

## Tuberculose cutanée : trente-six observations au Maroc

Gallouj S<sup>1</sup>, Harmouch T<sup>2</sup>, Karkos FZ<sup>3</sup>, Baybay H<sup>1</sup>, Meziane M<sup>1</sup>, Sekal M<sup>2</sup>, Amara B<sup>3</sup>, Mikou O<sup>1</sup>, Amarti A<sup>2</sup>, Benjelloun MC<sup>3</sup>, Mernissi FZ<sup>1</sup>

1. Service de dermatologie vénéréologie, 2. Service d'anatomopathologie, 3. Service de pneumophthysiologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

*Med Trop* 2011; **71** : 58-60

**RÉSUMÉ** • Au Maroc, la tuberculose reste endémique. La localisation cutanée occupe la cinquième place après les atteintes pleuropulmonaires, ganglionnaires, urogénitales et digestives. Il s'agit d'une étude prospective monocentrique qui a colligé les cas de tuberculose cutanée entre Mai 2006 et Juin 2009. Le diagnostic était établi grâce à la confrontation des données cliniques, immunologiques, histologiques et évolutives. La tuberculose cutanée est dominée par les lésions scrofulodermes et gommeuses, attestant de l'endémicité de cette affection dans notre pays. Le diagnostic formel repose sur la découverte du bacille de Koch. Cette situation étant rare pour la localisation cutanée, la prise en charge thérapeutique est effectuée alors sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques et la réponse thérapeutique.

**MOTS-CLÉS** • Tuberculose cutanée. Maroc.

### CUTANEOUS TUBERCULOSIS: A 36-CASE SERIES FROM MOROCCO

**ABSTRACT** • Tuberculosis is still endemic in Morocco. Cutaneous tuberculosis is the fifth most common form after pleuropulmonary, glandular, digestive and urogenital tract tuberculosis. The purpose of this single-center prospective study is to describe all cases of cutaneous tuberculosis treated between May 2006 and June 2009. Diagnosis was suspected based on clinical, immunological and histological features. The main clinical presentations, i.e., scrofuloderma and gumma, were consistent with endemicity of tuberculosis in Morocco. Since definitive diagnosis by detection of the tubercle bacillus was rarely possible, therapy was usually undertaken presumptively based on clinical and laboratory findings and therapeutic response.

**KEY WORDS** • Cutaneous tuberculosis. Morocco.

La tuberculose est une pathologie qui sévit à l'état d'endémie dans les pays en développement. La localisation cutanée de la maladie demeure cependant très rare. Elle représente 2 % des localisations extrapulmonaires de tuberculose (1, 2). Le diagnostic de la tuberculose cutanée est souvent difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomo-cliniques et de la multiplicité des diagnostics différentiels. L'expression clinique est déterminée par le mode d'envahissement de la peau par le bacille de Koch (BK), la virulence du germe et le degré d'immunité de l'hôte (3, 4). C'est une maladie du sujet jeune : 60 % des patients ont moins de 30 ans (5), pourcentage retrouvé également dans les séries maghrébines (6). En Europe, la tuberculose cutanée reste rare ; elle représente respectivement 2,1 et 0,14 % de l'ensemble des tuberculoses et des affections dermatologiques dans une étude espagnole (7).

### Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective menée de Mai 2006 à juin 2009 portant sur l'ensemble des cas de tuberculose cutanée colligés au service de dermatologie du centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès. Le recueil des données s'est basé sur un questionnaire comportant les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives. Tous nos malades ont été classés selon la classification de Beyt (8).

• Correspondance : sgallouj@gmail.com

• Article reçu le 16/06/2010, définitivement accepté le 9/10/2010

### Résultats

Nous avons recensé 36 cas de tuberculose cutanée. L'âge moyen de nos patients était de 33,6 ans (8 à 70 ans), le sex ratio (H/F) était de 0,89. 78 % de nos malades étaient d'un bas niveau socioéconomique et 22 % d'un niveau moyen. Les patients issus du milieu urbain étaient prédominants avec 72 % (28 cas) contre 22 % issus du milieu rural. La notion de contagio tuberculeux était absente à l'anamnèse chez tous nos patients. La date de début de la symptomatologie était variable entre 3 à 48 mois. Les formes cliniques (tableau 1) étaient représentées par le scrofuloderme (figure 1) avec 15 cas (42 %), les gommages (figure 2) dans 9 cas (25 %), l'érythème induré de Bazin dans 5 cas (14 %), le lupus tuberculeux dans 3 cas (9 %), la tuberculose orificielle, la tuberculose verruqueuse et le chancre tuberculeux étaient représentés par un cas chacun (3 %) et un cas exceptionnel d'association d'une tuberculose gommeuse et



Figure 1. Un scrofuloderme révélant une tuberculose sternale primitive.

