



# ASPECTS ETIOEPIDEMIOLOGIQUES DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES AU CNHU-HKM DE COTONOU.

\*LAWSON AFOUDA S[1], AVAKOUDJO F[1], ALAMOU S[2],  
HOUNKPATIN SHR[3], SALOUF M[1], HOUNKPÈ YYC[3], ADJIBABI W[1].

[1] ORL-CCF CNHU-HKM Cotonou [2] OPH CNHU-HKM Cotonou

[3] ORL-CCF CHD/B – Parakou

\* Adresse postale : 03 BP 3196 Cotonou / Tel : 97 68 82 37 /

Email : [olatundeother@yahoo.fr](mailto:olatundeother@yahoo.fr)

## RESUME

Les adénopathies cervicales sont des inflammations chroniques des formations lymphatiques situées au niveau du cou. Elles sont en augmentation constante depuis l'avènement du VIH/SIDA. Le but de cette étude a été de déterminer les aspects épidémiologiques et de recenser les étiologies des adénopathies cervicales chroniques. Il s'agissait d'une étude rétrospective couvrant 1er janvier 2000 au 31 décembre 2008 incluant tous les patients ayant présenté des adénopathies chroniques et ayant bénéficié d'une échographie cervicale. Ils ont tous bénéficié d'un bilan sanguin fait d'une Numération Formule Sanguine, une sérologie HIV, syphilitique ainsi que d'une Intradermo réaction à la tuberculine. Une cervicotomie avec examen anatomopathologique de la pièce de biopsie ou d'exérèse a été pratiquée. Sur 21520 malades enregistrés, 99 dossiers d'adénopathies cervicales chroniques ont été retenus soit 0,46%. L'âge moyen était de 30,52 ans avec des extrêmes de 2 ans et 75 ans. Le sexe masculin a été le plus touché avec une sex-ratio de 1,3. Les étiologies malignes ont été fréquentes, 74,8% des cas dont 48,5% de métastases de cancer ORL. Les affections inflammatoires étaient dominées par la tuberculose ganglionnaire, le SIDA et les amygdalites chroniques.

**Mots-clés:** Adénopathies – épidémiologie – cancer – tuberculose - VIH.

## SUMMARY

Cervical lymph nodes are chronic inflammation of neck's lymphatic tissue. There are in constancy increasing since HIV/AIDS advent. Aim of this study was to determine epidemiological aspects and to check off etiology of chronic cervical lymph nodes. This prospective study carried out of January 1<sup>st</sup>, 2000 to December 31<sup>st</sup> 2008 included patients with chronic lymph nodes who did cervical scan. They did blood examination, HIV and syphilitic serology, skin test to tuberculin. A cervical biopsy and examination had been practiced. 99 patients received for chronic cervical lymph nodes in 21520 patients collected (0.46%). Patient's age varied from 2 years old to 75 years old with an average of 30.52 years. Male was the most concerned with sex ratio of 1.3. Malign etiology were most frequent (74.8%) whose 48.5% of metastasis ENT cancer. Inflammatory affections were dominated by ganglionic tuberculosis, AIDS and chronic tonsillitis.

**Key-words:** Lymph nodes – epidemiology – cancer – tuberculosis - HIV.

## INTRODUCTION

Les adénopathies cervicales chroniques sont des inflammations développées aux dépens des formations lymphatiques situées au niveau du cou évoluant plus de 6 semaines [1]. Elles sont en augmentation constante depuis l'avènement du VIH/SIDA avec une incidence estimée à 1000 cas par an en France en 2010 [2].

Le diagnostic positif de ces adénopathies est le plus souvent aisé et se fait à la palpation lorsqu'elles sont superficielles. Quant au diagnostic étiologique, il nécessite un examen clinique rigoureux étayé par des bilans complémentaires adéquats incluant parfois l'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie ou d'exérèse. Si les causes infectieuses sont les plus fréquentes chez les enfants [3], la hantise d'un cancer doit être redoutée pour tout praticien ORL devant une

adénopathie cervicale chronique, multiple et indolore [2].

A partir des cas pris en charge dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie Cervico- Faciale du Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou les auteurs se sont fixés comme objectif, de déterminer le profil épidémiologique des adénopathies cervicales chroniques et d'en recenser les étiologies.

