

# Une nécrose cervicale atypique

AM. Mimoune, M. Zahda, A. Badaoui, R. El- Kolli  
Service de chirurgie maxillo- Faciale, CHU « Saadna Mohamed Abdenour » Sétif



## Introduction

Les nécroses cutanées cervico- faciales spontanées sont rares, et leurs étiologies sont multiples. L'impératif étant de les rattacher à une cause pour pouvoir entamer le traitement qui doit être étiologique et non symptomatique. Nous exposerons le cas de madame Z. B âgée de 35 ans, sans antécédents et qui présente des nécroses cutanées cervicales d'apparition spontanée avec ulcération profonde.

## Observation

Il s'agit de madame Z. B. née le 23 mai 1987 (âgée de 35 ans), mariée, mère de 3 enfants, originaire et demeurant à Tachouda (Sétif, Algérie) dans un milieu rural sans antécédents médicaux ou chirurgicaux, consulte durant le mois de juillet 2022 pour l'apparition de 3 zones de nécrose cutanées, cervicales sous mandibulaire gauche (figure 1).

Le début de la symptomatologie remonte à 45 jours (Mai 2022) marqué par l'apparition de douleurs hémifaciales gauches, irradiant vers l'oreille homolatérale. Les douleurs sont jugées par la patiente comme importantes suivies de l'apparition d'un placard cutané bleuâtre ce qui a diminué leur intensité selon la patiente.

Elle consulte chez un confrère ORL qui l'oriente vers un autre confrère dermatologue qui lui-même l'oriente vers le service de dermatologie du CHU de Constantine, qui préconise l'exérèse de la zone nécrosée. La malade est réorientée vers son hôpital d'origine à El- Eulma puis vers notre service au CHU de Sétif (ce parcours a duré environ 60 jours).

Un bilan biologique et radiologique a été remis par la patiente : Un bilan biologique en date du 23 mai 2022 qui retrouve un hyperleucocytose, le dosage de la CRP est normal de même que le bilan hormonal thyroïdien (figure 2), l'échographie cervicale en date du 15 juin 2022 n'objective pas d'adénopathies cervicales. Une deuxième échographie datée du 20 juin 2022 (figure 3), note la présence de lésions ulcéro- nécrotiques sous mandibulaires gauches sans collection associée à quelques adénopathies satellites

La patiente a bénéficié d'une nérectomie large avec réparation par cicatrisation dirigée. Un prélèvement bactériologique a été pratiqué revenant en faveur d'une infection à pseudomonas aeruginosa. Un traitement antibiotique a été prescrit à la base des résultats de l'antibiogramme (Ciprofloxacine): Le diagnostic de dermo- hypodermite infectieuse ulcéro- nécrotique est évoqué. La pièce de nérectomie est envoyée pour étude cyto- anapath qui 15 jours après est revenue en faveur de la présence de nécrose caséuse évoquant une tuberculose cutanée (figure 4).

Le traitement antibiotique anti- tuberculeux est prescrit, l'évolution est favorable à j 21 post opératoire (figure 5) avec normalisation de son hyperleucocytose.

La patiente est toujours en suivi dans notre service, en attente d'une intervention réparatrice de sa perte de substance cutanée.



Figure 1

HEMOGRAMME ( SYSMEX Cytométrie en flux et Impédance Cell)			
Leucocytes :	12,09 G/L	(3,95-10,20)	10-05-2022
Hématies :	5,50 T/L	(3,90-5,40)	5,54
Hémoglobine :	14,4 g/dL	(12,0-15,6)	15,0

Figure 2

**CONCLUSION :**  
- Quelques lésions cutanées ulcéro-nécrotiques mandibulaires inférieures gauches sans collection associée à quelques petites adénopathies satellites sous mentonnières ; sous maxillaires et jugulo-carotidiennes gauches.

Figure 3



Figure 5

**Macro :** Reçus 02 flacons numérotés,  
01/ Comporte un petit fragment cutané grisâtre, mesure : (01x01) cm.  
02/ Renferme un fragment plus ou moins ferme : (03x02) cm.