Tableau 1. Formes cliniques et examens paracliniques.

Formes cliniques	Nombre	IDR à la tuberculine			Histologie	
		Faite	positive	Faite	granulome	nécrose caséuse
Scrofuloderme	15 cas (42%)	15 cas	9 cas	15 cas	15 cas	6 cas
Gommes	9 cas (25%)	9 cas	5 cas	9 cas	9 cas	9 cas
Erythème induré de Bazin	5 cas (14%)	5 cas	4 cas	5 cas	5 cas	3 cas
Lupus tuberculeux	3 cas (9%)	3 cas	2 cas	3 cas	3 cas	1 cas
Tuberculose verruqueuse	1 cas (3%)	1 cas	0	1 cas	1 cas	0
Tuberculose orificielle	1 cas (3%)	1 cas	1 cas	1 cas	1 cas	1 cas
Chancre tuberculeux	1 cas (3%)	1 cas	1 cas	1 cas	1 cas	0



Figure 2. Une lésion gommeuse.

un scrofuloderme (figure 3). L'intradermoréaction était positive dans 22 cas. À l'histologie (tableau 1, figures 4 et 5), le granulome était visualisé dans tous les cas et la nécrose caséuse dans 19 cas. Tous nos patients avaient une sérologie VIH négative. Deux cas particuliers, un scrofuloderme révélant une tuberculose sternale primitive et une association de scrofuloderme et gomme tuberculeuse chez un immunocompétent, étaient retrouvés.

Le membre inférieur était atteint dans dix cas, le tronc dans neuf cas, le cou dans huit cas, le visage dans cinq cas, la région inguinale dans deux cas, la région fessière et le membre supérieur dans un cas chacun. Les localisations viscérales associées ont été retrouvées dans 47,5%. Il s'agissait de localisations ganglionnaires dans 12 cas, d'atteinte osseuse dans 4 cas, atteintes pulmonaires dans deux cas de péricardite dans un cas.

Le schéma thérapeutique selon le programme national de la lutte antituberculeuse était 2RHZ/4RH dans vingt sept cas (rifampicine (R), isoniazide (H) et pyrazinamide (Z) pendant deux premiers mois puis rifampicine (R) et isoniazide (H) pendant quatre mois), et 2SRHZ/7RH dans cinq cas (streptomycine (S), rifampicine (R), isoniazide (H) et pyrazinamide (Z) pendant deux mois puis rifampicine (R) et isoniazide (H) pendant sept mois).

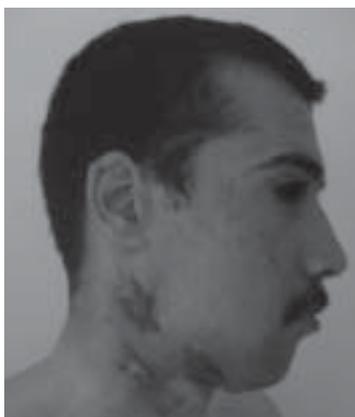


Figure 3. Tuberculose scrofuloderme à partir d'une tuberculose ganglionnaire.



Figure 4. Cellules géantes de type Langhans (flèche blanche) et cellules épithélioïdes (flèche noire) (HES GX400).

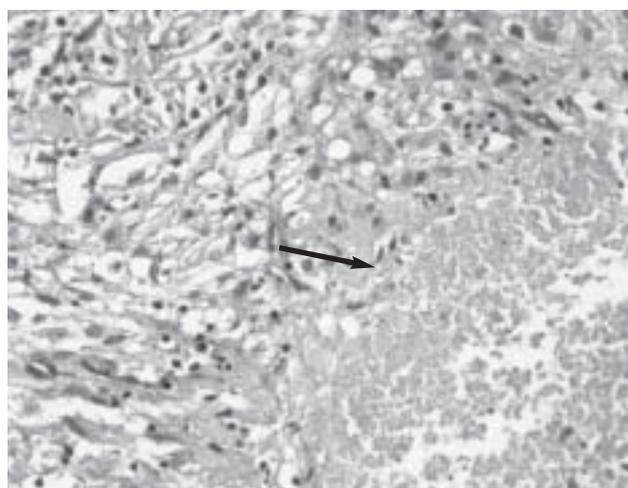


Figure 5. La nécrose caséuse (aspect craquelé et éosinophile) (HES GX400).

formes ont été décrites après une primovaccination par le vaccin BCG (10). Le développement de la tuberculose cutanée est dictée par la pathogénicité du micro-organisme infectant, la voie d'infection (autoinoculation, inoculation accidentelle, par contiguïté, ou par voie hémotogène), la sensibilisation préalable du patient à la tuberculose, et la nature de la l'immunité à médiation cellulaire du patient (11).

