



Cas clinique

La tuberculose cutanée à l'hôpital Militaire de Garoua : à propos de deux cas

Cutaneous tuberculosis at the Garoua Military Hospital: About two cases

AL Ntyo'o-Nkoumou*^{1,2}, G Wamba³, M Ngah Komo^{1,4}, G Nkoro^{1,5}, M Endale^{6,7}, C Iroumé^{1,8}, T Zo'obo³,
EA Kouotou^{1,9}

Résumé

Nous rapportons une série de deux cas de tuberculose cutanée présentée sous la forme de scrofuloderme.

Il s'agissait de deux patientes âgées de 19 et 25 ans qui avaient consulté pour des tuméfactions cervicales et axillaires plus ou moins douloureuses évoluant depuis au moins 04 mois. Ces lésions avaient été traitées comme des abcès chauds sans amélioration. L'examen physique révélait des lésions cutanées ulcéro-nodulaires de siège axillaire et cervical avec présence de caséum dans l'un des cas. La sérologie VIH était négative. Les radiographies thoraciques étaient normales. La biopsie cutanée n'avait pas été réalisée. La recherche du bacille tuberculeux dans les sécrétions par l'utilisation du test Xpert MTB/RIF était positive. Le protocole de traitement antituberculeux standard des nouveaux cas avait été initié. Il comprenait une phase intensive de 02 mois associant sous forme combinée la Rifampicine 150 mg, l'Isoniazide 75 mg, l'Ethambutol 275 mg, Pyrazinamide 400 mg et une phase de continuation

de 04 mois associant Rifampicine 150 mg et Isoniazide 75mg. L'évolution clinique était favorable sous traitement.

Mots-clés : Scrofuloderme- Ulcérations - Chroniques – Test Xpert MTB/RIF.

Abstract

We report a series of two cases of cutaneous tuberculosis presenting as scrofuloderma. The patients were two females aged 19 and 25 years who consulted for cervical and axillary swellings, more or less painful, evolving for at least 4 months. These lesions had been treated as hot abscesses without improvement. Physical examination revealed ulceronodular skin lesions in the axillary and cervical regions, with caseous material present in one case. HIV serology was negative. Chest X-rays were normal. Skin biopsy was not performed. Detection of tubercle bacilli in secretions using the Xpert MTB/RIF test was positive. The standard antituberculosis treatment protocol for new cases was initiated, consisting

of a 2-month intensive phase with a fixed-dose combination of Rifampicin 150 mg, Isoniazid 75 mg, Ethambutol 275 mg, Pyrazinamide 400 mg, followed by a 4-month continuation phase with Rifampicin 150 mg and Isoniazid 75 mg. Clinical outcome was favorable under treatment.

Keywords: Scrofuloderma – Ulcerations – Chronic – Xpert MTB/RIF test.

Introduction

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique en Afrique sub-saharienne. L'atteinte cutanée est décrite comme rare et ne représenterait que 2,1% des localisations extra-pulmonaires (1). La tuberculose cutanée se caractérise par un polymorphisme clinique pouvant être responsable d'une errance diagnostique avec retard de prise en charge (2,3). Le scrofuloderme représente, une des formes cliniques de tuberculose cutanée. Nous rapportons deux observations de scrofuloderme à localisation cervicale et axillaire. L'objectif de notre travail est de rappeler la présentation clinique typique du scrofuloderme.

Cas cliniques

Cas n°1

Il s'agissait d'une patiente de 25 ans, sans antécédent contributif, qui avait consulté pour des lésions ulcérées, à localisation cervicale, et axillaire droite. L'anamnèse révélait des tuméfactions cervicales et axillaires douloureuses évoluant depuis six mois dans un contexte de fièvre vespérale et nocturne, sans perte pondérale. Il n'y avait pas de contact tuberculeux, ni de signes extra cutanés. Ses paramètres vitaux étaient normaux. L'examen physique retrouvait des multiples ulcères, à localisation cervicale en collier, de taille variable, à contours nets, douloureux, de base indurée, à fond purulent (figure 1). Il s'y associait des adénopathies axillaires droites fistulisées avec émission de caséum (figure 2).

