

■ ANATOMIE PATHOLOGIQUE: CORRÉLATIONS ANATOMOCLINIQUES DANS LA LÈPRE – Lèpre tuberculoïde

A. Gaulier

Le diagnostic histologique de la lèpre indéterminée a été précédemment abordé (*Bull. ALLF*, nov. 2021, n° 36, 39-41). Ici, sera envisagé celui de la lèpre tuberculoïde.

Le diagnostic clinique en est volontiers évoqué en pays d'endémie devant des lésions cutanées dépigmentées, asymétriques, à bordure légèrement surélevée, etc¹.

Les éléments histologiques précis du diagnostic histologique d'une lèpre tuberculoïde polaire (TTP) sont précisés par Ridley²:

- granulomes giganto-épithélioïdes ;
- cellules plasmodiales multinucléées de Langhans rares, parfois absentes, non vacuolisées ;
- lymphocytes nombreux autour des granulomes ;
- nerfs entourés d'une dense couronne lymphocytaire qui ne dépasse pas un

périnèvre intact, petits filets nerveux sont détruits précocement ;

– pas de bande claire d'Unna, le granulome est au contact direct de l'épiderme qui peut lui-même être érodé, coloration de Ziehl négative, pas de BH identifiés. Dans la lèpre tuberculoïde subpolaire (TTs), les granulomes sont faits d'un mélange de cellules épithélioïdes matures et immatures, les cellules géantes type Langhans sont plus abondantes et de plus grande taille. L'infiltrat lymphoïde est variable, généralement plus abondant que dans la forme TTP et infiltre davantage des filets nerveux plus élargis, mais avec toujours un périnèvre intact. Des petits foyers de nécrose caséuse ou fibrinoïde sont possibles au sein des axes nerveux. L'épiderme est volontiers érodé. L'ensemble est en fait volontiers de type post-réactionnel (BB vers BT vers TTs)

DISCUSSION

En zone d'endémie, le diagnostic histologique sera volontiers évoqué, mais en l'absence de mise en évidence de BH dans la lèpre tuberculoïde, d'autres diagnostics doivent être éliminés :

- une localisation cutanée de sarcoïdose. Dans ce cas prédominant des cellules épithélioïdes davantage matures. L'infiltrat péri-annexiel de la sarcoïdose ne détruit ni les nerfs, ni les muscles pilo-arrecteurs³. Des petits foyers de nécrose fibrinoïde sont possibles dans ces deux pathologies ;
- un Granulome annulaire dans une forme pseudo sarcoïdique ;
- des localisations cutanées de tuberculose, où les granulomes sont volontiers hypodermiques, avec le plus souvent une nécrose caséuse étendue ;
- une localisation cutanée d'une

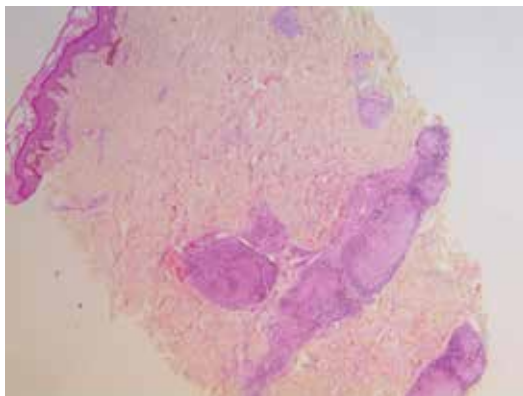


Figure 1a.

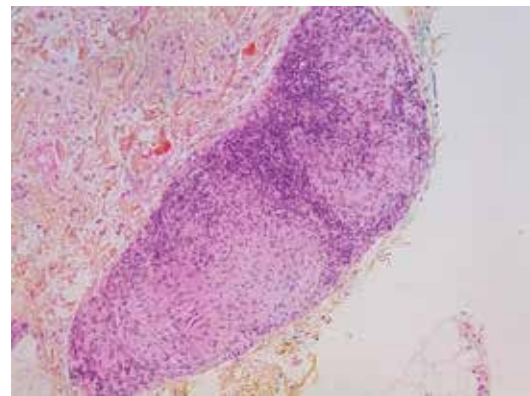


Figure 1b.