Dans notre série, on constate que les gommes et scrofulodermes représentent 66,6% (24 cas). Cela est concordant avec la série marocaine de CHU de Casablanca où ils représentent 72% (12). Dans une série éthiopienne elles représentaient 79% (13); Les gommes correspondent à la dissémination hémotogène de bacilles

## Discussion

La tuberculose cutanée ne représente que 2% des localisations extra-pulmonaire (9), elle est causée par le *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* (2) et on peut en effet rappeler que certaines

à partir d'un foyer viscéral. Les scrofulodermes ou écrouelles correspondent à l'extension à la peau d'un foyer tuberculeux sous-jacent (ganglionnaire, osseux ou plus rarement épидidymaire) et laissent place à une cicatrice rétractile ou une chéloïde (4). Nous rapportons une forme exceptionnelle de scrofuloderme secondaire à une tuberculose sternale primitive qui est une localisation rare, elle représente 1 % des cas de tuberculose ostéoarticulaire (14). Ces 2 formes cliniques sont multibacillaires. Elles surviennent chez des sujets à immunité faible à modérée. Dans 2 séries indiennes, les scrofulodermes représentent respectivement 36,5 et 53,3 % (15, 16). Dans les pays industrialisés, les formes multibacillaires sont rares. Elles sont rapportées essentiellement chez des patients originaires de pays d'endémie tuberculeuse. Nous rapportons un cas exceptionnel d'association de scrofuloderme et de tuberculose gommeuse chez un immunocompétent. Ces formes multibacillaires réapparaissent actuellement avec l'infection par le VIH (17).

Dans notre série, l'érythème induré de Bazin vient en troisième position. Le diagnostic était retenu sur l'aspect clinique, la présence de dermite granulomateuse à l'histologie, l'IDR positive et la réponse aux anti-bacillaires. En effet, l'origine tuberculeuse n'a jamais été prouvée (18). Cependant, la PCR a pu montrer la présence d'ADN du *Mycobacterium tuberculosis* dans plusieurs observations (18, 19). Dans notre contexte d'endémie tuberculeuse, devant des lésions d'hypodermites nodulaires chroniques au niveau des membres inférieurs, fistulisées ou non à la peau, la présence de granulome tuberculoïde à la biopsie et l'IDR positive, et après avoir éliminé une autre étiologie d'hypodermite nodulaire chronique, un traitement antibacillaire est justifié et donne dans la plupart des cas de bons résultats (20).

Dans la littérature, les formes multibacillaires s'accompagnent d'une faible immunité qui se traduit par une négativité de l'IDR, contrairement aux formes paucibacillaires qui s'accompagnent d'une forte immunité (19).

La PCR a été développée pour identifier rapidement les organismes tels que *M. tuberculosis*. Ces techniques présentent d'excellentes sensibilité et spécificité pour l'identification et la différenciation des espèces de mycobactéries, et qui ont un intérêt surtout dans les formes paucibacillaires (11).

Le traitement comporte un double volet : préventif et thérapeutique. La prévention se fait par une vaccination par le vaccin bacille Calmette et Guérin (BCG) ainsi que par la lutte contre la pauvreté et la promiscuité. Le BCG semble permettre une réduction globale de 50 % du risque de tuberculose aussi bien pulmonaire qu'extrathoracique avec, surtout, un taux de protection plus important pour les formes graves, notamment les méningites. Le traitement de la tuberculose cutanée isolée ou associée à une autre localisation comporte, en phase initiale, une tri- ou une quadrithérapie. Il doit comporter les deux premiers mois l'isoniazide (H) à la dose de 3 à 5 mg/kg par jour, la rifampicine (R) (10 mg/kg par jour), l'éthambutol (E) (15 à 20 mg/kg par jour) et le pyrazinamide (Z) (20 à 30 mg/kg par jour), simplifiés pour les quatre mois suivants par une bithérapie isoniazide et rifampicine (21).

Dans tous les cas, il y avait une bonne réponse au traitement anti-bacillaire car il y a eu peu de rapports de tuberculose cutanée multi-résistante. Il n'existe pas de directives sur le traitement des tuberculoses cutanées multi-résistantes (22).

## Conclusion

La prédominance des formes de tuberculose cutanée à type de scrofuloderme et de gommages, témoigne de l'endémicité de cette

affection dans notre pays. On ne trouve pas d'association au VIH, principal facteur de résurgence de cette infection dans les pays développés. La tuberculose cutanée demeure cependant rare et de diagnostic difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomo-cliniques, de la multiplicité des diagnostics différentiels et d'un certain flou nosologique de certaines formes cliniques d'où l'intérêt dans notre contexte de développer les techniques de biologie moléculaire pour la mise en évidence du bacille de Koch dans les formes paucibacillaires.

