Mycobactérioses cutanées

Tuberculose cutanée · BCGites · Lèpre

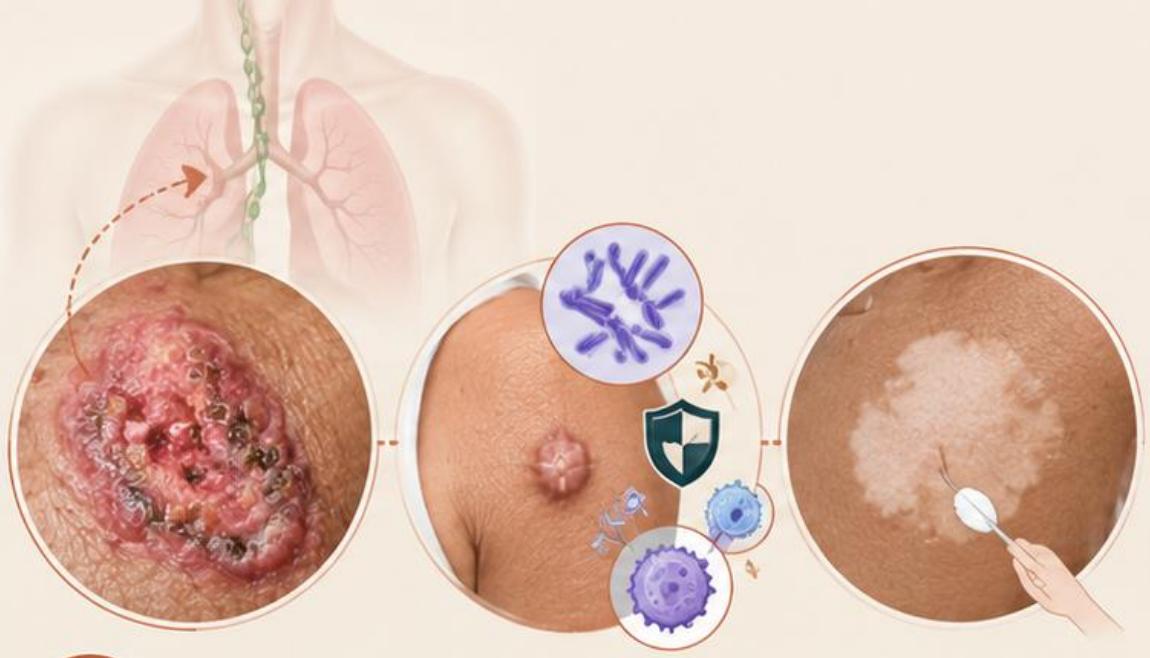


Pr Ahmed Bouhamidi — Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech

Cours magistral · 3e année de médecine

Objectifs pédagogiques

1. **Connaître** les mycobactéries en cause et leurs particularités
2. **Reconnaître** les principales formes de tuberculose cutanée et les tuberculides
3. **Confirmer** le diagnostic : histologie, PCR, culture, tests immunologiques
4. **Connaître** le traitement antituberculeux et ses règles
5. **Reconnaître** les complications locales, régionales et disséminées du BCG
6. **Diagnostiquer** une lèpre et la classer (OMS, Ridley-Jopling)
7. **Connaître** la polychimiothérapie, les réactions lépreuses et la prévention



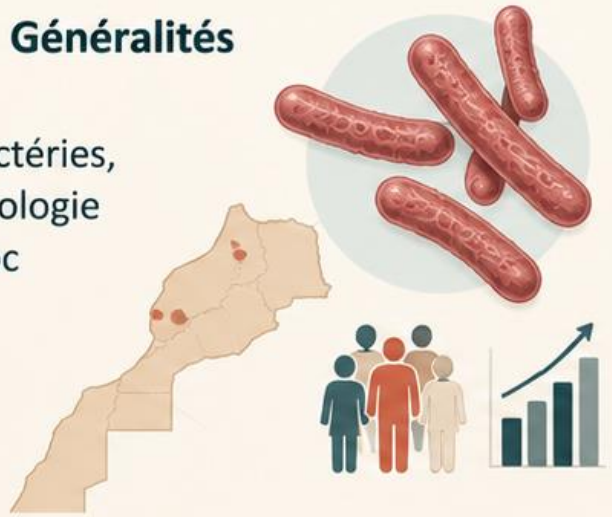
Trois idées

- TB cutanée : chercher une atteinte viscérale.
- **BCGite disséminée :** déficit immunitaire.
- **Tache anesthésique :** lèpre.