**Micro :**  
01+02 -Les fragments adressés correspondent à un revêtement cutané tapissé par un épithélium malpighien pluristratifié et kératinisant, le derme profond et l'hypoderme sont siège d'une lésion inflammatoire granulomateuse [spécifique tuberculeuse]. Elle est faite de plages de nécrose caséuse entourées par des cellules épithélioïdes, des lymphoplasmocytes et de cellules géantes multinuclées de type Langhans. Ces éléments sont cernés par la fibrose.

Absence des signes de malignité dans les limites des fragments examinés.

**Conclusion :**  
Aspect morphologique pouvant évoquer une tuberculose Cutanée ;  
Coloration spéciale Ziehl Nelson indispensable.

Figure 4

## Analyse & Discussion

Le cas de madame Z. B. pose un problème diagnostique. En effet, les résultats des prélèvements bactériologiques sont en faveur d'une dermo- hypodermite ulcéro- nécrosante vu l'évolution aigüe des lésions mais les résultats du prélèvement anapath en faveur d'une tuberculose cutanée sont en contradiction avec l'aspect évolutif et la réponse favorable au traitement anti- tuberculeux. Néanmoins l'association des deux pathologies est possible.

Les infections cutanées à Pseudomonas aeruginosa sont rares. La bactérie ne fait pas habituellement partie de la flore cutanée. Peuvent être primaires ou secondaires, L'évolution de l'infection dépend ensuite de l'état immunitaire du patient. La bactérie s'installe plus facilement chez les patients immunodéprimés, chez les patients diabétiques ou chez les grands brûlés. Chez les sujets sains les infections sont généralement superficielles<sup>1</sup>.

La tuberculose cutanée est une dermatose infectieuse rare, de diagnostic difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques, de la multiplicité des diagnostics différentiels et de la difficulté d'objectiver l'agent pathogène<sup>2</sup>. Elle s'exprime cliniquement par une gomme; nodule dermo- hypodermique bien limité indolore ce qui n'est pas le cas de notre malade et qui a tendance à s'ulcérer<sup>2</sup> sous forme d'abcès froid.

Le cas de notre patiente est probablement une association lésionnelle, une tuberculose cutanée surinfectée par un germe non spécifique (Pseudomonas aeruginosa). La recherche dans les différentes bases de données notamment PubMed en utilisant les mots clés suivants: « Association cutaneous tuberculosis pseudomonas aeruginosa » n'a pas aboutit à des résultats portant sur l'existence d'études concernant cette association. La série Burkinienne de J. B. Andonaba<sup>3</sup> a porté sur 6 cas diagnostiqués de tuberculose cutanée mais sans cette association. M. J. Karoney<sup>4</sup> rapporte le cas d'une association staphylocoque aureus qui aurait retardé le diagnostic d'une tuberculose cutanée après piqure accidentelle.

Il en ressort ainsi que l'infection non spécifique est plus fréquente et qu'il faut systématiquement penser à la biopsie cutanée devant toute lésion cutanée suspecte qui ne répond pas au traitement.

## Conclusion

Les nécroses cutanées spontanées sont rares, leur diagnostic étiologique est difficile notamment en contexte infectieux où il faut penser systématiquement à pratiquer des prélèvements bactériologiques et mycologiques avec culture, de même que penser à une biopsie cutanée, geste facile en pratique et qui peut être d'une utilité précieuse pour le diagnostic et par conséquent la prise en charge thérapeutique.

## Bibliographie

1. Ariane Biquand. Les infections à Pseudomonas aeruginosa et leurs traitements en 2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01811962
2. Morand J.-J., Lightburn E. Tuberculose cutanée. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Dermatologie, 98-360-A-10, 2007.
3. Andonaba JB, Barro-Traoré F, Yaméogo T, Diallo B, Korsaga-Somé N, Traoré A. La tuberculose cutanée : observation de six cas confirmés au CHU Sourou Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) [Cutaneous tuberculosis: observation of six confirmed cases at CHU Sourou Sanou (CHUSS) Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)]. Pan Afr Med J. 2013 Oct 11 ; 16 : 50.
4. Karoney MJ, Kaumbuki EK, Koech MK, Lelei LK. Primary cutaneous tuberculosis in a 27-year-old medical intern from needle-stick injury: a case report. Clin Case Rep. 2015 Jan;3(1):39-42. doi: 10.1002/ccr3.143. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25678972; PMCID: PMC4317210.

Coordonnées de l'auteur:

a\_mehdi.mimoune@univ-setif.dz

L'auteur déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt