-thyroïdien qui se trouve en avant du cartilage thyroïde;
- le groupe intercrico-thyroïdien, situé en avant de la membrane du même nom;
- le groupe pré-glandulaire, placé en avant de l'isthme thyroïdien;
- le groupe pré-trachéal, placé en avant de la trachée;
- la chaîne récurrentielle qui s'échelonne le long du nerf récurrent.

Les 5 premiers groupes forment la chaîne ganglionnaire pré-laryngo-trachéale où aboutissent les lymphatiques du larynx, de la trachée, et de l'œsophage.

Il existe un dernier groupe qui est le groupe rétro pharyngien. Il est situé en avant des muscles pré-vertébraux, en regard des masses latérales de l'atlas.

Les ganglions de ce dernier groupe reçoivent les lymphatiques des fosses nasales, de la voûte et du voile du palais, de l'oreille moyenne, de l'oropharynx et du rhino-pharynx. Le ganglion principal de ce groupe est le ganglion de GILLIS, siège des abcès retro pharyngés chez l'enfant.

Ce bref rappel anatomique montre que la région cervicale présente une richesse lymphatique indéniable. Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est en pleine région cervicale qu'apparaissent les premières ébauches lymphatiques.

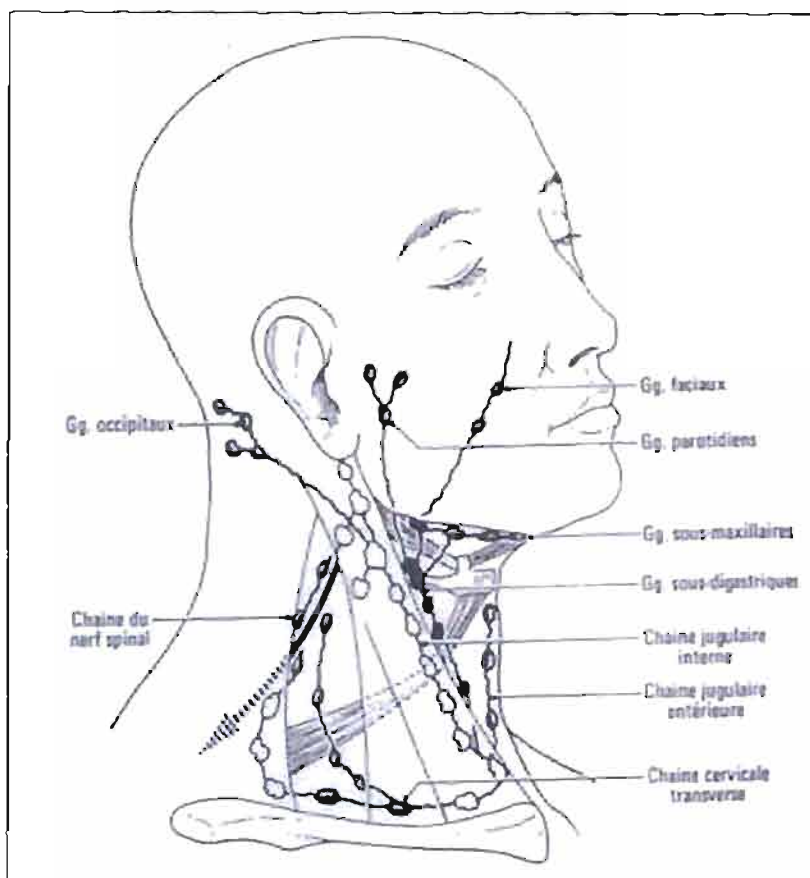


Fig2: Schéma des principaux groupes ganglionnaires de la tête et du cou (Abrégés d'ORL [41])

Haut
 ↑
 Avant
 →

De tous les niveaux du système lymphatique existent des anastomoses. Ceci explique l'atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires à la fois. Pour mieux comprendre la physiopathologie du ganglion lymphatique, la connaissance de sa structure histologique et de sa physiologie est nécessaire.

2-RAPPEL HISTOLOGIQUE

Les ganglions lymphatiques sont des organes lymphoïdes, ovoïdes ou arrondis, isolés ou groupés le long des voies lymphatiques et des gros vaisseaux. Leur structure comprend de la périphérie vers l'intérieur [7,18,26,66] :

- une capsule,
- une substance corticale,
- une substance para cortical
- une substance médullaire,
- des vaisseaux lymphatiques.

2.1- La capsule

Elle est constituée de tissu fibreux. C'est une enveloppe mince, fibro-élastique entourant le ganglion. De la capsule partent des prolongements vers l'intérieur du ganglion constituant des cloisons. Cette capsule peut s'épaissir et étouffer les cellules des substances corticales et médullaires aux cours de certains états pathologiques.

2.2- La substance corticale

La substance corticale est constituée par des amas de lymphocytes B. Ces amas sont disposés immédiatement sous la capsule et s'organisent en follicules primaires ou secondaires qui sont des nodules arrondis avec des zones dites centres germinatifs.

Dans chaque follicule, on distingue de petits lymphocytes vers la périphérie et des lymphoblastes vers le centre.

2.3- La substance para corticale

Elle correspond à la zone thymo-dépendante où prédominent les lymphocytes T. Une coupe histologique montre que cette zone est dépourvue de structures folliculaires, et est caractérisée par la présence de cellules mononuclées dispersées et de veinules post-capillaires.

2.4- La substance médullaire

Elle occupe le centre du ganglion appelé hile ganglionnaire. Les follicules adoptent à ce niveau une disposition plus lâche et moins systématisée formant ainsi des cordons séparés par des sinus. Les lymphocytes apparaissent dans la substance médullaire lors des états pathologiques

2.5- La vascularisation du ganglion

Elle est essentiellement lymphatique. Les sinus lymphatiques constituent les voies afférentes de la lymphe (fig2). Ils traversent la capsule et s'abouchent à un sinus marginal. Des sinus plus étroits se glissent dans les follicules. Le réseau ainsi formé converge vers le hile du ganglion. Les vaisseaux sanguins sont observés surtout au niveau du hile. La lymphe quitte le ganglion par les vaisseaux lymphatiques efférents.

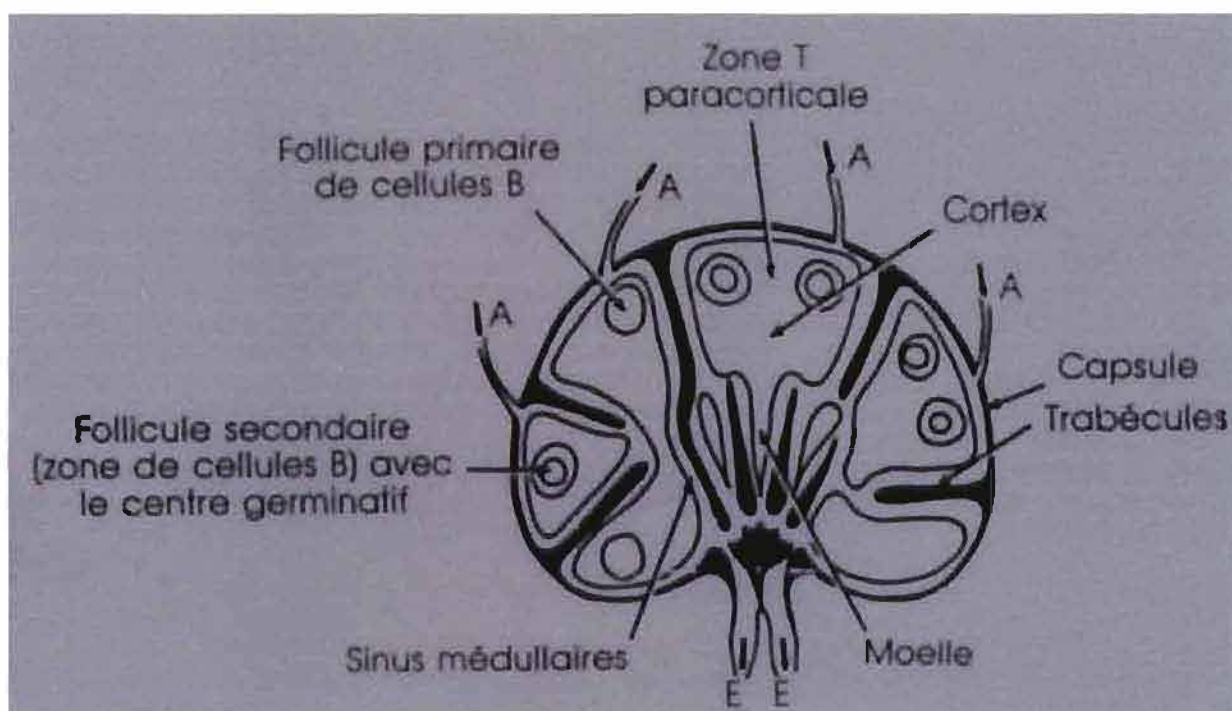


Figure 3: Structure schématique du ganglion. (Principes de Médecine interne [7])

A: Vaisseaux lymphatiques afférents :

E: Vaisseaux lymphatiques efférents

3-RAPPELS PHYSIOLOGIQUE ET PHYSIOPATHOLOGIQUE [7, 10]

Organes filtres de la lymphe, les ganglions assurent aussi un rôle de défense de l'organisme qui est à la fois mécanique et humoral.

3.1- La fonction de filtre mécanique

Cette fonction du ganglion est connue depuis WIRCHOW en 1960 [57]. Le ganglion forme un barrage qui peut arrêter les cellules ou les bactéries sans qu'il n'y ait une mise en œuvre d'un phénomène de défense immunologique.

Ceci s'explique par le fait que la lymphe circule dans le ganglion lymphatique de la périphérie vers le hile, et ce cours est ralenti dans le réseau anfractueux des sinus où la lymphe subit une filtration qui n'est pas totale ; en effet, des cellules tumorales peuvent passer à travers ce filtre. De plus, cette fonction de filtre peut être perturbée par la radiothérapie, la lymphographie ainsi que la palpation qui favorisent la multiplication cellulaire [66].

3.2- La réaction inflammatoire

Pour assurer la défense vis à vis des germes microbiens, les réactions du ganglion varient selon le type de germe. On assiste à une réaction inflammatoire aiguë du ganglion caractérisé par l'afflux des polynucléaires venus du sang par diapédèse. Cette réaction peut se prolonger et aboutir à une sclérose atrophique du ganglion. Dans le cas où les germes seraient particulièrement virulents, il se forme une collection suppurée intra ganglionnaire. Citons le cas du bacille tuberculeux qui réalise dans le ganglion une réaction particulièrement importante de cellules épithéliales, qui peut se prolonger et aboutir à la transformation caséuse, à la suppuration et à la sclérose.

Bien que le ganglion assure la défense de l'organisme par sa fonction de filtre, il intervient aussi par sa fonction immunologique.

3.3- La fonction immunologique du ganglion

Le ganglion lymphatique est le lieu de reconnaissance privilégié des antigènes par les cellules lymphoïdes immunocompétentes et il joue un rôle d'amplification des réactions immunitaires.

Le ganglion lymphatique est divisé en compartiments fonctionnellement actifs (fig3). En effet, la conception actuelle du système lymphoïde repose sur le

fait qu'il existe plusieurs populations lymphocytaires regroupées en deux grandes lignées : les lymphocytes T ou thymo-dépendantes, qui sont impliquées dans les réactions d'immunité à médiation cellulaire, et les lymphocytes B dont la différenciation indépendante du thymus se fait dans la moelle osseuse chez l'homme après maturation en plasmocytes.

Malgré cette opposition dans leur mode de maturation et leur expression fonctionnelle, il existe des interactions permanentes entre ces deux systèmes lymphocytaires pour assurer la couverture immunitaire.

La réponse des cellules ganglionnaires à la stimulation antigénique est différente suivant les compartiments lymphoïdes fonctionnels.

3.3.1- La fonction des centres germinatifs

La composition cellulaire au niveau des centres germinatifs est essentiellement faite de lymphocytes B. Lorsqu'un antigène est introduit dans l'organisme, il est d'abord capté, fixé et phagocyté par les macrophages. Quelques heures après, l'antigène est retrouvé au contact des lymphocytes B par l'intermédiaire des cellules dendritiques folliculaires. Grâce aux précurseurs plasmocytaires présents dans les centres germinatifs, les lymphocytes B ainsi stimulés se transforment en plasmocytes. Ces derniers sont responsables de la sécrétion des anticorps.

Les centres germinatifs assurent des fonctions qui ne sont pas encore très bien connues :

- leur rôle dans la formation et la maturation des précurseurs plasmocytaires;
- leur rôle dans la production des anticorps;
- leur rôle dans la mémoire immunitaire.

3.3.2- La fonction des zones thymo-dépendantes

Les zones thymo-dépendantes ganglionnaires jouent un rôle prépondérant dans l'immunité de type cellulaire. Ainsi, il existe des réactions de rejet liées aux lymphocytes T vis à vis des cellules étrangères.

Pour CACHIN [14], les données immunologiques sont au centre du mécanisme de la maladie cancéreuse et il est certain que les fonctions proprement

immunologiques du ganglion lymphatique jouent un rôle essentiel dans la relation hôte-tumeur :

- on peut assister à la destruction des cellules tumorales au fur et à mesure de leur arrivée dans le ganglion ;
- ailleurs, on remarque le développement plus ou moins rapide des cellules dans le ganglion ;
- souvent les cellules tumorales traversent le ganglion en amont sans colonisation de celui-ci pour atteindre un ganglion en aval,
- on peut enfin avoir un passage direct dans la circulation veineuse.

Le mécanisme de défense immunitaire est connu dans son principe, tandis que les conditions exactes de sa mise en jeu et celles de son efficacité restent à préciser.

4- RAPPEL CLINIQUE

La découverte d'une tuméfaction cervicale pose un double problème :

- le premier consiste à affirmer la nature ganglionnaire de la tuméfaction ; cela sous-entend qu'il faut éliminer tout ce qui n'est pas ganglionnaire.
- le second est le diagnostic étiologique.

4.1- Diagnostic positif

Le diagnostic positif d'une adénopathie cervicale chronique s'intègre dans le cadre d'un examen oto-rhino-laryngologique clinique méthodique. Cet examen fournit en même temps les données essentielles de l'orientation diagnostique et étiologique.

Il se base sur les éléments suivants :

- Les circonstances de découverte ;
- L'interrogatoire ;
- L'examen physique ;
- L'examen para clinique.

4.1.1- Les circonstances de découverte [4]

L'adénopathie peut être découverte fortuitement par le patient ou lors d'un examen clinique, d'une intervention chirurgicale.

4.1.2-L'interrogatoire

Il doit préciser :

- l'âge du patient;
- la date et le mode d'apparition de la tuméfaction;
- les signes d'accompagnement (dysphagie, dysphonie, asthénie, fièvre, prurit...)
- les antécédents pathologiques du malade (amygdalites à répétition, intervention chirurgicale antérieure, vices, tares, statut vaccinal...)

