

LA TUBERCULOSE DE LA GLANDE PAROTIDE : DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC UNE TUMEUR MALIGNNE

PAROTID GLAND TUBERCULOSIS : DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH MALIGNANT TUMOR

S. KALLEL^{1,2*}, M. MNEJJA^{1,2}, A. KSENTINI^{1,2}, S. AYADI^{1,2}, B. HAMMAMI^{1,2},
I. CHARFEDDINE^{1,2}, A. GHORBEL^{1,2}

1 : Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

2 : Faculté de Médecine de Sfax, Tunisie.

*E-mail de l'auteur correspondant : souha.kallel@yahoo.fr

Résumé

La localisation de la tuberculose au niveau de la glande parotide est extrêmement rare. Aucun élément clinique, radiologique et biologique ne permet d'orienter le diagnostic. Sa présentation peut mimer une tumeur maligne.

Nous rapportons un cas de tuberculose de la glande parotide dont le diagnostic était anatomopathologique dans le but de présenter les difficultés diagnostiques de cette affection.

Mots clés : Glande parotide ; Tuberculose ; Parotidectomie

Absract

Tuberculosis of the parotid gland is is extremely rare. Diagnosis is difficult because there are no specific clinical, radiological or biological signs of the disease. His presentation can mimic malignancy.

We report a case of tuberculosis of the parotid gland, whose diagnosis was pathological. The aim is to present the diagnostic difficulties of this disease.

Key words : Parotid gland ; Tuberculosis ; Parotidectomy

ملخص

يعتبر حصول مرض السل بالغدة النكفية أمرا نادرا. و لا توجد عوارض سريرية أو إشعاعية أو بيولوجية لتوجيه هذا التشخيص. عرض هذا السل النكفي يمكن أن يحاكي ورم خبيث. قمنا باستعراض حالة من السل بمستوى الغدة النكفية حيث كان التشخيص بواسطة التشريح المجهرى المرضي و ذلك من أجل تقديم صعوبات التشخيص لهذا المرض.

الكلمات المفاتيح: الغدة النكفية ; السل ; استئصال الغدة النكفية

INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie granulomateuse nécrosante avec des présentations cliniques variées et une large distribution. Les poumons sont le plus souvent touchés. Au niveau de la sphère ORL, l'atteinte ganglionnaire est la plus fréquente. La localisation au niveau des glandes salivaires, et notamment de la parotide, est rare [1, 2]. Seulement 100 cas sont rapportés dans la littérature mondiale. La présentation clinique est polymorphe et non spécifique.

Nous rapportons un cas de tuberculose de la glande parotide dont la présentation a mimé une tumeur maligne. Le diagnostic était anatomopathologique. Le but est de mettre l'accent sur cette localisation et de présenter ses difficultés diagnostiques.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme âgée de 55 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a présenté une tuméfaction parotidienne gauche, évoluant depuis 06 mois.

La patiente était en bon état général, apyrétique. La tuméfaction était prétragienne et mesurait 1.5 cm. Elle était ferme, bien limitée, mobile et indolore. La parotide controlatérale était saine. L'examen a montré aussi de multiples adénopathies cervicales controlatérales susclaviculaires dures et fixées. Les voies aéro-digestives supérieures étaient libres.

L'échographie cervicale a montré un processus de la glande parotide hypoéchogène hétérogène renfermant des zones de nécroses. A L'IRM, la lésion était au dépend du lobe superficiel de la parotide gauche, ovale de 11*11*13 mm. Le signal était mixte avec une composante liquidienne centrale et charnue périphérique en hypo T2 prenant le contraste après Gado (Figure 1 et 2). En diffusion, le coefficient de diffusion était bas. Ses caractéristiques étaient suspectes de malignité. Pour ceci nous avons complété par une cytoponction qui était non concluante et par un scanner thoracique qui a montré l'aspect d'une miliaire pulmonaire.

