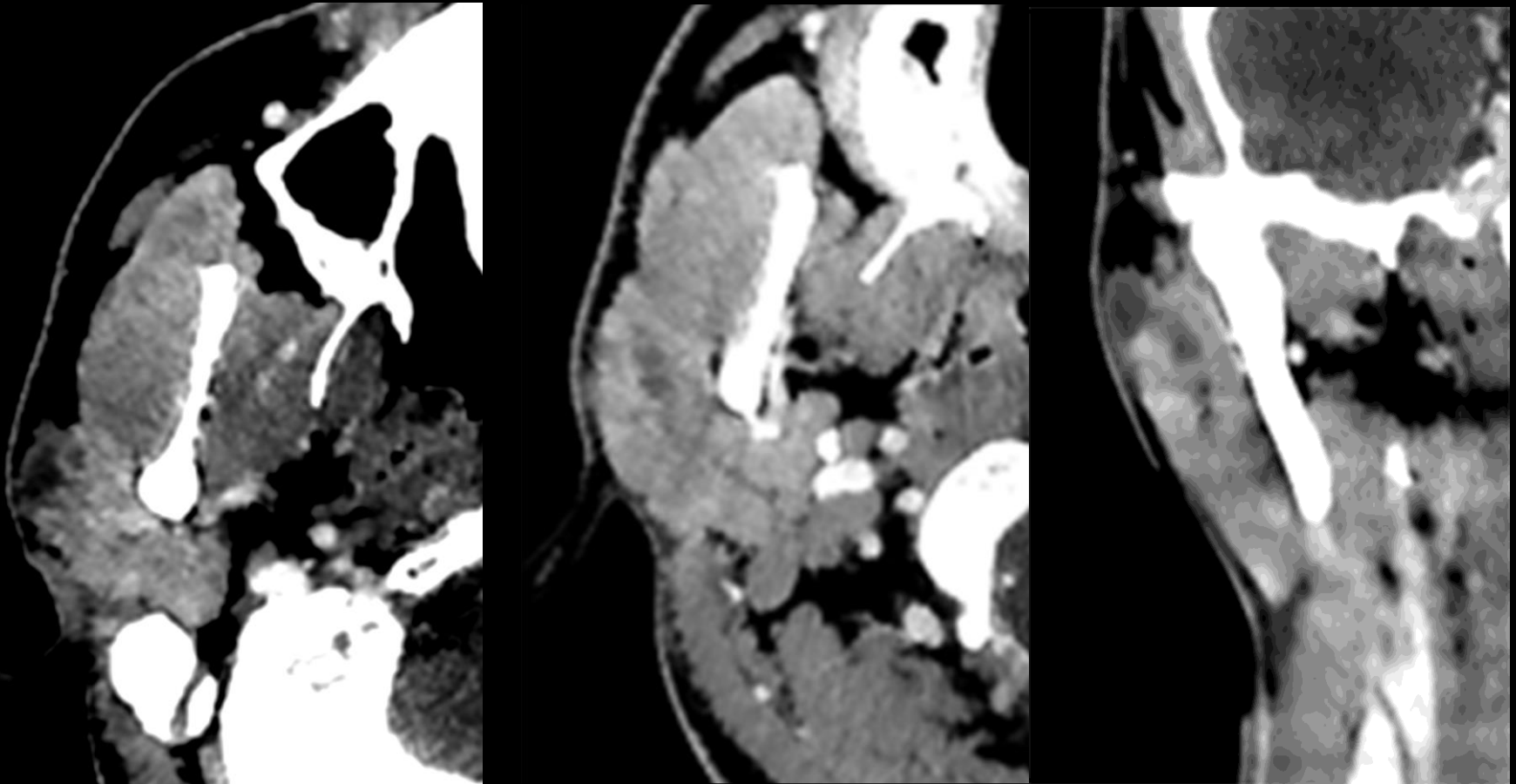
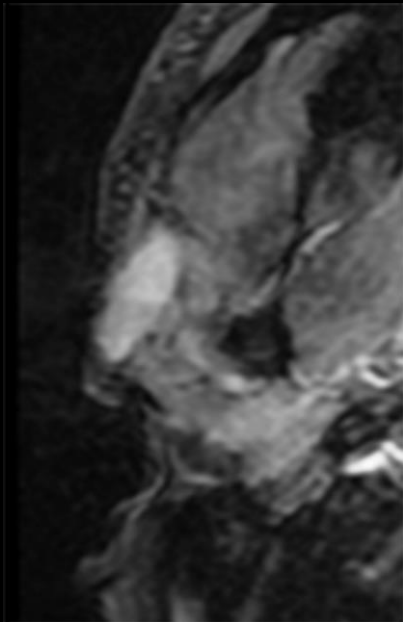
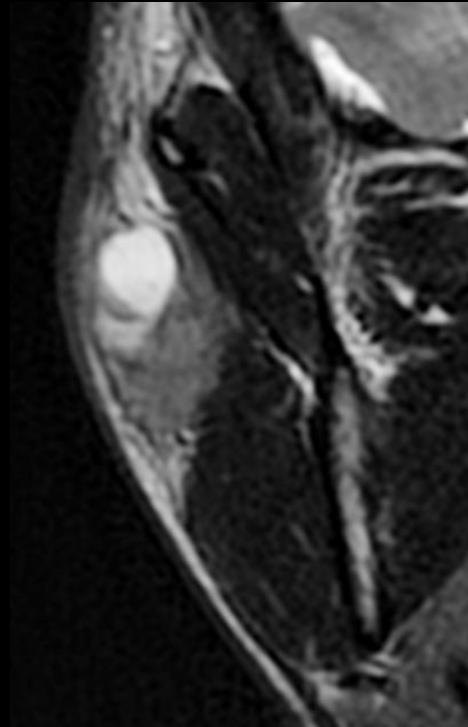


