

DIAGNOSTIC D'UNE TUMÉFACTION CERVICALE RAPIDEMENT ÉVOLUTIVE

R.Kharrat ^{1,3}, G.Yousfi ^{2,3}, N.Sellami ³, M. Ben Ayed ³, B. Hammemi ³,
M. Mnejja ³, MA Chaabouni ³, I.Charfeddine ³

Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, Hôpital Habib Bourguiba, Sfax,
Tunisie.

¹ Hôpital régional Mahres, Sfax, Tunisie.

² Hôpital régional Jbenyena, Sfax, Tunisie.

³ Laboratoire de recherche LR 23 ES 01

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 49 ans, allergique à la Pénicilline, qui nous a consulté pour la prise en charge d'une dyspnée inspiratoire. L'histoire de sa maladie remontait à trois semaines précédant sa consultation, et elle a été marquée par l'installation d'une dysphonie avec apparition d'une tuméfaction cervicale légèrement douloureuse. L'évolution a été marquée par l'installation d'une dyspnée inspiratoire et des fausses routes dans un contexte d'altération de l'état général d'où la patiente a consulté.

L'examen clinique a objectivé une tuméfaction basi-cervicale paramédiane gauche de 4 cm, ferme, douloureuse, fixe par rapport au plans profonds et sans signes inflammatoires locaux. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales palpables. A la nasofibroscope, nous avons objectivé un bombement de la paroi postérieure gauche de l'hypopharynx refoulant le larynx à droite. La muqueuse était régulière, sans identification de lésion bourgeonnante. Les cordes vocales étaient mobiles.

Nous avons complété par une échographie cervicale ayant conclu à un goitre thyroïdien multi-nodulaire avec des nodules classés Eu-Tirads IV, dont le plus volumineux était polaire inférieur gauche, mesurant 4 cm de grand axe et plongeant au niveau du médiastin supérieur sans mise en évidence d'adénopathies cervicales.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervico-thoracique (figure 1) a été pratiquée devant l'aggravation de la symptomatologie. Celle-ci a objectivé une masse au dépend des deux lobes de la thyroïde, mesurant 6x4x2 cm à droite et 9,4x4,7x4 cm à gauche. Cette masse plongeait à gauche dans le médiastin supérieur jusqu'à 5 mm au-dessus de la croise de l'aorte. Elle se prolongeait en postérieur au niveau de l'espace prévertébral, refoulant à droite la trachée et l'œsophage qui paraissaient infiltrés. La masse englobait l'axe vasculaire jugulo-carotidien sans l'envahir

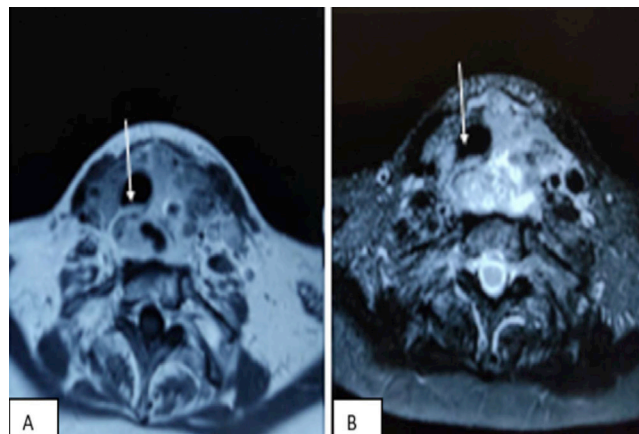


Figure 1: IRM en coupe axiale en pondération T1 (A) et T2 (B) montrant une infiltration de la paroi postérieure de la trachée et l'œsophage cervical (flèche blanc)

Sur le plan biologique, le taux de la Thyroïd Stimulating Hormone (TSH) était égal à 0,02 mIU/L, le taux de la protéine C réactive (CRP) à 162 mg/L et les globules blancs (GB) étaient à 14200 Eléments/mm³ avec une prédominance Polynucléaires neutrophiles.

Quel est votre diagnostic ?

Devant ce tableau, une tumeur maligne de la thyroïde, une thyroïdite bactérienne aiguë ou un kyste de la 4ème fente surinfecté ont été évoqués. La cytoponction thyroïdienne était peu cellulaire. La patiente a été mise sous Clindamycine (Dalacine®) à la dose de 600 mg trois fois par jour en intra-veineux.