La recherche du *Mycobacterium tuberculosis* par biologie moléculaire (test Xpert MTB/RIF) dans le caséum était positive avec sensibilité à la Rifampicine. La sérologie VIH était négative. La radiographie du thorax était normale. La biopsie des lésions n'avait pas été réalisée faute de moyens financiers.

Devant les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques, le diagnostic de scrofuloderme a été posé. Elle a été mise sous protocole de traitement antituberculeux des nouveaux cas en ambulatoire comprenant : deux mois de quadrithérapie combinée en comprimés associant la Rifampicine 150 mg, l'Isoniazide 75 mg, l'Ethambutol 275 mg et la Pyrazinamide 400 mg (protocole RHEZ) et quatre mois de bithérapie combinée associant la Rifampicine 150 mg et l'Isoniazide 75 mg (protocole RH) (4).

L'évolution était marquée par la disparition progressive des lésions cutanées, laissant place à des cicatrices rétractiles (Figure 3 et 4). Le traitement était déclaré terminé au sixième mois.

Cas n°2

Il s'agissait d'une patiente de 19 ans, sans antécédent de contact tuberculeux, qui a consulté pour un écoulement purulent axillaire gauche. L'anamnèse rapportait, l'apparition spontanée d'une tuméfaction axillaire douloureuse évoluant depuis 4 mois, et augmentant progressivement en volume, dans un contexte de fièvre non chiffrée. Il n'y avait pas de signes fonctionnels respiratoires. Elle a été prise en charge initialement, dans un centre de santé comme un abcès chaud ; par incision et parage de la tuméfaction associée à une antibiothérapie empirique. L'évolution était marquée par l'absence de cicatrisation des lésions. Elle a été référée au service de dermatologie de l'hôpital militaire de Garoua pour une meilleure prise en charge. A l'examen physique, les constantes étaient normales, l'état général était conservé. L'examen dermatologique avait révélé des lésions ulcéro-nodulaires douloureuses de localisation axillaire gauche, et de contours nets. Il n'y avait aucun écoulement (figure 5). La biopsie cutanée a été prescrite, mais non réalisée par défaut de moyens

financiers. La radiographie thoracique à la recherche d'une lésion évocatrice de tuberculose était normale. La sérologie VIH était négative.

Devant de la présentation clinique, la chronicité des lésions, l'errance diagnostique et thérapeutique, nous avons évoqué le diagnostic de tuberculose cutanée forme scrofuloderme. Un traitement antituberculeux a été initié en ambulatoire selon le schéma thérapeutique suivant: deux mois de quadrithérapie combinée en comprimés associant RHEZ (Rifampicine 150 mg-Isoniazide 75mg - Ethambutol 275 mg - Pyrazinamide 400mg) et quatre mois de bithérapie combinée RH (Rifampicine 150 mg-Isoniazide 75 mg)(4). A l'issue de six mois de traitement, l'évolution était marquée par une cicatrisation complète des lésions (figure 6).



Figure 3 : Localisation cervicale à la fin du traitement (observation 1).



Figure 4: Localisation axillaire droite à la fin du traitement (observation 1).



Figure 1 : Localisation cervicale avant le début du traitement antituberculeux (observation 1).



Figure 2 : Localisation axillaire droite avant le début du traitement antituberculeux (observation 1).



Figure 5 : Localisation axillaire gauche avant le début du traitement (observation 2).



Figure 6 : localisation axillaire gauche à la fin du traitement (observation 2).

Discussion

Notre étude rapporte deux cas de scrofuloderme de localisation cervicale et axillaire chez deux jeunes femmes. Le scrofuloderme est une forme de tuberculose cutanée correspondant à l'extension à la peau d'un foyer tuberculeux sous-jacent (ganglionnaire ou ostéoarticulaire ou testiculaire) formant des abcès cutanés froids (5,6). Dans plusieurs études, le scrofuloderme représentait la forme la plus fréquente de tuberculose cutanée devant la forme ulcéreuse, la forme verruqueuse et le lupus tuberculeux (7,8). L'âge moyen de survenue de la tuberculose cutanée varie de 27 à 42 ans, selon les études réalisées au Mali, au Niger et au Brésil (7,9,10). Ce qui n'exclut pas des cas chez des patients plus jeunes comme dans nos observations.

