

## Le lupus tuberculeux : une cause de mutilation centrofaciale à ne pas méconnaître.

P. Niamba (1), A. Traoré (1), F. Traoré-Barro (1), L. Ilboudo (1), M. Bonkougou (1), G. Diatto (1), P. K. Ouoba (2) & O. Goumbri-Lompo (3)

(1) Service de dermatologie vénéréologie CHU YO, 01 BP 3299, Ouagadougou 01, Burkina Faso. Tél. : +226 70 21 05 84 / +226 50 39 11 88, E-mail : niamba\_pascal@yahoo.com

(2) Service d'ORL CHU YO, Ouagadougou, Burkina Faso.

(3) Service d'anatomo-pathologie CHU YO, Ouagadougou, Burkina Faso.

Manuscrit n° 2807 "Clinique". Reçu le 22 avril 2005. Accepté le 2 novembre 2005.

**Summary:** *Lupus tuberculosis : a cause of centrofacial mutilation not to be ignored.*

*Medio-facial mutilations are a real problem from a diagnosis and prognosis point of view. Various etiologies may be in question, namely bacterial, parasitic, mycotic, viral infections or yet predisposing factors such as denutrition or a immunodepression. Among these etiologies, the lupus tuberculosis remains a major concern to be taken into account in poor socio-economic background.*

*We report two cases of lupus tuberculosis in teen-agers whose diagnosis difficulty induced sequellae although limited by a further appropriate care management. the clinical spectrum of the cutaneous tuberculosis and the place of this affection featuring ahead of other centrofacial mutilations etiologies remain important in tropical area.*

**Résumé:**

*Les mutilations médiofaciales constituent un véritable problème, tant du point de vue diagnostique que pronostique. Diverses étiologies peuvent être en cause, notamment les infections bactériennes, parasitaires, mycosiques, virales ou encore des facteurs favorisants, tels que la dénutrition ou une immunodépression. Le lupus tuberculeux reste, parmi ces étiologies, une préoccupation majeure à prendre en compte dans un contexte socio-économique défavorisé.*

*Nous rapportons deux cas de lupus tuberculeux d'adolescents chez qui l'errance diagnostique a occasionné des séquelles, toutefois limitées par une prise en charge appropriée ultérieurement. Nous rappelons le spectre clinique de la tuberculose cutanée et la place que cette affection occupe*

***lupus tuberculosis  
face  
mutilation  
clinic  
hospital  
Ouagadougou  
Burkina Faso  
Sub-Saharan Africa***

***lupus tuberculeux  
face  
mutilation  
clinique  
hôpital  
Ouagadougou  
Burkina Faso  
Afrique intertropicale***

### Introduction

En milieu tropical, le *lupus vorax* pose un problème diagnostique avec plusieurs autres causes de mutilations médiofaciales. En effet, le diagnostic de *lupus vorax* est souvent évoqué à la phase d'état devant des lésions cutanées qui siègent préférentiellement au visage et qui se présentent sous la forme d'ulcération centrofaciale mutilante (9, 12). Le diagnostic différentiel peut se faire avec notamment des mutilations d'origine infectieuse, des troubles de l'immunité, une dénutrition sévère et chronique pouvant occasionner le noma ou encore une origine tumorale.

Nous rapportons deux observations de mutilations centrofaciales survenues chez deux jeunes adolescents chez qui l'errance diagnostique a occasionné des séquelles, limitées toutefois par une prise en charge appropriée ultérieurement. Nous rappelons également le spectre clinique de la tuberculose cutanée et la place que cette affection occupe devant les autres étiologies de mutilations centro-faciales en milieu tropical.

### Observation n°1

S. I., âgé de 11 ans, vivant en milieu rural, consultait en mai 2001 pour une lésion ulcérée de la région péribuccale. Le début remontait

à 3 ans auparavant par l'apparition d'un papule de la lèvre supérieure ayant évolué vers une tuméfaction érythémateuse, puis une ulcération torpide et croûteuse de la lèvre. Ceci avait motivé de multiples consultations et des traitements à base d'antibiotiques sans rémission. Nous n'avions pas retrouvé une notion de vaccination par le BCG. Il n'y avait pas non plus d'antécédent pathologique significatif, notamment une tuberculose chez le patient et son entourage.