Le diagnostic d'un cancer parotidien métastatique a été fortement suspecté. Pour avoir une preuve histologique, nous avons décidé de réaliser une parotidectomie exo-faciale partielle supérieure avec adénectomie susclaviculaire droite. L'examen anatomopathologique extemporané a conclu à une tuberculose parotidienne et ganglionnaire cervicale. Ceci a été confirmé par l'examen histologique

définitif. La patiente a été mise sous traitement antibacillaire. L'évolution était bonne.

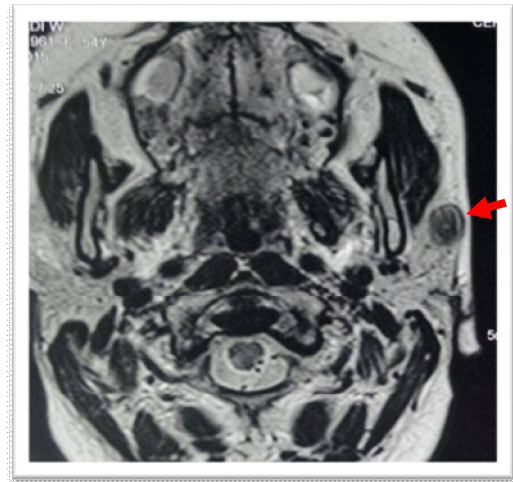


Figure 1 : IRM parotidienne en coupe axiale, séquence T2 : masse du lobe superficiel de la glande parotide gauche en hyposignal T2 .

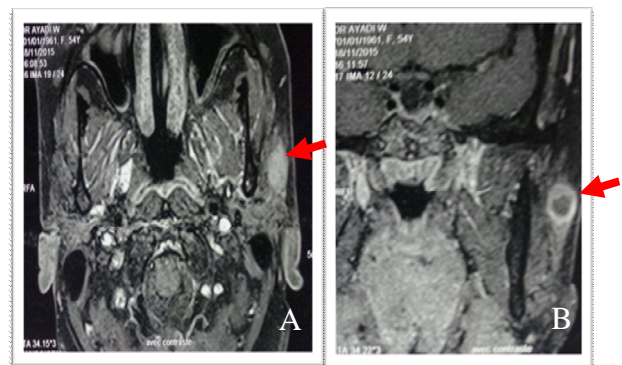


Figure 2 : IRM parotidienne en coupe axiale (A) et coronale (B), séquence T1 après injection de Gado : masse du lobe superficiel de la glande parotide gauche qui se réhausse après Gado

DISCUSSION

La tuberculose parotidienne est décrite pour la première fois en 1894 par Von Stubenrauch. Elle se voit souvent chez le sujet jeune entre 20 et 40 ans et rentre généralement dans le cadre d'une tuberculose disséminée. Cela peut être dû à l'effet inhibiteur de la salive sur les mycobactéries [3]. La diffusion se fait souvent par voie hématogène ou lymphatique à partir d'un foyer pulmonaire [4]. C'est probablement le cas de notre patiente qui a présenté des adénopathies cervicales dures et une miliaire pulmonaire, tableau qui était initialement évocateur d'un carcinome parotidien métastatique. La tuberculose parotidienne peut être classée en deux formes : une forme focale qui correspond a

une infection tuberculeuse d'un nodule lymphatique intra glandulaire ou péri-capsulaire, le cas de notre patiente, 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 [5].

Ainsi, La présentation clinique est généralement une tuméfaction parotidienne unilatérale progressive réalisant un syndrome pseudo tumoral. Elle peut rarement se présenter sous forme d'une sialadénite aiguë avec une tuméfaction diffuse de la glande ou même une fistule périauriculaire ou un abcès [6]. Les signes d'imprégnation tuberculeuse sont rarement présents [7].

Sur le plan biologique, on retrouve généralement un syndrome inflammatoire et l'intradermoréaction à la tuberculine n'est pas toujours positive [8]. Cette dernière peut fournir des informations précieuses mais nécessite une suspicion initiale du diagnostic.

