

SYNDROME TUMORAL

SYNDROME TUMORAL

I- DEFINITION

II-CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ADP

- DIAGNOSTIC POSITIF
- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

III-CAT DEVANT UNE SPLENOMEGALIE

- DIAGNOSTIC POSITIF
- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

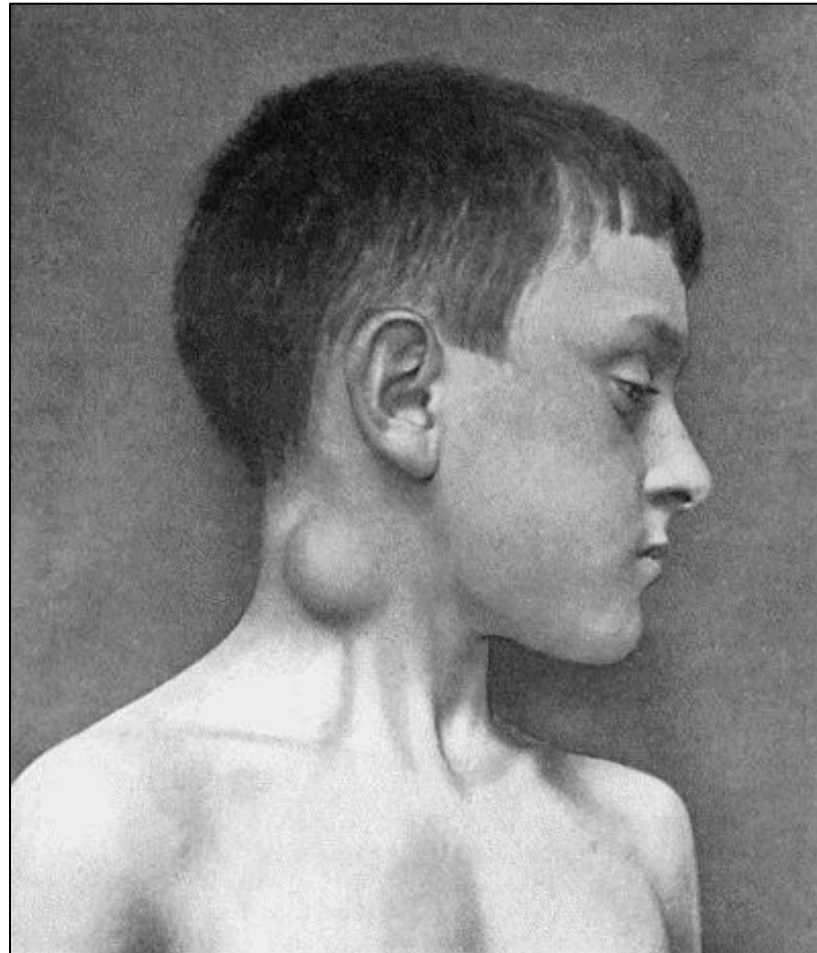
DEFINITION

Manifestations cliniques → une hypertrophie du système hématopoïétique, lymphoïde et réticulo-endothélial (**système diffus présent dans tous les organes**)

- Ganglions : **adénopathie** (> 1 cm)
- Foie et rate : **hépato-ou splénomégalie**
- Os et moelle osseuse

DIAGNOSTIC: CLINIQUE

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ADENOPATHIE (ADP)