Plan du cours

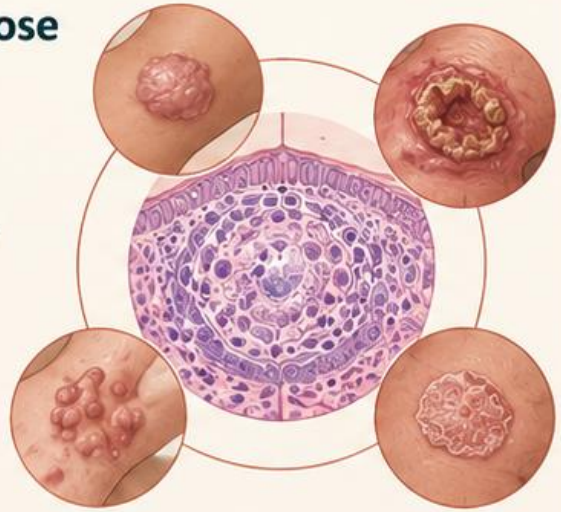
1 | Généralités

Mycobactéries, épidémiologie au Maroc



2 Tuberculose cutanée

Classification, formes cliniques, tuberculides, diagnostic, traitement



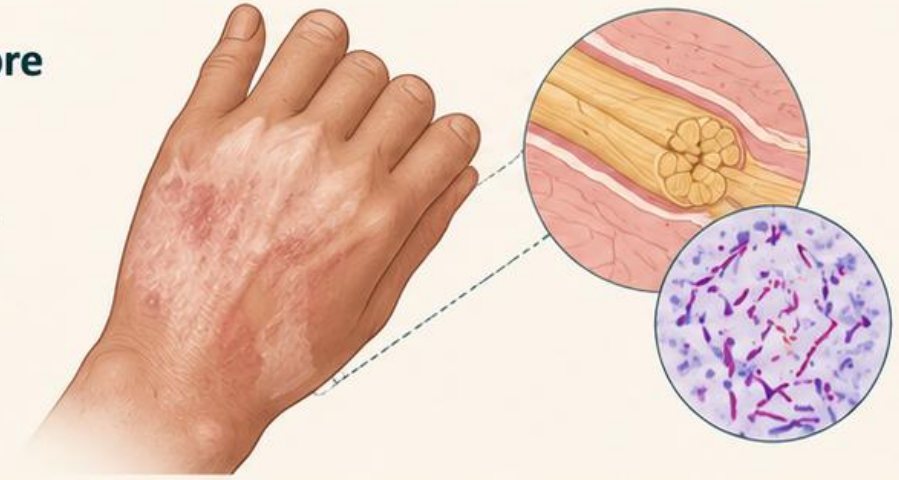
3 | BCGites

Réactions normales, complications, terrain immunodéprimé



4 | Lèpre

Clinique, classification, diagnostic, réactions, traitement, prévention



5 | Cas et synthèse

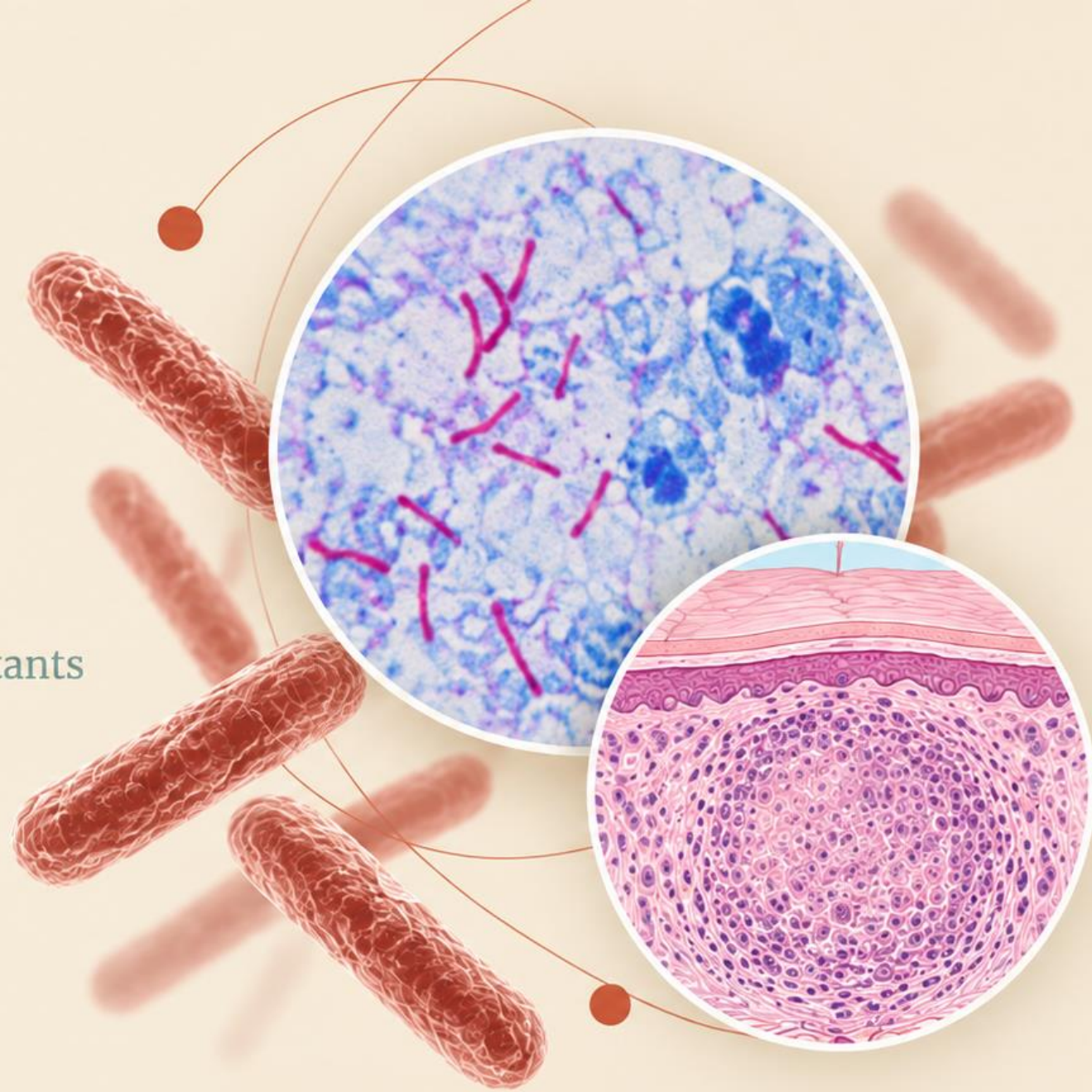
Cas cliniques, QCM, messages clés



1

Généralités

Des bacilles acido-alcoolo-résistants



Les mycobactéries en cause

Mycobactérie	Maladie cutanée	Particularités
Mycobacterium tuberculosis (complexe)	Tuberculose cutanée, tuberculides	Croissance lente (culture en plusieurs semaines)
M. bovis BCG (souche vaccinale atténuée)	BCGites	Naturellement résistante au pyrazinamide
Mycobacterium leprae	Lèpre	Non cultivable in vitro ; tropisme pour la peau et les nerfs périphériques
Mycobactéries atypiques (M. marinum...)	Granulome des aquariums, infections post-traumatiques	Environnement, eau ; diagnostic différentiel



Le contexte marocain



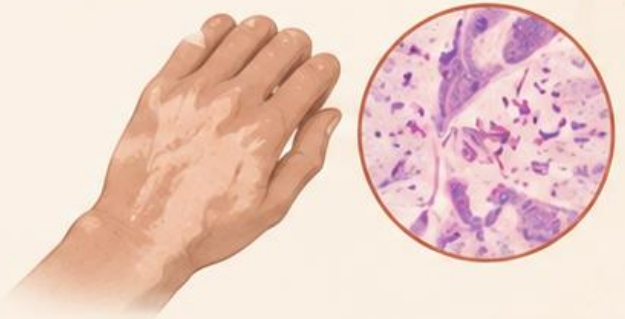
98

cas de tuberculose / 100 000 habitants en 2024 (OMS 2025)



≈ 33 000

cas de tuberculose déclarés en 2024



≈ 26

nouveaux cas de lèpre par an (moyenne 2013–2017)