4.1.3- L'examen physique

Il a pour but de rechercher une porte d'entrée d'une infection ou d'une lésion maligne [41,66]. Il comprend :

- L'examen local,
- L'examen ORL,
- L'examen général.

4.1.3.1- L'examen local

Il se fait torse nu, après relâchement des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

L'inspection précise l'état des téguments du cou et recherche des signes de traitement antérieur ou de fistule.

La palpation se fait selon des règles bien précises, de façon bilatérale et symétrique. Elle se fait avec l'extrémité des quatre derniers doigts de chaque main dont la pulpe déprime les tissus sous-cutanés et cellulaires qui contiennent les ganglions ainsi appliqués contre les plans résistants sous-jacents.

L'examineur se place derrière le patient (Fig3), et palpe simultanément les deux côtés avec les deux mains de façon symétrique et comparative. Chaque territoire doit être exploré.

Pour les ganglions sous-maxillaires, les doigts s'insinuent en crochet sous le rebord mandibulaire. Mais un ganglion sous-maxillaire peut être également

examiné par le palper bi-digital avec un doigt du côté cutané et un doigt dans la cavité buccale.

Pour les ganglions sus claviculaires, les pulpes des doigts s'enfoncent derrière la clavicule. On peut demander au malade de tousser ; ce qui fait remonter le tissu cellulaire et permet la palpation des adénopathies bas situées.

Quant à la chaîne spinale elle s'explore le long du bord antérieur du muscle trapèze.

Au terme de l'examen clinique, l'adénopathie est généralement reconnue et on peut évaluer ses caractères à savoir : la localisation, le nombre, la taille, la consistance, les limites, la mobilité, la sensibilité.

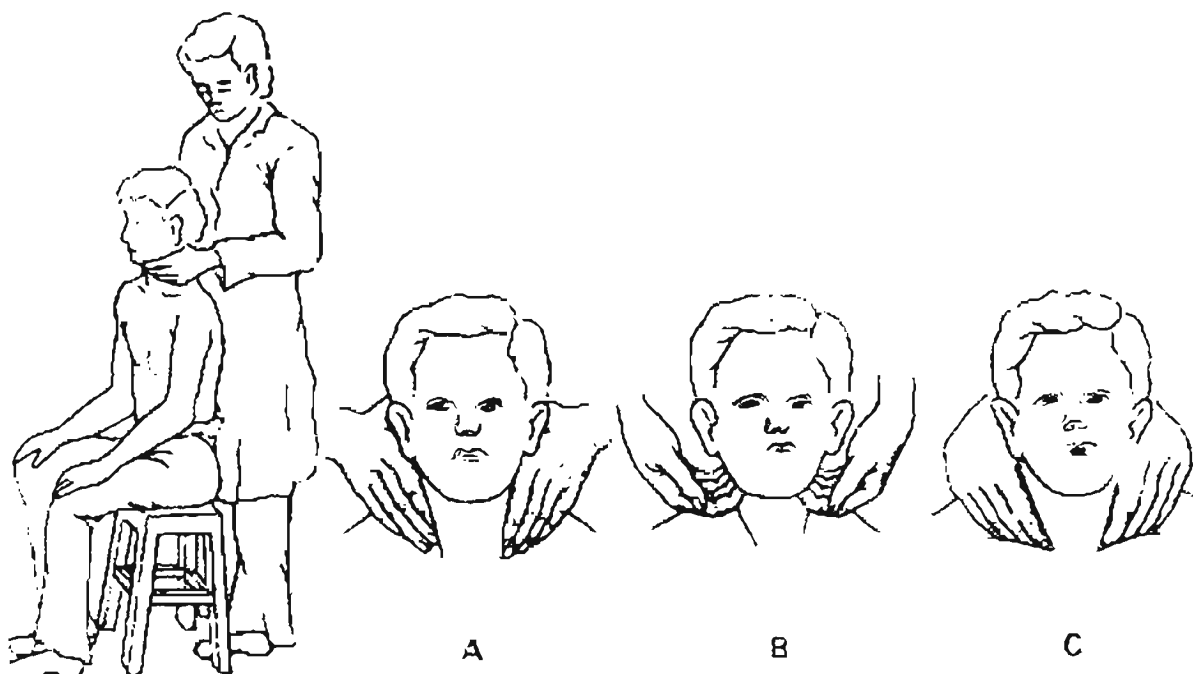


figure 4 :Techniques d'examen des ganglions du cou

Le Médecin se place derrière le malade assis, le cou parfaitement dégagé ; au mieux, torse nu.

- (A) Examen des chaînes ganglionnaires internes
- (B) Examen des ganglions sous maxillaires
- (C) Examen des ganglions sus claviculaires

(D'après les Abrégés d'ORL [41])

4.1.3.2- L'examen O.R.L.

L'examen oto-rhino-laryngologique minutieux, méthodique et complet est nécessaire à la recherche d'une tumeur primitive ou de la porte d'entrée d'une infection.

L'examen du pharyngolarynx, siège fréquent de lésions malignes [43] est précédé au besoin d'une anesthésie de contact en cas de réflexe nauséux important.

4.1.3.3- L'examen général

Il est indispensable à la recherche d'adénopathie extra cervicale (en particulier inguinale et axillaire), de masse abdomino-pelvienne, de lésions cutanéomuqueuses dans les territoires de drainage des lymphatiques du cou, d'un foyer infectieux, d'une tumeur palpable ; exemple : tumeur du sein qui est de siège extra O.R.L.

4.1.4- Examens para cliniques

Ils sont demandés en fonction de l'affection suspectée.

4.1.4.1- Les examens de routine

Certains examens sont systématiquement demandés lors de la première consultation ; ce sont les examens de routine à savoir :

- la numération formule sanguine (NFS),
- la vitesse de sédimentation (VS),
- la radiographie pulmonaire.

D'autres examens complémentaires peuvent être demandés en fonction de l'orientation diagnostique : les examens bactériologiques, sérologiques, anatomopathologiques etc.

4.1.4.2- Les examens anatomopathologiques

Il s'agit de la ponction cytologique et de la biopsie exérèse ganglionnaire.

- **La ponction cytologique**

Faite à l'aiguille fine, elle peut dans certains cas apporter une réponse diagnostique rapide.

Technique [39,57, 66] :

On la pratique avec une aiguille fine de 4/10 de millimètre et une seringue de 20 centimètres cubes. On désinfecte la peau à l'endroit de la ponction, au pôle supérieur de la masse cervicale. Il faut pincer l'adénopathie entre deux doigts et pratiquer la ponction avec la seringue dans l'autre main. L'opération consiste à aspirer à plusieurs reprises après avoir fait tourner l'aiguille autour de son axe et l'avoir fait pénétrer plus ou moins profondément dans l'adénopathie. Au moment d'enlever l'aiguille, il faut éviter d'aspirer pour que le prélèvement reste à l'intérieur de l'aiguille. Dans un second temps, on pratique des frottis sur des lames sèches en se servant de la seringue pour éjecter la goutte de l'aiguille pour la déposer sur les lames.

Cependant, elle est contre-indiquée en cas de métastases ganglionnaires car il y a un risque de dissémination.

- **La biopsie exérèse ganglionnaire**

C'est un geste chirurgical qui se pratique en salle d'opération. Elle permet le prélèvement d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques pour des analyses histopathologiques.

Elle requiert une technique précise[18,41,67] :

- *Le lieu* : la région cervicale droite est conseillée. La localisation cervicale gauche expose le canal thoracique dont la blessure est source d'écoulement lymphatique intarissable.

- *Le mode d'anesthésie* : l'anesthésie locale est réservée aux biopsies de ganglions de taille moyenne, mobile, sans difficulté de dissection. Dans les autres cas, l'anesthésie générale est conseillée.

- *L'incision* : elle doit se faire sur le tracé d'incision de curage ganglionnaire et non sur l'adénopathie. Elle doit aussi être compatible avec la réalisation d'un curage ganglionnaire.

- *Le prélèvement* : il faut prélever un ganglion entier, intact, ni trop vieux, ni trop jeune.

- *Intérêt* : sa fiabilité est grande. Elle permet l'étude de l'architecture ganglionnaire, paramètre important dans la classification des lymphomes.

La biopsie en tant que prélèvement d'un fragment de ganglion est à proscrire [41]

4.2- Diagnostic différentiel

Il se pose essentiellement devant une tuméfaction isolée et unique du cou [69].

On éliminera :

- les "pièges" anatomiques,
- et les autres tuméfactions cervicales.

4.2.1-Les "pièges" anatomiques

Le problème des "pièges" anatomiques se pose dans deux circonstances [67,69] :

- Devant un cou long et maigre,
- Devant un cou court et gras.

4.2.1.1-Devant un cou long et maigre

Il faut éliminer :

- la grande corne de l'os hyoïde,
- l'apophyse transverse de l'atlas,
- le tendon de l'omo-hyoïdien,
- le bulbe carotidien athéromateux

Ces éléments anatomiques peuvent être pris pour ganglion, cependant, la sémiologie, la radiographie ou l'échographie cervicale permettront de faire le diagnostic.

4.2.1.2-Devant un cou court et gras

Il faut éliminer :

- Les tumeurs de la parotide appendue au pôle inférieur de la glande,
- Les tumeurs du pôle postérieur du sous-maxillaire,
- Les nodules du corps thyroïde,
- Les tumeurs du corpuscule carotidien.

4.2.2- Les autres tuméfactions cervicales

La diversité des constituants anatomiques du cou (ganglions, glandes salivaires, vaisseaux, nerfs, muscles, graisse...) explique celle des tuméfactions cervicales [53].

4.2.2.1-Devant les tuméfactions hautes

Il convient d'écarter :

- les tumeurs parotidiennes qui sont rétro mandibulaires et qui débordent en avant du tragus en soulevant légèrement le lobule de l'oreille.
- les tumeurs sous-maxillaires, et sous-angulo-maxillaires.

4.2.2.2-Devant les tuméfactions cervicales moyennes et inférieures

➤ Dans la région cervicale moyenne, il faut éliminer :

- un lipome,
- un kyste sébacé,
- un kyste amygdaloïde,
- un lymphangiome kystique,
- un anévrisme de la région carotidienne...

➤ A la partie basse, le diagnostic se pose avec :

- une tumeur thyroïdienne, mobile lors des mouvements de déglutition.
- un neurinome du plexus brachial.

Les pièges diagnostiques écartés, la nature ganglionnaire d'une tumeur cervicale confirmée, il reste le problème de l'étiologie.

4.3-Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique fait appel aux différentes données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du bilan para clinique.

Les causes les plus fréquentes des adénopathies cervicales chroniques peuvent se regrouper en deux entités :

- Les adénopathies inflammatoires chroniques
- Les adénopathies tumorales

4.3.1-Les adénopathies inflammatoires chroniques

Elles se divisent en deux grands groupes qui sont [6,43] :

- Les adénopathies inflammatoires chroniques non spécifiques
- Les adénopathies inflammatoires chroniques spécifiques

4.3.1.1- Les adénopathies inflammatoires chroniques non spécifiques

Ce sont les adénopathies liées à une inflammation chronique banale [21].

➤ Les symptômes

Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse du ganglion lymphatique le plus souvent. Cette tuméfaction ganglionnaire peut devenir fluctuante ou se fistuliser en cas de traitement inapproprié ou de germes très virulents.

➤ Le terrain

Les malades sont souvent des adolescents ou adultes jeunes chez qui aucune porte d'entrée bucco-dentaire ou amygdalienne n'a été retrouvée.

➤ Le diagnostic

Il repose sur :

- l'examen clinique à la recherche d'un foyer infectieux;
- la N.F.S. qui montre une hyper leucocytose;
- la ponction ganglionnaire qui peut mettre en évidence des germes banals;
- la biopsie exérèse ganglionnaire, suivie d'un examen anatomopathologique, montre une adénite non spécifique.

4.3.1.2- Les adénopathies inflammatoires chroniques spécifiques

Ces adénopathies sont liées à des germes spécifiques :

➤ La tuberculose ganglionnaire [25]

Elle est d'actualité, et sa fréquence est en augmentation surtout avec la pandémie de l'infection à VIH. Elle atteint le plus souvent l'adulte jeune [50].

La tuberculose est due le plus souvent aux *Mycobacterium Tuberculosis*, *M. Africanum*, *M. Bovis* et plus rarement aux mycobactéries atypiques [6,25].

a- Aspects cliniques

La tuberculose ganglionnaire cervicale réalise une maladie autonome loco-régionale et peut se présenter sous deux formes :

◆ la forme commune polyganglionnaire :

Elle se caractérise par des ganglions groupés, le plus souvent fermes, sans périadénite, parfois ramollis ou fistulisés.

En effet, cette forme commune passe schématiquement par cinq phases successives:

- Une phase de crudité caractérisée par des ganglions hypertrophiés fermes, mobiles, non douloureux.
- Une phase de péri adénite : à ce stade, la palpation permet de sentir une masse formée par plusieurs ganglions adhérents entre eux, mal limités.
- Une phase de ramollissement et d'abcédation : la formation d'abcès froids est l'un des phénomènes les plus importants à ce stade. La coque ganglionnaire est perforée par la fonte purulente qui envahit ainsi le tissu cellulaire cervical.
- Une phase de fistulisation : la peau s'amincit, aboutissant à un ou plusieurs points de fistules qui laissent s'écouler un pus grumeleux.

En l'absence de traitement, l'évolution se fait soit vers la persistance de la fistule, soit vers la cicatrisation ou un mélange des deux qui constitue les classiques écrouelles.

- Une phase de cicatrisation : on assiste à la formation de cicatrice vicieuse, indélébile, rétractile ou chéloïde.

♦ **Le lymphome tuberculeux :**

Il donne un aspect proconsulaire du cou. Ici, les ganglions sont durs, fixés, simulant une adénopathie maligne. Cette forme n'évolue pas vers la suppuration.

b- Le diagnostic.

Le diagnostic est basé sur la clinique, mais surtout la para clinique : l'histologie peut étayer le diagnostic en objectivant les follicules tuberculeux (les lymphocytes et les cellules épithéliales giganto-cellulaires en périphérie, la nécrose caséuse au centre). L'examen bactériologique recherche le bacille tuberculeux dans le liquide de ponction [3,12].

c- Le traitement.

Dans le cas des adénopathies spécifiques tuberculeuses, on utilise des antibiotiques antituberculeux en association pendant 8 mois au Burkina Faso.

Toute fois, si l'adénopathie ne régresse pas sous traitement médical, elle est justiciable d'un traitement chirurgical [5,35].

