

LESION INHABITUELLE DE LA THYROÏDE

UNUSUAL THYROID LESION

K. ABBES¹, B. HAMMAMI², I. ACHOUR², A. KHABIR¹, A. GHORBEL², T. SELLAMI BOUDAWARA¹

1 : Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques.

2 : Service d'ORL

CHU Habib Bourguiba, Sfax-Tunisie.

Correspondance :

Dr. Abdelmajid KHABIR

Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques.

CHU Habib Bourguiba. 3029 Sfax – Tunisie.

Tél : 216 74 240 341

Fax : 216 74 243 427

E.mail : akabdelmaïd@vahoo.fr

Résumé

Objectif

L'incidence de l'aspergillose a nettement augmentée durant la dernière décennie par l'utilisation de chimiothérapie agressive et d'agents immunosuppresseurs. La localisation thyroïdienne est rare, souvent asymptomatique et de diagnostic difficile. Notre objectif est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et de discuter le diagnostic et l'étiopathogénie de cette lésion inhabituelle de la thyroïde.

Observation

Il s'agissait d'une fillette âgée de 13 ans, ayant des antécédents de dilatation des bronches compliquées de pneumonie à répétition. Elle présentait une tuméfaction cervicale. La scintigraphie avait mis en évidence un nodule froid de la thyroïde. L'étude anatomopathologique de la pièce de thyroïdectomie avait mis en évidence des filaments aspergillaires. La patiente était mise sous amphotéricine B et l'évolution était défavorable.

Conclusion

L'aspergillose dissémine fréquemment dans différents organes. La localisation thyroïdienne est rare ; son traitement est essentiellement médical et le pronostic dépend de la précocité diagnostique et thérapeutique.

Mots clés : Aspergillose – tumeur – thyroïde

Summary

Objectif

The incidence of aspergillosis has increased during the past decade with the widespread use of aggressive chemotherapy and immunosuppressive agents. The lungs are the most common primary site of infection. Thyroid involvement is rare, usually asymptomatic, and difficult to make an ante-mortem diagnosis. Our aim is to discuss the epidemiological characteristics, the diagnosis and the histogenesis of this unusual thyroid lesion.

Case report

A 13-year-old girl, with a past history of lung disease was hospitalised for cervical pseudo-tumoral lesion. Cervical scintigraphy was taken and showed abnormal uptake in the thyroid. A resected specimen of the thyroid showed an extensive abscess with diffuse aspergillus hyphae infiltration. Treatment with amphotericin B was initiated and the evolution was unfavorable.

Conclusion

Aspergillus infection frequently disseminates to a variety of organs, thyroid involvement is rare and its prognosis depends on early diagnosis and prompt initiation of therapeutic measures.

Key words : Aspergillosis – tumor – thyroid

INTRODUCTION

L'aspergillose thyroïdienne est rare, elle est fréquemment secondaire à une atteinte pulmonaire et généralement asymptomatique ce qui explique les difficultés diagnostiques. Des signes de dysthyroïdie sont rarement rapportés associés parfois à une lésion pseudo-tumorale compressive. Nous rapportons un cas d'aspergillose thyroïdienne simulant une lésion tumorale chez une fillette de 13 ans.

OBSERVATION

Patiente M.E. âgée de 13 ans, ayant dans ces antécédents personnels une dilatation des bronches compliquée de pneumonie à répétition et dans ces antécédents familiaux un frère décédé dans un tableau d'état de choc septique et sur terrain d'immunodépression sévère. Elle était hospitalisée pour fièvre, arthralgie du genou gauche et altération de l'état général évoluant depuis 2 semaines. A l'examen clinique, il existait une tuméfaction cervicale médiane non douloureuse, mobile à la déglutition sans adénopathie cervicale et une tuméfaction douloureuse du genou gauche avec limitation de l'extension. Le bilan biologique avait révélé un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à la première heure à 128 et une anémie inflammatoire à 9gr/dl. Les hémocultures, le bilan tuberculeux, la sérologie des atypiques étaient par ailleurs négatifs. Le bilan thyroïdien était normal. L'échographie cervicale avait montré un nodule thyroïdien gauche de 27 mm de grand axe, d'écho structure hypo-échogène et hétérogène, froid à la scintigraphie et associé à une adénopathie sous maxillaire de 7 mm de diamètre. La radiographie et l'imagerie par résonance magnétique du genou gauche avaient mis en évidence une ostéolyse de l'extrémité inférieure du fémur gauche avec une réaction périostée et une atteinte des parties molles de voisinage. La scintigraphie osseuse objectivait une hyperfixation multifocale. Le scanner thoracique avait montré un foyer de dilatation des bronches du lobe inférieur du poumon droit compliqué d'une condensation parenchymateuse du segment ventro-basal. Devant le contexte clinique et radiologique, une tumeur maligne de la thyroïde avec métastase osseuse et pulmonaire était suspectée. Une thyroïdectomie subtotale était pratiquée bien que l'examen anatomopathologique extemporané n'avait pas montré de signes de malignité. A l'étude anatomopathologique, le nodule thyroïdien correspondait à un foyer très inflammatoire comportant un tissu de granulation polymorphe incluant en particulier des granulomes à cellules géantes de type à corps étranger (Fig. 1)