L'évolution était marquée par l'aggravation de la dyspnée inspiratoire. Nous avons décidé d'opérer la patiente. Une laryngoscopie directe première a éliminé la présence d'une fistule au niveau des sinus piriformes. Ensuite, nous avons procédé par une thyroïdectomie totale. En peropératoire (figure 2), nous avons objectivé un goitre multinodulaire comportant un volumineux nodule brunâtre postéro-supérieur gauche qui se prolongeait en rétro pharyngé. Lors d'une effraction accidentelle de la capsule du nodule thyroïdien, nous avons observé l'issue de pus de grande abondance. L'œsophage cervical et la trachée étaient d'aspect inflammatoire. Nous avons noté la présence d'un tissu granulomateux en leur regard.

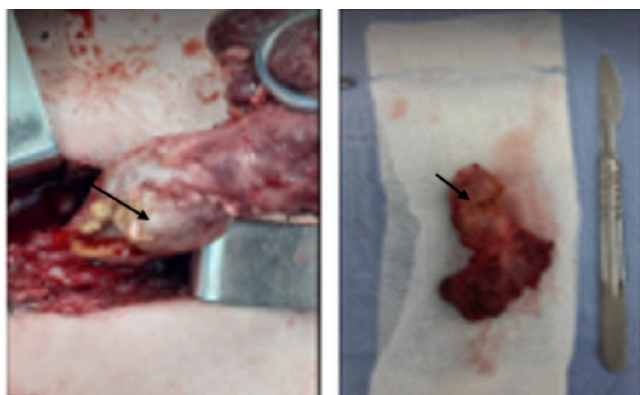


Figure 2: Aspect peropératoire de la thyroïdite suppurative, présence d'un nodule de 4 cm brunâtre dépend du lobe gauche (↘)

L'examen extemporané était en faveur d'un goitre multinodulaire bénin. L'examen bactériologique du pus a isolé deux germes: l'*Enterobacter cloacae* et la *Klebsiella oxytoca*, sensibles à la Clindamycine (Dalacine®).

L'examen Anato-pathologique définitif a confirmé la présence d'une thyroïdite lymphocytaire légère associée à un micro carcinome papillaire gauche de 4 millimètres et a montré présence d'un tissu de granulation péri thyroïdien gauche évoquant un abcès péri thyroïdien.

Les suites opératoires ont été marquées par l'apparition d'une tuméfaction cervicale inflammatoire au 3ème jour post-opératoire. La tomodensitométrie (TDM) cervico-thoracique a objectivé une collection au niveau de la loge de thyroïdectomie de 04 cm et une fistule de 2 millimètres de la paroi latérale gauche de l'œsophage. Un drainage de la collection a été fait avec mise en place d'une lame de drainage et d'une sonde nasogastrique. L'antibiothérapie a été maintenue pendant trois semaines.

L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique et la normalisation des marqueurs biologiques de l'inflammation. Une TDM de contrôle, faite à un mois, a objectivé une cicatrisation de la fistule œsophagienne. Ainsi, la sonde nasogastrique a été enlevée avec rétablissement d'une alimentation par voie orale. Au dernier contrôle fait à 3 mois, la patiente était en bon état clinique et biologique.

DISCUSSION:

La thyroïdite purulente est une entité rare du fait de la résistance de la glande thyroïde à l'infection. Son incidence est située entre 0,1 à 0,7% de toutes les maladies thyroïdiennes (1).

Le tableau clinique d'une thyroïdite aigue suppurée peut mimer celui d'une tumeur thyroïdienne agressive de par son évolution rapide (2), tel était le cas de notre patiente. Les signes les plus évocateurs sont la douleur cervicale et la fièvre. La dysphagie, la dysphonie et l'érythème sont moins fréquents (3).

La thyroïdite purulente complique souvent une pathologie thyroïdienne préexistante tel que le goitre multinodulaire, les carcinomes thyroïdiens ou les

anomalies congénitales comme les fistules ou kystes de la 4ème fente (4). Un traumatisme récent et une cytoponction thyroïdienne ont été aussi incriminés (5). Selon la revue de la littérature publiée par Lafontaine N et al. (6) la thyroïdite purulente peut être secondaire à une dissémination hémotogène d'une infection à distance. Certains auteurs ont rapporté aussi des cas de carcinome de l'œsophage et du larynx révélés par une thyroïdite suppurative (6,7).

Sur le plan bactériologique, la thyroïdite aigue est due à une infection bactérienne dans 70% des cas avec une prédominance des bactéries gram-positifs isolées dans 30% des cas (5). Les germes les plus incriminés sont le streptocoque et le staphylocoque (8). Notre patiente a présenté une thyroïdite à bacille gram négatif (*Enterobacter cloacae* et *Klebsiella oxytoca*).