Tableau I : Régime de traitement et posologie pour les adultes nouveaux cas.
(Régime de traitement au Burkina Faso)

Poids au début du traitement	Tous les jours durant les deux premiers mois.			Tous les jours du 3 ^e au 8 ^e mois
	E	RH	Z	EH
	Ethambutol 400 mg Comprimé	Rifampicine 150 mg Isoniazide 100 mg (combinée) Comprimé	Pyrazinamide 500 mg Comprimé	Ethambutol 400 mg Isoniazide 150 mg (combinée) Comprimé
< 33 kgp	2	2	2	1
33-49 kgp	3	3	3	1,5
> 50 kgp	4	4	4	2

REGIME DE TRAITEMENT ET POSOLOGIE POUR LES ADULTES (RETRAITEMENT)

Régime de 2^{ème} ligne : 2 SERHZ / 1 ERHZ / 5 E3R3H3

Poids au début du traitement	Tous les jours le 1 ^{er} et 2 ^{ème} mois				Tous les jours pendant un mois			3 fois / semaine pendant 5 mois	
	S	E	RH	Z	E	RH	Z	E3	R3H3
	Strepto- mycine 1 g	Ethambu- tol 400 mg	Rifampicine 150 mg Isoniazide 100mg Combinée	Pirazinamide 500mg	Ethambu- tol 400 mg	Rifampicine 150 mg Isoniazide 100mg Combinée	Pirazinamide 500mg	Ethambutol 400 mg	Rifampicine 150 mg Isoniazide 100mg Combinée
< 33 kgp	0,5	2	2	2	1	2	2	1	2
33-49 kgp	0,75	3	3	3	1,5	3	3	1,5	3
> 50 kgp	1	4	4	4	2	4	4	2	4

NB : Forme comprimé pour tous médicaments sauf la Streptomycine qui est en injectable.

➤ **Les adénopathies des maladies virales.**

▪ **La rubéole**

C'est une maladie fréquente mais bénigne. Sa gravité est liée à la contamination fœtale chez la femme enceinte non immunisée [21].

Les adénopathies rencontrées sont à prédominance sous-occipitale, peu sensibles, elles peuvent persister pendant 2 à 3 mois.

Son diagnostic est surtout basé sur le sérodiagnostic avec une élévation du taux des anticorps spécifiques (IgM et IgG).

Son traitement est symptomatique, et sa prévention est basée sur la sérothérapie par les gammaglobulines humaines chez la femme enceinte non immunisée et la vaccination chez les enfants notamment les fillettes avant leur puberté.

▪ **L'infection à V.I.H.**

Il s'agit d'un syndrome d'immunodéficience secondaire à l'infection par un rétrovirus [6]. C'est une véritable pandémie parce que le nombre de séropositifs se compte par millions.

Les principales voies de transmission sont sexuelle, parentérale et materno-fœtale.

Les manifestations cliniques sont polymorphes et non spécifiques.

Les adénopathies au cours de l'infection à VIH sont observées dès la phase de primo-infection asymptomatique. Elles sont généralisées et caractérisées par une micropolyadénopathie qui siège dans au moins 2 aires ganglionnaires distinctes. Elles sont indolores, symétriques et touchent surtout les aires cervicales et axillaires.

➤ **Les autres causes des adénopathies inflammatoires**

▪ **La syphilis**

C'est une maladie sexuellement transmissible due au tréponéma pallidum. Elle évolue en 3 phases [41]. C'est la phase secondaire qui est surtout marquée par une éruption cutanée, un syndrome grippal et une poly adénopathie occipitale et sous trapézienne faite de ganglions fermes et indolores.

Le diagnostic est basé sur la mise en évidence du tréponème dans le liquide de ponction ganglionnaire ou dans l'exsudat du chancre syphilitique au cours de la syphilis primaire.

Les réactions sérologiques (TPHA et VDRL) sont positives à la phase secondaire.

Le traitement est basé sur la pénicillinothérapie.

- **La mononucléose infectieuse**

Elle est encore appelée fièvre ganglionnaire ou adénolymphoïdite maligne [21].

L'agent pathogène est le *virus d'Epstein-Baar* (EBV).

Sur le plan clinique, on a une asthénie, une fièvre avec ictère et splénomégalie.

Les ganglions sous maxillaires sont souvent les plus atteints. Ces adénopathies sont fermes et indolores.

Le diagnostic est assuré par la mononucléose infectieuse test» (MNI-test); et la réaction de Paul-Bunnell-Davidshon (RPBD), qui met en évidence des anticorps spécifiques (anticorps de Davidshon) [21,25].

Le traitement est symptomatique et repose sur l'antibiothérapie et la corticothérapie.

- **La maladie des griffes du chat**

Elle est aussi appelée lymphoréticulose bénigne d'inoculation ou adénopathie nécrosante et nodulaire ; elle serait une maladie pédiatrique selon G.DARNAUD et P. REINERT [21].

Sur le plan clinique, les adénopathies sont fermes, mobiles. Elles peuvent se fistuliser rarement. Tous les territoires peuvent être concernés.

Le diagnostic repose sur l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique de Hanger-Rose ou sur l'examen histologique.

Le traitement repose sur l'antibiothérapie à large spectre.

4.3.2- Les adénopathies cervicales chroniques malignes

Les ganglions lymphatiques restent le plus souvent le tissu atteint par le processus cancéreux [31]. Il peut s'agir de cancer primitif ou de métastases.

4.3.2.1- Les adénopathies des cancers primitifs

Il s'agit essentiellement des hémopathies malignes où les adénopathies sont la conséquence d'une infiltration spécifique tumorale [46]. Ce sont :

- la maladie de Hodgkin,
- les lymphomes malins non hodgkiniens,
- la leucémie lymphoïde chronique.

➤ La maladie de Hodgkin

La maladie de Hodgkin est encore appelée lymphogranulomatose maligne ; elle est à point de départ ganglionnaire[55]. Elle touche tous les âges, mais surtout les adultes avec deux pics de fréquence (30 ans et 50 ans)[2]. Les deux sexes sont touchés mais la prédominance est masculine.

Le point de départ de la maladie est médiastinale dans 65 % des cas, et cervical haut dans 25 % des cas. Il s'agit d'adénopathies multiples qui surviennent dans un contexte évocateur : fièvre, prurit, splénomégalie et le tableau clinique peut se résumer en une adénopathie isolée.

La cytologie du ganglion permet la découverte des cellules de REED STERNBERG.

L'examen histologique confirme le diagnostic et permet de préciser le type histologique (tableau II) ; et le bilan d'extension clinique et radiologique permet la classification en quatre stades.

Tableau II : Classification selon le type histologique (LAENNEC 1997)

Types	Histologie
I	Prédominance lymphocytaire
II	Sclérose nodulaire
III	Cellularité mixte
IV	Déplétion lymphocytaire

Classification en stades cliniques de la maladie de Hodgkin [2]

(Ann Arbor modifiée par Musshoff)

Stade I : Atteinte d'un seul organe.

Stade II : Atteinte d'un seul organe avec atteinte de plusieurs ganglions régionaux.

II.1 : Atteinte ganglionnaire régionale contiguë : péri gastrique, mésentérique

II.2 : atteinte ganglionnaire régionale non contiguë : para-aortique, cœliaque.

Stade III : Atteinte sus et sous diaphragmatique.

Stade IV : Atteinte extra ganglionnaire diffuse ou disséminée.

A chaque stade, on pourra ajouter la lettre **B** ou **A** selon qu'il existe respectivement des signes d'évolutivité (fièvre > 38 °C, perte de poids corporel de plus de 10% au cours des six derniers mois, amaigrissement) ou non ; la lettre **C** s'il y'a une atteinte viscérale contiguë à une atteinte ganglionnaire.

Un classement supplémentaire est proposé en ajoutant «**a**» s'il y a moins de deux anomalies biologiques et «**b**» s'il existe plus de deux anomalies biologiques (hyper leucocytose, élévation de la vitesse de sédimentation, élévation de la fibrinémie, augmentation des gammaglobulines, baisse du fer sérique).

➤ Les lymphomes malins non hodgkiniens

Ils sont observés à tout âge avec une nette prédominance entre 50 et 70 ans. Les adénopathies sont fermes, mobiles, multiples et forment parfois une masse poly ganglionnaire[2,33].

Le diagnostic repose sur la cytologie et l'histologie qui permettent une classification du lymphome indispensable pour le choix du protocole thérapeutique.

➤ La leucémie lymphoïde chronique

Elle s'accompagne d'hépatosplénomégalie et d'hyper leucocytose avec blastose sanguine et souvent des signes d'insuffisance médullaire. Les adénopathies constituent un symptôme fondamental mais inconstant.

D'apparition insidieuse, elles sont le plus souvent généralisées, symétriques et volumineuses.

Le diagnostic est fait par la découverte d'une hyper lymphocytose à l'hémogramme et d'un infiltrat lymphocytaire mature au myélogramme.

4.3.2.2- Les adénopathies cervicales métastatiques

Il s'agit le plus souvent de cancer ORL ou de cancer des voies aéro-digestives supérieures [14].

La propagation lymphatique suit en général les voies anatomiques classiques de relais ganglionnaire en relais ganglionnaire.

Les adénopathies sont dures, ligneuses, indolores, fixées au plan profond, sans péri adénite. Parfois l'aspect est trompeur, et l'adénopathie se présente sous forme de masse kystique, fluctuante. Il faut alors penser à la métastase kystique d'un carcinome épidermoïde indifférencié de l'amygdale ou du cavum.

Des adénopathies à distance sont aussi recherchées.

Dans la classification internationale des cancers (classification TNM), les critères qui concernent les adénopathies métastatiques sont les suivants (UICC, 1997 [69]) :

- ◆ **N0** : Absence de signes d'atteinte de ganglions régionaux
- ◆ **N1** : Adénopathie homo latérale unique de 3 cm ou moins dans sa plus grande dimension
- ◆ **N2** : Adénopathie unique de plus de 3 cm et de moins de 6 cm ou adénopathies multiples de plus de 6 cm de diamètre.
 - N2a** : Adénopathie unique comprise entre 3 et 6 cm
 - N2b** : Adénopathies homo latérales multiples toutes inférieures à 6 cm
 - N2c** : Adénopathies bilatérales ou controlatérales toutes inférieures à 6 cm
- ◆ **N3** : Adénopathie mesurant plus de 6 cm dans sa plus grande dimension.

5- Prise en charge des adénopathies cervicales chroniques

La prise en charge des adénopathies cervicales chroniques prend en compte leur diversité étiologique et surtout leur nature bénigne ou maligne [43,51].

Cette rubrique ne sera pas développée car elle n'est pas l'objet de notre étude.

CHAPITRE II :
NOTRE ETUDE

1- OBJECTIFS

1.1- Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des adénopathies cervicales chroniques colligées dans le service d'ORL du CHU-YO de 1993 à 2002.

1.2- Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil épidémiologique des patients qui consultent pour adénopathie cervicale chronique dans le service d'ORL du CHU-YO ;
2. Analyser les caractères cliniques des adénopathies cervicales chroniques dans le service d'ORL du CHU-YO ;
3. Identifier les principales étiologies des adénopathies cervicales chroniques dans le service d'ORL du CHU-YO ;
4. Proposer un arbre décisionnel devant une adénopathie cervicale chronique.

2- Méthodologie

- 2.1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU-YO, service de référence de la spécialité au Burkina Faso.

Ce service se compose sur le plan des infrastructures de :

- Trois (03) salles faisant office de bureaux pour Médecins ;
- Trois (03) boxes de consultation pour infirmiers spécialistes ORL ;
- Une (01) salle d'accueil et de secrétariat ;
- Deux (02) salles pour soins internes et externes ;
- Une (01) salle d'audiométrie ;
- Un (01) bloc d'hospitalisation avec quatorze (14) lits ;
- Un (01) bloc opératoire qui comprend :
 - une grande salle équipée d'une table d'opération, d'un chariot pour le matériel de l'anesthésiste, d'un microscope opératoire et d'un aspirateur,
 - une petite salle d'opération,
 - une salle de réveil équipée de trois (03) lits,
 - une salle de stérilisation des instruments.

Le fonctionnement du service est régi par :

- trois (03) Médecins spécialistes en ORL, dont un professeur Agrégé et un Maître assistant,
- quatorze (14) infirmiers attachés de santé spécialistes en ORL,
- deux (02) attachés de santé spécialistes en anesthésie,
- quatre (04) personnels de soutien.

2.2-Matériel et Méthode

2.2.1-Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée dans le service d'ORL et de CC-F du CHU-YO de Ouagadougou du 1er janvier 1993 au 31 décembre 2002, soit une durée de dix (10) ans. Nous avons colligé 296 cas à partir des dossiers des malades qui ont consulté pour adénopathie cervicale chronique pendant la période et des registres d'examens anatomopathologiques du Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU-YO.

Sont inclus dans notre étude, les dossiers des patients qui ont consulté pour adénopathie cervicale chronique durant la période d'étude.

Les diagnostics ont été retenus à partir des résultats d'examens enregistrés dans les dossiers.

2.2.2-Matériel

Les données sont collectées sur une fiche d'enquête comportant les variables suivantes :

- L'âge,
- Le sexe,
- La profession,
- La provenance,
- Le motif de consultation,
- Les caractères de l'adénopathie,
- Les données para cliniques (examens de routine et examens spécifiques).

L'analyse des données s'est effectuée sur micro-ordinateur à l'aide des Logiciels Word 2000 et Epi-Info version 6.0.

RESULTATS

3.1-Résultats généraux

3.1.1-Données épidémiologiques

3.1.1.1-Fréquence

Du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 2002, 296 patients ont consulté pour adénopathie cervicale chronique dans le service d'ORL du CHU-YO, soit une fréquence moyenne de 29,6 consultations par an.

3.1.1.2-Répartition des patients selon l'âge

Le plus jeune était âgé de 2 ans et le plus âgé de 85 ans. L'âge moyen a été de 23,05 ans.

Les patients ont été repartis en classes d'âge comme l'indique la figure ci-dessous..

La tranche d'âge de 0 à 9 ans a été la plus représentée avec 93 cas, soit 31,41%.

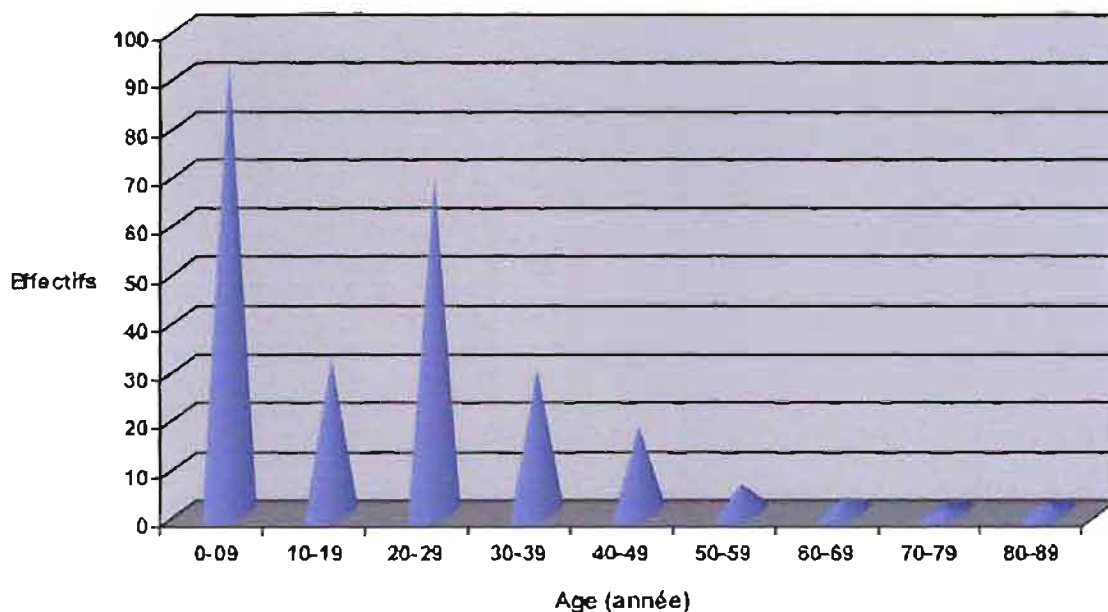


Figure 5 : Répartition des patients selon l'âge (n = 296).