- Jeune homme de 20 ans sans antécédent rapporté
- Bilan d'une **tuméfaction parotidienne droite évoluant depuis 5 mois.**

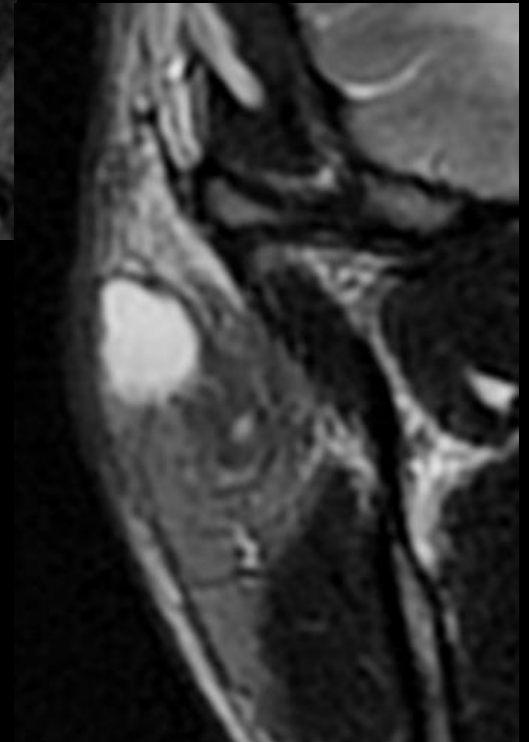


Masse tissulaire parotidienne droite, prenant le contraste ; multiples images hypodenses infracentimétriques