I - DIAGNOSTIC POSITIF

II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- ADP BENIGNES**

- ADP MALIGNES primitives :hémopathie**

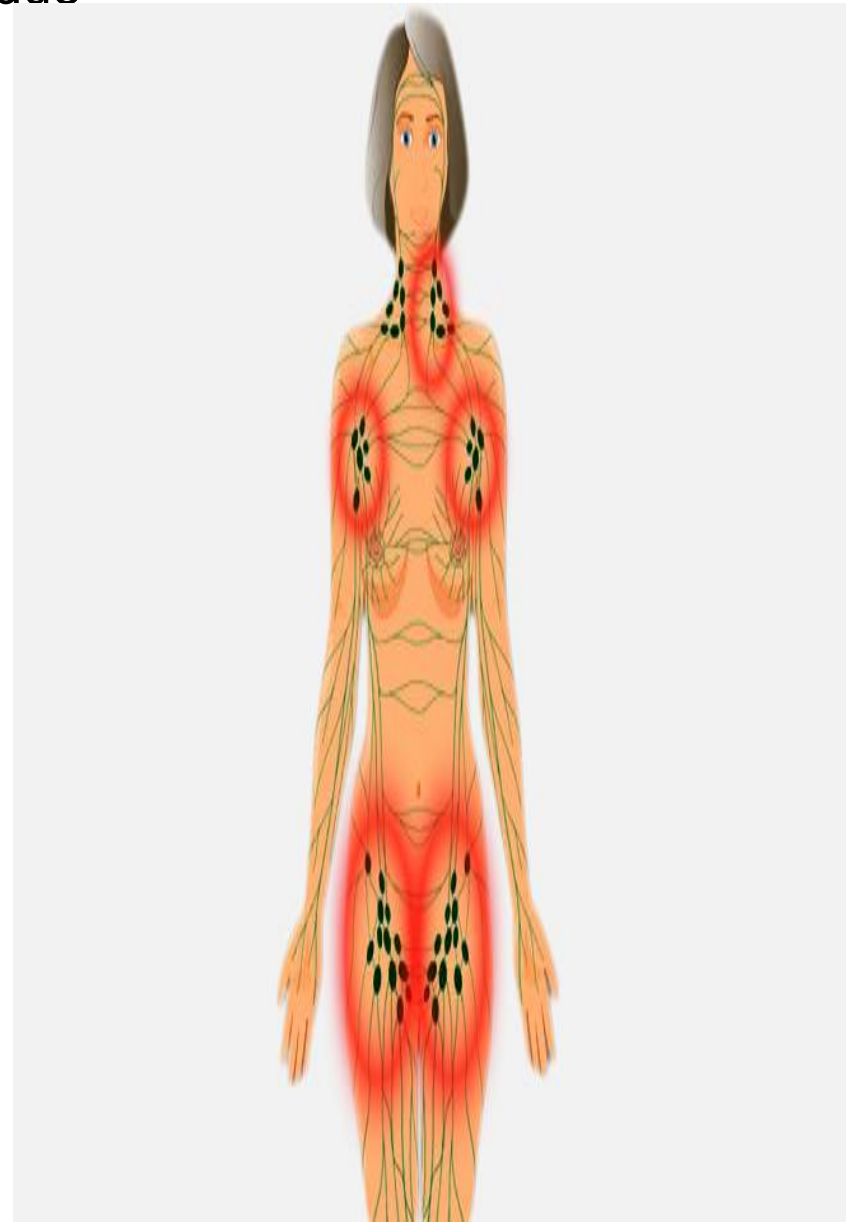
- ADP MALIGNES secondaires: métastase**

I - DIAGNOSTIC POSITIF

Dg : clinique par la palpation: adp périphérique

- **Caractère de l'adénopathie**

- * Siège
- * Unique ou Multiple
- * Taille en cm
- * Consistance
- * Mobile ou Adhérente aux plans profonds
- * Sensibilité : Douleur ou Indolore
- * **Adp dure et indolore => néoplasie**
- * **Adp empâtée douloureuse => infection**



II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Se pose lorsque l'ADP est unique

ADP cervicale

- tumeur ou inflammations glandulaires (parotides – sous maxillaires)
- hypertrophie de thyroïde
- tumeur thyroïdienne
- Anévrisme carotidien

ADP axillaire :

- Tumeurs ou abcès costal

ADP inguinale

- hernie
- abcès



III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

* Interrogatoire +++

-apparition → aigu ou chronique

-Circonstances de découverte → infection dentaire, angine, aphtose buccale, plaie cutanée

- Signes généraux : fièvre, sueurs, amaigrissement

-Contexte: métier ,tabac , voyage, contagé et animaux, décès de parents de tbc

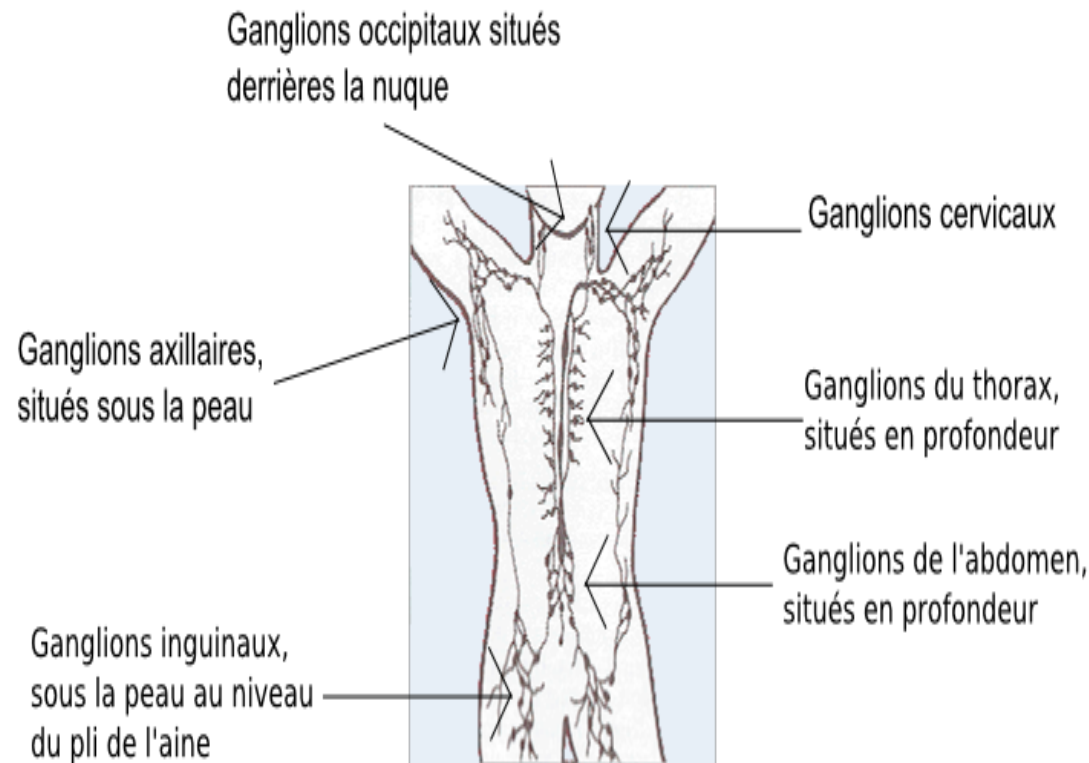
•Examen somatique complet

=> Cervical:

=> Axillaires

⇒Inguinal:

⇒ splénomégalie, hépatomégalie.



III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

*1° bilan de dépistage

-Hémogramme:

cellules anormales , hyperleucocytose , par polynucléose , par hyperlymphocytose , syndrome mononucléosique.

- VS

- Électrophorèse des Protides

-en fonctions des circonstances : ORL,
sérologies : MNI test et/ou toxoplasmose , gynéco

-IDR Tuberculine

-cytoponction

-Biopsie ganglionnaire si nécessaire

-RX Thorax +/- scanner thoraco-abdominal



Examen cytologique et histologique (biopsie ganglionnaire):examen
essentiel qui affirmera le diagnostic +++++

B - 3 TYPES DE SITUATION

1 - ADENOPATHIES BENIGNES (infectieuses, ...)

2 - ADENOPATHIES MALIGNES I : hémopathies

**3 - ADENOPATHIES MALIGNES II : métastatiques
d'une néoplasie**

I - ADENOPATHIES BENIGNES

ADP inflammatoires I ou II

A-ADP inflammatoires primitives

1- **Tuberculose** gg: fréquente , ADP évolue vers la suppuration IDR + ,ponction: pus .



