

# Adénites de l'enfant

Marie-Sarah FANGOUS

Nadia SAÏDANI

13/09/2022

# Nuage de points n° 1

- ▶ Citer 5 éléments importants de l'interrogatoire





# Nuage de points n° 2

- ▶ Quelles sont les principales étiologies infectieuses à évoquer devant une adénite superficielle ?

# Nuage de points n°2

## Agents pathogènes bactériens retrouvés dans les adénites :

TABLE 4 Demographic data of patient groups

Infection?	Age (median ± intraquartile range) in yrs					
	CSD	<i>M. tuberculosis</i>	<i>M. avium</i>	<i>T. whipplei</i>	<i>F. tularensis</i>	<i>S. epidermidis</i>
Yes	26.9 ± 17.3	46.6 ± 20.8	6.3 ± 15	490.5 ± 12.3	43.9 ± 18.1	40.1 ± 20.3
No	36.5 ± 24.6	30.4 ± 21.2	32.6 ± 21.1	31.2 ± 20.8	31 ± 21.5	30 ± 21.7
P value	0.001	0.001	0.001	0.04	0.005	0.001

TABLE 5 Previous studies of bacterial lymphadenitis

Author (yr) (reference)	No. of patients	Diagnostic method used		Commonly detected agents of infectious lymphadenitis (% positive cases) <sup>a</sup>			
		Culture	PCR	1st agent	2nd agent	3rd agent	4th agent
Doberneck (1983) (21)	169	Yes	No	<i>M. tuberculosis</i> (6)	<i>S. aureus</i> (4)	ND	ND
Anthony et al. (1983) (22)	228			<i>M. tuberculosis</i> (3)	<i>B. henselae</i> (1)	<i>T. gondii</i> (0.4)	ND
Roberts et al. (1984) (23)	163	Yes	No	Mycobacteria (17)	<i>S. epidermidis</i>	<i>S. viridans</i>	<i>P. acnes</i>
Freidig et al. (1986) (24)	419	Yes	No	<i>Histoplasma capsulatum</i> (4)	<i>M. tuberculosis</i> (3)	<i>M. avium</i> complex (2)	<i>M. kansasii</i> (0.7)
Ridder et al. (2002) (20)	454	Yes	Yes	<i>B. henselae</i> (13)	<i>S. pyogenes</i> (2)	<i>S. aureus</i> (1)	<i>M. tuberculosis</i> (1)
Chau et al. (2003) (30)	423	Yes	No	<i>T. gondii</i> (4)	<i>M. tuberculosis</i> (3)	<i>B. henselae</i> (0.7)	Streptococci (0.5)
Rolain et al. (2006) (2)	786	Yes	Yes	<i>B. henselae</i> (31)	Mycobacteria (7)	Coagulase-negative staphylococci (3)	<i>S. aureus</i> (2)
Angelakis et al. (2009) (3)	491	No	Yes	<i>B. henselae</i> (30)	<i>S. aureus</i> (4)	<i>F. tularensis</i> (3)	<i>M. tuberculosis</i> (1)
Rosado et al. (2011) (25)	368	Yes	Yes	<i>M. avium</i> complex (60)	<i>B. henselae</i> (20)	Yersiniosis (7)	<i>F. tularensis</i> (3)
This study	1,688	Yes	Yes	<i>B. henselae</i> (33)	<i>S. aureus</i> (7)	Coagulase-negative staphylococci (7)	<i>M. tuberculosis</i> (7)

<sup>a</sup>ND, not described

Table 1. Results of culture and PCR assays of 786 biopsy lymph node specimens\*

Diagnosis or infection	Positive culture	<i>Bartonella</i> -positive PCR	16S rDNA-positive PCR	Total
CSD	1	244	122	244
<i>Bartonella quintana</i>	1	1	1	1
Q fever	2	0	3	3
Tularemia	1	0	1	1
<i>Abiotrophia adjacens</i>	2	0	2	2
<i>Actinomyces</i>	1	0	1	1
<i>Pasteurella multocida</i>	2	0	2	2
Mycobacterial infection	54	0	32	54
<i>Staphylococcus aureus</i>	16	0	16	16
Coagulase-negative <i>Staphylococcus</i>	15	0	10	23
<i>Streptococcus pyogenes</i>	10	0	10	10
<i>Fusobacterium</i> spp.	4	0	4	4
<i>Nocardia asteroides</i>	1	0	1	1
<i>Propionibacterium acnes</i>	15	0	7	16
<i>Prevotella</i> sp.	1	0	1	1
<i>Clostridium perfringens</i>	1	0	1	1
<i>Tropheryma whipplei</i>	0	0	1	1
Miscellaneous	21	0	21	21
Neoplasm	0	0	0	47
Unknown	0	0	0	350
Total	148	245	236	449

\*CSD, cat-scratch disease. Among 244 specimens PCR-positive for *B. henselae*, 10 showed a concurrent mycobacterial infection and 3 showed a neoplasm.