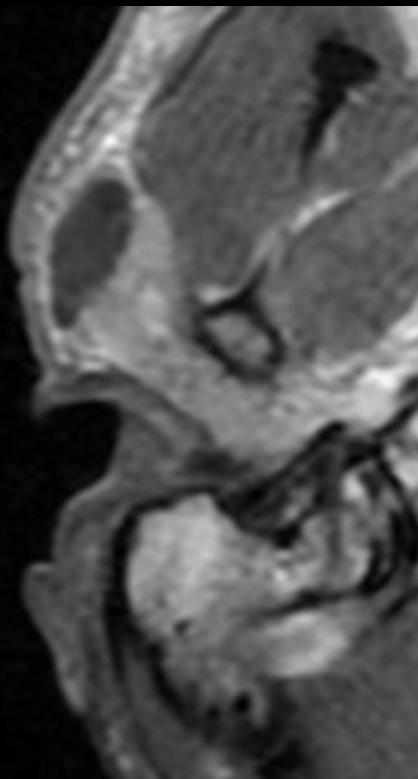
Axial FLAIR



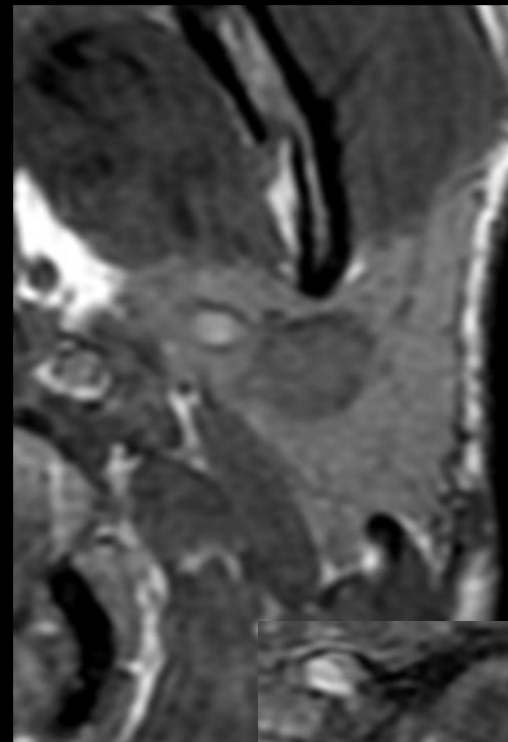
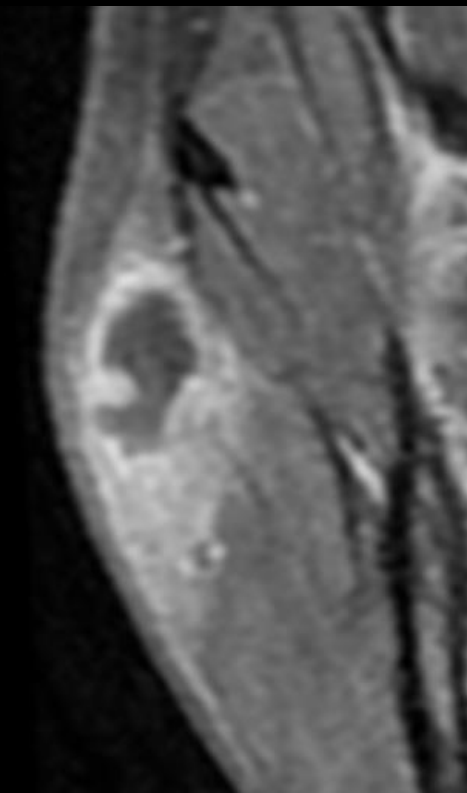
Ax T2*



Coronal T2



T1 SE gado

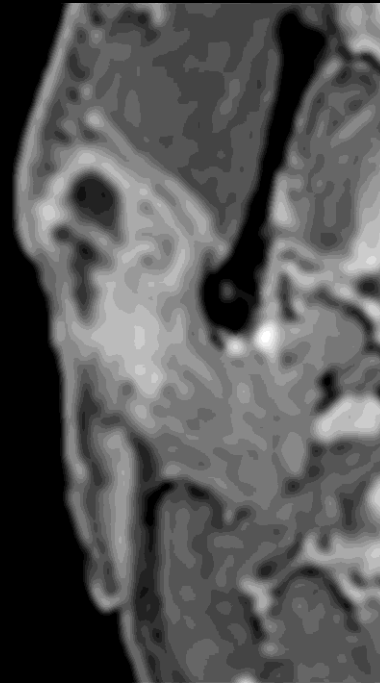
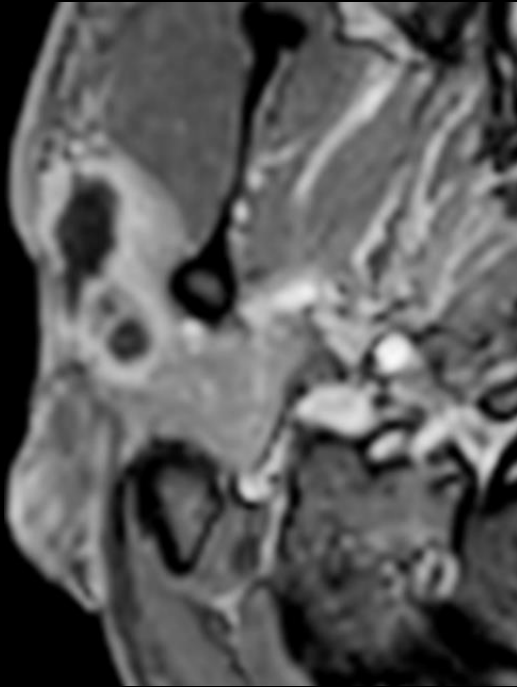


Ax T1

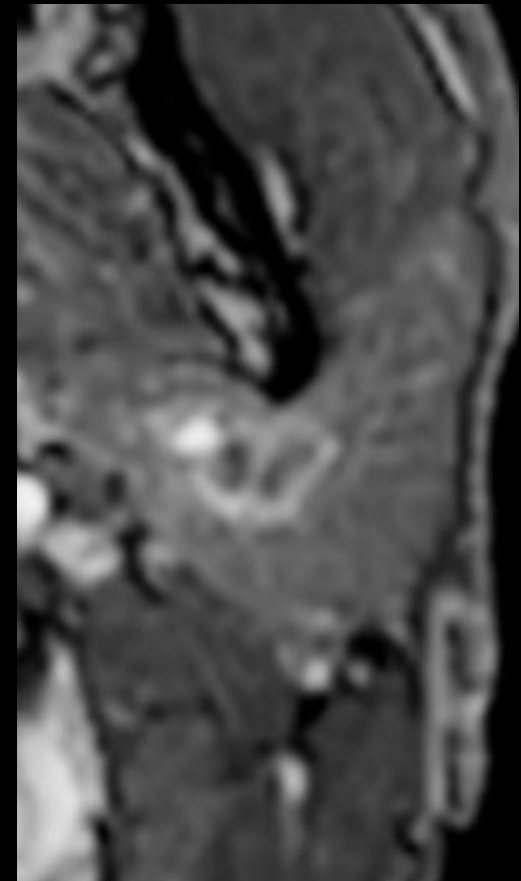


Seconde lésion
parotidienne gauche !!

