

LA TUBERCULOSE PRIMAIRE BILATERALE DE LA GLANDE PAROTIDE : A PROPOS D'UN CAS.

Bilateral parotid primary tuberculosis, a case study.

Garba I, Dan Sono A, Illé S, Timi N.

Service ORL/ Hôpital National de Niamey (Niger), BP 10146 Niamey (Niger).

Auteur correspondant : Dr Garba Ibrahim, service ORL à l'Hôpital National de Niamey (Niger).

Email : igarbaad@yahoo.fr Tel : 0022796784932 / 0022793422894.

RESUME

Nous rapportons un cas de tuberculose parotidienne primitive bilatérale évoluant depuis plus d'un an, chez une patiente de 35 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, chez qui l'examen clinique a noté une tuméfaction des 2 régions parotidiennes dans un contexte de conservation de l'état général. L'échographie a noté des glandes parotides augmentées de volume, hétérogènes, avec plusieurs formations tissulo-liquidiennes dont la plus volumineuse à droite mesure 28 mm contre 25 mm à gauche, et présence des zones de nécrose. La TDM a retrouvé des lésions de densité tissulaire, homogènes, rehaussées après injection de produit de contraste. La cytoponction a été en faveur d'une lymphadénite granulomateuse évocatrice d'une tuberculose. L'IDR à la tuberculine a été positive (15 mm de diamètre). Le diagnostic de la tuberculose primitive bilatérale de la parotide a ainsi été retenu. Un traitement médical antituberculeux de six (6) mois a été instauré et s'est soldé par une disparition totale des tuméfactions parotidiennes, sans récurrence ou autres complications sur un recul de 14 mois après la fin du traitement. **Mots clefs :** tuberculose, parotide, primitive, bilatérale.

ABSTRACT

We report a case of bilateral Primary tuberculosis of the parotid gland that evolve more than one year, in a 35 years old patient, without any pathologic antecedent, where physical examination showed bilateral parotid swelling, in a context of conservation of general state. Ultrasound showed parotids increased in volume, heterogeneous with many fluid tissue formations, whose largest voluminous at right measure 28 millimeters, against 25 millimeters at left, with necrosis areas. The scan showed homogenous tissue density lesions, enhanced after contrast product injection. The fine needle aspiration was in favor of granulomatous lymphadenitis, suggestive of tuberculosis. Intradermoreaction to tuberculin was positive (15 millimeters in diameter). The diagnosis of bilateral primary tuberculosis of the parotid was retained. A 6 months antituberculosis medical treatment was established with disappearance of parotid swelling, without recidive or others complications, on a decline of 14 months after treatment. **Key word:** tuberculosis, parotid, primary, bilateral.

Abréviations : **BAAR :** bacilles acido-alcool résistants ; **FL :** fentolitres ; **IDR :** intradermoréaction ; **IRM :** imagerie par résonnance magnétique ; **NFS :** numération formule sanguine ; **OMS :** organisation mondiale de la santé ; **ORL :** otorhinolaryngologie ; **TDM :** tomodensitométrie ; **VGM :** volume globulaire moyen. ; **VIH :** virus immunodéficience humaine.

INTRODUCTION

La tuberculose est une infection granulomateuse chronique, due à Mycobacterium tuberculosis ou bacille de Koch, plus rarement à Mycobacterium bovis, qui peut toucher tous les organes. Cette affection a connu ces dernières décennies une grande augmentation de son incidence qui s'explique en partie par l'épidémie d'infections à VIH.

En ORL il s'agit d'une éventualité relativement rare, de traduction polymorphe, non spécifique et de localisations diverses. Si la tuberculose ganglionnaire cervicale reste la plus fréquente en ORL, d'autres localisations plus rares peuvent se voir et posent parfois des difficultés diagnostiques (1). La localisation isolée de la tuberculose au niveau des glandes salivaires, et notamment de la glande parotide est extrêmement rare (2).