## MATERIELS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective couvrant la période du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2008. Ont été inclus les dossiers de patients dont l'interrogatoire a précisé une évolution d'adénopathie cervicale de plus de 6 semaines ainsi que leurs antécédents. L'examen physique a noté une tuméfaction cervicale aux dépens des ganglions du cou. Une échographie cervicale a été pratiquée confirmant la

présence d'une ou de plusieurs adénopathies. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, l'IDR à la tuberculine, les sérologies HIV et syphilitique ont été systématiques. La nature histopathologique des adénopathies a été déterminée après biopsie ou exérèse.

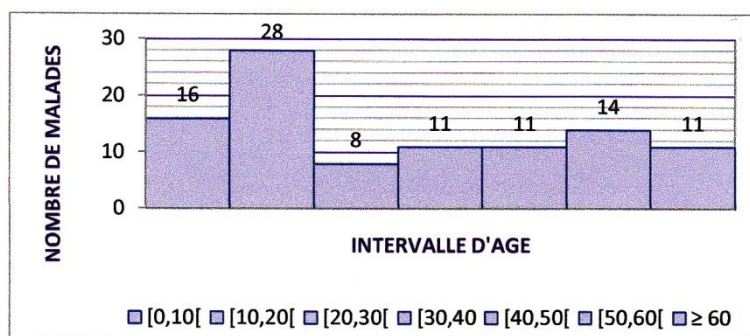
Ont été étudiés la fréquence, l'âge, le sexe et les étiologies des adénopathies.

L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel Epi info dans sa version 3.4.3. Le test du Chi-carré et celui de Fischer ont été utilisés pour l'analyse qualitative.

Quant à l'analyse quantitative, elle a été effectuée par le test de Mann-Whitney / Wilcoxon. Une valeur inférieure à 0,05 pour la probabilité  $p$  a été considérée comme statistiquement significative.

## RESULTATS

Nous avons colligé 99 dossiers exploitables sur 453 cas d'adénopathies soit 0,46 % des 21520 consultations effectuées pendant la période d'étude. L'âge des patients variait de 2 ans à 75 ans avec un âge moyen de 30,52 ans. Un pic de fréquence a été noté dans la tranche d'âge de 10 à 20 ans comme mentionné sur la **figure n°1** ci-après.



**Figure n°1** : Répartition des patients selon l'âge.

Le sexe masculin a été prédominant avec un sex-ratio de 1,3. Les facteurs de risque tels que la consommation d'alcool et de tabac ont été retrouvés chez 30 patients respectivement dans 18,2% et 12,10% des cas.

L'hémogramme pratiqué a montré une anémie (42 cas), une hyperleucocytose (36 cas) avec une prédominance neutrophile dans 63,88%

des cas. Une leucopénie a été objectivée chez 4 patients. La vitesse de sédimentation a été réalisée dans 37% des cas et elle a été positive chez 2/3 des sujets.

Quant aux sérologies TPHA-VDRL, elles ont été positives dans 2 cas et 10 patients possédaient les anticorps anti VIH1 et les anticorps anti VIH2. L'intradermoréaction à la tuberculine s'est avérée positive dans 10 cas.

Les étiologies des adénopathies sont résumées dans les **tableaux n°I et n°II** ci-dessous.

**Tableau n°I** : Répartition des malades en fonction des étiologies malignes.

	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Métastase de cancer ORL	49	48,5
Adénopathies cervicales primitives	9	9,1
Lymphomes de BURKITT	9	9,1
Lymphomes non HODGKINIEN	2	2,0
Lymphome de HODGKIN	6	6,1
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>74,8</b>



**Tableau n°II :** Répartition des malades selon les étiologies inflammatoires.

		Effectif(n)	Pourcentage(%)
Infections spécifiques	Tuberculose ganglionnaire	7	7,1
	Syphilis	2	2
	SIDA	6	6,1
	Amygdalite chronique	5	5
	*Infections ORL diverses	3	3
	Adénopathies inflammatoires	2	2
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>25,2</b>

\*Abscess de la face, cellulite cervicale d'origine dentaire, otite moyenne chronique.