Marion Safont, Emmanouil Angelakis, Hervé Richet, Hubert Lepidi, Pierre-Edouard Fournier, Michel Drancourt, Didier Raoult. Bacterial Lymphadenitis at a Major Referral Hospital in France from 2008 to 2012. J Clin Microbiol. 2014 Apr;52(4):1161-7.

Jean-Marc Rolain, Hubert Lepidi, Michel Zanaret, Jean-Michel Triglia, Gérard Michel, Pascal-Alexandre Thomas, Michèle Texereau, Andreas Stein, Anette Romaru, François Eb, Didier Raoult. Lymph node biopsy specimens and diagnosis of cat-scratch disease. Emerg Infect Dis. 2006 Sep;12(9):1338-44.



# Maelys, 29 mois

Adressée par son médecin traitant pour volumineuse adénopathie cervicale D (sous-disgastrique).

- ▶ Angine érythémato-pultacée 1 mois auparavant.
- ▶ Adénopathie persistante malgré la résolution de l'angine
- ▶ Pas de fièvre , pas de sueurs nocturnes, pas d'altération de l'état général

Echographie:

- ▶ importante adénopathie hétérogène 37 x 23mm
- ▶ non nécrotique non hypervascularisée au doppler
- ▶ Adénopathie satellite de 14 mm



# Quel bilan en première intention ?

---

Biologie standard avec :

BH

EPP

CRP

LDH

Sérologies virales (EBV, CMV, toxo, VIH)