Elle est primitive ou secondaire et la voie de contamination est soit rétrograde par voie canalaire à travers le canal de Stenon (impliquant un foyer oropharyngé), soit

hématogène ou lymphatique (à point de départ pulmonaire) (3). Elle se présente souvent sous forme d'une tuméfaction unilatérale, simulant un processus tumoral. La tuberculose parotidienne peut être classée en deux formes : une forme focale qui correspond à une infection tuberculeuse d'un nodule lymphatique intra glandulaire et une forme diffuse qui correspond à une atteinte de l'ensemble du parenchyme parotidien ; cette dernière forme est rare et semble en rapport avec une dissémination hématogène (4).

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et para cliniques ; dans certains cas il a été l'apanage de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire après parotidectomie exploratrice (5).

Le traitement repose sur les anti bacillaires (Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol, Pyrazinamide) sur une période de 6 mois avec une évolution généralement favorable.

Nous rapportons un cas de tuberculose parotidienne primaire bilatérale chez une jeune patiente de 35 ans, sans antécédent pathologique particulier, dont la présentation a simulé une parotidite infectieuse non spécifique. L'objectif de ce travail est d'insister sur la possibilité du site parotidien bilatéral, de mettre l'accent sur les difficultés diagnostiques et l'efficacité du traitement anti tuberculeux.

OBSERVATION

Madame Rou. A., jeune patiente de 35 ans, sans antécédent pathologique particulier, a présenté une tuméfaction parotidienne bilatérale, évoluant depuis plus d'un an ; cette patiente a été suivie médicalement dans la formation sanitaire de sa localité (antibiotiques, anti-inflammatoire, antihistaminiques de manière intermittente), sans suite favorable.

Elle a été alors adressée en consultation ORL pour une meilleure prise en charge. La patiente a été admise dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen physique a mis en évidence une tuméfaction siégeant au niveau des 2 régions parotidiennes (droite et gauche), de consistance ferme, mobile, assez volumineuse (28 mm à droite ou la tuméfaction a été constatée en premier, contre 25 mm à gauche), indolore, bien limitée, à peau de revêtement quasi normale ; avec présence de micro adénopathies sous mandibulaires bilatérales.

Il n'existe pas de trismus ni de paralysie faciale périphérique.

L'examen de la cavité buccale et de l'orifice du canal de Sténon ne mettait pas l'évidence d'inflammation ni d'issue du pus localement.

Le reste de l'examen ORL a été sans particularité.

L'échographie cervicale a montré les glandes parotides augmentées de volume, hétérogènes avec plusieurs formations tissulo-liquidiennes dont la plus volumineuse mesure 28 mm à droite et 25 mm à gauche ; ces formations kystiques sont bien limitées, hétérogènes et non vascularisées au doppler couleur avec présence des zones de nécroses.

La cytoponction complémentaire a conclu en faveur d'une lymphadénite granulomateuse évocatrice d'une tuberculose. L'IDR à la tuberculine a été positive (15 mm de diamètre).

Au plan biologique, la NFS a montré une légère anémie normochrome normocytaire (Hb = 11,5g/dl) ; la vitesse de sédimentation à 123 mm à la 1^{ere} heure ; le VGM à 86 fL. La sérologie HIV a été négative.

La radiographie pulmonaire a été normale. La TDM a retrouvé des lésions de densité tissulaire, homogènes, bien limitées, rehaussées après injection du produit iodé.

L'évolution au cours des explorations a été marquée par l'apparition des zones

d'inflammation cutanées. Le diagnostic d'une tuberculose primaire bilatérale de la parotide a été retenu.

La patiente a été alors adressée au service de pneumo-phthisiologie pour chimiothérapie antituberculeuse à base de :

- Isoniazide (4-6 mg/kg/jr), Rifampicine (8-12 mg/kg/jr), Ethambutol (15-20 mg/kg/jr) et Pyrazinamide (20-30 mg/kg/jr) pendant deux (2) mois,
- puis Isoniazide et Rifampicine pendant quatre (4) mois ; totalisant ainsi six (6) mois de traitement.

