

SOMMAIRE

1. **Editorial : Les enjeux de la biothérapie en Afrique.** 7-8
Ka M M, Diop M M, Touré P S, Berthe A, Diop B M

ARTICLES ORIGINAUX

2. **La maladie de Biermer : étude rétrospective à propos de 59 cas à l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.** 9-15
Diallo I, Fall A N, Fall C A, Nour M A M, Mbaye M, Ndiaye B, Fall B, Fall K B, Fall F, Mbaye P S, Gning S B
3. **Hépatite virale B en milieu pénitentiaire en Guinée: Etats de lieu dans la maison centrale de Conakry.** 16-20
Sylla K, Sow M S, Bangoura E, Guilao A G, Sako F B, Traoré F A, Bah I, Diallo M O S, Baldé M S, Kaba M L, Sow D C, Bah H
4. **Profil du risque cardiovasculaire du diabétique de type 2 suivi en ambulatoire à l'Hôpital Saint Jean de Dieu, Thiès (Sénégal).** 21-26
Affangla D A, Pene S, Ba D M, Dione J-M, Wabo A S, Ka M M, Leye M, Diop M M, Sarr M M, Touré K

CASE-SERIE (SERIE DE CAS CLINIQUES)

5. **Endométrioses extra-pelviennes : analyse d'une série de 30 cas à Abidjan, Côte-D'Ivoire.** 27-34
N'guessan E, Binan Y O, Gbeli F, Ouede R, Bohoussou E, Guie P
6. **Les lymphomes du tube digestif à propos de 10 cas colligés à Dakar.** 35-41
Keita A, Bentefouet T L, Gaye A M, Thiam I, Dial C M M

CAS CLINIQUES

7. **Un cas inhabituel de nécrolyse épidermique toxique lupique (lupus Lyell) d'évolution fatale.** 42-45
Ndiaye Diop MT, Diop A, Seck B, Diallo M, Ly F
8. **Tuberculose parotidienne droite isolée : une forme extra pulmonaire rare chez un sujet immunocompétent.** 46-49
Thiam K, Diouf N F, Diallo M, Sagne J M A N, Dia S, Ndao M, Ka W, Soumaré P M, Ka T N, Dia Kane Y, Diallo B K, Badiane N O T
9. **Implications thérapeutiques du titrage sérique des anticorps anti-PLA2R dans la glomérulonéphrite extra-membraneuse idiopathique : à propos d'un cas clinique.** 50-54
Delma S, Fotsing-Motsebo J R, Farah I

SOMMAIRE

1. **Editorial: Biotherapy issues in Africa.** 7-8
Ka M M, Diop M M, Touré P S, Berthe A, Diop B M
- ORIGINAL ARTICLES**
2. **Biermer's disease: a retrospective study about 59 cases at Principal Hospital of Dakar, Senegal.** 9-15
Diallo I, Fall A N, Fall C A, Nour M A M, Mbaye M, Ndiaye B, Fall B, Fall K B, Fall F, Mbaye P S, Gning S B
3. **Hepatitis viral B in penitentiary environment in Guinea: States of place in the central house of Conakry.** 16-20
Sylla K, Sow M S, Bangoura E, Guilao A G, Sako F B, Traoré F A, Bah I, Diallo M O S, Baldé M S, Kaba M L, Sow D C, Bah H
4. **Profile of cardiovascular risks of type 2 diabetes outpatient followed up at the Saint Jean de Dieu hospital, Thies (Senegal).** 21-26
Affangla D A, Pene S, Ba D M, Dione J-M, Wabo A S, Ka M M, Leye M, Diop M M, Sarr M M, Touré K
- CASE-SERIE**
5. **Extra-pelvic endometriosis: analysis of a series of 30 cases in Abidjan, Côte-D'Ivoire.** 27-34
N'guessan E, Binan Y O, Gbeli F, Ouède R, Bohoussou E, Guie P
6. **Digestive lymphomas about 10 cases in Dakar.** 35-41
Keita A, Bentefouet T L, Gaye A M, Thiam I, Dial C M M
- CASES REPORT**
7. **An unusual case of toxic epidermal necrolysis lupus (lupus Lyell) of fatal evolution.** 42-45
Ndiaye Diop MT, Diop A, Seck B, Diallo M, Ly F
8. **Isolated right parotid tuberculosis: an extra pulmonary form rare in an immunocompetent person.** 46-49
Thiam K, Diouf N F, Diallo M, Sagne J M A N, Dia S, Ndao M, Ka W, Soumaré P M, Ka T N, Dia Kane Y, Diallo B K, Badiane N O T
9. **Serum anti-PLA2R antibody titration in membranous glomerulonephritis idiopathic: a case report.** 50-54
Delma S, Fotsing-Motsebo J R, Farah I



Tuberculose parotidienne droite isolée : une forme extra pulmonaire rare chez un sujet immunocompétent.

