

## ABCÈS THYROÏDIEN : À PROPOS D'UN CAS

I. RIAHI, M. BELCADHI, R. MANI, H. CHAHED, M. BEN ALI, M. ABDELKEFI,  
K. BOUZOUITA.

SERVICE D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICOFACIALE  
HOPITAL UNIVERSITAIRE FARHAT HACHED - SOUSSE

### RESUME

Les abcès thyroïdiens constituent une pathologie rare vu la grande résistance de la glande thyroïde aux infections. Cependant leur incidence est en hausse, surtout sur les terrains immunodéprimés, avec une susceptibilité aux germes opportunistes. Leur traitement est chirurgical associé à une antibiothérapie intraveineuse.

Nous rapportons le cas d'une patiente diabétique ayant présenté des abcès thyroïdiens à *Klebsiella Pneumoniae*. Le drainage chirurgical associé à une antibiothérapie ciblée par voie parentérale pendant 55 jours a permis la guérison des lésions avec un recul de six mois.

Le but de notre travail est de rapporter, à travers une observation, les circonstances diagnostiques, les investigations cliniques et les modalités thérapeutiques des abcès thyroïdiens.

**MOTS CLES :** Abscès, Thyroïde.

### SUMMARY

Thyroid abscesses are rare, due to the high resistance of the thyroid gland against infections. Nevertheless, their incidence is increasing as the number of immunocompromised patient's increases and such a status is propitious to opportunist pathogens. The treatment of thyroid abscesses includes antimicrobial therapy and surgical drainage.

We report a case of thyroid abscess due to *Klebsiella Pneumoniae* occurring in a diabetic woman. Recovery was obtained thanks to an adequate antibiotherapy associated to a surgical drainage within a follow up of six months.

The aim of our study is to discuss diagnostic circumstances, clinic and therapeutic involvement of thyroid abscess.

**KEY WORDS :** Abscess, thyroid.

### INTRODUCTION

Les abcès thyroïdiens sont une entité pathologique rare, il peut s'agir d'une thyroïdite suppurée compliquée d'un abcès, d'un abcès thyroïdien développé au contact d'un foyer infectieux contigu ou d'une localisation secondaire à un foyer infectieux à distance.

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont : le staphylocoque, le streptocoque, et le pneumocoque. Le bacille de Koch peut être incriminé dans certains cas, il est à rechercher en particulier dans les pays endémiques (1,2,3). Cette pathologie est plus fréquente sur les terrains immunodéprimés (1).

Nous rapportons le cas d'une patiente diabétique de 55 ans présentant de multiples abcès thyroïdiens survenus dans un contexte septicémique à porte d'entrée urinaire, prise en charge au service ORL du CHU Farhat Hached de Sousse.

Le but de notre présent travail est de préciser la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette pathologie et d'évoquer ses diagnostics différentiels.

### OBSERVATION

Patiente âgée de 55 ans, diabétique de type II au stade de complications dégénératives, hospitalisée à plusieurs reprises pour un mal perforant plantaire et traitée pour

une infection urinaire.

Un mois après cet épisode d'infection urinaire, la patiente a développé une tuméfaction basicervicale antérieure qui a rapidement augmenté de volume, associée à une fièvre, des odynophagies, des fausses routes et une asthénie.

A l'examen, il s'agissait d'une tuméfaction basicervicale antérieure de 3 cm de grand axe latéralisée à droite, ferme, mobile et douloureuse avec des signes inflammatoires cutanés en regard.

La laryngoscopie indirecte a mis en évidence une stase salivaire au niveau des deux sinus piriformes. L'examen des aires ganglionnaires n'a pas objectivé d'adénopathies cervicales. Le reste de l'examen ORL était normal. L'examen général, en particulier celui des régions plantaires, était aussi sans particularités.

Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à 12100 éléments/mm<sup>3</sup>. La glycémie était à 10,4 mmol/l.

Sur le plan métabolique, la patiente était en hyperthyroïdie biologique avec un dosage de la T4 à 30pg/ml et celui de la TSH à 0,11µUI/l.

