

CAS CLINIQUES

TUBERCULOSE DE LA GLANDE THYROÏDE : A PROPOS D'UN CAS

R. ZAININE, S. SAHTOUT, C. EL AOUEDE, R. BACHRAOUI, S. KHARRAT, N. BELTAIEF, G. BESBES

SERVICE ORL ET CMF, HÔPITAL LA RABTA, TUNIS
SERVICE D'ANATOMOPATHOLOGIE, HÔPITAL LA RABTA, TUNIS
FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS - UNIVERSITE DE TUNIS EL MANAR

RESUME

la tuberculose thyroïdienne est une entité rare. La symptomatologie clinique est non spécifique faite par un tableau de goitre ou de thyroïdite avec une évolution subaigüe ou chronique.

Nous rapportons le cas d'une tuberculose thyroïdienne chez une patiente âgée de 56 ans présentant un goitre thyroïdien sans manifestations générales. Le diagnostic a été confirmé par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Un traitement antituberculeux a été instauré pendant neuf mois avec une bonne évolution.

Mots clés : glande thyroïde ; tuberculose.

SUMMARY

Thyroid is a rare localization of tuberculosis. The clinical course of the disease may resemble toxic goiter or acute thyroiditis or may follow a subacute or chronic pattern without specific symptomatology.

We report the case of 56 years-old woman referred to the hospital with a diagnosis of goiter without clinical signs of tuberculosis. The diagnosis was established after total thyroidectomy and histological exam. Nine-month treatment with anti-tuberculous drugs was administered with a good outcome.

Keywords: thyroid gland; tuberculosis.

les variables cliniques et/ou dermatographiques pouvant influencé les résultats fonctionnels de la septoplastie. Pour ce faire, nous avons utilisé le test t de Student pour les différences appariées, le test exact de Fisher et une analyse des variances. Pour tous les tests, $P < 0,05$ était considérée comme significative.

RÉSULTATS

Notre population était constituée de 296 hommes et 163 femmes avec un sexe ratio de 3/1. L'âge moyen était de 22 ans avec des extrêmes allant de 18 à 55 ans. Des antécédents de rhinite allergique mise sous traitement antihistaminique et/ou corticoïde ont été retrouvés chez 6,1% de nos patients. Des antécédents de chirurgie rhinosinusienne étaient retrouvés chez 8,9% des patients dont 1,96% de cas de rhinoplastie, 2,17% des cas de chirurgie sinusienne et 4,79% de cas de réduction d'une fracture des os propres du nez. 9,8% des patients étaient asthmatiques. 27% des nos patients étaient tabagiques. L'utilisation d'un décongestionnant nasal de façon répétée était rapportée par 6% des patients. La symptomatologie clinique associée de façon variable une obstruction nasale, une respiration buccale avec sensation de sécheresse buccale, une anosmie, une rhinorrhée, une épistaxis, des troubles du sommeil et un ronflement. L'obstruction nasale était unilatérale dans 79,7% des cas et bilatérale dans 20,2% des cas. La durée moyenne des signes fonctionnels était de 6,61 ans ($SD \pm 3,51$ ans). 57,95% des patients avaient une déviation antérieure du

septum nasal et 35,94% avaient une déviation postérieure. L'évaluation clinique de la sévérité de la déviation septale jugée par les différents chirurgiens était classée modérée dans 32% des cas et sévère dans 67,97% des cas. 79,7% des patients ont eu une septoplastie isolée. Une turbinectomie inférieure était associée dans 20,2% des cas. Le recul moyen était de 18 mois avec des extrêmes de 13 à 44 mois.

77,12% des patients ont rapporté une amélioration globale de la symptomatologie clinique. 75,18 % ont rapportée une régression totale de l'obstruction nasale, 21,56% n'ont noté aucune amélioration et 2,6% ont rapporté une aggravation de l'obstruction nasale.

