TUBERCULOSE CUTANEE A DAKAR: A propos de 151 cas

Cutaneous tuberculosis in Dakar : 151 cases report

Kane Assane (1) Niang Suzanne Oumou (1), Cissé Mohamed (2), Sy Thierno Ndiaye (1), Diallo Moussa (1), Dieng Mame Thierno (1), Ndiaye Bassirou (1)

1 : Service de Dermatologie Hôpital Aristide Le Dantec, BP 3001 Dakar- Sénégal ; 2. Service de Dermatologie. Hôpital Donka. Conakry. Guinée.
Correspondance : Docteur Suzanne Oumou Niang, Service de Dermatologie B.P : 3001,
Tel : 00 221 5698952/8215749 ; Email : suzeoumou@yahoo.com

SUMMARY
Introduction: Cutaneous tuberculosis diagnosis is difficult because of clinical polymorphism. Our goal was to study the clinical, epidemiological and evolutionary characteristics of cutaneous tuberculosis in Dakar.
Patients and methods : We performed a retrospective study from 1972 to 2005 of the tuberculosis cutaneous cases in our department. All cases which fulfilled clinical, epidemiological, the tuberculin test positive, bacteriogical and histological characteristics of cutaneous involvement were studied.
Results : Our study included 151 cases (75 men, 73 women). Clinical features were: scrofuloderma (84,76%), gomma (11,25%), periorificial tuberculosis (1,98%), lupus tuberculosis (1,98%), verrucosa tuberculosis (2,64%) and BCGite (0,66%). Pulmonary (26,5%), osteoarticular (8,6%), neurological (0,66%) were the man visceral involvements. Tuberculine test was highly positive in 66,22% of cases and HIV test was positive in 14,28%. Healing occurred after 1 or 2 month of treatment in all patients. Recidivation occurred in 3 patients and 3 patients died. Cure occurred in 23 patients after 8 to 12 month of treatment.
Conclusion : Cutaneous tuberculosis is still endemic in Senegal. Scrofuloderma and gumma are the two main clinical presentations. Diagnosis was based on skin tuberculine test positive and histological granuloma.
Key words: cutaneous tuberculosis, scrofuloderma, Dakar

RESUME
Introduction. Le diagnostic de tuberculose cutanée est rendu difficile par son polymorphisme clinique. Notre objectif était de préciser les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives de la tuberculose cutanée à Dakar.
Matériel et méthode : Une étude rétrospective de Janvier 1972 à Octobre 2005 a été effectuée au service de Dermatologie de l'Hôpital Le Dantec de Dakar. Le diagnostic était basé sur des arguments épidémiologiques, cliniques, l'intradermo-réaction à la tuberculine, la bactériologie et l'histologie.
Résultats : Notre étude a recensé 151 cas dont 78 hommes et 73 femmes. La tuberculose cutanéo-ganglionnaire était majoritaire (84,76%) suivie de la gomme (11,25%). Le lupus tuberculeux (1,98%), la tuberculose périorificielle (1,98%), la tuberculose verruqueuse (2,64%) et la BCGite (0,66%) étaient plus rares. Les localisations viscérales (43%) étaient pulmonaires (26,5%), ostéoarticulaires (8,6%) neurologiques (0,66%) et multiples (9,17%). L'IDR était fortement positive dans 65,15% des cas, la bacilloscopie dans 12,5%, l'histologie dans 66,22% et la sérologie VIH dans 14,28%. La cicatrisation des lésions cutanées était notée chez tous les patients après 1 à 2 mois de traitement. Une récidive a été notée dans 3 cas et un décès dans 3 cas chez des patients positifs au VIH. Une guérison a été observée dans 23 cas après 8 à 12 mois de traitement.
Conclusion : La tuberculose cutanée demeure endémique au Sénégal. Le scrofuloderme et la gomme sont les principales formes cliniques. L'IDR fortement positive et le granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse deviennent des arguments diagnostiques de grande valeur.
Mots clés : Tuberculose cutanée, Scrofuloderme, Dakar.

