



La tuberculose thyroïdienne

The thyroidal tuberculosis

سل الغدة الدرقية

F. Berehou, S. El Fellah, N. Ben Rais.

الملخص : مقدمة يعرف بتواجد عصيات كوخ و/أو آفات نسيجية محددة داخل لحمية الغدة الدرقية. كافيًا في هذه الحالات. وينبغي إمعان النظر في التشخيص قبل إجراء جراحة الغدة الدرقية، وذلك لأن العلاج الطبي قد يكون هذا التوقع قليل حتى في البلدان الوبائية حيث أن تشخيصه السريري نادراً ما يتراوح بين 1.0 و 4.0 %

المواد والأساليب : نسرد حالة من إتهاب حاد للغدة الدرقية من أصل سلي مع مصحوبة بالتضخم العقدي. ونظراً لأهمية الأعراض الالتهابات المحلية والعامة التي تسببها هذه الرابطة. العلاج الجراحي يبقى خلال هذه الحالة مع تقرير استعراض الكتابات سنحاول مناقشة الجديد في التشخيص والعلاج والاستراتيجيات.

النتائج : سل الغدة الدرقية هي حالة نادرة وتشخيصها صعب وحده التحليل البكتيري و أو النسيجي يمكن من تحديد تواجد العصيات السلبية العصبية للحالة. يختلف العلاج الدوائي أو الجراحي حسب الحالة التشريحية ولا بد من التأكيد على الوقاية من مرض السل على نطاق واسع من خلال التلقيح للقضاء عليه في بلدنا. (2)

الكلمات الأساسية : تضخم الغدة الدرقية - التصوير الومضاني - سل.

Résumé : **Introduction :** présence de bacilles de Kock (BK) et/ou de lésions histologiques spécifiques au sein du parenchyme thyroïdien. Le diagnostic doit être évoqué avant l'exérèse d'une thyroïde pathologique, car un traitement médical peut suffire dans ces cas. Cette localisation reste rare même en pays d'endémie et son diagnostic clinique est rarement posé. Sa fréquence varie entre 0.1 et 0.4% [1].

Matériels et méthodes : Un nouveau cas de thyroïdite aiguë suppurée d'origine tuberculeuse associée à un goitre nodulaire est rapporté par les auteurs. Le traitement chirurgical a été nécessaire du fait de l'importance des signes inflammatoires locaux et généraux provoqués par cette association. A travers ce cas clinique avec revue de la littérature nous évoquerons les nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Résultats : La tuberculose thyroïdienne 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 est médical et éventuellement chirurgical

Conclusion : 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 [2].

Mots clés : Goitre- tuberculose - thyroïde.

Abstract : **Introduction :** It is defined by the presence of bacilli Kock (BK) and / or specific histologic lesions within the thyroid parenchyma.

The diagnosis should be discussed before excision of a thyroid, because medical treatment may be sufficient in these cases. This location is still rare even in endemic countries and its clinical diagnosis is rarely made. Its frequency varies between 0.1 and 0.4% [1].

Materials and methods : A new case of acute thyroiditis of tuberculous origin associated with nodular goiter is reported by the authors. Surgical treatment was necessary because of the importance of local and general inflammatory signs provoked by this association. Through this case report with literature review we will try to discuss the new diagnostic and therapeutic strategies.

Results : Thyroidal tuberculosis is a rare condition whose diagnosis is difficult. Only the bacteriological examination and / or histology confirm bacillary nature of the thyroid. The medical treatment and possibly surgery depend on the anatomical shape.

Conclusion : We must emphasize the prevention of tuberculosis through widespread vaccination, the only guarantee of the eradication of this scourge in our country [2].

Key Words : Goiter - thyroidal - tuberculosis.

Tiré à part : F. Berehou : Service de médecine nucléaire hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat - Salé - Maroc.

Introduction

À l'image de la maladie tuberculeuse, la localisation thyroïdienne peut survenir à tous les âges avec toutefois une prédominance pour la tranche d'âge de 35 à 45 ans [6]. Le sexe féminin semble plus touché (70 à 80%) [3]. De nombreux auteurs [4] ont souligné la relative résistance du corps thyroïde à l'infection tuberculeuse en raison de sa vascularisation très riche et du caractère tuberculo-statique des hormones thyroïdiennes. Ceci confirme l'hypothèse de facteurs favorisant la greffe tuberculeuse au niveau du corps thyroïde tels que la malnutrition, le diabète sucré, l'immunodépression.

Le diagnostic d'atteinte tuberculeuse de la thyroïde n'est pas difficile à poser si cette éventualité est posée ; mais on ne pense pas à la tuberculose thyroïdienne pour 2 raisons essentielles : sa rareté et son aspect séméiologique trompeur. En effet, elle peut simuler les différents tableaux cliniques rencontrés en pathologie thyroïdienne : thyroïdite, nodule isolé ou goitre avec ou sans adénopathies satellites.

