

Tuberculose gommeuse chez un homme âgé de 35 ans infecté par le VIH-1

Gummy tuberculosis in a 35-year-old HIV-1 infected man

Ngom NF^{1,2,*}, Lakhe NA^{3,4}, Ndiaye AL², Diaw A², Fall L⁵, Faye FA¹, Ndiaye K², Dioussé P⁶, Ka O¹

1. UFRSDD Université Alioune Diop de Bambey, Service de Médecine Interne, Hôpital Heinrich Lübke, Diourbel, Sénégal

2. Centre de traitement ambulatoire, Hôpital de Fann, Dakar, Sénégal

3. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Fann, Dakar, Sénégal

4. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

5. Service de Dermatologie de MALTE, Fann, Sénégal

6. Université IDTT/ Service de Dermatologie, Hôpital Régional de Thiès, Sénégal.

***Auteur correspondant :** Ndeye Fatou Ngom, Université Alioune Diop de Bambey / Sénégal, BP : 30 Bambey / Sénégal ; Téléphone : 00 221 77 630 60 93 ; Email : ndeyefatou.ngom@uadb.edu.sn

Résumé

Introduction : la Tuberculose cutanée est une dermatose infectieuse due au complexe *Mycobacterium tuberculosis*. Son polymorphisme clinique et la difficulté d'une confirmation bactériologique expliquent que le diagnostic est souvent tardif. Nous rapportons dans cette observation le cas d'un patient qui présente une tuberculose (TB) cutanée sur terrain de rétrovirose due au VIH.

Observation : il s'agissait d'un homme âgé de 35 ans avec antécédent d'infertilité, suivi pour infection VIH-1 au stade 2 de l'OMS et qui a présenté 2 semaines après initiation du traitement antirétroviral (TAR), des abcès peu inflammatoires à la face externe de la cuisse gauche et du triceps brachial gauche. Puis ces abcès ont fistulisé laissant place à une lésion ulcérée sur fond sérofibrineux. Le reste de l'examen clinique était revenu normal. Une cicatrice de vaccination au Bacille de Calmette et Guérin (BCG) à la naissance avait été retrouvée. Trois mois après l'initiation du TAR, la lésion ulcéreuse persistait toujours malgré l'antibiothérapie non spécifique et les pansements. L'examen bactériologique des sérosités n'avait pas permis d'isoler de germes pathogènes spécifiques. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 14mm. L'étude histologique de la pièce de biopsie cutanée a objectivé la présence de multiples petits granulomes tuberculoïdes isolés au sein du derme profond. La radiographie du thorax et l'échographie abdominale à la recherche d'autres localisations étaient revenues sans particularité. Le diagnostic de tuberculose cutanée dans sa forme gommeuse sans atteinte systémique a été donc retenu. Le protocole de traitement antituberculeux en vigueur au Sénégal associant Isoniazide, Rifampicine, Ethambutol et Pyrazinamide (RHEZ) pour 2 mois puis RH pendant 4 mois avait été instauré le 28/08/2022 et l'évolution était favorable avec une cicatrisation à 6 semaines.

Conclusion : La tuberculose cutanée reste rare mais doit être évoquée devant une lésion cutanée chronique résistante au traitement antibiotique habituel, notamment sur terrain VIH et en zone de forte endémicité tuberculeuse.

Mots clés : Tuberculose, cutanée, VIH, Sénégal

Summary

Introduction: cutaneous tuberculosis is an infectious dermatosis caused by the *Mycobacterium tuberculosis* complex. Its clinical polymorphism and the difficulty of bacteriological confirmation explain why diagnosis is often delayed. In this observation, we report the case of a patient presenting with cutaneous tuberculosis (TB) on a background of HIV-induced retroviral infection.

Observation: A 35-year-old male with a medical history of infertility, followed-up for WHO stage 2 HIV-1 infection, presented 2 weeks after initiation of antiretroviral therapy with mildly inflammatory abscesses on the outer surface of the left thigh and left triceps brachii. These abscesses then formed fistulas, giving rise to an ulcerated lesion with a serofibrinous base. The remainder of the clinical examination yielded no further abnormalities. A scar from BCG vaccination at birth was identified. At 3 months, the ulcerated lesion persisted despite non-specific antibiotic therapy and dressings. Bacteriological examination of the serosities did not isolate any specific pathogens. The tuberculin skin test was positive at 14mm. Histological examination of the skin biopsy revealed multiple small tuberculoid granulomas isolated in the deep dermis. Chest X-rays and abdominal ultrasound check for other potential localisations showed no abnormalities. Therefore, the diagnosis of cutaneous tuberculosis in its gummy form without systemic involvement was asserted. Anti-tuberculosis treatment was initiated on 28/08/2022, following Senegalese recommendation of a protocol combining Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol, and Pyrazinamide (RHEZ) for 2 months then RH for 4 months. The outcome was cogent with healing at 6 weeks.