L'échographie cervicale a trouvé une glande thyroïde d'aspect remanié hétérogène siège de multiples formations hypoéchogènes kystiques, la plus volumineuse était droite mesurant 30 mm de diamètre (figure1).

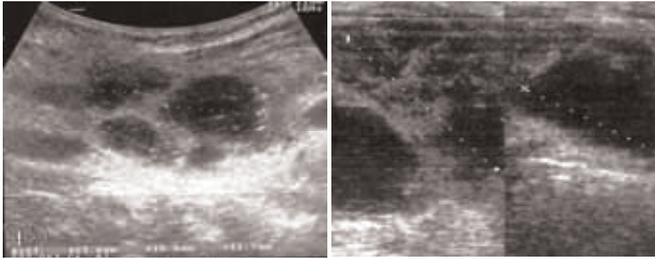


Fig. 1 : Echographie thyroïdienne objectivant plusieurs formations hypoéchogènes kystiques intéressant les deux lobes thyroïdiens.

La tomodensitométrie (TDM) a objectivé un aspect de cellulite du cou avec des lésions thyroïdiennes évoquant des abcès (figure 2).



Fig. 2 : Scanner en coupes axiales montrant de multiples lésions hypodenses bien circonscrites avec rehaussement périphérique après injection de produit de contraste.

Une ponction de l'abcès a été réalisée permettant d'aspirer du pus franc dont l'examen bactériologique a isolé un *Klebsiella pneumoniae*.

Un ECBU demandé devant les antécédents pathologiques de la patiente (infection urinaire) et le terrain diabétique a permis d'isoler, après culture, le même germe. L'étude de la résistance du germe à l'antibiogramme a mis en évidence un *Klebsiella Pneumoniae* multi résistant sensible uniquement à l'imipenem et la gentamicine.

La patiente a donc été traitée par une association de Gentamicine® à raison de 160mg/j en IM et Tienam® à raison de 2g/j en quatre prises par voie intraveineuse.

L'évolution a été marquée, cinq jours après la ponction, par une recollection de l'abcès nécessitant la mise à plat sous anesthésie générale.

Les suites ont été marquées par la régression des signes fonctionnels initiaux avec une apyrexie et une disparition de l'odynophagie et des fausses routes.

L'ECBU a objectivé la stérilisation des urines après 23 jours de traitement antibiotique. Localement, l'évolution s'est faite vers une cicatrisation progressive avec une disparition complète mais lente des signes inflammatoires. Sur le plan biologique, il y a eu une normalisation du bilan infectieux avec des leucocytes à 6000 éléments/ml, une vitesse de sédimentation et un dosage de la C Réactive

Protéine (CRP) normaux.

Le suivi échographique régulier n'a objectivé la disparition des collections intrathyroïdiennes avec un aspect remanié de la glande qu'au bout de 8 semaines.

Ainsi, et à la lumière de ces données cliniques, biologiques et radiologiques, le traitement antibiotique a été arrêté après avoir totalisé dix jours de Gentalline® et cinquante cinq jours de Tienam® administré en ayant eu recours à un cathétérisme veineux central.

### DISCUSSION

La pathologie infectieuse de la thyroïde responsable, selon que l'atteinte est diffuse ou localisée, d'une thyroïdite suppurée ou d'un abcès thyroïdien, est une éventualité rare, elle représente 0,1 à 0,7 % de la pathologie thyroïdienne chirurgicale (2,4).

Les abcès thyroïdiens touchent les deux sexes avec une égale fréquence (sex-ratio=1) et prédominent chez le sujet jeune (1,2).

La rareté de l'infection thyroïdienne relève de plusieurs raisons. En effet, la glande thyroïde, de par sa situation anatomique, est totalement encapsulée et donc isolée des organes de voisinage.

Par ailleurs, la thyroïde dispose d'un riche réseau vasculaire et en particulier lymphatique. De plus, la concentration élevée en iode au niveau du tissu thyroïdien pourrait être défavorable à la prolifération bactérienne (1,2,5).

