

Scrofuloderme révélant une tuberculose sternale primitive

Gallouj S¹, Amara B¹, Mikou O¹, Benjelloun MC², Mernissi FZ¹

1. Service de dermatologie
2. Service de pneumophysiologie
CHU Hassan II Fès Maroc

Med Trop 2010; **70** : 333-334

Une patiente, âgée de 33 ans, sans antécédent notable, présentait depuis 5 mois une tuméfaction pré sternale, indolore, d'évolution progressive et fistulisée dans un contexte d'altération de l'état général. L'ulcération cutanée ovale de 5 cm de grand axe présentait une bordure décollée et un fond bourgeonnant, la base étant ferme et sensible à la palpation (figure 1). Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Les



Figure 1. ulcération cutanée pré-sternale.



Figure 3. Lésion cicatricielle atrophique (14 mois).

prélèvements (bactériologiques, mycologiques et parasitologiques) au niveau de la lésion cutanée étaient négatifs à l'examen direct et à la culture. L'histologie cutanée montrait un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. Le bilan biologique était normal en dehors d'une vitesse de sédimentation accélérée. La sérologie VIH était négative. La radiographie thoracique ne montrait pas d'anomalie. La tomодensitométrie thoracique objectivait une masse pariétale latéro-sternale gauche de 3 cm de diamètre de densité liquidienne, associée à une lyse sternale (figure 2ab). L'échographie abdominale était normale. Le diagnostic de tuberculose à type de scrofuloderme avec atteinte sternale était retenu et la patiente était mise sous antibiothérapie selon le protocole 2SRHZ/7RH (S : streptomycine, R : rifampicine, H : isoniazide, Z : pyrazinamide). L'évolution clinique et tomодensitométrique était favorable avec une cicatrisation complète de la lésion cutanée (figure 3).

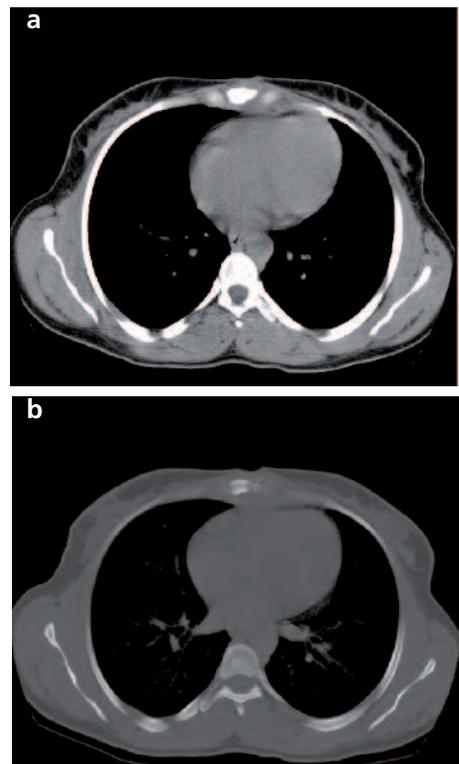


Figure 2. lésion sternale latéralisée à gauche de densité tissulaire hétérogène (a), noter la lyse sternale visible sur la fenêtre osseuse (b).