Conclusion: cutaneous tuberculosis remains exceptional, but diagnostic procedures must be considered in the presence of any chronic skin lesion that is resistant to the usual antibiotic treatment, particularly in HIV patients.

Keywords: Cutaneous tuberculosis, HIV, Senegal.

INTRODUCTION

La Tuberculose due au complexe *Mycobacterium tuberculosis* sévit à l'état endémique dans les pays à ressources limitées. La localisation cutanée de la maladie demeure cependant très rare. Elle représente 2% des localisations extra-pulmonaires de tuberculose [1, 2]. La tuberculose cutanée est de diagnostic souvent tardif en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques, de la multiplicité des diagnostics différentiels et la difficulté à avoir une confirmation bactériologique [3-7]. Nous rapportons dans cette observation le cas d'un patient qui présente une tuberculose (TB) cutanée sur terrain VIH.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un homme âgé de 35 ans, commerçant de profession, marié, suivi depuis 3ans pour stérilité, qui au décours d'une infection à VIH de type 1 (VIH-1) diagnostiquée depuis 3 mois et traitée par Ténofovir-Lamivudine-Dolutégravir (TLD) a présenté des abcès multiples des membres supérieur et inférieur gauches.

Le début de la maladie remontait à 3 mois plus tôt marqué par l'apparition d'abcès multiples au bras gauche et à la cuisse gauche. Devant ce tableau, il sera reçu dans une structure hospitalière où un traitement à base d'antibiotiques notamment métronidazole et fluoroquinolone ainsi que des soins locaux a été prescrit sans amélioration. Les lésions n'étaient pas douloureuses. Il ne présentait pas de fièvre et ne toussait pas. Il existait une notion d'amaigrissement non chiffré. Devant la persistance du tableau, il sera orienté au centre traitement ambulatoire pour une meilleure prise en charge.

Dans les antécédents, il n'a pas été retrouvé la notion de contag tuberculeux ni de tuberculose ancienne. La présence d'une cicatrice visible au deltoïde gauche était le témoin d'une vaccination dès la naissance au Bacille Calmette et Guérin (BCG).

L'état général était bon, les muqueuses étaient colorées anictériques et les membres inférieurs sans œdème. Le poids était à 73 kg pour une taille de 1m80 soit un IMC de 22,53Kg/m² ; la température était à 36,7°C ; la tension artérielle 120/80mmHg.

L'examen dermatologique mettait en évidence une lésion nodulaire à sommet ulcéré ; une ulcération à fond sec, squameux, de 3 cm de diamètre, à bordure érythémateuse infiltrée, de

consistance molle, indolore à la palpation, localisée à la face externe du bras gauche (figure 1) et une ulcération de 1 cm de diamètre, à bords déchiquetés, à fond sale, localisée à la face externe de la cuisse gauche. Aucune adénopathie satellite n'avait été retrouvée et les autres aires ganglionnaires étaient libres. L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire était normal. Le reste de l'examen clinique des appareils était sans particularité.

L'intradermoréaction à la tuberculine était positive (+) à 14mm.

A la biologie : hémoglobine : 14,3g/dl, VGM : 81fl, TCMH : 26,5pg, CCMH : 32,6g/dl, CRP : 0,5mg/l, neutrophiles : 51,3 %, lymphocytes : 32,3%. L'Antigène HBS était négatif. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales, de même que la glycémie à jeun qui était à 0,86g/l. La calcémie et l'enzyme de conversion de l'angiotensine étaient normales. Le patient était fortement immunodéprimé avec un taux de LTCD4⁺ à 110 cellules/mm³. La sérologie syphilitique était négative. Un prélèvement de pus à la recherche de germes non spécifiques par coloration gram, ainsi que la culture sur milieu spécifique à la recherche d'actinomycoïse et de sporotrichose étaient revenus négatifs. L'uroculture révélait une pyurie aseptique. L'histologie de la pièce de biopsie cutanée mettait en évidence la présence de multiples granulomes tuberculoides giganto-cellulaires avec des cellules géantes multi nucléées de type Langerhans et une nécrose caséeuse isolés au sein du derme profond (figure 2). La radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne à la recherche d'autres localisations étaient revenues normales. Le diagnostic de tuberculose cutanée dans sa forme gommeuse à foyer initial génital ou urinaire ou génito-urinaire probable avait été donc retenu.