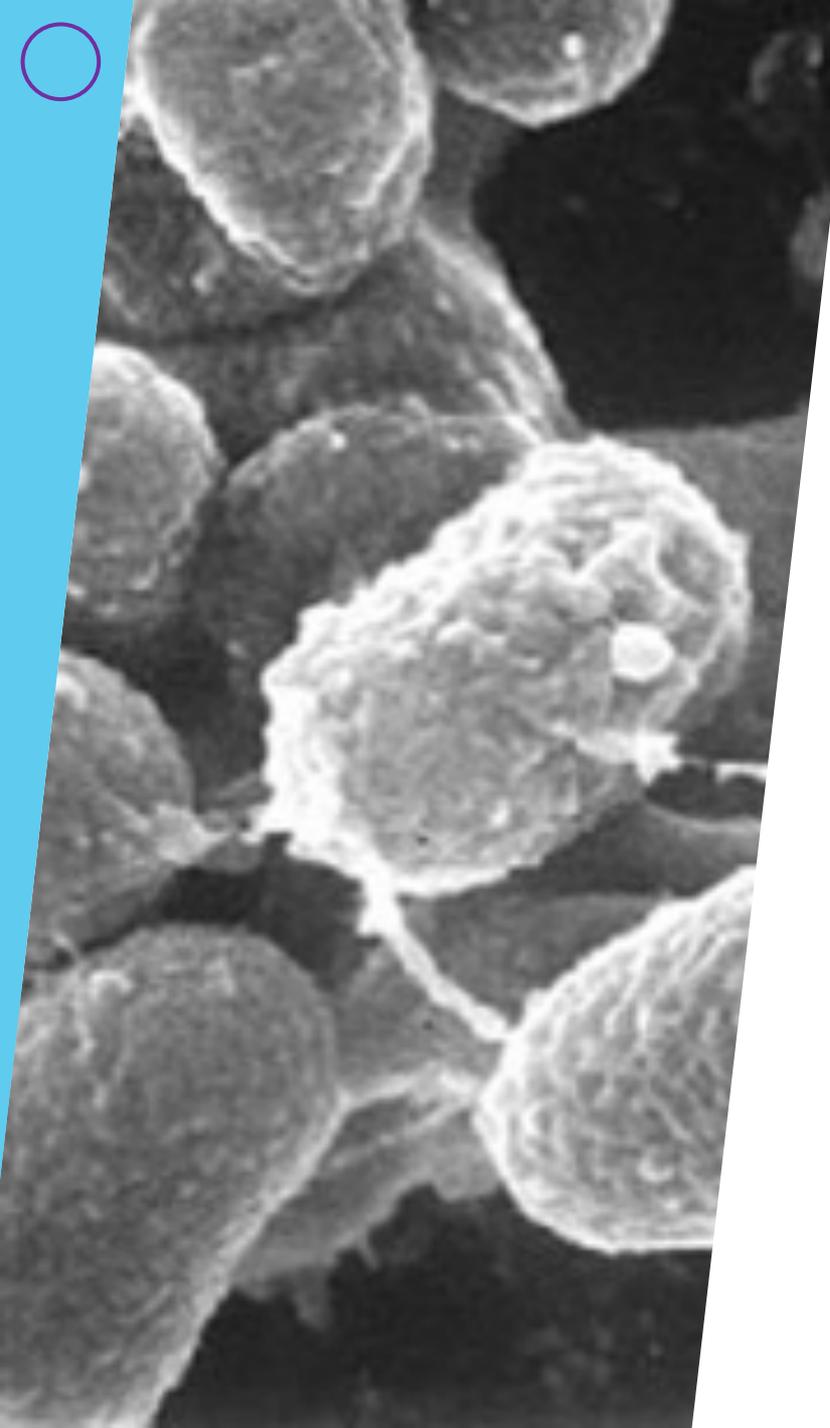
# Bilan biologique

- ▶ NFS : GB 6,84 G/L, dont 2,12 G/L PNN
- ▶ Hyponatrémie à 135 mmol/l
- ▶ Discrète cytolyse 1,5N sur les ASAT (42 UI/L)
- ▶ Pas de syndrome inflammatoire (Fg 3,1 g/L, CRP 0,7 mg/L)
- ▶ Electrophorèse des protéines plasmatiques normale
- ▶ LDH positifs à 286 UI/L (norme entre 125 et 220)
- ▶ Sérologies EBC, CMV, VIH et toxoplasmose négatives.

# Poursuite du bilan

- ▶ Après retour des sérologies virales négatives
- ▶ Échec d'un traitement antibiotique « standard »
  - ▶ **Prélèvement de l'adénopathie**
- ▶ Guidé par l'imagerie : Echographie +++ ou TDM
- ▶ Plusieurs modalités de prélèvement
  - ▶ Écoulement spontané sur fistulisation/abcédation
  - ▶ Cytoaspiration à l'aiguille sous AL
  - ▶ Incision/exérèse sous AG
- ▶ Examens
  - ▶ **Histologie**
  - ▶ **PCR *Bartonella***
  - ▶ **PCR *M. tuberculosis***
  - ▶ **PCR *F. tularensis***
  - ▶ **Culture Mycobactéries**





# Diagnostic

- ▶ Infection à *Mycobacterium avium*
- ▶ Adénites à mycobactérie = cause la plus commune de granulome cervico-facial
  - Tuberculeuses
  - Non tuberculeuses (MNT) : *M. avium* 62%,  
*M. intracellulare*, *M. scrofulaceum*,  
*M. lentiflavum*, etc...
    - **Enfant immunocompétent, 1 à 5 ans, prédominance féminine**
    - Incidence annuelle chez les <5 ans = 3,7/10 000 depuis 2008
    - Porte d'entrée probablement orale, par ingestion d'eau/aliments souillés par les MNT environnementales (eau/sol)
- ▶ **Diagnostic long et difficile**
  - ▶ Savoir l'évoquer
  - ▶ Culture spécifique et lente
  - ▶ ED de faible sensibilité
- ▶ Non associée à un déficit immunitaire



# Traitement

## ▶ Quizz

- ▶ Azithromycine 10 mg/kg/jour QSP 1 mois
- ▶ Ciprofloxacine 20 mg/kg x2/jr QSP 1 mois
- ▶ Clarithromycine 30 mg/kg/jour QSP 1 mois
- ▶ Clarithromycine 30 mg/kg/jour + Rifabutine 5 mg/kg/jour QSP 3 mois
- ▶ Adénectomie
- ▶ Aucun traitement

# Traitement

- ▶ 50 enfants avec adénites cervicofaciales à MNT : chirurgie vs ATB
- ▶ Critère I : guérison (↓ taille adénopathie > 75%, guérison fistule et cicatrisation sans récurrence ou apparition de nouvelles lésions dans les 6 mois).
- ▶ Critères II: complications secondaires de la chirurgie et EI des traitements antibiotiques.
- ▶ → en ITT, excision chirurgicale > antibiothérapie (respectivement 96% et 66%).

