

TUBERCULOSE DE LA GLANDE THYROÏDE : A PROPOS D'UN CAS

TUBERCULOSIS OF THE THYROID : CASE REPORT

S. Kharrat*, S. Shtout*, S. Temimi*
M. Ben Miled*, L. Amari**
E. Mekni***, N. Beltaief*,
T. BenChaabane**, S. Haouet***,
G. Besbes*.

* Service ORL, Hôpital la Rabta, Tunis.

** Service des maladies Infectieuses, Hôpital la Rabta, Tunis.

*** Service d'anatomopathologie, hôpital la Rabta, Tunis.

Correspondance :

Dr Salima Kharrat.
Service ORL. Hôpital la Rabta - Tunis.
Email : merol422@yahoo.fr

Résumé :

Thyroid is a rare localization of tuberculosis. The clinical course of the disease may resemble toxic goiter or acute thyroiditis or may follow a subacute or chronic pattern without specific symptomatology. We report the case of a 37 year-old woman referred to the hospital with a diagnosis of goiter without clinical signs of tuberculosis. The diagnosis was established after total thyroidectomy and histological exam. Six-month treatment with antituberculous drugs was administered with a good outcome.

Mots clés : Thyroid gland, Tuberculosis.

Abstract:

La tuberculose thyroïdienne est une entité rare. La symptomatologie clinique est non spécifique faite par un tableau de goitre ou de thyroïdite avec une évolution subaiguë ou chronique. Nous rapportons une observation de tuberculose thyroïdienne chez une patiente âgée de 37 ans présentant un goitre thyroïdien sans manifestations générales. Le diagnostic est confirmé par l'examen anatomopathologique de la pièce de thyroïdectomie totale. Un traitement antituberculeux a été instauré pendant six mois avec une évolution clinique favorable.

Key words: Glande thyroïde, Tuberculose.

I - INTRODUCTION

L'atteinte tuberculeuse du corps thyroïde est relativement rare, même en pays d'endémie [1]. La fréquence de l'atteinte thyroïdienne est estimée entre 0,1 et 0,4 % de toutes les localisations de la maladie [1]. Le tableau clinique n'est pas spécifique. Le traitement de la tuberculose thyroïdienne est médico-chirurgical.

II - OBSERVATION

Mme A.S âgée de 37 ans, aux antécédents de lobo-isthmectomie droite pour adénome micro-vésiculaire, il y a 4 ans, nous a consulté devant la réapparition d'une tuméfaction basi-cervicale antérieure qui a augmenté progressivement de volume, avec un contexte d'altération de l'état général, sans signes de dysthyroïdie, ni de compression.

A l'examen, il s'agissait d'un nodule thyroïdien gauche de 1 cm de diamètre, dur, mobile et sensible, sans signes inflammatoires locaux. Le reste de l'examen était normal, en particulier, les aires ganglionnaires cervicales étaient libres et les cordes vocales étaient mobiles.

Une échographie cervicale avait montré un nodule thyroïdien de 8 mm de diamètre, de contours flous et d'échostructure hypoéchogène avec des microcalcifications centrales.

Le bilan thyroïdien était normal. Le diagnostic de nodule thyroïdien suspect de malignité était retenu. La patiente avait bénéficié d'une totalisation thyroïdienne et l'examen histologique en extemporané était en faveur de la bénignité.

L'examen anatomopathologique définitif avait noté des follicules épithéloïdes et gigantocellulaires avec présence d'une nécrose caséuse, concluant à une tuberculose

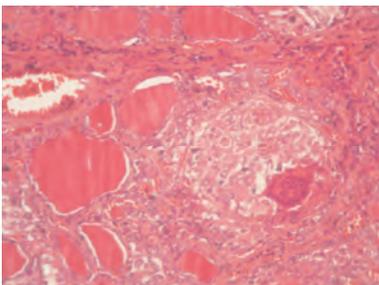


Figure 1 : parenchyme thyroïdien siège d'une réaction granulomateuse (HE X 10).