## Références

- Fenniche S, Ben Jennet S, Marrak H, Khayat O, Zghal M, Ben Ayed M, *et al.* Tuberculose cutanée : aspects anatomo-cliniques et évolutifs (26 cas). *Ann Dermatol Venerol* 2003 ; 130 : 1021-4.
- Robinson AL, Solofomalala GD, Andriatahina T, Ravelomanana N. Tuberculose cutanée : une observation pédiatrique à Madagascar. *Med Trop* 2008 ; 68 : 173-5
- El Fekih N, Faza B, Kerkeni N, Sfia M, Zeglaoui F, Zermani R *et al.* Le lupus tuberculeux. *Med Mal Infect* 2009 ; 39 : 409-12.
- Morand JJ, Garnotel E, Simon F, Lightburn E. Panorama de la tuberculose cutanée. *Med Trop* 2006 ; 66 : 229-36.
- Akhdari N, Zouhair K, Habibeddine S, Lakhdar H. Tuberculose cutanée de l'enfant au Maroc : étude de 30 cas. *Arch Pediatr* 2006 ; 13 : 1098-101.
- Boudghene-Stambouli O, Merad-Boudia A, Bouali O, Ould-Amrouche N, Tchouar S *et al.* A propos de 45 observations de tuberculose cutanée à Tlemcen (Sous-est Algérien). *Bull Soc Pathol Exot* 1989 ; 82 : 341-50.
- Fariña MC, Cegundez MI, Piqué E, Esteban J, Martín L, Requena L *et al.* Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol* 1995 ; 33 : 433-40.
- Beyt BE Jr, Orbals DW, Santa Cruz DJ, Kobayashi GS, Eisen AZ, Medoff G. Cutaneous mycobacteriosis: analysis of 34 cases with a new classification of the disease. *Medicine* 1981 ; 60 : 95-109.
- Hajlaoui K, Faza B, Zermani R, Zeglaoui F, El Fekih N, Ezzine N *et al.* La tuberculose cutanée. A propos de 38 cas. *Tunis Med* 2006 ; 84 : 537-41.
- Cuchet E, Templier I, Brion JP, Beani JC. BCGite après une revaccination accidentelle par le BCG. *Ann Dermatol Venerol* 2004 ; 131 : 1077-9.
- Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002 ; 3 : 319-28.
- Zouhair K, Akhdari N, Nejjam F, Ouazzani T, Lakhdar H. Cutaneous tuberculosis in Morocco. *Int J Infect Dis* 2007 ; 11 : 209-12.
- Terranova M, Padovese V, Fornari U, Morrone A. Clinical and epidemiological study of cutaneous tuberculosis in Northern Ethiopia. *Dermatology* 2008 ; 217 : 89-93.
- Allali N, Dafiri R. Localisation sternale de la tuberculose osseuse. *J Radiol* 2005 ; 86 : 655-6.
- Pandhi D, Reddy BS, Chowdhary S, Khurana N. Cutaneous tuberculosis in Indian children: the importance of screening for involvement of internal organs. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2004 ; 18 : 546-51.
- Kumar B, Rai R, Kaur I, Sahoo B, Muralidhar S, Radotra BD. Childhood cutaneous tuberculosis: A study over 25 years from northern India. *Int J Dermatol* 2001 ; 40 : 26-32.
- Chen CH, Shih JF, Wang LS, Perng RP. Tuberculous subcutaneous abscess: an analysis of seven cases. *Tuber Lung Dis* 1996 ; 77 : 184-7
- Cribier B, Grosshans E. Érythème induré de Bazin : concept et terminologie obsolète. *Ann Dermatol Venerol* 1990 ; 117 : 937-43.
- Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Formes cliniques de la tuberculose cutanée. *Bull Soc Pathol Exot* 2003 ; 96 : 362-7.
- Eddaoui A, Chiheb S, Azzouzi S, Benchikhi H. Érythème induré de Bazin : efficacité des antibacillaires. *Ann Dermatol Venerol* 2007 ; 134 : 1S30-1S62.
- Akdoglu G, Karaduman A, Boztepe G, Ozkaya O, Sahin S, Erkin G *et al.* A case of lupus vulgaris successfully treated with antituberculous therapy despite negative PCR and culture. *Dermatology* 2005 ; 21 : 290-2.
- Ho CK, Ho MH, Chong LY. Cutaneous tuberculosis in Hong Kong: An update. *Hong Kong Med J* 2006 ; 12 : 272-7.