

Asymétrie amygdalienne chez l'adulte: revue de littérature et proposition de prise en charge

Dr LOUIS NOËL³, Dr KARMA LAMBERCY³ et Dr YANN LITZISTORF³

Rev Med Suisse 2022; 18: 1843-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.798.1843

L'asymétrie amygdalienne est à la fois une découverte clinique fréquente et un potentiel signe de cancer. Le diagnostic de ce dernier se pose par une amygdalectomie. Celle-ci est associée à un arrêt de travail d'environ deux semaines, ainsi qu'à des risques postopératoires de saignement qui varient de 1,5 à 15% des cas. Il est donc crucial de déterminer quels patients peuvent être suivis cliniquement et quels sont ceux qui doivent bénéficier d'une amygdalectomie diagnostique. Cet article propose une revue de la littérature sur l'asymétrie amygdalienne dans la population adulte ainsi qu'un algorithme de prise en charge.

Tonsillar asymmetry in adults: review of the literature and management algorithm

Tonsillar asymmetry is both a common clinical finding and a potential sign of cancer. The diagnosis of the latter requires tonsillectomy, which is associated with two weeks off work and post-operative risk of bleeding, which ranges between 1.5 and 15% of the cases. Thus, it is crucial to determine which patients can be followed clinically and which ones will need a diagnostic tonsillectomy. This article provides a review of the literature on tonsillar asymmetry in the adult population and an algorithm for its management.

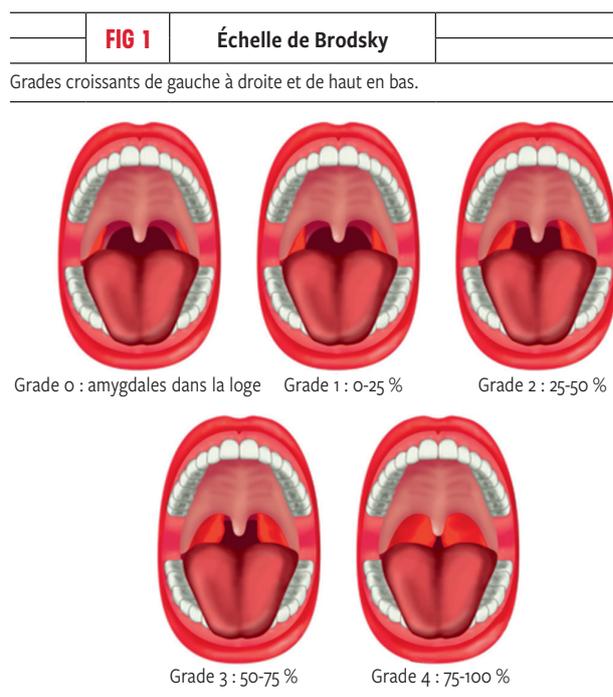
INTRODUCTION

L'asymétrie amygdalienne est une découverte clinique fréquente en consultation de médecine interne générale et un motif courant de demande de consultation en oto-rhino-laryngologie (ORL). Dans de nombreux cas, l'asymétrie est due à une variante anatomique, à une cicatrisation inégale dans les suites d'une infection ou encore à une illusion créée par la différence de profondeur des fosses amygdaliennes. Il n'existe pas de consensus sur la définition de l'asymétrie amygdalienne. Le plus fréquemment, l'asymétrie amygdalienne est définie comme une différence de grade sur l'échelle de Brodsky¹ (figure 1). Cependant, une asymétrie marquée de la forme des amygdales peut également être considérée comme une asymétrie significative malgré un grade similaire.²