Isolated right parotid tuberculosis: an extra pulmonary form rare in an immunocompetent person.

Thiam K¹, Diouf N F¹, Diallo M¹, Sagne J M A N¹, Dia S¹, Ndao M¹,
Ka W¹, Soumaré P M¹, Ka T N¹, Dia Kane Y¹, Diallo B K², Badiane N O T¹

1. Service de Pneumo-phtisiologie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNUF), Dakar, Sénégal
2. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Centre Hospitalier National Universitaire de l'Hôpital Général de Grand Yoff, Sénégal.

Auteur correspondant: Thiam Khady

Résumé

Introduction : La tuberculose est une maladie à tropisme respiratoire prédominant pouvant toucher tous les tissus de l'organisme avec parfois des topographies atypiques comme rapportée dans cette observation.

Observation : Patient de 54 ans, sans antécédent pathologique particulier, reçu pour une tuméfaction parotidienne d'évolution chronique sans altération de l'état général pour laquelle une chirurgie diagnostique et thérapeutique a été effectuée. L'histologie de la pièce opératoire a permis de retenir le diagnostic de tuberculose parotidienne. La chirurgie d'exérèse était complétée par un traitement médical fait d'antituberculeux selon le protocole du programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) en vigueur au Sénégal. L'évolution était marquée par la survenue en post-opératoire d'une paralysie faciale qui avait spontanément régressé.

Conclusion : La localisation parotidienne primaire isolée de la tuberculose est rare chez le sujet immunocompétent. La prise en charge associe une chirurgie diagnostique et thérapeutique complétée par un traitement médical.

Mots-clés: Glande Parotide, Tuméfaction parotidienne, Tuberculose, Mycobacterium Tuberculosis.

Summary

Introduction: Tuberculosis is a predominantly respiratory disease that can affect all tissues of the body with, sometimes, atypical topographies as reported in this observation.

Observation: A 54-year-old patient, with no particular pathological history, received for chronic parotid swelling without altered general condition for which a diagnostic and therapeutic surgery was performed. The resection specimen histology lead to the diagnosis of parotid tuberculosis. An additional anti tuberculosis treatment to the surgery resection was undertaken according to the protocol of the tuberculosis national program in progress in Senegal. The evolution was marked by the post-operative occurrence of facial paralysis, which improved spontaneously.

Conclusion: Isolated primary parotid localization of tuberculosis is rare in immunocompetent subject. The management combines diagnostic and therapeutic surgery with an additional anti tuberculosis treatment.

Keywords: Parotid gland, Parotid swelling, Tuberculosis, Mycobacterium Tuberculosis.

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse à tropisme respiratoire prédominant. C'est une maladie qui peut toucher tous les tissus de l'organisme avec des présentations cliniques diverses et variées. La localisation extrapulmonaire s'accroît et représente 20 à 40% des tuberculoses toutes formes confondues selon les séries [1]. Les formes localisées au niveau de la sphère ORL sont surtout ganglionnaires. L'atteinte des glandes salivaires, notamment parotidienne est extrêmement rare [1, 2] avec une présentation clinique polymorphe. Elle est classiquement décrite chez le sujet immunodéprimé. Ce qui nous a incité à rapporter cette observation de tuberculose parotidienne chez un sujet immunocompétent.

Observation

M. A.C., âgé de 54 ans, commerçant, a été reçu pour une tuméfaction parotidienne droite évoluant depuis environ neuf (9) mois sans fièvre ni altération de l'état général. Dans ses antécédents, nous n'avons pas noté de tuberculose antérieure ni de contagement tuberculeux récent. L'examen général trouvait un indice de masse corporelle de 19,85kg/m². La pression artérielle était de 120/60mmHg, la fréquence respiratoire de 18 cycles par mn. L'examen ORL mettait en évidence une tuméfaction du pôle inférieur de la glande parotidienne droite, indolore, de consistance molle, mobile par rapport aux deux plans et

mesurant 50mm x 30mm, avec une peau en regard normale. Il n'y avait pas d'adénopathies cervicales palpables. L'examen des autres appareils et systèmes était sans particulier.