Cependant, la glande thyroïde possède une riche irrigation sanguine (débit sanguin de 560 cm<sup>3</sup> de sang par 100g de glande) (2) ce qui peut expliquer la dissémination hémotogène à la thyroïde à partir d'un foyer infectieux à distance en cas de septicémie; ou parfois sa contamination par un traumatisme direct engendrant des lésions vasculaires (2,5,6).

L'existence d'une pathologie thyroïdienne sous-jacente (goitre, nodule, carcinome...) est considérée comme étant un facteur prédisposant à l'infection (1,2,5). Remarquons que notre patiente ne présentait aucune pathologie thyroïdienne antérieure, par contre il s'agit d'une patiente diabétique au stade de complications dégénératives. En effet, le terrain immunodéprimé est présenté dans la littérature comme étant le deuxième facteur prédisposant à l'infection thyroïdienne, il a été retrouvé dans 25% des cas (HIV, leucémie, diabète...) (1,5).

En ce qui concerne la répartition des facteurs de risque selon l'âge, c'est le terrain immunodéprimé qui fait souvent le lit de l'infection chez le sujet âgé par contre chez le sujet jeune il s'agit plutôt d'une prédisposition anatomique (pathologie thyroïdienne sous jacente, fistule du sinus piriforme) (1,4).

Le diagnostic d'abcès thyroïdien est souvent retardé vu le polymorphisme de la symptomatologie clinique et la diversité des terrains. Le tableau clinique débute généralement par une élévation thermique accompagnant une angine



suivies de l'apparition d'une tuméfaction cervicale antérieure, ferme, sensible avec des signes inflammatoires locaux, une dysphagie voire une dysphonie (2). Le délai moyen entre l'apparition des premiers signes et le diagnostic est de trois semaines (2).

Dans certains cas le tableau est beaucoup moins caractéristique ; la fièvre et l'odynophagie peuvent disparaître sous antibiotiques et il ne persiste qu'un placard inflammatoire cervical en regard d'une induration cervicale antérieure peu mobile (2).

Dans d'autres cas l'abcès thyroïdien peut être une découverte tomodensitométrique dans le cadre du bilan étiologique d'une fièvre rebelle sans autres signes associés en particulier sans tuméfaction cervicale (7).

A noter qu'en cas d'abcès thyroïdien tuberculeux, les symptômes sont plus frustes : il s'agit d'une tuméfaction cervicale isolée, évoluant depuis plus d'un mois, volontiers évocatrice d'une tumeur thyroïdienne (8,9).

Les agents infectieux responsables sont variés, ceux habituellement rencontrés sont le streptocoque et le staphylocoque, germes saprophytes de la sphère ORL (2,5,10). D'autres germes peuvent être en cause tels *Haemophilus Influenzae*, *Escherichia coli* et les mycobactéries atypiques (1,2,5,9). Certains germes peuvent être isolés sur terrains immunodéprimés tels que *Pneumocystis Carinii*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Candida* et *Brucella* (1).

Chez notre patiente, et après ponction de l'abcès thyroïdien, l'examen bactériologique a isolé un *Klebsiella Pneumoniae* multirésistant, ce même germe avait été isolé à l'examen cyto bactériologique des urines fait à l'occasion d'une infection urinaire survenue quelques semaines plus tôt. L'ensemble des investigations nous a permis de conclure que l'abcès thyroïdien était une localisation hématogène secondaire dont la porte d'entrée est l'infection urinaire.

Sur le plan biologique, l'état infectieux se traduit par une hyperleucocytose et une accélération de la vitesse de sédimentation.

Les taux sériques des hormones thyroïdiennes sont généralement normaux, cependant hyperthyroïdie et hypothyroïdie peuvent s'observer (1,2,5). Chez notre patiente, on a observé une hyperthyroïdie biologique n'ayant pas nécessité de traitement spécifique.