#### DISCUSSION

Les adénopathies cervicales constituent un motif de consultation fréquent en pratique courante [1,4,5]. Son incidence est variable selon le service et le mode de recrutement. Dans leurs formes chroniques, elles ont représenté 1,38% des consultations en ORL au Togo en 2009 [6], 2,5% en pédiatrie au Maroc en 2010 [1] et 0,7% dans le service de médecine interne à Dakar en 2008 [5]. Le taux de 0,46% retrouvé dans notre série probablement lié à la nature de l'étude a sous-estimé l'incidence réelle des adénopathies cervicales chroniques. Elles se voient à tout âge mais restent une pathologie du sujet jeune âgé de 5 à 34 ans dans 52% à 62% des échantillons [5,6]. Il s'agit souvent de sujet de sexe masculin comme constaté dans ce travail.

Les facteurs de risque incriminés dans l'apparition de certains cancers, tels que le tabac et l'alcool ou leur association ont été signalés dans la survenue des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx et de la margelle laryngée alors qu'une intoxication tabagique isolée peut engendrer un cancer de l'endolarynx [7]. Pour Tanon-Anoh l'alcoolotabagisme a représenté 25% des facteurs déclenchants des cancers du pharynx en 2011 à Abidjan. Ces mêmes facteurs ont été retrouvés dans un 1/3 des cas dans ce travail.

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont surtout des carcinomes épidermoïdes. Ils peuvent être révélés par des adénopathies cervicales métastatiques dans 90% des cas [4]. Dans cette série, 48,5% étaient des métastases de carcinome épidermoïde des VADS et du cou et 75% si l'on con-

sidère tous les cancers diagnostiqués. Il s'agissait surtout des métastases des cancers oropharyngés, de la cavité buccale, du cavum, du sinus ethmoïdo-maxillaire et du larynx. La fréquence de ces métastases est liée à l'atteinte du ganglion sous digastrique, carrefour de drainage lymphatique des territoires ORL notamment les 3 étages du pharynx, la base de langue induisant une réorganisation vasculaire avec une capacité élevée d'envahissement du système lymphatique [3,9].

A Abidjan en 2011, les cancers du pharynx ont représenté 1/5 des cancers ORL et environ 25% des cancers des VADS [8]. Toujours dans la même ville, les métastases des carcinomes indifférenciés de type nasopharyngien (UCNT) ont été observées dans 44% et leur fréquence a atteint 80,9% en cas d'extension à la base du crâne [10,11]. A côté, au Burkina-Faso, Gyébré a observé les mêmes tendances [12]. Les métastases cervicales des adénocarcinomes sont rares, 10% selon Conessa [4]. Dans cette étude, aucun cas n'a été signalé. Quant au tissu thyroïdien, leur présence dans un ganglion cervical est considérée comme une métastase d'un cancer thyroïdien et la forme fréquemment rencontrée est le carcinome folliculaire dans sa variété papillaire dans 90% des cas [2,3,13,14].

Les autres types de carcinomes et cancers non épithéliaux peuvent être rarement rencontrés mais les spinocellulaires cutanés donnent une métastase cervico-parotidienne après un traitement primitif cutané par chirurgie ou destruction cutanée [2]. Enfin, les adénopathies cervicales métastatiques d'une tumeur thora-

cique ou abdominale sont possibles et apparaissent dans les territoires supra claviculaires.

L'atteinte ganglionnaire cervicale peut révéler aussi une hémopathie maligne notamment les lymphomes malins. Ils ont représenté dans cette série la 2<sup>ème</sup> cause d'envahissement ganglionnaire cervical soit 17,2% des adénopathies ou 22,66% des cancers. Les lymphomes malins sont dominés par les lymphomes malins non Hodgkiniens (LMNH). Au Mali en 1994, le LMNH a concerné dans un service de médecine interne 15% des patients souffrant de cancers. Ce taux a atteint 27% en 2008 à Dakar après une biopsie exérèse pratiquée chez 72,72% des patients du même service [5]. En pédiatrie en Tunisie en 2010 les lymphomes ont atteint 2,5% des 158 cas de cancers recensés en 5 ans avec un taux de LMNH de 0,6% dans la grande famille des lymphomes [1].