3.1.1.3-Répartition des patients selon le sexe

Le sexe a été précisé dans tous les cas avec :

- 135 femmes, soit 45,61%,
- 161 hommes, soit 54,39%

Le sex - ratio a été de 1,19.

3.1.1.4-Répartition des patients selon leur occupation socio-professionnelle

Les patients sont repartis par groupes socio-professionnels comme l'indique le tableau III.

Tableau III : Distribution des patients selon leur occupation socio-professionnelle

Professions	Effectifs	Pourcentages
Fonctionnaires	43	14,53
Cultivateurs	25	8,44
Elèves / Etudiants	63	21,28
Commerçants	10	3,38
*Secteur informel	75	25,34
**Autres	29	9,80
Non précisés	51	17,23
Total	296	100

*Secteur informel : jardiniers, menuisiers, cuisiniers, gardiens...

**Autres : Femmes au foyer, enfants, sans profession.

Les patients du secteur informel ont été les plus représentés avec 75 cas, soit 25,34%.

3.1.2. Données cliniques

3.1.2.2. Le délai de consultation

Le délai de consultation moyen a été de 6 mois avec des extrêmes de 1 mois et de 5 ans.

Tableau IV : Distribution des patients selon le délai de consultation ORL

Délai de consultation (mois)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 1	12	4,05
]1- 3]	31	10,47
]3- 6]	58	19,60
> 6	41	13,85
Non précisés	154	52,03
Total	296	100

3.1.2.3. Les motifs de consultation

Les motifs de consultation ont varié et diversement associé à la masse cervicale ; ils sont résumés dans le tableau V.

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Signes		Effectifs	Total	Pourcentage
Signes Généraux	A.E.G	17	34	56,67
	Anorexie	3		
	Asthénie	6		
	Fièvre	8		
Signes Fonctionnels	Dysphonie	1	17	28,33
	Dysphagie	9		
	Toux	7		
Signe physique	Fistule	9	9	15
Total			60	100

- 16 patients ont été référés par d'autres services vers le service d'ORL avec pour motif de consultation : «la masse cervicale». Il s'agit de :

- 9 patients pour le service de Pédiatrie ;
- 4 patients pour le service de Médecine interne ;
- 2 patients pour le service de Gastro-entérologie ;
- 1 patient pour le service de Pneumologie.

3.1.2.3-Caractères des adénopathies.

Le nombre des ganglions a été précisé chez 246 patients avec :

- une poly adénopathie dans 201 cas, soit 81,71 % ;
- une adénopathie unique dans 45 cas, soit 18,29%.

Les autres caractères des adénopathies seront détaillés sous la rubrique des étiologies.

3.1.3- Données para cliniques

3.1.3.1-Les examens de routine

Ces examens étaient systématiquement demandés devant toute adénopathie cervicale chronique. Il s'agissait de :

- la radiographie pulmonaire ;
- l'hémogramme ;
- la vitesse de sédimentation.

Deux cas de radiographie pulmonaire avec des opacités pulmonaires apicales étaient évocateurs de tuberculose pulmonaire.

3.1.3.2-Les examens spécifiques

Il s'agit d'une série d'examens demandés en fonction du contexte après le bilan de routine. Les résultats ont été notés dans 117 cas et seront détaillés sous la rubrique de chaque entité nosologique.

En ce qui concerne la biopsie exérèse ganglionnaire, les conclusions anatomopathologiques suivantes ont été notées :

- Adénopathies inflammatoires : 76 cas,
- Adénopathies tumorales : 25 cas,

- Autres résultats : 06 cas.

(Glande sous maxillaire : 2 cas, fibrolipome : 2 cas, Glande parotide : 1 cas, corps thyroïde : 1 cas)

Nota bënë : les différents diagnostics étiologiques dans notre étude analytique ont été retenus à partir des résultats d'examens enregistrés dans les dossiers des malades.

Le plus souvent, l'évolution sous traitement n'était pas précisée.

3.2- Etude analytique

Les adénopathies cervicales chroniques sont d'étiologies diverses. Nous avons individualisé deux grands groupes : les adénopathies cervicales chroniques bénignes et les adénopathies cervicales chroniques malignes.

3.2.1- Les adénopathies cervicales chroniques bénignes

Ce groupe concerne les adénopathies cervicales chroniques inflammatoires. Les unes sont consécutives à des infections banales, les autres à des infections spécifiques.

3.2.1.1- Les adénopathies cervicales inflammatoires chroniques non spécifiques

➤ Données épidémiologiques

- La fréquence

Trente cinq (35) cas d'adénites non spécifiques ont été notés. Ces cas ont représenté 34,65% des résultats d'exérèses ganglionnaires.

- L'âge et le sexe

La classe d'âge de 20 à 29 ans a été la plus représentée avec 10 cas soit 28,57%. L'âge moyen a été de 22,57 ans.

Les patients de sexe masculin ont été au nombre de 20, soit un sex-ratio de 1,33.

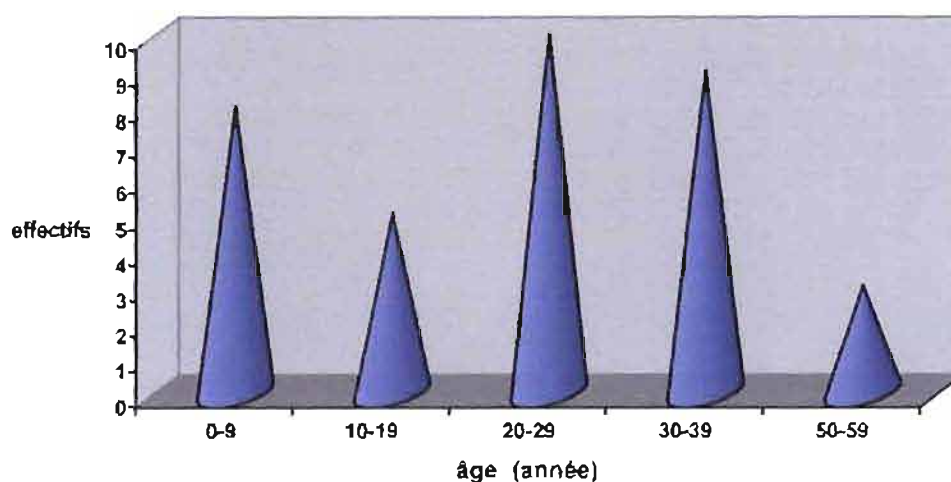


Figure 6 : répartition des adénopathies non spécifiques selon l'âge des patients (n=35).

➤ Données cliniques**- Le délai de consultation en ORL**

Le délai moyen de consultation a été de 3 mois avec des extrêmes de 1 mois et de 6 mois.

- Le motif de consultation

La masse cervicale a été retrouvée dans 35 cas. Un signe fonctionnel et / ou général était associé dans 15 cas :

- une toux : 3 cas ;
- une douleur localisée : 6 cas ;
- une dysphagie : 7 cas ;
- une fièvre : 4 cas.

- Caractères de l'adénopathie

La consistance de l'adénopathie a été précisée chez 21 patients :

- des adénopathies fermes dans 17 cas,
- des adénopathies ramollies dans 4 cas.

Le nombre des adénopathies a été précisé chez 33 patients

- une poly adénopathie dans 25 cas,
- une adénopathie unique dans 08 cas.

- Atteinte d'autres aires ganglionnaires

Elle a été notée chez 5 patients, soit 14,28% des cas :

- des adénopathies axillaires et inguinales dans 2 cas,
- des adénopathies axillaires bilatérales dans 3 cas.

➤ Données para cliniques

Les examens de routine ont été effectués chez tous les patients :

- la radiographie pulmonaire : normale dans tous les cas.
- la numération formule sanguine : hyper leucocytose dans 08 cas.
- la vitesse de sédimentation : augmentée dans 09 cas.

Les examens spécifiques

- l'IDR à la tuberculine : 02 cas sur 08 effectués ont été positifs.
- la sérologie retro virale : 02 cas sur 02 effectués ont été positifs.
- la recherche de BAAR : négatif dans tous les 3 cas.
- anatomopathologie : il s'agit dans tous les 35 cas d'adénite chronique non spécifique sans caractère de malignité.

3.2.1.2-Adénopathies inflammatoires chroniques spécifiques

a- La tuberculose ganglionnaire cervicale

- **Données épidémiologiques**

La fréquence

Nous avons enregistré 26 cas de tuberculose ganglionnaire qui ont représenté 25,74% de toutes les adénopathies cervicales chroniques, 34,21% des adénopathies cervicales chroniques inflammatoires, et 63,41% des adénopathies cervicales chroniques spécifiques.

La répartition des patients selon l'âge

Le plus jeune était âgé de 4 ans, et le plus âgé de 48 ans. Le maximum de fréquence a été observé entre 20 à 29 ans. L'âge moyen a été de 26,65 ans.

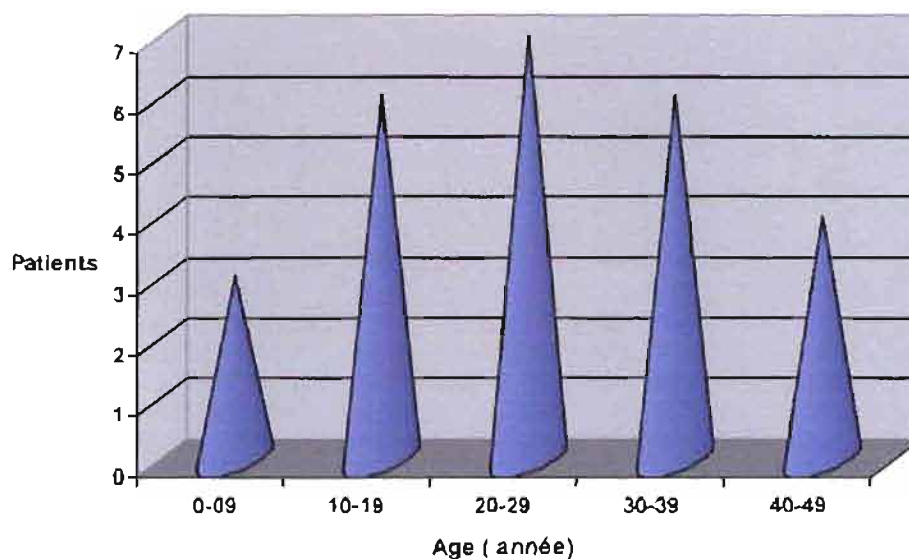


Figure 7 : Distribution des cas de tuberculose ganglionnaire selon l'âge des patients (n=26).

Le sexe

Les sujets de sexe masculin ont été au nombre de 15 (57,69%), soit un sex-ratio de 1,36.

- **Données cliniques**

Le motif de consultation

La masse cervicale chronique a été le motif principal de consultation. Elle a été diversement associée à d'autres signes dans 16 cas :

Tableau VI : Répartition des cas de tuberculose ganglionnaire selon le motif de consultation orl

Signes associés		Effectifs		Pourcentage
Signes généraux	A.E.G	5	13	56,52
	Anorexie	3		
	Asthénie	3		
	Fièvre	2		
Signes fonctionnels	Toux	3	3	13,04
Signe physique	Fistule	7	7	30,44
Total		23		100

Le délai de consultation

Le délai moyen de consultation a été de 6 mois avec des extrêmes de 1 mois et 5 ans.

Tableau VII : répartition des cas de tuberculose ganglionnaire selon le délai de consultation ORL

Délai de consultation (mois)	Effectifs	Pourcentage
< 1	1	3,84
] 1-3]	5	19,23
] 3-6]	11	42,31
>6	9	34,62
Total	26	100

La majorité des patients (75,92%) ont consulté 3 mois après l'apparition de la masse cervicale.

Le siège des adénopathies

Les différents groupes ganglionnaires cervicaux ont été touchés comme l'indique le tableau VIII.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège des adénopathies

Siège		Effectifs		Pourcentage
Triangle de ROUVIERE	Spinal	4	14	53,85
	Jugulo-carotidien	6		
	Sus Claviculaire	1		
	Laterocervicale	3		
Cercle de CUNEO et POIRIER	Sous maxillaire	4		15,38
Non précisés		8		30,77
Total		26		100

L'atteinte des ganglions du Triangle de ROUVIERE a prédominé avec 14 cas ; cependant, la chaîne jugulo-carotidienne a occupé le premier rang avec 6 cas.

Dès le premier examen clinique, d'autres aires ganglionnaires étaient déjà atteintes dans 4 cas :

- axillaire dans 2 cas,
- inguinale dans 1 cas,
- inguinale et axillaire dans 1 cas.

Les caractères des adénopathies

➤ Le nombre d'adénopathies a été précisé dans 23 cas :

- adénopathie multiple : 18 cas.
- adénopathie unique : 5 cas.

➤ La taille des adénopathies a été précisée dans 15 cas :

- micro adénopathie = 6 cas.
- Macro adénopathie = 9 cas.

- La mobilité a été précisée dans 14 cas :
 - mobiles = 11 cas.
 - fixées = 3 cas.
- Le caractère de la peau en regard de l'adénopathie a été précisé dans les 26 cas:
 - la peau a été fistulisée en regard de l'adénopathie dans 7 cas (26,92%);
 - la peau a été lisse en regard de l'adénopathie dans 2 cas (7,69%);
 - la peau a été normale en regard de l'adénopathie dans 17 cas (65,38%).

Les autres formes de tuberculose associée

Deux cas de tuberculose pulmonaire (7,69%) ont été associés à la tuberculose ganglionnaire.

Les données para cliniques

Les examens de routine

- L'hémogramme : L'hyper lymphocytose a été retrouvée dans 3 cas avec une anémie dans 1 cas.
- La vitesse de sédimentation globulaire a été élevée dès la première heure dans 7 cas.
- La radiographie pulmonaire : 2 cas d'opacité des sommets des champs pulmonaires et 1 cas d'adénopathie médiastinale ont été notés.

Les examens spécifiques

- L'IDR : elle a été positive dans 24 cas (92,30 %) dont 6 réactions fortes de type III ou IV avec phlyctènes.

Le test a été négatif dans 1 cas, et non interprétable dans 1 autre cas.

- La sérologie rétro virale : elle a été demandée en fonction du contexte 8 fois, et dans 5 cas, elle a été positive.
- L'examen bactériologique des crachats à la recherche de BAAR a été positif dans 2 cas sur 5.