Par ailleurs, il peut s'agir d'une modification d'un goitre pré existant qui peut devenir compressif, inflammatoire ou se fistuliser. Ces formes cliniques peuvent s'accompagner parfois des signes généraux qui constituent autant des signes d'imprégnation tuberculeuse (fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement). De plus, un profil endocrinien fonctionnel (hyperthyroïdie le plus souvent) peut apparaître [4,5] et rend le diagnostic étiologique encore plus difficile.

La scintigraphie thyroïdienne est d'un grand apport diagnostique en facilitant le repérage, le caractère froid du ou des nodules et en explorant le reste du parenchyme thyroïdien.

Matériel et méthode

Nous rapportons une observation de tuberculose thyroïdienne que nous confrontons aux données de la littérature, en insistant sur les difficultés diagnostiques et l'apport de la scintigraphie thyroïdienne dans le diagnostic de cette affection.

Mme B.I. 35 ans sans antécédents particulier qui a consulté pour une tuméfaction basicervicale gauche de 6 cm de diamètre évoluant depuis 1 an, sans signes de

dysthyroïdie, ni de compression. Le nodule est thyroïdien, ferme, non douloureux, lobaire gauche s'accompagnant d'adénopathies multiples latéro-cervicales gauches.

La patiente est hospitalisée pour nodule froid volumineux occupant les 2/3 inférieurs du lobe gauche avec apparition d'une fluctuation sus-sternale depuis un mois (figure 1). L'échographie retrouve un aspect kystique

Figure 1 : Aspect du cou montrant l'hypertrophie gauche.



de la 1/2 inférieure du lobe gauche fusant vers le creux sus-sternal et hétérogène. La scintigraphie thyroïdienne au technétium 99 m révèle un gros nodule lobaire gauche hypocaptant par rapport au reste du parenchyme thyroïdien (figure 2). Le reste du bilan est normal. Une ponction

Figure 2 : Scintigraphie thyroïdienne

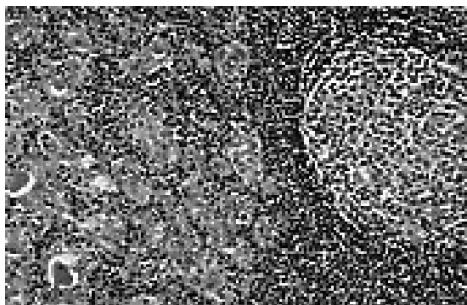


Aspect scintigraphie montrant un gros nodule lobaire gauche.

ramène du pus grumeleux, la recherche de B.K direct est négative.

La cytoponction ne retrouve rien de particulier, l'intervention retrouve un volumineux abcès froid du lobe gauche dont l'histologie conclut : tuberculose caséofolliculaire évolutive (figure 3). La patiente est mise sous rifampicine

Figure 3 : Examen anatomopathologique



Tuberculose caséofolliculaire évolutive.

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.

Résultat

La tuberculose thyroïdienne reste une affection rare même en pays d'endémie tuberculeuse. Elle se définit par la présence de bacilles de koch (B.K) ou de lésions histologiques spécifiques au sein du parenchyme thyroïdien.

A travers ce cas clinique avec revue de la littérature nous tirons les conclusions suivantes :

La tuberculose thyroïdienne 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 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 [2].

À l'image de la maladie tuberculeuse, la localisation thyroïdienne peut survenir à tous les âges avec toutefois une prédominance pour la tranche d'âge de 35 à 45 ans [6]. Le sexe féminin semble plus touché (70 à 80%) [3]. De nombreux auteurs [4] ont souligné la relative résistance du corps thyroïde à l'infection tuberculeuse en raison de sa vascularisation très riche et du caractère tuberculo-statique des hormones thyroïdiennes. Ceci confirme l'hypothèse de facteurs favorisant la greffe tuberculeuse au niveau du corps thyroïde tels que la malnutrition, le diabète sucré, l'immunodépression.

Le diagnostic d'atteinte tuberculeuse de la thyroïde n'est pas difficile à poser si cette éventualité est posée ; mais on ne pense pas à la tuberculose thyroïdienne pour 2 raisons essentielles : sa rareté et son aspect sémiologique trompeur. De plus, un profil endocrinien fonctionnel (hyperthyroïdie le plus souvent) peut apparaître et rend le diagnostic étiologique encore plus difficile. [16]

Quant au traitement, il peut être uniquement médical si la certitude de l'origine tuberculeuse est obtenue avant l'exérèse chirurgicale et l'examen histologique de la pièce. Si la biopsie extemporanée per opératoire constate un aspect de thyroïdite ou de tuberculose (exceptionnel), le geste chirurgical pourrait être «à minima» et un traitement spécifique pourrait être prescrit pour stabiliser la guérison et éviter les complications. Ce traitement repose sur une poly chimiothérapie antituberculeuse qui obéit aux mêmes règles de traitement de la tuberculose extra pulmonaire. [16].

