

UN CAS RARE DE TUBERCULOSE PRIMAIRE DE LA GLANDE PAROTIDE AVEC LYSE MANDIBULAIRE

HENIDER N, CHEBIRA S.

Service ORL CHU de Constantine, Faculté de Médecine Belkacem Smail, Université 3 de Constantine Salah Bounider.

RÉSUMÉ :

La tuberculose de la glande parotide avec atteinte mandibulaire est extrêmement rare même dans les pays où la tuberculose est endémique. Cliniquement, elle se présente comme une masse de la région parotidienne simulant une tumeur maligne. Le diagnostic de la tuberculose de la parotide a besoin d'un haut degré de suspicion clinique. Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 61 ans présentant une masse parotidienne avec trismus et dont le diagnostic de tuberculose était posé par la cytoponction à l'aiguille fine sur culture du liquide ponctionné. Le traitement repose sur les anti-bacillaires. Ce travail met en évidence la présentation clinique, l'imagerie et l'importance de la cytoponction à l'aiguille fine dans le diagnostic de cette entité rare.

Mots clés : Tuberculose, Parotide, Mandibule, Trismus.

ABSTRACT: A RARE CASE OF PRIMARY TUBERCULOSIS OF THE PAROTID GLAND WITH MANDIBULAR LYSIS

Tuberculosis of the parotid gland with mandibular involvement is extremely rare even in countries where TBC is endemic. Clinically, it appears as a mass of parotid region simulating a malignant tumor. The diagnosis of parotid tuberculosis needs a high degree of clinical suspicion. We report the case of a woman aged 61 years with a parotid mass with lockjaw and whose diagnosis of tuberculosis was posed by FNA fine needle punctured on culture liquid. Treatment based on ant bacillary. This paper highlights the clinical presentation, imaging findings, and importance of FNAC in diagnosis of this rare entity.

Key words : Tuberculosis, Parotid, Mandible, Trismus.

INTRODUCTION

La tuberculose est une infection granulomateuse chronique causée par une mycobactérie : *mycobacterium tuberculosis* ou *bovis*, endémique dans les pays en développement. L'atteinte des glandes salivaires par cette affection est très rare notamment la glande parotide. Vu le polymorphisme clinique, la non spécificité radiologique, le diagnostic reste difficile et c'est la positivité de la culture du liquide de cytoponction à l'aiguille fine qui isole les BAAR ou le diagnostic histologique d'une pièce de parotidectomie qui permet de poser le diagnostic.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 61 ans sans antécédents personnels ou familiaux de tuberculose, admise dans notre service pour une tuméfaction de la région parotidienne droite évoluant depuis 15 jours sans syndrome infectieux ni amaigrissement.

A l'examen clinique, la patiente était en bon état général, bien colorée présentant une masse de la région parotidienne droite d'environ 04 cm de diamètre, ferme, douloureuse à la palpation sans signes inflammatoires locaux ni paralysie faciale périphérique, avec limitation de l'ouverture buccale. L'orifice du canal de sténon était inflammatoire sans issue de pus. Le reste de l'examen ORL et général étaient sans particularité.

L'échographie cervicale a montré une collection intra-parotidienne de 3,9x3cm avec des adénomégalies sous angulo-mandibulaires de 7,7mm d'allure inflammatoire et épaissement dermo-épidermique associée à des irrégularités corticales osseuses en regard. La radiographie panoramique dentaire a montré une lyse de la branche montante droite de la mandibule (figure 1).



Figure 1. Lyse de la branche montante droite de la mandibule.

La tomodynamométrie (TDM) cervicale a montré une lyse de la branche montante mandibulaire droite avec une collection entourée par une paroi rehaussée APC (Après Produit de Contraste) de l'espace parotidien droit entourant de façon circconférentielle la branche montante mandibulaire avec épaissement et densification du muscle ptérygoïdien droit et du masséter droit (figures 2 et 3).

La radiographie du thorax était normale. Un traitement médical à base d'antibiotiques était instauré. Une cytoponction écho guidée à l'aiguille fine était effectuée a ramené un liquide purulent caséux. L'examen direct bactériologique était négatif. La culture sur milieu de Lowenstein Johnson était positif avec mise en évidence de bacilles alcoolico acido résistants.

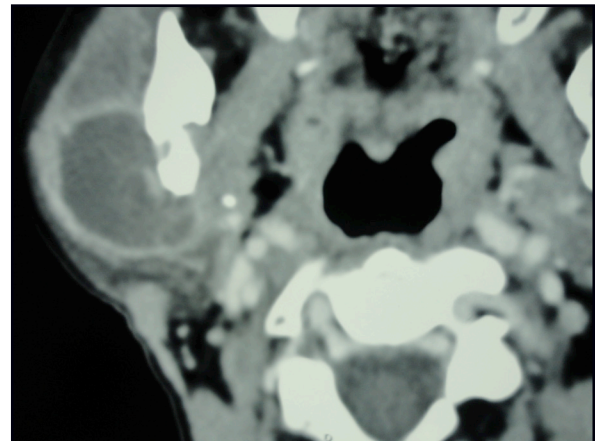


Figure 2. Coupe scannographique axiale montrant la collection intra-parotidienne.