Le patient avait bénéficié d'un traitement antituberculeux le 28/08/2022 selon les recommandations du programme national avec un protocole associant rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide (RHEZ) pour 2mois puis Rifampicine + Isoniazide (RH) pendant 4 mois soit une durée de 6 mois de traitement antituberculeux. Une dose supplémentaire de 50mg de Dolutégravir avait été prescrite en plus et était poursuivie jusqu'à 2 semaines après l'arrêt du traitement antituberculeux. L'évolution était favorable avec une cicatrisation et disparition des ulcérations et des gommages au bout à 6 semaines (figure 3).



Figure 1 : lésion ulcéreuse sur fond érythémateux propre légèrement soulevée, localisée au 1/3 de la face externe du bras gauche

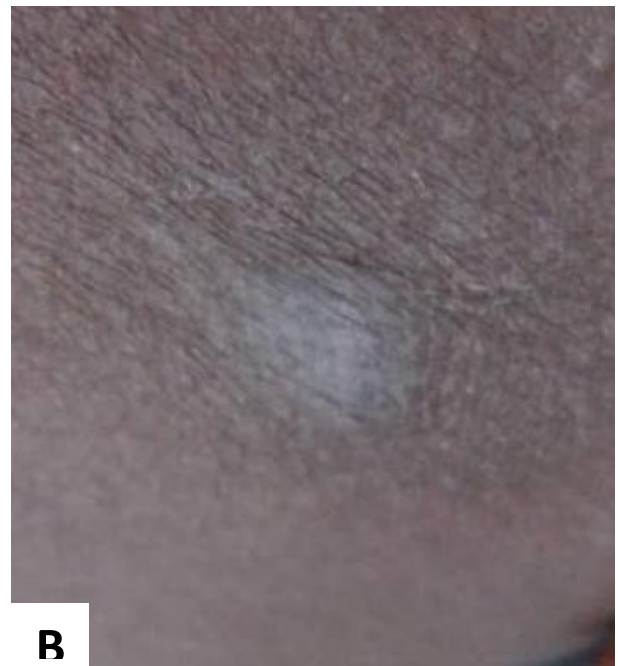


Figure 2 : **A-** lésion localisée au 1/3 de la face externe du bras gauche en voix de cicatrisation.
B- cicatrisation lésion localisée au 1/3 de la face externe du bras gauche

DISCUSSION

Les formes cutanées demeurent rares et ne représentent que 1 à 2% de l'ensemble des tuberculoses [1, 2]. A Dakar, elle représentait 4,7% des tuberculoses. Le sexe masculin était le plus atteint [5,6,8] et c'est le cas de notre patient. La tuberculose cutanée résulte soit exceptionnellement d'une auto-inoculation cutanée, soit le plus souvent d'une localisation à la peau de l'infection généralisée ou localisée à un organe de proximité, soit encore d'une dissémination à distance. La contamination endogène est possible en cas d'immunodépression comme c'est le cas du patient avec une forte immunodépression avec un taux de LTCD4+ <200 cellules/mm³; constituant ainsi une possible réactivation de la tuberculose endogène. Le VIH est connu comme un facteur aggravant le tableau clinique et responsable d'une diminution progressive de l'immunité, source d'infections opportunistes parmi lesquelles, la tuberculose [1, 9].

Chez ce patient, la tuberculose génitale pourrait être à l'origine de sa stérilité. Il existe habituellement une période de latence de plusieurs années entre l'infection initiale symptomatique ou asymptomatique et la tuberculose des voies génitales et urinaires [1,8,10-11]. La tuberculose génito-urinaire représente 27,1% des tuberculoses extra pulmonaires et celle génitale est observée dans 9% des cas [6, 10].

La tuberculose cutanée gommeuse reste rare. Elle rentre souvent dans le cadre d'une tuberculose multifocale. Les gommes tuberculeuses sont des abcès métastatiques sous cutanés provenant d'un foyer hématogène primitif [4,12]. Elle survient sur terrain d'immunodépression [4]. Toutefois les lésions gommeuses peuvent être retrouvées dans la syphilis, l'actinomyose, la sporotrichose, la sarcoïdose. Dans la présente observation, la recherche de ces diagnostics était négative. L'hypothèse diagnostique d'une tuberculose ne peut être évoquée et retenue qu'avec un faisceau d'arguments spécifiques de la tuberculose, ce qui explique l'errance diagnostique et le retard de prise en charge chez ce patient. Dans le tableau typique des gommes d'origine tuberculeuse, la positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine (IDRT), l'image histologique très caractéristique et la cicatrisation spectaculaire des lésions avec le traitement antituberculeux sont autant

d'arguments qui renforcent le diagnostic de tuberculose.

