

Tuberculose pulmonaire et cutanée chez un sujet VIH négatif antérieurement traité pour Histoplasmosse cutanée : une observation clinique inhabituelle

Pulmonary and cutaneous tuberculosis in an HIV negative patient with a previous treatment for cutaneous histoplasmosis: an unusual report

Véronique M. Kakiessse¹, Iteke M¹, Nkwembe M¹, Obel Kabengele², Jean-Marie N. Kayembe²

Correspondance

Véronique Kakiessse Musumba

E-mail :venikakiessse@gmail.com

Summary

The authors report through this clinical observation, a case of pulmonary and cutaneous tuberculosis in a 41 year old man with a previous history of treated and cured histoplasmosis. The presentation emphasizes the relevance of addressing immunosuppressive conditions other than HIV/AIDS in case of opportunistic infections affecting HIV-negative patients.

Keywords: cutaneous tuberculosis, cutaneous histoplasmosis, acquired immunodepression syndrome

Received date: 16 March 2017

Accepted date: 03 December 2017

1 Service de Dermatologie, Département des Spécialités, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RDC.

2 Service de Pneumologie, Département de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RDC

Résumé

Par cette observation de tuberculose multifocale sur terrain antérieurement traité pour histoplasmosse cutanée, les auteurs attirent l'attention des prestataires sur l'occurrence possible d'affections rares, suggestives du VIH/SIDA, pouvant faire rechercher d'autres causes d'immunodépression chez les sujets VIH négatifs.

Mots clés : tuberculose cutanée, histoplasmosse cutanée, syndrome d'immunodépression acquise

Reçu le 16 mars 2017

Accepté le 03 décembre 2017

Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse ubiquitaire pouvant affecter plusieurs organes. Les atteintes extrapulmonaires représentent moins de 40% et la tuberculose cutanée rend compte de 1 à 2 % des cas et 0,1 à 1 % de toutes les atteintes infectieuses cutanées (1). La rareté de cette manifestation, l'accès limité au gold Standard du diagnostic (histopathologie), et le polymorphisme des manifestations cliniques de la pathologie, expliqueraient les délais habituels de prise en charge rationnelle. L'atteinte cutanée résulte d'une dissémination hématogène (miliaire) ou d'une auto-inoculation et pénétration cutanée. L'évolution est fortement tributaire du degré d'immunité de l'individu, de l'existence des comorbidités prédisposantes, mais aussi de la virulence et de la charge bacillaire. Le tableau clinique est varié, du Srofuloderma (érythème fistulisé), à des formes tuberculoïdes, maculeuses, ou nécrosantes ou autres (2).

Les auteurs rapportent l'observation d'un patient ayant présenté une tuberculose pulmonaire et cutanée, 2 mois après un traitement par itraconazole, instauré pour une histoplasmosse cutanée. Cette affection est généralement suggestive d'une immunodépression induite par l'infection à VIH/SIDA.

Observation

Un homme de 41 ans, est admis à la consultation de dermatologie aux CUK, pour des lésions ulcéreuses et nodulaires disséminées au niveau du visage, du cou, du thorax et des cuisses apparues environ 2 mois avant sa consultation. Les muqueuses labiales étaient également atteintes. Ses antécédents renseignent sur une histoplasmosse cutanée, à *Histoplasma duboisii* ; traitée avec succès par itraconazole, en raison de 2 comprimés de 100mg/j, 2 mois avant l'actuelle consultation. Aucune notion de tuberculose antérieure, ni de contage tuberculeux évident n'est retrouvée. Le patient reconnaît une consommation régulière mais non chiffrée de tabac et d'alcool.

L'hémogramme réalisé a révélé une leucocytose normale à 7400/mm³ (FL= N64% L36%E0%M0%B0%), la VS à 17 mm à la 1ère heure et 55mm à la 2ème heure.

Le fibrinogène était normal à 260mg/%, de même que le bilan hépatique de routine (transaminases et bilirubine). La sérologie VIH (vironostika et determine), la sérologie syphilitique (VDRL et TPHA) ainsi que le frottis des sécrétions des ulcérations à la recherche du bacille de Koch étaient négatifs.



Figure 1 : Lésions ulcéro-gommeuses chez notre patient

La radiographie du thorax a montré des infiltrats bronchopneumoniques dans le champ pulmonaire droit et en paracardiaque gauche.

L'examen du Ziehl sur expectorations a mis en évidence des bacilles BAAR, en dépit d'une intradermoréaction à la tuberculine d'interprétation douteuse, vue un diamètre de 9 mm à la lecture à la 72 ème heure.

Les données de l'examen dermatologique, illustré dans la figure 1 et celles de la pneumologie ont permis de conclure en une tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive et une tuberculose cutanée et le patient a été mis sous traitement antituberculeux de catégorie 1, selon les recommandations du PATI V. Il a bénéficié d'une association de Rifampicine (10mg/kg), Isoniazide (5 mg/kg), Pyrazinamide (30 mg/kg) et Ethambutol (20 mg/kg). L'évolution a été marquée par une disparition totale des lésions cutanées en quelques mois.