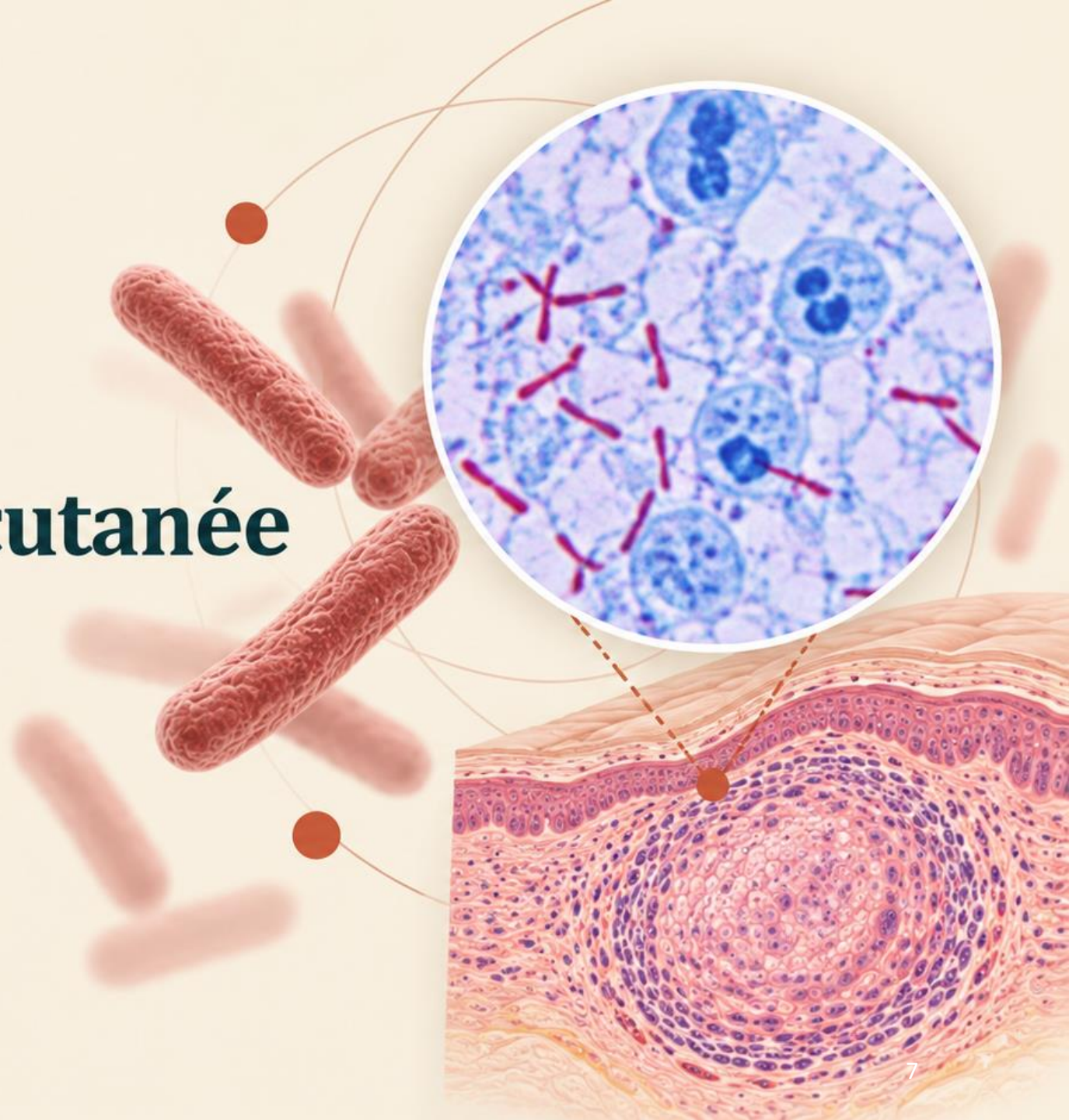
- **BCG :** administré à la naissance (programme national d'immunisation)
- **Lèpre :** chimioprophylaxie des contacts par rifampicine dose unique depuis 2012 ; objectif d'élimination en 2030

Sources : OMS, Global Tuberculosis Report 2025 ; données du ministère de la Santé rapportées en 2018 (lèpre)

2

Tuberculose cutanée

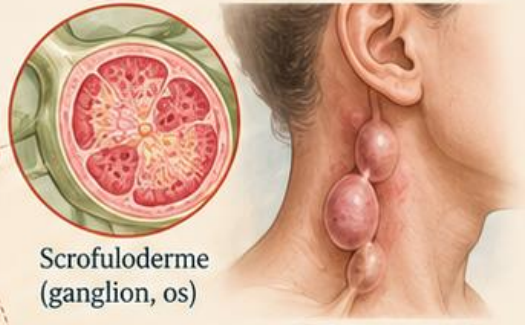
Un grand simulateur



Classification selon le mode de contamination

Voie	Formes cliniques	Statut immunitaire
 **Exogène (inoculation directe)**	Chancre tuberculeux (primo-infection) ; tuberculose verruqueuse (réinfection)	Non immun / immun
 **Endogène par contiguïté**	Scrofuloderme (ganglion, os) ; tuberculose orificielle	Immunité faible
 **Endogène hématogène**	Lupus tuberculeux ; gommes (abcès froids) ; tuberculose miliaire aiguë	Immunité variable à très faible
 **Tuberculides (réaction immunitaire)**	Érythème induré de Bazin ; tuberculides papulonécrotiques ; lichen scrofulosorum	Immunité forte ; bacilles absents ou rares


Chancre tuberculeux (primo-infection)


Scrofuloderme (ganglion, os)


Dissémination hématogène (miliaire)


Tuberculide (Érythème induré de Bazin)

Scrofuloderme et lupus tuberculeux

Scrofuloderme

- Forme la plus fréquente dans de nombreuses séries
- Extension cutanée d'un ganglion (cervical) ou d'un foyer osseux
- Nodule ferme puis ramolli, fistulisé, écoulement caséeux
- Cicatrices rétractiles, en pont ; enfant et adulte jeune





Lupus tuberculeux (lupus vulgaris)

- Forme chronique, sujet immun ; visage surtout
- Plaque rouge-brun d'extension lente
- Vitropression : nodules « gelée de pomme » (lupomes)
- Évolution cicatricielle, mutilante ; risque de carcinome épidermoïde





Autres formes de tuberculose cutanée

Tuberculose verruqueuse

Plaque verruqueuse des mains ou des pieds, après inoculation chez un sujet immun (bouchers, personnel de laboratoire)



Chancre tuberculeux

Ulcération indolore au point d'inoculation + adénopathie satellite ; sujet non immun



