

INTERET DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE EN PREMIERE INTENTION DANS LE DIAGNOSTIC DES ADENOPATHIES CERVICOFACIALES CHRONIQUES

VALUE OF HISTOPATHOLOGY IN FIRST INTENTION IN THE DIAGNOSIS OF HEAD AND NECK CHRONIC LYMPH NODES

BÉOGO R.¹, SANOU L.A.², OUÉDRAOGO B.³, COULIBALY T.A.¹, KAMBOU T.⁴

1- Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale, CHU Sanou Souro, Burkina Faso

2- Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

3- Service d'ORL et de chirurgie cervico faciale, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

4- Département de Chirurgie, CHU Sanou Souro, Burkina Faso

Correspondance : Dr RASMANÉ BÉOGO

Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo Faciale,
CHU Sanou Souro, 01 BP 676, Bobo 01 Burkina Faso, Email: rbeogo@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le choix entre l'examen cytologique du suc de ponction ganglionnaire à l'aiguille et l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse ganglionnaire, dans le diagnostic d'une adénopathie cervico faciale chronique est souvent difficile.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'intérêt de l'examen histologique en première intention tel que pratiqué dans notre institution.

Les dossiers de 62 patients ayant bénéficié de l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse d'une masse faisant évoquer une adénopathie cervico faciale chronique, ont été analysés rétrospectivement.

L'examen histologique était jugé justifié chez 69,3% des patients qui présentaient, une adénite tuberculeuse non abcédée (41,9%), un lymphome malin (21%) ou la lymphadénopathie persistante généralisée de l'infection à VIH (6,4%). Il était jugé non justifié chez 30,7% des patients qui présentaient une adénite abcédée (17,8%) ou une adénopathie inflammatoire chronique non spécifique (12,9%).

L'examen histologique en première intention est recommandé au regard des étiologies des adénopathies cervico faciales chroniques. L'examen examen cytologique devrait être réservé aux cas d'adénopathies abcédées et aux cas dont la biopsie nécessite une anesthésie générale.

MOTS CLÉS : ADÉNOPATHIE CHRONIQUE ; TÊTE ET COU ; DIAGNOSTIC ; EXAMEN HISTOLOGIQUE.

ABSTRACT

Choice between the cytology of needle aspiration and the histopathology of lymph node open biopsy or excision in the diagnostic of a head and neck chronic lymph node is often challenging.

The aim of this study was to assess the value of the histopathology in first intention as performed in our institution.

Histopathology records of 62 patients who have been subject to an open biopsy or excision of a mass suspected to be a head and neck chronic lymph node are retrospectively reviewed.

The histopathology in first intention was estimated justified in 69.3% of the patients who had non-fluctuant tuberculous lymphadenitis (41.9%), a malignant lymphoma (21%) or the HIV-related persistent generalized lymphadenopathy (6.4%). It was estimated non-justified in 30.7% of the patients who had a tuberculous lymph node abscess (17.8%) or a chronic non-specific inflammation (12.9%).

The histopathology in first intention is recommended given the aetiologies of head and neck chronic lymph nodes. The cytology of needle aspiration should be indicated in patients with lymph node abscesses or when the lymph node biopsy requires general anaesthesia.

KEY WORDS: CHRONIC LYMPH NODE; HEAD AND NECK; DIAGNOSIS; HISTOPATHOLOGY.

INTRODUCTION

Une masse du cou ou de la tête faisant évoquer une adénopathie chronique est un motif fréquent de consultation [1, 2, 3]. Si un examen clinique rigoureux est souvent suffisant pour son diagnostic positif, le recours à des explorations para cliniques est toujours nécessaire pour l'affirmation de ses étiologies [4]. Le choix entre l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse du ganglion et l'examen cytologique du suc de ponction ganglionnaire à l'aiguille est difficile [2, 3]. Certains auteurs ont proposé des critères de sélection des patients devant bénéficier de l'un ou de l'autre de ces examens [2, 3, 5]. Cependant, l'examen histologique est pratiqué systématiquement dans notre institution.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'intérêt de cette pratique dans le diagnostic des adénopathies cervico-faciales chroniques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons étudié rétrospectivement, les rapports d'examen histologique de 62 pièces de biopsie de masses faisant évoquer cliniquement des adénopathies cervico-faciales chroniques.