Les lésions à l'admission étaient cicatricielles, atrophiques, ulcérées et croûteuses. Elles intéressaient toute la lèvre supérieure et les orifices nasaux (photo 1).

Par ailleurs, de multiples papules isolées étaient disséminées sur le tronc et les membres. L'état général était relativement bien conservé et l'on retrouvait des adénopathies non douloureuses, non fluctuantes aux aires ganglionnaires axillaires, sous-maxillaires, et sous-mentonnières. Par ailleurs, la radiographie pulmonaire était normale, l'hémogramme montrait une légère hyperleucocytose à 11 000 leucocytes/mm<sup>3</sup> à prédominance neutrophile, une anémie hypochrome microcytaire (9 g/100 dl) et un syndrome inflammatoire biologique. La recherche de bacille tuberculeux dans les crachats faite à trois reprises était négative, de même que les sérologies de la syphilis et du VIH. L'intra dermo réaction (IDR) à la tuberculine était phlycténulaire. Par ailleurs, la biopsie cutanée avait objectivé un granulome épithélioïde et géantocellulaire fortement évocateur de tuberculose. Un traitement à base d'antituberculeux avait été instauré selon le schéma du programme national en vigueur. L'évolution avait été spectaculairement favorable déjà au bout de 2 mois de traitement (photo 2).

Photo 1.

Lésions exulcérées et croûteuses de la lèvre supérieure.  
*Scabby and ulcerated lesions of the upper lip.*

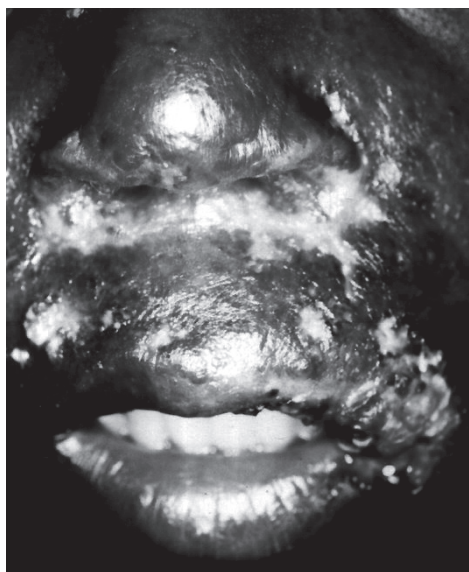


Photo 2.

Évolution favorable après deux mois de traitement antituberculeux.  
*Favourable evolution after a two-month anti-tuberculous treatment.*