L'asymétrie amygdalienne peut être le premier signe d'un processus néoplasique.³ Il convient donc de définir, sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens paracliniques, quels sont les patients qui pourront bénéficier

d'un suivi clinique et quels sont ceux qui devront avoir une amygdalectomie à but diagnostique. En effet, lorsque la muqueuse ne présente pas de lésion superficielle, le diagnostic de néoplasie de l'amygdale (principalement le carcinome épidermoïde et le lymphome) ne peut être fait par une biopsie en anesthésie locale au cabinet mais nécessite une amygdalectomie sous anesthésie générale.⁴ Cette intervention courante en ORL nécessite un arrêt de travail d'au minimum deux semaines et est associée à des risques de saignement plus élevés chez l'adulte, environ 1,5 à 15% des cas,⁵ que chez l'enfant.⁶

L'indication opératoire est donc basée sur la présence de symptômes évoquant un processus néoplasique, comme des symptômes B, une odynophagie unilatérale d'apparition progressive, des blocages alimentaires, des crachats sanguinolents, des fausses-routes, des modifications de la voix ou un examen clinique pathologique (une anomalie de la muqueuse ou des adénopathies cervicales associées palpées). L'otalgie réflexe ipsilatérale (avec otoscopie normale) doit également être considérée comme un signe alarmant pour une éventuelle pathologie néoplasique. Les facteurs de risque spécifiques



(© Marion Brun – CHUV).

³Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Département de chirurgie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
louis.noel@chuv.ch | karma.lambercy@chuv.ch | yann.litzistorf@chuv.ch

sont la consommation régulière d'alcool et de tabac, ainsi que le nombre de partenaires sexuels pour les cancers liés au virus du papillome humain (VPH).

La littérature est abondante quant aux indications à l'amygdalectomie pour asymétrie dans la population pédiatrique, tandis que nous manquons d'évidence dans la population adulte présentant une asymétrie amygdalienne asymptomatique.² Actuellement, nous avons l'habitude de réaliser rapidement une amygdalectomie à visée diagnostique dans les cas d'asymétrie amygdalienne qui sont symptomatiques et tendons plutôt à avoir une attitude expectative pour les cas asymptomatiques.^{7,8} En 2015, Hwang et coll. ont proposé un algorithme de prise en charge des asymétries amygdaliennes qui ne distingue pas la population adulte de la population pédiatrique.⁷ Or, la prévalence des néoplasies⁹ et les risques d'une amygdalectomie diffèrent fortement entre les deux groupes, ce qui souligne la nécessité d'une prise en charge spécifique à la population adulte.

Le but de cet article est donc de présenter une revue systématique de la littérature concernant l'asymétrie amygdalienne dans la population adulte uniquement, non disponible à ce jour à notre connaissance, et de proposer un algorithme de prise en charge (figure 2).

MÉTHODE

Une recherche informatisée a été réalisée en utilisant les bases de données de PubMed et Web of Sciences. Les «Medical Subject Headings» (MeSH) étaient «unilateral tonsillar enlargement», «unilateral tonsillar asymmetry» et «tonsillar asymmetry». Nous n'avions pas fixé de limite temporelle dans les publications. Notons que nous n'avons pas retrouvé d'articles dans la base de données Cochrane. Cette recherche nous a donné un total de 243 articles, certains étant toutefois des doublons. Nous avons ensuite commencé le processus de sélection en lisant soit le titre, soit l'abstract, soit l'entièreté de l'article.

Pour être inclus dans notre analyse, chaque article devait contenir toutes les informations suivantes:

- Le nombre de patients se présentant avec une asymétrie amygdalienne.
- Le nombre de patients avec une asymétrie amygdalienne symptomatique.
- Le nombre de patients avec une asymétrie amygdalienne asymptomatique.
- Le nombre de néoplasies parmi les deux groupes, symptomatique et asymptomatique.