L'adénopathie cervico-faciale chronique était définie par un diamètre supérieur à un centimètre et une durée d'évolution supérieure à un mois. Ont été exclus de cette étude, les adénopathies réactionnelles à une infection locale évidente et les adénopathies métastatiques de cancers.

La lecture des pièces de biopsie était faite au microscope électronique après une coloration des lames à l'hématoxyline éosine.

En cas de suspicion de la tuberculose, une recherche des BAAR était faite après une coloration des lames au Ziehl Neelson.

Le diagnostic de l'adénopathie était établi sur les données de l'examen histologique confrontées à celles de l'examen clinique, d'autres examens complémentaires et de l'évolution clinique de l'adénopathie. En cas de discordance entre les résultats de l'examen histologique et ceux des autres examens, une réévaluation du diagnostic était faite.

Les autres examens para cliniques comprenaient toujours une Numération Formule Sanguine, une radiographie du thorax, parfois une sérologie de l'infection à VIH et rarement une sérologie de la toxoplasmose, de la syphilis et de la rubéole.

Les diagnostics positif et étiologique de l'adénopathie à l'examen clinique et à l'examen histologique ont été comparés afin de déterminer la sensibilité et la spécificité de l'examen clinique.

L'examen histologique était jugé justifié si une biopsie ganglionnaire était indispensable pour le diagnostic de l'adénopathie et si l'étiologie de celle-ci indiquait un traitement spécifique.

RÉSULTATS

Les pièces de biopsie examinées provenaient de 30 patients de sexe masculin et de 32 de sexe féminin, d'âge compris entre deux ans et 72 ans.

Chez 56 patients (90,3%), la biopsie de la masse cervico-faciale a été pratiquée sous anesthésie locale, à la xylocaïne deux pour cent. Chez six patients (9,7%) dont deux adultes et quatre enfants de moins de sept ans, une anesthésie générale a été pratiquée.

Les étiologies des adénopathies étaient la tuberculose (59,7%), un lymphome malin (21%), une inflammation chronique non spécifique (12,9%) et la lymphadénopathie persistante généralisée de l'infection à VIH (6,4%).

Le diagnostic positif de l'adénopathie était suspecté à l'examen clinique chez 61 patients et après une cervicotomie exploratrice chez un patient qui présentait une masse supra claviculaire droite.

Chez 53,2% de l'ensemble des patients, la suspicion clinique de l'étiologie de l'adénopathie a été confirmée à l'examen histologique. L'étiologie de l'adénopathie était suspectée mais non confirmée chez 17,8% des patients et non suspectée chez 29% des patients. Dans la tuberculose ganglionnaire, la suspicion clinique a été confirmée chez 70,3% des patients et l'adénite était abcédée chez 29,7% des patients.

L'examen histologique était jugé justifié chez 69,3% des patients qui présentaient, une adénite tuberculeuse non abcédée (41,9%), un lymphome malin (21%) ou la lymphadénopathie persistante généralisée de l'infection à VIH (6,4%). Il était jugé non justifié chez 30,7% des patients qui présentaient une adénite abcédée (17,8%) ou une adénopathie inflammatoire chronique non spécifique (12,9%).