INTRODUCTION

La tuberculose cutanée regroupe l'ensemble des manifestations cutanées dues aux mycobactéries du complexe tuberculeux : M. tuberculosis, M. bovis, M africanum [1]. Le polymorphisme anatomo-clinique, la multiplicité des diagnostics différentiels et l'isolement inconstant des mycobactéries rendent souvent son diagnostic difficile [2, 3]. La recrudescence de la tuberculose liée à l'expansion du sida et l'apparition de résistance aux polychimiothérapies antituberculeuses pourraient s'accompagner d'une augmentation des cas de tuberculose cutanée [4]. L'objectif de notre travail était de préciser les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et

évolutives de la tuberculose cutanée à Dakar.

MALADES ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective de tous les cas de tuberculose cutanée hospitalisés au service de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de janvier 1972 à Octobre 2005. Le diagnostic reposait sur les aspects cliniques, la positivité de l'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine, la présence de bacilles acido-alcoolo-résistantes à la bactériologie et l'existence d'un granulome tuberculoïde giganto-cellulaire à l'histopathologie. L'aspect clinique évocateur et le granulome tuberculoïde étaient des critères obligatoires. Pour chaque malade étaient précisé : l'âge, le sexe, le délai d'évolution de la maladie, la forme clinique, la présence ou non d'un foyer tuberculeux, les résultats de l'intradermo-réaction à la tuberculine, de la bactériologie, de l'histopathologie et de la sérologie VIH, l'évolution après 2 mois de traitement. Le protocole était celui instauré par l'organisation mondiale de la santé à savoir l'association de 4 antituberculeux la rifampicine (10mg/kg/j), l'isoniazide (5mg/kg/j), la pyrazinamide (20mg/kg/j), l'éthambutol (15mg/kg/j. Ce traitement était poursuivi dans les structures sanitaires périphériques avec le thiacétazone ou l'éthambutol et l'isoniaside pendant 6 mois.

RESULTATS

Durant cette période de 33 ans, nous avons recruté 151 cas de tuberculose cutanée soit une fréquence hospitalière de 4,57 cas par an. Ils étaient répartis entre 78 hommes et 73 femmes (sex-ratio :1,06). La tranche d'âge de 21 à 30 ans représentait 33,07% des cas et les ages extrêmes étaient 23 mois et 65 ans (fig1). La durée d'évolution de la maladie à la date d'hospitalisation était en moyenne de 16 mois avec des extrêmes de 2 et 84 mois. Plusieurs formes cliniques ont été recensées (tablI, fig2,3,4). La tuberculose cutanéoganglionnaire ou scrofuloderme était observée dans 128 cas soit 84,76%

La topographie était limitée à une seule aire ganglionnaire, cervicale, sus claviculaires ou inguinales dans 86 cas (57,42%) et à au moins deux aires ganglionnaires

dans 65 cas (42,58%). Des localisations viscérales étaient retrouvées dans 65 cas (43%) avec une atteinte pleuro-pulmonaire dans 40 cas (26,49%), ostéo-articulaire dans 13 cas (8,6%), uro-génitale dans 3 cas (2%), neurologique dans 1 cas (O,66%). Elles étaient multiples dans 14 cas soit 9,27%. L'IDR à la tuberculine réalisée chez tous les malades était supérieure à 15mn ou phlyctennulaire dans 86 cas (56,95%).

L'examen bactériologique (examen direct et culture sur milieu de Lœwenstein) effectué uniquement chez 62 (41%) malades était positif dans 8 cas (12,9%).