Les données du bilan radiologique (échographie, TDM et IRM) ne permettent généralement pas de poser le diagnostic. En effet, différents aspects très variables peuvent se voir : nodule tissulaire parotidien, sialadénite diffuse, kyste ou processus de nature liquidienne, plus ou moins associés à des adénopathies intraparotidiennes et jugulocarotidiennes. Différencier entre une tumeur et une lésion infectieuse de la parotide comme la tuberculose paraît être un dilemme. Seul l'examen histologique d'une parotidectomie permettra de poser le diagnostic en mettant en évidence le classique granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse [8]. La cytoponction à l'aiguille fine avec mise en culture du liquide de ponction peut être utile et pourrait éviter les complications potentielles de la parotidectomie comme la lésion du nerf facial. La cytoponction n'a de valeur que si elle est positive. Elle a une spécificité de 81 % et une sensibilité de 94 % [8]. Actuellement, la plupart des auteurs recommandent les techniques d'amplification génique par PCR (Polymerase Chain Reaction) après culture du broyat cellulaire glandulaire permettant d'augmenter les résultats positifs de la cytoponction [9].

La localisation tuberculeuse au niveau des deux glandes parotides est possible posant un problème diagnostique avec le syndrome de Gougron Sjogren et la sarcoïdose. En général, toute parotidite résistante au traitement antibiotique doit alerter le clinicien vers une tuberculose [10].

Le traitement repose sur la prescription d'un traitement antituberculeux pendant une durée de 6 à 9 mois, permettant la stérilisation du foyer

tuberculeux et la disparition rapide du syndrome tumorale parotidien. Ce traitement est réalisé en deux phases : la première phase utilise quatre médicaments (l'éthambutol, l'isoniaside, la rifampicine et le pyrazinamide) pendant deux mois. Durant la deuxième phase, les médicaments utilisés sont l'éthambutol et l'isoniaside pendant sept mois ou bien l'isoniaside et la rifampicine pendant quatre mois. L'évolution généralement favorable [11].

CONCLUSION

La tuberculose de la parotide est une entité clinique rare qui présente des difficultés de diagnostic en raison de la similarité de la présentation à celle d'une tumeur maligne. Bien que rare, la tuberculose doit être gardée à l'esprit devant tout patient présentant une tumeur de la parotide.

REFERENCES

- [1] Chatterjee A, Varman M, Quinlan TW. Parotid abscess caused by *Mycobacterium tuberculosis*. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:912-4.
- [2] Kim YH, Jeong 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 Otolaryngol* 2005;125:1318-22.
- [3] Holmes S, Gleeson MJ, Cawson RA. Mycobacterial disease of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000 ; 90: 292-298.
- [4] Hamdan AL, Hadi U, Shabb N. Tuberculous parotitis: a forgotten entity. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002 ; 126: 581-582.
- [5] Rowe Jones JM, Vowles R, Leighton SE, Freedman AR. Diffuse tuberculous parotitis. *J Laryngol and Otol.* 1992;106:1094-1095.
- [6] Sethi A, Sareen D, Sabherwal A, Malhotra V. Primary parotid tuberculosis: varied clinical presentations. *Oral Dis.* 2006 ; 12: 213-215.
- [7] Suleiman AM. Tuberculous parotitis: report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2001;39:320-3.
- [8] Handa U, Kumar S, Punia RS, Mohan H, Abrol R, Saini V. Tuberculous parotitis: a series of five cases diagnosed on fine needle aspiration cytology. *J Laryngol Otol* 2001;115:235-7.
- [9] Kontopoulou T, Fanourgiakis P, Samarkos M, Mintzias D, Peppas C, Rontogianni D et al. Tuberculosis of the parotid gland: case report and literature review. *Med Mal Infect* 2004;34(10):488-90.
- [10] Seifert G. Tumour-like lesions of the salivary glands: The New WHO classification. *Pathol Res Pract.* 1992;188(7): 836-846.
- [11] Touiheme N, Kettani M, Messary A. La tuberculose primaire de la glande parotide: à propos de deux cas. *The Pan African Medical Journal* 2014;18:237.