L'amélioration des conditions de vie, la diminution de la promiscuité, la découverte de la vaccination BCG et des médicaments antituberculeux et les campagnes de prévention contre la tuberculose ont permis une diminution considérable de l'incidence de celle-ci dans les pays industrialisés alors que la maladie demeure une importante cause de mortalité dans les pays à ressources limitées. Le développement de l'infection favorisée par le virus de l'immunodéficience humaine, la migration des populations, la crise économique, l'apparition de résistance aux antibiotiques entre autres ont favorisé la recrudescence de la tuberculose notamment au profit des formes extra-pulmonaires [9,13].

CONCLUSION

La tuberculose cutanée est une étiologie à évoquer devant toute lésion cutanée chronique résistante au traitement antibiotique habituel, notamment sur terrain VIH et en zone de forte endémicité tuberculeuse. Il est important de penser à la tuberculose génitale devant une stérilité chez l'homme et rechercher un VIH.

RÉFÉRENCES

1. OMS - Global tuberculosis control. WHO report 2021
2. Programme National de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal (PNLT): Rapport Annuel. 2019 ; 18p. Google Scholar
3. M. Ben Jmaa, H. Ben Ayed, M. Koubaa, M. Ben Hmida, M. Trigui , F. Hammami et al.. La tuberculose cutanée entre 1995 et 2016 : particularités épidémiocliniques et évolutives. 21es Journées nationales d'infectiologie / Médecine et maladies infectieuses 50 (2020) S31–S199
<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.319>
4. Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Clinical forms of the cutaneous tuberculosis. Bull Soc Pathol Exot. 2003 Jan;96(5):362–7. [PubMed] [Google Scholar]
5. Diousse P, Ly F, Gaulier A, Mahe A. Lupus tuberculeux. Ann Dermatol Venerol 2005; 132: 296-7.
6. Gallouj S, Harmouch T, Karkos FZ, Baybay H, MezianeM, Sekal M, et al. Tuberculose cutanée : trente-six observations au Maroc Med Trop 2011 ; 71 : 58-60
7. Hajlaoui K, Fazaa B, Zermani R, Zeglaoui F, El Fekih N, Ezzine N et al. La tuberculose

cutanée, à propos de 38 cas. *Tunis Med* 2006 ; 84 : 537-41.

cutanée à Dakar : à propos de 151 cas [Cutaneous tuberculosis in Dakar : 151 cases report] *Mali Med*, 25 (1) (2010), pp. 14-17 French. PMID : 21436010

9. Andonaba JB, Barro-Traoré F, Yaméogo T, Diallo B, Korsaga-Somé N, Traoré A. La tuberculose cutanée : observation de six cas confirmés au CHU Sourou Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Pan Afr Med J.*, 16 (2013), p.50. doi: 10.11604/pamj.2013.16.50.3315. PMID: 24648863. View article Google Scholar

10. Lawson ATD., Dioussé P., Bammo M., Guèye N., Dione., Seck F, et al. Tuberculose vulvaire chez une fille âgée de 7 ans (Vulvar tuberculosis in a 7-year-old girl). *RAFMI* decembre 2021 ; 8 (2) : 85-88.

8. Kane A., Niang S. O., C. M., S.T. Ndiaye, D. Moussa, Dieng M. T., Ndiaye B. Tuberculose

11. Janet N. Myers MD. Miliary, Central Nervous System, and Genitourinary Tuberculosis, *Disease-a-Month*, Volume 53, Issue 1, 2007, Pages 22-31, ISSN 0011-5029, <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2006.10.003>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011502906001052>)

12. Difonzo EM, Lotti L, Salvini C, Sestini S, Fabroni C. Tuberculous gumma in a patient with cervical lymphadenitis. *Int J Dermatol.* 2006;45(12):1467-8. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.03116.x.

13. Dicko A, Faye O, Fofana Y, Soumouter M, Berthé S, Touré S, et al. Tuberculose cutanée à Bamako, Mali. *Pan Afr Med J.* 2017 8;27:102. doi: 10.11604/pamj.2017.27.102.11577. [Google Scholar]