TB signes inflammatoires associés lymphome



2-**Toxoplasmose** : asymptomatique , ADP occipitale , diagnostic confirmer par la sérologie

3-**Mononucléose Inféctieuse** :

4-**Brucéllose** : ADP modérées cervicales et axillaires , fièvre , dg : serodiagnostic de Wright

I - ADENOPATHIES BENIGNES

B-ADP inflammatoires secondaires

-Porte d'entrée

Ex: ADP sous maxillaire → infection buco-pharyngée

ADP inguinale → infection génitale ou des membres inférieures

II - ADENOPATHIES PRIMITIVES MALIGNES = HEMOPATHIES

HODGKIN (HDK)

Dg :évoqué: caractère asymétrique des adénopathies, évolution par poussées, **1 adénopathie qui régresse n'est pas toujours bénigne +++** , fièvre + prurit +

, adénopathies médiastinales, IDR négative ; **BIOPSIE RAPIDE +++**



LYMPHOMES (LNH)

Dc évoqué devant un tableau idem **BIOPSIE RAPIDE +++**

II - ADENOPATHIES PRIMITIVES MALIGNES = HEMOPATHIES

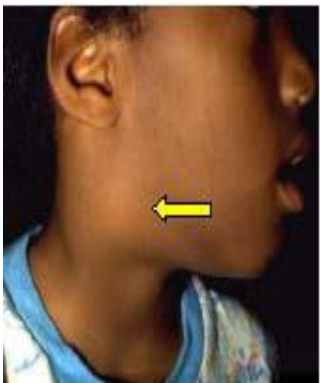
LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE (LLC)

Dc évoqué chez > 50ans devant, une polyadénopathie symétrique , associée avec splénomégalie, Diagnostic porté par **NFS + phénotype des lymphocytes périphériques**
BIOPSIE INUTILE



LEUCEMIE AIGUË (LA)

adénopathie rarement révélatrice , Diagnostic porté par **NFS**



III - ADENOPATHIES MALIGNES METASTATIQUES

"petite lésion - grosses adénopathies "

- **Cancers digestifs** : ganglion de Troisier

- **Cancers ORL**

- amygdale : jugulo-carotidien haut

- cavum : occipital

- oreille, larynx.... Ne pas oublier la thyroïde.

. **BON EXAMEN ORL +++**

CAT DEVANT UNE SPLENOMEGALIE (SMG)

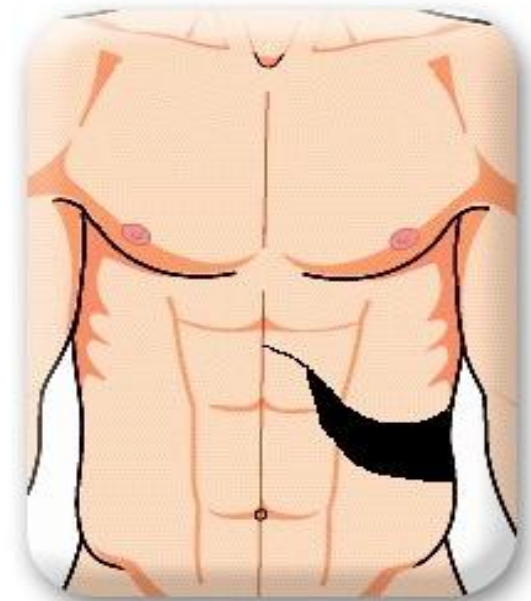
Splénomégalie

Augmentation du volume de la rate qui devient palpable

→ dans l'hypochondre gauche à l'examen clinique

→ ou supérieur à 13cm à l'échographie ou au scanner abdominal.

Toute rate palpable est pathologique



II DIAGNOSTIC POSITIF

1- Interrogatoire

Il précisera : l'âge , les antécédents, la notion de voyage récent, d'intoxication alcoolo-tabagique, l'existence de signes infectieux

2 -Circonstances de découverte

Signes fonctionnels:

douleur pesanteur de l'hypochondre gauche

Complications:

-Infarctus splénique (douleur exacerbée à l'inspiration), Hématome sous-capsulaire (à l'échographie) ± rupture avec choc hémorragique

