

La tuberculose de la glande thyroïde : A propos de deux cas

Andriarimanana Hery Nirina Rakotoarisoa¹, Andry Mampionona Riel², Fanomezantsoa Andriamparany Rakoto¹, Pierre Georges Randriatahina¹, Tiana Razafimandimby¹, Harilalaina Rolande Razafindrakoto¹, Fred Joëlson Rakotovao¹,

¹ Service ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), Antananarivo, Madagascar

² Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-HJRA, Antananarivo, Madagascar

INTRODUCTION

La localisation thyroïdienne de la tuberculose est une affection rare. Elle prend le masque de toute affection tumorale thyroïdienne, posant ainsi un problème de diagnostic et de traitement.

CAS CLINIQUES

Ils étaient observés au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA).

Cas n°1

Le premier cas est un homme de 57 ans qui a consulté pour un goitre ancien de 14 ans environ. L'échographie montrait de volumineux nodules thyroïdiens, d'aspect tissulaire avec quelques calcifications, ainsi que des adénopathies jugulocarotidiennes droites, arrondies et à contenu hétérogène. La radiographie du thorax montrait un infiltrat interstitiel rétractile du sommet droit, associé à une scissurite. L'examen histopathologique de la pièce de thyroïdectomie subtotale montrait des for-

(Fr ORL - 2007 ; 92 : 318 - 320)

Mots clés : Tuberculose, Thyroïde, Diagnostic, Cytoponction, Anatomie pathologique.

Date de soumission : janvier 2006

Date d'acceptation : juin 2007

Auteur correspondant : Andriarimanana Hery Nirina Rakotoarisoa

Service ORL et Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale, Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA), BP 6bis, 101 Antananarivo, Madagascar.

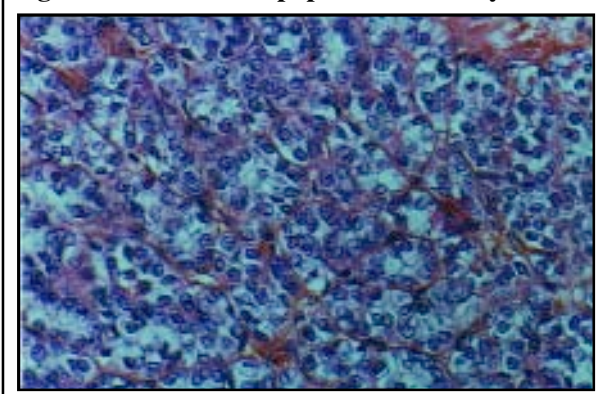
e-mail : herylala1@yahoo.fr

mations granulomateuses de type tuberculoïde avec nécrose caséuse ainsi que trois nodules ayant l'aspect d'un carcinome papillaire (Figure 1). Le bilan tuberculeux était négatif. Une totalisation secondaire de la thyroïdectomie, avec curage ganglionnaire bilatéral, a été effectuée. Les adénopathies présentaient un aspect en faveur d'une inflammation non spécifique. Les suites sous traitement étaient favorables.

Cas n°2

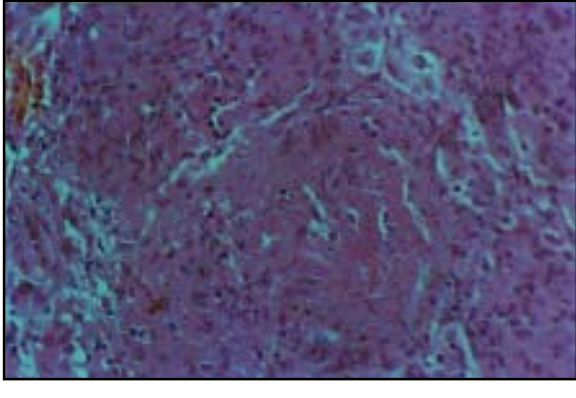
La deuxième observation concerne une femme de 40 ans, venue consulter pour un goitre multinodulaire avec polyadénopathies latérocervicales gauches, associé à une dysphonie, témoignant d'une parésie de la corde vocale gauche. La radiographie de thorax était normale. L'échographie cervicale, montrait plusieurs adénopathies jugulocarotidiennes basses ainsi que des nodules thyroïdiens hypoéchogènes et très vascularisés. La patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire cervical bilatéral. Le résultat anatomopathologique montrait des lésions granulomateuses de type tuberculoïde avec des follicules épi-

Figure 1 : Carcinome papillaire de la thyroïde.



La tuberculose thyroïdienne

Figure 2 : Tuberculose de la glande thyroïde.



thélioïdes comportant des cellules géantes de type Langhans au niveau de la glande (Figure 2) et des ganglions. Le bilan tuberculeux était négatif. L'évolution sous traitement était favorable, avec récupération progressive de la voix à partir de la 3^{ème} semaine, devenant normale après la 5^{ème} semaine. Cette évolution a été appréciée sur 14 mois.

Le traitement a été médical, identique pour nos deux cas. Le protocole de chimiothérapie antituberculeuse s'étendait sur huit mois (2 mois de traitement d'attaque et 6 mois de traitement d'entretien) : 2 RHZE + 6 HT (R : rifampicine, H : isoniazide, Z : pyrazinamide, E : éthambutol, T : thiacétazone)

DISCUSSION

L'atteinte tuberculeuse du corps thyroïde est relativement rare, même en pays d'endémie. Mecibah et al. [1] ont rapporté 3 cas sur un millier de thyroïdes opérées. On n'observe pas de symptômes spécifiques à la tuberculose thyroïdienne [2]. Diverses manifestations peuvent se rencontrer : un nodule isolé ou associé à une miliaire tuberculeuse ou une polyadénopathie cervicale, avec ou sans notion de thyrotoxicose [3]. Très rarement se présente un abcès de la glande thyroïde. L'existence de signes de compression ou d'adénopathies, fait penser à une métastase ganglionnaire d'un cancer thyroïdien [4].