La tuberculose doit être évoquée dans les pays de haute endémicité. Les infections parasitaires restent rares représentant moins de 1% des cas (5).

Les marqueurs de l'inflammation sont élevés dans la plupart des cas (3). Pearce EN et al. (5) rapporte une association de la thyroïdite aigue bactérienne à une hyperthyroïdie dans 40% des cas tel était le cas de notre patiente.

L'imagerie peut être utile pour établir un diagnostic précoce et pour prévenir les complications. L'échographie demeure la meilleure modalité permettant d'objectiver précocement une thyroïdite aigue avant l'abcédation (9). La TDM est moins sensible pendant la phase précoce. Une ponction à l'aiguille peut établir le diagnostic positif et d'éliminer les diagnostics différentiels (1).

Les complications d'une thyroïdite suppurée peuvent être la crise de thyrotoxicose, la thrombose de la veine jugulaire interne, l'obstruction des voies respiratoires, la perforation trachéale ou œsophagienne, la médiastinite nécrosante, la septicémie et même le décès (10,11)

Chez les patients stables et immunocompétents, le traitement de la thyroïdite suppurative est basé sur une antibiothérapie agressive avec ponction et aspiration de drainage à l'aiguille. Un antifongique doit être associé à une antibiothérapie à large spectre si le patient est immunodéprimé (5). Dans certains cas, les ponctions sont inefficaces et une évacuation chirurgicale avec thyroïdectomie partielle ou totale s'impose, essentiellement en cas de sepsis ou d'instabilité sur le plan respiratoire. Ceci était le cas de notre patiente qui a présenté une thyroïdite sur un goitre multinodulaire avec aggravation de la dyspnée. Lafontaine N et al. (6) recommandent de réaliser systématiquement une exploration chirurgicale de la loge thyroïdienne pour éliminer les fistules de 3ème ou 4ème fente.

La mortalité globale est de 3,7% à 8,6% des cas (3). Ce pourcentage s'élève à 25% en cas d'infection fongique (12).



CONCLUSION:

La thyroïdite est une entité peu fréquente dans la pratique quotidienne. Elle survient en général chez des patients qui présentent d'autres pathologies thyroïdiennes chez l'adulte ou des anomalies anatomiques congénitales

chez l'enfant. Elle peut entraîner des complications par atteinte des organes de voisinage ou dissémination de l'infection. Une prise en charge adéquate et précoce s'avère nécessaire.

REFERENCES:

1. Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *Eur Thyroid J.* 2017 Sep;6(5):225-37.
2. Paes JE, Burman KD, Cohen J, Franklyn J, McHenry CR, Shoham S, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. *Thyroid.* 2010 Mar;20(3):247-55.
3. Lin KD, Lin JD, Huang MJ, Huang HS, Jeng LB, Ho YS. Acute suppurative thyroiditis and aggressive malignant thyroid tumors: differences in clinical presentation. *J Surg Oncol.* 1998 Jan;67(1):28-32.
4. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N. Infectious diseases of the thyroid gland. *Rev Infect Dis.* 1983 Jan-Feb;5(1):108-22.
5. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. *N Engl J Med.* 2003 Jun 26;348(26):2646-55.
6. Lafontaine N, Learoyd D, Farrel S, Wong R. Suppurative thyroiditis: Systematic review and clinical guidance. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2021 Aug;95(2):253-64.
7. Premawardhana LD, Vora JP, Scanlon MF. Suppurative thyroiditis with oesophageal carcinoma. *Postgrad Med J.* 1992;68(801):592-3
8. Wilson TD, Pickard BH, Whittam DE. Carcinoma of the larynx masquerading as acute suppurative thyroiditis. *Br J Surg.* 1969
9. Yu EH, Ko WC, Chuang YC, Wu TJ. Suppurative *Acinetobacter baumannii* thyroiditis with bacteremic pneumonia: case report and review. *Clin Infect Dis.* 1996
10. Masuoka H, Miyauchi A, Tomoda C, et al. Imaging studies in sixty patients with acute suppurative thyroiditis. *Thyroid.* 2011
11. Singh G, Jaiswal R, Gulati N, Campbell Granieri E. A case of idiopathic thyroid abscess caused by *Escherichia coli*. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2019 Apr 12;9(2):159-61.
12. Fernandez JF, Anaissie EJ, VASSILOPOULOU-Sellin R, Samaan NA. Acute fungal thyroiditis in a patient with acute myelogenous leukaemia. *Journal of Internal Medicine.* déc 1991;230(6):539-41.