Lors d'un examen para clinique : imagerie, NFS

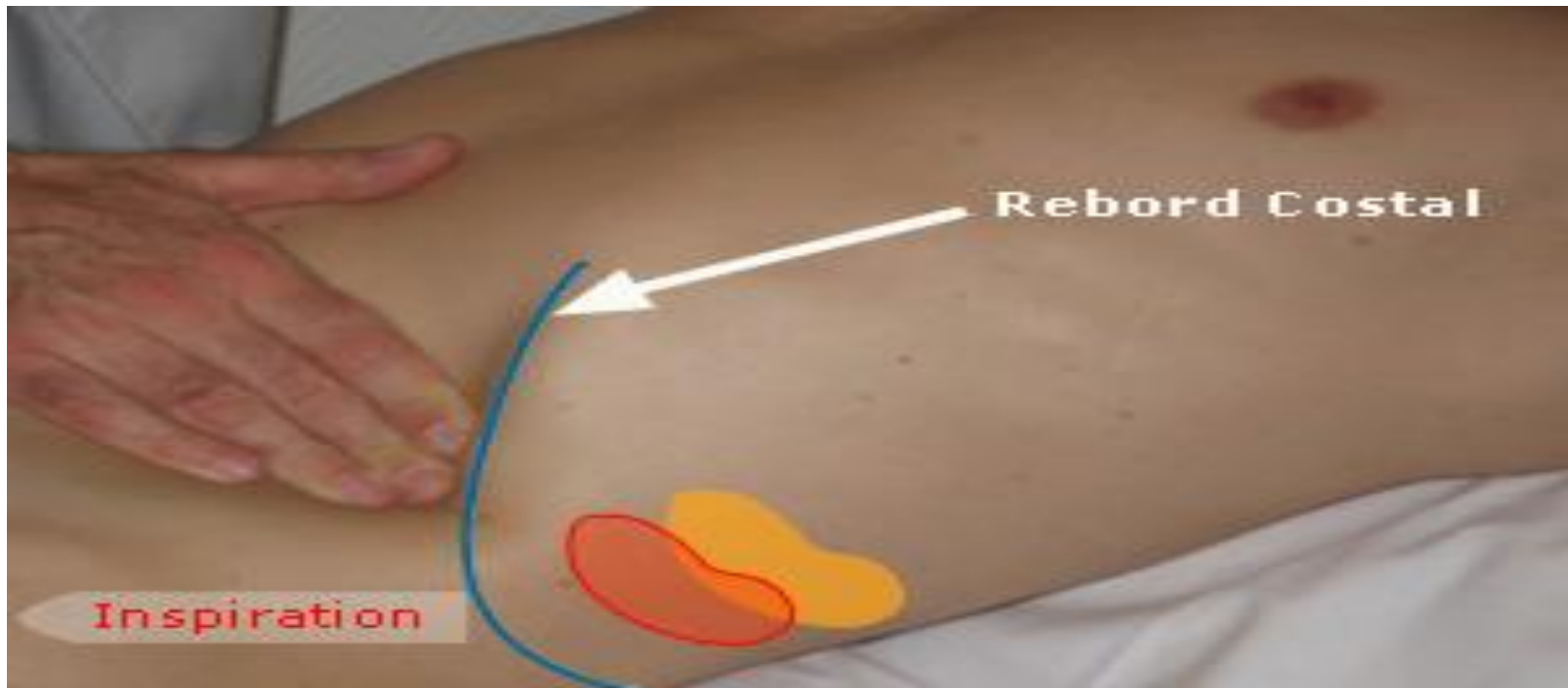
II DIAGNOSTIC POSITIF

3- Examen physique

•Patient en décubitus dorsal

Jambes fléchies, paroi abdominale détendue

; examinateur à droite, main à plat sur l'abdomen déprimant doucement la paroi.



Patient en décubitus dorsal

II DIAGNOSTIC POSITIF

3- Examen physique

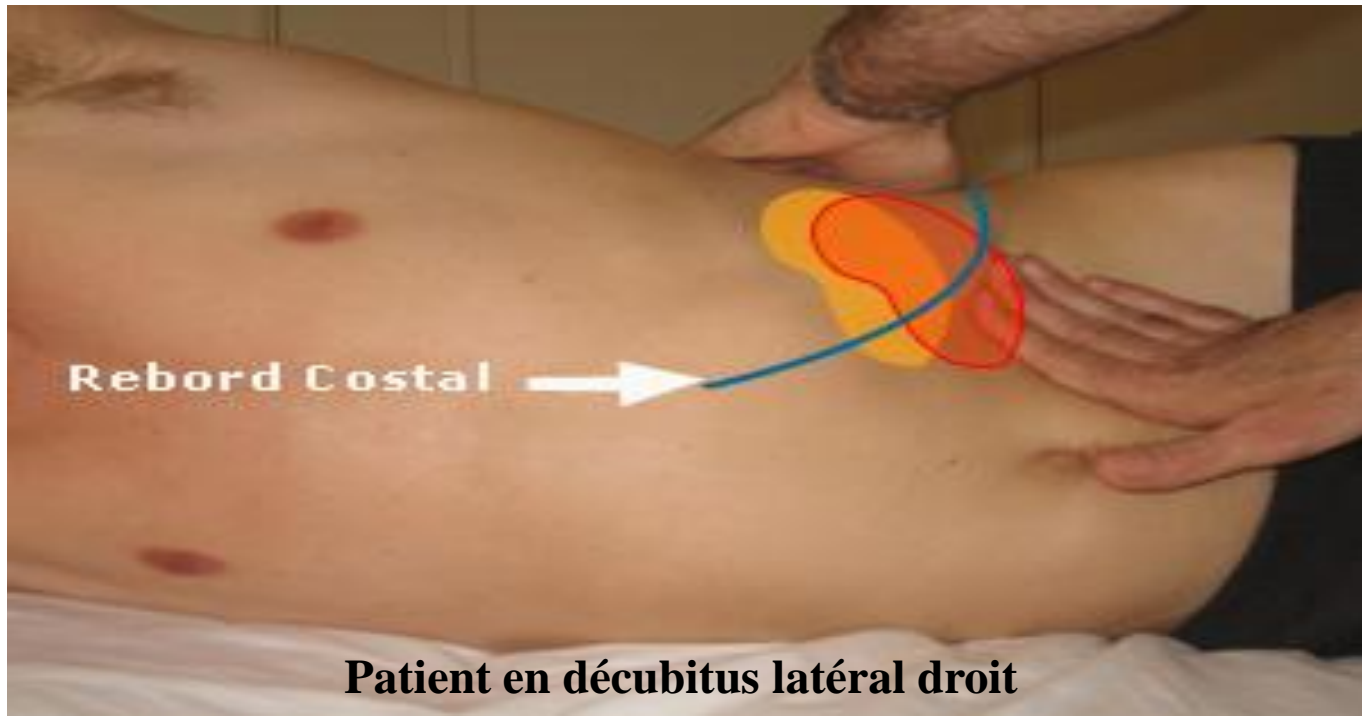
Patient en décubitus latéral droit

Le patient soulève le bras gauche derrière la tête.