DISCUSSION

L'adénopathie cervicofaciale chronique (ACFC) est un motif fréquent de consultation ^[2, 3] en raison de la richesse du réseau lymphatique de la tête et du cou et de la fréquence des manifestations ganglionnaires d'une diversité d'affections. Son diagnostic positif pose rarement de difficultés après un interrogatoire et un examen physique bien conduits ^[4] comme il a été observé chez la plupart des patients dans notre étude. La découverte d'une adénopathie cervico-faciale fait redouter une pathologie grave, en l'occurrence, un cancer parmi une diversité d'affections tumorales, infectieuses, inflammatoires et immuno-allergiques. Le diagnostic de ces affections indique des explorations para-cliniques dont principalement, l'examen cytologique et l'examen histologique ^[4, 6]. L'examen cytologique du suc de ponction ganglionnaire à l'aiguille est une technique non invasive mais qui dans bien de cas ne permet pas d'affirmer un diagnostic précis ^[6]. En l'absence de diagnostic concluant, la décision d'une surveillance du patient ou la prescription de l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse du ganglion s'impose au praticien ^[6]. La surveillance ne peut se concevoir que chez des patients avec un diagnostic d'affection présumée bénigne et ne nécessitant pas de traitement défini telle que les adénopathies inflammatoires chroniques non spécifiques. Ailleurs, l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse du ganglion s'impose, l'adénopathie pouvant être révélatrice d'une pathologie grave.

L'examen histologique de la pièce de biopsie ou d'exérèse du ganglion est plus sensible que l'examen cytologique du suc de ponction ganglionnaire à l'aiguille car examinant plus de tissu ^[7, 8]. La région du cou autorise une biopsie ou une exérèse, aisées du ganglion, au prix d'une rançon cicatricielle minime. L'examen d'une quantité suffisante de tissu permet un diagnostic rapide et précis de l'étiologie de l'adénopathie ^[8]. En outre, le diagnostic positif d'une ACFC peut constituer un défi devant une masse chronique isolée du cou qui fait évoquer outre l'adénopathie, un kyste ou une tumeur bénigne. La preuve de la nature ganglionnaire de la masse et le diagnostic de sa cause sont apportés au mieux par l'examen histologique de sa pièce de biopsie ou d'exérèse. Cependant, l'examen histologique est associé aux risques de morbidité de la biopsie ganglionnaire, particulièrement quand ce geste indique une anesthésie générale comme il a été observé chez des patients dans notre étude.

Le choix entre l'examen cytologique et l'examen histologique est souvent difficile ^[2, 3, 6]. Des critères de sélection des patients devant bénéficier de l'un ou de l'autre de ces examens sont proposés par certains auteurs ^[2, 3, 5]. Leur application est limitée par la variation de l'épidémiologie des adénopathies ^[3] mais aussi par l'insuffisance des moyens diagnostiques et les difficultés de suivi des malades dans les conditions de ressources limitées. Dans notre contexte, le caractère endémique de la tuberculose et la consultation tardive facilitent le diagnostic clinique de l'adénite tuberculeuse comme il a été observé dans notre étude. Des études rapportent une sensibilité de l'examen cytologique du produit de ponction ganglionnaire à l'aiguille atteignant 70 à 85% ^[9, 10]. Des auteurs le recommandent comme une technique de diagnostic fiable de la tuberculose ganglionnaire, dans les pays d'endémie tuberculeuse et à ressources limitées ^[11-15]. Une bonne fiabilité de cette technique peut être attendue particulièrement chez les patients présentant une adénite tuberculeuse abcédée grâce à l'examen d'une quantité suffisante du produit de la ponction ganglionnaire. Chez 17,8% des patients présentant ce tableau dans notre étude, l'examen histologique n'était donc pas indiqué en première intention. Bien que de diagnostic difficile, les adénopathies inflammatoires non spécifiques ne nécessitent pas de traitement bien défini. Chez 12,9% des patients qui présentaient ce diagnostic dans notre étude, l'examen histologique n'était donc pas indiqué en première intention. Cependant, chez la plupart (69,3%) des patients, l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse ganglionnaire est préférable à l'examen cytologique. L'examen cytologique chez ces patients pourrait retarder le diagnostic et le traitement ainsi que renchérir le coût des soins. La ponction à l'aiguille d'un ganglion solide pourrait ramener peu de tissu et être source d'une faible performance du diagnostic de l'adénite tuberculeuse. L'absence de signes de suspicion clinique pourrait ne pas orienter vers la recherche des BAAR en cas d'examen cytologique non concluant. Le diagnostic de la lymphadénopathie persistante généralisée de l'infection à VIH ne peut être formellement établi qu'à l'examen histologique en raison de nombreux diagnostics différentiels tels que les infections opportunistes, les lymphomes et le sarcome de Kaposi ^[16]. La discrimination entre les formes nodulaires et diffuses des lymphomes malins, d'intérêt thérapeutique et pronostique, ne peut être apportée que par l'examen histologique d'une pièce de biopsie ou d'exérèse ganglionnaire ^[1, 8].

