

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université de Constantine 03

Faculté de médecine

Département de médecine

Service de dermatologie
CHU de Constantine
PR S. Baghou

MODULE DE DERMATOLOGIE
6EME ANNEE DE MEDECINE
EYANT POUR THEME :

LA TUBERCULOSE CUTANEE

Réalisée par le Dr M. Benazzouz
Maitre assistante en dermatologie
CHU de Constantine
Année universitaire 2015/2016

Dr M. BENAZZOUC
Ep : BRAHAMI
Dermatologue Vénérologue

Le responsable du module

Chef de département de médecine

La tuberculose cutanée

I / DEFINITION :

-la tuberculose est l'ensemble des manifestations dermatologiques dues à la présence du bacille tuberculeux dans l'organisme et notamment au niveau de la peau.

II / ÉPIDEMIOLOGIE :

1- FREQUENCE :

- rare en Europe et les pays industriels, ceci est du à :
- L'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène, et nutrition.
- La vaccination et la chimiothérapie antituberculeuse.
- en Algérie, la tuberculose est un problème de santé publique, qui sévit à l'état endémique.

2-AGENT PATHOGÈNE :

- Le bacille de Koch (BK) est une mycobactérie de, immobile, très sensible à la chaleur mais résistante au froid et à la dessiccation,
- colorée en rouge par la fuchsine, non décolorée par l'acide nitrique ou l'alcool (bacille acido-alcool-résistant [BAAR]).
- Il se cultive en aérobie strict entre 35°C et 37 °C sur milieux enrichis « **Löwenstein Jensen** »
- On distingue:
- Mycobacterium tuberculosis hominis ou bacille de Koch,
- Mycobacterium tuberculosis bovis, agent de la tuberculose bovine (impliqué dans 1 à 5% des cas de tuberculose humaine).

III / CLASSIFICATION :

A- Classification de la tuberculose cutanée selon BEYT :basée sur des critères physiopathologiques

I. Tuberculose d'inoculation (exogène) :

- Chancre tuberculeux
- Tuberculose verruqueuse

II. Tuberculose secondaire (endogène) :

- Par contiguïté : Scrofuloderme
- Auto-inoculation: Tuberculose orificielle

III. Tuberculose hématogène :

- Lupus vulgaire
- Tuberculose miliaire aiguë
- Gomme tuberculeuse

IV. Tuberculose éruptive :

- Lichen scrofulosorum
- Tuberculides papuleuses ou papulo-nécrotiques
- Érythème induré de Bazin
- Vascularite nodulaire

I. Tuberculose d'inoculation (exogène) :

1. Chancre tuberculeux ; forme multibacillaire
 - l'inoculation cutanée du bacille, survient chez un sujet sans aucune immunité :
 - surtout observé chez le nourrisson et le jeune enfant
 - prédomine aux membres inférieurs, à la face et aux muqueuses orogénitales.
 - Incubation : 1 à 3 semaines
 - un nodule érythématoviolacé ferme, qui s'ulcère avec décollement des bords et se complique, en 1 à 2 mois, d'une lymphangite avec (poly-) adénopathie satellite d'évolution fistulisée
 - IDR négative, ex direct et culture sont positifs
2. La tuberculose verruqueuse : forme pauci bacillaire
 - elle résulte : la ré inoculation du bacille de Koch chez un sujet antérieurement sensibilisé
 - inoculation accidentelle souvent professionnelle.
 - Siège : surtout les mains
 - Nodule corné dur qui s'étale progressivement pour former un placard verruqueux bien limité entouré d'une aréole inflammatoire d'où sourd du pus

II. Tuberculose secondaire (endogène) :

1. **Le scrofuloderme** : - C'est la forme de tuberculose cutanée la plus fréquente.
 - Dissémination de proche en proche par contiguïté ou par propagation lymphatique à partir d'un foyer tuberculeux sous jacent, souvent ganglionnaire ou ostéoarticulaire, épидидymaire
 - Ce sont des nodules dermo-hypodermique, évoluant vers le ramollissement, fistulisation à la peau et l'ulcération, puis la cicatrisation

- IDR +
- Le diagnostic se fait par la culture du liquide de ponction de l'abcès
- Histologie caractéristique : follicule tuberculoïde de Koester avec nécrose caséuse

2. La tuberculose orificielle

- secondaire à une auto-inoculation à partir de foyers pulmonaire, laryngé, digestif et urinaire.
- des ulcérations périorificielles subaiguës (cavité buccale, narines, anus, urètre)
- La localisation typique de cet ulcère tuberculeux est le langue et les lèvres.
- terrain : survient chez les sujets atteints de tuberculose vésiculaire évolutive.