Gommes (abcès froids)

Nodules sous-cutanés indolores, fistulisés ; dissémination hématogène



Formes de l'immunodéprimé

Tuberculose miliaire cutanée, orificielle ; pronostic grave, multibacillaires



Les tuberculides

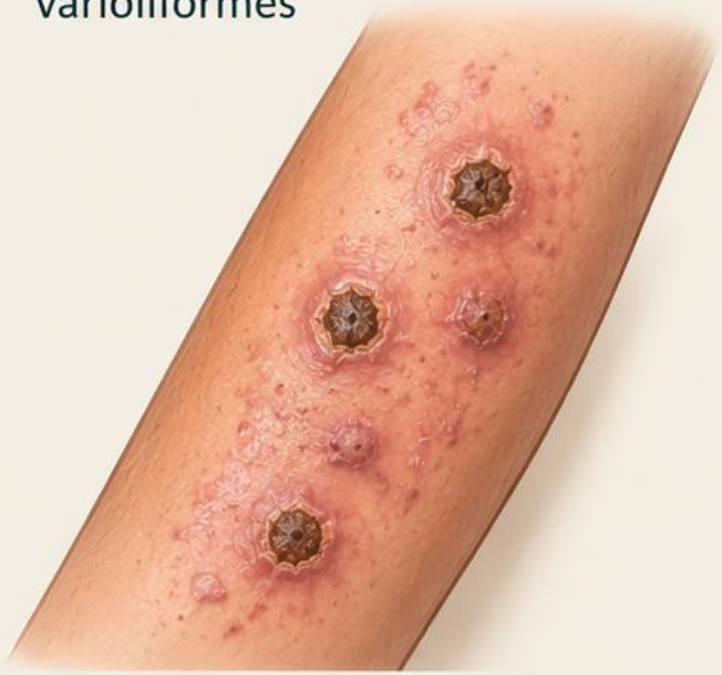
Érythème induré de Bazin

Nodules des mollets, femme jeune, ulcération possible ; vascularite nodulaire ; tests immunologiques fortement positifs



Tuberculides papulonécrotiques

Papules nécrotiques des membres, évoluant en cicatrices varioliformes



Lichen scrofulosorum

Petites papules lichénoïdes groupées du tronc, enfant

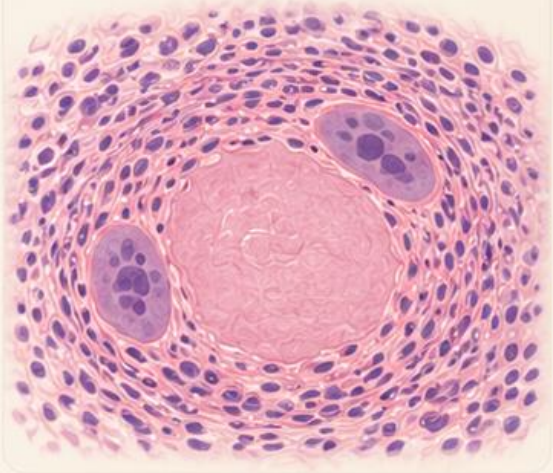


Bacilles absents ou rares : diagnostic sur l'histologie, l'IDR ou l'IGRA fortement positifs, la recherche d'un foyer et la réponse au traitement.

Confirmer une tuberculose cutanée

Histologie

Granulome épithélioïde et gigantocellulaire, nécrose caséeuse



Bactériologie

Ziehl-Neelsen (souvent négatif), culture (plusieurs semaines) avec antibiogramme



Biologie moléculaire

PCR, test GeneXpert : détection et résistance à la rifampicine



Tests immunologiques

IDR à la tuberculine, IGRA (QuantiFERON) : arguments, sans valeur absolue

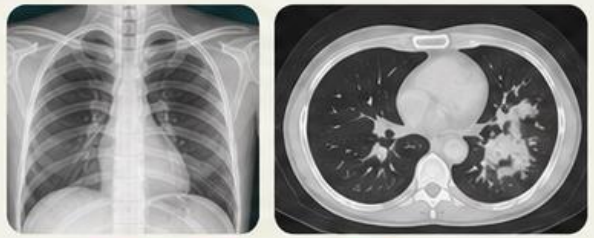


Biopsie en double : anatomopathologie ET bactériologie (milieu non formolé). Rechercher toujours une localisation pulmonaire ou viscérale associée.

Bilan et diagnostics différentiels

Bilan d'extension

- Radiographie thoracique ; scanner selon le contexte



- Recherche de BK dans les crachats si signes respiratoires



- Échographie ganglionnaire, imagerie osseuse si scrofuloderme



- Sérologie VIH systématique

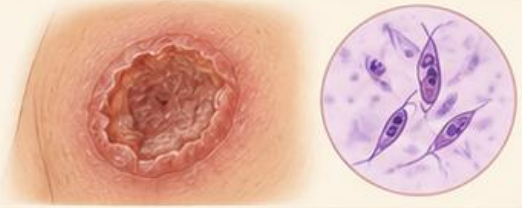


- Bilan pré-thérapeutique : hépatique, rénal, acuité visuelle



Diagnostics différentiels

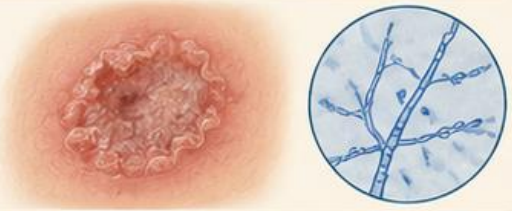
- **Leishmaniose cutanée** (fréquente au Maroc)



- **Sarcoïdose** (granulome sans nécrose)



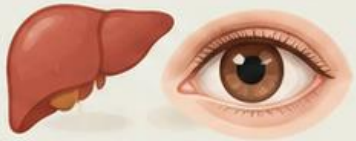
- **Mycobactéries atypiques, mycoses profondes**



- **Lupus érythémateux, carcinome, lèpre**



Traitement de la tuberculose cutanée

Phase	Médicaments	Durée
Phase intensive 	Isoniazide (H) + rifampicine (R) + pyrazinamide (Z) + éthambutol (E)	2 mois 
Phase de continuation	Isoniazide + rifampicine	4 mois 
Ensemble	Schéma 2 HRZE / 4 HR, doses selon le poids (associations à doses fixes)	6 mois (plus pour certaines formes osseuses) 
Surveillance 	Bilan hépatique, acuité et vision des couleurs (éthambutol), observance	Tout au long du traitement

Déclaration obligatoire ; traitement gratuit dans le cadre du programme national de lutte antituberculeuse.