L'échographie thyroïdienne est utile au diagnostic des abcès thyroïdiens, elle montre une image d'échostructure hétérogène avec des lésions hypoéchogènes au sein d'un ou des deux lobes. Elle permet aussi la détection d'une anomalie thyroïdienne sous-jacente, d'éliminer une autre cause de tuméfaction cervicale antérieure et de guider une éventuelle ponction (2,5,11)

La tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont un intérêt limité dans l'établissement du diagnostic, elles aident surtout au bilan d'extension locorégional comme dans les abcès thyroïdiens à

extension médiastinale (2,5,6).

Une autre entité pathologique est à mentionner, il s'agit des thyroïdites. Elles se subdivisent en trois catégories : la thyroïdite suppurée ou aiguë, la thyroïdite subaiguë (dont la thyroïdite de De Quervain) et la thyroïdite chronique (d'Hashimoto). Les deux dernières catégories sont respectivement dues à une infection virale et un processus auto-immun. Par contre la thyroïdite suppurée est due à l'infection de la glande par des microorganismes pathogènes (en premier lieu le staphylocoque et le streptocoque). La thyroïdite suppurée répond aux mêmes facteurs de risque des abcès thyroïdiens et peut avoir les mêmes manifestations cliniques sauf qu'il s'agit d'une atteinte infectieuse diffuse à toute la glande, pouvant faire secondairement le lit d'abcès thyroïdiens. Ainsi la thyroïdite suppurée peut constituer une cause d'abcès thyroïdien (1,11,15).

Parmi les diagnostics différentiels des abcès thyroïdiens on évoque les cancers de l'hypopharynx avec extension à la thyroïde et surinfection (12). On évoque aussi les cancers de la thyroïde, les kystes infectés du tractus thyroïdien, les adénopathies cervicales infectieuses notamment tuberculeuses, les kystes hydatiques surinfectés... (2,13).

C'est dans ces cas que l'IRM et la TDM trouvent leur intérêt, après l'échographie cervicale, et permettent de redresser le diagnostic.

Un autre diagnostic différentiel est à évoquer, en particulier chez l'enfant et le sujet jeune, c'est la fistule du sinus piriforme, pouvant simuler en cas d'infection l'abcès thyroïdien ou la thyroïdite. Une endoscopie pharyngée ainsi qu'un transit hypopharyngo-oesophagien permettent, dans ces cas, d'objectiver respectivement l'orifice fistuleux et son trajet (5,13,14).

En matière d'abcès thyroïdiens, les complications sont rares mais elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital en l'absence d'un traitement approprié. Il peut s'agir d'une rupture de l'abcès avec coulées purulentes dans le médiastin (médiastinite) ou le péricarde (péricardite), d'une fistulisation dans l'oesophage ou la trachée, d'une septicémie avec greffes bactériennes secondaires, d'une thrombophlébite de la veine jugulaire interne. Il peut s'agir aussi d'une compression des organes de voisinage telle une compression du nerf récurrent pouvant entraîner une paralysie des cordes vocales (2,5,6,16).

Le traitement habituel des abcès thyroïdiens repose sur une antibiothérapie intraveineuse associée à un geste chirurgical. L'antibiothérapie est débutée précocement, d'abord probabiliste, visant les germes les plus fréquemment rencontrés à savoir le staphylocoque et le streptocoque puis ajustée selon l'antibiogramme.

Si la glande thyroïde était antérieurement saine le geste chirurgical consiste en un drainage de l'abcès sous anesthésie générale. En cas de pathologie thyroïdienne sous-jacente, l'exérèse thyroïdienne emportant l'abcès est indi-



quée. (1,2,5,6).

Dans les cas où l'abcès thyroïdien est secondaire à une septicémie, à un foyer infectieux à distance ou à une fistule du sinus piriforme. Un traitement étiologique avec éradication de la porte d'entrée s'impose (1,2,5,13,14).

L'évaluation de la guérison repose sur des critères cliniques, biologiques et échographiques dont la normalisation permet l'arrêt du traitement.

L'évolution des abcès thyroïdiens, correctement traités, est en règle favorable (2). Dans certains cas une hypothyroïdie prolongée peut s'observer nécessitant le recours à une hormonothérapie substitutive.

