

LA TUBERCULOSE THYROÏDIENNE A PROPOS DE 3 CAS

MOUMEN .M¹, TOUHAMI .M²., EL FARES .F.¹, BENCHAKROUN .Y²

RESUME

Les auteurs rapportent 3 cas de tuberculose thyroïdienne en insistant sur la difficulté du diagnostic clinique voire même cytologique . La recherche de BK direct et l'examen histologique extemporané éviteront une chirurgie d'exérèse large . Le traitement de la tuberculose thyroïdienne est avant tout médical, la chirurgie s'adressant aux formes compliquées et/ou séquellaires .

SUMMARY

The authors report 3 cases of tuberculosis of the thyroid and insist the difficulties of clinical and cytological diagnosis . The research of the BK and the histological extemporaneous investigation shall avoid from an important surgical resection. Treatment of the thyroid tuberculosis is medical above everything else ; surgery is adressed to complicated aspect and sequela .

La tuberculose thyroïdienne (T.T) reste une affection rare même en pays d'endémie tuberculeuse . La T.T se définit par la présence de bacilles de Koch (B.K) ou de lésions histologiques spécifiques au sein du parenchyme thyroïdien. Nous rapportons trois observations de T.T que nous confrontons aux données de la littérature, en insistant sur les difficultés diagnostiques.

OBSERVATIONS

Observation 1 :

Mme SAL. Z , 35 ans, sans antécédents particulier consulte pour une tuméfaction basicervicale latéralisée à droite, de 6 cm de diamètre évoluant depuis 1 an, sans signes de dysthyroïdie, ni de compression. Le nodule est thyroïdien, ferme, non douloureux, totolobaire, droit et froid à la scintigraphie, s'accompagnant d'adénopathies multiples, latéro-

1 - Service de Chirurgie Viscérale Aile 2 C.H.U. IBNOU ROCHD CASABLANCA

cervicales, bilatérales mobiles, indolores . L'échographie retrouve un gros nodule lobaire droit, solide, hypoéchogène avec multiples adénopathies jugulocarotidiennes bilatérales inhomogènes. La cytoponction thyroïdienne révèle : "présence de cellules carcinomateuses papillaires". Le reste de l'examen général et le bilan hormonal et préopératoire sont normaux .

L'intervention consista (l'examen extemporané n'ayant pu être demandé) en une thyroïdectomie totale avec curage jugulocarotidien fonctionnel bilatéral. Les suites sont simples sans atteinte récurrentielle ni hypoparathyroïdie, L'histologie de la pièce opératoire révèle : "tuberculose caséofolliculaire thyroïdienne et ganglionnaire évolutive (3352/89) La patiente est mise sous hormonothérapie substitutive et sous antibacillaires : Rifampicine 600 mg/24 h , Isoniazide 10 mg/kg/24 H et Pyrazinamide 25 mg/Kg/24 H 6 jours sur 7 pendant 3 mois puis 2 jours sur 7 pendant 9 mois avec surveillance régulière tous les 3 mois .

Observation 2

Mme Tak . F. 62 ans, sans antécédents particuliers consulte pour un goitre multihétéronodulaire évoluant depuis 4 ans et ayant augmenté de volume depuis 3 mois avec douleur et dysphonie . L'examen retrouve des adénopathies jugulocarotidiennes bilatérales banales et l'examen ORL un blocage de la corde vocale droite . La scintigraphie retrouve une fixation hétérogène avec une zone froide totolobaire droite. L'échographie individualise un goitre multihétérono-dulaire avec gros nodule lobaire droit de 8 cm de diamètre hétérogène et des adénopathies jugulocarotidiennes bilatérales. Le reste du bilan et notamment la radiographie pul-monaire est normale. La cytoponction thyroïdienne permet l'affaissement du gros nodule droit en ramenant un pus épais caséux . La recherche de BK à l'examen direct est négative ; la culture sur milieu de Loevenstein revient positive. La malade est mise sous traitement antibacillaire : Rifampicine 600 mg/24 H Isoniazide

2 - Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale C.H.U. IBNOU ROCHD CASABLANCA

10 mg/kg/24 H et Pyrazinamide 25 mg/kg/24 H 6 jours sur 7 pendant 2 mois puis Rifampicine 600 mg/24 H et Isoniazide 10 mg/kg/24 H 6 jours sur 7 pendant 4 mois puis 2 jours sur 7 pendant 6 mois. L'évolution est favorable et l'échographie de contrôle à 3 mois retrouve une thyroïde modérément augmentée de volume avec une plage hyperéchogène à l'emplacement du nodule droit.