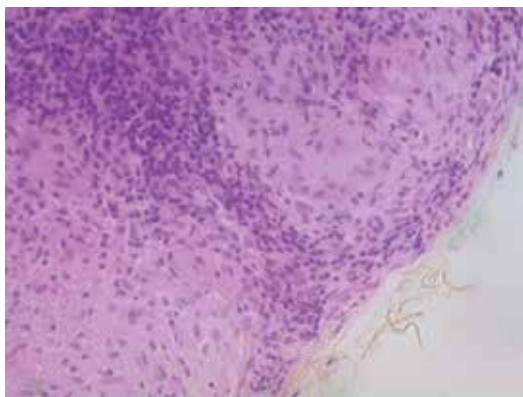


Figure 1c.

Figure 1. Lésion unique du coude gauche hypochromique hypoesthésique non prurigineuse évoluant depuis 3 mois chez un homme de 35 ans. 1a. (HES, x 25) Infiltrat limité aux annexes, les axes nerveux ne sont plus reconnaissables. 1b. (HES, x 100) Un axe nerveux profond est hypertrophié, pénétré de cellules épithélioïdes « jeunes », l'infiltrat lymphocytaire ne déborde pas la zone péri-neurale en périphérie. 1c. (HES, x 25) Les cellules plasmodiales type Langhans sont petites, non vacuolisées, la structure nerveuse n'est plus reconnaissable, l'infiltrat lymphoïde dense en périphérie ne déborde pas la gaine périneurale, la coloration de Ziehl est négative.

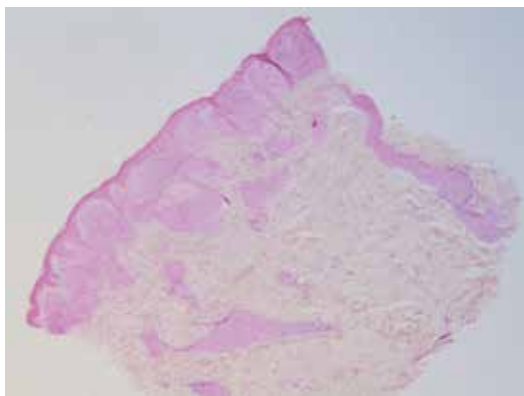


Figure 2a.

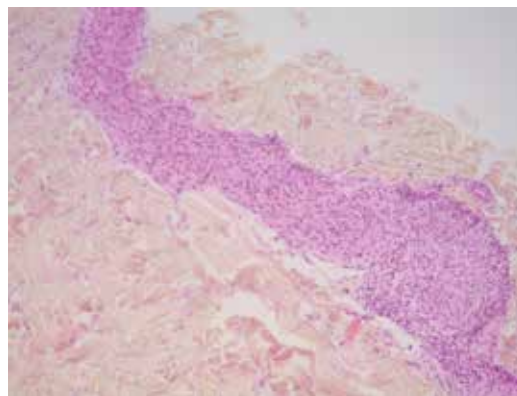


Figure 2b.

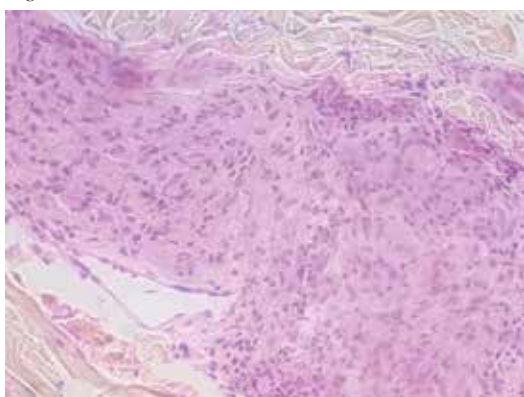


Figure 2c.

Figure 2. Lésion en regard de l'omoplate gauche chez une femme de 34 ans, autres lésions au niveau de la cuisse et du creux poplitée gauche. 2a. (HES, x 25) Présence d'un infiltrat au contact de l'épiderme et des annexes 2b. (HES, x 100) Les axes nerveux sont remplacés par un infiltrat granulomateux avec toujours une couronne lymphocytaire qui ne débord pas la gaine péri-neurale 2c. (HES, x 250) Aspect identique de destruction nerveuse. Le nerf est remplacé par une infiltration granulomateuse faite de cellules épithélioïdes et quelques cellules plasmoidales de petite taille. Conclusion : granulomatose tuberculoïde franche sans nécrose caséuse, neuro-destructrice, sans bande claire d'Unna, faisant soulever en priorité le diagnostic de lèpre tuberculoïde polaire TTp.

