

Tuberculose cutanée: évolution chronique et aspects atypiques

O Mansouri, K Mokrani, H Mahdjoub, R Aithamouda, B Amrani, N Kara, S Tebbal

CHU et Faculté de médecine Batna

Résumé

La tuberculose (TBC) reste un problème de santé publique et sévit toujours à l'état endémique malgré les progrès de la lutte antituberculeuse.

L'atteinte cutanée est l'une des rares localisations extra-pulmonaires et son diagnostic est souvent tardif.

Sa symptomatologie est polymorphe, parfois non spécifique caractérisée par sa chronicité.

Dans ce contexte, la prise en compte des facteurs environnementaux, des données anamnestiques, cliniques, histologiques et parfois même du traitement d'épreuve; demeure d'une grande importance.

Introduction

La TBC cutanée représente l'ensemble des manifestations cutanées dues aux *Mycobacterium Tuberculosis*. Elle est caractérisée par des formes cliniques variées dépendant du terrain, du degré de l'immunité de l'hôte vis-à-vis du bacille de Koch (BK), du mode d'inoculation et de la virulence du germe. Ces présentations polymorphes rendent le diagnostic particulièrement difficile et tardif.

Objectifs

Décrire les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques des TBC cutanées diagnostiquées dans un service de maladies infectieuses.

Patients et méthodes

Analyse rétrospective des dossiers de 5 patientes suivies pour TBC cutanée au service des maladies infectieuses entre Janvier 2013 et Janvier 2015.

Observation n°1

M.H âgée de 36ans, mère de 4 enfants, aux antécédents familiaux de TBC pulmonaire, est admise pour de multiples lésions cutanées des membres inférieurs avec sueurs nocturnes évoluant dans un contexte fébrile depuis 18 mois. Multiples traitements sans succès.

Cliniquement présence d'une lésion volumineuse siégeant à la face externe de la cuisse gauche, recouverte d'une escarre noirâtre surinfectée entourée d'un bourrelet inflammatoire; associée à d'autres lésions d'aspect nodulaire fistulisées secondairement à la peau.

La patiente est mise sous ciprofloxacine sans résultat.

Biopsie cutanée; aspect de granulome tuberculoïde avec nécrose caséuse.

La culture du pus: isolement de B.K.

Évolution favorable sous traitement antituberculeux.

Observation n°2

B. Z âgée de 57 ans, mariée, sans profession et sans antécédents pathologiques admise pour une lésion ulcéro-croûteuse du dos du pied gauche surinfectée évoluant depuis plus d'une année.

La lésion a évoqué une leishmaniose cutanée, cependant le prélèvement parasitologique à la recherche de leishmanies est négatif.

Le prélèvement de pus met en évidence un *Pseudomonas*. Pas d'amélioration sous ciprofloxacine.

L'IDR à la tuberculine: phlycténulaire à 15 mm.

Le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'histologie objectivant un granulome tuberculoïde avec nécrose caséuse et l'évolution est favorable sous traitement spécifique.

Observation n°3

B. M âgée de 26 ans, secrétaire de profession, antécédent familial de TBC pulmonaire.

Admise pour une lésion nodulaire en regard du bord externe du coude gauche évoluant depuis une année, non améliorée par une antibiothérapie habituelle.

L'IDR à la tuberculine est positive à 22 mm.

L'étude histologique: aspect d'un granulome tuberculoïde faisant discuter une tuberculose ou une sarcoïdose.

L'évolution: favorable sous traitement antituberculeux.

Discussion

- Malgré le programme national de lutte antituberculeuse, la maladie sévit toujours à l'état endémique.
- L'atteinte cutanée est l'une des rares localisations extra-pulmonaires [1].
- La prédominance féminine est classique dans certaines publications et est retrouvée dans ce travail [3].
- Les localisations aux membres sont les plus fréquentes dans notre série comme cela est rapporté dans la littérature [2].
- La chronicité des lésions de TBC cutanée est habituelle: difficulté de mise en évidence de l'agent pathogène rendant particulièrement difficile le diagnostic de TBC cutanée. Dans ce travail l'évolution des lésions était chronique (≥ 1 an) et la certitude diagnostique n'a été possible que chez trois patientes.
- Un aspect atypique est toujours possible. Chez nos patientes des diagnostics d'une maladie des griffes du chat et de leishmaniose cutanée ont été suspectés avant la confirmation du diagnostic.
- Le traitement antituberculeux d'épreuve peut s'avérer nécessaire dans les formes pauci bacillaires [4] et l'amélioration clinique permet de retenir l'origine tuberculeuse.

Conclusion

Le diagnostic des localisations rares de TBC est souvent posé tardivement.

La TBC cutanée est une étiologie à ne pas omettre devant une lésion cutanée chronique résistante au traitement antibiotique habituel, notamment en zone de forte endémicité tuberculeuse.

Observation n°4

H. Y âgée de 77ans, est admise pour un abcès du coude, dont le début remonte à un mois avant son admission sous forme de deux collections apparues de façon aiguë en regard l'articulation, dans un climat fébrile.

Cytoponction: isolement de BK par culture.

La guérison a été obtenue par le traitement antituberculeux qui a été bien toléré.



Observation n°5

G. F âgée de 49 ans, diabétique sous traitement, aux antécédents familiaux de tuberculose pulmonaire, est admise pour une lésion gommeuse au niveau du bord interne de l'avant bras gauche.

Début: quatre mois par l'apparition d'une lésion nodulaire de l'avant-bras gauche après une griffure par un chat au niveau de la main homolatérale, traitée en ambulatoire sans succès.

L'IRM a mis en évidence une collection abcédée de la partie proximale des muscles fléchisseurs communs superficiels des doigts.

L'IDR à la tuberculine: positive à 22mm.

La biopsie cutanée: réaction macrophagique à corps étrangers.

La maladie des griffes du chat a été suspectée, la patiente est mise sous doxycycline sans amélioration.

Le diagnostic de TBC a été suspecté devant les arguments anamnestiques cliniques et l'IDR positive.

Traitement antituberculeux d'épreuve.

L'évolution: rapidement favorable.

Bibliographie

- [1] Ikram Belghith, Talel Badri, Ahmed Zaiem, Rym Benmously, Insaf Mokhtar-Scrofuloderme avec hyper sensibilité à la rifampicine et au pyrazinamide, traité par quadrithérapie incluant l'ofloxacine. La presse médicale tome 41, n°4, avril 2012.
- [2] F. Tigoulet, V. Fournier, E. Caumes- formes cliniques de la tuberculose cutanée. Dermatologie tropicale, Bull Soc Pathol Exot, 2003, 96, 5, 362-367.
- [3] K.Sellami, H.B oudaya, M.Chaabane, A.Amouria, M.Zahaf, H.mseddi, Turki- lupus tuberculeux: a propos d'une série de 29 cas. Annales de dermatologie et de vénéréologie, Décembre 2014, vol 141 (12).
- [4] G.Akoglu, A.Karaduman, G.Bostepe, O.Ozkaya, S.Sahin, G.Erkin et al-A case of lupus vulgaris successfully treated with antituberculous therapy despite negative PCR and culture. Dermatologie 2005;211:290-2.
- [5] T.May, S.Bevillacqua-Tuberculosis: current clinical considerations. EMC-Radiologie 2(2005) 116-120.