L'évolution a été favorable avec un recul de 14 mois après la fin du traitement, marquée par la disparition des tuméfactions des deux régions parotidiennes, sans récurrence ou autres localisations.

DISCUSSION

L'atteinte des glandes salivaires et notamment de la glande parotide est rare ; Mighri et al (1) ont rapporté 2 cas de tuberculose parotidienne sur 10 cas de tuberculose de la sphère ORL ; pour Touati et al (6) le résultat a été de 1 cas de tuberculose parotidienne sur 15 cas de tuberculose de la sphère ORL ; et de 2 cas de tuberculose parotidienne sur 12 cas de tuberculose de la sphère ORL selon Gassab et al (7). Ceci dénote l'extrême rareté de cette affection. Tous les âges peuvent être concernés, notre patiente étant âgée de 35 ans. Elle se voit surtout chez le sujet jeune entre 20 et 40 ans et rentre généralement dans le cadre d'une tuberculose disséminée ; dans ce cas la diffusion se fait par voie hématogène ou lymphatique ; l'enfant étant rarement touché (8, 9). Rarement elle a été primitive comme c'était le cas de notre patiente qui a été sans antécédent pathologique particulier ; même constat chez Kamal et al (3), ainsi que chez Kim et al (10). Les deux sexes sont concernés mais de façon variable, notre patiente étant de sexe féminin. Le sex-ratio a été de 1 (M/F=2/2=1) selon El Hatimi (11). Le délai de consultation est très variable ; chez notre patiente il a été de 1 an ; il a varié de 2 à 12 mois selon Mighri et al (1) ; de 2 à 6 mois selon El Hatimi(11) ; une durée de 35 ans avant la première consultation a été rapportée par COEN (12). En général toute tuméfaction parotidienne résistante à une séquence de traitement médical (antibiotiques, anti inflammatoires), doit alerter le clinicien vers une tuberculose (13).

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la tuberculose demeure toujours une question d'actualité et la recrudescence de cette affection est en partie expliquée par l'épidémie d'infection à VIH; Mighri et al (1).

La présentation clinique est polymorphe et non spécifique ; généralement elle se manifeste par une tuméfaction parotidienne unilatérale

progressive réalisant un syndrome pseudo tumoral. Toutefois, la localisation tuberculeuse au niveau des deux glandes parotides est possible, comme c'est le cas de notre patiente; Suleiman a aussi rapporté le cas d'une fillette de 13 ans avec une tuberculose parotidienne bilatérale (13).

La tuberculose unilatérale de la glande parotide simule souvent un syndrome tumoral ; quand à la tuberculose bilatérale de la parotide, elle pose un problème diagnostique avec certaines affections comme la parotidite ourlienne, le syndrome de Gougerot- Sjögren et la sarcoïdose (14).

La tuberculose parotidienne existe sous forme disséminée (hématogène) et dans sa forme focale par voie de contamination rétrograde ; cette dernière forme semble être probablement le cas de notre patiente, eu égard au résultat de la cytoponction ganglionnaire ; même constat chez kamal et al (3) dans son observation à propos d'un cas de tuberculose primaire de la glande parotide.

L'évolution est souvent marquée par la présence d'une fistule cutanée très évocatrice d'une pathologie inflammatoire (9). Toutefois cette fistule n'est pas constamment observée, comme dans notre cas, où l'évolution a été marquée par l'apparition des zones d'inflammations cutanées évolutives ; aucune fistulisation n'a été notée sur les 2 malades de la série de Nabil et al (14). Le bilan biologique peut être normal ou objectiver un syndrome inflammatoire. L'intradermoréaction à la tuberculine, positive dans notre cas, peut revêtir tous les aspects; elle a été aussi positive dans la série de El Hatimi (11), même constat selon Mighri et al (1).

Les moyens radiologiques restent souvent non concluants avec l'absence de contage tuberculeux ou de signes d'imprégnation tuberculeuse. Pour Bhargawa, sur 100 images scannographiques, la présence d'une lésion à paroi épaisse prenant fortement le contraste avec de la nécrose, a été caractéristique de la tuberculose (15). La radiographie pulmonaire doit être systématiquement demandée à la recherche d'un éventuel foyer primitif.

