

Une gomme tuberculeuse à *Mycobacterium tuberculosis* multirésistant dans le cadre d'une tuberculose multifocale chez une personne vivant avec le VIH

Multi-drug resistant tuberculous gumma in a HIV infected patient with multifocal tuberculosis

E.W. Pefura Yone (1,2)*, B. Dodo (1), C. Kuaban (1,2)

(1) Département de Médecine interne et spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun

(2) Service de Pneumologie, Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun

Résumé

La gomme tuberculeuse est une forme clinique rare de la tuberculose cutanée. Nous rapportons un cas de gomme tuberculeuse thoracique antérieure à *Mycobacterium tuberculosis* multirésistant chez un patient immunodéprimé ayant une tuberculose multifocale.

Un patient de 42 ans, infecté par le VIH-1, non suivi, au stade de Sida a présenté, après une semaine de la mise en route d'un traitement antituberculeux pour une tuberculose pulmonaire bacillifère, des abcès sous-cutanés de la région parasternale gauche. Il présentait cliniquement une altération de l'état général associée à une fièvre. Les examens paracliniques ont retrouvé des adénopathies médiastinales et coelio-mésentériques et l'absence de l'atteinte sternale. *M. tuberculosis* multirésistant (résistant à la rifampicine, à l'isoniazide, à l'éthambutol, à la streptomycine) a été retrouvé après mise en culture et antibiogramme du pus des lésions gommeuses parasternales gauches et des expectorations. Le patient était décédé dans un tableau de cachexie et d'insuffisance respiratoire aiguë sans avoir bénéficié d'un traitement antituberculeux de deuxième ligne.

La découverte d'une gomme tuberculeuse à *M. tuberculosis* multirésistant dans un contexte de tuberculose multifocale est exceptionnelle. Devant ce terrain particulier d'immunodépression, la réalisation de la culture et de l'antibiogramme des prélèvements devrait être systématique afin d'éviter de passer à côté de *M. tuberculosis* multirésistant.

Mots clés: gomme tuberculeuse, *Mycobacterium tuberculosis* multirésistant, VIH

Abstract

Tuberculous gumma is a rare clinical feature of cutaneous tuberculosis. Here we report a case of thoracic tuberculous gumma linked to multidrug-resistant tuberculosis in a patient with multifocal tuberculosis.

A 42-year-old male patient, HIV-1 infected, presented with cutaneous abscesses of the left parasternal region whereas he had been treated for one week for pulmonary tuberculosis. He didn't receive antiretroviral therapy. Radiological investigations showed multiple enlarged mesenteric lymph nodes. No sternal involvement was noted. A smear exam from the abscesses aspirate and sputum had shown acid fast bacilli. *Mycobacterium tuberculosis* had been isolated on culture and found resistant to rifampicin, isoniazid, ethambutol, and streptomycin. The patient died from acute respiratory failure and cachexy before starting second-line antituberculous drugs.

Tuberculous gumma linked to multidrug-resistant tuberculosis is a rare clinical condition. The absence of rapid clinical improvement during tuberculous gumma should encourage the realization of culture and drug susceptibility testing in order to identify multidrug-resistant tuberculosis.

Keywords: tuberculous gumma, multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*, HIV

Introduction

La tuberculose cutanée reste rare même dans les

pays à forte endémicité tuberculeuse [1,2]. La forme gommeuse de cette affection est très peu décrite dans la littérature [3]. Nous rapportons un cas de gomme

tuberculeuse latéro-sternale gauche à *M. tuberculosis* multirésistant rentrant dans le cadre d'une infection à VIH au stade de Sida et d'une tuberculose multifocale.

Observation

Un patient camerounais de 42 ans, chauffeur, infecté par le VIH depuis un an, a été hospitalisé dans le service de pneumologie pour absence d'amélioration clinique après un mois de traitement d'une tuberculose pulmonaire bacillifère. Elle a été diagnostiquée suite une toux, une fièvre et un amaigrissement important avec perte de 23% de son poids corporel, évoluant depuis 2 mois. Le patient était sous quadrithérapie antituberculeuse associant rifampicine (R), isoniazide (H), éthambutol (E) et pyrazinamide (Z) selon la recommandation du Programme National de Lutte contre la Tuberculose du Cameroun. L'évolution a été marquée une semaine après le début du traitement antituberculeux par l'apparition progressive de deux tuméfactions parasternales gauches peu douloureuses et par la persistance des symptômes cliniques initiaux.

A l'entrée, l'examen physique avait retrouvé un patient en mauvais état général et fébrile à 39°C, avec une fréquence respiratoire à 34 cycles/minute, un pouls à 110/minute, une tension artérielle à 90/60 mmHg, et un indice de masse corporelle à 22,5 kg/m². Cliniquement, il existait deux tuméfactions inflammatoires fluctuantes parasternales gauches de 6 cm de grand axe, correspondant à des abcès sous-cutanés (figure 1).



Figure 1. Gommages tuberculeuses parasternales gauches, faites des tuméfactions inflammatoires correspondant aux abcès sous-cutanés

Le bilan biologique avait montré une anémie microcytaire hypochrome à 8,1 g/dL, un taux de lymphocytes CD4 à 5/mm³. Le bilan fonctionnel hépatique et rénal était normal. La radiographie du thorax avait objectivé des adénopathies latérotrachéales droites et un infiltrat hétérogène paracardiaque droit (figure 2). La radiographie de l'os sternal était normale. L'échographie abdominale avait montré des adénopathies coelomésentériques de 2 à 4 cm de diamètre dont certaines avaient un centre nécrotique.