Il ressort de l'analyse univariée des variables dermatographiques (âge, sexe, niveau culturel, etc), que seul le sexe féminin affecte de façon négative et statistiquement significative les résultats de la septoplastie : ($p = 0,018$). Les antécédents de rhinite allergique n'ont pas affecté les résultats thérapeutiques de la septoplastie ($P = 0,1$). L'analyse univariée des variables cliniques a retrouvé une corrélation très significative ($P = 0,017$) entre une déviation antérieure du septum nasal et un bon résultat chirurgical. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'évaluation clinique de la sévérité de la déviation septale jugée par nos chirurgiens et le résultat final de la septoplastie ($P = 0,2$). Les patients ont eu une diminution importante des troubles du sommeil, du ronflement et de la sécheresse buccale après septoplastie ($P = 0,001$).

La fréquence des épistaxis n'a pas montré de différence



R. ZAININE et al

les variables cliniques et/ou dermatographiques pouvant influencé les résultats fonctionnels de la septoplastie. Pour ce faire, nous avons utilisé le test t de Student pour les différences appariées, le test exact de Fisher et une analyse des variances. Pour tous les tests, $P < 0,05$ était considérée comme significative.

RÉSULTATS

Notre population était constituée de 296 hommes et 163 femmes avec un sexe ratio de 3/1. L'âge moyen était de 22 ans avec des extrêmes allant de 18 à 55 ans. Des antécédents de rhinite allergique mise sous traitement antihistaminique et/ou corticoïde ont été retrouvés chez 6,1% de nos patients. Des antécédents de chirurgie rhinosinusienne étaient retrouvés chez 8,9% des patients dont 1,96% de cas de rhinoplastie, 2,17% des cas de chirurgie sinusienne et 4,79% de cas de réduction d'une fracture des os propres du nez. 9,8% des patients étaient asthmatiques. 27% des nos patients étaient tabagiques. L'utilisation d'un décongestionnant nasal de façon répétée était rapportée par 6% des patients. La symptomatologie clinique associée de façon variable une obstruction nasale, une respiration buccale avec sensation de sécheresse buccale, une anosmie, une rhinorrhée, une épistaxis, des troubles du sommeil et un ronflement. L'obstruction nasale était unilatérale dans 79,7% des cas et bilatérale dans 20,2% des cas. La durée moyenne des signes fonctionnels était de 6,61ans (SD+3,51ans). 57,95% des patients avaient une déviation antérieure du septum nasal et 35,94% avaient une déviation postérieure. L'évaluation clinique de la sévérité de la déviation septale jugée par les différents chirurgiens était classée modérée dans 32% des cas et sévère dans 67,97% des cas. 79,7% des patients ont eu une septoplastie isolée. Une turbinectomie inférieure était associée dans 20,2% des cas. Le recul moyen était de 18 mois avec des extrêmes de 13 à 44 mois.

77,12% des patients ont rapporté une amélioration globale de la symptomatologie clinique. 75,18 % ont rapportée une régression totale de l'obstruction nasale, 21,56% n'ont noté aucune amélioration et 2,6% ont rapporté une aggravation de l'obstruction nasale.

Il ressort de l'analyse univariée des variables dermatographiques (âge, sexe, niveau culturel, etc), que seul le sexe féminin affecte de façon négative et statistiquement significative les résultats de la septoplastie : ($p=0,018$). Les

antécédents de rhinite allergique n'ont pas affecté les résultats thérapeutiques de la septoplastie ($P=0,1$). L'analyse univariée des variables cliniques a retrouvé une corrélation très significative ($P=0,017$) entre une déviation antérieure du septum nasal et un bon résultat chirurgical. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'évaluation clinique de la sévérité de la déviation septale jugée par nos chirurgiens et le résultat final de la septoplastie ($P=0,2$). Les patients ont eu une diminution importante des troubles du sommeil, du ronflement et de la sécheresse buccale après septoplastie ($P=0,001$).

La fréquence des épistaxis n'a pas montré de différence significative malgré la faible prévalence initiale de ce symptôme.

18/28 patients ont rapporté une diminution significative d'utilisation des corticoïdes nasaux ($P=0,01$). L'utilisation des antihistaminiques et des décongestionnants en pulvérisation nasale n'a pas été affectée par la chirurgie.