La cytoponction parotidienne à l'aiguille avec étude cytologique à la recherche de BAAR et mise en culture du liquide de ponction reste déterminante lorsqu'elle se révèle positive ; toutefois cette cytoponction n'est pas toujours anodine car pouvant engendrer un risque de lésion du facial ou être génératrice d'une fistulisation (14).

Dans nombre de travaux, l'examen histologique d'une adénopathie ou même d'une parotidectomie exploratrice a permis de poser le diagnostic d'une tuberculose parotidienne (5, 16).

Dans notre travail, le diagnostic de confirmation a été porté fondamentalement sur

la base de la cytoponction à l'aiguille et de l'IDR qui ont été concluantes ; dans la série de El Hatimi (11) le diagnostic positif a été porté sur la base de la cytoponction dans 50 % des cas (soit 2 cas sur 4) ; Weiner et al (17) ont rapporté 5 cas de tuberculoses parotidiennes diagnostiquées par la cytoponction à l'aiguille et traitées par les antituberculeux. Le traitement repose sur les antibiologiques pendant une durée de 6 mois permettant la stérilisation du foyer et la disparition du syndrome tumoral parotidien (9, 16). Toutefois, si l'infection est causée par une mycobactérie atypique (ou des souches multi résistantes), ce traitement antituberculeux reste insuffisant et l'exérèse chirurgicale du granulome pathologique s'impose (18).

CONCLUSION

La tuberculose parotidienne bilatérale est une affection rare. Le diagnostic repose sur la confrontation des données cliniques et para cliniques et doit être évoqué devant toute tuméfaction parotidienne, uni ou bilatérale, chez un patient même sans antécédent particulier, évoluant sur un mode subaigu à chronique. L'imagerie médicale (l'échographie, la TDM, l'IRM) ainsi que la cytoponction à l'aiguille fine restent contributives au diagnostic. L'IDR à la tuberculine tient une place déterminante dans la confirmation du diagnostic. Le traitement repose sur la prescription d'antituberculeux sur une période de six (6) mois, avec un résultat souvent satisfaisant.

REFERENCES

1. Mighri K, Lahmar I, Hammami B, Jlaïel M, Moussa A, Driss N. La tuberculose extraganglionnaire de la sphère ORL. J TUN ORL 2006; 16 : 36-38.
2. Kallel S, Mnejja M, Ksentini A, Ayyadi S, Hammami B, Charfeddine I, Ghorbel A. La tuberculose de la glande parotide : diagnostic différentiel avec une tumeur maligne. J I M Sfax 17; 27 : 79-81.
3. Kamal D, Oufkir A, Bezzari A, Maaroufi M, El Alami MN. Tuberculose primaire de la glande parotide : à propos d'un cas. Actualités Odonto Stomatologiques 2015 ; 271 : 18-20.
4. Rowe JJM, Wowles R, Leighton SE, Freed MAR. Diffuse tuberculosis parotidis. J Laryngol and otol 1992; 106(12) : 1094-1095.
5. William BD, Theodore EB. Tuberculosis of the Salivary glands. Oral surg Oral Med Oral pathol 1961; 14(5): 576-588.
6. Touati MM, Darouassi Y, Chihani M, Lakouichi M, tourabi K, Ammar H, Bouaity B. La tuberculose extra-ganglionnaire primitive de la sphère ORL : à propos de 15 cas. Pan Afr Med J 2014 ; 19 : 179.
7. Gassab E, Kedous S, Berkaoui A, Sayeh N, Harrathi K, Koubaa J, Gassab A. Tuberculose extra ganglionnaire de la tête et

du cou. Journal Tunisien d'ORL et de chirurgie Cervico-faciale 2010 ; 24(1) : 26-29