Ax 3D T1 gado



Seconde lésion
controlatérale de même
sémiologie

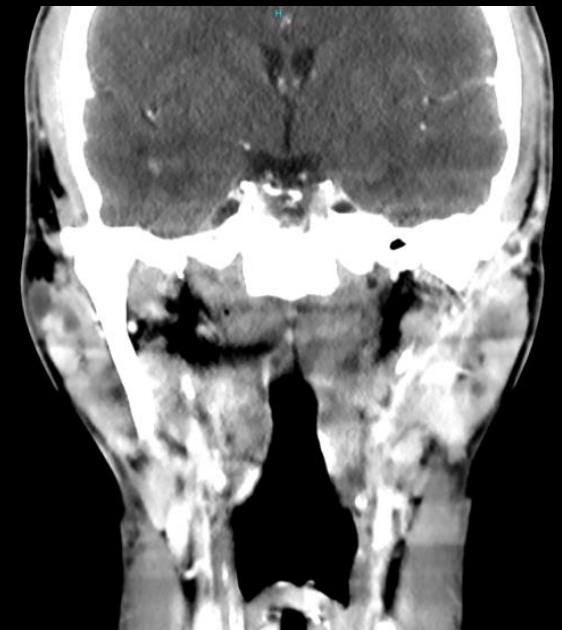
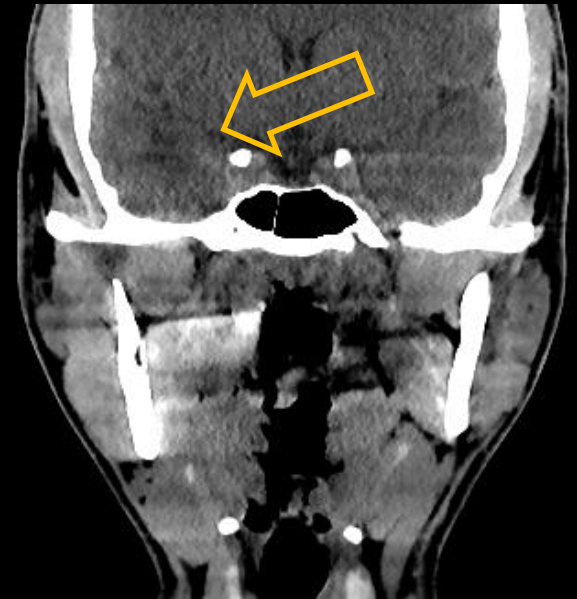


Lésion parotidienne mixte avec
rehaussement périphérique franc et
composante centrale liquide et composante
tissulaire fibro-inflammatoire périphérique

abcès chronique

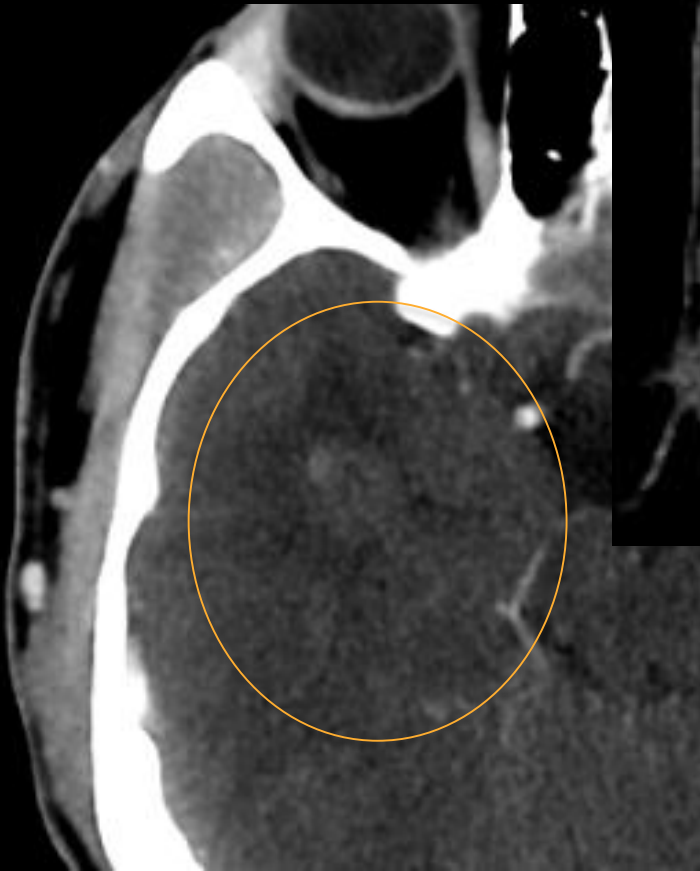
Sur ce même
bilan initial ...