Les localisations axillaires et cervicales sont décrites comme les plus fréquentes dans plusieurs études (7,10). La prédominance de ces localisations peut s'expliquer par la proximité avec la peau, des ganglions cervicaux et axillaires. Cependant, il n'est pas exclu de retrouver des localisations inguinales (9). Le scrofuloderme débute par un ou plusieurs nodules rouge-brun en regard d'un ganglion, d'un os, ou d'une articulation affectée. Ces derniers se fistulisent et les ulcères qui en résultent peuvent drainer des

matières aqueuses, purulentes ou caséuses (11). La présentation clinique dans nos observations s'accordait avec cette description. Ces lésions peuvent simuler plusieurs étiologies telles que : des abcès bactériens (abcès chauds), l'hidradénite suppurée, les mycobactérioses atypiques, la sporotrichose, la syphilis gommeuse, l'actinomycose et la lèpre (12). Cependant l'absence de réponse au traitement antibiotique empirique, la chronicité des lésions et la présence des signes d'imprégnation tuberculeuse peuvent orienter vers un scrofuloderme.

Les délais de consultation entre l'apparition des premiers signes cutanés, et le recours à une consultation étaient longs dans nos observations. Le constat était le même dans certaines études similaires réalisées au Mali, Cameroun et Niger (7-9). La biopsie cutanée des lésions n'a pas pu être réalisée dans notre série à cause des limites financières. Ce qui n'a pas été le cas de l'étude d'Ekambi *et al.*

Dans l'observation 1, la présence de lésions suintantes a permis de réaliser un écouvillonnage et la disponibilité du test Xpert MTB/RIF, de confirmer le diagnostic de tuberculose cutanée. Tandis que dans l'observation 2, le diagnostic était basé sur les arguments cliniques notamment l'absence de réponse aux antibiotiques empiriques, la chronicité des lésions, et le contexte d'endémie tuberculeuse. La bonne réponse au traitement antituberculeux complet a consolidé le diagnostic de scrofuloderme. Toutefois, il n'est pas recommandé de faire un traitement d'épreuve aux antituberculeux en cas de suspicion de scrofuloderme. La preuve bactériologique doit être recherchée autant que possible. Aucune autre localisation n'a été retrouvée dans les deux observations.

En Côte d'Ivoire, dans une série de dix cas de tuberculose cutanée, le test Xpert MTB/RIF avait un taux de positivité de 85,7% dans les sécrétions purulentes (13). Tandis que Chiali *et al* ont démontré que, la sensibilité du test Xpert MTB/RIF est faible par rapport à celle de la culture, et à celle de l'histologie dans le diagnostic de la tuberculose cutanée (14). Mais son avantage réside dans sa spécificité, et la rapidité d'obtention des résultats. L'utilisation du test

Xpert MTB/RIF dans notre étude était aussi justifiée par son accessibilité et sa disponibilité dans notre formation sanitaire. Cependant, la biopsie cutanée avec l'histologie reste l'examen idéal.

Les limites de notre étude portent sur l'absence de biopsies cutanées dans les deux cas, la présomption diagnostique dans le deuxième cas, et l'impossibilité de rechercher d'autres localisations. Toutefois, notre étude a permis de ressortir les aspects cliniques et thérapeutiques du scrofuloderme.

Conclusion

Notre série de cas rappelle la localisation préférentielle axillaire et cervicale du scrofuloderme. Il faut y penser devant des lésions cutanées ulcérées chroniques et des abcès froids rebelles au traitement antibiotique empirique survenant dans un contexte d'endémie tuberculeuse. Par ailleurs, le scrofuloderme pose également la problématique des séquelles inesthétiques chez deux jeunes femmes.