- La biopsie ganglionnaire avec examen anatomopathologique a permis de noter les conclusions anatomopathologiques suivantes :
 - Adénites caséo-folliculaires : 18 cas, soit 69,23% ;
 - Adénites folliculaires simples : 6 cas, soit 23,08% ;
 - Adénites caséo-fibreuses : 2 cas, soit 7,69%.

b- Les adénopathies liées à l'infection à VIH (n=8)

- **Données épidémiologiques**

Ces adénopathies ont totalisé 8 cas, avec un taux de 7,92% des cas.

L'âge moyen a été de 17 ans avec des extrêmes de 2 ans et 41 ans.

Les 2 sexes ont été représentés avec 4 cas chacun.

- **Données cliniques**

Le délai de consultation a été précisé chez 6 patients avec un délai moyen de 3 mois.

Le motif de consultation a été :

- l'altération de l'état général dans 3 cas,
- la fièvre dans 1 cas.

Le nombre d'adénopathies a été précisé chez 4 patients. Il s'agit d'une poly adénopathie dans tous les cas avec atteinte d'autres aires ganglionnaires :

- des adénopathies axillaires dans 2 cas ;
- des adénopathies axillaires et inguinales dans 2 cas.

- **Données para cliniques**

- L'IDR a été négative chez 3 patients où elle était demandée.
- La sérologie rétro virale a été demandée chez 6 patients et a été positive chez 5 patients.
- Sur le plan histologique, l'adénite hyperplasique avec de grandes cellules à noyau clair, volumineux et fortement nucléolé a été l'aspect histologique rencontré.

c- Les autres causes d'adénopathies chroniques**• Les adénopathies parasitaires (n=5)**

On a noté 5 cas d'adénopathie qui évoquaient une parasitose.

La moyenne d'âge a été de 17 ans avec des extrêmes de 6 ans et 42 ans

Les adénopathies ont été latéro cervicales (3 cas), et à l'examen histologique, on a noté :

- 3 cas d'adénite à éosinophilie,
- 2 cas d'adénite mycosique.

• Les adénopathies syphilitiques (n=1)

Il s'agit d'un patient de 24 ans, de sexe masculin, qui a présenté une poly adénopathie latéro-cervicale indolore.

Une hyperplasie lymphoréticulaire avec infiltration plasmocytaire ; des plasmocytes groupés en plages denses autour de néovaisseaux ont été retrouvées à l'examen anatomopathologique de la pièce ganglionnaire.

• Les adénopathies dans la maladie des griffes de chat (n=1)

Il s'agit d'un patient de 7 ans, de sexe masculin avec une adénopathie latéro cervicale droite non inflammatoire de 3 cm de diamètre.

A l'examen anatomopathologique de la pièce ganglionnaire, on a noté une adénite avec une hyperplasie réticulaire diffuse et une capsule œdématiée.

3.2.2- Les adénopathies cervicales malignes

Nous avons enregistré 25 cas d'adénopathies cervicales malignes avec confirmation histologique qui ont représenté 24,75% des cas.

Ces adénopathies malignes sont réparties comme suit :

- 17 cas d'hémopathies malignes dont :
 - 4 cas de maladie de Hodgkin ;
 - 13 cas de lymphomes malins non hodgkinniens.
- 8 cas de métastases ganglionnaires cervicales.

3.2.2.1- Les hémopathies malignes

a- La maladie de HODGKIN

Elle fait partie du groupe des hématosarcomes.

➤ Données épidémiologiques

Nous avons enregistré 4 cas, soit 16% des adénopathies tumorales diagnostiquées.

Les patients étaient de sexe masculin avec des âges respectifs de 23, 27, 32 et 35 ans. L'âge moyen a été de 29,25 ans.

➤ Données cliniques

- Le motif de consultation : la masse cervicale a été retrouvée dans tous les cas. La fièvre a été associée dans 1 cas et l'amaigrissement dans un autre cas.
- Les délais de consultation ont varié entre 6 mois et 2 ans avec un délai moyen de 10 mois.
- Les caractères de l'adénopathie :

La taille et le nombre ont été précisés dans 3 cas dont :

- 1 cas de micro poly adénopathies.
- 2 cas de macro poly adénopathies.

La consistance a été précisée dans 3 cas dont :

- 2 cas adénopathies fermes ;

- 1 cas adénopathies dures.

- Le siège des adénopathies a été précisé chez 2 patients : il s'agit de 2 cas d'adénopathie latéro-cervicale.

➤ **Données para cliniques**

- Les examens de routine :
 - Hémogramme : hyper leucocytose + anémie : 1 cas ;
 - Vitesse de sédimentation accélérée : 2 cas.
- L'examen anatomopathologique

Les résultats histologiques sont représentés selon la classification de LAENNEC (1997) :

- Type II : Scléronodulaire: 2 cas
- Type IV : Déplétion lymphocytaire : 2 cas

b- Les lymphomes malins non-hodgkiniens

➤ **Données épidémiologiques**

- Nous avons enregistré 13 cas de lymphomes malins non hodgkiniens, soit un taux de 52% des adénopathies tumorales.
- Les tranches d'âge concernées sont représentées dans le tableau IX

Tableau IX : répartition des patients par tranche d'âge.

Ages	Effectifs	Pourcentages
0-9 ans	1	7,69
10-19 ans	1	7,69
20-29 ans	2	15,39
30-39 ans	5	38,46
40-49 ans	3	23,08
> 50 ans	1	7,69
Total	13	100

La tranche d'âge de 30 à 39 ans a été la plus représentée avec 5 cas. L'âge moyen était de 38,36 ans.

- Parmi les patients, 9 étaient de sexe masculin et 4 de sexe féminin.

Le sex-ratio a été de 2,25.

➤ **Données cliniques**

- Le délai moyen de consultation a été de 10 mois avec des extrêmes de 5 mois et 2 ans.
- Le motif de consultation a été précisé chez 5 patients. En plus de la masse cervicale, il s'agissait :
 - d'une asthénie dans 3 cas,
 - d'une fièvre dans 1 cas,
 - d'un amaigrissement dans 1 cas.

• **Les caractères de l'adénopathie**

- le siège :
 - Triangle de ROUVIERE : 9 cas
 - Cercle de CUNEO et POIRIER : 2 cas.

La localisation latéro-cervicale a été la plus représentée avec 81,81% de l'effectif.

- la taille et le nombre : 5 patients ont présenté une macro polyadénopathie dès la première consultation.
- la mobilité : les adénopathies ont été mobiles dans 6 cas et fixées dans 2 cas.
- la sensibilité : les adénopathies ont été sensibles dans 2 cas et indolores dans 7 cas.

➤ **L'histologie**

Les résultats histologiques sont répartis dans le tableau X.

Tableau X : Classification selon le type histologique et le degré de malignité (KIEL 1997)

Degré de malignité	Type histologique	Effectifs	Pourcentage
Faible malignité	Lymphoplasmocytiques	2	61,54
	Lymphocytiques	1	
	plasmocytaires	1	
	Centrocytiques centroblastiques	4	
Haute malignité	Centroblastiques	2	38,46
	Lymphoblastiques	3	
Total		13	100

Les cas de faible malignité ont été les plus représentés avec 61,54% des cas parmi lesquels les types centroblastiques centrocytiques (4 cas) ont prédominé.

En ce qui concerne les tumeurs de haute malignité, les types lymphoblastiques ont été les plus représentés avec 3 cas.

3.2.2.2-Les adénopathies métastatiques

a- Données épidémiologiques

- La fréquence

Nous avons enregistré 8 cas d'adénopathies cervicales métastatiques qui ont représenté 32% des adénopathies tumorales.

- L'âge et le sexe

Les adénopathies métastatiques ont été observées chez 5 hommes et 3 femmes, soit un sex-ratio de 1,66.

L'âge moyen a été de 42 ans, avec des extrêmes de 37 ans et 69 ans.

b- Données cliniques**• Le motif de consultation**

En plus de la masse cervicale, nous avons noté :

- une dysphagie dans 2 cas.
- une dysphonie dans 1 cas
- une toux avec paralysie du nerf grand hypoglosse dans 1 cas.

• Le délai de consultation

Le délai moyen de consultation a été de 8 mois avec des extrêmes de 6 mois et 3 ans.

• Les caractères de l'adénopathie

- Le siège : la localisation de l'adénopathie a été précisée dans 5 cas ; il s'agit d'adénopathies :
 - sous digastrique : 3 cas.
 - sous homo hyoïdien : 1 cas.
 - sus claviculaire : 1 cas.

Des adénopathies axillaires étaient associées dans 1 cas.

- Le nombre : 4 patients sur 6 ont présenté une poly adénopathie dès la première consultation.
- La taille : elle a été précisée chez 4 patients qui présentaient tous une macro adénopathie.
- La mobilité : précisée chez 6 patients, il s'agit :
 - d'adénopathies fixées dans 4 cas,
 - d'adénopathies mobiles dans 2 cas.

c- Données para cliniques

Les données de l'examen histologique sont réparties dans le tableau XI.

Tableau XI : Classification selon le type histologique

	Types histologiques	Effectifs
Carcinome épidermoïde	Carcinome épidermoïde indifférencié	2
	Carcinome épidermoïde peu différencié	5
Adénocarcinome		1
Total		8

Les carcinomes ont été les plus représentés avec 7 cas parmi lesquels, les formes peu différenciées ont prédominé avec 5 cas.

DISCUSSION

COMMENTAIRES

4.1- Limites de l'étude.

Parmi les 296 dossiers des patients qui ont consulté pour adénopathie cervicale chronique, 101 ont été retenus pour l'étude analytique pour les raisons suivantes :

- 161 dossiers étaient sans les résultats des examens anatomopathologiques.
- 18 patients pour des raisons socioculturelles (coût élevé de la biopsie ganglionnaire et de l'examen anatomopathologique, peur ou refus culturel de l'intervention chirurgicale) ont refusé la biopsie ganglionnaire ou ne se sont pas présentés dans le service le jour de l'intervention.
- 06 dossiers renfermaient des résultats autres qu'une structure ganglionnaire.
- 10 résultats n'ont pas été retrouvés.

Ces limites et contraintes sont liées au type rétrospectif de notre étude, dans un contexte de travail où le système d'archivage des dossiers fait encore défaut.

4.2- Aspects généraux

4.2.1-Aspects épidémiologiques

➤ La fréquence

Nous avons observé une fréquence moyenne de 29,60 consultations pour adénopathie cervicale chronique par an. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de TAMINI [67] en 1990 au Burkina Faso qui était de 27,20 cas par an dans l'analyse des résultats du Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU-YO.

D'autres études faites par VIGNIKIN [71] et KINDE [37] à Cotonou, au Bénin, montrent une augmentation de la prévalence des consultations pour adénopathies cervicales chroniques. Cette augmentation serait liée à l'infection à VIH.

➤ L'occupation socioprofessionnelle

Les patients qui travaillent dans le secteur informel occupent le premier rang (25,33%). Cela peut s'expliquer par l'importance des travailleurs du secteur informel dans notre pays, avec un niveau de vie socio-économique peu élevé ; ce qui ne leur permet pas de consulter dans les structures sanitaires privées.

➤ L'âge

Nous avons enregistré un âge moyen de 23,05 ans, avec des extrêmes allant de 2 ans à 85 ans. La tranche d'âge de 0 à 9 ans est la plus représentée avec 65,54% des cas. Pour JONQUET et coll. [34], cette tranche d'âge est prépondérante du fait de la fréquence des infections ORL qui sont pourvoyeuses d'adénopathies chroniques inflammatoires.

4.2.2- Aspects cliniques

4.2.2.1- Le délai de consultation

Le délai de consultation est de 5 mois en moyenne dans notre série. Ce délai retrouvé par d'autres auteurs africains [52,68] diffère de celui des auteurs

occidentaux [6,60] qui excède rarement 3 mois. Ce long délai pourrait s'expliquer par le caractère le plus souvent indolore des adénopathies cervicales chroniques et le manque de moyens financiers. Ces 2 raisons font que les malades restent longtemps sans consulter. Par ailleurs, il y a l'accès difficile à la consultation spécialisée dans les pays en voie de développement, l'insuffisance de personnel qualifié et le manque de référence au niveau supérieur, la longue distance géographique à parcourir.

4.2.2.2- Le nombre d'adénopathies

Dans notre série plus de 82% des patients ont consulté pour poly adénopathie cervicale chronique. D'autres auteurs africains [67,71] ont trouvé cette poly adénopathie (>80%) dès la première consultation. La fréquence élevée de cette poly adénopathie est fonction de l'étiologie en cause (tuberculose), mais aussi du long délai de consultation des patients, ce qui favorise l'atteinte de plusieurs groupes ganglionnaires.

4.2.3-Aspects para cliniques

Devant une adénopathie cervicale chronique qui ne fait pas la preuve de son étiologie, une série d'examens systématiques est recommandée en première intention selon la plupart des auteurs [51,57], en raison de leur valeur d'orientation diagnostique, ce qui permet de demander des examens plus élaborés à bon escient.

Parmi les examens demandés en deuxième intention, la ponction ganglionnaire avec un examen bactériologique et la biopsie exérèse ganglionnaire suivie d'un examen anatomopathologique occupent une place de choix, parce qu'elles sont indispensables pour le diagnostic de certitude dans bon nombre de cas.

4.2.3.1- La ponction ganglionnaire

Dans notre recherche diagnostique, la ponction ganglionnaire paraît susciter peu d'intérêt car, seuls 3,57% des patients ont bénéficié de la ponction ganglionnaire cervicale. Il en est de même pour SYLLA [66] qui trouve que les indications de la ponction ganglionnaire dans le diagnostic étiologique des

adénopathies cervicales chroniques doivent être restreintes compte tenu de la fréquence des retards et des erreurs diagnostiques.

KHOCHTALI et Coll. [36] en Algérie, dans une série de 510 cas d'adénopathies cervicales chroniques, trouvent également un taux élevé de ponctions blanches (17%).

Malgré ces constats, la ponction ganglionnaire offre un intérêt dans sa facilité d'exécution, et le liquide de ponction peut être examiné par un technicien de laboratoire exercé. Les deux résultats de ponction ganglionnaire obtenus nous ont permis de faire le diagnostic de tuberculose ganglionnaire en mettant en évidence des bacilles de Koch dans le pus de ponction, l'autre ayant été blanche.

Dans les pays en voie de développement, la biopsie exérèse ganglionnaire se fait à un coût relativement élevé. Par exemple, dans le service d'ORL du CHU-YO, le coût des examens préopératoires (+30.000Fcfa), de l'acte chirurgical (+10.000Fcfa) et de l'examen anatomopathologique (12.500Fcfa) n'est pas négligeable. La ponction ganglionnaire devrait être réalisée le plus souvent en première intention. Cependant, il faut savoir ne pas se contenter d'une cytologie négative.

4.2.3.2- La biopsie exérèse ganglionnaire cervicale

C'est le moyen de choix pour offrir à l'anatomopathologiste une excellente pièce d'analyse. La plupart des auteurs soulignent cette place privilégiée de la biopsie exérèse ganglionnaire dans le diagnostic des adénopathies cervicales chroniques [20 37,41,44,51].