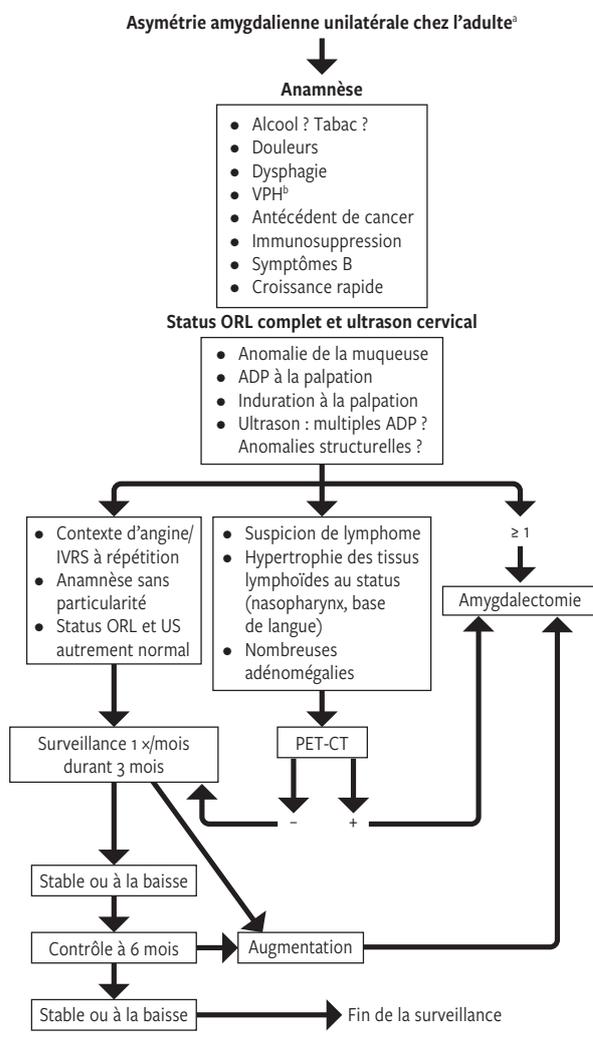
Nous avons exclu les rapports de cas, les articles écrits dans une autre langue que l'anglais ou le français et les articles concernant la population pédiatrique ou mixte sans la possibilité de distinguer les groupes.

RÉSULTATS

À la fin du processus de sélection, nous avons conservé 7 articles qui sont résumés dans le **tableau 1**. L'ensemble des données représente 512 patients avec une asymétrie amygdalienne.

FIG 2 Proposition d'algorithme de prise en charge

^a Modification à partir de l'algorithme de Hwang.
^b Plus de 25 partenaires de sexe vaginal ou plus de 5 partenaires de sexe oral.
 ADP: adénopathies; IVRS: infection des voies respiratoires supérieures;
 ORL: oto-rhino-laryngologique; US: ultrason; VPH: virus du papillome humain.



115 patients (22,5%) avaient un symptôme ou un signe clinique suspects de néoplasie, en plus de l'asymétrie. Dans ce groupe, l'amygdalectomie a permis de mettre en évidence une néoplasie chez 60 patients, soit 52% des cas. Dans le groupe de patients avec une asymétrie amygdalienne asymptomatique, l'amygdalectomie a permis de diagnostiquer 5 néoplasies parmi 397 patients, ce qui représente 1,25% des cas.

DISCUSSION

Cette revue de littérature montre que la moitié des asymétries amygdaliennes symptomatiques chez l'adulte sont d'étiologie cancéreuse. L'amygdalectomie diagnostique est donc recommandée dans un court délai. Cependant, lorsque l'asymétrie amygdalienne est asymptomatique, les cancers amygdaliens sont rares: 1,25% des cas. Dans cette situation, une amygdalectomie à but diagnostique n'est pas recommandée.

TABLEAU 1

Revue du nombre de cas d'asymétries amygdaliennes adultes dans la littérature

Étude, année	Nombre de patients avec asymétrie amygdalienne	Nombre d'asymétries amygdaliennes symptomatiques	Nombre de cancers parmi toutes les asymétries amygdaliennes	Nombre de cancers parmi les asymétries amygdaliennes asymptomatiques
Sunkaraneni, 2006	53	20	9	0
Spinou, 2004	98	38	23	0
Fellner, 2020	41	32	16	1
Cinar, 2004	53	0	0	0
Syms, 2000	49	0	2	2
Oluwasanmi, 2006	87	0	2	2
Addison, 2015	131	25	8	0
Total	512	115	60	5

d'emblée, car les risques de l'intervention dépassent les bénéfices attendus. Une surveillance rapprochée selon l'algorithme (figure 2) est donc recommandée.