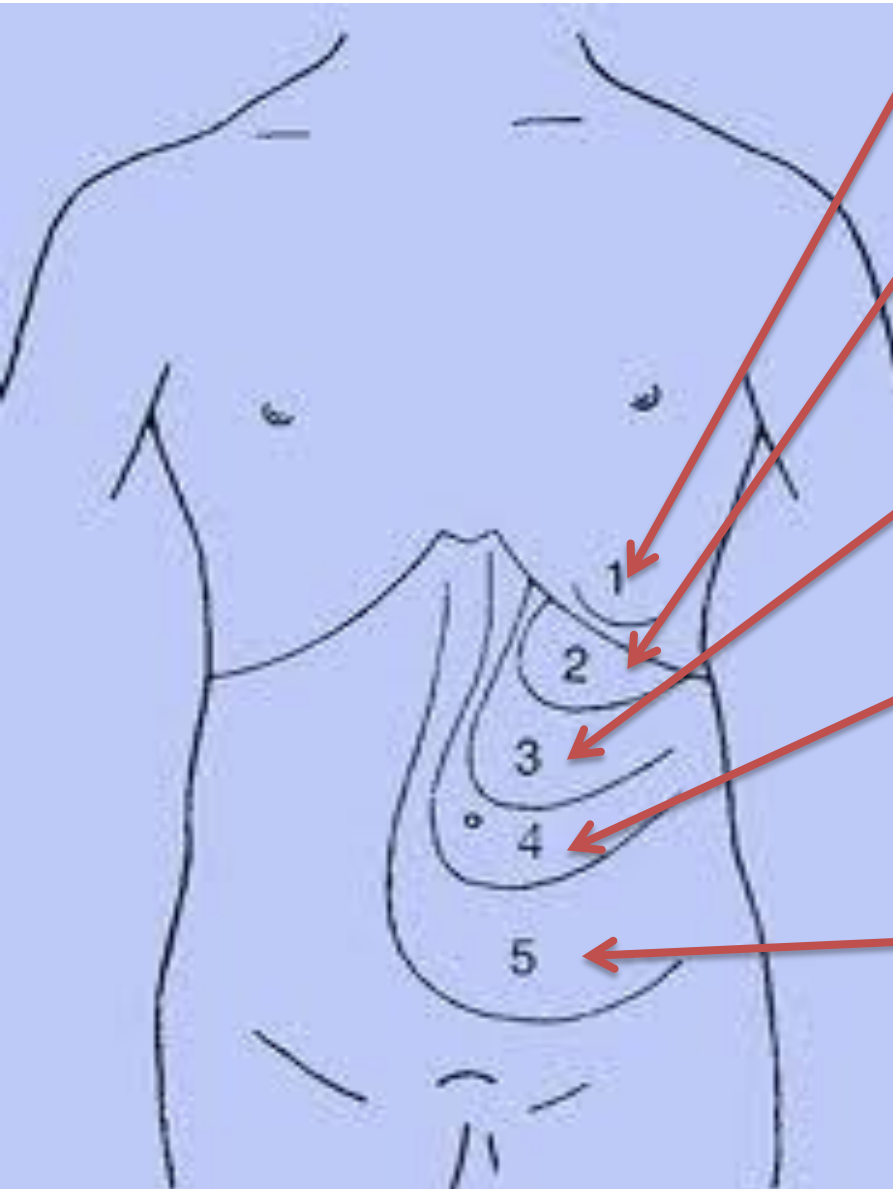
La palpation débute bas, dans la fosse iliaque droite, pour détecter les splénomégalies volumineuses. Puis elle remonte progressivement vers la région sous-costale.

On demande au patient d'inspirer profondément.

En cas de splénomégalie le pôle inférieur vient buter contre les doigts de l'examineur car la rate est mobile à l'inspiration. Son bord antéro-interne crénelé est caractéristique.



II DIAGNOSTIC POSITIF



SPM ST1:

rate palpable lors de l'inspiration profonde .

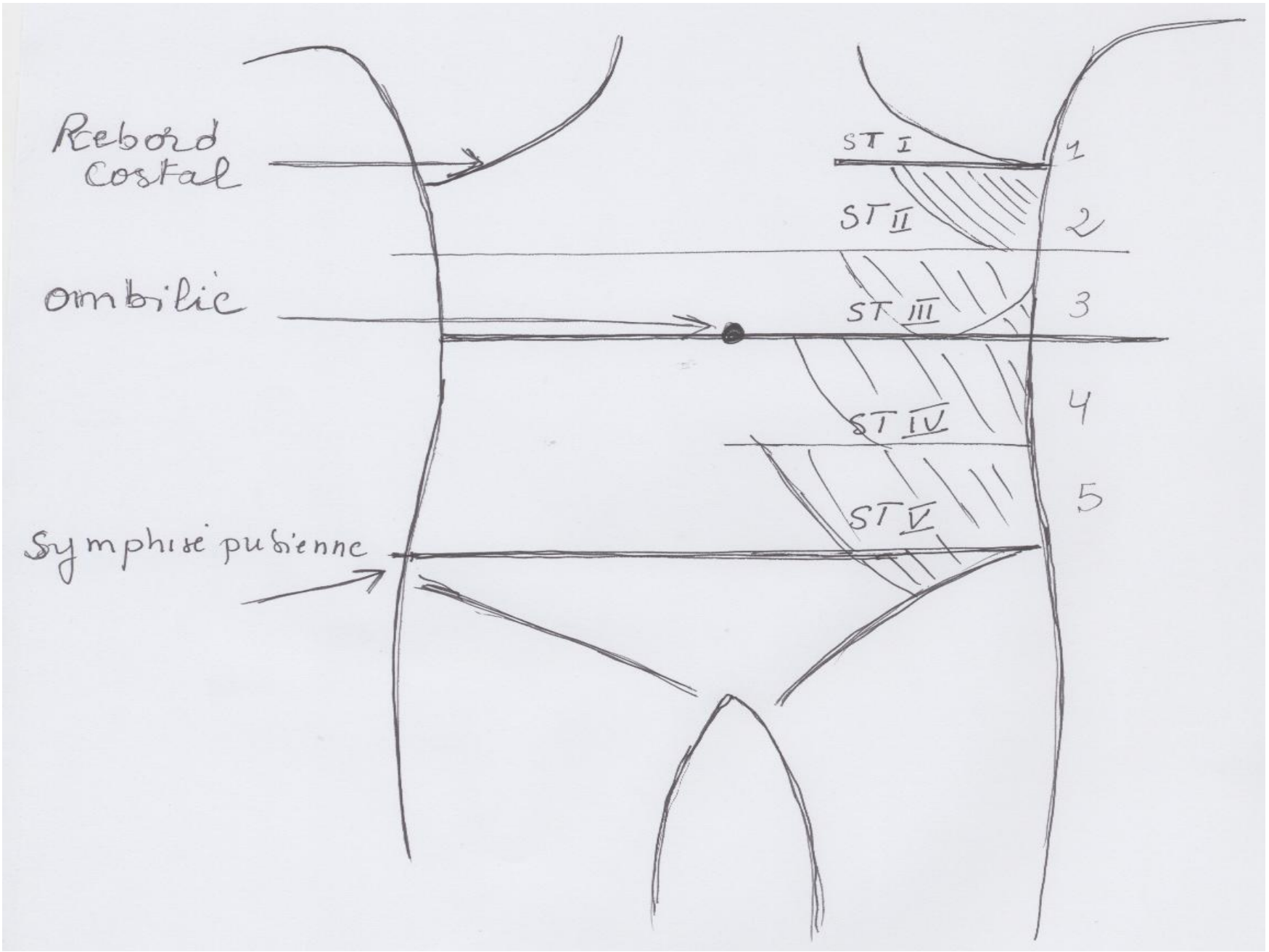
SPM ST2: palpable lors de la respiration normale, mais qui ne dépasse pas une horizontale passant à égale distance entre le rebord costal et l'ombilic.