Le lymphome de BURKITT est reconnu comme la première tumeur maligne humaine associée au virus d'EPSTEIN-BARR en Ouganda. Aujourd'hui, la participation de l'infection virale dans la survenue des cancers est très élevée en Afrique sub-saharienne par rapport au reste du monde ; plus du ¼ des cancers cervicaux est lié à une infection notamment celle du virus à papillomes humains [15], qui sévit à l'état endémique en Afrique et sporadique en Occident. Les adénopathies cervicales liées à un lymphome de BURKITT ont occupé le même rang que les adénopathies primitives dans cette étude.

Quant à la maladie de HODGKIN elle a été rare. En 7 ans, elle a représenté 0,16% de tous les lymphomes à raison d'1 cas par an en 2010 à Brazzaville [16]. Elle est plus fréquente dans sa localisation cervicale (50%) [3]; les autres formes extra-ganglionnaires sont très rares et intéressent la moelle osseuse, la rate et le foie [17]. Dans notre étude elle a été également très rare touchant beaucoup plus l'adulte. Elle peut coexister avec le SIDA.

Le lymphome non Hodgkinien peut survenir secondairement chez un sujet VIH positif sous traitements antirétroviraux [3,18].

Les adénopathies primitives sans tumeur retrouvée encore appelées adénopathies sans porte d'entrée est une situation rare [4]. Elles ont été observées en 3<sup>ème</sup> position après la famille des lymphomes. Pour Bouraïma à Abidjan, elles ont occupé le 2<sup>ème</sup> rang derrière les adénopathies du cancer du larynx [10]. Récemment, des travaux ont démontré l'intérêt d'une amygdalotomie homolatérale exploratrice systématique où le foyer primitif a été retrouvé dans du tissu amygdalien dans 30 à 35% des cas [19,20].

Les causes inflammatoires des adénopathies cervicales chroniques sont fréquentes surtout chez l'enfant avec un taux variant entre 70,66% et 97,5% [1,6].

Les adénites tuberculeuses ont représenté plus de la moitié des cas atteignant 64,6% [5,6]. En Tunisie en 2010, elles ont représenté 8,8% des adénopathies cervicales chez les enfants [1]. Pour Diallo [21], la première cause d'hypertrophie ganglionnaire est l'infection au VIH dans 26% des cas suivie des adénopathies non spécifiques dans 15% des cas. Le VIH a été la cause de 6% d'adénopathies cervicales dans notre travail et la syphilis 2%. Les comorbidités tuberculose, lymphome et SIDA sont possibles imposant la recherche de l'infection au VIH [6,22].

## CONCLUSION

Les adénopathies cervicales chroniques sont relativement fréquentes et surviennent à tout âge. Leur diagnostic étiologique repose sur des examens cliniques et paracliniques qui orientent vers les étiologies fréquentes comme les tumeurs malignes, la tuberculose, le SIDA, rarement la syphilis. La précocité du diagnostic d'une part, les mesures préventives d'éviction de certains facteurs de risque tels que l'alcool et le tabac d'autre part, permettront de réduire leur incidence.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Bhija A, Bourrous M, Bouhdadi S, Bouskraoui M, Amine M. Les adénopathies cervicales chez l'enfant. Revue Tunisienne d'Infectiologie. 2010 ; 4(3) :88-91.
- 2-Barry B, Bébéar C, Delsol G, Garrel R, Gaulard P, Hocqueloux L, Laporte H, Molina T, Moureau-Zabotto L, Pessey J-J, Papo T, Recher C, Rey E, Varoquaux A, Vergez S, Zanaret M + . Adénopathies cervicales chroniques de l'adulte. Recommandation pour la pratique clinique. Lob Conseils. Sforl.2010;15p.
- 3-Rey E, Righini C. Adénopathies cervicales. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-870-A-10,1999 ;10p.