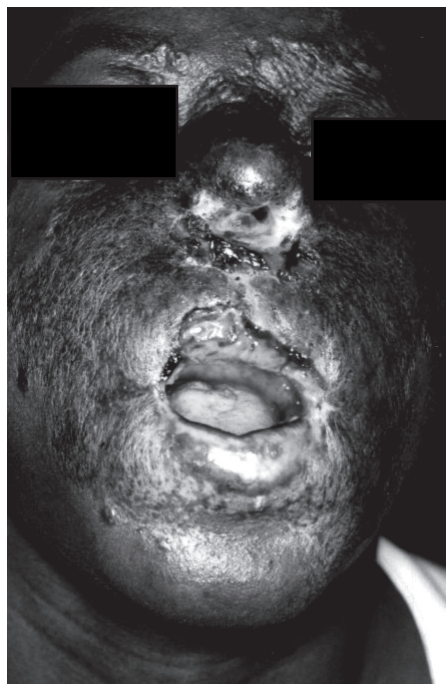


## Observation n°2

S. N., âgée de 17 ans, consultait en avril 2003 pour une lésion ulcéro-croûteuse et destructrice du nez et des lèvres. Le début remontait à l'âge de 12 ans par l'apparition de lésions papuleuses et secondairement ulcérées des lèvres et des plis axillaires. L'extension s'était faite à la paupière inférieure gauche et aux ailes du nez. Cette affection avait été successivement considérée et traitée comme leishmaniose, rhinosclérome puis noma, et cela sans aucune rémission. Il n'y avait aucun antécédent notoire, notamment, il n'y avait pas de tuberculose dans l'entourage. Nous n'avons pas pu préciser la notion d'une vaccination par le BCG. La patiente avait un bon état général et présentait un placard cicatriciel, atrophique par endroit, siégeant sur la région médiane de la face (paupière, joue, menton), avec une destruction des ailes du nez, de la pointe et de la cloison nasale, une fonte de la lèvre supérieure avec limitation à l'ouverture de la cavité buccale et un œdème de la lèvre inférieure. On notait par ailleurs un placard croûteux de la lèvre supérieure. La langue était le siège d'une lésion nodulaire, exulcérée d'environ 1,5 cm de diamètre à sa partie moyenne. Les gencives étaient indemnes. Ce vaste placard était

Photo 3.

Vaste placard serpiginéux de la région médiane de la face et parsemé de quelques élevures surtout sur les bords. Lésion nodulaire et exulcérée de la langue.  
*Large serpiginous patch on the median area of the face with some pimples on the edges. Nodular and ulcerated lesion of the tongue.*



serpiginéux sur les bords et parsemé de quelques élevures, le tout marqué par un discret érythème (photo 3).

On notait par ailleurs une aphonie et des adénopathies sous angulo-maxillaires. La radiographie pulmonaire était normale, l'IDR à la tuberculine positive, les sérologies syphilitique et du VIH négatives. La biopsie objectivait un granulome inflammatoire fait de lymphocytes, de cellules épithélioïdes et de cellules géantes à type de Langhans. Il existait en périphérie des zones de nécrose suppurée, fortement évocatrices de tuberculose cutanée. S. N. a été mise sous traitement spécifique antituberculeux selon le schéma national en vigueur. Nous avons observé, au terme de ce traitement, une bonne évolution avec cicatrisation quasi totale des lésions ulcérées, une fonte du nodule de la langue et la récupération progressive de la phonation.

## Commentaires

Le premier intérêt de nos observations est l'illustration du *lupus vorax* dans sa forme classique (14). Il s'agit initialement de macules planes ou légèrement saillantes, parfois groupées en figures circinées ou en archipel irrégulier, qui s'étendent et se rejoignent pour former un placard uniforme, à contours réguliers ou déchiquetés. Cependant, nos arguments pour le diagnostic de certitude sont restés cliniques, histologiques et surtout évolutifs sous traitement, avec une amélioration quasi spectaculaire et une reprise de la phonation chez notre patiente.

Le *Mycobacterium tuberculosis* et le *Mycobacterium bovis* peuvent être responsables de tuberculose cutanée. Il peut s'agir d'une infection par contiguïté secondaire à un foyer sous-jacent (9, 13, 18) ou à une dissémination hémotogène du bacille tuberculeux à partir d'un site initial (9, 17). Le rôle du BCG dans la genèse du lupus tuberculeux a été très souvent évoqué par plusieurs auteurs. Les lésions apparaissent après un à plusieurs épisodes de vaccination par le BCG (2, 8, 11, 15, 16, 18). Certains auteurs ont suggéré des troubles sous-jacents de l'immunité à médiation cellulaire (16). Chez nos patients, la notion de vaccination n'a pas été précisée. Bien

que situés dans une zone d'endémie et que la vaccination par le BCG y soit largement pratiquée, nous ne pouvons avec certitude écarter ou retenir cette hypothèse chez nos patients, la couverture vaccinale n'étant pas exhaustive.