*Correspondance

Ntyo'o Nkoumou Arnaud Laurel

ntyoolaurel@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Avril 2026

- 1 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé, Cameroun.
- 2 : Service de Pneumologie, Hôpital Militaire de Région N°3, Garoua, Cameroun
- 3 : Service de Dermatologie, Hôpital Militaire de Région N°3, Garoua, Cameroun.
- 4 : Service de Pneumologie, Hôpital Jamot, Yaoundé, Cameroun
- 5 : Service de Dermatologie, Hôpital Gynéco-obstétrique, Yaoundé, Cameroun
- 6 : Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques, Douala, Cameroun

- 7 : Centre des Maladies Respiratoires, Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun
- 8 : Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire, Yaoundé, Cameroun
- 9 : Service de Dermatologie, Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Genève : OMS ; 2020 [cité 24 janv 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240013131>
- [2] Brito AC, Oliveira CMM, Unger DAA, Bittencourt MJS. Cutaneous tuberculosis: epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic update. *An Bras Dermatol.* 2022;97(2):129-44. doi: 10.1016/j.abd.2021.07.004
- [3] Hill MK, Sanders CV. Cutaneous Tuberculosis. *Microbiol Spectr.* 2017;5(1). doi: 10.1128/microbiolspec.tnmi7-0010-2016
- [4] République du Cameroun. Guide technique pour les personnels de santé [Internet]. Medbox ; [cité 8 fév 2026]. Disponible sur <https://www.medbox.org/index.php/document/cameroun-guide-technique-pour-les-personnels-de-sante>
- [5] Nguyen KH, Alcantara CA, Glassman I, May N, Mundra A, Mukundan A, et al. Cutaneous Manifestations of Mycobacterium tuberculosis: A Literature Review. *Pathogens.* 2023;12(7):920. doi: 10.3390/pathogens12070920
- [6] Mello RB, Vale ECS, Baeta IGR. Scrofuloderma: a diagnostic challenge. *An Bras Dermatol.* 2019;94(1):102-4. doi: 10.1590/abd1806-4841.20188560
- [7] Dicko A, Faye O, Fofana Y, Soumouthera M, Berthé S, Touré S, et al. Tuberculose cutanée à Bamako, Mali. *Pan Afr Med J.* 2017;27:102. doi:

10.11604/pamj.2017.27.102.11577

Pour citer cet article :

[8] Ekambi Kotto R, Nkoro GA, Mendouga Menye CR, Sigha OB, Nguena Feungue U, Ebongo Aboutou C, et al. Cutaneous tuberculosis and its pleomorphic presentations in human immunodeficiency virus-negative patients: a case report. *J Med Case Reports*. 2025;19(1):90. doi: 10.1186/s13256-024-04918-0

AL Ntyo'o-Nkoumou, G Wamba, M Ngah Komo, G Nkoro, M Endale, C Iroumé et al. La tuberculose cutanée à l'hôpital Militaire de Garoua : à propos de deux cas. *Jaccr Africa* 2026; 10(2): 44-49

<https://doi.org/10.70065/26102.jaccrAfri.006L012904>

[9] Salissou L, Adehossi E, Laouali SM, Mamadou S, Nouhou H. Cutaneous tuberculosis in Niger: a 9-year retrospective study. *Our Dermatol Online*. 2015;6(2):153-6. doi: 10.7241/ourd.20152.40

[10] Mann D, Sant'Anna FM, Schmaltz CAS, Rolla V, Freitas DFS, Lyra MR, et al. Cutaneous tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil: description of a series of 75 cases. *Int J Dermatol*. 2019;58(12):1451-9. doi: 10.1111/ijd.14617

[11] Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous Tuberculosis. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3(5):319-28. doi: 10.2165/00128071-200203050-00004

[12] Vignesh N, Sangaiah S, Kumar AN, Salam A. Cutaneous Tuberculosis- One Diagnosis, a Plethora of Differentials. *J Clin Diagn Res*. 2022. doi: 10.7860/JCDR/2022/56272.16740

[13] 13. Tameu Tchomdom GS, Gbandama KKP, Nguena Feungue U, Ahogo KC. Cutaneous tuberculosis: A series of 10 cases collected at the Dermatology-Venereology Department of the Treichville University Hospital Center. *Our Dermatol Online*. 2024;15(1):23-27. Disponible sur : <http://www.odermatol.com/>

[14] 14. Chiali A, Khelil A, Mahmoudi NH, Dali Ali A, Khodja AA. Apport de la Réaction de Polymérisation en Chaîne (PCR) dans le diagnostic de la Tuberculose Cutanée. *J Fac Médecine*. 2018; 2(4):303-10.