Commentaires

La tuberculose cutanée demeure une manifestation rare parmi les atteintes extrapulmonaires ; elle ne représenterait que 2,1% des localisations (1). Le polymorphisme des manifestations anatomo-cliniques, et le peu d'accès aux moyens de diagnostics adéquats dans la plupart des pays à forte prévalence, pourraient expliquer partiellement cette rareté des cas rapportés (1-4). Des pays comme l'Inde, le Pakistan, et la Tunisie, ont rapporté cependant, des fréquences plus, de l'ordre de 3 à 29 cas (1). Ces différences de reports traduiraient les disparités dans les structures de diagnostic, mais aussi la modicité du nombre de spécialistes des maladies de la peau, outillés dans ce domaine comme l'ont aussi souligné plusieurs auteurs (5, 6). Cette observation associant tuberculose et histoplasmosse cutanées est à notre connaissance, la première décrite dans notre service. L'histoplasmosse, en elle-même pathologie mycosique rare, est souvent décrite comme manifestation opportuniste sur terrain d'infection à VIH/SIDA. Sa survenue chez un patient VIH négatif doit faire rechercher

d'autres causes possibles d'immuno-dépression. La survenue de la tuberculose cutanée chez le patient décrit pourrait être due à une contamination directe des lésions ulcéro-gommeuses de son histoplasmose, constituant une porte d'entrée du bacille tuberculeux par autoinoculation à partir de l'expectoration porteuse des germes. Ce tableau devrait faire rechercher d'autres causes d'immuno-dépression telles que les thérapies immunosuppressives, les déficits nutritionnels, ou de comorbidités telles que le Diabète sucré, la maladie rénale chronique ou d'autres. Notre patient présentait à l'examen clinique des lésions nodulaires laissant en place des ulcérations après ramollissement. Cette évolution clinique répond à la définition d'une gomme.

La gomme tuberculeuse est rarement décrite au cours de la tuberculose cutanée (3, 7). Kumar *et al* ont trouvé seulement 5,4 % de gomme tuberculeuse sur 280 cas de tuberculose cutanée rapportés en Inde (8). Les gommes tuberculeuses sont des abcès métastatiques sous cutanés provenant d'une dissémination hématogène du bacille à partir d'un foyer primitif (3, 9). Elles doivent être différenciées du scrofuloderme qui correspond à un abcès fistulisé à la peau et satellite d'une lésion ganglionnaire ou ostéo-articulaire sous jacente (3)

Le diagnostic de tuberculose cutanée dans cette présentation est suggéré par la concomitance du foyer pulmonaire et l'examen du Ziehl positif sur l'expectoration. La présomption est renforcée par l'évolution rapidement favorable des lésions cutanées sous antituberculeux. Le résultat négatif du Ziehl sur les sécrétions cutanées n'est pas un fait exceptionnel dans la tuberculose cutanée. Tigoulet *et al* rapportaient déjà la pauvreté des résultats bactériologiques sur des grandes séries et le peu d'accessibilité aux moyens de confirmation comme la culture des spécimen, les analyses moléculaires (PCR) et l'examen

histopathologique des biopsies cutanées dans la plupart d'institutions. Le résultat négatif sur certains prélèvements cutanés relève du fait que certaines formes de tuberculose sont dues à l'hyperréactivité immune (3).

Conclusion

La tuberculose cutanée et l'histoplasmose cutanée sont des affections généralement rencontrées chez des patients immunodéprimés. Ce cas montre l'importance de rechercher activement d'autres causes d'immunodépression chez le patient VIH négatif.

Références

1. Bessis D, Francès C, Guillot B. Cutaneous tuberculosis: anatomoclinical features and clinical course (26 cases). *Ann Dermatol Venereol* 2003; **130** (11): 1021-1024
2. Morand J, Cuguilliere A, Sayag J. Tuberculose cutanée. *Encycl Med Chir Dermatologie* 1999 ; **12** : 98 - 360 - A- 10
3. Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Clinical forms of the cutaneous tuberculosis. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; **96**: 362-367
4. Hassam B, Senoussi K, Bennouna-Biaz K, Lazrak B. Profil épidémiologique des tuberculoses cutanées au service de dermatologie d'Avicenne (1985-1990). *Médecine du Maghreb* 1991 ; **27** :9-10
5. Terranova M, Padovese V, Fornari U, Morrone A. Clinical and epidemiological study of cutaneous tuberculosis in North Ethiopia. *Dermatology* 2008; **217** (1): 89-93
6. Andonaba JP, Traoré FB, Yameogo T, Diallo B, Korsaga-Somé N, Traoré A. La tuberculose cutanée : observation de 6 cas au CHU Souro Sanou (CHUSS) de Bobo Dioulasso (Burkina-Faso). *The Pan Afr Med J* 2013; **16** : 50
7. Assane K, Oumou NS, Mohamed C, Ndiaye ST, Moussa D. Cutaneous tuberculosis in Dakar: 151 cases report; *Mali Med* 2010; **25** (1): 14-17
8. Kumar B, Muralidhar S. Cutaneous tuberculosis: a twenty-year prospective study. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; **3**: 494-500
9. Difonzo EM, Lotti L, Salvini C *et al*. Tuberculous gumma in a patient with cervical lymphadenitis. *Int J Dermatol* 2006; **45**: 1467-1468