**Table 2. Secondary outcomes for children with nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis.**

Outcome	No. (%) of patients who underwent surgery	No. (%) of patients treated with antibiotics	<i>P</i> <sup>a</sup>
<b>Surgical complications</b>			
Facial nerve dysfunction			
Temporary	6 (12)	NA	...
Permanent	1 (2)	NA	...
Secondary wound infection	6 (12)	2 (4)	.27
Postoperative haematoma	1 (2)	NA	...
<b>Adverse events</b>			
Fever within 2 weeks	6 (12)	18 (36)	.01
Fever after 6 weeks <sup>b</sup>	0 (0)	12 (24)	<.001
Fatigue within 2 weeks	8 (16)	17 (34)	.06
Fatigue after 6 weeks	0 (0)	12 (24)	<.001
Abdominal pain within 2 weeks	2 (4)	14 (28)	.002
Abdominal pain after 6 weeks	0 (0)	4 (8)	.12
Extrinsic tooth discoloration within 2 weeks	NA	4 (8)	...
Extrinsic tooth discoloration after 6 weeks	NA	9 (18)	...
Headache within 2 weeks	1 (2)	7 (14)	.06
Headache after 6 weeks	0 (0)	4 (8)	.12
Vomiting within 2 weeks	2 (4)	5 (10)	.44
Vomiting after 6 weeks	0 (0)	1 (2)	1.0
Abnormal stools within 2 weeks	2 (4)	14 (28)	.02
Abnormal stools after 6 weeks	0 (0)	8 (16)	.08
Allergic rash within 2 weeks	NA	1 (2)	...
Allergic rash after 6 weeks	NA	2 (4)	...

**NOTE.** NA, not applicable.

<sup>a</sup> Calculated using Fisher's exact test.

<sup>b</sup> Temperature, >38.5°C.

# Traitement

- ▶ Essai randomisé de non infériorité: 50 enfants avec adénites cervicofaciales à MNT
- ▶ 25 traités par ATB, 25 en abstention/observation
- ▶ Mêmes critères de jugement que l'essai précédent.
- ▶ Le temps médian de guérison des patients traités = 36 semaines (range, 20-64 semaines; IQR, 28-52 semaines), versus 40 semaines (range, 20-68 semaines; IQR, 31-47 semaines) pour le groupe abstention (P = 0.38, Mann-Whitney U test).

**Table 2. Adverse Events Associated with Antibiotic Therapy**

Outcome/adverse events	No. (%) patients with antibiotic treatment
Fever within 2 weeks	15 (60)
Fever after 6 weeks	1 (4)
Fatigue within 2 weeks	12 (48)
Fatigue after 6 weeks	3 (12)
Abdominal pain within 2 weeks	7 (28)
Abdominal pain after 6 weeks	1 (4)
Extrinsic tooth discoloration within 6 weeks	4 (16)
Extrinsic tooth discoloration after 6 weeks	16 (64)
Headache within 2 weeks	3 (12)
Headache after 6 weeks	0 (0)
Vomiting within 2 weeks	0 (0)
Vomiting after 6 weeks	0 (0)
Abnormal stools within 2 weeks	2 (8)
Abnormal stools after 6 weeks	0 (0)

# Traitement

## ▶ Pas de consensus

- ▶ Chirurgie généralement citée comme traitement de référence



- ▶ En pratique pas systématique
- ▶ Dépend du stade, du niveau d'atteinte des tissus graisseux, de la nécessité d'une reconstruction
- ▶ Risque atteinte nerf facial



- ▶ Antibiothérapie seule : Macrolide (Clarithromycine 30 mg/kg/jr pendant 1 mois)

## ▶ Abstention thérapeutique

- ▶ Pas de bénéfice démontré sur la guérison (taux, rapidité)
- ▶ L'évolution spontanée, bien que longue, est toujours favorable.

