

Gommes tuberculeuses à disposition sporotrichoïde

Zaraa I¹, Trojjet S¹, Ishak F¹, Cherif J², Azouz H³, Louzir B², El Euch D¹, Mokni M¹, Kchir N², Zitouna M³, Beji M², Ben Osman A¹

1. Service de dermatologie, 2. Service de pneumologie, 3. Service d'anatomie pathologique, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Med Trop 2011 ; 71 : 16

MOTS-CLÉS • Tuberculose cutanée. Dissémination lymphatique. Tunisie.

KEY WORDS • Cutaneous tuberculosis. Lymphatic distribution. Tunisia.

Une femme tunisienne âgée de 47 ans sans antécédent notable, présentait depuis 7 mois plusieurs nodules cutanés du membre supérieur droit. Ces lésions, augmentaient progressivement de taille puis se fistulisaient à la peau sans tendance à la cicatrisation. La patiente recevait plusieurs cures d'antibiotiques per os sans amélioration. Un contage tuberculeux chez le mari était noté. L'examen cutané montrait plusieurs nodules inflammatoires mal limités à centre ulcéré, sanieux et saignant spontanément. L'une des lésions avait un centre rétractile. Les lésions suivaient un trajet linéaire sporotrichoïde depuis la face dorsale du médius jusqu'à la face interne de l'avant-bras droit (figure 1). Le reste de l'examen retrouvait une adénopathie axillaire droite, mobile, de 2 cm de diamètre. L'examen parasitologique à la recherche de corps de Leishman (examen direct et culture) et les prélèvements mycologiques étaient négatifs. La biopsie cutanée réalisée au niveau d'une ulcération n'était pas contributive (non spécifique). L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine était phlycténulaire et un épanchement pleural gauche était objectivé à la radiographie thoracique (figure 2). Le liquide de la ponction pleurale était clair à prédominance



Figure 1. Trajet linéaire sporotrichoïde depuis la face dorsale du médius jusqu'à la face interne de l'avant-bras droit.



Figure 2. Epanchement pleural gauche à la radiographie thoracique.

lymphocytaire, Rivalta positif et aseptique. La biopsie pleurale montrait des granulomes tuberculoïdes avec nécrose caséuse confirmant le diagnostic de tuberculose (figure 3). Devant la survenue de lipothymies, un électrocardiogramme était réalisé et objectivait un microvoltage et un aplatissement diffus de l'onde T; l'échographie cardiaque révélait un épanchement péricardique circonferentiel. Un traitement antituberculeux quadruple a été alors instauré. Après 8 mois de traitement, les lésions cutanées avaient complètement cicatrisé.

La tuberculose gommeuse ou abcès tuberculeux métastatique est une forme très rare de tuberculose cutanée résultant d'une dissémination hémotogène du bacille de Koch (BK) à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral (1). Les gommes tuberculeuses surviennent le plus souvent chez des enfants malnutris et des sujets immunodéprimés et sont rarement décrites chez des sujets immunocompétents (2).

Cliniquement, les gommes tuberculeuses se présentent sous l'aspect de nodules cutanés, qui se ramollissent progressivement, évoluant vers des abcès froids qui se fistulisent à la peau, puis des ulcères à bords décollés et violacés (1). Elles mesurent plusieurs centimètres de diamètre, siègent le plus souvent sur les membres, mais peuvent également atteindre les fesses, le thorax ou l'abdomen. L'IDR est souvent positive. Les gommes tuberculeuses à disposition sporotrichoïde sont exceptionnelles. Une revue de la littérature ne retrouve que 6 cas de lésions de tuberculose cutanée sporotrichoïde, dont un seul avait des gommes tuberculeuses (3-5). Cet aspect se voit plus fréquemment chez les enfants et les adolescents et ceci est dû au bon drainage lymphatique chez ces sujets d'une part et à leurs prédisposition aux traumatismes d'autre part (3). Cet aspect sporotrichoïde des lésions peut faire évoquer cliniquement d'autres diagnostics tels que la leishmaniose cutanée, la sporotrichose, des gommes syphilitiques ou une infection à

Mycobacterium marinum (6). Dans le cadre de la tuberculose cutanée, l'étude histologique n'apporte pas toujours la certitude diagnostique (1). L'examen bactériologique isole un bacille acido-alcool résistant dans uniquement 1/3 des cas (1). De nouvelles méthodes diagnostiques par amplification génomique (PCR) permettent un diagnostic rapide mais semblent manquer de spécificité (1). Habituellement, la durée du traitement des gommes tuberculeuses est conditionnée par le foyer à l'origine de cette dissémination cutanée.

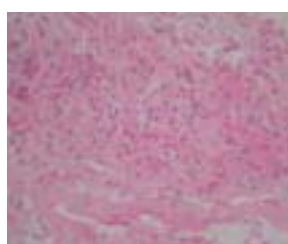


Figure 3. HE x250 Granulome épithélioïde géantocellulaire centré par de la nécrose caséuse.

La tuberculose cutanée revêt des aspects cliniques divers. Elle doit être évoquée devant des lésions parfois atypiques telles que les gommes, qui imposent la recherche d'un foyer tuberculeux profond qui conditionne le pronostic. ■

• Correspondance : inesrania@myway.com

• Article reçu le 12/11/2009, définitivement accepté le 02/07/2010.

RÉFÉRENCES

- Morand JJ, Garnotel E, Simon F, Lightburn E. Panorama de la tuberculose cutanée. *Med Trop* 2006; 66 : 229-36.
- Almagro M, Del Pozo J, Rodriguez-Lozano J, Silva JG, Yebra-Pimentel MT, Fonseca E. Metastatic tuberculous abscesses in an immunocompetent patient. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30 : 247-9.
- Ramesh. V. Sporotrichoid cutaneous tuberculosis. *Clin Exp Dermatol* 2007; 32 : 680-2.
- Göktay F, Aydingöz IE, Mansur AT, Cobanoğlu MF, Cavuçoğlu C. Detection of *Mycobacterium tuberculosis* complex by line probe assay in a case with sporotrichoid skin lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21 : 838-40.
- Remenyik E, Nagy B, Kiss M, Veres I, Sápy M, Horkay I, et al. Sporotrichoid cutaneous *Mycobacterium tuberculosis* infection in a child. *Acta Derm Venereol* 2005; 85 : 375-6.
- Carod JF, Ramarozatovo L, Randrianasolo P, Ratsima E, Randrianirina F, Rabenja Rapelanoro F. Sporotrichose cutanée chez une patiente malgache. *Med Trop* 2007; 67 : 18.