3

BCGites

Les complications du vaccin BCG



Le BCG : réaction normale ou complication ?

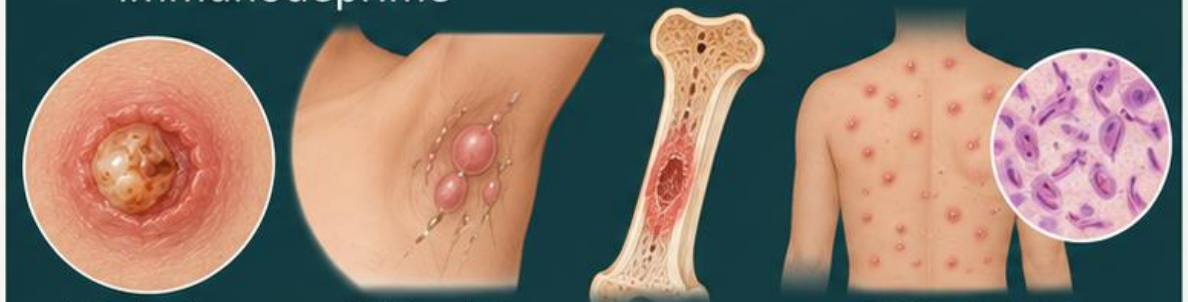
Évolution normale

- Injection intradermique, face externe du bras
- Papule puis pustule en 2 à 6 semaines
- Ulcération superficielle, croûte
- Cicatrice déprimée de quelques millimètres en 2 à 3 mois



Complications

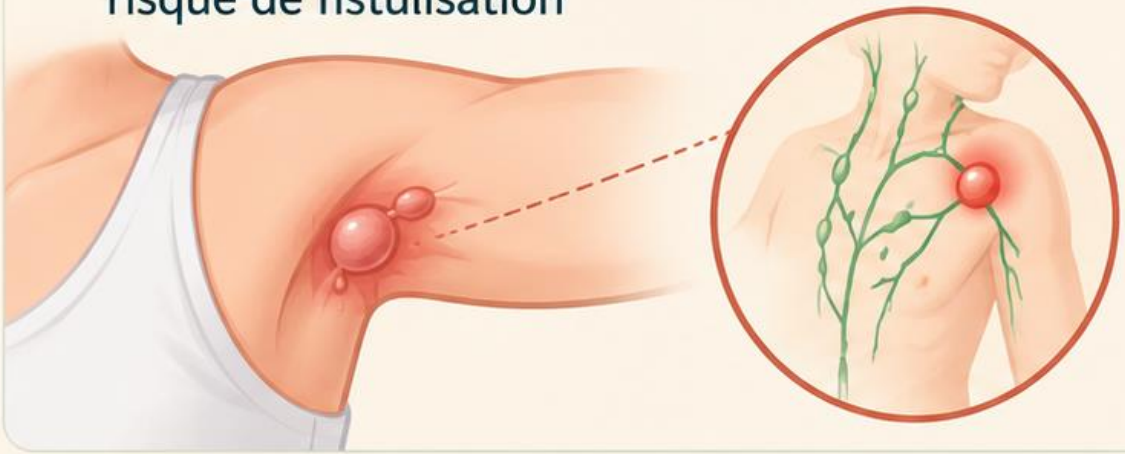
- Locales : abcès, ulcération étendue ou persistante, chéloïde
- Régionales : adénite axillaire, non suppurée ou suppurée
- Rares : ostéite, lupus tuberculeux post-BCG
- Disséminées (BCGite généralisée) : terrain immunodéprimé



L’adénite post-BCG

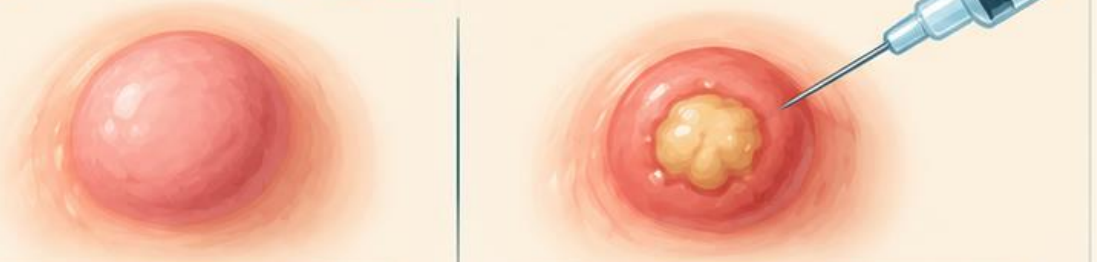
Clinique

- Adénopathie axillaire homolatérale, parfois sus-claviculaire
- Dans les mois suivant la vaccination
- Non suppurée : ferme, indolore, sans signe inflammatoire
- Suppurée : fluctuante, peau en regard rouge, risque de fistulisation



Prise en charge (Cochrane 2022)

- Non suppurée : surveillance ; régression spontanée en 4 à 6 mois le plus souvent
- Suppurée : ponction à l’aiguille, la mieux étayée
- Antibiotiques oraux : bénéfice non démontré
- Exérèse chirurgicale : formes fistulisées ou récidivantes



Adénite ferme (non suppurée)

Adénite fluctuante (suppurée)

La BCGite disséminée : un signal d'alarme

Terrain

- Déficits immunitaires combinés sévères
- Granulomatose septique chronique
- Susceptibilité mendélienne aux infections mycobactériennes (axe IL-12/IFN-γ)
- Infection par le VIH
- Consanguinité parentale : facteur de risque des déficits héréditaires