# Particularités de l'atteinte

**Table 2. Clinical characteristics of 61 patients with suspected nontuberculous mycobacterial infection.**

Clinical characteristic	No. (%) of patients
Lymphadenopathy <sup>a</sup>	56 (92)
Cervical	53 (87)
Mediastinal	1 (2)
Abdominal	0
Inguinal	3 (5)
Axillar	3 (5)
Symptom	
Malaise	22 (36)
Fever	16 (26)
Weight loss	4 (7)
Anorexia	5 (8)
Coughing	5 (8)
Complication	
Abscess	28 (46)
Fistula	12 (20)
Osteomyelitis	1 (2)
Pulmonary abnormalities	2 (3)
Hepatosplenomegaly	0

<sup>a</sup> Total number exceeds 56 because enlarged lymph nodes could be present at several locations.

- ▶ Localisation sous mandibulaires (55%), cervicales (33%) et parotidiennes (16%)
- ▶ Nodule ferme (70%), violacé (59%), non douloureux (83%), sans fièvre (88%)
- ▶ Sex ratio (2 ♀ : 1 ♂)
- ▶ Âge : 1-4 ans
- ▶ Abcédation possible
- ▶ Évacuation
  - spontanée par fistulisation
  - après ponction-aspiration

# Take home message

## Particularités MNT

- ▶ Lymphadénite cervicale subaiguë ou chronique qui ne répond pas aux antibiotiques habituels
- ▶ Tuméfaction cervico-faciale violacée indolore
- ▶ Traitement méd / chir / abstention
- ▶ Délai résolution
- ▶ Suivi post-opératoire
- ▶ Contexte de DIC

## Notre CC



Abstention

11 mois

18 mois

Non

# THM Mycobactéries atypiques

Savoir l'évoquer

Evolution  
subaiguë ou  
chronique

Echec  
antibiotiques  
habituels

Tuméfaction  
cervico-faciale  
violacée  
indolore

Cytoaspiration

Abstention  
thérapeutique

**Suspicion d'adénite à MA** : nodule ferme, aspect violacé/érythémateux, non fistulisé, indolore, sans fièvre

**Bilan de première intention** : NFS<sup>1</sup>

**Diagnostics différentiels** : Tuberculose<sup>2</sup>, causes infectieuses autres, malformations congénitales, lymphome, pyodermite froide

**Attention si âge atypique (< 1 an ou grand enfant)** : discuter échographie +/- tomodensitométrie

**Confirmation diagnostique** : PONCTION sous anesthésie locale et protoxyde d'azote  
- prélèvements pour mise en culture: bactériologique et mycobactériologique

**Prise en charge thérapeutique après confirmation diagnostique** :

- Abstention si tuméfaction indolore non fistulisée, non rénitente
- Antibiothérapie par macrolides si adénopathies douloureuses, volumineuses, multiples

**Surveillance clinique à 1 mois**

**Absence d'amélioration** : discuter

- 1) Introduction clarithromycine<sup>3</sup>
- 2) Prolongation clarithromycine 1 mois
- 3) Chirurgie

**Amélioration** : STOP

# Paul, 4 ans



- ▶ Se présente aux urgences pour fièvre, vomissement et douleur abdominale.
- ▶ Lésion inflammatoire suppurée du cuir chevelu apparue 10 jours plus tôt et traitée comme une folliculite par Pristinamycine
- ▶ Adénopathies cervicale et occipitale droites



# Bilan biologique

- ▶ NFS : GB 6,53 G/L,  
dont 2,47 G/L PNN
- ▶ Fonction rénale normale
- ▶ BH normal
- ▶ Syndrome inflammatoire  
modéré (CRP 43,7 mg/L)
- ▶ Augmentation des  
alphaglobulines à  
l'électrophorèse des protéines  
plasmatiques

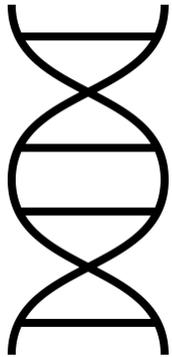


SENLAT  
(Scalp Eschar and  
Neck  
Lymphadenopathy  
After a Tick bite)

- ▶ Escarre d'inoculation au niveau du cuir chevelu
- ▶ Episodes fréquents de morsures de tique, vit à proximité d'un bois.
- ▶ Sérologie tularémie (IgG 1/400 et IgM 1/100) et PCR tularémie sur biopsie d'escarre positives

# SENLAT

- ▶ Sex ratio F/H 1,13
- ▶ Pathogènes imputables
- ▶ Essentiellement causés par *R. raoulti*, mais aussi *B. henselae* et *F. tularensis*
  - ▶ *R. slovaca*
  - ▶ *R. raoulti*
  - ▶ *R. mongolitimonae*
  - ▶ *B. henseale*
  - ▶ *F. tularensis*
  - ▶ *Coxiella like*
- ▶ Associe fréquemment fièvre + asthénie + céphalées
- ▶ Traitement habituel (Rickettsies+++) = Azithromycine ou Clarithromycine 21 jours