Le diagnostic de certitude de lupus tuberculeux reste difficile. Dans notre contexte, la culture et les méthodes de détection rapide de *Mycobacterium tuberculosis* par amplification génomique (PCR) étant indisponibles, c'est habituellement devant un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques, notamment l'histologie et l'intra dermo réaction (IDR), que le diagnostic est souvent retenu. Si la PCR permet de retenir avec quasi certitude le diagnostic, son intérêt est discuté devant le caractère paucilésionnel de la tuberculose cutanée et la sensibilité moyenne d'une telle technique (4, 5, 7). En effet, le *Mycobacterium tuberculosis* est rarement retrouvé à l'examen direct et à la culture (4, 5). La décision thérapeutique doit tenir compte surtout des arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques (résultats de l'IDR), les résultats des cultures, ou de la PCR, prenant habituellement plusieurs mois (7).

Le second intérêt de nos observations est paradoxalement l'illustration des difficultés diagnostiques et les préjudices du retard de ces formes de tuberculose (3). Les délais de consultations spécialisées et de mise sous traitement ont été de 3 ans et 5 ans. En effet, le diagnostic du lupus n'est pas toujours facile (9). C'est souvent sous l'apparence d'une dermo-épidermite infectieuse ou d'un impétigo rebelle aux antibiotiques que ce diagnostic peut être évoqué au stade de début. Le diagnostic différentiel peut se faire à un stade plus évolué avec plusieurs autres affections : la syphilis tertiaire caractérisée par une atteinte des os propres du nez et des cloisons osseuses, alors que le lupus ronge la zone antérieure cartilagineuse de la cloison. L'évolution de la syphilis se fait vers un arrêt spontané laissant une mutilation effroyable (6). Au cours de la lèpre, l'atteinte nasale est constante dans 70 % des cas et se manifeste sous forme de rhinite chronique et persistante associant des épistaxis à répétition, une perforation septale ou une destruction de la pyramide nasale (10). La leishmaniose de type lupoïde se présente sous forme de lésion papulo-nodulaire qui s'ulcère secondairement et comporte un fond granulomateux à bordures surélevées. Le noma est une gangrène infectieuse buccale, consécutive et, parfois, cause de dénutrition, entraînant des ulcérations destructrices bucco-faciales (1). Le granulome malin centrofacial de Stewart, granulomateuse destructrice, débute par un épistaxis et des ulcérations endonasales et entraîne en quelques mois ou années une destruction mutilante de toute la région centrofaciale avec souvent une issue fatale par des complications septiques et hémorragiques (1). La sarcoïdose a une tendance moins envahissante, une consistance plus ferme et les lésions s'ulcèrent exceptionnellement. Le lupus érythémateux systémique peut également être envisagé, mais plutôt à un stade de début. L'évolution chez nos patients n'était pas en faveur de ces étiologies.

Non traité, des complications peuvent survenir au cours du lupus tuberculeux. Il s'agit : des infections secondaires, telles que l'impétigo ou l'érysipèle, d'autres manifestations tuberculeuses, telles que les gommages, les lymphangites ou une atteinte viscérale, rarement décrites cependant, de même que le carcinome spino-cellulaire ou encore moins baso-cellulaire. Sous traitement, les lésions du lupus tuberculeux régressent habituellement vite. En général, il n'existe aucune relation entre la forme, l'évolution et le pronostic du lupus d'une part, le type de bacille et son degré de virulence d'autre part. Mais, une fois la guérison apparente obtenue, la surveillance de la cicatrice cutanée (par la vitropression) et, éventuellement, celle du foyer endonasal, devront être poursuivies.

## Conclusion

Le lupus tuberculeux est une étiologie à prendre en compte devant une mutilation centrofaciale dans notre contexte d'exercice où la prévalence de la tuberculose reste élevée. L'expression clinique la plus fréquente est le lupus végétant ulcéreux, avec comme élément fondamental le placard lupique (7). Les arguments cliniques (existence de lupomes à la vitropression à la périphérie de toute dermatose qui s'étend très lentement en nappe, particulièrement à la face), paracliniques (IDR à la tuberculine positive, histologie et ou radiographie pulmonaire évocatrice) et surtout évolutifs (évolution rapide et spectaculaire vers une amélioration sous antituberculeux) permettent de retenir le diagnostic.

