

Tuberculose Parotidienne Ou Adénome Pléomorphe : A Propos D'un Cas

Fatine Aboutajdine, Ahmed Sqalli Houssini, Mouna Ouazzani Touhami, Zainab Hayat, Hassan El Edghiri

Service D'orl Et De Chirurgie Cervico-Faciale, Hopital Universitaire International Cheikh Zaid, Rabat, Maroc

Résumé

La tuberculose est une maladie endémique au Maroc et dans de nombreux pays en voie de développement ou du tiers monde. Causée par le *Mycobacterium tuberculosis* ou *bovis*, les formes pulmonaires et ganglionnaires sont les plus fréquentes. La localisation parotidienne primitive reste rare et pose des difficultés diagnostiques en raison de sa présentation clinique et radiologique pseudo-tumorale. Le diagnostic s'appuie sur l'histologie. Notre travail présente le cas d'un patient sans antécédents particuliers qui s'est présenté dans un tableau d'adénome pléomorphe parotidien qui s'est révélé être une tuberculose parotidienne après examen anatomopathologique.

Mots clés : parotide, tuberculose, adénome pléomorphe, diagnostic différentiel

Date of Submission: 08-07-2024

Date of Acceptance: 18-07-2024

I. Introduction

La tuberculose primitive de la glande parotide est une entité méconnue et rare. Le diagnostic est tardif, généralement en post-opératoire après examen anatomopathologique mettant en évidence l'épithélium giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. La symptomatologie est trompeuse, simulant celle d'une pathologie tumorale. L'imagerie radiologique est polymorphe et non spécifique. Le gold standard dans le diagnostic de tuberculose parotidienne reste l'examen histologique sur cytoponction, biopsie ou pièce opératoire après parotidectomie. Nous rapportant le cas d'une tuberculose parotidienne primitive mimant cliniquement et radiologiquement un adénome pléomorphe.

II. Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans, sans antécédents particuliers, qui présente une tuméfaction parotidienne gauche évoluant depuis 6 mois dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique retrouve une tuméfaction parotidienne polaire inférieure gauche, de consistance ferme, dure, fixe par rapport aux plans superficiel et profond, indolore, sans paralysie faciale. Le reste de l'examen clinique est sans particularités

L'échographie cervicale révèle la présence d'une masse parotidienne polaire gauche de forme ovalaire d'échostructure hétérogène avec septas échogènes en son sein peu vascularisée au Doppler faisant évoquer en premier lieu un adénome pléomorphe. L'échographie retrouve par ailleurs quelques ganglions d'allure inflammatoire de la chaîne jugulo-carotidienne.

L'IRM cervicale met en évidence une lésion parotidienne polaire gauche de 27,7 x 24,3 x 14,4 mm en hyposignal en séquence T1 (Figure 1) et en hypersignal en séquence T2 (Figure 2) évoquant un adénome pléomorphe en premier lieu.