# Diagnostic



## ▶ PCR +++

*F. tularensis*

*Bartonella spp.*

*Rickettsies* (CNR Rickettsies, IHU Méditerranée Infection, sensibilité 68%, spécificité 100 %)

- ▶ Écouvillonnage de l'escarre d'inoculation
- ▶ Biopsie d'escarre
- ▶ Cytoponction / Biopsie ganglionnaire
- ▶ Tique prélevée sur le patient

## ▶ Sérologie

- ▶ Ne permet qu'un diagnostic rétrospectif ou cinétique d'apparition des anticorps
- ▶ Suivi de traitement (Tularémie)
- ▶ Réactions croisées entre espèces de Rickettsies

## ▶ Culture sur sang (Rickettsie)

## ▶ Immuno-histochimie



# Traitement

## ▶ Quizz

- ▶ Doxycycline 2,5mg/kg x 2 par jour 14 jours
- ▶ Azithromycine 10mg/kg 21 jours
- ▶ Clarithromycine 7,5mg/kg x 2 par jour 21 jours
- ▶ Cotrimoxazole 30mg/kg/jour 21 jours
- ▶ Amoxicilline-Acide clavulanique 100mg/kg x 3 21 jours
- ▶ Ciprofloxacin 10 mg/kg x 2 par jour 10 jours



# Take home message

## Particularités SENLAT/Tularémie

- ▶ Fébrile
- ▶ Escarre d'inoculation (cuir chevelu+++)
- ▶ Traitement
- ▶ Suivi de traitement tularémie

## Notre CC



Doxycycline 14 jours

A l'issue de la durée du traitement (14 jours)



# SENLAT

Prédominance  
femme et  
enfants

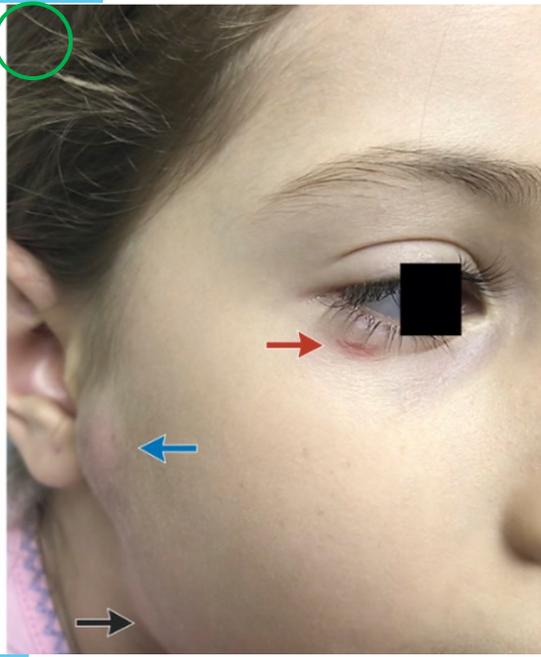
Rechercher  
l'escarre  
d'inoculation  
(cuir chevelu)

Escarre +  
ganglion

Doxycycline ou  
Ciprofoxacine

PCR sur  
écouvillonnage

# Ellyel, 5 ans



- ▶ Fièvre et sueurs nocturnes évoluant depuis 3 jours
- ▶ ATCD familiaux spondylarthrite ankylosante et asthme
- ▶ Adénopathies cervicales droites (pré-auriculaire et sous-mandibulaire) douloureuses, inflammatoires
- ▶ Lésion oeil droit au niveau de la paupière inférieure
- ▶ Diag diff lymphome à écarter



# Bilan biologique

- ▶ NFS : GB 6,84 G/L,  
dont 3,3 G/L PNN
- ▶ Syndrome inflammatoire  
modéré (CRP 31 mg/L)
- ▶ Sérologies EBV, CMV, PB19,  
Toxoplasmose négatives
- ▶ Sérologie MGC positive (index  
IgG 6,03, index IgM 2,68)

# *Bartonella sp*

- ▶ BGN de culture difficile.
- ▶ Maladie des Griffes du Chat/ Cat Scratch Disease:
  - ▶ *B. henselae* +++
  - ▶ *B. quintana*
  - ▶ *B. clarridgeiae*
- ▶ Péliose hépatique (B.h)
- ▶ Angiomatose bacillaire (B.h, B.q)
- ▶ Endocardite infectieuse (B.h, B.q)
- ▶ Fièvre des tranchées (B.q)
- ▶ Réservoir variable : Chatons, chats (<1 an+++), chiens, tiques (*Ixodes ricinus*), puces!