Discussion

La fréquence de la tuberculose thyroïdienne 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 les indications confondues et 0,2 % des interventions thyroïdiennes dans notre contexte.

La tuberculose thyroïdienne survient à tout âge avec cependant une prédominance de la tranche d'âge 35-45 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 un pouvoir bactéricide de l'iode et des hormones thyroïdiennes).

Cependant l'existence de modifications thyroïdiennes avec troubles vasculaires pourrait constituer un facteur de sensibilisation à l'atteinte bacillaire Gurkhan [5-6].

Plusieurs aspects cliniques peuvent révéler une tuberculose thyroïdienne que ce soit une tuméfaction cervicale antérieure isolée ou associée à des adénopathies satellites posant le problème de diagnostic avec le cancer thyroïdien, une modification d'un goitre préexistant avec apparition de douleurs ou augmentation de volume ou bien un tableau de thyroïdite.

Parfois la tuberculose thyroïdienne se manifeste par des formes compliquées telles qu'une fistulisation à la peau ou dans un organe de voisinage ou une compression laryngo-trachéale, oesophagienne, récurrentielle voire même sympathique.

L'euthyroidie est la règle, cependant des signes de dysthyroidie ont été rapportés.

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 à l'aspect hétérogène. La scintigraphie peut être normale n'éliminant aucunement un abcès profond masqué par un épais parenchyme normofixant.

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 tuberculose thyroïdienne à l'examen direct ou à la culture sur milieu de Loevenstein. Elle n'est cependant que rarement pratiquée. La fonction thyroïdienne est dans la majorité des cas normale.

La tuberculose thyroïdienne 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 tuberculose thyroïdienne 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. [10-11]

Seul l'examen histologique permettra de confirmer la nature tuberculeuse de l'atteinte thyroïdienne. Parfois il s'agit du problème de diagnostic étiologique d'une thyroïdite subaiguë ou chronique.

Le traitement médical est instauré dès que le diagnostic de tuberculose thyroïdienne est posé: soit après simple ponction et isolement de BK, soit après une chirurgie thyroïdienne réglée. [14-15]

Ce traitement est basé sur plusieurs anti bacillaires : 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.

Non traitée la tuberculose thyroïdienne 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 [12-13].

Conclusion

La tuberculose thyroïdienne 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 tuberculose thyroïdienne 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.

Références

1. Carrara O, Balachef G, Ozenne T, Ducastelle P, Jeuffroy J, Testari LM, Wolf. Tuberculose thyroïdienne : maladie rare ou diagnostic rarement fait. *Rev. Med.Interne*, 1984,5 :229-30.
2. Thèse méd. 1986, Rabat Pathologie thyroïdienne à travers l'activité du service d'anatomie pathologique du CHU Rabat (pendant 11 ans). n°34 : p77.
3. Thèse méd. La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas avec revue de la littérature. Casablanca, 1990 ; n°121 : p 70.
4. Lecerf JM. Les thyroïdites. *La gazette médicale*. Tome 101, 1993, n°3 : 10-14.
5. Moumen M, Touhami M, El Fares F, Benchekroun Y. La tuberculose thyroïdienne à propos de trois cas. *Arch. Inst. Pasteur. Maroc*, 1992 ; n°7 : 77-81.
6. Zentar A, Sair K, Zrara I, Serhane K, Lezrek M, Bedouch, Janati IM, Moulay I. La tuberculose thyroïdienne à propos d'un cas. *Médecine du Maghreb*, 1998, n°72 :25-6.
7. Thèse Méd. La tuberculose du corps thyroïde à propos de 7 cas avec revue de la littérature. Casablanca n° 253, 1999, 77p.
8. Barnes. P. Weather. Tuberculosis of the thyroid : two cases reports. *BR. J. Dis. Chest* 1979, 73, 187
9. 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—9.
10. Dublin.F. J.L. Baulieu. Tuberculosis of thyroid gland.*Ann.Surg.*200 1, 255. p12-15.
11. Gurkhan. K. Sur la tuberculose du corps thyroïde *Sem. Hop.* 1951, 27, 89, 3568—70
12. Lardennois .B. Dufour .M. Drouard F., Nichaine .H. Tuberculose et corps thyroïde. *Ann. Med. Phar.* 1970, 7, 209-13.
13. Rankin. F. W. Graham. S. Tuberculosis of thyroid gland. *Ann. Surg.* 1932, 625-48.
14. Thèse Med .Thyroidite tuberculeuse. Grenoble, 1968, n° 54 .
15. Thèse Med. La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas. Rabat, n° 528, 1983, 59p.
16. Alaoui Abdallaoui O, Chefchaouni M, Ait Taleb K, Mohsine R, Ifrine L. La tuberculose thyroïdienne: pensez- y ! *Bulletin de la Santé du Maghreb* - novembre 2001 n°253- p 5-7 -