4,13% patients ont nécessité une deuxième chirurgie : 7 patients ont eu une méatotomie moyenne et 12 patients ont eu une reprise de la septoplastie.

Après étude multivariée, la seule variable indépendante pouvant influencer les résultats fonctionnels de la septoplastie, était la déviation antérieure de la cloison nasale.

DISCUSSION

plupart des patients doivent bénéficier de sa correction chirurgicale, laquelle éliminerait un possible facteur contributif dans la pathogénie de la rhinosinusite chronique. Cette théorie n'a été validée que récemment (2). En effet, il a été montré que les déviations septales influençaient la pathogénie de la pathologie sinusienne de façon proportionnelle au degré de la déviation septale en regard de l'ethmoïde antérieur (2). Il est admis aussi que le rétrécissement du passage nasal est le facteur pathogénique à l'origine de la sinusite homolatérale et que l'hypertrophie du cornet moyen controlatéral et les anomalies de la paroi intersinusal compensatrices, sont les facteurs clés dans la pathogénie de la sinusite controlatérale (2). Un mauvais résultat chirurgical serait donc lié soit à une mauvaise technique chirurgicale, soit à une sélection clinique inappropriée. Le faible nombre de reprises chirurgicales pour septoplastie durant les 8 années de notre étude nous laisserait penser que la technique chirurgicale n'est pas le facteur essentiel à l'origine de l'insatisfaction des patients.



TUBERCULOSE DE LA GLANDE THYROÏDE : A PROPOS D'UN CAS

CONCLUSION

La symptomatologie de la tuberculose thyroïdienne est atypique et déroutante, l'histopathologie prend une part de plus en plus importante dans le diagnostic ; les tech-

niques de diagnostic sérologique permettront de l'améliorer. Son traitement est avant tout médical, basé sur une association d'antibacillaires.

REFERENCES

1. Canova C.R., Kuhn M., Reinhart W.H. Probleme bei der Diagnose und Therapie der Lymphknoten-tuberkulose bei HIV-negativen Patienten. Schweiz Med Wochenschr 1995 Dec 26 ; 125 : 2511-2517
2. Ghosh A, Saha S. Primary tuberculosis of thyroid gland: a rare case report. American J Otolaryngol 2007; 28: 267-270
3. Mondal A., Patra D.K. Efficacy of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculosis of the thyroid gland: a study of 18 cases. J Laryngol Otol 1995 ; 109 : 36-38
4. Ouididi A, Cherkaoui A, Zaki Z. Tuberculose thyroïdienne. Ann Otolaryngol 2005 ; 122 : 150-153
5. Lecerf J.M. Les thyroïdites. La gazette Méd 1993 ; 101 : 10-14
6. El Malki HO, Mohsine R, Benkhraba K. Thyroid tuberculosis: diagnosis and treatment. Chemotherapy 2006; 1: 46-49.
7. Simkus A. Thyroid tuberculosis. Medicina (Kaunas) 2004; 3: 201-204.
8. Bulbuloglu E, Ciralik H, Okur E, Cetinkaya A. Tuberculosis of the thyroid gland: review of the literature. World J Surg. 2006; 2: 149-155.
9. Takami H, Kozakai M. Tuberculous thyroiditis: report of a case with a review of the literature. Endocr J. 1994; 6: 743-747.
10. Mansouri F, Mahassini N., Jahid A., Bernoussi Z., Kadiri A., Benrais N. et al. La cytoponction thyroïdienne à l'aiguille fine: Technique, morphologie et intérêt. À propos de 357 cas. Maroc Médical 2000 ; 22 : 179-185
11. Rakotoarisoa AHA, Riel AM, Rototo FA. La tuberculose de la glande thyroïde : A propos de deux cas. JFr ORL 2007 ; 92 : 318-320
12. Chaulet P., Boulahbal F. Essai clinique d'une combinaison en proportions fixes de trois médicaments dans le traitement de la tuberculose. Groupe de travail sur la chimiothérapie de la tuberculose. Tuber Lung Dis 1995 ; 76 : 407-412