

ADÉNOPATHIES CERVICO-FACIALES EN ODONTO STOMATOLOGIE: ÉTUDE DE 82 OBSERVATIONS.**Cervical-facial lymphadenitis in Odonto-stomatology: Study of 82 observations**

Ba B^{1,2}, Konate I^{2,3}, Goita D⁴, Kassambara A^{1,2}, Touré A^{1,2}, Koita H^{1,2}, Coulibaly AD^{1,2}, Ba M¹, Guèye S^{1,2}, Keita K¹, Théra TD¹, Dao S^{2,3,4}.

¹Service de Chirurgie Buccale du CHU OS.

² Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

³Service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G

⁴Centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose (CEREFO)

Auteur correspondant : Dr BA Boubacar, Service de Chirurgie Buccale, CHU CNOS E mail : drbaboul@yahoo.fr

RESUME

Objectif : étudier les adénopathies cervico-faciales en rapport avec la tuberculose dans notre pratique Odonto-stomatologique.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une période de quatre ans (janvier 2007 à décembre 2010), au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-stomatologie (CHU OS) de Bamako, sur des cas successifs d'adénopathies cervico-faciales. L'IDRT et l'anatomopathologie de la pièce biopsique ont servi pour le diagnostic étiologique de la tuberculose. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et saisies puis analysées avec le logiciel Epiinfo.fr 6.0.

Résultats : Les lésions ont concerné 82 patients dont 37 hommes (45,1%) avec un sex ratio de 0,82. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20 et 29 ans (28%). Le siège anatomique privilégié était la région cervicale avec 34,14%. Nos patients ont bénéficié d'une radiographie thoracique dans 90,20% des cas. L'IDRT a été effectuée chez 72% des patients et l'adénite tuberculeuse caséo- folliculaire a été retrouvée dans 8,50% des cas.

Conclusion : Notre étude a révélé une prévalence de 0,31% d'adénopathies cervico-faciales dont 80,50% était d'origine tuberculeuse. Devant toute adénopathie cervico-faciale dans une zone d'endémie tuberculeuse, une IDRT et un examen anatomopathologique de la biopsie ganglionnaire devrait être systématique pour la prise en charge précoce de la tuberculose.

Mots-clés : Adénopathie cervicale, tuberculose, IDRT, histologie.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to describe the etiological profile of patients with cervical lymphadenopathy in relation to tuberculosis in our practice Odonto-stomatologique.

Materials and Methods: We conducted a retrospective study over a period of four years at the University Hospital of Stomatology Odonto (CHU OS) Bamako. The successive cases of cervical lymphadenopathy of tuberculous origin confirmed by skin test (TST) to tuberculin 10 units or lymph node biopsy for histological referred. Data were collected from medical records and entered and analyzed with the software Epiinfo.fr 6.0

Results: The lesions involved 82 patients including 37 men (45.1%) with a sex ratio of 1.21. The age group most represented was that of 20 and 29 years (28%). The anatomic region was

privileged bilateral cervical (57.30%). Our patients underwent chest radiography in 90.20% of cases. The IDR was performed in 72% of patients and tuberculous lymphadenitis and follicular caseo was found in 8.50% of cases.

Conclusion: Our study revealed a prevalence of 0.31% of cervical-facial adenopathies of which 80.50% was tuberculous. In the case of tuberculous endemic tuberculous adenopathy, an IDRT and anatomopathological examination of the lymph node biopsy should be systematic for the early management of tuberculosis.

Keywords: cervical lymphadenopathy, tuberculosis, IDRT, Histology

Introduction

Les adénopathies sont une affection des ganglions lymphatiques d'origine inflammatoire, infectieuse ou tumorale ; qui se caractérise par une adénomégalie [1]. En pratique, cette augmentation est considérée comme pathologique lorsqu'elle est supérieure à 1,5 centimètre (cm) dans l'aire inguinale et supérieure à 1 cm dans les autres aires. Les adénopathies imposent une démarche diagnostique et une prise en charge thérapeutique bien codifiée. Le diagnostic clinique des adénopathies répond à des critères sémiologiques précis, et c'est pourquoi la démarche diagnostique doit être différente selon qu'il s'agisse d'une adénopathie isolée ou d'une poly-adénopathie. Le diagnostic étiologique des adénopathies repose sur l'histopathologie, l'immunologie et l'imagerie, qui tiennent une place centrale dans la prise en charge et le suivi. La région cervico-faciale possède une très grande densité ganglionnaire peu commune et les territoires drainés sont très étendus, ce qui fait que ces adénopathies cervico-faciales constituent l'une des manifestations cliniques les plus fréquentes de la tuberculose extra-pulmonaire. Au Mali, notamment au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU OS), on ne dispose pas de données sur l'étiologie des adénopathies cervico-faciales, malgré la recrudescence de la