### CONCLUSION

Les abcès thyroïdiens restent une entité pathologique rare, dont l'incidence augmente avec l'accroissement du nombre d'immunodéprimés.

Toute douleur cervicale aiguë dans un contexte infectieux doit faire suspecter le diagnostic. Ce dernier est confirmé par l'échographie, qui orientera également la ponction exploratrice de la masse cervicale en vue de la mise en culture du prélèvement.

La recherche de la porte d'entrée infectieuse est systématique. Le traitement associe un drainage chirurgical et une antibiothérapie générale ; qui devra être poursuivie au-delà de l'amélioration clinique jusqu'à la régression complète des collections à l'échographie.

### REFERENCES

- 1/ Yu EH, Ko WC, Chuang YC, Wu TJ. Suppurative acinetobacter baumannii thyroiditis with bacteriemic pneumonia: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1998; 27:1286-90.
- 2/ Menegaux F, Biro G, Schatz C, Chigot JP. Abscès de la thyroïde : A propos de 5 cas. *Ann Med Int*. 1991;142(2):99-102.
- 3/ Ben Salah M, Lamine H, Tiss M, Mezni F, Najeh D, Ben Jilani S, Hajri H, Ferjaoui M. Les affections rares de la glande thyroïde. *J T ORL*. 2000;1(3-4):79-81.
- 4/ Stavreas NP, Amanatidou CD, Hatzimanolis EG, Legakis I, Naoum G et al. Thyroid abscess due to a mixed anaerobic infection with fusobacterium mortiferum. *J Clin Microbiol*. 2005;43(12):6202-4.
- 5/ Brook I. Microbiology and management of acute suppurative thyroiditis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67:447-51.
- 6/ Kale SU, Kumar A, David VC. Thyroid abscess- an acute emergency. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2004;216(8):456-58.
- 7/ Barton GM, Shoup WB, Bennett WG, Williams JB, Vesely DL. Combined Escherichia coli and Staphylococcus aureus thyroid abscess in an asymptomatic man. *Am J Med Sci*. 1988;295(2):133-6.
- 8/ Magboo ML, Clark OH. Primary tuberculous thyroid abscess mimicking carcinoma diagnosed by fine needle aspiration biopsy. *West J Med*. 1990;153(6):657-9.
- 9/ Parmar H, Hashmi M, Rajput A, Patankar T, Castillo M. Acute tuberculous abscess of the thyroid gland. *Australas Radiol*. 2002;46(2):186-8.
- 10/ Rohondia OS, Koti RS, Majumdar PP, Vijaykumar T, Bapat RD. Thyroid abscess. *J Postgrad Med*. 1995;41(2):52-4.
- 11/ Houghton DJ, Gray HW, MacKenzie K. The tender neck: thyroiditis or thyroid abscess? *Clin Endocrinol*. 1998;48(4):521-4.
- 12/ Premawardhana LD, Vora JP, Scalton MF. Suppurative thyroiditis with oesophageal carcinoma. *Postgrad Med J*. 1992;68(801):592-3.
- 13/ Jaumotte J, Tuerlinckx D, Lawson G, Seldrum M, De Bilderling G, Bodart E. Abscès latéropharyngé gauche révélateur d'une fistule de la quatrième fente branchiale. *Louv Med*. 2004;123:305-9.
- 14/ Yamada H, Fujita KI, Tokuriki T, Ishida R. Nine cases of piriform sinus fistula with acute suppurative thyroiditis. *Int J Otolaryngol*. 2002;29:361-5.
- 15/ Carriere C, Marchandin H, Andrieu JM, Vandome A, Perez C. Nocardia thyroiditis: unusual location of infection. *J Clin Microbiol*. 1999;37(7):2323-5.
- 16/ Myssiorek D, Lee J, Shikowitz M, Sranataro R. Immobile vocal fold secondary to thyroid abscess: a case report. *Ear Nose Throat J*. 2000;79(6):453-5.