

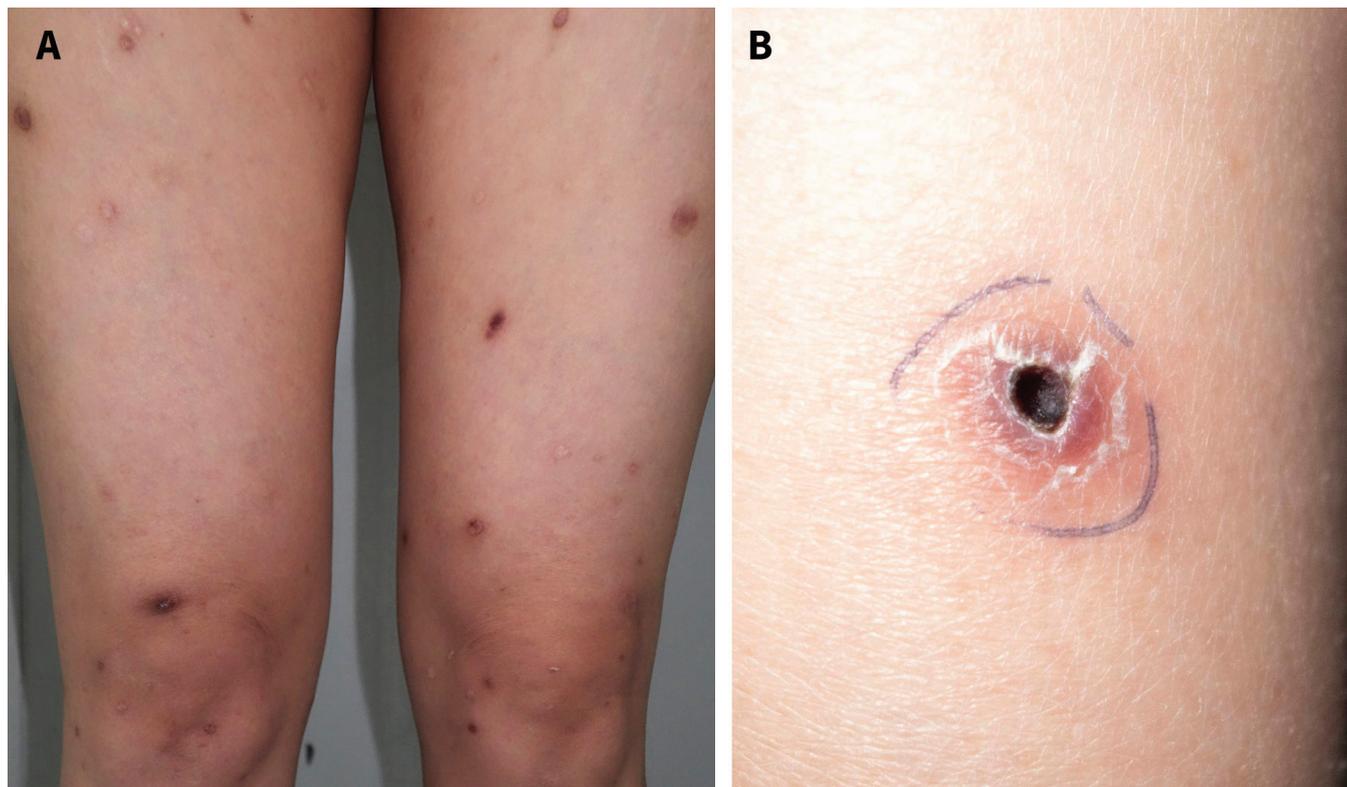
# Tuberculide papulonécrotique

Li-wen Zhang MD, Juan Wu MD, Tao Chen MD PhD

■ CMAJ 2024 April 22;196:E539-40. doi : 10.1503/cmaj.231460-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2024 February 12;196:E158. doi : 10.1503/cmaj.231460

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231460](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231460)



**Figure 1 :** (A) Multiples lésions papulonodulaires et papulopustuleuses rouges violacées avec nécrose et croûtes sur les extrémités d'une femme de 48 ans, avec évolution vers des (B) cicatrices varioliformes avec dépression atrophique.