Cependant les difficultés dans notre pratique ne sont pas négligeables :

- Les malades n'acceptent pas toujours l'indication de la biopsie ganglionnaire et refusent délibérément (2,96%) de se présenter le jour de l'intervention (10,37%).
- Les frais de l'examen histologique de la pièce opératoire sont à la charge des patients qui sont malheureusement le plus souvent indigents.
- Le nombre peu élevé des anatomopathologistes au Burkina Faso (3 anatomopathologistes) augmente le délai entre la biopsie ganglionnaire et l'obtention des résultats anatomopathologiques. Ce délai est de 3 mois en

moyenne avec pour conséquence la perte de certaines pièces de prélèvement ou de certains résultats (6,83 %), d'où le retard dans la prise en charge étiologique.

Ces difficultés tendent à limiter la pratique de la biopsie exérèse ganglionnaire qui reste l'examen le plus fiable en cas de doute diagnostique devant une adénopathie cervicale chronique.

4.3- Les aspects étiologiques

4.3.1- Les adénopathies inflammatoires chroniques

De notre étude, il ressort que les adénopathies inflammatoires chroniques bénignes occupent le premier rang (75,24%) des étiologies des adénopathies cervicales chroniques. Ce même constat est fait par plusieurs auteurs africains notamment KHOCHTALI en Algérie, TAMINI au Burkina, SYLLA au Bénin [36,66,67].

Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence et la prédominance de la pathologie infectieuse dans les pays en voie de développement.

4.3.1.1- Les adénopathies non spécifiques

Les adénopathies inflammatoires chroniques non spécifiques représentent 46,05% des adénopathies cervicales chroniques inflammatoires dans notre série.

SAKANDE[57] en 1986, et TAMINI [67] en 1990 au Burkina ont trouvé respectivement un taux de 26,85% et de 24,76% avec pour cadre d'étude, le service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU-YO.

La grande fréquence des infections non spécifiques dans notre série est probablement liée à notre cadre d'étude où les cas d'infections ORL qui sont de grandes pourvoyeuses d'adénopathies cervicales [34] sont rencontrées.

4.3.1.2- Les adénopathies inflammatoires chroniques spécifiques

Dans ce groupe, les adénopathies tuberculeuses sont prépondérantes avec 63,41% des cas.

a - Les adénopathies tuberculeuses

- **Aspects épidémiologiques**

- **La fréquence**

Le nombre d'adénopathies tuberculeuses relevé en 10 ans dans notre étude (26 cas) est certainement en deçà de la réalité. En effet, nous avons exclu au moins 10 dossiers dont les résultats n'étaient pas parvenus, et 2 résultats de ponction ganglionnaire compte tenu de nos critères d'inclusion.

Notre fréquence reste inférieure à celle observée par CHEN et coll. [16] en Taiwan, avec 71 cas en 7 ans au cours d'une étude sur la prévalence hospitalière des adénopathies cervicales chroniques.

Ailleurs, d'autres études ont été faites sur la prévalence des adénopathies cervicales chroniques dans la population générale. C'est ainsi qu'en Tunisie, en 1989, ENNOURI et coll.[20] rapportaient 110 cas en 9 ans avec une moyenne de 12 cas par an. En Afrique centrale, M'BAKOP et coll.[44] au Cameroun en 1991 ont étudié 333 cas en 11 ans et 7 mois, avec une moyenne de 30 cas par an, tandis que NGILIMANA et coll.[48] au Rwanda rapportaient 72 cas en 2 ans, soit 36 cas par an.

Pour YU et coll.[72] en Asie, les adénopathies tuberculeuses du cou représentent les principales masses cervicales chroniques avec 64 cas enregistrés en 1994. ORMEROD et coll. [49] en Grande Bretagne trouvent que la localisation cervicale de la tuberculose n'est pas rare avec 219 cas en 5 ans. Enfin, FAIN et coll. [23] dans la banlieue Nord-Est parisienne trouvent 59 cas en 5 ans.

Par ces données, nous constatons que malgré la vaccination antituberculeuse par le BCG qui est systématique et obligatoire dès la naissance, la tuberculose continue de sévir dans le monde entier [8]. Elle connaît un regain d'actualité avec le VIH. Sa fréquence a ainsi augmenté de 7% au Burkina Faso en 1999 selon OUEDRAOGO et coll.[50].

➤ **L'âge**

L'âge moyen de nos patients est de 26,65 ans et dans 73,07% des cas, l'âge de nos patients est compris entre 10 ans et 39 ans. Cette tranche d'âge est superposable à celles d'autres auteurs en Afrique [37,50,57,71], comme en Europe [5,9,24]

Les adénopathies cervicales chroniques tuberculeuses apparaissent donc comme l'apanage des adolescents et des adultes jeunes surtout avec la pandémie du VIH / sida qui touche surtout cette tranche jeune de la population [15,17,50].

➤ **Le sexe**

Nous avons constaté que le sexe masculin prédomine avec un sex-ratio de 1,36. Cette prédominance masculine se retrouve classiquement dans la littérature par plusieurs autres auteurs [16,44,50,57,67].

▪ **Aspects cliniques**

➤ **Le motif de consultation**

Les patients sont reçus en consultation ORL pour masse cervicale chronique ; ceci est dû non seulement à nos critères d'inclusion mais également au cadre d'étude. Plusieurs auteurs retrouvent la masse cervicale comme motif principal de consultation. En effet, pour BRAUM et coll.[11], de même que BARRY et coll.[6], elle représente respectivement 100% et 90% des motifs de consultation.

Ces adénopathies sont fistulisées dans 26,92% des cas, et les signes généraux notamment l'altération de l'état général et l'asthénie sont notés dans 30,76% des cas. Cette association est également retrouvée dans d'autres études [9,12,44,50,71] de pays en voie de développement, elle est une conséquence du bas niveau socio-économique et du retard de consultation.

Cependant, pour BARRY et GEHANNO [5] en France, cette association ne se retrouve que dans 5% des cas.

➤ **Le nombre et le siège des adénopathies**

La poly adénopathie est retrouvée dans 83,33% des cas de notre série. Pour SAMNA et coll. à Cotonou [59], elle est étroitement liée au long délai de consultation, source d'envahissement de plusieurs ganglions. Plusieurs autres auteurs [20,21,50,71] sont unanimes sur l'atteinte fréquente de plusieurs chaînes ganglionnaires.

Pour certains, l'adénopathie unique est rare [12,24,64]. Même si elle est unique à la palpation, elle se révèle comme une masse poly ganglionnaire à l'intervention.

➤ **Les autres formes de tuberculose associée**

Dans notre étude, la tuberculose ganglionnaire et la tuberculose pulmonaire sont associées dans 7,69% des cas. Ce taux avoisine celui de SAKANDE qui est de 7,40%. Pour d'autres auteurs [6, 9], ce taux varie entre 5 et 7%.

Du fait de la possibilité de coexistence de ces 2 formes de tuberculose, la radiographie pulmonaire devant toute adénopathie cervicale chronique s'avère indispensable. Les autres localisations, notamment pleurale et osseuse, ne sont pas rares [32,50], même si nous n'avons pas enregistré de cas.

• **Les aspects para-cliniques**

➤ **La radiographie pulmonaire**

Elle fait partie des examens demandés systématiquement pour le bilan d'une adénopathie cervicale chronique. Elle a mis en évidence des opacités évocatrices de tuberculose pulmonaire chez 2 patients, soit 7,69 %. Ce taux avoisine celui de SAKANDE qui est de 7,40%.

Mais pour BARRY et GEHANNO en France, une image pulmonaire serait associée aux adénopathies cervicales chroniques dans 25-50% des cas.

Cet examen garde donc tout son intérêt en routine dans les régions où sévit encore la tuberculose. La décentralisation des services de radiographie avec la formation d'Auxiliaires en radiographie pour les hôpitaux régionaux contribuerait au diagnostic précoce de la tuberculose en générale.

➤ **L'IDR à la tuberculine**

Elle est positive dans 90,90% des cas de notre série. La positivité serait la règle, selon la plupart des auteurs. En effet, BARRY [6] et BELLIATO.[9] en France ont trouvé respectivement 90% et 100% comme taux de positivité. SOUDRE [63] au Burkina VIGNIKIN [71] au Bénin trouvent respectivement 91,30% et 100%.

Ces données montrent que l'IDR est un bon examen d'orientation devant toute adénopathie cervicale chronique.

Cependant, en cas d'immunodépression dont l'infection à VIH, elle a tendance à être négative [41,45,48].

➤ **L'examen bactériologique des crachats**

Il est positif dans 7,69 % des cas de notre série. BARRY B. et GEHANNO P. trouvent également qu'il est positif dans 5 à 10% des cas, dans la tuberculose ganglionnaire. Il doit être réalisé 3 fois de suite et garde toute sa valeur lorsqu'il est positif. Le faible taux de positivité est retrouvé de manière générale par BRAUM en France, KINDE au Bénin et OUEDRAOGO au Burkina [11,37,50]. Néanmoins, il est souhaitable de le pratiquer devant toute adénopathie cervicale chronique en zone de recrudescence de la tuberculose.

➤ **L'examen anatomopathologique**

Il a permis d'affirmer le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse dans 100% des cas. BARRY et coll. affirment également la fiabilité de l'examen anatomopathologique de l'adénopathie dans 100% des cas.

Cependant pour FAIN et coll. [23] en banlieue parisienne, ce taux est de 92,31%. Certains auteurs [5,12,50] trouvent également que le doute diagnostique peut persister après les résultats de l'examen anatomopathologique. En effet, les lésions tuberculoïdes folliculaires pures évoquent la sarcoïdose et la tuberculose; la nécrose caséuse évoque la tuberculose, la lèpre, la brucellose et l'histoplasmosis [38]. La lésion folliculaire avec nécrose suppurative peut aussi faire discuter le diagnostic de maladie des griffes de chat ou de la tularémie.

Malgré la possibilité de doute diagnostique, l'examen anatomopathologique garde toute sa valeur devant une adénopathie cervicale chronique ; elle a permis dans un cas selon SORGHO et coll. [62] au Burkina de mettre en évidence une association de la tuberculose ganglionnaire à un lymphome hodgkinien.

Cependant, l'examen bactériologique s'avère souvent indispensable pour le diagnostic de certitude.

b- Les adénopathies cervicales chroniques liées à l'infection à VIH

Elles ne sont pas exceptionnelles dans notre série ; elles représentent 7,92% des cas. Parmi ces cas, la moitié a consulté pour micro polyadénopathie cervicale chronique ; l'atteinte d'autres aires ganglionnaires, notamment axillaires et inguinales, est notée dans la moitié des cas. L'atteinte de plusieurs aires ganglionnaires est classiquement retrouvée par plusieurs auteurs, au cours de l'infection à VIH, du fait de l'immunodépression générale qu'elle entraîne[13,45,50].

La sérologie rétro virale est demandée en fonction du contexte clinique dans notre étude. Demandée dans 6 cas d'adénopathies chroniques, elle est positive dans 5 cas, soit 83,33%. Dans la tuberculose ganglionnaire, elle est demandée dans 8 cas avec 5 cas positifs (62,5%). Ces taux sont différents de celui de BARRY et GEHANNO en banlieue parisienne qui est de 10%. La prévalence élevée de la pandémie du VIH dans les pays en développement est classique et la tuberculose serait la première maladie opportuniste de l'infection à VIH en terme de fréquence. Elle serait inaugurale dans 12% des cas. En effet, pour plusieurs auteurs, l'infection à VIH est un facteur de recrudescence de la tuberculose[45,48,50]. Selon OUEDRAOGO et coll. [50], 10 % des malades infectés par le BK développaient la maladie au cours de leur vie avant l'épidémie du VIH/SIDA ; de nos jours, 10 % de sujets doublement infectés développent la maladie chaque année.

C'est dire l'importance de la sérologie rétro virale dans le bilan général de diagnostic de la tuberculose en général, et de l'adénopathie cervicale chronique en particulier. Pour M'BOUSSA au Cameroun et OUEDRAOGO au Burkina, elle

devrait être systématique chez les tuberculeux, pour le dépistage des porteurs asymptomatiques du VIH, car les deux affections sont souvent associées [45,50].

4.3.2- Les adénopathies cervicales chroniques tumorales

Elles sont relativement moins fréquentes que les adénopathies inflammatoires chroniques avec un taux de 24,74% des cas. Parmi ces adénopathies tumorales, les hémopathies viennent en première position [67].

a- Les adénopathies des hémopathies malignes

Elles sont fréquentes parmi les adénopathies tumorales avec 17 cas (68 %)

- **La maladie de hodgkin**

- **Aspects épidémiologiques**

La maladie de Hodgkin semble peu fréquente car nous n'avons enregistré que 4 cas dans notre série. L'âge moyen est de 29 ans avec des extrêmes de 23 ans et de 35 ans. Le sexe féminin semble ne pas être touché dans notre série. AUDRIEU et coll.[2] trouvent cette prédominance masculine avec deux pics : l'un autour de 30 ans et l'autre après 50 ans. Seul le premier pic est retrouvé dans notre série, et cela pourrait s'expliquer par le fait que l'espérance de vie en général dans les pays en développement ne dépasse pas 50 ans. Aussi, les signes cliniques de début qui sont extra cervicales dans 65% des cas amènent les malades à consulter directement dans des services plus spécifiques (hématologie, médecine interne).

- **Aspects cliniques et para cliniques**

Le motif principal de consultation est l'adénopathie cervicale chronique avec des signes généraux associés dans la moitié des cas. Selon AUDRIEU et coll., le début de la maladie serait médiastinale dans 65% des cas et cervicale dans 25% des cas [2]. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale s'imposent donc à la recherche de masse abdominale ou d'adénopathie médiastinale. Nous n'avons pas

enregistré d'adénopathie médiastinale probablement liées à la précarité de nos examens complémentaires.

Les adénopathies cervicales chroniques sont classiquement fermes et mobiles dans la maladie de hodgkin comme nous l'avons constaté pour 3 de nos cas ; cependant, elles peuvent se confondre à des adénopathies infectieuses, surtout avec l'association de la fièvre et l'amaigrissement. Dans ce polymorphisme clinique, l'exérèse ganglionnaire seule suivie d'un examen anatomopathologique est décisive [18,41].

Selon la classification de LAENNEC (1997) [2] qui distingue 4 types histologiques, les formes scléronodulaires (type II) et les formes à prédominance lymphocytaires (type III) sont retrouvées dans notre série. Malgré la faiblesse numérique de notre échantillon, cela pourrait s'expliquer par le fait que ces formes se rencontrent surtout chez l'adulte jeune [2], et nos patients se recrutent au sein de cette tranche d'âge. De plus, ces formes se voient à un stade avancé de la maladie, du fait que les patients consultent tardivement dans un centre de santé [51].

- **Les lymphomes malins non-hodgkiniens**

- **Aspects épidémiologiques**

Dans notre série, les lymphomes malins non hodgkiniens occupent la première place (76,67%) parmi les lymphomes en général.