CONCLUSION

Au regard des étiologies des adénopathies cervico faciales chroniques dans cette étude, nous recommandons l'examen histologique en première intention pour un diagnostic rapide, sûr et économique. L'examen cytologique devrait être réservé aux cas d'adénopathies abcédées et aux cas dont la biopsie nécessite une anesthésie générale.

RÉFÉRENCES

1. LIOE TF, ELLIOTT H, ALLEN DC, SPENCE RA. The role of fine needle aspiration cytology (FNAC) in the investigation of superficial Lymphadenopathy: uses and limitations of the technique. *Cytopathology* 1999;10: 291-7.
2. VASSILAKOPOULOS TP, PANGALIS GA. Application of a prediction rule to select which patients presenting with lymphadenopathy should undergo a lymph node biopsy. *Medicine* 2000; 79: 338-47.
3. TOKUDA Y, KISHABA Y, KATO J, NAKAZATO N. Assessing the Validity of a Model to Identify Patients for Lymph Node Biopsy. *Medicine* 2003; 82: 414-418.
4. DE LABROUHE C, FAVRE E, BERTRAND JC. Adénopathies cervicofaciales. *Encycl Méd Chir, Stomatologie*, 22-037-P-10, 2000, 10 p.
5. SLAP GB, BROOKS JS, SCHWARTZ JS. When to perform biopsies of enlarged peripheral lymph nodes in young patients. *JAMA*. 1984; 252: 1321-1326.
6. MATSUMOTO F, ITOH S, OHBA S, YOKOI H, FURUKAWA M, IKEDA K. Biopsy of cervical lymph node. *Auris Nasus Larynx* 2009; 36: 71-74.
7. KA MCALLISTER, FB MACGREGOR. Diagnosis of tuberculosis in the head and neck. *J Laryngol Otol* 2011; 125: 603-607.
8. LAFFERS W, EGGERT K, SCHILDHAUS HU, BOOTZ F, GERSTNER AOH. Histologic diagnoses in persistently swollen cervical lymph nodes. *Head & Neck-DOI* 10.1002/hed March 2012: 371-375.
9. NALINI B, VINAYAK S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol* 2006;27: 39-45
10. AMMARI FF, BANI HANI AH, GHARIEBEH KI. Tuberculosis of the lymph glands of the neck: a limited role for surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:576-80
11. BEM C, PATIL PS, ELLIOTT AM, NAMAAMBO KM, BHARUCHA H, PORTER JD. The value of wide-needle aspiration in the diagnosis of tuberculous lymphadenitis in Africa. *AIDS* 1993; 7(9):1221-5.
12. HANDA U, PALTA A, MOHAN H, PUNIA RP. Fine needle aspiration diagnosis of tuberculous lymphadenitis. *Trop Doct*. 2002;32:147-149.
13. MARAIS BJ, WRIGHT CA, SCHAAF HS, GIE RP, HESSELING AC ET AL. Tuberculous Lymphadenitis as a Cause of Persistent Cervical Lymphadenopathy in Children From a Tuberculosis-Endemic Area. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25: 142-146.
14. PRASAD KC, SREEDHARAN S, CHAKRAVARTHY Y, PRASAD SC. Tuberculosis in the head and neck: experience in India. *J Laryngol Otol* 2007; 121: 979-985.
15. FATIMA S, ARSHAD S, AHMED Z, HASAN SH. Spectrum of cytological findings in patients with neck lymphadenopathy - experience in a tertiary care hospital in pakistan. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(7):1873-5.
16. IOACHIM HL. LYMPHADENOPATHIES OF HIV INFECTION AND AIDS. IN: PANGALIS GA, POLLIACK A, eds. Benign and malignant Lymphadenopathies. Clinical and laboratory diagnosis. London: Harwood Academic Publishers, p 159, 1993.