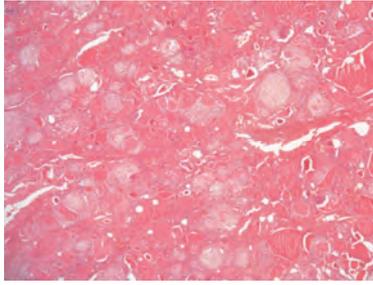


Figure 2 : granulome épithéloïde et gigantocellulaire au sein d'un parenchyme thyroïdien (HE X 40).

thyroïdienne (figures 1 et 2). Une intradermo-réaction à la tuberculine réalisée était phlycténulaire.

La patiente était mise sous hormonothérapie substitutive et sous traitement antituberculeux quadruple (isoniazide, rifampicine, streptomycine et pyrazinamide) pendant 2 mois, suivi d'une bithérapie (isoniazide et rifampicine) pendant 5 mois. A 7 mois de traitement antituberculeux bien suivi, la malade a présenté un magma d'adénopathies jugulo-carotidiennes droites faisant 5 cm de grand axe fistulisé. Une cervicotomie avec un curage ganglionnaire a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique avait conduit à une tuberculose ganglionnaire et la patiente a été mise sous isoniazide, rifampicine et ciprofloxacine pendant 7 mois avec une bonne évolution. Le recul est de 12 mois avec absence de récurrence ganglionnaire.

III - DISCUSSION

Décrite au 19^{ème} siècle par Albers, la tuberculose de la thyroïde représente 0,1 à 0,4 % de toutes les localisations [1, 2]. Le rôle tuberculostatique des hormones thyroïdiennes et la bonne oxygénation du parenchyme thyroïdien expliqueraient la rareté de cette affection.

La tuberculose de la thyroïde peut atteindre tous les âges, surtout l'adulte jeune entre 20 et 50 ans [3, 4]. Le sexe féminin semble le plus touché (70 à 80 %), en rapport avec la fréquence de la pathologie thyroïdienne chez la femme [3].

Cette localisation est souvent secondaire, et exceptionnellement primitive [1, 2, 4]. Elle est favorisée par l'âge avancé, le diabète, la malnutrition et l'infection à VIH [4]. L'association de cancer et d'une tuberculose de la thyroïde n'est pas exceptionnelle [5, 6]. Le tableau clinique n'est pas spécifique. Il s'agit le plus souvent

d'une tuméfaction basi-cervicale antérieure d'installation progressive pouvant être diffuse ou nodulaire réalisant un syndrome pseudotumoral [6]. On peut observer soit un nodule isolé, un goitre diffus ou multi-hétéro nodulaire [3, 5], qui évolue sur un mode chronique ou subaigu. L'existence d'adénopathies satellites et/ou d'une paralysie récurrentielle peut orienter le diagnostic vers une étiologie cancéreuse [7]. La présence d'un autre foyer tuberculeux concomitant ou séquellaire permet d'évoquer le diagnostic. Parfois, le tableau est celui d'un abcès qui se fistulise à la peau. Les signes généraux peuvent être absents. Les signes d'orientation sont d'ordre épidémiologique (notion de contagion) et clinique (signes d'imprégnation tuberculeuse, miliaire, fistulisation d'un abcès froid, IDR franchement positive). Les bilans fonctionnels thyroïdiens sont normaux chez la plupart des patients. Une thyrotoxicose ou une hypothyroïdie peut être exceptionnellement observée [8].

Le diagnostic différentiel de cette affection comporte, à part le cancer thyroïdien, toutes les autres atteintes de la glande : les goitres nodulaires, la maladie de Basedow et les thyroïdites. L'aspect à l'imagerie n'est pas spécifique [13]. Toutefois, la présence au scanner d'une lésion, à paroi épaisse prenant fortement le contraste avec de la nécrose au centre, est caractéristique de la tuberculose. La cytoponction n'a de valeur que si elle est positive. Certains auteurs évoquent la possibilité de confirmation diagnostique par amplification génique (PCR) après culture de broyat cellulaire glandulaire ou de prélèvement de pus au niveau d'un éventuel orifice fistuleux [8]. L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic et d'éliminer ainsi une association néoplasique [8, 9]. Le diagnostic bactériologique repose sur la mise en évidence des bacilles de la tuberculose, à savoir *M. tuberculosis*, et moins fréquemment, *M. bovis* ou *M. africanum*.