Ces chiffres doivent être intégrés dans le contexte actuel suivant: la majorité des cancers de l'oropharynx sont actuellement liés au VPH.¹⁰ Ceux-ci atteignent une population plus jeune et sans facteurs de risque classiques pour une néoplasie des voies aérodigestives supérieures, soit le tabac et l'alcool. Ils sont associés aux risques d'exposition au VPH. À titre indicatif, le risque est significativement plus élevé lorsque le patient a eu plus de 25 partenaires de sexe vaginal et plus de 5 partenaires de sexe oral. Ces deux facteurs de risque sont séparément associés au cancer oropharyngé.¹¹

Les cancers amygdaliens VPH positifs se développent surtout à partir des cryptes amygdaliennes tandis que les cancers VPH négatifs se développent à partir de l'épithélium de surface.¹⁰ Ainsi, les cancers VPH positifs se manifestent plus fréquemment par une augmentation de taille de l'amygdale, plutôt que par une lésion muqueuse ulcérobourgeonnante qui est facilement identifiable pour le clinicien. Ces cancers liés au VPH peuvent donc être asymptomatiques initialement et se manifester uniquement par une asymétrie amygdalienne.¹² Le symptôme le plus fréquent lors du diagnostic n'est en effet pas l'odynodyphagie mais la tuméfaction cervicale en lien avec les métastases ganglionnaires.¹³ Il arrive même qu'avec les adénopathies cervicales VPH positives, la lésion primaire ne puisse être retrouvée lors de la panendoscopie ou au PET-CT (il s'agit de l'entité des carcinomes épidermoïdes sans porte d'entrée). Il convient alors de réaliser une amygdalectomie bilatérale, puis un pelage de la base de langue à la recherche de la lésion primaire.

Le PET-CT est indiqué avant l'amygdalectomie diagnostique lorsque le tableau clinique est fortement évocateur d'une maladie lymphoproliférative. Dans ce contexte, l'expertise des collègues d'hémo-oncologie est nécessaire pour poser l'indication au PET-CT et orienter le bilan initial. Lorsque l'asymétrie amygdalienne asymptomatique est découverte lors d'un PET-CT, l'amygdalectomie diagnostique est recommandée lorsque la valeur de fixation normalisée (SUV: Standardized Uptake Value) est supérieure ou égale à 9,0, ou lorsque la différence de SUV max entre les deux amygdales est supérieure à 1,5.¹⁴

Notre revue est confrontée à plusieurs limitations de la littérature actuelle sur le sujet: peu d'études complètes, pas de consensus quant à la définition de l'asymétrie, pas d'indication systématique quant à la présence de facteurs de risque, pas de différence entre VPH et non-VPH, probables biais de sélection des cas d'asymétrie amygdalienne.

CONCLUSION

Chaque asymétrie amygdalienne doit être évaluée de manière systématique par un ORL. La balance entre les risques et les bénéfices d'une amygdalectomie diagnostique doit être établie à la lumière d'une anamnèse et d'un examen clinique et ultrasonographique systématique.

Nous proposons un algorithme de prise en charge de l'asymétrie amygdalienne chez l'adulte, inspirée de l'algorithme de Hwang, pour guider la prise en charge.