8. Chatterjee A, Varman M, Guinlan TW. Parotid abscess caused by Mycobacterium tuberculosis. *Pediatr infect dis J* 2001; 20 (9): 912-914.
9. Benhammou A, El Ayoubi A, Benbouzid MA, Boulai M, Essakali I, Kzad M. Tuberculose primaire de la glande parotide. *Arch pédiatr* 2007 ; 14(1) : 1206-1209.
10. Kim YH, Joeng WJ, Jung KY, Sung MW, Kim KH, Kim CS. Diagnosis of major salivary gland tuberculosis : experience of eight cases and review of the literature. *Acta oto-Laryngol* 2005 ; 125 (12) : 1318-22.
11. El Hatimi T. Tuberculose parotidienne : à propos de 4 cas avec revue de littérature. Thèse, Med, Rabat, 2017 ; 237.
12. Coen LD. Tuberculosis of the parotid gland in a child. *J Pediatr surg* 1987; 22(4): 367-8.
13. Suleiman AM. Tuberculous parotiditis: report of 3 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001; 39 (4): 320-323.
14. Nabil T, Mounir K, Abdelhamid M. La tuberculose primaire de la parotide : à propos de deux cas. *Pan Af Med J* 2014 ; 18 : 237.
15. Bhargawa S, Watmough DJ, christi FA, SA Thars A. A case report: tuberculosis of the parotid gland diagnosis by CT. *Br J Radiol* 1996; 69(828): 1181-3.
16. Sethi A, sareen D, Sabherwal A, Malhotra V. Primary parotid tuberculosis: varied clinical presentations. *Oral dis* 2006; 12(2) : 77-215.
17. Weiner GM, Pahor AL. Tuberculous parotitis : limiting the role of surgery. *J Laryngol Otol* 1996; 110, (01): 96-97.
18. Makhani S, Postleth WK, Renny NMC, Kera WCJ, Carton ATM. Atypical Cervico facial Mycobacterial infections in Childhood. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998; 36(2) : 119-122.



Figure 1 : le jour de l'admission en consultation : Tuméfactions parotidiennes droite et gauche

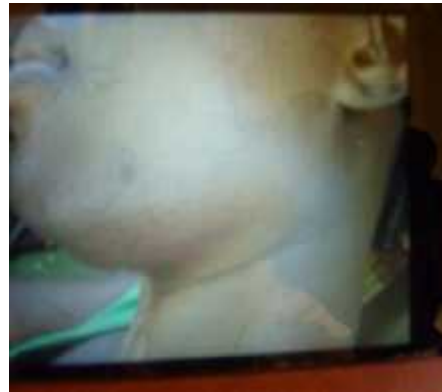


Figure 2 : une (1) semaine après la fin du traitement médical antituberculeux : disparition des tuméfactions parotidiennes gauche et droite

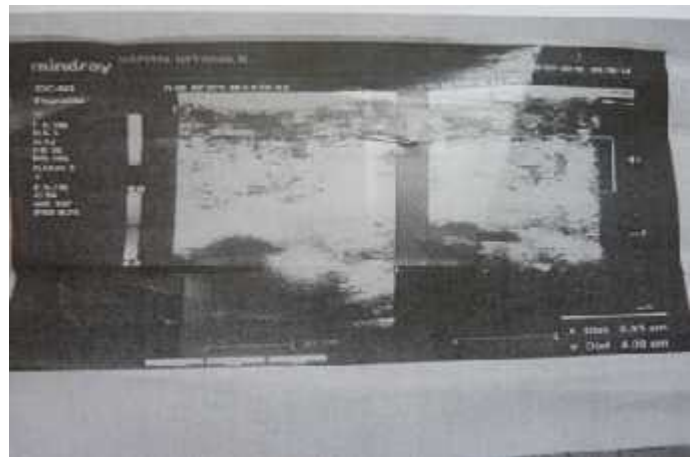


Figure 3 : échographie cervicale : Les 2 glandes parotides augmentées de volume, hétérogènes avec plusieurs formations tissulo-liquidiennes et présence des zones de nécroses.