tuberculose surtout les formes extrapulmonaires avec l'avènement du VIH et du SIDA. Le but de notre étude est de décrire le profil étiologique des patients présentant des adénopathies cervico-faciales en rapport avec la tuberculose dans notre pratique Odonto-stomatologique.

Matériel et Méthode

Cette étude descriptive rétrospective s'est déroulée au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU OS) de Bamako sur une période de 4 ans (janvier 2007 à décembre 2010). Était éligible dans l'étude tout patient présentant cliniquement une adénopathie cervico-faciale et ayant effectué une intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) à 10 unités et/ou une biopsie ganglionnaire à visée histologique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et saisies puis analysées avec le logiciel Epiinfo.fr 6.0.

Mode opératoire :

- L'IDRT est une réaction d'hypersensibilité de type retardée. Sa lecture s'effectue 72 heures après l'injection intradermique de 10 unités de tuberculine purifiée dans le derme de l'avant bras au tiers moyen de sa ligne médiane avec une aiguille courte et fine à biseau très court. L'injection crée une papule où la distension des pores provoque le phénomène de peau d'orange caractéristique d'une injection

intradermique. L'IDRT doit être interprétée de la façon suivante chez le sujet non immunodéprimé. L'infection tuberculeuse est responsable d'une induration de diamètre supérieur à 8-10 mm en absence d'une vaccination par le BCG, ou une augmentation d'au moins 10 mm de l'induration après vaccination par le BCG.

- La biopsie ganglionnaire à visée histologique consiste à l'ablation complète de la masse ganglionnaire mise en cause. Sous anesthésie locale ou générale on pratique une incision cutanée au dessus du ganglion concerné et l'on procède à son exérèse totale avec une petite quantité de tissu sain qui l'entoure. Une fois la biopsie terminée, on place quelques points de suture suivi d'un pansement et on expédie le prélèvement au laboratoire d'anatomopathologie pour un examen histologique.

Résultats

Sur une période de 4 ans, nous avons colligé 82 cas d'adénopathies cervico-faciales avec IDRT ou biopsie sur les 26 525 dossiers consultés, soit un taux d'admission de 0,31% dont l'origine tuberculeuse avait été précisée chez 66 patients (80,50%) et non précisée chez 16 patients (19,50%). Sur les 82 patients, 37 étaient de sexe masculin (45,1%) avec un sex ratio de 0,82 (Tableau I). La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20 et 29 ans (28%) (Tableau II). Le caractère mobile des ganglions a été retrouvé dans 74 cas, soit 90,24%. La localisation anatomique privilégiée a été la région cervicale avec 34,14%, suivi de la région latéro-cervicale droite avec 20,73% et de la région sous mentale (19,50%) (Tableau III). Nos patients ont bénéficié d'une radiographie thoracique dans 90,20% des cas. L'IDRT a été positive dans 72% des cas. Parmi les résultats positifs à l'examen histologique, l'adénite tuberculeuse caséo-

folliculaire a été retrouvée dans 8,50% des cas.

Discussion :