Conduite à tenir

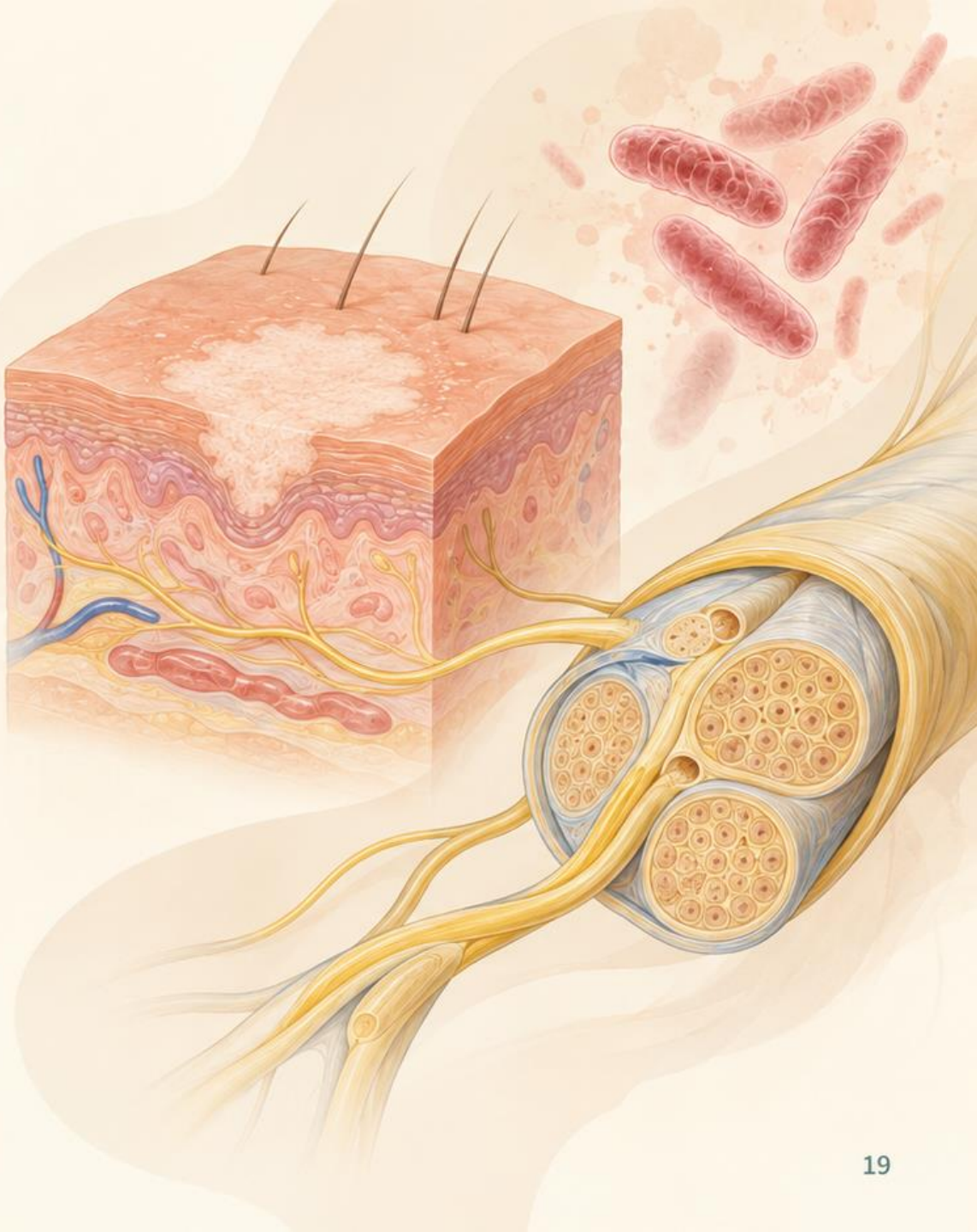
- Fièvre, adénopathies multiples, hépatosplénomégalie, lésions cutanées, ostéites
- Hospitalisation, avis d'immunologie pédiatrique
- Antituberculeux sans pyrazinamide (BCG naturellement résistant)
- Bilan immunitaire ; enquête familiale ; contre-indication des vaccins vivants



4

La lèpre

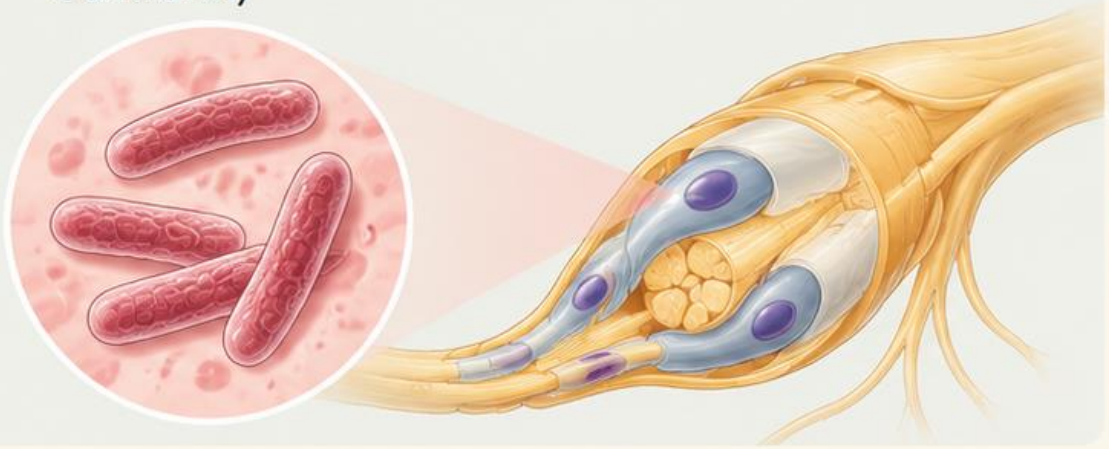
Une maladie de la peau et des nerfs



La lèpre : généralités

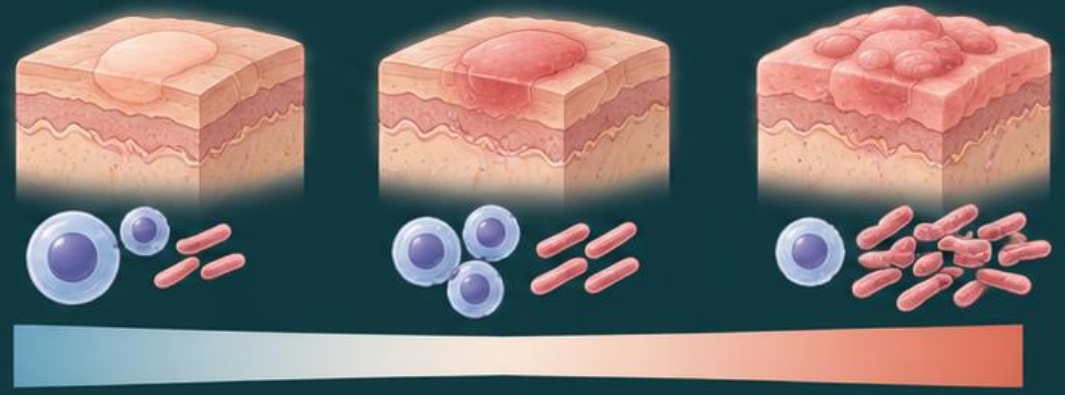
Agent et transmission

- Mycobacterium leprae (bacille de Hansen)
- Transmission par les sécrétions respiratoires, contacts étroits et prolongés
- Faible contagiosité ; incubation longue (plusieurs années)
- Tropisme : peau, nerfs périphériques (cellules de Schwann)