- 4- **Conessa C.** Cellulites cervico – faciales. In Brasnu D, Ayache D, Hans S, Hartl D, Papon J-F. Traité ORL. Médecine – Sciences Flammarion 2008; 605-614.
- 5- **Ndongo S, Ndiaye FS, Vickola JA, Sougou MS, Pouye A, Ka MM, Diop TM.** Profil étiologique des adénopathies cervicales en médecine interne: étude de 66 observations à Dakar (Sénégal). Médecine tropicale. 2008 ; 68(5):523-526.
- 6- **Amana B, Kpemissi E, Patassi A, Dahey A, Koura N.** Profils étiologies des adénopathies cervicales chroniques en milieu tropical. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. 2009;11(2) :35-38.
- 7- **Brasnu D.** Cancers de la tête et du cou. In : Andrieu JM, Colonna P. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. Ed ESTEM, Paris 1997;50p.
- 8- **Tanon-Anoh MJ, Badou KE, Yoda M, Kouassi-N'djeundo J, Koffi-Aka V, Ette-Akré E, Kouassi B.** Epidémiologie et Clinique des cancers du pharynx à Abidjan. Médecine d'Afrique Noire. 2011;58(5):247-252.
- 9- **Lee SY, Qian CN, Ooi AS, Chen P, Wong BH, Myint SS, Wong JC, Hwang JS, Khee Chee S.** Changes in specialized blood vessels in lymph nodes and their role in cancer metastasis. J Transl Med. 2012;10 (1):206.
- 10- **Buraïma F, Kouassi MY, Yoda M, Tanon-Anoh MJ, Kouassi B.** Epidémiologie et diagnostic des tumeurs du cavum en Côte-d'Ivoire. Médecine d'Afrique Noire. 2008 ;55(1):5-8.
- 11- **Buraïma F, Kouassi MY, Yoda M, N'dri OD, Tanon-Anoh MJ, Ba Zeze, Kouassi B.** Tumeurs malignes de la base du crâne en Côte-d'Ivoire : Aspects diagnostique et thérapeutique à propos de 21 cas. Médecine d'Afrique Noire. 2008 ; 55(2) :83-87.
- 12- **Gyébré YMC, Ouattara M, Sérémé M, Sakandé B, Elola A, Sanou M, Ouédraogo BP, Bambara C, Ouédraogo R, Cissé R, Ouoba K.** Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cancers du nasopharynx au CHU de Ouagadougou. Médecine d'Afrique Noire. 2012 ;59(3) :113-118.
- 13- **Sérémé M, Ramdé WN, Zida M, Ouédraogo PB, Ouattara M, Ouoba K.** Les cancers de la glande thyroïde : aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques. Médecine d'Afrique Noire. 2011 ;58(11) :511-515.
- 14- **Donnellan KA, Carron JD, Bigler SA, Wein RO.** Metastatic insular thyroid carcinoma in the pediatric patient. Am J Otolaryngol. 2009;30(1):61-4.
- 15- **Harford JB.** Viral infections and human cancers: the legacy of Denis Burkitt. Br J Haematol. 2012;156 (6):709-18.
- 16- **Péko JF, Nsossani-Koutoupot B, Ondzotto G, Massamba D, Kokolo J, Ngolet A.** Maladie de HODGKIN : Profil épidémiologique et morphologique à Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire 2010 ;57(10) :466-468.
- 17- **Gaulard P, Brousse N.** Maladie de Hodgkin classique : biologie et formes frontières. Ann Pathol 2004;24:330-48.
- 18- **Ruan GR, Wang HL, Ge Y, Shi XC, Guo FP, Zhong DR, Zhou DB, Li TS.** A clinical analysis of AIDS-related non-Hodgkin lymphoma in 5 patients and review of literature. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2012;51(3):184-7.
- 19- **Lapeyre M, Malissard L, Peiffert D, Hofstetter S, Dolivet G, Toussaint B.** Adénopathie cervicale sans cancer primitif connu : l'amygdalectomie est-elle utile? J Fr ORL 1996 ;45 :335-340.
- 20- **Righi PD, Sofferman RA.** Screening unilateral tonsillectomy in the unknown primary. Laryngoscope 1995;105:548-550.
- 21- **Diallo D, Ouattara A, Traoré H.A, Sidibé A.T, Cissé M. A, Bayo S, Pichard E, Diallo A.N.** Etiologies actuelles des adénopathies en médecine interne au Mali. Place de l'infection par les VIH. Médecine d'Afrique Noire. 1994;41(2):89-93.
- 22- **Kinde-Gazard D, Anagonou YS, Gninafon M, Tawo L, Josse R.** Les adénopathies cervicales d'origine tuberculeuse : aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique au Centre National Hospitalier de pneumophysiologie de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire. 1997;44(2):90-94.