La sérologie VIH doit être de réalisation systématique compte tenu de la fréquence de la coexistence des deux infections VIH et tuberculose [10].

Le traitement de la tuberculose thyroïdienne est médico-chirurgical [10, 11]. La chirurgie est toujours

indiquée, elle permet le diagnostic anatomo-pathologique [10]. Les antituberculeux utilisés sont au nombre de six : les uns à la fois bactéricides tels que la rifampicine (R), l'isoniazide (H), le pyrazinamide (Z), la streptomycine (S), les autres essentiellement bactériostatiques (Ethionamide, Ethambutol). Ce traitement peut être utilisé soit en régime court de 6 à 9 mois ou en régime classique de 12 mois.

Dans les formes disséminées, il est recommandé par l'OMS de poursuivre une bithérapie (rifampicine et isoniazide) pendant 7 à 10 mois après la quadrithérapie de deux mois. Le risque de rechute ou de non guérison malgré un traitement bien conduit est de 1 %. Ces échecs sont dus à l'apparition de souches résistantes aux antituberculeux.

IV - CONCLUSION

La tuberculose thyroïdienne est une affection rare dont le diagnostic de certitude est histologique et/ou bactériologique. Ce diagnostic doit être évoqué devant toute tuméfaction

thyroïdienne avec des signes biologiques d'inflammation, quel qu'en soit l'aspect. Son traitement est avant tout médical, fondé sur le traitement antituberculeux qui, s'il est débuté précocement, peut permettre la guérison.

Références

- 1- A. Ghosh, S. Saha, B. Bhattacharya S. Chattopadhyay. Primary tuberculosis of thyroid gland: a rare case report. *American J Otolaryngol* 2007 ; 28 (4) : 267-70.
- 2- H. Kabiri, F. Atoini and A. Zidane. La tuberculose thyroïdienne. *Ann Endocrinol* 2007 ; 68 (3) : 196-8.
- 3- P. Barnes and R. Weatherstone. Tuberculosis of the thyroid: Two case reports *Br J Dis of the Chest* 1979 ; 73 : 187-91.
- 4- A. Ouididi, A. Cherkaoui, Z. Zaki, H. Hachimi and M.-N. El Alami. Tuberculose thyroïdienne. *Ann Otolaryngol et de Chir Cervicofacial* 2005 ; 122 (3) : 150-3.
- 5- I. Surer, H. Ozturk, S. Cetinkursun. Unusual presentation of tuberculosis reactivation in childhood: An anterior neck mass. *J Pediatr Surg* 2000 ; 35 (8) : 1263-5.
- 6- AHA Rakotoarisoa, AM.Riel, FA.Rototo et al. La tuberculose de la glande thyroïde: A propos de deux cas. *Fr ORL* 2007 ; 92 : 318.-20.
- 7- HO. El Malki, M. El Absi, R. Mohsine, K. et all. La tuberculose de la thyroïde. Diagnostic et traitement. *Ann Chir* 2002 ; 127 : 385-7.
- 8- P.Chaulet , F.Boulaïbal, Essai clinique d'une combinaison en proportions fixes de trois médicaments dans le traitement de la tuberculose. Groupe de travail sur la chimiothérapie de la tuberculose. *Tuber Lung Dis* 1995 ; 76 : 407-12.
- 9- S. Morris, GH. Bai, P. Suffys, L.Portillo Gomez , M.Fairchok , D.Rouse . Molecular mechanisms of multiple drug resistance in clinical isolates of *Mycobacterium tuberculosis*. *J Infect Dis* 1995 ; 171 : 954-60.
- 10- H.Takami , M.Kozakai . Tuberculous thyroiditis: report of a case with a review of the literature. *Endocr J* 1994 ; 41 : 743-7.
- 11- TR.Frieden , TR.Sterling , SS.Munsiff , CJ.Watt , C.Dye . Tuberculosis. *Lancet* 2003; 362 : 887-99.