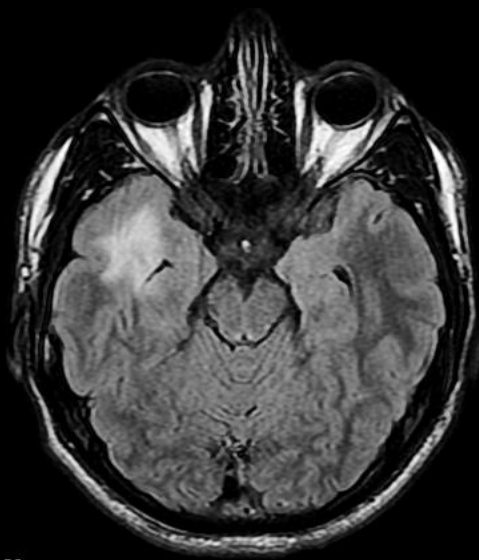
Lésion temporo-
polaire droite !



TDM

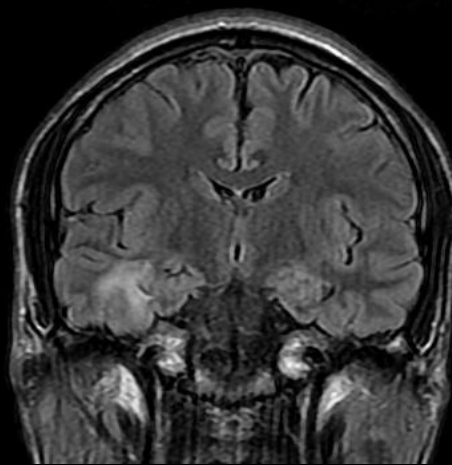
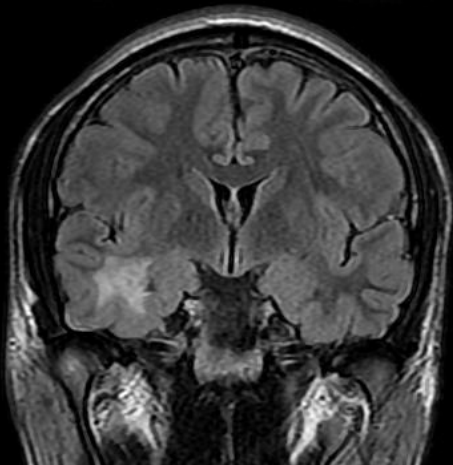
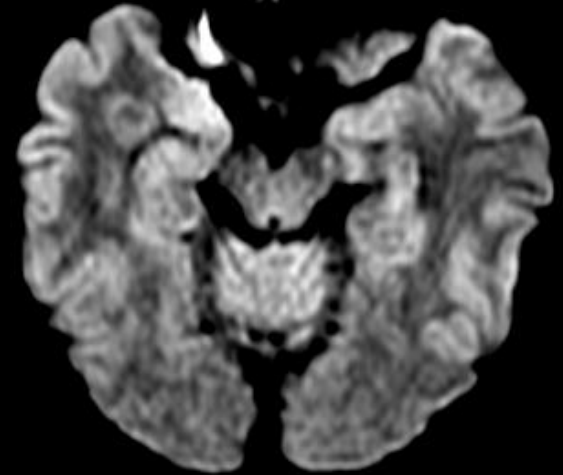
- lésion hypo à isodense prenant le contraste en anneau périphérique, avec œdème périlésionnel