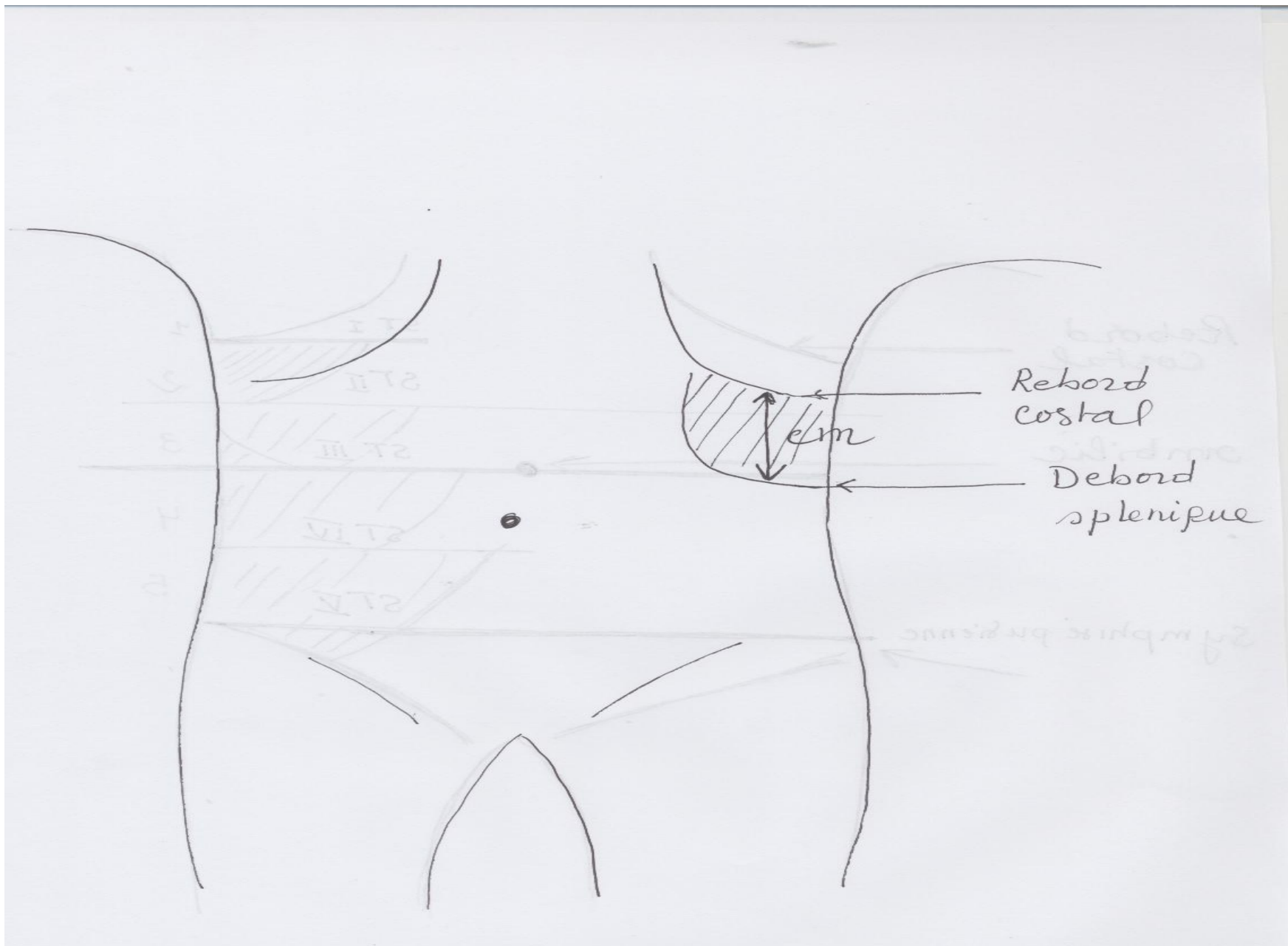
SPM ST3: qui ne dépasse pas l'horizontale passant par l'ombilic.

SPM ST4: ne dépasse pas une ligne passant à égale distance entre l'ombilic et la symphyse pubienne.

SPM ST 5: palpable dans la fosse iliaque gauche.

La classification (OMS, permet de classer les SMG en 5 stades :





II DIAGNOSTIC POSITIF

4- Examens complémentaires

NFS :

elle a une valeur d'orientation diagnostique et indiquera la réalisation d'autres examens

biochimiques (bilan hépatique, signes d'hémolyse, syndrome inflammatoire...).

Echographie abdominale :

homogénéité (kyste, hématome , sa taille, sa vascularisation et la présence de rates accessoires.