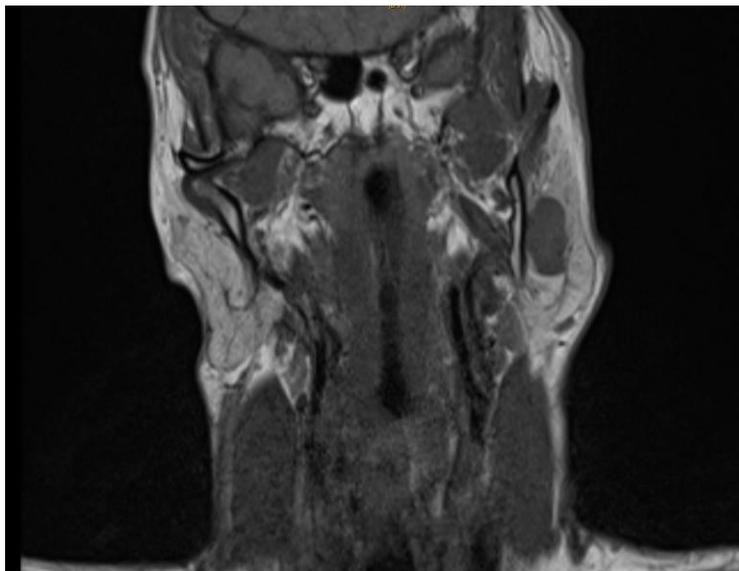


Figure 1 : IRM cervicale en séquence T1 en coupe coronale

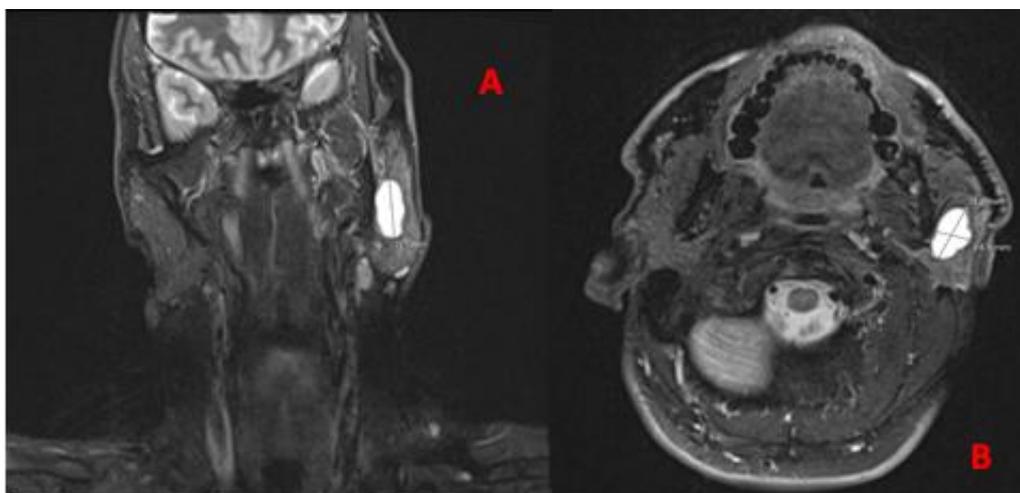


Figure 2 : IRM cervicale en séquence T2 A en coupe coronale et B en coupe axiale

La radiographie pulmonaire est sans particularités. Le bilan biologique standard est sans particularités

Le patient a bénéficié d'une parotidectomie avec curage ganglionnaire sous anesthésie générale. L'examen per-opératoire met en évidence un lobe parotidien superficiel très inflammatoire et hémorragique et des ganglions sous-digastriques fixés au plan profond et de 1cm de grand axe. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré des granulomes épithélio-giganto-cellulaires avec nécrose caséuse en faveur d'une tuberculose (Figure 3)

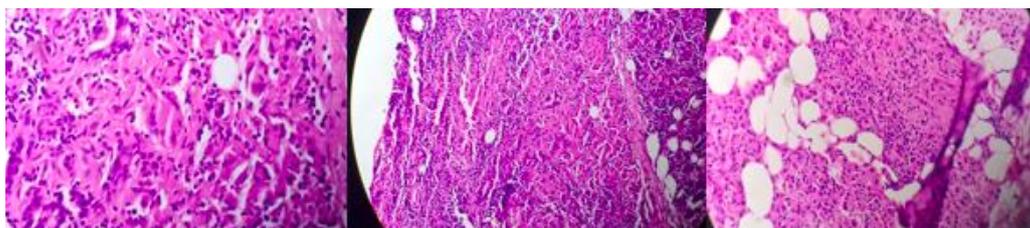


Figure 3 : Aspect morphologique et histologique à l'examen anatomopathologique

Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire pendant 6 mois. L'évolution sous traitement est favorable

III. Discussion

Secondaire à l'infestation par le *Mycobacterium tuberculosis* ou *bovis*, la localisation parotidienne a été décrite pour la première fois par Von Stubenrauch en 1894. La dissémination vers la parotide peut se faire de deux manières : par voie rétrograde canalaire à travers le canal de sténon ou par voie hématogène ou lymphatique à partir d'un foyer pulmonaire[1-2].