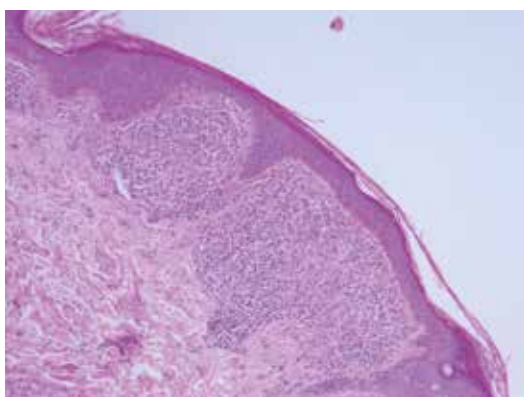


Figure 3a.

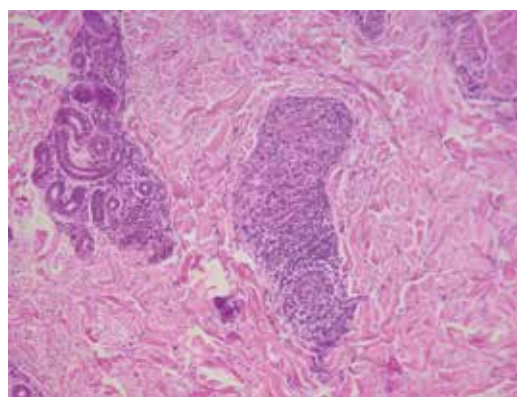


Figure 3b.

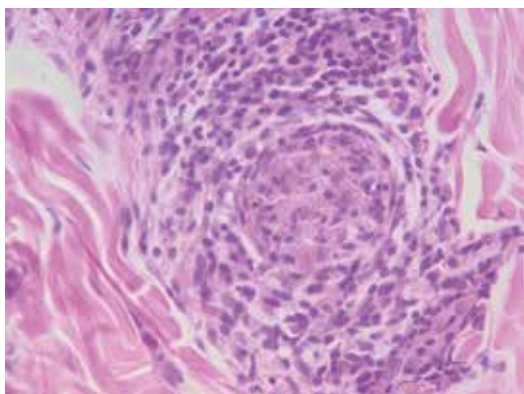


Figure 3c.

Figure 3. Femme de 20 ans, lésion unique du coude gauche, hypoesthésique, hypopigmentée. 3a. (HES, x 100) Présence d'un infiltrat granulomateux au contact direct de l'épiderme, à un plus fort grossissement rares cellules multinucléées de Langhans petites, non vacuolisées. 3b. (HES, x 100) Cet infiltrat est péri-annexiel et l'on reconnaît ici un petit axe nerveux hypertrophié, entouré d'une couronne lymphoïde qui ne débord pas la zone péri-neurale 3c. (HES, x 400) L'axe nerveux est encore reconnaissable, pénétré et entouré d'un infiltrat lymphoïde qui ne débord pas le périnèvre La coloration de Ziehl est par ailleurs négative, les cellules de Langhans rares, petites. Conclusion : granulomatose tuberculoïde neuro destructrice faisant soulever en priorité le diagnostic de lèpre tuberculoïde TTp.

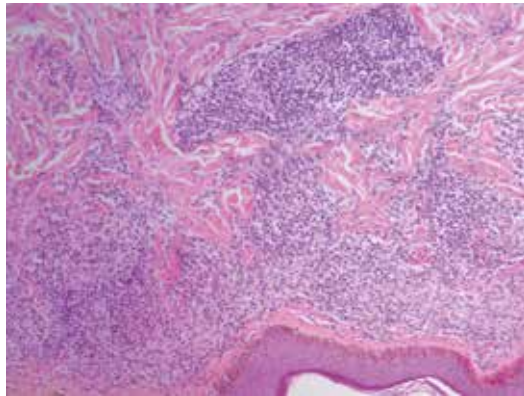


Figure 4a.

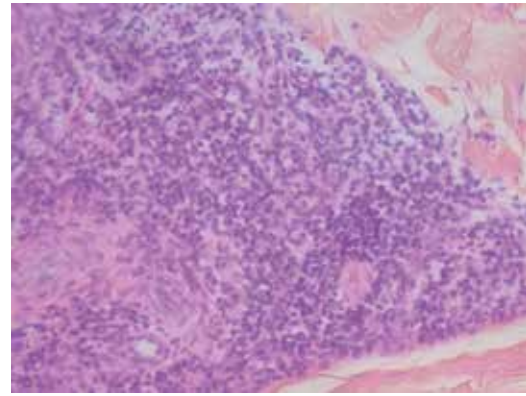


Figure 4b.