Observation n°3 :

Mme Bou .I. 35 ans est hospitalisée pour nodule froid volumineux occupant les 2/3 inférieurs du lobe gauche évoluant depuis 18 mois avec apparition d'une fluctuation sus sternale depuis 1 mois. L'échographie retrouve un aspect kystique de la 1/2 inférieure du lobe gauche fusant vers le creux sus sternal et hétérogène. Le reste du bilan est normal . Une ponction ramène du pus grumeleux, la recherche de B.K direct est négative. La cytoponction (225/91) ne retrouve rien de particulier L'intervention retrouve un volumineux abcès froid du lobe gauche dont l'histologie conclut : tuberculose caséofolliculaire évolutive (2720/91). La patiente est mise sous Rifampicine 600 mg/24 H, Isoniazide 10 mg/kg/24 H et Pyrazinamide 25 mg/kg/24 H 6 jours sur 7 pendant 2 mois, Rifampicine 600 mg/24 H et Isoniazide 10 mg/kg/24 H 6 jours sur 7, 4 mois puis 2 jours sur 7, 6 mois. La patiente est revue à 3 mois et ne présente pas de récurrence.

DISCUSSION

ETIOPATHOGENIE

La fréquence de la T.T est difficile à préciser, la thyroïde étant rarement examinée lors des autopsies systématiques. Cette affection reste cependant rare : 0,1 % des examens anatomo-pathologiques systématiques de la glande thyroïde après exérèse toutes indications confondues selon RANKIN et GRAHAM (7), 0,2 % selon DOUKKANI (4) et 0,2 % des interventions thyroïdiennes dans notre recrutement. La T.T survient à tout âge avec cependant prédominance de la tranche d'âge 20-29 ans (35 % selon une revue de la littérature (1)); nos trois patientes sont âgées respectivement de 35, 35 et 62 ans.

Cette affection est l'apanage du sexe féminin : 85 % d'atteinte féminine pour RANKIN et GRAHAM (7), 80 % pour ADDOUME (1) ce qui concorde avec la grande fréquence de la pathologie thyroïdienne chez la femme. Du point

de vue pathogénique il y aurait une résistance particulière du corps thyroïde à l'infection tuberculeuse (glande encapsulée avec réseau vasculaire et lymphatique riche et pouvoir bactéricide de l'iode et des hormones thyroïdiennes) (in 3). Cependant l'existence de modifications thyroïdiennes avec troubles vasculaires pourrait constituer un facteur de sensibilisation à l'atteinte bacillaire (GURKAN) (5).

ASPECTS CLINIQUES

Plusieurs aspects cliniques peuvent révéler une T.T :

- Tuméfaction cervicale antérieure isolée ou associée à des adénopathies satellites posant le problème de diagnostic avec le cancer thyroïdien (cas de l'observation 1),
- Modification d'un goitre préexistant avec apparition de douleurs ou augmentation de volume (7) c'est le cas des observations 2 et 3),
- Tableau de thyroïdite.

Parfois la T.T se manifeste par des formes compliquées telles que :

- * Une fistulisation à la peau ou dans un organe de voisinage,
- * Une compression laryngo-trachéale, oesophagienne, recurrentielle (observation 2) voire même sympathique (BARNES) (2) . L'euthyroïdie est la règle, cependant des signes de dysthyroïdie ont été rapportés (in 9).

BILAN PARACLINIQUE

L'intradermoréaction à la tuberculine est le plus souvent positive. Les radiographies du cou peuvent retrouver des macro-calcifications thyroïdiennes (8) , une déviation et/ou compression trachéale.

