



# Tuberculose primaire de la parotide

Z. Sayad<sup>\*a</sup> (Dr), S. Nhamoucha<sup>a</sup> (Dr), S. Benazzou<sup>a</sup> (Pr), M. Boulaadas<sup>a</sup> (Pr)  
SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE, HOPITAL DES SPECIALITES DE RABAT.  
zahra.sayad999@gmail.com

## Introduction :

La tuberculose est une infection granulomateuse chronique due à *Mycobacterium tuberculosis* ou *bovis* qui peut toucher tous les organes. Constitue toujours un problème de santé publique dans notre contexte.

La tuberculose parotidienne reste une localisation très rare au niveau de la sphère ORL. Elle pose un problème de diagnostic différentiel notamment avec une origine néoplasique devant le manque de spécificité clinique, biologique et radiologique. Son traitement est avant tout médical si le diagnostic positif est bien établi.

## Observation :

Homme âgé de 40 ans, sans antécédent pathologique particulier, présentait une tuméfaction parotidienne droite évoluant depuis 5 mois dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique retrouvait une tuméfaction sous lobulaire droite, de consistance ferme, mal limitée mesurant 2cm de grand axe, fixe par rapport au plan superficiel avec aspect de peau infiltrée et non douloureuse. (Fig.1)

Le reste de l'examen cervico-faciale était sans particularité.

L'échographie cervicale retrouvait de multiples adénopathies intra parotidiennes et jugulo carotidiennes droites infra centimétriques. (Figure2)

Une tomodensitométrie cervico-parotidienne réalisée avec des coupes de 3 mm d'épaisseur avant et après injection du produit de contraste, retrouvait une hypertrophie parotidienne droite avec infiltration de la peau et la graisse sous cutanée sans masse individualisable, rehaussée après injection du produit iodé (Figure 2); avec un magma d'adénopathies intra parotidiennes dont certaines présentent un centre nécrotique de 20 mm et jugulo-carotidiennes faisant suspecter une parotidite d'allure infectieuse. (Fig. 4 et 5)

La radiographie thoracique était normale. (Fig.3)

Le bilan biologique standard était sans particularités.

Sous anesthésie locale, une biopsie parotidienne a été réalisée dont l'étude anatomo-pathologique est revenue en faveur de granulomes épithélio-giganto-cellulaires dont certains sont centrés de larges plages de nécrose caséuse en faveur de la tuberculose.

Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire à type de schéma 2RHZ/4RH pendant six mois avec une évolution favorable. (Fig. 7 et 8)

Pas de récurrence sur un recul de 1 an après la fin du traitement.



Figure 1: Aspect clinique  
a) vue de face b) vue de profil

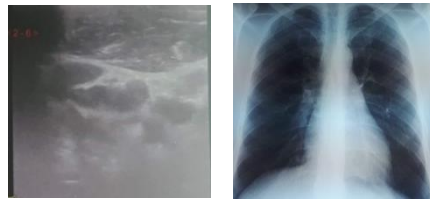


Figure 2, 3: échographie parotidienne et radio thorax

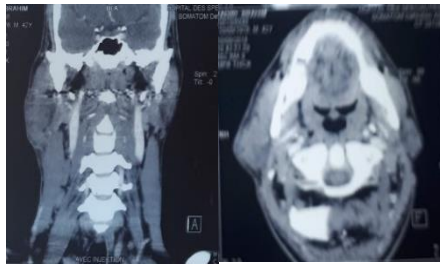


Figure 4, 5: coupes axiale et coronale de TDM cervico-parotidienne

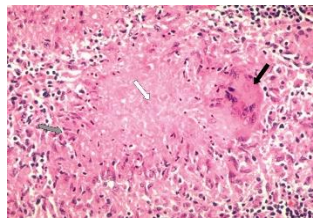


Figure 6: granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse



Figure 7,8: aspect clinique 3 mois après fin de traitement

## Discussion:

Il s'agit d'une entité rare de la tuberculose extra pulmonaire, décrite pour la première fois en 1894 par Von Stubenrauch. Elle se voit souvent chez l'adulte jeune entre 20 et 40 ans. [1,2] Cette localisation pose un véritable défi de diagnostic différentiel pour les praticiens, du fait du tableau clinique polymorphe et non spécifique[1] ; généralement elle se manifeste par une tuméfaction parotidienne unilatérale 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 [3]. 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 hémotogène [4]. Le diagnostic différentiel clinique des formes diffuses inclut : la parotidite infectieuse, lithiasique et le carcinome. Sur le plan biologique on retrouve généralement un syndrome inflammatoire et l'intradermoréaction à la tuberculine n'est pas toujours positive. Les moyens d'imagerie en coupe : échographie, TDM et IRM sont peu contributifs au diagnostic positif donnant des aspects radiologiques très variables. La radiographie thoracique doit être systématiquement demandée à la recherche d'un éventuel foyer primitif. La cytoponction parotidienne à l'aiguille fine avec une étude cytologique à la recherche de BAAR et mise en culture du liquide de ponction peut être utile mais n'a de valeur que s'elle est positive. Dans certains cas, seul l'examen histologique d'une adénopathie ou parfois même d'une parotidectomie permettra de poser le diagnostic en mettant en évidence le granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse spécifique de l'atteinte tuberculeuse [1,3]. Le traitement repose sur les antibacillaires pendant une durée de 6 à 9 mois, permettant la stérilisation du foyer tuberculeux et la disparition rapide du syndrome tumoral 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 [5].

## Conclusion:

La tuberculose parotidienne est rare. Elle pose un problème diagnostique car ni la clinique, ni la biologie, ni l'imagerie ne permet d'affirmer l'étiologie tuberculeuse d'un syndrome tumoral parotidien. Le diagnostic est anatomopathologique et le traitement repose sur les antibacillaires.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Bibliographie:

- Kallel S, Mnejja M, Ksentini A, Ayadi S, Hammami B, Charfeddine I, Ghorbel A. Parotid gland tuberculosis: differential diagnosis with malignant tumor. J M Sfax. Octobre 2017; 27: 79-81.
- Kamal D, Ouikri A, Bezari A, Maaroufi M, El Alami MN. Tuberculose primaire de la glande parotide : à propos d'un cas. AOS. 2015; 271: 18-20.
- Nouredine Errami, Amine Benjelloun, Nessrine Tahat, Bouchaib Hemmaoui, Ali Jahidi, Ismail Nakkabi, Mohamed Zalagh, Fouad Benarba. Tuberculose of the parotid gland: histology surprise. The Pan African Medical Journal. 2015; 20(34): 5673. PubMed | Google Scholar 4. Mohammed Chouaib B, Azeddine Lachkar L, Adel Abdenbi Touni, Fahd El Ayoubi J, Rachid Mohamed Ghailani. 1 Service d'ORL, et de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU Mohamed VI, Oujda, Maro; Parotid tuberculosis: a forgotten diagnosis, about 2 cases and literature review, Pan African Medical Journal. 2018; 29:203