## Références bibliographiques

- ADRIAANS B, SOTO LD, CANIZARES O & HARMAN R – Tuberculosis of the skin. In: CANIZARES O & HARMAN R (Eds), *Clinical Tropical Dermatology*, 2<sup>nd</sup> ed. Boston, Blackwell Scientific Publications, 1992, pp. 201-222.
- BARBAGALLO J, TAGER P, INGLETON R, HIRSCH RJ & WEINBERG JM – Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2002, 3, 319-328.
- BOUDGHENE-STAMBOULI O, MERAD-BOUDIA A, BOUALI O, OULD-AMROUCHE N & TCHOUAR S – Apropos of 45 cases of cutaneous tuberculosis in Tlemcen (western Algeria), *Med Cutan Ibero Lat Am*, 1990, 18, 224-226.
- DEGITZ K, STEIDL M, NEUBERT U, PLEWING G & VOLKENANDT M – Detection of mycobacterial DNA in paraffin-embedded specimens of lupus vulgaris by polymerase chain reaction. *Arch Dermatol Res*, 1993, 285, 168-170.
- EAIZAL M, JIMENEZ G, BURGOS C, DEL PORTILLO P, ROMERO RE & PATARROYO ME – Diagnosis of cutaneous tuberculosis by polymerase chain reaction using a species-specific gene. *Int J Dermatol*, 1996, 35, 185-188.
- FARINA MC, GEGUNDEZ MI, PIQUE E, ESTEBAN J, MARTIN L et al. – Cutaneous tuberculosis: a clinical histopathologic and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol*, 1995, 33, 433-440.
- IBORRA C, CAMBAU E, LECOMTE C, GROSSET J, BRICAIRE F & CAUMES E – Tuberculose cutanée : Etude de 4 cas. *Ann Dermatol Vénérol*, 1997, 124, 139-143.
- IZUMI AK & MATSUNAGA J – BCG vaccine-induced lupus vulgaris. *Arch Dermatol*, 1982, 118, 171-172.
- KAKAKHEL KU & FRITSCH P – Cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol*, 1989, 28, 355-362.
- LANGUILLON J – Immunologie de la lèpre. In: LANGUILLON J *Précis de léprologie*. Masson, 1986, 34-47.
- LASSALE C, LEMERLE GRUSON S, BERNAUDIN F, DE LA ROCQUE F, REVUZ J & REINERT P – Facial lupus vulgaris caused by BCG. *Arch Fr Pédiatr*, 1983, 40, 643-644.
- MARCOVAL J, SERVITJE O, MORENO A, JUCGLA A & PEYRI J – Lupus vulgaris. *J Am Acad Dermatol*, 1992, 26, 404-407.
- SAVIN JA & WILKINSON DS – Mycobacterial infections including tuberculosis. In: ROOK A, WILKINSON DS & EBLING FJD (Eds), *Textbook of dermatology*. 5<sup>th</sup> ed Oxford: Blackwell Scientific Publication, 1992, pp. 1034-1057.
- SHAH GV, DESAI SB, MALDE HM & NAIK G – Tuberculosis of sphenoidal sinus: C.T. findings (letter). *Am J Roentgenol*, 1993, 161, 681-682.
- TAN HH & SEOW CS – A review of cutaneous granulomas and lupus vulgaris following BCG vaccination in a skin hospital in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 2002, 31, 663-665.
- VITTORI F & GROSSELAFFEIGE C – Tuberculosis lupus after BCG vaccination. A rare complication of the vaccination. *Arch Pédiatr*, 1996, 3, 457-459.
- WARIN AP & WILSON-JONES E – Cutaneous tuberculosis of the nose with unusual clinical and histological features leading to a delay in the diagnosis. *Clin Exp Dermatol*, 1997, 2, 235-242.
- WOZNIACKA A, SCHWARTZ RA, SYSA-JEDRZEJOWSKA A, BORUN M & ARKUSZEWSKA C – Lupus vulgaris: report of two cases. *Int J Dermatol*, 2005, 44, 299-301.