# Bartonellose / MGC

- ▶ **Epidémiologie en France inconnue**  
USA 5-10/100 000 cs, peu d'hospitalisations.  
Saisonnalité (décembre +++).
- ▶ **90 % formes typiques :**  
éruption papuleuse au site d'inoculation,  
adénopathie satellite, qq sem ou mois plus tard
- ▶ **10 % formes atypiques:**  
Syndrome de Parinaud, atteinte OPH dont  
rétinite, encéphalite, atteinte hépato-  
splénique, endocardites, IOA, fièvre  
prolongée...





## Particularités de l'atteinte

427 adénopathies cervicales chroniques (> 3 semaines), cohorte pédiatrique hollandaise, non immunodéprimée

- ▶ Sérologies initiales négatives
  - Biopsies et PCR réalisées
  - ▶ 53 cas de *B. henselae*
  - ▶ Age médian = 59 mois
  - ▶ 75 % n'avaient pas de chat
- ▶ **Adénopathie unique**
- ▶ Collection ou abcédation au moment du diagnostic (8 % de présentation pseudo tumorale)
- ▶ **Décoloration cutanée en regard**
- ▶ Pas de signe généraux, pas d'anomalie biologique
- ▶ Sérologie + ultérieurement = 17%
- ▶ **Evolution lente = 6,6 +/- 3 mois**



*Bartonella sp.* :

Diagnostic  
microbiologique

- ▶ **Diagnostic direct à privilégier : PCR sur cytoponction ganglionnaire ou biopsie ou écouvillonnage.**
- ▶ **Diagnostic indirect par sérologie :** attention à la cinétique d'apparition des anticorps !  
Bien souvent réalisée trop tôt par peur de la ponction = non contributif, à réitérer pour **observer la séroconversion à J15 minimum.**
- ▶ Attention, réaction croisée en sérologie possible avec *Coxiella* et *Chlamydia*.
- ▶ Cytologie : granulome non pathognomonique



*Bartonella sp. :*

Diagnostic  
microbiologique

- ▶ **La confirmation microbiologique n'est pas une nécessité absolue !**
  - ▶ Notion de griffure récente
  - ▶ Adénopathie satellite du site d'inoculation



# Traitement

- ▶ Quizz
  - ▶ Doxycycline 200 mg/jr 14 jours
  - ▶ Azithromycine 10mg/kg 21 jours
  - ▶ Clarithromycine 15mg/kg 21 jours
  - ▶ Cotrimoxazole 30mg/kg 21 jours
  - ▶ Abstention

# Traitement



- ▶ **Discordance recommandations / pratiques**
- ▶ Cohorte hollandaise = abstention médicamenteuse/ponction
- ▶ USA/IDSA = antalgiques et surveillance :
  - ▶ 12 % de surveillance simple
  - ▶ 70 % antibiothérapie
  - ▶ 15 % de ponction ganglionnaire
  - ▶ Si Interniste/Infectiologue : ponction +
  - ▶ Si Médecin généraliste : ATB +
  - ▶ Si pédiatre : antalgiques +
  
- ▶ **Proposition de traitement :**
  - ▶ **Forme simple / non immunodéprimé:**
    - ▶ Pas d'ATB (pas de bénéfice)
    - ▶ Ponctions et parfois chirurgie pour une amélioration locale plus rapide
    - ▶ Partience car évolution lente: 6-9 mois
  - ▶ **Forme compliquée nécessitant une ATBthérapie**
    - ▶ Azithromycine 10mg/kg J1 puis 5mg/kg J2-J5