Dans les cas d'asymétrie amygdalienne où une étiologie bénigne est suspectée, nous proposons une surveillance clinique mensuelle durant au moins 6 mois (figure 2). En cas de stabilité ou diminution de la taille de l'amygdale durant cette surveillance, nous estimons que le suivi peut être arrêté. Il n'est à notre avis pas nécessaire de réaliser une imagerie lorsqu'une étiologie bénigne est suspectée.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Toute asymétrie amygdalienne, à distance d'un épisode infectieux aigu, doit être évaluée par un ORL
- Lorsque l'asymétrie est symptomatique ou associée à des facteurs de risque pour une néoplasie, une amygdalectomie est recommandée, car elle permet d'identifier une néoplasie dans environ la moitié des cas
- Lorsque l'asymétrie est asymptomatique, le risque de néoplasie est faible
- L'asymétrie amygdalienne peut être une manifestation précoce d'un cancer amygdalien, notamment lié au VPH

- 1 *Cinar F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Jul;131(1):101-3. DOI: 10.1016/j.otohns.2004.02.004.
- 2 *Syms MJ, Birkmire-Peters DP, Holtel MR. Incidence of carcinoma in incidental tonsil asymmetry. *Laryngoscope.* 2000 Nov;110(11):1807-10. DOI: 10.1097/00005537-200011000-00006.
- 3 Beaty MM, Funk GF, Karnell LH, et al. Risk factors for malignancy in adult tonsils. *Head Neck.* 1998 Aug;20(5):399-403. DOI: 10.1002/(sici)1097-0347(199808)20:5<399::aid-head7>3.0.co;2-t.
- 4 Waltonen JD, Ozer E, Schuller DE, Agrawal A. Tonsillectomy vs. deep tonsil biopsies in detecting occult tonsil tumors. *Laryngoscope.* 2009 Jan;119(1):102-6. DOI: 10.1002/lary.20017.
- 5 Sarny S, Ossimitz G, Habermann W, Stammberger H. Hemorrhage following tonsil surgery: a multicenter prospective study. *Laryngoscope.* 2011 Dec;121(12):2553-60. DOI: 10.1002/lary.22347.
- 6 Windfuhr JP, Chen YS. Do changing trends in tonsil surgery affect hemorrhage rates? A longitudinal study covering 1,452,637 procedures. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019 Sep;276(9):2585-93. DOI: 10.1007/s00405-019-05532-3.
- 7 **Hwang MS, Kaye KE, Waxman JA, Friedman M. What is the best management of asymptomatic unilateral tonsillar enlargement? *Laryngoscope.* 2015 Nov;125(11):2438-40. DOI: 10.1002/lary.25477.
- 8 *Fellner A, Gavriel H, Pitaro J, Muallem Kalmovich L. Clinical parameters predicting tonsillar malignancy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Jun;277(6):1779-83. DOI: 10.1007/s00405-020-05873-4.
- 9 Adil EA, Medina G, Cunningham MJ. Differentiating Tonsil Cancer from Benign Tonsillar Hypertrophy. *J Pediatr.* 2018 Jun;197:309-309 e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.02.048.
- 10 Haegglblom L, Ramqvist T, Tommasino M, Dalanis T, Näsman A. Time to change perspectives on HPV in oropharyngeal cancer. A systematic review of HPV prevalence per oropharyngeal sub-site the last 3 years. *Papillomavirus Res.* 2017 Dec;4:1-11. DOI: 10.1016/j.pvr.2017.05.002.
- 11 D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med.* 2007 May 10;356(19):1944-56. DOI: 10.1056/NEJMoa065497.
- 12 Haegglblom L, Attoff T, Hammarstedt-Nordenvall L, Näsman A. Human papillomavirus and survival of patients per histological subsite of tonsillar squamous cell carcinoma. *Cancer Med.* 2018 May;7(5):1717-22. DOI: 10.1002/cam4.1400.
- 13 Carpen T, Sjoblom A, Lundberg M, et al. Presenting symptoms and clinical findings in HPV-positive and HPV-negative oropharyngeal cancer patients. *Acta Otolaryngol.* 2018 May;138(5):513-8. DOI: 10.1080/00016489.2017.1405279.
- 14 Reinholdt KB, Dias AH, Hoff CM, Gormsen LC, Klug TE. Incidental FDG-Avid Foci in Palatine Tonsils on PET/CT. *Laryngoscope.* 2022 Feb 28. DOI: 10.1002/lary.30081.

* à lire

** à lire absolument