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).

La tuberculose devrait faire partie des diagnostics à évoquer devant une tuméfaction thyroïdienne avec des signes biologiques d'inflammation, quel qu'en soit l'aspect.

Le piège est de penser immédiatement au cancer, amenant à la thyroïdectomie, alors que la démarche diagnostique devrait comporter un bilan tuberculeux préalable [3].

Une radiographie de thorax pourrait nous amener à suspecter une histoire tuberculeuse ancienne ou récente [5], comme pour notre premier cas. L'échographie, pratiquée chez nos deux patients, apporte beaucoup plus de renseignements sur le nodule et le parenchyme thyroïdien (échogénicité, calcifications), ainsi que sur l'état des ganglions cervicaux.

Simple et rapide, l'aspiration à l'aiguille fine (cytoponction), suivie d'une étude cyto-bactériologique [2-3, 6] et même d'une PCR [7], va confirmer le diagnostic de tuberculose. Elle permettrait alors de ne pas recourir à une lobectomie, par la découverte de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) ou de granulome épithélioïde avec nécrose [3, 5, 8].

En effet, la chirurgie, suivie de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, ne constituerait que la dernière étape du diagnostic des tuméfactions thyroïdiennes.

Le diagnostic de tuberculose thyroïdienne est souvent une surp rise anatomopathologique [3, 8]. Aucun de nos patients n'avait bénéficié de bilan tuberculeux préalable, c'est seulement après l'obtention des résultats anatomopathologiques qu'on avait pu poser le diagnostic de tuberculose.

La présence de formations granulomateuses de type tuberculoïde, ou de cellules géantes multinucléées, a été observée dans nos deux cas. La présence de nécrose caséuse (cas N°1) renforce la suspicion, de même que les lésions visualisées au niveau ganglionnaire (cas N°2). Cependant, la découverte de BAAR aurait permis de mieux s'assurer de ces diagnostics.

La possibilité d'association de la tuberculose au cancer thyroïdien [5] pourrait amener à rechercher la tuberculose sur un cas suspect de cancer ou vice-versa.

Les bilans fonctionnels thyroïdiens sont normaux chez la plupart des patients [4]. Une thyrotoxicose, ou une hypothyroïdie, peut être rencontrée, bien qu'exceptionnelle [9].

Le diagnostic différentiel de cette affection comporte, à part le cancer thyroïdien, toutes les autres atteintes de la glande : les goîtres nodulaires, la maladie de Basedow, les thyroïdites [2].

Le traitement de la tuberculose de la glande thyroïde est en règle médical [2-3]. Le protocole de chimiothé-

La tuberculose thyroïdienne

rapie antituberculeuse que nous avons utilisé, s'étend sur huit mois, selon les recommandations du Programme National Tuberculose en vigueur à Madagascar. Parfois une chirurgie limitée est nécessaire (drainage d'un abcès, excision d'une nécrose, ou thyroïdectomie partielle), suivie d'une polychimiothérapie spécifique classique, pour obtenir une guérison complète [3-4].

CONCLUSION

La tuberculose représente rarement une cause de goitre nodulaire ou multinodulaire. Il faut y penser, surtout en pays d'endémie, devant certains contextes particuliers, pour déclencher la recherche d'une origine tuberculeuse. Ceci évitera une sanction thérapeutique lourde, adoptée en cas de suspicion de pathologie maligne.

RÉFÉRENCES

1. A Mecibah, A Buchair, A Daoudi, N Djerad, S Douche, A Saida. Tuberculose thyroïdienne, à propos de 3 cas. *Fr ORL*. 2002; 6: 52.
2. Simkus A. Thyroid tuberculosis. *Medicina (Kaunas)* 2004; 3: 201-204.
3. Bulbuloglu E, Ciralik H, Okur E, Ozdemir G, Ezberci F, Cetinkaya A. Tuberculosis of the thyroid gland: review of the literature. *World J Surg*. 2006; 2: 149-155.
4. Takami H, Kozakai M. Tuberculous thyroiditis: report of a case with a review of the literature. *Endocr J*. 1994; 6: 743-747.
5. Rakoto FA, Tovone GX, Raveloson JR et al. Tuberculose et cancer de la thyroïde, à propos d'un cas. *J Méd Ther*. 1999; 4: 12-13.
6. Pazaitou K, Chrisoulidou A, Ginikopoulou E, Angel J, Destouni C, Vainas I. Primary tuberculosis of the thyroid gland: report of three cases. *Thyroid*. 2002; 12: 1137-1140.
7. Kang BC, Lee SW, Shim SS, Choi HY, Baek SY, Cheon YJ. US and CT findings of tuberculosis of the thyroid: three case reports. *Clin Imaging* 2000; 5: 283-286.
8. El Malki HO, Mohsine R, Benkhraba K et al. Thyroid tuberculosis: diagnosis and treatment. *Chemotherapy* 2006; 1: 46-49.
9. Kapoor VK, Subramani K, Das SK, Mukhopadhy Ay AK, Chattopadhy Ay TK. Tuberculosis of the thyroid gland associated with thyrotoxicosis. *Postgrad Med J*. 1985; 714: 339-340.