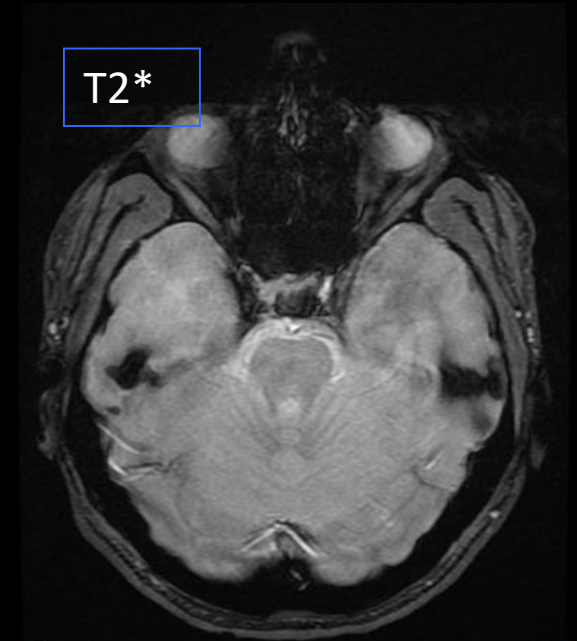


FLAIR

Axial DIFFUSION



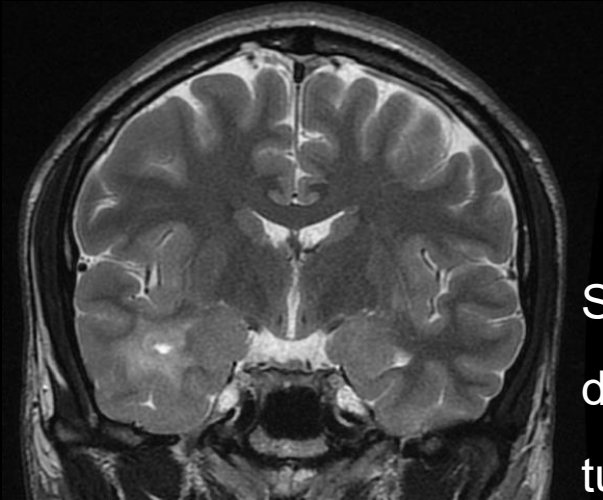
T2*



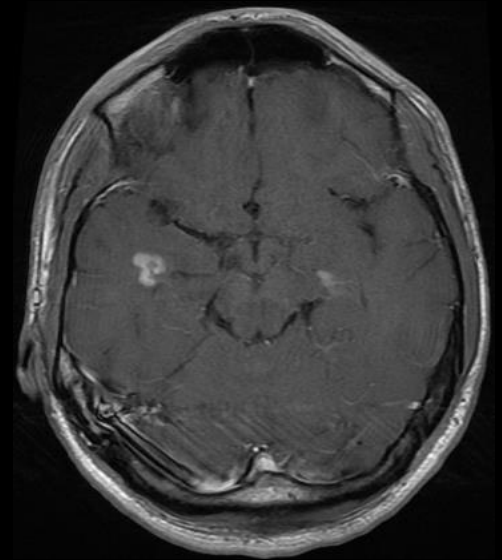
Œdème péri lésionnel temporo-
polaire droit

Contrôle à deux mois

Frontal T2

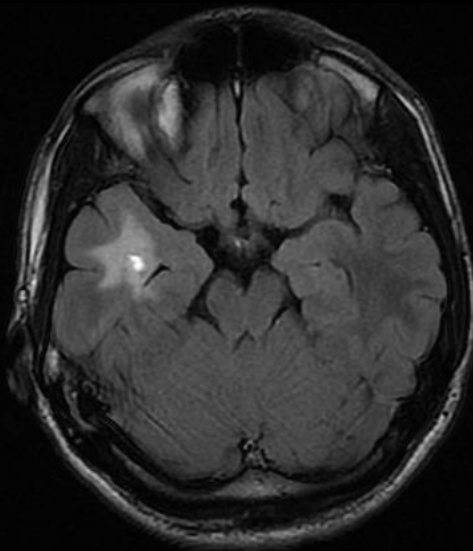


Ax T1 SE gado

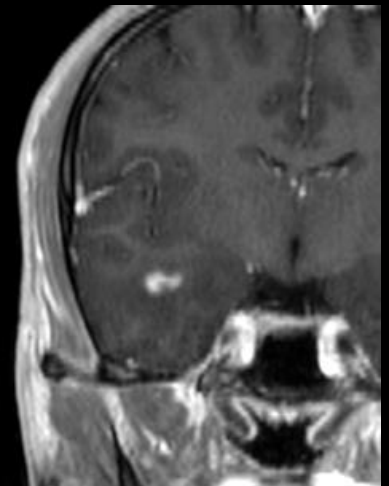
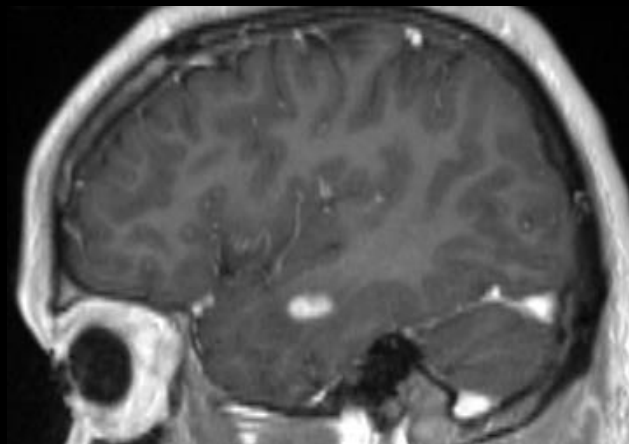


Stabilité morpho-volumétrique
de la lésion fait conclure à un
tuberculome encéphalique

Ax FLAIR



3 D T1 gado



au total

une **atteinte multifocale** touchant les parotides et le cerveau

chez un homme jeune (à un âge où les atteintes tumorales métastatiques sont exceptionnelles)

avec des lésions cervicales à centre liquide constitué par la coalescence de petits foyers

dans un contexte clinique peu parlant

doit faire penser à une infection à Mycobactéries ; tuberculosis ou mycobactéries atypiques

chez un patient immunocompétent , l'hypothèse de la tuberculose était la plus vraisemblable et a été confirmée par la biologie.

la tuberculose parotidienne

L'atteinte tuberculeuse des glandes salivaires et en particulier des parotides est exceptionnelle.