Notre étude a été émaillée de quelques difficultés liées à l'absence de plateau technique pour la réalisation d'examen anatomopathologique et l'absence d'infectiologue au CHU OS, ainsi les perdus de vues souvent une fois le patient référé dans des centres de soins antituberculeux. Dans notre étude le taux d'admission a été de 0,31% contre 0,76% dans l'étude de Ndongo et coll [2] dans une série de 66 observations sur une période de 68 mois, ce faible taux est lié au caractère non spécifique dans la prise en charge des patients au niveau du CHU OS ainsi que le caractère rétrospectif de l'étude, avec son corollaire de dossiers incomplets rendant l'exploitation difficile. Dans notre série de 82 cas colligés, 66 cas (80,50%) étaient d'origine tuberculeuse et 16 cas (19,50%) d'origine non précisée liée à la non réalisation d'examens complémentaires, cela s'explique du fait du délai long d'attente du résultat par insuffisance d'anatomopathologistes. Le sexe féminin a représenté 54,9% des cas dans notre série avec un sex ratio de 0,82 cette tendance a été observé par Mani [3]. Cependant Jerbi et coll [4] ont trouvé dans une étude similaire 47,37% de sexe féminin dans une série de 114 cas colligés en Tunisie. Les tranches d'âges les plus représentées ont été celles de 20 et 29 ans (28%) et 10 – 19 ans (22%) avec un âge moyen de 29,73 ans ; ceci confirme le caractère jeune de la population présentant les adénopathies cervico-faciales, et concorde en grande partie avec la plupart des études antérieures [3-5]. Le caractère mobile des ganglions a été retrouvé dans 74 cas, soit 90,24%, dans notre étude, Jerbi et coll [4] ont rapporté 86 cas, soit 70% sur une série de 114 cas colligés. La localisation anatomique privilégiée a été la

région cervicale avec 34,14%, suivie de la région latéro-cervicale droite avec 20,73% et de la région sous mentale (19,50%) dans notre étude ce qui corrobore avec la plupart des études [2,4,6,7]. L'IDRT a été positive dans 72% des cas. Parmi les résultats positifs à l'examen histologique, l'adénite tuberculeuse caséo-folliculaire a été retrouvée dans 8,50% des cas.

Conclusion

Notre étude a révélé une prévalence de 0,31% d'adenopathies cervico-faciales dont 80,50% était d'origine tuberculeuse. Il s'agissait de sujets jeunes à prédominances féminine. Devant toute adénopathie cervico-faciale dans une zone d'endémie tuberculeuse, une IDRT et un examen anatomopathologique de la biopsie ganglionnaire devrait être systématique pour la prise en charge précoce de la tuberculose.

REFERENCES

1. Larousse Médicale.
www.larousse.fr/archives/medical.
Larousse Médical. Paris ; Edition 2006.
2. Ndongo S, Ndiaye FS, Vickola JA, Sougou MS, Pouye A, Ka MM, et al. Profil étiologique des adénopathies cervicales en Médecine interne : étude de 66 observations à Dakar (Sénégal). *Méd Tropicale* 2008 ; 68 : 523-7.
3. Mani R, Belcadhi M, Harrathi K, Rejeb AB, Benali M, Abdelkefi M, et al. Adénopathies cervicales tuberculeuses ; place de la chirurgie. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2005 ; 126, 99-103.
4. Jerbi OS, Barhoumi M, Mezhoud I, Hmida NB, Hamza H. Imagerie des adénopathies cervicales chroniques; pe. *Sfmef.org/Data/Module Consultation. Poster/PDF/2011/1*.
5. Diallo D, Ouattara A, Traoré HA, Sidibé AT, Cissé MA, Bayo S, et al. Etiologies actuelles des adénopathies en médecine interne au Mali. *Méd Afr Noire* 2004 ; 8 : 23- 8.
6. Olu-Edo AN, Ohanaka CE. Peripheral lymphadenopathy in Nigerian adults. *J Park Méd Asso* 2006; 56 :405-8.
7. Adeniji KA, Anjorin AS. Peripheral lymphadenopathy in Nigeria. *Afr J Méd Sci* 2000; 29 : 233-7.
8. Serrano E, Percodani J, Pessey JJ. Adénopathie cervical. *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris). Encyclopédie Pratique de Medicine*, 6-0490, 1998, 4p.

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	37	45,10
Féminin	45	54,90
Total	82	100,00

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
00 – 09	6	7,40
10 – 19	18	22,00
20 – 29	23	28,00
30 – 39	17	20,70
40 – 49	7	8,50
50 et plus	11	13,40
Total	82	100,00

Tableau III : Répartition de des patients selon la localisation anatomique

Localisation	Effectif	Pourcentage (%)
Sous-mentale	16	19,50
Sous-mandibulaire	9	11,00
Latéro-cervical gauche	12	14,63
Latéro-cervical droite	17	20,73
Cervicale	28	34,14
Total	82	100,00