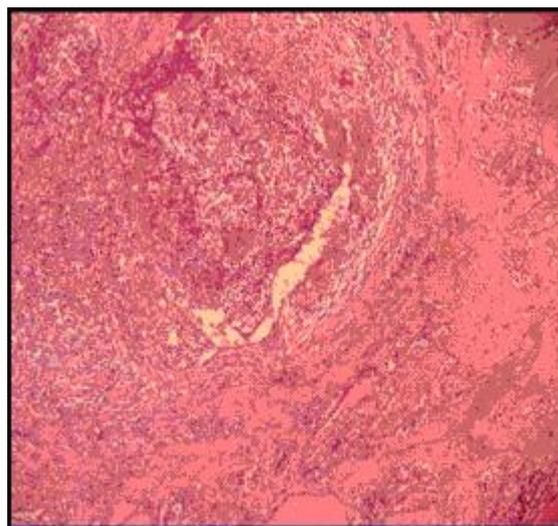


Fig.1: Réaction inflammatoire granulomateuse pseudotumorale au niveau de la thyroïde (HE x 100)

Fig.1: Inflammatory pseudotumoral thyroid granuloma (HE x 100)

et des filaments septés et branchus positifs à la coloration de PAS et de Grocott (Fig. 2).

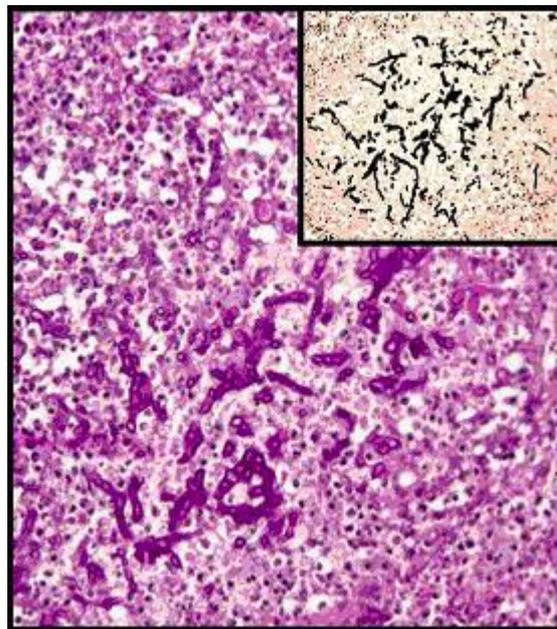


Fig. 2 : Hyphes aspergillaires septées (PAS + Grocott en cartouche x 400)

Fig. 2 : Septate Aspergillus hyphae (PAS+ Grocott en cartouche x 400)

La culture avait isolé l'espèce d'*Aspergillus flavus* et la sérologie aspergillaire était positive. La patiente était alors mise sous céfotaxime et amphotéricine B. L'évolution était marquée par l'aggravation de la tuméfaction du genou gauche

dans un contexte fébrile ; une incision locale était réalisée et avait ramené un matériel nécrotico-hémorragique dont l'examen anatomopathologique avait montré également des hyphes aspergillaires. Le traitement antibiotique et antifongique était donc renforcé. L'évolution était défavorable avec persistance de la fièvre, dégradation de l'état générale et apparition de douleurs rachidiennes atroces. L'IRM avait montré des lésions de spondylodiscite compliquée d'abcès para vertébral dorsal.

DISCUSSION

L'aspergillose est une infection opportuniste due à des champignons du genre *Aspergillus*. L'*Aspergillus fumigatus* semble être l'espèce la plus pathogène ; les autres espèces (*A. niger*, *A. nidulans*, *A. flavus* et *A. vesicolor*) sont plus rarement incriminées. L'incidence de l'aspergillose invasive est estimée à 12/1000000/an [1], cette incidence a nettement augmentée durant la dernière décennie par l'utilisation des produits de chimiothérapie et d'agents immunosuppresseurs [1-5]. L'espèce aspergillaire présente un tropisme vasculaire et dissémine par voie hémotogène, fréquemment à partir du premier site habituellement pulmonaire, vers différents organes (système nerveux central, cœur, rein, foie, thyroïde, rate, tube digestif et plus rarement l'os et le cartilage) [3, 5]. L'atteinte thyroïdienne est rare ; dans des séries autopsiques, elle représente 9 à 15% de l'ensemble d'aspergillose invasive disséminée [4]; la localisation osseuse est encore plus rare, représentant uniquement 0,9% des cas [5].