# THM *Bartonella spp.*

Cytoponction  
diagnostique et  
thérapeutique

PCR ou  
cinétique  
sérologie, mais  
pas obligatoire

Macrolides

Chat/Tiques

Abstention  
thérapeutique  
forme simple



# Take home message

## Particularités Bartonelloses

- ▶ Chat /tiques
- ▶ Traitement

## Notre CC

- ▶ Chat de 1 an
- ▶ Abstention  
thérapeutique



# TAKE HOME MESSAGES ADENITES

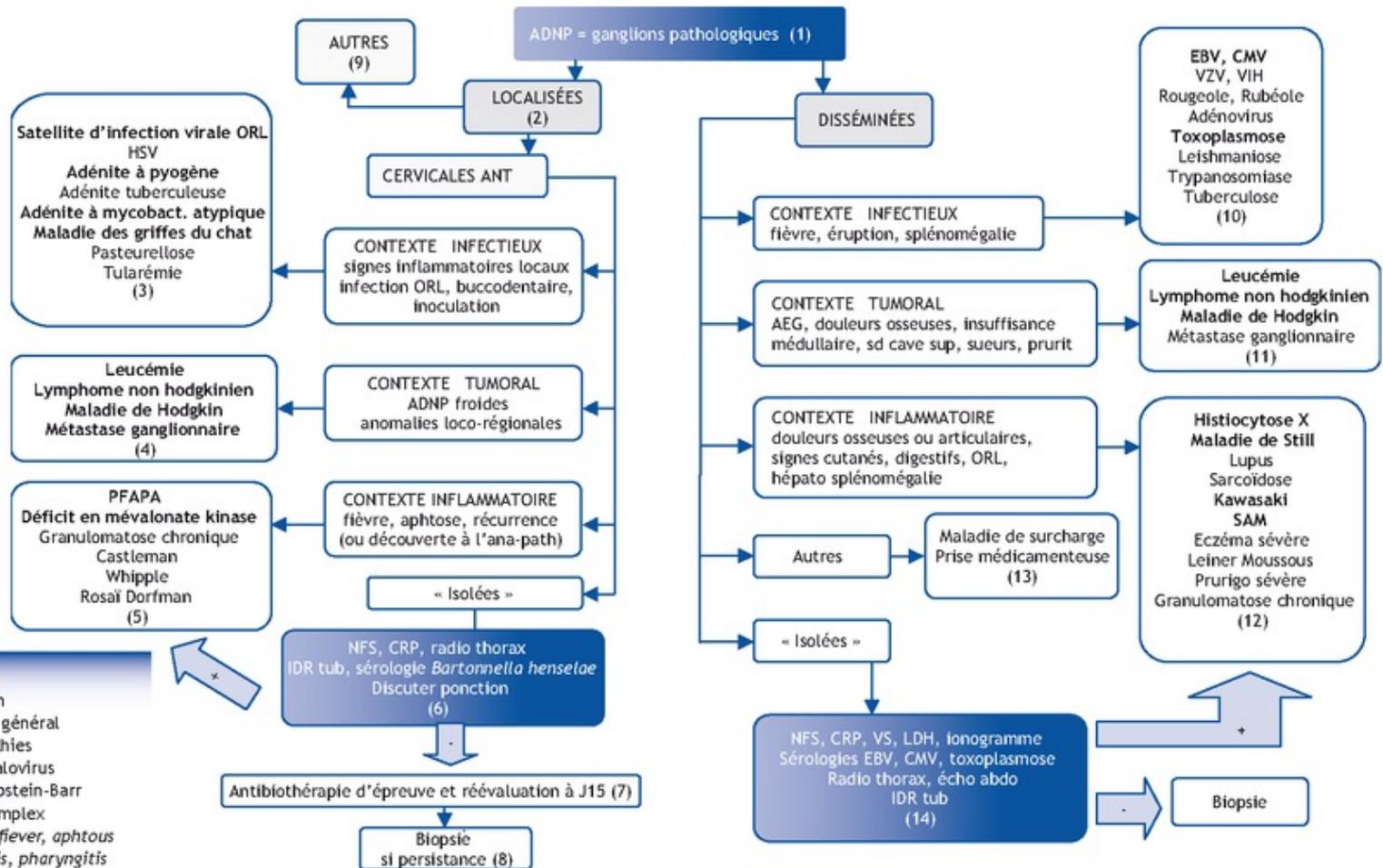
Interrogatoire minutieux

Réitérer les sérologies en cas de négativité

Ne pas hésiter à aller à la cytoponction : importance de la biologie moléculaire

Abstention thérapeutique possible dans certains cas

# Adénopathie superficielle



## Abréviations

- AEG : altération de l'état général
- ADNP : adénopathies
- CMV : cytomegalovirus
- EBV : virus d'Epstein-Barr
- HSV : herpes simplex
- PFAPA : *periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenopathy*
- SAM : syndrome d'activation macrophagique
- VZV : virus varicelle zona

Merci pour votre  
participation!