Le tableau clinique pose un problème de diagnostic différentiel [3-4]. Les signes d'imprégnation tuberculeuse sont absents dans les atteintes primaires. La présentation clinique est souvent chronique, avec une augmentation progressive de la taille de la tuméfaction, qui peut être ferme et dure, accompagnée d'adénopathies voire d'une paralysie faciale périphérique réalisant un tableau clinique pseudo-tumoral. Les signes inflammatoires avec fistule cutanée suggèrent une pathologie infectieuse mais ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose.

L'échographie et la TDM cervicale montrent des aspects multiples trompeurs pouvant orienter vers d'autres pathologies. Elles ne permettent pas d'évoquer le diagnostic de tuberculose. Quant à l'IRM cervicale, elle ne différencie pas entre lésion tuberculeuse et adénome pléomorphe qui apparaissent tous deux en hyposignal en séquence T1 et hypersignal en séquence T2.[5]

En per-opératoire, la glande parotide est adhérente à sa loge, fibrosée et hémorragique, sans aspect macroscopique spécifique. La présence d'adénopathie intra parotidienne et sous-digastrique confond d'autant plus l'opérateur.

L'examen histologique est le gold standard pour le diagnostic de tuberculose parotidienne sur matériel de cytoponction, biopsie ou pièce opératoire après parotidectomie. Il met en évidence le granulome géantocellulaire avec nécrose caséuse pathognomonique de la maladie [6]

Le traitement de la tuberculose parotidienne primitive est similaire à celui des tuberculoses extrapulmonaires avec un schéma thérapeutique établi sur 6 à 9 mois en prise quotidienne. Les deux premiers mois consiste en une quadrithérapie à base d'Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide et Pyrazinamide suivie d'une bithérapie (Rifampicine et Isoniazide) pendant 4 à 7 mois. [7]

IV. Conclusion

La tuberculose primitive parotidienne est une localisation rare de la maladie. Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant une lésion parotidienne surtout dans un pays endémique. Le diagnostic est histologique et fait appel à la cytoponction échoguidée pour éviter une chirurgie pourvoyeuse de complications non négligeables étant donné que le traitement est essentiellement médical

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail.

Références

- [1] Noureddine Errami, Amine Benjelloun, Nessrine Tahtah, Bouchaib Hemmaoui, Ali Jahidi, Ismaïl Nakkabi, Mohamed Zalagh, Fouad Benariba. Tuberculosis Of The Parotid Gland: Histology Surprise. The Pan African Medical Journal. 2015;20(343):5673.
- [2] Kim Yh, Jeong Wj, Jung Ky, Et Al. Diagnosis Of Major Salivary Gland Tuberculosis: Experience Of Eight Cases And Review Of The Literature. Acta Otolaryngol. 2005;125(12):1318-22
- [3] Sethi A, Sareen D, Sabherwal A, Malhotra V. Primary Parotid Tuberculosis: Varied Clinical Presentations. Oral Dis. 2006;12(2):213-5.
- [4] Benhammou A, El Ayoubi A, Benbouzid Ma, Boulaich M, Essakali L, Kzadri M. Tuberculose Primaire De La Glande Parotide. Archives Pédiatries. 2007;14(10):1206-1209.
- [5] Bhargava S, Watmough Dj, Christi Fa, Sathars A. A Case Report: Tuberculosis Of The Parotid Gland Diagnosis By Ct. Br J Radiol. 1996;69(828):1181-3
- [6] 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(3):235-7.
- [7] Nicolet, G., Rochat, T., & Zellweger, J. P. (2003, May). Traitement De La Tuberculose. In Forum Med Suisse (Vol. 22, Pp. 506-16).