

Tuberculose thyroïdienne à propos d'un cas

Résumé Nous rapportons un cas de tuberculose thyroïdienne chez une jeune femme âgée de 26 ans, présentant un nodule thyroïdien et dont le diagnostic a été confirmé par l'étude histopathologique de la pièce de lobe-isthmectomie. Habituellement, la localisation thyroïdienne de la tuberculose est rare et le diagnostic avant exérèse chirurgicale n'est pas facile, en raison de la rareté et de l'aspect sémiologique trompeur. Le traitement médical suffit à la guérison, obéit aux mêmes règles du traitement de la tuberculose extra pulmonaire et permet d'éviter la sanction chirurgicale, à condition de penser à l'étiologie tuberculeuse avant la chirurgie.

Mots clés: Tuberculose thyroïdienne, lobe-isthmectomie.

N. Echaoui⁽¹⁾, D. Ali Rachedi⁽¹⁾,
M. Larkem⁽²⁾, M. T. Megherbi⁽²⁾,
A. Lankar⁽¹⁾.

(1) Laboratoire d'Anatomo-pathologie
CHU Annaba
(2) Clinique chirurgicale Okba-Biskra.

Adresse pour la correspondance:
Dr N. Echaoui
Laboratoire d'anatomie pathologique,
Hôpital Ibn Rochd - CHU Annaba.

Introduction

La tuberculose thyroïdienne est définie comme étant la résultante d'une présence de bacilles de Koch (BK) et ou de lésions histologiques spécifiques avec nécrose caséuse dans le parenchyme thyroïdien.

La localisation thyroïdienne est une localisation très rare, même dans les pays où la tuberculose est considérée comme une maladie endémo-épidémique.

Le diagnostic clinique est rarement posé en raison de la rareté de cette localisation et des difficultés diagnostiques. Rarement suspecté avant le sacrifice chirurgical d'un tissu thyroïdien atteint où un simple traitement médical est suffisant pour assurer une guérison totale de la maladie.

La fréquence de la tuberculose thyroïdienne est estimée entre 0.1 et 0.4% [2].

Observation

S. Samia âgée de 26 ans, sans antécédents particuliers est admise à la clinique chirurgicale Okba-Biskra pour une tuméfaction sus-sternale abcédé et un nodule froid thyroïdien évoluant depuis 6 mois.

Examen clinique

Retrouve un bon état général avec absence de signe d'imprégnation tuberculeuse. L'examen ORL palpe une tuméfaction sus sternale mesurant 20 mm de grand axe et de consistance molle.

L'examen du corps thyroïde met en évidence un nodule du lobe droit mobile à la déglutition. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Données radiologiques

La radiographie du thorax est normale et l'échographie montre une formation hypoéchogène mesurant 19 mm de grand axe, indépendante de la thyroïde et contenant un liquide épais.

Le nodule thyroïdien est d'aspect hypoéchogène, de siège polaire inférieur droit et mesurant 9 mm de diamètre.

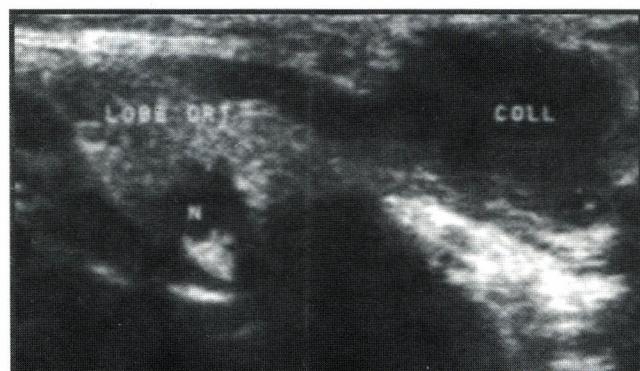


Fig. 1 -Collection caséuse -Aspect échographique

Données biologiques

L'examen cytobactériologique du pus montre de nombreux polynucléaires, la culture révèle l'absence de germes pathogènes.

La recherche directe de BK dans le pus montre l'absence de B.A.A.R.

Conduite à tenir

Une lobe-isthmectomie thyroïdienne droite a été pratiquée.

Anatomie pathologique

L'examen histopathologique de la pièce opératoire conclut à une tuberculose thyroïdienne devant la coexistence de plages caséuses et de follicules tuberculeux.