Spectre immunologique

- Forte immunité cellulaire : forme tuberculoïde, peu de bacilles
- Faible immunité : forme lépromateuse, très bacillifère
- Formes intermédiaires (borderline) instables
- La forme clinique reflète la réponse immunitaire de l'hôte



Classifications de la lèpre

Ridley-Jopling	Clinique	Bacilles	OMS
Tuberculoïde (TT)	1 à 3 macules hypochromiques bien limitées, anesthésiques ; nerf hypertrophié	Absents	Paucibacillaire (PB)
Borderline tuberculoïde (BT)	Lésions plus nombreuses, satellites	Rares	PB ou MB
Borderline (BB)	Lésions annulaires « en emporte-pièce »	Présents	Multibacillaire (MB)
Borderline lépromateuse (BL)	Lésions nombreuses, asymétriques	Nombreux	MB
Lépromateuse (LL)	Infiltration diffuse, lépromes, facies léonin, madarose	Très nombreux	MB



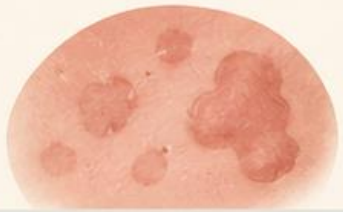
Tuberculoïde (TT)



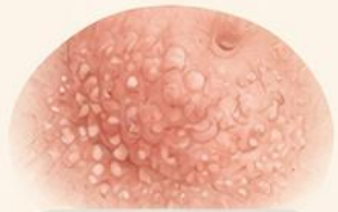
Borderline tuberculoïde (BT)



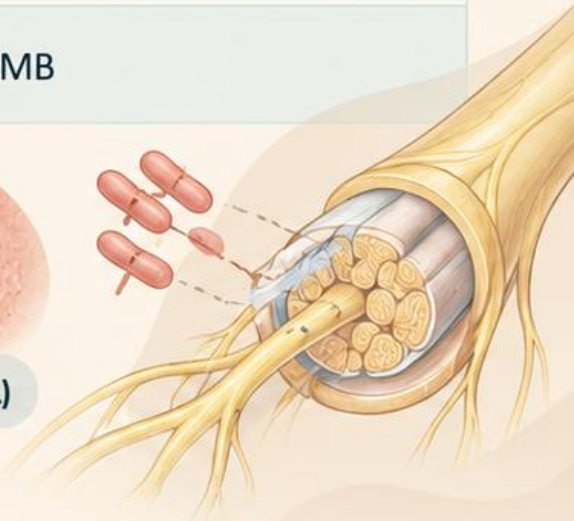
Borderline (BB)



Borderline lépromateuse (BL)



Lépromateuse (LL)

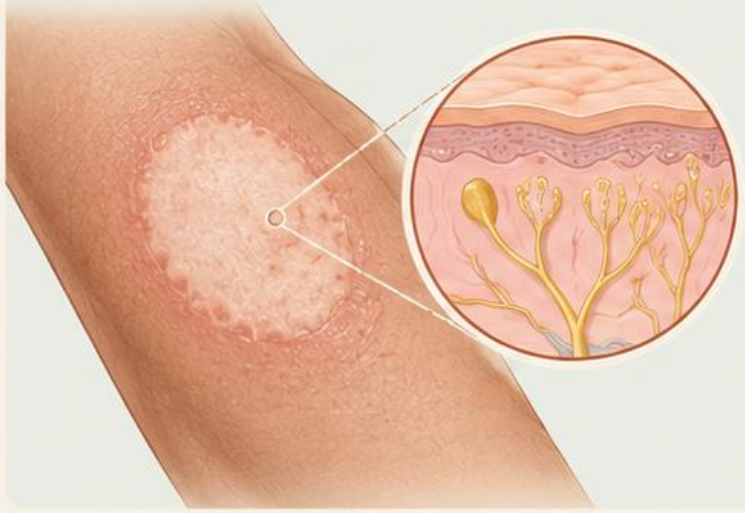


OMS : paucibacillaire = 1 à 5 lésions cutanées et bacilloscopie négative ; multibacillaire = plus de 5 lésions, ou atteinte nerveuse, ou bacilles présents.

Diagnostic de la lèpre (critères cardinaux OMS)

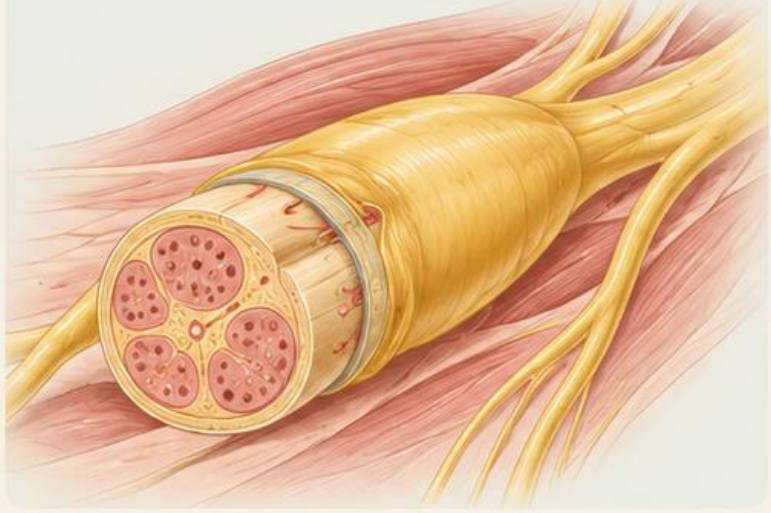
Lésion cutanée anesthésique

Tache hypochromique ou érythémateuse avec perte de la sensibilité (thermique, tactile, douloureuse)