L'aspergillose thyroïdienne est généralement asymptomatique ce qui explique les difficultés diagnostiques. Des signes de dysthyroïdie sont rarement rapportés associés parfois à une lésion pseudo-tumorale compressive [4, 5]. Notre patiente est opérée pour nodule froid suspect de malignité. La scintigraphie au gallium peut aider à établir le diagnostic par la détection de lésions thyroïdiennes occultes [3, 6]. Sur le plan biologique, l'aspergillose est responsable d'un syndrome inflammatoire avec élévation de la C réactive protéine qui pourrait servir ultérieurement comme un élément de surveillance [4] ; une culture positive pour *Aspergillus fumigatus* ainsi que l'isolement des filaments aspergillaires dans les sécrétions bronchiques ont une grande valeur diagnostique prouvée par Yu et al.[7] ; des taux sériques élevés d'Ig G anti aspergillus peuvent être également utiles dans le diagnostic et dans la surveillance de l'efficacité thérapeutique. Torres A. M.[8] était le premier à déceler les hyphes aspergillaires sur matériel de cyto-ponction thyroïdienne. Cependant, les biopsies chirurgicales s'avèrent souhaitable

pour le diagnostic en montrant des petits filaments, septés, PAS et Grocott positifs, et donnant des ramifications à angle aiguë [5]. Le traitement est essentiellement médical basé sur l'amphotéricine B. Récemment, on note l'introduction de nouveaux antifongiques comme le voriconazole et le caspofungine. Les études ont montré une meilleure réponse avec une meilleure survie en cas de traitement initial par le voriconazole et que la caspofungine est mieux tolérée que l'amphotéricine B. Ces deux molécules peuvent alors remplacer l'amphotéricine B ou lui être associées en cas de résistance au traitement [in 5]. Certains auteurs optent pour un traitement chirurgical afin de limiter les échecs thérapeutiques [5]. L'aspergillose invasive est encore associée à une morbidité et une mortalité élevée évaluée à 60% malgré les mesures thérapeutiques [5, 10]. L'aspergillose thyroïdienne est de meilleur pronostic que l'aspergillose cardiaque et/ou du système nerveux central et la survie des malades dépend de la précocité diagnostique et thérapeutique [5].

RÉFÉRENCES

- 1- Vaishya S, Sharma MS. Spinal aspergillus vertebral osteomyelitis with extradural abscess: case report and review of literature. *Surg Neurol* 2004 ; 61 : 551-5.
- 2- Paterson DL, Singh N. Invasive aspergillosis in transplant recipients. *Medicine* 1999 ; 78 : 123-38.
- 3- Lisbona R, Lacourciere Y, Rosenthal L. Aspergillomatous abscesses of the brain and thyroid. *J Nucl Med* 1973 ; 14(7) : 514-22.
- 4- Mathias WH, Jochen S, Christian Z et al. Thyrotoxicosis induced by thyroid involvement of disseminated *Aspergillus fumigatus* infection. *J Clin Microbiol* 2000 ; 38 : 886-7.
- 5- Hori A, Kami M, Kishi Y et al. Clinical significance of extra-pulmonary involvement of invasive aspergillosis : a retrospective autopsy-based study of 107 patients. *J Hosp infect* 2002 ; 50 : 175-82.
- 6- Bach MC, Blattner S. Occult Candida thyroid abscess diagnosed by gallium-67 scanning. *Clin Nucl Med* 1990 ; 15 : 395-6.
- 7- Yu VL, Muder RR et al. Significance of isolation of *Aspergillus* from the respiratory tract in diagnosis of invasive pulmonary aspergillosis. Results of a three-year prospective study. *Am J Med* 1986 ; 81 : 249-54.
- 8- Torres AM, Agrawal S, Peters S et al. Invasive aspergillosis diagnosed by fine-needle aspiration of the thyroid gland. *Thyroid* 1999 ; 9(11) : 1119-22.
- 9- Arian S, Lozano-Chiu M, Paetznick V et al. In vitro synergy of caspofungin and amphotericin B against *Aspergillus* and *Fusarium* sp. *Antimicrob Agents Chemother* 2002 ; 46 : 245-7.
- 10- Logan PM, Primack SL, Miller RR et al. Invasive aspergillosis of the airways: radiographic, CT and pathologic findings. *Radiology* 1994 ; 193 : 383-8.