Fig.4 - Détails d'un follicule tuberculeux
Coloration HE x 100

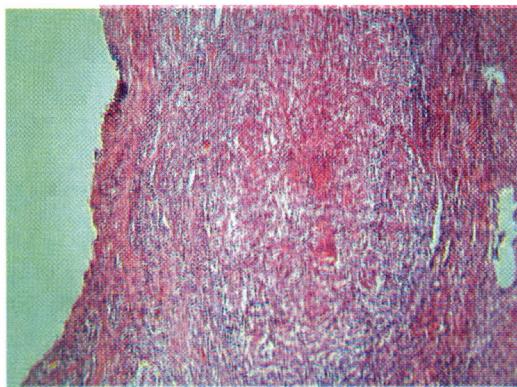


Fig.3 - Tuberculose thyroïdienne
Coloration HE x 100

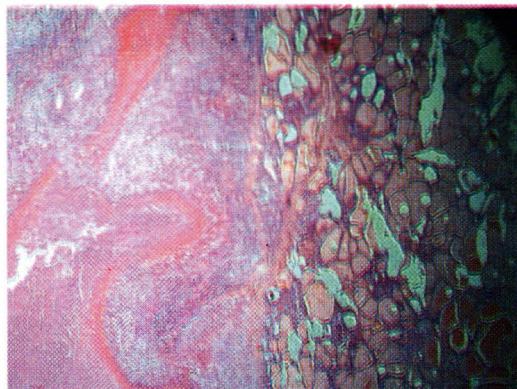
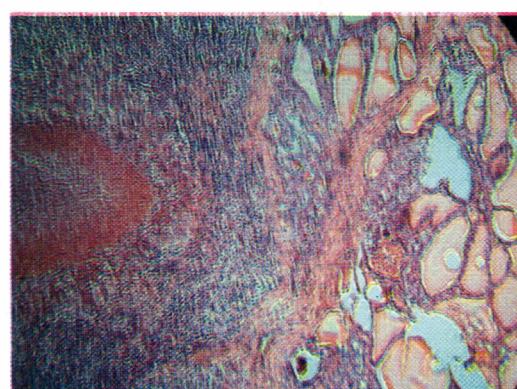


Fig.2 -Tuberculose thyroïdienne
Coloration HE x 100



Evolution

Les suites opératoires ont été bonnes et la malade a été mise sous traitement anti-bacillaire.

Commentaires

La tuberculose thyroïdienne est rare même en pays d'endémie. Sa fréquence varie entre 0,1% et 0,4%^[2].

Elle se voit à tout âge avec une prédominance pour la tranche 35-45 ans^[4] et le sexe féminin semble le plus touché (70 à 80%)^[1].

Les auteurs^[4] soulignent la relative résistance du corps thyroïde en raison de sa vascularisation riche et du caractère tuberculostatique des hormones thyroïdiennes.

Certains facteurs semblent favoriser la tuberculose thyroïdienne (le diabète sucré, l'immunodépression, la malnutrition).

Le diagnostic avant exérèse chirurgicale n'est pas facile en raison de sa rareté et de son aspect sémiologique trompeur.

Certains éléments peuvent orienter vers l'origine bacillaire telle la notion de contagion récent, la présence d'un autre foyer tuberculeux évolutif, l'aspect irrégulier d'un orifice fistulaire, la positivité des réactions tuberculiniques et la radiographie du thorax. L'examen clef reste la recherche de BK dans le liquide de ponction thyroïdienne.

Le diagnostic différentiel se pose avec la thyroïdite, le nodule isolé, le goitre avec ou sans adénopathie simulant un cancer.

Le traitement peut être uniquement médical sinon, un geste chirurgical associé à un traitement anti-bacillaire est préconisé.

Bibliographie

1. Addoume R. *La tuberculose du corps thyroïde à propos de 2 cas avec revue de la littérature*. Thèse med. Casablanca, 1990, n°121 : p70.
2. Carrara O, Balachef G, Ozenne T, Ducastelle P, Jeuffroy J, Testari L.M, Wolf. *Tuberculose thyroïdienne : maladie rare ou diagnostic rarement fait*. Rev. Med. Interne 1984, 5 : 229-230.
3. Lecerf JM. *Les thyroïdites*. La gazette médicale. Tome 101, 1993, n°3 : 10-14.
4. 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 : 25-26.