La scintigraphie thyroïdienne prouve la nature thyroïdienne de l'affection, plusieurs aspects cartographiques peuvent être observés, de la simple image hypofixante (observations 1, 3) à l'aspect hétérogène (observation 2). La scintigraphie peut être normale n'éliminant aucunement un abcès profond masqué par un épais parenchyme normofixant (in 3) . L'échotomographie cervicale permet d'apprécier le volume de la glande son échostructure ainsi que celle du nodule liquide ou solide (hypo, hyper ou isoéchogène) et l'existence d'éventuelles adénopathies. La recherche de B.K dans le liquide de ponction thyroïdienne peut confirmer le diagnostic de T.T à l'examen direct ou à la

culture sur milieu de Loevenstein (observation 2). Elle n'est cependant que rarement pratiquée. La fonction thyroïdienne est dans la majorité des cas normale (in 9). Il en a été de même dans nos trois observations.

DIAGNOSTIC

La T.T peut être de diagnostic facile lorsqu'elle se manifeste par un abcès froid cervical antérieur, dans un contexte évocateur d'imprégnation tuberculeuse amenant à la ponction et mettant en évidence le BK. Souvent la T.T pose le problème de diagnostic avec le cancer du fait de l'association d'un nodule froid, adhérent, compressif et/ou accompagné d'adénopathies cervicales (observation 1).

Seul l'examen histologique permettra de confirmer la nature tuberculeuse de l'atteinte thyroïdienne et constituera souvent une heureuse surprise (observation 1). Parfois il s'agit du problème de diagnostic étiologique d'une thyroïdite subaiguë ou chronique.

TRAITEMENT

Le traitement médical est instauré dès que le diagnostic de T.T est posé: soit après simple ponction et isolement de BK (observation 2), soit après chirurgie thyroïdienne réglée (observations 1 et 3).

Ce traitement est basé sur plusieurs antibacillaires :

R : Rifampicine (600 mg/24 H),

H : Isoniazide (10 mg/kg/24 H) et Z : Pyrazinamide (25 mg/kg/24 H). L'association RHZ 6 jours sur 7 pendant 3 mois puis RH 2 jours sur 7 pendant 9 mois est le schéma suivi actuellement. La surveillance doit être régulière.

Le traitement chirurgical n'est indiqué que dans des formes anatomiques particulières telles que l'abcès ou lorsque le diagnostic oriente vers une pathologie tumorale.

EVOLUTION

Non traitée la T.T évolue vers la fistulisation à la peau ou dans un organe de voisinage (oesophage, trachée, médiastin) ou vers la compression laryngo-trachéale, oesophagienne, récurrentielle ou sympathique (6).

CONCLUSION

La T.T est une affection rare dont le diagnostic est difficile. Seul l'examen bactériologique et/ou histologique permet d'affirmer la nature bacillaire de l'atteinte thyroïdienne. Le traitement de la T.T est médical et éventuellement chirurgical en fonction de la forme anatomique. Il faut insister sur la prévention de la tuberculose par la généralisation de la vaccination, seule garante de l'éradication de ce fléau dans notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ADDOUME .R.

La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas avec revue de la littérature. Thèse Méd. CASABLANCA N° 21, 1990, 77p

2 - BARNES . P ., WEATHER . S .

Tuberculosis of the thyroid : two cases reports.

BR. J. Dis . Chest 1979, 73, 187

3 - BELKHADIR . J., TOUIL .A., LACHKAR .H., BENSOUDA .J.D.

La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas.

Maroc . Médical 1986, 9, 4, 444—449.

4 - DOUKKANI . A .

Pathologie thyroïdienne à travers l'activité du service d'anatomie pathologique du C.H.U. de RABAT.

Thèse Med RABAT . N° : 34 , 1986, 77p

5 - GURKAN . K .

Sur la tuberculose du corps thyroïde

Sem . Hop . 1951, 27, 89, 3568—3570

6 - LARDENNOIS .B., DUFOUR .M., DROUARD F., NICHAINÉ .H.

Tuberculose et corps thyroïde.

Ann . Med . Phar . 1970, 7, 209-213.

7 - RANKIN . F . W ., GRAHAM . S .

Tuberculosis of thyroid gland.

Ann . Surg. 1932, 625-648.

8 - SABOUREAU . C .

Thyroidite tuberculeuse

Thèse Med ., Grenoble, 1968 , N° 54

9 - TOUIL .A.

La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas.

Thèse Med. RABAT, N° 528, 1983, 59p .