TDM abdominale :

montre la densité, la taille et l'homogénéité du parenchyme, et la présence éventuelle de rate accessoires, d'ADP.

Si la cause n'est établie de la splénomégalie → splénectomie s'impose

III DIAGNOSTIC DIFFERENTIAL

III DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Gros rein gauche

Masse plus postérieure, donnant le contact lombaire, immobile à l'inspiration profonde

Tumeur de l'angle colique gauche

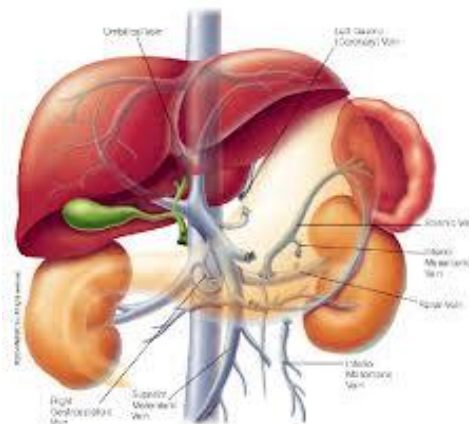
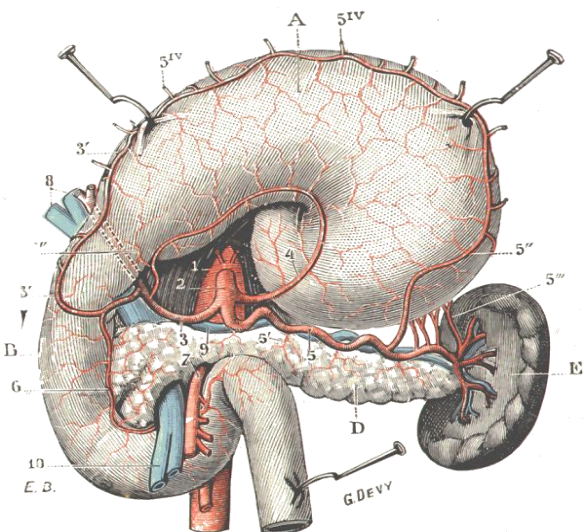
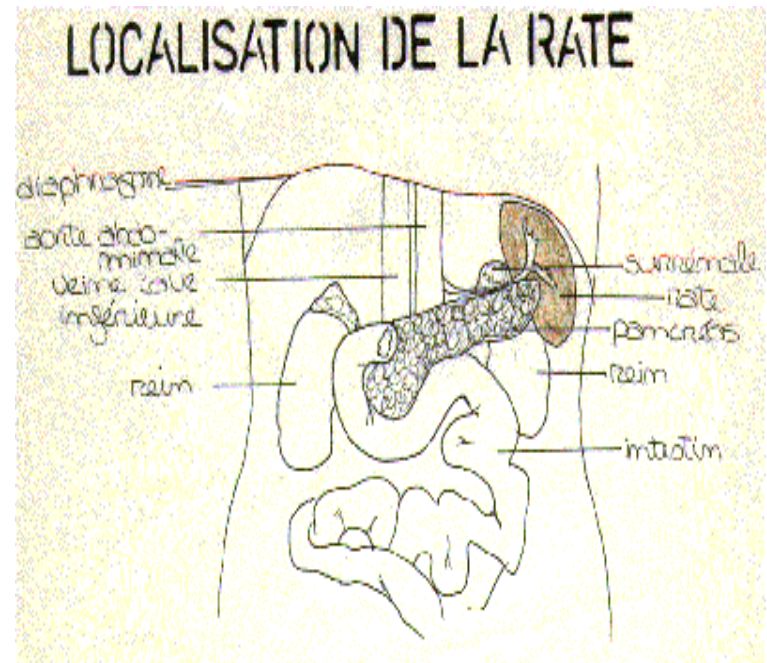
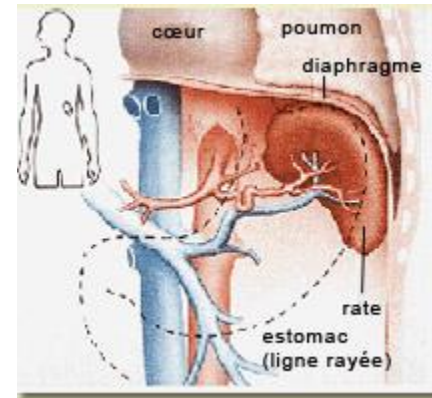
Assez antérieure, avec un bord antérieur non crénelé et un pôle inférieur mal limité

Kyste ou tumeur du mésentère

Kyste ou tumeur de la queue du pancréas

Tumeur gastrique

Hypertrophie Lobe gauche hépatique



IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

2- Hémopathies myéloïdes

- Leucémie myéloïde chronique (LMC)

SPM; hyperleucocytose avec myélémie, PAL leucocytaires effondrés ;
ch Ph t(9 ;22)

-Maladie de Vaquez (PG)

-Erythrose faciale, prurit, SPM, hyperviscosité sanguine (polyglobulie)

-Thrombocytémie essentielle (TE)

-SPM modérée ; plaquettes > 1million ; BOM : hyperplasie des
mégacaryocytes.

-Splénomégalie myéloïde (MFP)

-SPM ; hyperleucocytose avec myélémie et érythroblastémie avec poïkilocytose
et anisocytose ; myélofibrose myéloïde.

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

2- Hémopathies lymphoïdes

- LLC :
SPM, polyADP, hyper-lymphocytose
- Lymphomes splénique :
folliculaire, du manteau, villeux,
- Maladie de Waldenström :
SPM, IgM monoclonale, infiltration lympho-plasmocytaire
- Leucémies aiguës lymphoblastiques
- Leucémies à tricholeucocytes: SPM isolée, pan-cytopénie avec quelques cellules lymphoïdes à cytoplasme chevelu, BOM : myélofibrose lymphoïde

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

3-Anémie hémolytique constitutionnelle

-maladie de Minkowski-Chauffard:

-SMG et microsphérocytose au frottis ; splénectomie efficace si effectuée après 8 ans.

