

ABCES DE LA THYROÏDE : a propos d'un cas

Dr F. MAHLOULa, Dr N. MADANIa, Dr S. FEDALAa, Pr D. MESKINEa

a Eph Bologhine Ibn Ziri; Laboratoire d'Endocrinologie et Métabolisme (LEM)-Alger1-, Alger

Introduction

L'abcès de la thyroïde est une entité pathologique rarement documentée dans la littérature, représentant seulement 0.1% des pathologies chirurgicales de la thyroïde c'est les caractéristiques anatomique et physiologique de la glande qui lui procure une grande capacité de résistance vis-à-vis des agents pathogènes

Observation

Nous rapportant un cas rare d'abcès thyroïdiens survenu chez une patiente de 44ans immunodéprimée sous corticothérapie au long cours pour lupus érythématoïdésimulé ; elle s'est présentée pour une tuméfaction basicervicale inflammatoire

L'examen clinique retrouve une masse basicervicale médiane mesurant 04cm, rénitente, inflammatoire, avec collection purulente a sa partie supéro-externe droit de 01cm ,un nodule gauche de 03cm ferme, indolore ,mobile a la déglutition , sans signes de compression ni ADP satellites (figure 1)

Sans autres foyers infectieux ,sans signes de contagés ni d'imprégnation tuberculeuse.

Les dosages hormonaux thyroïdiens étaient normaux. Le bilan inflammatoire ne retrouve pas d'hyperleucocytose, CRP () ,VS 66 la 1er H, TLT sans anomalies

L'échographie thyroïdienne objective une image hypoéchogène de 38X20mm s'étendant a la paroi ant de la trachée en rapport a une lésion infectieuse de l'isthme ,02 images infectieuses au lobe gauche de 40X12 mm antéro lobaire sup s'étendant au parties molles avec éfraction de la capsule .

La collection purulente s'est fistulisée a la peau ,on a complété par une incision drainage avec antibiothérapie et soins quotidiens

02 cytoponctions thyroïdiennes ont été réalisées ramenant un liquide épais verdâtre dont l'étude

cytobactériologique aérobie et anaérobie ainsi que la recherche de BK s'est révélée négative

Le diagnostic de la tuberculose thyroïdienne a été posé tardivement

après biopsie et étude histologique d'une adénopathie sous maxillaire

apparu au cours de l'évolution .

La patiente a bénéficié d'un traitement a base de Rifampicine,

Isoniazide et Pyrazinamide pendant six mois , les corticoïdes

ont été poursuivis dans le cadre de sa maladie lupique.

L'évolution sous traitement anti bacillaire était favorable

figure 1 : Abcès thyroïdien



Discussion

Bien que la tuberculose se vit un état endémique en ALGERIE (40cas/100000 hab)les localisations thyroïdiennes revenant exceptionnelles, ces localisations décrites par Lebel en 1862 sont rarissimes (0.1 à 0.9 % des thyroïdectomies analysées)[1-2]. et représente 0,6 à 1,15 % des cytoponctions réalisées pour nodule thyroïdien isolé dans une zone d'endémie (Inde) [4-5].

En effet, la thyroïde est protégée par un débit vasculaire important et par l'action bactériostatique de l'iode contenu dans les hormones thyroïdiennes[3] ainsi, la bonne oxygénation du parenchyme thyroïdien expliquerait la rareté de cette affection.

Elle se voit à tout âge avec une prédominance pour la tranche 35–45 ans, et le sexe féminin semble le plus touché [4,5,6].

elle peut être favorisée par une immunodépression, telle que l'infection rétrovirale par le VIH, les patients recevant une chimiothérapie, ou des corticoïdes et les sujets transplantés, notre patiente été sous corticothérapie au long cours , ce qui représente un facteur important d'immunodépression.

elle peut être secondaire à une dissémination hémotogène à partir d'un foyer à distance, le plus souvent pulmonaire [1], ou par une atteinte de contiguïté à partir d'une adénopathie cervicale tuberculeuse [6].

le tableau clinique est le plus souvent moins évocateur et les formes trompeuses sont loin d'être rares [6]. En effet, La tuberculose thyroïdienne peut revêtir l'aspect d'un goitre hétéro-nodulaire, d'une thyroïdite de Riedel ou d'une thyroïdite de Quervain. Les formes simulant un cancer thyroïdien ne sont pas également exceptionnelles [7]. Parfois, le tableau est celui d'un abcès qui se fistulise à la peau.

La présence d'un autre foyer tuberculeux concomitant ou séquellaire permet d'évoquer le diagnostic

Dans notre cas l'aspect clinique était celui d'un abcès avec tendance a la fistulisation survenu dans un tableau clinique peu bruyant.

La démarche diagnostique doit comporter une intradermoréaction à la tuberculine, une radiographie pulmonaire à la recherche d'un foyer tuberculeux et une imagerie cervicale recherchant des ganglions notamment calcifiés [1].

C'est surtout l'examen bactériologique du liquide de cytoponction de la thyroïde [2] qui confirmera le diagnostic de localisation thyroïdienne.

En effet l'investigation cytologique ne peut détecter les micro-organismes que si leur concentration est supérieure à 10 000/ml et pour que la culture soit positive, il faut au moins 50 bacilles/ml.

Sur le plan histopathologique La présence d'un granulome épithélioïde géantocellulaire avec nécrose caséuse constitue le diagnostic positif

Le traitement consiste en une trithérapie antibacillaire spécifique comportant de la Rifampicine, de l'Isoniazide et de la Pyrazinamide qui sera prescrite pendant six mois; Le risque de rechute ou de non guérison malgré un traitement bien conduit est de 1 % [3]. Ces échecs sont dus à l'apparition de souches résistantes aux antituberculeux. ce traitement permet ainsi d'éviter une chirurgie thyroïdienne avec ses risques, d'autant que les goitres tuberculeux sont souvent inflammatoires et comportent des adhérences avec les lits récurrentiels et les organes de voisinage [6].

En cas de traitement immunosuppresseur comme c'est le cas de notre patiente , son arrêt ou sa modification doit être discuté, ce qui reste cependant rarement possible

Conclusion

le diagnostic de la tuberculose doit être évoqué devant toute abcédation thyroïdienne avec un tableau clinique peu bruyant. Il s'agit le plus souvent d'une dissémination hémotogène à partir d'un autre foyer de primo-infection. Dans notre cas l'atteinte semble primitivement thyroïdienne. Son traitement est avant tout médical, fondé sur les anti-tuberculeux, qui débutés précocément, peuvent permettre la guérison.

Bibliographie

1. Kabiri H, Atoini F, Zidane A. La tuberculose thyroïdienne. Ann Endocrinol. 2007; 68: 196-198.
2. 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; 30: 149-155.
3. EL Malki HO, El Absi M, Mohsine R et al. Tuberculosis of the thyroid. Diagnosis and treatment. Ann Chir. 2002; 127: 385-387.
4. Das DK, Pant CS, Chachra KL, Gupta AK. Fine needle aspiration cytology diagnosis of tuberculosis thyroiditis. A report of eight cases. Acta Cytol 1992;36:517-22.

5. Leclerc JM. Les thyroïdites. La Gazette Med 1993;101:10-4.
6. Oudidi A, Cherkaoui A, Zaki Z, Hachimi H, El Alami MN. Thyroid tuberculosis. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2005; 122: 150-153.
7. Al-Mulhim AA, Zakaria HM, Abdel Hadi MS, Al-Mulhim FA, Al-Tamimi DM, Wosornu L. Thyroid tuberculosis mimicking carcinoma: report of two cases. Surg Today 2002; 32: 1064-1067. Fr