L'hémogramme montrait une anémie normochrome normocytaire à 9,8g/dl, des leucocytes à 6780/mm³, des plaquettes à 249,103/mm³. L'exploration biologique avait mis en évidence un syndrome inflammatoire non spécifique avec une C-réaction protéine élevée à 90mg/L et une vitesse de sédimentation accélérée à 105mm à la première heure. Les explorations fonctionnelles hépatique et rénale étaient normales, ainsi que la glycémie. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDRT) était positive à 18mm.

L'échographie parotidienne avait objectivé une masse tissulaire hétérogène et des zones d'hypoéchogénéité avec des contours polylobés.

La radiographie du thorax de face était revenue normale. La bacilloscopie était négative. La sérologie rétrovirale au VIH était négative.

Une parotidectomie droite conservatrice à visée diagnostique et thérapeutique était réalisée. L'examen macroscopique de la pièce opératoire objectivait une glande augmentée de volume avec de multiples nodules intra parenchymateux de 2,5 à 3 cm de diamètre, à limite nettes. L'histologie des nodules intra-parenchymateux mettait en évidence un granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse centrale (Fig.1).

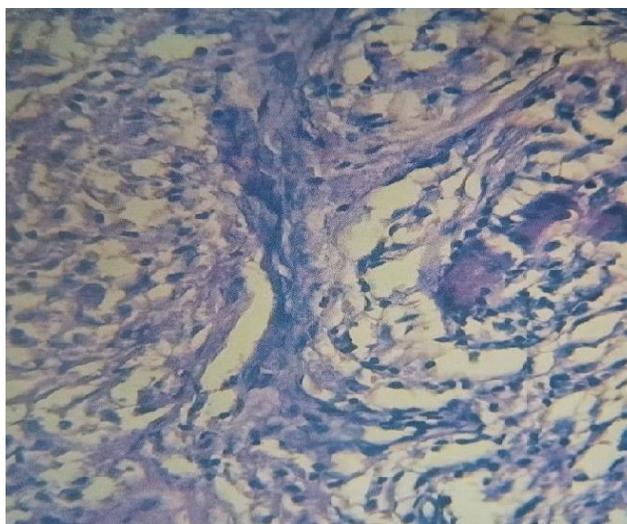


Figure 1: histologie des nodules intra-parenchymateux de la glande parotidienne montrant un granulome épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse centrale.

La chirurgie était complétée d'un traitement médical fait d'antituberculeux selon le protocole du programme national de lutte contre la tuberculose en vigueur au Sénégal. Ce protocole était fait de 2 mois de quadrithérapie par Rifampicine, Isoniazide, pyrazinamide et

Ethambutol suivie de 4 mois de bithérapie par Rifampicine et Isoniazide.

L'évolution sous traitement était marquée par la survenue en post-opératoire d'une paralysie faciale qui avait rapidement régressé de manière



spontanée. L'évolution à long terme était favorable avec un recul de 2 à 3 ans.

Discussion

La tuberculose des glandes salivaires notamment parotidienne est extrêmement rare [2]. La localisation parotidienne est exceptionnellement primitive. Elle rentre généralement dans un cadre de tuberculose disséminée [2]. L'intérêt de notre observation résidait dans le caractère primitif de cette localisation de la tuberculose chez un sujet immunocompétent au VIH.

Le mécanisme de contamination glandulaire est discuté [3]. L'atteinte de la parotide peut se faire par voie rétrograde impliquant un foyer de contamination oropharyngé suivant un trajet ascendant, par voie hématogène ou lymphatique à point de départ pulmonaire.

Les symptômes cliniques varient allant d'une infection latente à une infection chronique [4]. Il s'agit d'une présentation clinique polymorphe et non spécifique. Elle se manifeste par une tuméfaction parotidienne unilatérale d'augmentation progressive réalisant un syndrome pseudo-tumoral avec une inflammation diffuse de la glande [2, 5]. La présence d'une fistule cutanée est très évocatrice d'une pathologie inflammatoire [2]. Les signes d'imprégnation tuberculeuse sont souvent absents. Notre patient présentait une tuméfaction parotidienne unilatérale d'évolution chronique mais il était âgé de plus de 50 ans et l'examen n'objectivait pas de fistule cutanée. Ce tableau pourrait prêter à confusion avec d'autres diagnostics tels qu'une suppuration parotidienne chronique, une tumeur bénigne (adénome pléomorphe) ou maligne (carcinome) ou une sarcoïdose [2, 5] notamment en l'absence d'une infection pulmonaire [5]. Ce qui justifie les examens complémentaires. L'échographie parotidienne est d'un apport considérable, elle reste l'examen de première intention [4, 5] pour explorer le parenchyme parotidien, suivie de la tomodensitométrie et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Notre patient avait bénéficié d'une échographie cervicale qui avait objectivé une masse tissulaire hétérogène et des zones d'hypoéchogénicité avec des contours polylobés ne pouvant trancher avec certitude sur sa nature bénigne ou maligne. Ces explorations morphologiques permettent d'identifier les signes de malignité et de distinguer les atteintes intra parotidiennes et extra parotidiennes [5]. Cependant, aucun d'eux ne permet de poser le