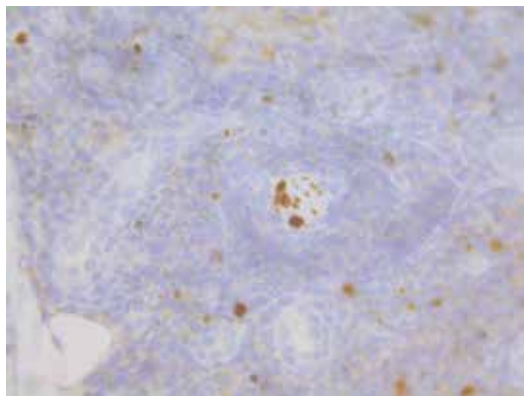


Figure 4c.

Figure 4. Biopsie du coude gauche sur une lésion dyschromique avec trouble de la sensibilité chez une femme de 26 ans. 4a. (HES, x 100) On observe une mince bande claire de Unna et un infiltrat granulomateux pauvre en cellules géantes type Langhans 4b. (HES, x 250) Infiltrat riche en lymphocytes. On reconnaît un petit axe nerveux entouré par ce dense infiltrat 4c. (x 250) Marquage par la protéine S100 qui permet de confirmer au centre de l'image un filet nerveux résiduel. La coloration de Ziehl est négative. Conclusion : granulomateuse tuberculoïde neuro-destructrice sans mise en évidence de bacille de Hansen. On soulève en priorité le diagnostic de lèpre TT subpolaire ou BT. Compte tenu de l'importance de l'infiltrat lymphoïde, l'image peut résulter d'une lèpre intermédiaire initialement BL ayant évolué vers un stade BB puis BT.

leishmaniose, où les granulomes sont pauvres en cellules épithélioïdes, mais avec une hyperplasie végétante marquée de l'épiderme, avec identification possible des leishmanies par immunomarquage avec l'anticorps CD 1a.

Ainsi, le diagnostic histologique de lèpre tuberculoïde est plus difficile que celui de lèpre multibacillaire.

D'un point de vue technique, la taille de la biopsie est importante. La généralisation de biopsies au punch de 3 ou 4 mm rend difficile l'étude du plexus nerveux profond dermo-hypodermique. Rappelons que les petits nerfs sont précocement détruits² et les axes nerveux intermédiaires volontiers masqués par le dense infiltrat lymphoïde.

Pour Ravisse⁴, une granulomateuse tuberculoïde dermique peri-annexielle avec impossibilité d'identifier des reliquats nerveux doit faire évoquer le diagnostic de lèpre tuberculoïde.

Devant une suspicion de lèpre, il faudrait faire au minimum une biopsie au punch de 6 mm (Ridley proposait même des biopsies au bistouri de 12 mm).

La qualité du fixateur est bien entendu importante (formol tamponné)⁵. En technique courante, après fixation en formol tampon, lors du temps d'étalement des coupes de paraffine sur plaque chaude (à moins de 60°), toute température supérieure à 60° va favoriser l'altération des cellules épithélioïdes et créer des vacuoles artéfactuelles.

CONCLUSION

Le diagnostic de lèpre tuberculoïde sera soulevé devant toute lésion cutanée dépigmentée, histologiquement granulomateuse. La taille de la biopsie sera importante, paradoxalement plus que pour une lèpre multibacillaire. Le

diagnostic de lèpre tuberculoïde sera l'occasion d'éliminer les autres possibilités de granulomes dermiques et il sera toujours nécessaire de garder en tête les différents diagnostics différentiels. C'est dire que dans ce domaine, comme toujours en dermatopathologie, la corrélation anatomoclinique est fondamentale.

Références

1. Languillon J. *Précis de léprologie*.
2. Ridley D. *Pathogenesis of leprosy*, Wright ed, 1988, p. 151-153.
3. Civatte J. *Histopathologie cutanée*, Flammarion ed, 1982, p. 105.
4. Ravisse P. In: H. Sansarricq. *La lèpre*, Ellipses ed, 1995, p. 166.
5. Gaulier A. et al. *One step fixation decalcification*, 1994, Path Res Pract 1994; 190: 1149-1151.