L'histologie faite chez 78 patients était contributive dans 58 cas soit 76,31%. La sérologie VIH réalisée chez 71 malades était positive dans 10 cas (14,08%). Cinq parmi eux avaient une tuberculose multifocale. Le traitement antibiotique associant 4 antituberculeux a permis une cicatrisation des lésions cutanées chez 148 malades (98%) après 1 à 2 mois d'hospitalisation et une guérison complète authentifiée après 8 à 12 mois de traitement. Un décès était noté dans 3 cas représentant des formes multifocales associées à une rétrovirose et une rechute dans 3 cas. Le reste des malades était perdu de vue.

DISCUSSION

La tuberculose cutanée est rapportée pour la première fois au Sénégal en 1965 par Basset [5]. En 1967, 14 autres nouveaux cas sont publiés par Privat [6]. Elle devient alors une maladie d'actualité si on rajoute notre série de 151 nouveaux cas. Ces cas sont caractéristiques par leur survenue à des ages précoces, la prédominance très nette de la tuberculose scrofuloderme, l'existence fréquente de manifestations extracutanées notamment pulmonaires et la très forte positivité de l'intradermoréaction à la tuberculine qui a été un critère diagnostique majeur. La tuberculose cutanée est de loin moins fréquente dans les séries occidentales ou elle survient en majorité chez les immigrés [7]. En Espagne [8], elle représente 0,1% à 1% de l'ensemble des affections cutanées (11 cas sur 10304 patients observés). En Angleterre [7], Yates et coll. ont rapporté 47 cas en 15 ans pour une population de 265 000 habitants. La tuberculose est plus observée dans les pays sous développés où les structures sanitaires sont déficientes et les explorations paracliniques moins performantes [9]. En Tunisie [10], une incidence annuelle de 4,5 cas est retrouvée et en Algérie elle atteint 6,4 pour une population de 725000 habitants [11]. L'age de survenue précoce est également notée dans toutes les séries des pays sous développés notamment au Sénégal où Privat avait rapporté un maximum de cas entre 11 et 20 ans [6], en Inde où 31% des malades avaient moins de 15 ans [12]. En Tunisie la moyenne d'age est de 35 ans [10] et en Algérie [11] elle est de 30 ans. Par contre en Europe elle est plus élevée atteignant de 47,8 ans en Espagne [8]

et 66 ans à Blackburn en Angleterre dans les cas de scrofuloderme [7].

Le scrofuloderme est nettement prédominante (83,84%) comme dans la série de Privat [6] à Dakar (92%). L'atteinte cutanée s'effectue par contiguïté à partir d'un foyer primitif ganglionnaire mais aussi ostéoarticulaire. Le lupus tuberculeux a été rare dans notre série alors qu'en Algérie et en Tunisie il est aussi fréquent que le scrofuloderme [10,11]. En Inde, son taux dépasse même celui du scrofuloderme [12]. L'atteinte de plusieurs aires ganglionnaires, la dissémination hématogène caractérisée par la fréquence des gommes et les atteintes multiviscérales rendent compte du retard diagnostique et du faible statut immunitaire des malades [13]. La coinfection par le VIH aggrave le pronostic vital [13] et explique les cas de décès observés dans notre série. Le diagnostic en cas d'immunodépression est rendu difficile par la possibilité d'une IDR négative [2]. Prend alors toute sa valeur la mise en évidence d'un granulome tuberculoïde gigantocellulaire avec une nécrose caséeuse [1]. La mise en évidence du bacille tuberculeux est certes difficile mais elle permet dans certains cas de différencier d'une part une tuberculose scrofuloderme ou gommeuse d'une histoplasmose africaine ou d'une mycobactériose atypique et d'autre part les autres formes de tuberculose d'une lèpre tuberculoïde ou d'une sarcoïdose [2].

CONCLUSION

La tuberculose cutanée demeure fréquente au Sénégal. La forme cutanéo ganglionnaire est la forme prédominante. L'existence de formes multiviscérales doit faire rechercher systématiquement une coinfection à VIH.