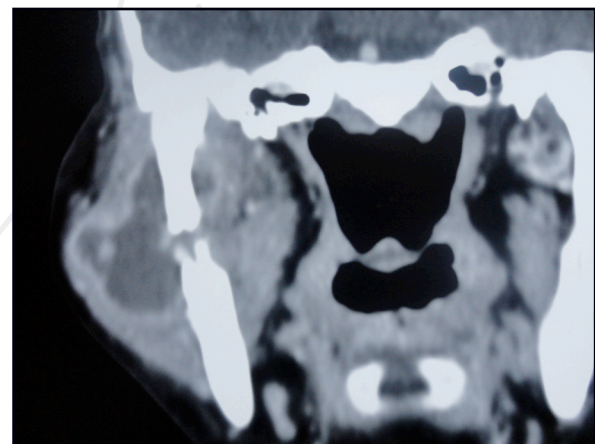


Figure 3. Coupe scanographique montrant la collection intra-parotidienne avec lyse mandibulaire.

La patiente était mise sous traitement anti-bacillaire pendant 06 mois. l'évolution était marquée par la fistulisation et la disparition du trismus (figures 4 et 5).

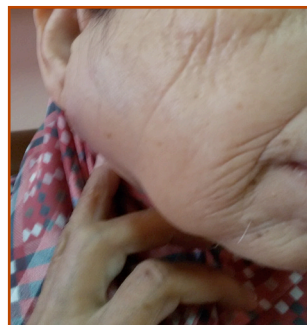


Figure 4. Photo montrant la tuméfaction parotidienne.



Figure 5. Photo montrant la fistule.

DISCUSSION

Décrite pour la première fois par Von Stubenrauch en 1894, la tuberculose parotidienne est rare, elle se voit souvent chez le sujet jeune entre 20 et 40 ans [1]. Les glandes salivaires sont habituellement épargnées de la tuberculose en raison de la pré-

sence des ions thiocyanate et d'enzymes protéolytiques, telles que le lysozyme qui confèrent une action antibactérienne à la salive. En outre, le flux continu de salive empêche la stagnation et la croissance des mycobactéries. L'infection du tissu parotidien peut être directe par le passage de bacille dans la cavité buccale, par l'intermédiaire du canal de drainage de la glande. La dissémination hématogène ou lymphatique de l'infection est également possible [2]. L'atteinte mandibulaire est extrêmement rare et constitue moins de 2% des localisations tuberculeuses squelettiques, elle peut être secondaire à une dissémination par voie hématogène d'un autre site atteint habituellement pulmonaire ou à une atteinte osseuse par contiguïté à partir des parties molles tuberculeuses adjacentes comme c'est le cas de notre patiente [3]. La tuberculose (TBC) parotidienne présente des difficultés diagnostiques vu le polymorphisme clinique et la non spécificité des explorations radiologiques. Elle se présente généralement comme une masse parotidienne d'évolution progressive réalisant un syndrome pseudo-tumoral. Les signes d'imprégnation tuberculeuse sont rarement présents et la présence d'une fistule cutanée est très évocatrice d'une pathologie inflammatoire [4]. La paralysie faciale périphérique et le trismus peuvent être présents mais évoquent surtout une pathologie maligne sur le plan biologique. L'intradermoréaction à la tuberculine n'est pas toujours positive [1]. L'échographie, la TDM et l'IRM ne sont pas spécifiques de la TBC parotidienne. Cependant, il peut s'agir d'un nodule tissulaire, d'une image kystique [4]. Les aspects scannographiques de l'atteinte mandibulaire sont peu spécifiques: péri-odontite avec perte osseuse, remaniement osseux avec ostéolyse et ostéocondensation [5]. La cytoponction parotidienne à l'aiguille fine avec une étude cytologique et mise en culture du liquide de ponction peut être utile mais n'a de valeur que si elle est positive [1]. Certains auteurs évoquent, la possibilité de confirmation diagnostique par amplification génique (PCR) après culture de broyat cellulaire glandulaire [4]. Souvent, le diagnostic est posé par l'examen histologique d'une pièce de parotidectomie en mettant en évidence, le granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse. Le diagnostic différentiel devant cette formation kystique avec lyse mandibulaire est surtout un processus tumoral malin. Le traitement est basé sur une antibiothérapie anti-bacillaire pendant 06 à 09 mois permettant la stérilisation du foyer tuberculeux avec surveillance clinico-biologique. Le traitement chirurgical peut être indiqué pour éventuelle excision des séquestres osseux nécrosés de la mandibule.

CONCLUSION

Contrairement à la tuberculose pulmonaire, le diagnostic de tuberculose parotidienne avec extension mandibulaire est difficile évoquant surtout la malignité. Il faut penser à rechercher le BK dans le liquide de prélèvement. Le diagnostic précoce permet l'instauration précoce d'une chimiothérapie anti-bacillaire et éviter une exploration chirurgicale [5].

REFERENCES

1. **Kamel D, Oufkir A, Bezari A, El Alami MN.** Tuberculose primaire de la glande parotide : à propos d'un cas. AOS 271. 1 Avril 2015.
2. **Errami N, Benjelloun A, Tahtah N, Hemmaoui B, Jahidi A, Nakkabi I et al.** Tuberculosis of the parotid gland: histology surprise. Pan African Medical Journal. 2015; 20: 343.
3. **Berkia I, El Kharras A, Dabri A, Chaouir S, Amil T, Benameur M, Bassou D.** Tuberculose primitive de la mandibule à propos d'un cas. J Radiologie. Septembre 2007; 88, 9-C1: 1193-1195.
4. **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.
5. **Sah SK, Zeng C, Li X, Shi X, Shrestha TK, Guo YY, Yin P, Wang J, Li Y.** CT findings and analysis for misdiagnosis of parotid tuberculosis. Clinical Imaging. 2016. 40, 4; 810-815.