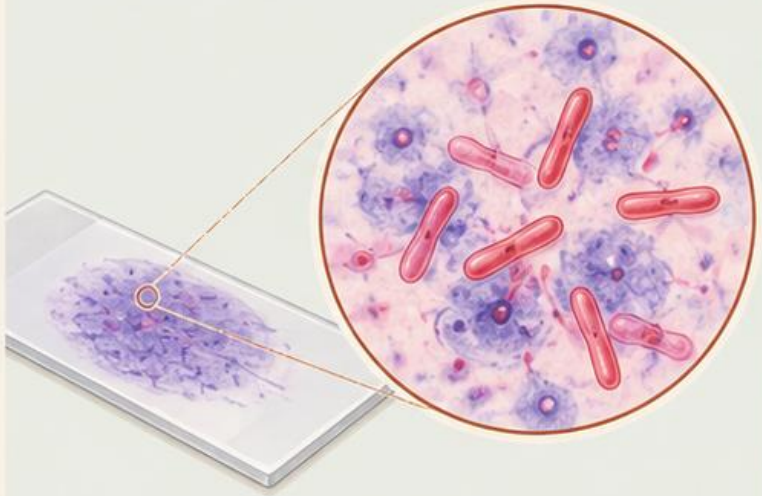
Nerf hypertrophié

Nerf périphérique épaissi (cubital, sciatique poplité externe, auriculaire) avec déficit sensitif



Bacilles au frottis

Bacilles acido-alcoolo-résistants au frottis cutané (lobe de l'oreille, lésion)

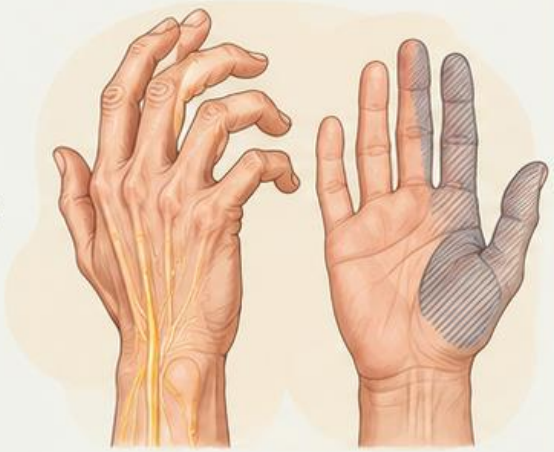


Un seul signe cardinal suffit. Biopsie (histologie, PCR) en complément ; examen neurologique systématique.

Atteinte nerveuse et complications

Mains

Atteinte du cubital et du médian : griffe, amyotrophie, perte de sensibilité, brûlures indolores



Pieds

Pied tombant (SPE), maux perforants plantaires, ostéites



Yeux

Lagophtalmie (nerf facial), anesthésie cornéenne, kératite, cécité

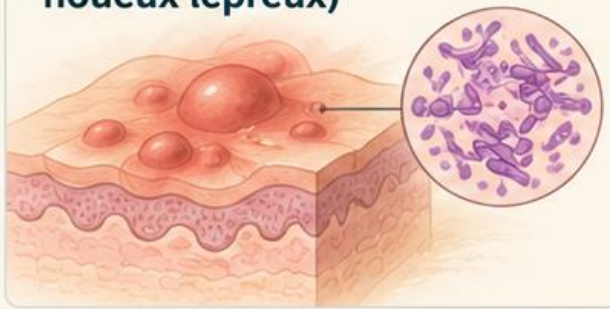


Retentissement

Infirmités, mutilations, stigmatisation, exclusion sociale



Les réactions lépreuses : des urgences

Type	Mécanisme	Clinique	Traitement
Réaction de type 1 (réversion) 	Hypersensibilité cellulaire ; formes borderline	Lésions anciennes inflammatoires, œdème ; névrite aiguë douloureuse	Corticothérapie générale (prednisone)
Réaction de type 2 (érythème noueux lépreux) 	Immuns complexes ; formes BL et LL	Nodules douloureux, fièvre, névrite, iritis, orchite, arthrites	Corticoïdes, thalidomide, clofazimine

Ne pas interrompre la polychimiothérapie pendant une réaction. Thalidomide : tératogène, contraception obligatoire.

Traitement et prévention (OMS 2018)

Polychimiothérapie

- Trithérapie pour tous : rifampicine + dapsone + clofazimine
- Paucibacillaire : 6 mois
- Multibacillaire : 12 mois
- Gratuité (OMS) ; observance, recherche d'effets indésirables
- Résistance à la rifampicine : schémas de 2e ligne spécialisés



Prévention et suivi

- Dépistage des contacts
- Rifampicine en dose unique pour les contacts (adultes, enfants > 2 ans)
- Prévention des infirmités : autoexamen, protection des mains et des pieds
- Lutte contre la stigmatisation ; déclaration

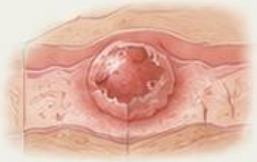


Dix messages clés

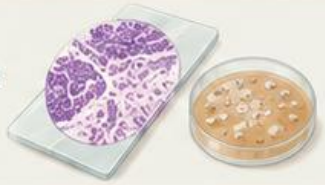
1. Maroc : 98 cas de tuberculose / 100 000 hab. (2024)



2. TB cutanée : scrofuloderme et lupus tuberculeux fréquents



3. Biopsie en double : histologie ET bactériologie (culture, PCR)



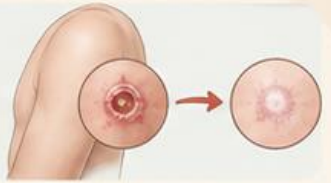
4. Toujours rechercher une localisation viscérale ; sérologie VIH



5. Traitement : 2 HRZE / 4 HR, 6 mois ; déclaration



6. BCG : ulcération puis cicatrice = évolution normale



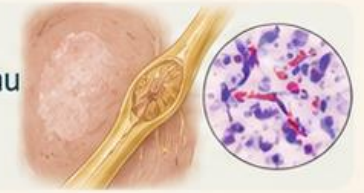
7. Adénite post-BCG suppurée : ponction ; BCG résistant au pyrazinamide



8. BCGite disséminée : rechercher un déficit immunitaire



9. Lèpre : tache anesthésique, nerf épaissi, bacilles au frottis



10. OMS : rifampicine-dapsone-clofazimine, 6 ou 12 mois ; dose unique pour les contacts



Bibliographie



1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: WHO; 2025.

2. World Health Organization. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018.

3. Cuello-García CA, Pérez-Gaxiola G, Jiménez Gutiérrez C. Treating BCG-induced disease in children. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(4):CD008300.

4. Programme marocain de chimioprophylaxie de la lèpre par rifampicine dose unique : données du ministère de la Santé 2000–2017 (rapportées par Pourquoi Docteur, décembre 2018).

5. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1966;34(3):255-273.

6. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment. Geneva: WHO (édition en vigueur).