REFERENCES

1. Pechère M, Gharbi MR. Tuberculose et Mycobacterioses atypique. In Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Eds Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. 3e édition, Masson Paris 2000 :124-130
2. Morand JJ, Cuguillere, Sayag J. Tuberculose cutanée. Encycl. Med Chir (Paris), Dermatologie, 98-360-A-10, 1999, 12p.
3. Woy K, Tappener G. Mycobacterial diseases-tuberculosis and atypical mycobacterial infection. In : Fitzpatrick TB, Eisen EA, Wol K. Dermatology in General Medecine. 4th New-York ; McGraw Hill ; 1993 ; 2370-87.
4. Philit F, Cordier JF. Actualité de la tuberculose cutanée. *Ann Dermatol Venereol* 1995, 122 : 45-49
5. Basset A, Seck I, Faye I. Tuberculoses cutanées au Sénégal. *Soc Fr de Dermatol et Syph.* T.72, n° 1 janv-fév. 1965, 36-39
6. Privat Y, Faye I, Bellossi A, Guberina I. A propos de la tuberculose cutanée au Sénégal : présentation de 14 nouveaux cas *Bull. Soc. Med. Afr. Noire.* Langue Fr. 1967 t: XII, (3), 640-644
7. Yates VM, Ormerod LP : Cutaneous tuberculosis in Blackburn distric (U.K) : a 15 years prospective series, 1981-1995. *Br J dermatol* 1997; 136; 483-489
8. Farina MC, Gegundez I, Piqué E, Esteban J, Martin L, Requena L et al. Cutaneous tuberculosis : a clinical, histological and bacteriologic study. *J Am Acad dermato* 1995 ; 33 : 433-440
9. Schwoebel U. Epidémologie de la tuberculose Du nouveau. *Rev Méd Interne* (1995) 16,suppl 1, 29s-32s.
10. Mokni M, Mebazaa A, Ben Sassi M, Eleuch D, Tuberculose cutanée : étude rétrospective de 90 cas. JDP 2000 *Ann dermatol Venereol* 2000 4S77-227 p. 195
11. Bdoughene-Stambouli O, Merad-Boudia A, Bouali O,Ould-Amrouche N, et Tchouar S. A propos de 45 observations de tuberculose cutanée à Tlemcen (ouest algérien). *Bull. Soc. Path. Ex* 82, 1989,341-50.
12. Ramesh V, Misra RS, Beena KR, Mukherjee A. A study of cutaneous tuberculosis in children. *Pediatr dermatol* 1999; 16(4): 264-9.
13. Mayaud C, Le Penduor C, Cadranel J., Denis M. Tuberculose et immunodépression. *Rev Med Interne* 1995, suppl 1,38s-41s

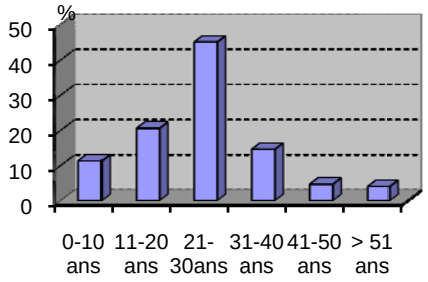

Fig1 : Répartition des cas selon l'âge

Formes cliniques	Nombre de cas	%
tuberculose	128	84,76
scrofuloderme	17	11,25
tuberculose gommeuse	4	02,64
tuberculose	3	01,98
verruqueuse	3	01,98
tuberculose périorificielle	1	0,66
lupus tuberculeux		
BCGite		

Tableau I : Répartition des formes anatomocliniques de tuberculose cutanée

Formes cliniques	Nombre de cas	%
tuberculose scrofuloderme	128	84,76
tuberculose gommeuse	17	11,25
tuberculose verruqueuse	4	02,64
tuberculose périorificielle	3	01,98
lupus tuberculeux	3	01,98
BCGite	1	0,66

Figure 1 : Tuberculose cutanéo-ganglionnaire

Figure 2 : Tuberculose verruqueuse du pied

Figure 3 : Tuberculose orificielle dans sa localisation anale