Elle a été décrite par Von Stubenrauch en 1894

Il s'agit généralement d'une atteinte secondaire, survenant chez de sujets jeunes (20 à 40 ans) dans le cadre d'une tuberculose disséminée;



<https://www.studyblue.com/#flashcard/view/8168946>

Des formes primitives ont été rapportées

90 % des cas décrits le sont dans les pays en

voie de développement

mycobacterium avium

intracellulaire

La présentation clinique habituelle est celle d'une tuméfaction parotidienne unilatérale progressive sans contexte clinique particulier (pas de syndrome infectieux ni d'atteinte de l'état général. Une fistulisation à la peau est possible



<https://dentistryandmedicine.blogspot.fr/2012/02/neck-swellings-typesdefinitionsetiology.htm>

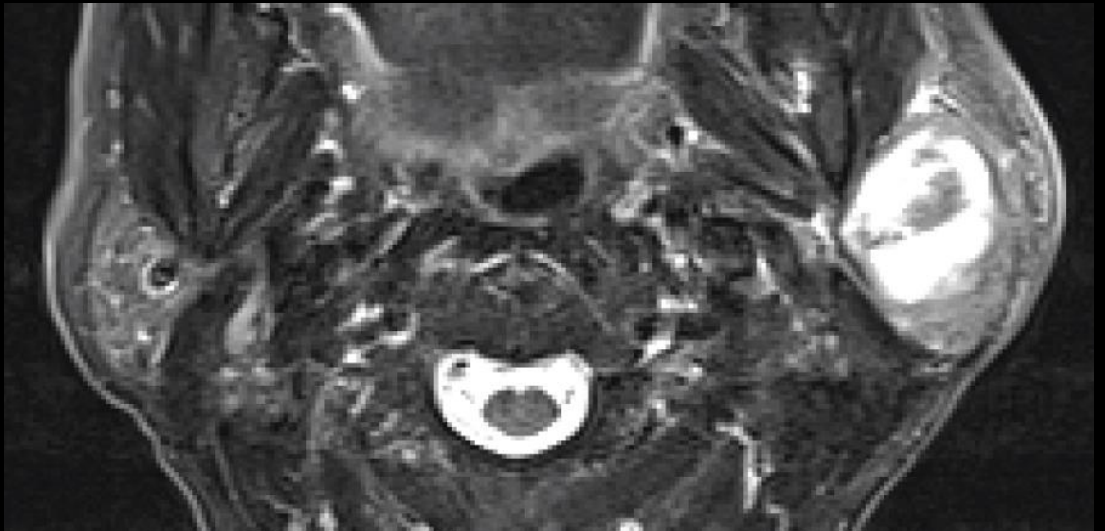
Deux formes ont été décrites:

.forme focale correspondant à une atteinte ganglionnaire lymphatique à point de départ amygdalien , de l'oro-pharynx ou du conduit auditif externe

.forme diffuse (éventuellement bilatérale), dans la cadre d'une dissémination hématogène.

C'est la résistance au traitement antibiotique d'une présumée adénite ou parotidite qui doit alerter

https://images.search.yahoo.com/yhs/search?p=salivary+glands+tuberculosis&fr=yhs-adk-adk_sbnt&hspart=adk&hsimp=yhs-adk_sbnt&imgurl=http%3A%2F%2F4.bp.blogspot.com%2F-A0l1led6CvY



Le **diagnostic différentiel** doit faire envisager:

.dans les atteintes diffuses unilatérales

les parotidites infectieuses

la lithiase salivaire compliquée (rare au niveau de la parotide)