Une femme de 48 ans s'est présentée à une clinique externe de Chengdu (Chine) avec des antécédents de 6 ans de lésions récurrentes au torse et aux extrémités. Les lésions se présentaient d'abord sous forme de papules et de pustules rouges violacées mesurant de 2 à 10 mm, qui devenaient ensuite nécrotiques et formaient des croûtes, avec résorption spontanée dans les 4 semaines suivantes, laissant derrière des cicatrices varioliformes avec dépression atrophique (figure 1). La récurrence des lésions était irrégulière et ne s'accompagnait ni de prurit ni de douleur. La patiente a dit n'avoir connu aucune perte de poids, toux chronique ni fièvre. Une biopsie cutanée d'une des lésions a révélé une vascularite lymphocytaire associée à une nécrose fibrinoïde et à une occlusion thrombotique des vaisseaux indivi-

duels (annexe 1, figure supplémentaire, accessible au [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231460/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.231460/tab-related-content)). Afin d'exclure les dermatoses infectieuses, nous avons soumis des prélèvements des lésions à une recherche de bacilles acido-alcool-résistants et à un séquençage métagénomique de nouvelle génération, qui se sont tous deux avérés négatifs. Compte tenu des estimations de l'incidence locale de la tuberculose (52 cas par 100 000 habitants), nous avons effectué une tomodensitométrie thoracique, qui a révélé des nodules calcifiés multifocaux dans les 2 poumons, évoquant des antécédents de tuberculose pulmonaire. Le test de libération de l'interféron  $\gamma$  pour la détection de *Mycobacterium tuberculosis* était positif, ce qui nous a permis de confirmer une tuberculose latente. Nous

avons donc diagnostiqué une tuberculide papulonécrotique et entrepris un schéma thérapeutique de 6 mois, soit 2 mois d'isoniazide, de rifampicine, de pyrazinamide et d'éthambutol, suivis de 4 mois d'isoniazide et de rifampicine. La patiente n'avait plus de nouvelles lésions après 2 mois et était complètement rétablie après 6 mois.

La tuberculose cutanée peut se présenter sous forme de véritable tuberculose ou de tuberculides. Les tuberculides sont des réactions d'hypersensibilité à des antigènes mycobactériens avec peu d'inclusions intralésionnelles de mycobactéries<sup>1</sup>. Les tuberculides sont une réponse immunologique à la présence de formes dégénérées de *M. tuberculosis* ou de fragments d'antigènes provenant d'un foyer tuberculeux occulte ou inapparent ailleurs dans l'organisme<sup>2</sup>. Quant aux tuberculides papulonécrotiques, il s'agit d'une forme peu courante de tuberculide qui touche principalement les personnes jeunes et immunocompétentes<sup>1,2</sup>. L'histopathologie est essentielle au diagnostic : les signes typiques sont la vascularite, les occlusions vasculaires avec nécrose fibrinoïde et la présence de nécrose du derme supérieur en forme de coin sans granulomes tuberculoïdes<sup>2,3</sup>. Même lorsqu'on soupçonne une tuberculide papulonécrotique, le diagnostic peut être difficile, puisque la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants dans les lésions est généralement négative et que le taux de positivité du test de dépistage de *M. tuberculosis* par réaction en chaîne par polymérase est faible<sup>2</sup>. Parmi les signes diagnostiques utiles, mentionnons des signes d'une infection tuberculeuse actuelle ou passée, un résultat fortement positif au test cutané à la tuberculine et un résultat positif au test de libération de l'interféron  $\gamma$  pour la détec-

tion de *M. tuberculosis*. En général, les tuberculides papulonécrotiques sont sensibles au traitement antituberculeux classique<sup>2,3</sup>.

## Références

1. Kaul S, Kaur I, Mehta S, et al. Cutaneous tuberculosis. Part I: Pathogenesis, classification, and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2023;89:1091-103.
2. Palaniappan V, Sadhasivamohan A, Karthikeyan K. Papulonecrotic tuberculid. *Clin Exp Dermatol* 2022;47:1820-8.
3. Kaul S, Jakhar D, Mehta S, et al. Cutaneous tuberculosis. Part II: Complications, diagnostic workup, histopathological features, and treatment. *J Am Acad Dermatol* 2023;89:1107-19.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

**Affiliations :** Département de dermatovénérologie (Zhang, Chen), Hôpital du peuple numéro 2 de Chengdu, Sichuan, Chine; Institut des maladies transmissibles sexuellement (Wu), Hôpital des maladies de la peau de Shanghai, École de médecine, Université Tongji, Shanghai, Chine.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Tao Chen, 13980427003@163.com