III. Tuberculoses hématogènes :

a) lupus tuberculeux :

- forme pauci bacillaire fréquente d'évolution très lente avec destruction tissulaire progressive
- Liée à une réactivation d'une tuberculose viscérale quiescente ou rarement évolutive
- siège : 80% face, cou, oreilles, rare sur les membres
- placard rougeâtre ou jaunâtre, mou squameux en relief qui s'étale lentement avec des contours déchiquetés ce placard est constitué par la confluence de **lupome** qui est la lésion élémentaire qui est un micronodule ayant un aspect jaunâtre à la vitropression dite en « gelée de pomme »
- l'évolution lente avec des ulcerations, des cicatrices atrophiques et fibreuses avec des bords violacés évolutifs
- a long terme l'extension peut donner des mutilations voire une dégénérescence spinocellulaire
- IDR +
- Histologie granulome tuberculoïde
- L'examen direct et la culture sont souvent négatives

b) La tuberculose miliaire aigue :

- Due à la dissémination du bacille chez des sujets dont l'immunité est faible
- Enfant dénutri, adulte immunodéprimé
- Papules bleuâtre, vésicules hémorragiques nécrotiques disséminées
- Altération de l'état général
- Fréquemment une miliaire pulmonaire, méningée

IV. Tuberculose éruptive :

Manifestations cutanées faisant intervenir des phénomènes immunologiques

1- Lichen scrofulosum

- Rare, enfant
- Micro papules rosées, fermes, luisantes se regroupent en placards granités
- Tronc, membres, lèvres supérieures

2- Tuberculides papulo nécrotique

- Enfant, adulte jeune
- Papules rouges violacées à évolution nécrotique laissant place à une cicatrice déprimée avec hyperpigmentation périphérique
- Faces d'extension membres, doigts, orteils, les fesses

3- Erythème induré de Bazin

- Poussées asymétriques d'hypodermite prédominant aux membres inférieurs
- Prédomine chez la femme obèse avec insuffisance veineuse
- Nodules ou placards inflammatoires violacés et douloureux avec une évolution chronique
- IDR ++++

4-érythème noueux

- Manifestation de la primo infection tuberculeuse
- Hypodermite nodulaire aiguë, réalisant des nodosités inflammatoires rouges chaudes douloureuses
- Faces d'extensions des jambes
- Fièvre, arthralgies et altération de l'état général

V. manifestations cutanées du BCG :

Sur le site du BCG on peut avoir

- Ulcération ne cicatrisant pas qu'après plusieurs mois d'évolution
- Réaction pustuleuse
- Nodule sous cutané évoluant vers l'abcédation
- Rarement des manifestations diffuses : tuberculides papulonécrotiques, EN, vascularite nodulaires

IV / ELEMENTS DE DIAGNOSTIC POSITIF :

- il est retenu sur un faisceau d'arguments.

1/éléments de présomption :

*anamnèse :

- Notion de contagé tuberculeux.
- antécédents ou coexistence de lésions de tuberculose viscérale.

* biologie :

- FNS : hyperleucocytose avec hyper lymphocytose.
- IDR : à la tuberculine, utilise de la tuberculine purifiée

- Injection de 10 UI de tuberculine en intradermique, sur la face ant de l'avant bras.
- Lecture après 72 h, en mesurant le diamètre de l'induration

2/éléments de certitudes :

A. bactériologique :

- c'est la mise en évidence du BK.
- le prélèvement : sur un foyer caséux cutané, ponction d'une adénopathie, pièce de biopsie , sérosités.

1. EXAMEN DIRECT : après coloration de ZIEL NELSEN, à la recherche de BAAR

2. CULTURE sur le milieu de lovenstein

-Pour l'identification de l'espèce et l'élaboration de l'antibiogramme :

- la multiplication des bacilles de Koch (temps de division = 20 heures) imposant un délai de culture moyen de 28 jours, et 42 jours.

B. histologie :

- L'élément histologique caractéristique mais non spécifique de la tuberculose est le follicule de Koester

C. . méthodes d'amplifications génétiques " PCR" :

- leur intérêt est dans les formes paucibacillaires comme le lupus vulgaire, ou les états réactionnelles (érythème, induré de BAZIN), mais cependant elle manque de spécificité et de sensibilité,

VI /LE TRAITEMENT :

Chimiothérapie anti tuberculeuse (Rifampicine,Isoniaside,Ethambutol,Pyrazinamide)

- Triple pendant 2 mois
- Double pendant 4 mois
- Dépend de la forme clinique
- Le rimifon seul a la dose de 5 mg/kg /J pendant 6mois peut suffire dans les traitement des complications du BCG