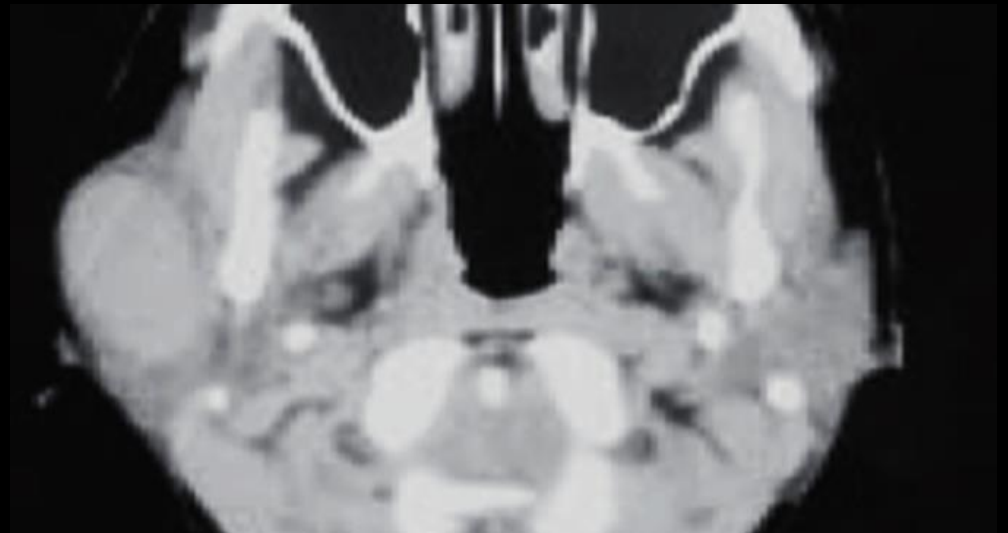
le syndrome de Gougerot-Sjögren

la sarcoïdose

.dans les formes nodulaires

les lésion tumorales et kystiques

les adénites



tuberculose parotidienne nodulaire

L'imagerie en coupes n'est pas spécifique mais

la **coexistence d'une lésion à paroi épaisse**

se rehaussant de façon intense et

persistante et d'un centre liquide dans un

contexte peu inflammatoire doit faire évoquer le

diagnostic et mettre en œuvre les moyens

atraumatiques de la confirmer.

La ponction-cytologie et la biopsie sont à

proscrire en raison du risque de lésion du nerf

facial et de fistulisation

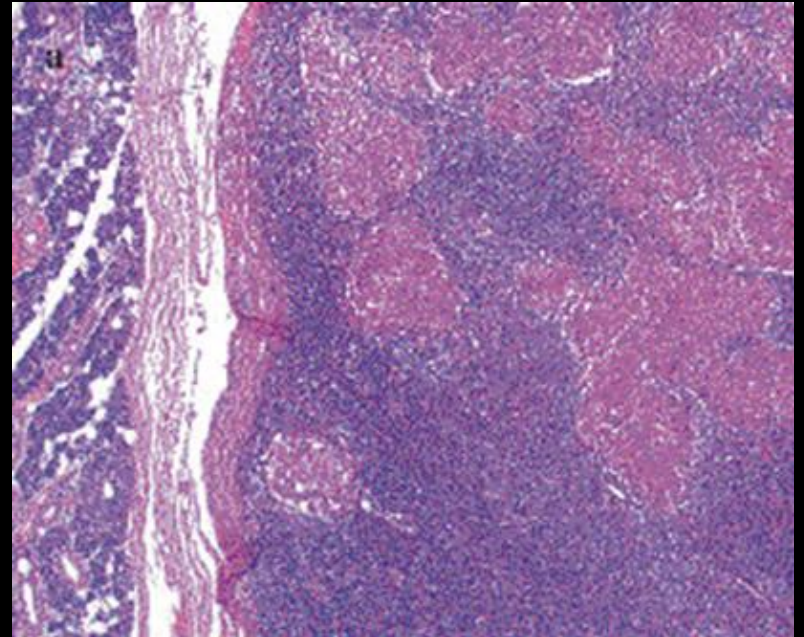
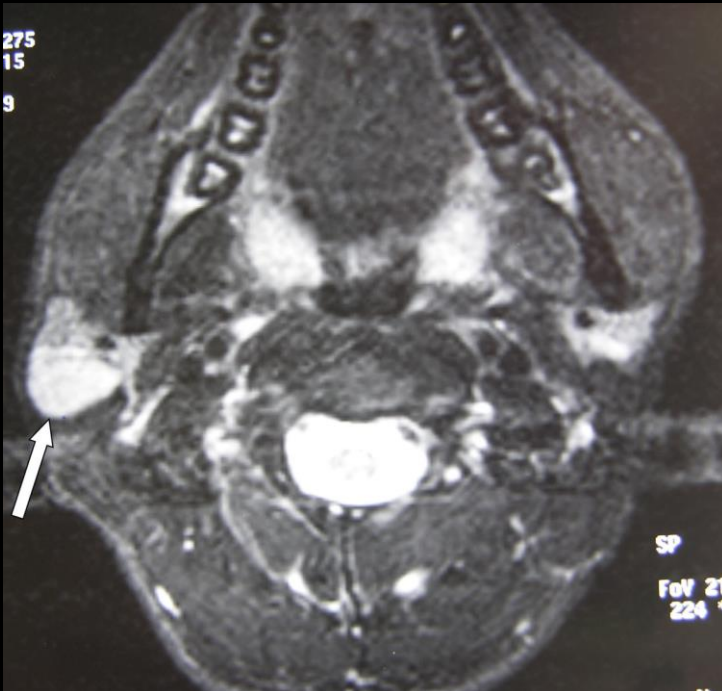


aos.edp

dentaire.fr/articles/aos/pdf/2015/01/aos2015271p18.pdf

Kamal - 2015

l'amplification génique (PCR) après culture de
broyat cellulaire de cyto-ponction glandulaire ou
sur prélèvement de salive au méat du canal de
Sténon



tuberculose parotidienne nodulaire; point de départ lymphatique ganglionnaire