

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

Tuberculose des ganglions périphériques

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

MedWiki-DZ :

Tuberculose des ganglions périphériques

https://medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:tuberculose_des_ganglions_peripheriques

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:36** - Imprimé le : **2026/01/31 22:37**



Table des matières

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

Tuberculose des ganglions périphériques

1. Définition

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

2. Intérêt

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

3. Épidémiologie

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

4. Diagnostic

4.1. Clinique

1. Examen du ganglion :

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

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

4.2. Stades évolutif (anatomo-cliniques)

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

4.3. Formes cliniques

4.3.1. Formes évolutives

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

4.3.2. Formes topographiques

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

4.4. Para-clinique

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

5. Diagnostic positif

5.1. Éléments de présomption

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

5.2. Éléments de certitude

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

6. Diagnostic différentiel

1. Fausses adénopathies :

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

2. Infections non tuberculeuses :

- *Bactériennes* : apparition brutale, sensible, en rapport avec une infection locale ou régionale
- *Virales* : surtout chez l'enfant (fièvres éruptives), oreillons (ADP prétragiennes), mononucléose infectieuse, maladie des griffes du chat (lymphoréticulose bénigne d'inoculation), VIH
- *Parasitoses* : toxoplasmose, Kala-Azar, Syphilis secondaire et tertiaire

3. Adénopathies non infectieuses : sarcoïdose

4. Adénopathies néoplasiques : LMH, LLC, leucoses aiguës, métastases

7. Traitement

7.1. Buts

- Stérilisation

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

7.2. Moyens

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

7.3. Indications

- **Traitements locaux et médicamenteux** : chimiothérapie toujours indiquée, malgré la bénignité apparente initiale et l'évolution rapidement favorable dans certains cas
 - ADP ferme de petite taille : traitement seul
 - ADP ramollie : traitement + ponctions répétées
 - ADP fistulisée : traitement +/- ponctions + traitement local (antiseptiques, pansements...)
- **Traitement chirurgical** :
 - Biopsie à visée diagnostic ; si ganglion ramolli ⇒ étendre le geste par adénectomie (résection totale de tous les ganglions de la même chaîne suspects)
 - Grosses adénopathies sans tendance à la résorption après 2 mois de traitement + ponctions
 - Compression (vaisseaux du cou, muscles)
 - Cicatrices chéloïdes
 - Adénites à mycobactéries atypiques : chirurgie d'emblée (malgré que la guérison spontanée soit possible)

7.4. Résultats

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

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