Cette constatation a été faite par OUOBA [51] au Burkina, DIOMANDE et SAWADOGO [19,61] en Côte d'Ivoire, de même que FAIK, GABARE et ROSSI en France [22,27,55] qui accusent le sexe masculin, l'âge de survenu (adulte), le bas niveau socio-économique et les facteurs d'environnement (pesticides et colorants) comme facteurs de risques. Pour ROSSI et coll. en France, les déficits immunitaires congénitaux ou acquis tel que le sida permettent d'expliquer le fait que dans certaines zones, 25% des porteurs de lymphomes de moins de 45 ans sont VIH positifs, et que les greffes d'organes multiplient le risque de lymphome par 20.

➤ Aspects cliniques

Selon la stadification de la maladie de Hodgkin proposée par Ann. Arbore, TAMINI au Burkina, de même que SANGARE et coll. en Côte d'Ivoire trouvent que les stades III et IV sont les plus fréquentes. Ils expliquent cela par le retard de consultation de nos populations pour adénopathie chronique dans un centre de santé, vu que la localisation initiale est ganglionnaire dans 70% des cas [22,27].

L'absence de données cliniques et para cliniques précises dans de nombreuses observations ne nous a pas permis la stadification de nos cas.

➤ Aspects histologiques

La grande fréquence des lymphomes à faible malignité (61,54%) dans notre série pourrait s'expliquer par le nombre faible de notre effectif (13 cas). Ailleurs, des auteurs africains [19,68] ont trouvé des fréquences plus faibles respectivement 14,46% et 29,78% avec des échantillons de 140 cas et 47 cas.

b- Les adénopathies métastatiques

Ce sont des adénopathies en rapport avec une tumeur primitive.

➤ Aspects épidémiologiques

La fréquence de ces adénopathies cervicales chroniques en apparence primitive (32% des adénopathies tumorales) est retrouvée par GUERRIER et coll.[28] de même que TROTOUX [69]. Elle serait liée à la nature des investigations entreprises pour la recherche de la lésion primitive notamment au niveau des VADS.

Notre moyenne d'âge est de 32,83 ans, contrairement à celles trouvées par CACHIN [14] et de SARINI [60] qui se situent autour de la cinquième décennie de la vie. Cette différence serait probablement liée à l'espérance de vie des pays développés qui est plus élevée que celle des pays en développement.

La prédominance masculine dans notre série (sex-ratio de 2,5) est retrouvée par d'autres d'auteurs [40,51,57,60]. Elle s'explique par le fait que le sujet de sexe masculin est beaucoup plus exposé à certains facteurs de risques notamment

l'association alcool-tabac, la mauvaise hygiène bucco-dentaire qui, associées aux infections ORL chroniques, constituent les principaux facteurs de risques des cancers ORL et cervicaux faciaux.

➤ **Approches clinique et para clinique**

La poly adénopathie est retrouvée dès la première consultation dans notre série comme dans celles d'autres auteurs [51,57], et serait liée au long délai de consultation. Cependant d'autres auteurs trouvent une adénopathie unique fixée dans 50% des cas [46,47,66]. Mais beaucoup d'auteurs sont unanimes sur l'atteinte fréquente du groupe sous digastrique. En effet, le ganglion principal sous digastrique de KUTTNER constitue un véritable carrefour de drainage lymphatique des voies aérodigestives supérieures [46,47,51,57].

Les examens para cliniques réalisés ont permis de retrouver la lésion primitive dans 4 cas dont 3 cas de localisation aérodigestive. L'endoscopie garde toute sa valeur dans la recherche diagnostique devant toute adénopathie cervicale chronique d'apparence primitive [46]. En effet, pour REYT et coll.[54], elle permet de retrouver la lésion primitive dans 85% des cas. Dans les autres cas, on peut procéder à un curage ganglionnaire suivi d'un examen anatomopathologique [1,30,70]. La recherche d'une localisation amygdalienne par amygdalectomie est proposée par WAYOFF cité par REYT et coll., car elle permet le diagnostic étiologique dans 20% des cas.

Dans les pays développés, les marqueurs tumoraux sont systématiquement recherchés [46,60]. Cependant dans les pays en voie de développement, l'examen clinique ORL minutieux appuyé d'une endoscopie, notamment une pan endoscopie s'imposent devant toute adénopathie chronique primitive.

➤ Aspects anatomopathologiques

Les carcinomes épidermoïdes peu différenciés prédominent dans notre série comme dans celles de OUOBA et SAKANDE [51,57] au Burkina, de même que celle de MONDAIN et coll. [46] en France. Ils seraient la première forme histologique des adénopathies cervicales métastatiques.

Tableau XII : tableau comparatif des résultats histologiques des adénopathies tumorales avec ceux d'autres auteurs.

Histologie		SAKANDE	MONDAIN	Notre série
Carcinomes épidermoïdes	Indifférenciés	3 cas	9 cas	2 cas
	Moyennement Différenciés	2 cas	10 cas	-
	Peu différenciés	5 cas	11 cas	5 cas
	Adénocarcinome	1 cas	3 cas	1 cas
Total		11	33	8

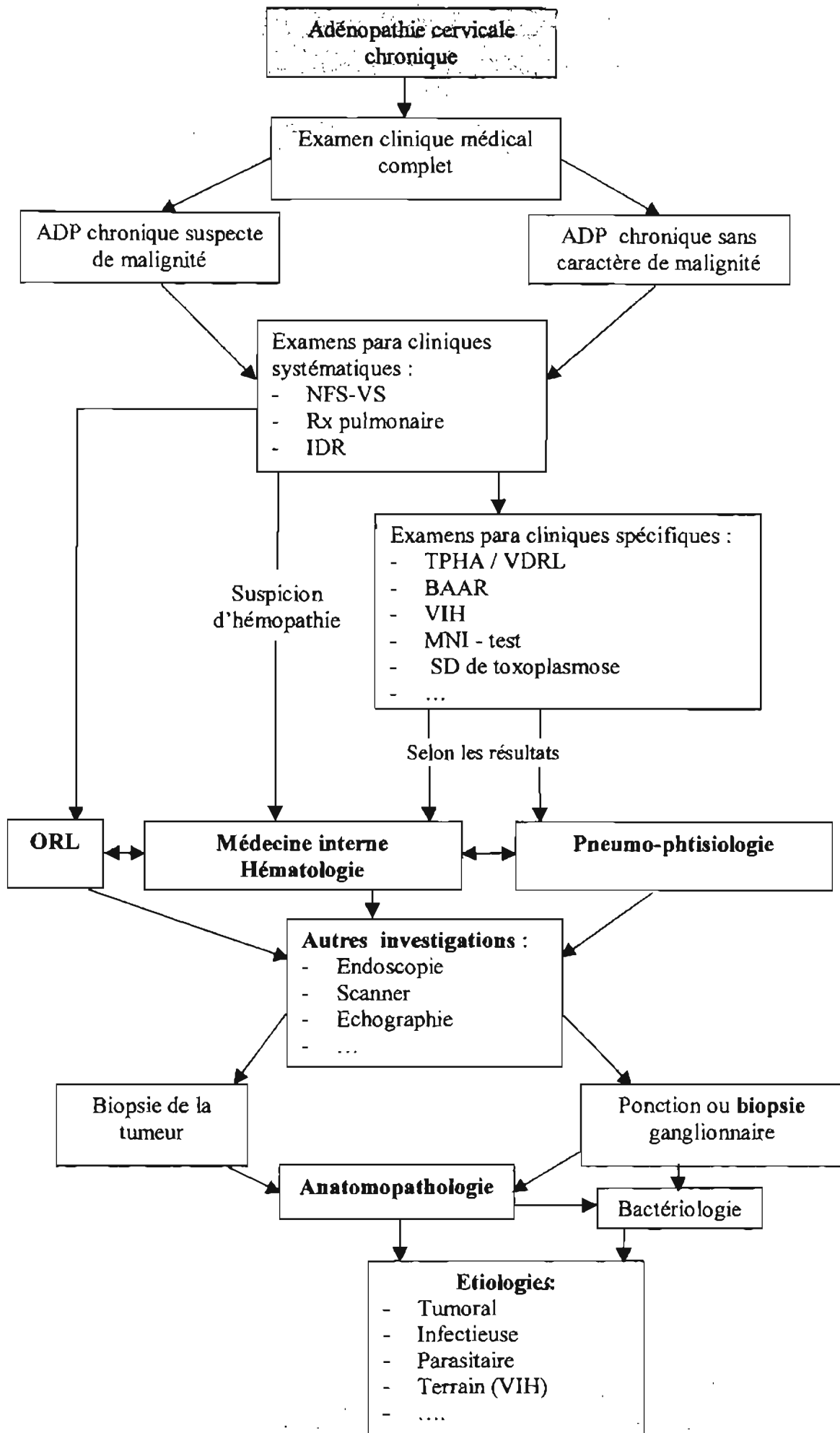


Figure 8 : Arbre décisionnel devant une adénopathie cervicale chronique

CONCLUSION

SUGGESTIONS

5- Conclusion et Suggestions

5.1- Conclusion

Le diagnostic étiologique d'une adénopathie cervicale chronique n'est pas toujours aisé ; mais il s'agit d'un problème fréquent qui se pose aux Praticiens en général et aux spécialistes en ORL en particulier.

Nous avons retenu 101 dossiers pour notre étude analytique ; ce qui nous a permis de distinguer deux grands groupes étiologiques :

- les adénopathies cervicales chroniques bénignes parmi lesquelles, la tuberculose ganglionnaire représente 63,41% des adénopathies cervicales chroniques spécifiques, et elle est surtout rencontrée avant 40 ans.
- les adénopathies cervicales chroniques malignes (24,74%), qui se rencontrent aussi avant 40 ans dans plus de 50% des cas. Elles sont dominées par les adénopathies des hémopathies malignes (68%).

La ponction ganglionnaire simple aide à étayer le diagnostic des adénopathies chroniques, mais sa réalisation a été rare dans le service.

Par contre, la biopsie exérèse ganglionnaire avec examen anatomopathologique garde toute sa valeur dans le diagnostic étiologique des adénopathies cervicales chroniques en raison de leur polymorphisme clinique.

Cependant, l'examen clinique ORL dans l'approche diagnostique des adénopathies cervicales chroniques impose un interrogatoire minutieux à la recherche de notion de contagé tuberculeux et de risques carcinologiques ; une palpation méthodique des aires ganglionnaires pour préciser les caractères cliniques de l'adénopathie.

L'endoscopie garde sa place dans la recherche de la lésion primitive, surtout en cas d'adénopathies en apparence primitive.

5.2- Suggestions

Au terme de notre étude qui vise à contribuer au diagnostic des adénopathies cervicales chroniques dans le service d'ORL, nous suggérons :

5.2.1- A la population:

- de se présenter dans un centre de santé dès la constatation d'une masse au niveau du cou.

5.2.2- Au personnel de santé

- d'adresser au spécialiste ORL, toute masse cervicale évoluant depuis plus de 3 semaines et n'ayant pas fait la preuve de son étiologie.
- la tenue régulière des registres de consultation.

5.2.3- Aux Etudiants en médecine:

- de bien rédiger les dossiers d'observation médicale.

5.2.4- Aux autorités sanitaires:

- de renforcer la couverture vaccinale par le BCG ;
- de promouvoir la formation d'anatomopathologistes et de médecins spécialistes en ORL ;
- de renforcer le plateau technique des laboratoires.

Titre

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PARACLINIQUES DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES DANS LE SERVICE D'ORL ET DE CC-F DU CHU-YO.

RESUME

Dans le but d'appréhender les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des adénopathies cervicales chroniques dans le service d'ORL et de CCF du CHU-YO de Ouagadougou, nous avons mené une étude rétrospective sur 10 années consécutives allant du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 2002. De cette étude, il ressort que :

- La fréquence moyenne des consultations pour adénopathie cervicale chronique a été de 29,6 consultations par an.
- L'âge moyen des patients a été de 23,05 ans.
- La masse cervicale isolée (52,47%) était le principal motif de consultation

La biopsie exérèse ganglionnaire suivie d'un examen anatomopathologique a montré une prédominance de la tuberculose ganglionnaire (63,41%) parmi les adénopathies cervicales chroniques spécifiques ; et les hémopathies malignes (68%) ont constitué la première cause des adénopathies tumorales

Les causes des adénopathies en apparence primitive ont été dominées par les cancers des voies aéro-digestives supérieures (75%).

Le diagnostic des adénopathies cervicales chroniques n'est pas toujours facile du fait de leur polymorphisme clinique et de la diversité de leurs étiologies. La biopsie ganglionnaire précédée d'un bon examen clinique s'impose pour le diagnostic étiologique.

Mots clés : Adénopathie, chronique, biopsie, anatomopathologie, ORL.

Auteur : *BAMA Gilbert 01 BP 2286 Ouagadougou 01, Burkina Faso.*

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANDRE P., LACCOUREYE H., CHARIL J.P.

Traitement de l'adénopathie primitive en apparence du cou.

J.F. ORL. 1983, 32, 553-560 .

2. ANDRIEU J.M., COLONNA P.

Evaluation, traitement et surveillance de la maladie de Hodgkin

Edition ESTEM, Paris, édit. 1997.

3. AUDOIN (J)

Notion d'inflammation spécifique : la tuberculose ganglionnaire anatomie pathologique,

Rev. Prat., 1993, 43, 14, 1851-1855.

4. BARIL C., MARGULIS J., OFFNER M.

Conduite pratique en Oto-Rhino-Laryngologie, 1989.

Les cahiers d'ORL, 1996, 24, 3, 278-282

5. BARRY B., GEHANO P.

Tuberculose ganglionnaire

Les cahiers d'O.R.L.-1998, 27, 2, 103 - 105

6. BARRY B., GEHANNO P.

Adénopathies cervicales d'origine infectieuse,

Cahiers d'ORL 1998, 33, 6, 329-336.

7. BARTON F. HAYNES.

Principes de Médecine internes.

Edition. Flammarion médecine sciences, 5è Edit. 1992, 353-356

8. BELEMBAOGO E., MOUSSAVOU-KOMBILA J.B., NZENZE J.R., ABIOME R.

Efficacité et tolérance des antituberculeux

A propos de 104 cas.

Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (8/9)

9. BELIATO R., LORY D., CASANOVA M., RENON P.

Pathologie cervicale : Les adénopathies tuberculeuses. (A propos de 7 observations).

Les cahiers d'O.R.L.- 1988, 23, 8, 571-580

10. BERNARD J. LEVY J.P.

Abrégés d'hématologie

Editons Masson, Paris, Edit. 1980, 338-346.

11. BRAUM D.

La tuberculose ganglionnaire en France chez l'adulte non immunodéprimé,

Rev méd. Interne, 1998, 194, 242-246.

12. BRETTE M.D., WASSEF M., FELTEN A., SALIBA N., KLAP P., TRAN BA HUY P.

Les problèmes diagnostics des adénites cervicales tuberculoïdes.

A propos de 70 observations.

Ann. Oto. Laryngol. Paris, 1984, 101, 593-600.