Discussion

L'atteinte tuberculeuse du sternum est rare, elle représente 1 % des cas de tuberculose ostéoarticulaire (1, 2). Elle se développe souvent dans les suites d'une sternotomie, une vaccination par le BCG ou sur un terrain d'immunodépression notamment d'infection VIH (3). Le diagnostic a été ici présumé sur la bonne réponse au traitement antituberculeux, la négativité de tous les prélèvements bactériologiques et l'aspect histologique. Elle peut résulter soit de l'extension de l'infection à partir d'adénopathies médiastinales ou d'un foyer parenchymateux contigu soit d'une dissémination hémotogène ou lymphatique (3, 4). Elle peut être isolée ou associée à d'autres localisations notamment costale ou claviculaire. Elle est suspectée devant une douleur sternale inexplicable avec ou sans la présence de tuméfaction de la paroi thoracique. Les complications sont à type de scrofuloderme, fistule cutanée, fracture spontanée du sternum, compressions extrinsèques ou érosions des vaisseaux du cou, diffusion de l'abcès au médiastin et à la cavité pleurale (1-4). La radiographie du sternum peut être normale ou montrer une déminéralisation voire une ostéolyse avec parfois une rupture de la corticale ou une ostéocondensation. Le scanner thoracique détermine l'extension de la destruction osseuse et l'atteinte des parties molles (3, 4). Dans notre cas, la tomодensitométrie thoracique a été réalisée malgré l'aspect normal de la radiographie thoracique du fait de la sensibilité de la lésion cutanée et de sa contiguïté au sternum. Le diagnostic de tuberculose sternale peut être confirmé par la biopsie osseuse ou bien de la paroi de l'abcès. L'étude bactériologique des prélèvements par ponction à l'aiguille est souvent négative. Le scrofuloderme est considéré comme une forme multibacillaire de tuberculose cutanée; il s'associe généralement à une altération de l'état général et parfois une négativité de l'intradermoréaction. L'examen

• Correspondance : sgallouj@yahoo.fr

direct à la recherche de BAAR (bacille acido-alcoolo-résistant) est parfois positif. L'image histologique la plus fréquente est le granulome tuberculoïde. La nécrose caséeuse est moins fréquente. Le diagnostic est habituellement porté sur les résultats de la culture du liquide s'écoulant de la fistule ou d'un prélèvement profond (5-7). La recherche d'autres localisations tuberculeuses s'avère nécessaire en réalisant une échographie abdomino-pelvienne pouvant détecter des adénopathies, une atteinte hépatosplénique ou digestive (3). Le traitement est essentiellement médical associant au moins trois antituberculeux. On peut y associer une évacuation chirurgicale en cas de volumineux abcès et éventuellement un débridement de fistules (1, 2, 8, 9).

En conclusion, malgré sa rareté, la tuberculose sternale doit être évoquée devant une tuméfaction d'évolution fistulisée ou ulcérée par les médecins exerçant dans les pays où la tuberculose est endémique. L'imagerie, en particulier la tomodensitométrie, facilite le bilan lésionnel. ■

RÉFÉRENCES

1. Allali N, Dafiri R. Localisation sternale de la tuberculose osseuse. *J Radiol* 2005; 86 : 655-6.
2. Rachid K, Chkoura M, Moudene A. Localisations rares de la tuberculose osseuse : A propos de trois cas. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2001; 87 : 176-9.
3. Atasoy C, Öztekin PS, Özdemir N, Sak SD, Erden I, Akyar S. CT and MRI in tuberculous sternal osteomyelitis: A case report. *Clin Imaging* 2002; 26 : 112-5.
4. Sharma S, Juneja M, Garg A. Primary tubercular osteomyelitis of sternum. *Indian J Pediatr* 2005; 72 : 709-10.
5. Farina MC, Gegundez MI, Pique E, Esteban J, Martin L, Requena L *et al.* Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33 : 433-40.
6. Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Formes cliniques de la tuberculose cutanée. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96 : 362-7.
7. Fenniche S, Ben Jennet S, Marrak H, Khayato O, Zghal M, Ben Ayed M *et al.* Tuberculose cutanée : aspects anatomocliniques et évolutifs (26 cas). *Ann Dermatol Venerol* 2003; 130 : 1021-4.
- 8 - Choi H, Lee CJ, Lee KJ, Moon KD. Primary tuberculous osteomyelitis of the sternum. *J Cardiovasc Surg* 2001; 42 : 841-3.
- 9 - El Kharras A, Jidal M, Achemla L, Atmane M, Chaouir S, Amil T, *et al.* Tuberculose sternale isolée : deux observations. *Presse Med* 2004; 33 : 1579-81.



Spiderman © Michel R