diagnostic de tuberculose parotidienne avec certitude [6]. Les aspects radiologiques sont variables ; il peut s'agir d'un nodule tissulaire, d'une image kystique, plus ou moins associée à des adénopathies intra parotidiennes [2]. L'IRM n'a pas pu être réalisée chez notre patient. Le scanner cervical, non fait, pourrait montrer une image évocatrice de la tuberculose comme rapportée par Bhargava de lésion parotidienne, à paroi épaisse prenant fortement le contraste avec de la nécrose au centre [2]. La cytoponction parotidienne préconisée par certaines équipes devant la forte suspicion de tuberculose parotidienne n'a pas été réalisée chez notre patient. Elle fait courir au malade le risque de lésion du nerf facial ou de fistulisation. Elle a une sensibilité de 94% et une spécificité de 81% [2, 6] mais certains auteurs évoquent la possibilité de confirmation diagnostique par amplification génique (PCR) après culture de broyat cellulaire glandulaire ou prélèvement du pus au niveau du méat du canal de sténon [7]. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse centrale à l'examen anatomopathologique de biopsie parotidienne ou de pièce de parotidectomie comme c'est le cas chez notre patient. La découverte d'une autre localisation de la tuberculose notamment pulmonaire peut aider au diagnostic. Notre patient avait bénéficié d'un traitement médical antituberculeux en plus de la chirurgie comme recommandée dans la littérature [8]. Dans la prise en charge de cette pathologie la chirurgie est réservée aux formes pseudo-tumorales en vue d'une confirmation anatomopathologique [8]. Elle permet la bonne diffusion du traitement antibacillaire [10]. La conservation du nerf facial constitue un challenge dans la suspicion de tumeur maligne [9]. L'évolution sous traitement chez notre patient était marquée par une résolution presque complète de la tuméfaction parotidienne. Ce qui corrobore les données de la littérature qui rapportent une évolution presque toujours favorable sous traitement bien conduit. Les rares cas d'échec (1%) s'expliquent par l'émergence de souches résistantes aux antituberculeux [8].

Conclusion

L'atteinte tuberculeuse des glandes salivaires, notamment parotidienne, est extrêmement rare. Une tuméfaction parotidienne unilatérale doit faire discuter les causes tumorales certes, mais également une tuberculose.



Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Kamal D, Oufkir A, Bezzari A, Maaroufi M, El Alami MN. Tuberculose extrapulmonaire. Actual. Odonto-Stomatol., 2015; 271:18-20.
2. Touiheme N, Kettani M, Messary M. La tuberculose primaire de la glande parotide : à propos de deux cas. Pan. Afr. Med. J., 2014; 18: 236-41.
3. Mighri K, Lahar I, Hammami B, Jahidi A. Tuberculose extra ganglionnaire de la sphère O.R.L J. Tn. ORL, 2006 (16) : 233-9.
4. Garg R, Verma S, Mehra S, Srivastawa A. Parotid tuberculosis. Lung India. 2010; 27(4): 253- 5.
5. Errami N, Benjelloum A, Tahtah A, Hammami B, Jahidi A. Tuberculosis of the parotid gland: histology surprise. Pan. Afr. Med., J., 2015 ; 20 : 343-7.
6. Kamal D. Tuberculose primaire de la glande parotide: à propos d'un cas. AOS, 2015; 271: 18-20.
7. Yamanaka T, Okamoto H, Hosoi H. Non - tuberculous mycobacterial infection of the parotid gland in an immunocompetent elderly patient. BMJ Case Resp., 2013; 10: 136- 9.
8. Touati MM, Darouassi F, Chihani F et al. La tuberculose extra-ganglionnaire primitive de la sphere ORL : à propos de 15 cas. Pan. Afr. Med., J., 2014; 19: 179-84.
9. Poescul M, Plesea I, olaru M, strâmbu I, Fronie A, Petrescu I. Morphological aspects in tuberculosis of oral cavity – our experience and a review of the literature attempt Rom. J. Morphol. Embryol. 2015; 56(3): 967- 87.
10. Brahim HB, Khenfaoui M, Aouam A et al. Apport de la chirurgie dans la prise en charge des tuberculoses ganglionnaires. Médecine et Maladies infectieuses, 2013 ; 43(4HS) : 66-67.