13. BURTON F., PATETE M.L.

Indication for open cervical node biopsy in HIV-positive patients.

Otolaryngol Head Neck Surg 107 (3), 1992, 367-369

14. CACHIN (Y.)

Les métastases ganglionnaires cervicales des carcinomes des voies aérodigestives supérieures (VADS).

Ouest Méd. 1982, 35, (1), 27-38.

15. CATHBRAS T.

Tuberculose et infection par le VIH en république centrafricaine.

Médecine tropicale, 1988, 48 (4), 401-407

16. CHEN Y.M.

Lymph node tuberculosis: 7 years experience in Veterans General Hospital Taipei, Taiwan,
Tuber. Lung. Dis., 1992, 73, 6, 368-371.

17. CISSE L., OREGA M., NIANGUE B., PLO K., COUITCHERE C.

Tuberculose et infection VIH chez L'enfant hospitalisé à Abidjan à propos de 56 cas.
Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (4)

18. DIEBOLD J. CAMILLERI J.P. ROYNES M. GALLARD P.

Anatomie pathologie générale

Editions médicales internationales, 2è Edition, 1991, 87-96.

19. DIOMANDE M.I., BEUGRE N.J., HOUDE M.

Lymphomes malins non hodgkiniens (non burkitt) en Côte d'Ivoire.

Etude clinico-pathologique de 140 cas colligés en 15 ans (1973-1987)

Médecine d'Afrique Noire : 1991, 38(11)

20. ENNOURI A.

Lymph node tuberculosis about 110 cases in Tunisia,

Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord.), 1989, 110, 2, 179-181.

21. ERIC DOURNON

Maladies infectieuses

Editions PILLY, 1992, 12, 68-76

22. FAIK M.

Place de la chirurgie dans le traitement des lymphomes malins non hodgkiniens digestifs

Médecine du Maghreb 1998, n°68

23.FAIN O.

La tuberculose ganglionnaire en banlieue de Paris à propos de 59 cas chez les adultes non immunodéprimés par le VIH.

Int. J. Tuberc. Lung. Dis., 1999, 3, 2, 162-165.

24.FAKRY L., KOUASSI B., BAMBA M.

Adénopathies cervicales tuberculeuses à propos de 33 cas.

Cahiers d'ORL. , 1983, 18, N°7, 615-618.

25.FATTHRUSSO V., RITTER O.

Vade-Mecum clinique du diagnostique au traitement

Edition Masson, 1994, 13, 466-468

26.FELMAN P. GENTIHOMME O.

Atlas de cytopathologie ganglionnaire

Editions Arnette, 1997, 9-23

27.GABARE J., BIKANDOU B., BINET J.

Localisation des lymphomes

Rev. du Praticien, Paris, 1993, 43 (13) : 1623-1639

28.GUERRIER B., DU BOIS J.B., GUENON A.

Traitement des adénopathies cervicales métastatiques, cancer des voies aéro-digestives -
Encyclopédie des cancers, 23, 406-425, 1087.

29.GUERRIER Y.

Anatomie cervico-faciale XI partie : Les lymphatiques et la triangulation du cou.

Les cahiers d'O.R.L.-1986, 21, N°10, 811 - 821

30.GUERRIER Y.

Traité de techniques chirurgicales ORL et Cervico-faciale. Cou et cavité buccale.

Edition Mason, 23, 4, 1980, 375-383.

31.HERAT P.

Les adénopathies

Impact internat 1985, 17, 55

32.HIBBS R.G., M. KI.

Abdominal tuberculosis in Cairo, Egypt.

Trans R Soc Trop Med Hyg 1994, 83 (3) : 317-318

33.HOERNI B., SIMON G., ZITOU M. R.

Les lymphomes malins non hodgkiniens

Editions Doin, Paris, 1981, 166p.

34.JONQUET O, LANDREAU L., MOULAIRE V.

Les adénopathies cervicales : Le point de vue de l'infectiologue

Les cahiers d'ORL, 1998, 32, 2, 107-109

35.KAKOU A., EHOLIE S., YAO B., COULIBALY E., EHUI E.

Problèmes engendrés par l'utilisation des antituberculeux dans service de référence pour le VIH/sida à Abidjan (Côte d'Ivoire).1998.

Médecine tropicale, 1998, 52, 3, 168-172

36.KHOCHTALI H.

Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques. (A propos de 510)

Maghreb Médical Informations, Nov. 1983, (20): 73-77.

37.KINDE GASARD D., ANAGONOU Y.S., GNINAFON M.

Les adénopathies cervicales d'origines tuberculeuses: Aspects épidémiologiques, diagnostique et thérapeutique au Centre Hospitalier National de Pneumo-phtisiologie de Cotonou.

Médecine d'Afrique Noire: 1997, 44(2)

38.KOFFI N., BOKA M., ANZOUAN K., J. B., AKA-TANGUI E.,

L'histoplasmosse africaine à localisation ganglionnaire.

A propos d'une observation chez un sujet séronégatif.

Médecine tropicale, 2001,58, 2, 75-76

39.LAMPE H.B., CRAMER H.M.

Advances in the use of fine needle aspiration cytology in the diagnostic of palpable lesions of the head of neck

J.Otolaryngol., 1991, 20, 108-116.

40.LEFEVRE J.L., ADENIS L..

Cervical adenopathie of unknown primary site.

A propos of 190 cases

Annal Otolaryngol chir. cervicofac : 1997, 104 (7) : 367-368

41.LEGENT F., FLEURY P., NARCY P.

Pathologie cervicale, tumorale et inflammatoire.

Abrégés d'ORL, 5è Edition, octobre 1999, 331-352

42.LONCLE T., LEZY J.-P.

Les adénopathies cervicales

L'Objectif Médical Magazine. 19-20

43.MARGUERITE G.

Conduite à tenir pratique devant une adénopathie cervicale chez l'enfant.

Les cahiers d'O.R.L.1996, 32, N°2, 146-149

44.M'BAKOP A.

Tuberculose ganglionnaire au Cameroun: Aspects cliniques et anatomopathologiques à propos de 333 cas,

Médecine Tropicale 1991, 51, 2, 149-153.

45.M'BOUSSA J.

Augmentation régulière de l'incidence du sida parmi les tuberculeux dans le service de pneumo-phthisiologie du CHU de Brazzaville Congo.

Médecine d'Afrique Noire: 1991, 38(10)

46.MONDAIN M., GUERIER B., CRAMPETE L.

Pathologie cervicale et oncologie: Les adénopathies malignes primitives du cou: A propos de 33 cas.

Les cahiers d'O.R.L. 1989, 14, N°1, 23 - 32

47.NDJOLO A., NOUEDOUI C., AFANE ZE E., NJOCK R., NKO'O S.,

Les adénopathies cervicales malignes sans cause primitive connue en consultation ORL. A propos d'une série de 30 cas observés à Yaoundé (Cameroun)

Médecine tropicale, 2001, 46, 3, 176-179

48.NGILIMANA P.

La tuberculose ganglionnaire chez les séropositifs pour VIH 1 en Afrique centrale,

Annale de pathologie (Paris), 1995, 15, 1, 38-44.

49.ORMEROD L.P., BENTLEY

The management of lymph node tuberculosis notified England and Wales in 1993,

JR coll Physicians lond. 1997, 31, 6, 666-668.

**50.OUEDRAOGO M., OUEDRAOGO G., OUEDRAOGO S.M., ZIGANI A.,
BAMBARA M., SOME L., TIENDREBEOGO H.**

A propos de la tuberculose à Ouagadougou.

Etude rétrospective à propos de 2.202 cas.

Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (8/9)

**51.OUOBA K., DAO M., SANO D., GUIGMA Y., SAKANDE B., KABRE M.,
BOURGAREL. , SANOU A., SOUDRE RB.**

Les cancers ORL et cervicaux au Burkina Faso : Epidémiologie, problème de diagnostic et de prise en charge à propos de 217 cas.

Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (8/9)

52.PIQUET J., CHEVALIER D.

Les adénopathies cervicales

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris) 20870 A 10 -6, 1990.

53.PORTMANN M.

Pathologie cervico-laryngo-trachéale

Abrégés d'ORL, Edit. Masson, 1982, 264-305

54.REYT E MOURET P BOLLA M. RHIGHINI C BOSSON J.L.

Les adénopathies cervicales malignes épithéliales en apparence en apparence primitives.

A propos de d'une série de 54 cas.

Revue de laryngologie, 113, 2, 1992

55.ROSSI J.F.

Lymphome malin : un intérêt renouvelé...

Les cahiers d'O.R.L.1996, 27, N°2. 95 - 101

56.ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine.

Edition Flammarion-médecine- Sciences, 2001, 1,14, 374-383.

57.SAKANDE (B.)

Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des adénopathies cervicales chroniques au Burkina Faso. (A propos de 108 cas)

Thèse Méd. Niamey; 1986 (15): 115 p.

58.SANGARE A., TEA N., BASSIMBIE J.

Aspects cliniques et généraux des LMNH en Côte d'Ivoire

Annales de l'université d'Abidjan, 1988, 7, 69-80.

59.SANMA S.,

Manifestations tuberculeuses observées à la clinique d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale du CNHU de Cotonou de 1978 à 1988.

Thèse méd. 1989, n°456, Cotonou.

60.SARINI J., COCHE D., KARA A., TON VON J.

Les adénopathies cervicales apparemment primitives

Les cahiers d'O.R.L. 1998, 27, 2, 11-15

61.SAWADOGO D., KOFFI K.G., APPI.J.

Etude de quelques facteurs pronostics des lymphomes malin non hodgkiniens non-Burkitt en milieu tropical urbain en Côte d'Ivoire.

Médecine tropicale, 2000, 49,7, 476-479.

62.SORGHO/LOUGUE L.C., CISSE R. OUEDRAOGO M., BAMOUNI Y. A.

Une maladie peut cacher une autre : tuberculose évolutive et lymphome hodgkinien

Médecine Tropicale, 2001,50, 8, 156-157

63.SOUDRE R.B., TIENDREBEOGO H., SAKANDE B., AULIN B.

Aspects épidémiologique et clinique de 27 adénites tuberculeuses

Inter-Fac Afrique n°5-1988

64.STEFANOVIC B. KREJOVIC B. JOVANDVIC M. BUTA S. DJURIC V.

Traitement chirurgical de la lymphangite tuberculeuse du cou.

Cahiers d'ORL, 1982, 27, 6, 515-518

65.SUBRAHMANYAM M.,

Role of surgery and chemotherapy for peripheral lymph node tuberculosis,
Br. J. Surg., 1993, 28, 6, 238-242

66.SAFIATOU D. SYLLA

Les adénopathies cervicales chroniques : problèmes diagnostiques et thérapeutiques
(A propos de 138 cas observés au CNHU de Cotonou)
Thèse Med. Cotonou, 1984, N°203

67.TAMINI Magnini Myène

Etude anatomo-clinique et biologique des adénopathies cervicales chroniques au Burkina Faso.(A propos de 136 cas rencontrés au CHN-YO).
Thèse de Méd. 1990, 10, 65p.

68.TOLO A., TOURE O., TOURE A.H.

Profil épidémiologique, clinique et évolutif des lymphomes malins non hodgkiniens (non burkitt) chez le noir africain.
Médecine d'Afrique Noire: 1999, 46(6)

69.TROTOUX J

Adénopathies cervicales -
Enc. Méd. chir., Paris, ORL, 4-2-6, 20B70

70.TROTOUX J., LUBOINSKI B.

Evidements ganglionnaires cervicaux.
Encycl. Méd. Chir. . ORL, Fasc. 20872 A10

71.VIGNIKIN-YEHOUESSI B., VODUOHE S.J., AGBOKANZO A.D.

81 cas de tuberculose ganglionnaire du cou en ORL au CNHU de Cotonou (1980-1999)
Médecine d'Afrique Noire, 1999, 46(8).

72.YU L.

Cervical tuberculous lymphadenitis: CT findings,
J. of computer Ass.Tomography, 1994,18, 3, 370-375.

ANNEXES

Fiche N.....

Année.....

I. Identification

Nom:	Prénom :	Age:	Sexe :
Profession:	Provenance :	Référé	Ethnie:

II. Aspects cliniques

1.Délai de consultation: 1-3mois[] 3-6mois[] >6 mois [] Non précisé []

2-Motif de consultation :

- Masse cervicale : oui[] non[] Dyspnée : oui[] non[]
- Dysphagie: oui[] non[] Fièvre: oui[] non[]
- Altération de l'état général: oui[] non[] Toux: oui[] non[]
- Asthénie: oui[] non[] Amaigrissement: oui[] non[]
- Douleur: oui[] non[] Autres: oui[] non[] Précisé.....

3.Caractère de l'adénopathie

- Nombre: Poly adénopathie [] Unique []
- Taille: Micro adénopathie [] Macro adénopathie []
- Consistance: Dure [] Ferme []Ramollie []
- Siège: Triangle de Rouvière[] Cercle de Cunéo[]
- Mobilité: Mobile[] Fixée[]
- Sensibilité: Oui [] Non []
- Aspect de la peau en regard: Normal [] Fistule[]
- Non précisé []

4.Atteinte d'autres aires ganglionnaires

Axillaire: oui[] non[]

Inguinales: oui[] non[]

III- Para clinique**1-Examens de routine**

- NFS: normale [] anormale [] type.....
- VS: normale [] élevée []
- Rx Thoracique normale:[] anormale []

2-Examens spécifiques

- IDR à la tuberculine: Positif [] Type Négatif []
- TPHA/VDRL: Positif [] Négatif []
- SRV: Positif [] Négatif []
- Mini-test: Positif [] Négatif []
- Bactériologie: Positif [] Négatif []
- Anatomopathologie: Type:
 - Adénite tuberculeuse [] Type.....
 - Adénite tumorale [] Type.....
 - Adénite non spécifique [] Type.....
 - Autres []

SERMENT D'HYPOCRATES

*En présence des maîtres de cette école et de mes condisciples,
je promets et je jure, d'être fidèles aux lois de l'honneur et de la
probité dans l'exercice de la médecine.*

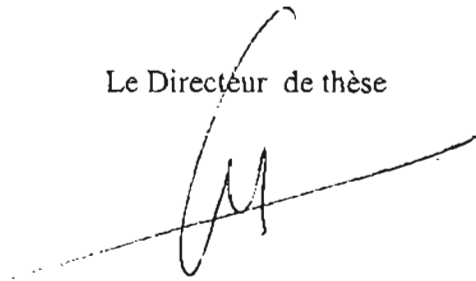
*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai pas de
salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui
se passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à
leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
engagements, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères, si j'y manque.*

Le Directeur de thèse



Pr. Agrégé Kampadilemba OUOBA

Professeur Ag. OUOBA
Kampadilemba
Maître de Conférence
Agrégé d'ORL & Chirurgie
Cervico faciale

Le Président de Jury

Pr. Ag. M. Joseph DRABO
Chef de Service de Stomatologie
CHU de Niakhar
BP. 10903 Niakhar
Tél. 31-12-52769/67 Postal - 2



Professeur Joseph Y. DRABO