Figure 2. Radiographie du thorax montrant des adénopathies latérotrachéales droites et un infiltrat paracardiaque droit.

La ponction des abcès sous-cutanés parasternaux gauches avait ramené du pus jaunâtre. La recherche de *M. tuberculosis* à l'examen direct dans le pus parasternal et dans les expectorations était positive. Le traitement antituberculeux de première ligne avait été poursuivi pour une tuberculose multifocale avec une localisation pulmonaire, ganglionnaire médiastinale et abdominale et cutanée à type de gomme tuberculeuse. Le patient était décédé après deux semaines d'hospitalisation dans un état de cachexie et d'insuffisance respiratoire aigue.

Les résultats de la culture sur milieu de Lowenstein Jensen, obtenus 6 semaines plus tard, avaient isolé *M. tuberculosis* résistant à la R, H, E et à la streptomycine mais sensible à l'ofloxacine et à la kanamycine.

Discussion

L'originalité de notre cas repose sur l'agressivité de *M. tuberculosis* multirésistant sur un terrain immunodé-

primé, permettant de découvrir une gomme tuberculeuse, une forme exceptionnelle de tuberculose cutanée. Cette dernière rentrait dans le cadre d'une tuberculose multifocale. La tuberculose cutanée est rare avec une fréquence estimée à moins de 1% des consultations dermatologiques [1,2,4] et à environ 4% de tuberculose toutes formes confondues [5,6]. 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 [2]. Les gommes tuberculeuses sont des abcès métastatiques sous-cutanés provenant d'une dissémination hémotogène de *M. tuberculosis* à partir d'un foyer primitif [3,8]. Elles doivent être différenciées du scrofuloderme qui correspond à un abcès tuberculeux fistulisé à la peau et satellite d'une lésion ganglionnaire ou ostéoarticulaire sous-jacente [3,7]. Pour notre patient, le foyer primitif était probablement pulmonaire et ganglionnaire médiastinal et abdominal. La gomme tuberculeuse survient fréquemment sur un terrain immunodéprimé [3] comme notre patient. Elles ont habituellement l'aspect des abcès froids, fluctuants, non douloureux, de taille variable. Les signes inflammatoires locaux présentés par notre malade sont inhabituels mais sont fréquemment retrouvés au cours des abcès à germes banals. Elles siègent préférentiellement au niveau des membres, rarement au niveau des fesses, du front et de la verge [3,8]. Devant la dégradation de l'état de ce patient, une tuberculose résistante ou une mycobactériose atypique disséminée ont été évoquées. Le diagnostic de gomme tuberculeuse était assez aisé chez notre malade avec la présence de *M. tuberculosis* dans le pus des abcès sous-cutanés et la positivité de la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen du pus provenant des lésions gommeuses isolant *M. tuberculosis* multirésistant. Des études récentes ont été rapportées des souches de *M. tuberculosis* multirésistant (MDR) dans des lésions tuberculeuses cutanées [9,10]. Umopathy *et al* ont trouvé 2% de souche MDR dans une série de 213

patients atteints de tuberculose cutanée en Inde [10]. Notre patient avait une résistance primaire aux antituberculeux majeurs. Ce cas suggère l'importance de rechercher une tuberculose résistante quelque soit la localisation de la tuberculose chez les patients qui ne s'améliorent pas avec le régime de traitement antituberculeux classique.

Conclusion

Une gomme tuberculeuse thoracique à *M. tuberculosis* multirésistant est rarement décrite. Une absence d'amélioration clinique rapide des malades atteints de gommes tuberculeuses devrait inciter à la réalisation d'une culture et d'un antibiogramme afin d'identifier rapidement *IM. tuberculosis* multirésistant et proposer une prise en charge adaptée.

Références

1. Chong LY, Lo KK. Cutaneous tuberculosis in Hong Kong: a 10-year retrospective study. *Int J Dermatol* 1995; 34: 26-9.
2. Kumar B, Muralidhar S. Cutaneous tuberculosis: a twenty-year prospective study. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 494-500.
3. Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Formes cliniques de la tuberculose cutanée. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; 96: 362-7.
4. Fariña MC, Gegundez MI, Piqué E, *et al.* Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *Am Acad Dermatol* 1995; 33: 433-40.
5. Kivanç-Altunay I, Baysal Z, Ekmekçi TR, *et al.* Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol* 2003; 42: 197-200.
6. Yates VM, Ormerod LP. Cutaneous tuberculosis in Blackburn district (U.K.): a 15-year prospective series, 1981-95. *Br J Dermatol* 1997; 136: 483-9.
7. Assane K, Oumou NS, Mohamed C, *et al.* Cutaneous tuberculosis in Dakar: 151 cases report. *Mali Med* 2010; 25: 15-8.
8. Difonzo EM, Lotti L, Salvini C, *et al.* Tuberculous gumma in a patient with cervical lymphadenitis. *Int J Dermatol* 2006; 45: 1467-8.
9. Ramesh V, Sen MK, Nair D, *et al.* Cutaneous tuberculosis caused by multidrug-resistant tubercle bacilli: report of three cases. *Int J Dermatol* 2011; 50: 300-3.
10. Umopathy KC, Begum R, Ravichandran G, *et al.* Comprehensive findings on clinical, bacteriological, histopathological and therapeutic aspects of cutaneous tuberculosis. *Trop Med Int Health* 2006; 11: 1521-8.