-Drépanocytose :

- SMG modérée ; infarctus splénique ; asplénie fonctionnelle ; HbS

-Thalassémie :

- méditerranée, microcytose, électrophorèse de l'Hb

-Déficit en G6PD :

- splénectomie inefficace car hémolyse intravasculaire déclenchée par la prise de certains médicaments.

-Déficit en PK :

- splénectomie bénéfique

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

4- Anémie hémolytique acquise

-Anémie hémolytique auto-immune:

-SMG avec test de Coombs positif ; splénectomie si échec corticothérapie. Syndromes lympho-prolifératifs, connectivites et infections en sont les étiologies fréquemment retrouvées.

- **Hémoglobinurie paroxystique nocturne ou maladie de Marchiafava-Micheli**

C'est une anémie hémolytique non immunologique liée à un déficit en protéines membranaires CD55 et CD59. Clone HPN

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

5- Splénomégalies vasculaires :

Hypertension portale :

-thrombose ou atrésie de la veine splénique

-tronc porte : thrombose , atrésie , cavernum portal , compression ganglionnaire ou tumorale ,cirrhose alcoolique , post hépatitique , fibrose hépatique congénitale

Syndrome de Budd-Chiari primitif ou secondaire a un sd myeloprolife

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

3-Maladies infectieuses (SMG + fièvre)

- infections parasitaires: paludisme , leishmaniose
- infections bactériennes : brucellose , hépatite virale , rubéole

4-tumeurs primitives spléniques

- benignes : kyste hydatique , hématome , hémangiome
- malignes : LNH splénique , angio-sarcome

4- SMG de surcharge :

maladie de Gaucher

5- SMG idiopathiques

Si la cause n'est établie de la splénomégalie → splénectomie s'impose

MERCI

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

1.2 Infections bactériennes septicémiques

Germes à croissance intracellulaire

Salmonellose, brucellose, rickettsiose : à évoquer lorsque la NFS montre une leuco neutropénie ou l'absence d'hyperleucocytose.

Septicémies à pyogène

Elles sont parfois associées à des localisations cutanées septico-pyoémiques, faux panaris d'Osler, des abcès spléniques (nodules intraspléniques hypodenses ou liquidiens) et une hyperleucocytose à neutrophile.

Tuberculose hématopoiétique (myéloculture)

A évoquer systématiquement devant toute splénomégalie fébrile, quelque soit l'aspect de la NFS : myélémie, pancytopénie

1.3 Infections virales

Elles sont évoquées dans un contexte infectieux avec syndrome mononucléosique à la NFS : MNI, Hépatites virales, CMV, rubéole et fièvre éruptives : manifestations cutanées, VIH : SPM modérée, polyADP, fièvre, sueurs nocturnes, diarrhée prolongée, lymphopénie

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

B- Splénomégalies inflammatoires

Syndrome de Felty

Il associe SPM, polyarthrite rhumatoïde et neutropénie profonde, fréquemment associée à des événements infectieux révélateurs.

Maladie de Still

S'accompagne d'une SPM dans 40% des cas et d'une hyperleucocytose à neutrophiles. La ferritinémie est très élevée avec baisse de sa fraction glycosylée.

Lupus érythémateux disséminé

Il sera évoqué devant la présence d'une SPM dans un contexte d'hémolyse auto-immune avec neutropénie. La positivité des Ac anti-DNA natifs confirmera le diagnostic.

Sarcoïdose

La radiographie du thorax retrouvera l'aspect médiastino-thoracique typique.

Syndrome d'activation macrophagique

Il sera recherché devant toute splénomégalie fébrile sur terrain immunodéprimé. La biologie retrouvera : pancytopénie, ferritinémie \square , triglycérémie \square isolée, LDH \square , fibrinogénémie \square sans signe de CIVD. Le myélogramme montrera des images d'hémophagocytose.

Splénomégalies idiopathiques

Elles seraient liées à des réactions dysimmunitaires fortes.

II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

-ADENOPATHIES MULTIPLES = DIAGNOSTIC FACILE

- ADENOPATHIE UNIQUE

*** SELON LA CONSISTANCE**

-MOLLE → LIPOME , ABCÈS

- DURE → FIBROME OSSIFIANT

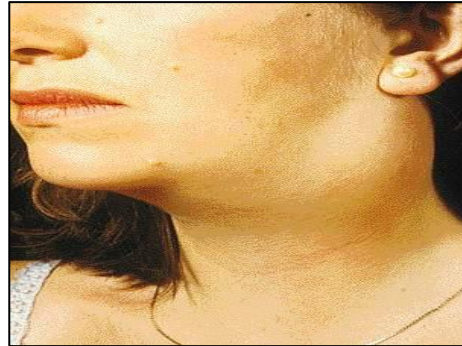
-BATTANTE ET EXPANSIVE → TUMEUR DU GLOMUS CAROTIDIEN

***SELON LE SIÈGE**

-KYTE DE LA PAROTIDE

-GLANDE SOUS MAXILLAIRE. (LITHIASE)

-TUMEUR DU GLOMUS CAROTIDE.



IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Splénomégalies infectieuses

1.1 Infections parasitaires

-Paludisme

La SPM est associée à la fièvre dès les premiers accès palustres. Au cours du paludisme viscéral évolutif, la SPN est souvent très importante.

Leishmaniose viscérale ou kala-azar

La SPM est en règle très importante, associée à une fièvre persistante et anarchique, une AEG, parfois des ADP. Le diagnostic est évoqué en zone méditerranéenne devant une gammopathie polyclonale, et confirmé par la mise en évidence du parasite sur le frottis médullaire.

Bilharziose intestinale

La SPM est associée à une hyperéosinophilie, voire une hypertension portale. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence des oeufs de *S. mansoni* dans les biopsies rectales ou hépatiques.

Autres parasitoses

Abcès amibien, hydatidose, trypanosomiase humaine africaine, babésiose, distomatose