# Botryomycomes, molluscum contagiosum, verrues : faut-il les enlever ?

Séminaire de dermatologie pédiatrique
de l'hôpital Necker-Enfants Malades
Compte rendu : H. Collignon

DERMATOLOGIE

Botryomycomes, molluscum contagiosum, verrues : ces lésions fréquentes chez l'enfant, bénignes, d'évolution souvent spontanément favorable doivent-elles être enlevées ? L'indication et les modalités du traitement, répondent les spécialistes, sont à envisager au cas par cas, en concertation avec les parents, en privilégiant le traitement le moins traumatisant.

## BOTRYOMYCOME : TRAITER EN CAS DE SAIGNEMENT OU DE DOULEUR

D'après la communication de F. Cambazard, hôpital Nord, Saint-Etienne

Le botryomycome est un granulome télangiectasique bénin, souvent post-traumatique, qui touche habituellement l'enfant et l'adulte jeune. Ainsi dénommé car on l'attribuait, à tort, à une infection par un botryomyces, champignon de castration du cheval, le botryomycome est de pathogénie mal déterminée. Il semble réactionnel à un agent microbien, mais il ne recèle jamais de bactérie et traduit probablement une réaction immunitaire locale particulière.

### Une lésion rouge sur le visage

Cliniquement, le botryomycome est une tumeur inflammatoire de petite taille, de 5 à 20 mm de diamètre, saillante, arrondie, de consistance molle, étranglée à sa base, voire pédiculée, de couleur rouge vif, à surface lisse recouverte d'un épithélium très mince. Il saigne facilement au contact mais n'est pas douloureux. La lésion est le plus souvent unique et siège habituellement sur le visage, le cuir chevelu, les oreilles et les doigts. Le botryomycome peut également se développer sur les muqueuses, gencives, palais, sphère ORL.

☐ L'aspect clinique le plus typique est celui d'une lésion rouge de quelques millimètres de diamètre, localisée sur le visage, survenant chez un enfant âgé de six à dix ans à la suite d'une petite plaie, après une durée d'incubation de quelques jours à quelques semaines. La lésion augmente de taille pendant dix à vingt jours puis se stabilise et, parfois, disparaît spontanément.

☐ Le botryomycome peut également survenir sur un angiome plan préexistant.

☐ Chez le nourrisson, le botryomycome de l'ombilic est relativement fréquent (figure 1). Il se développe après la chute du cordon et semble favorisé par une hygiène maternelle « craintive » avec des soins du cordon à l'éosine ou à la chlorhexidine (le nettoyage au savon suivi d'un séchage soigneux est le plus efficace). Une évolution récidivante ou un botryomycome de grande taille doivent faire suspecter une pathologie sous-jacente, en particulier un canal de l'ouraque ou omphalomésentérique.

☐ Des botryomycomes multiples peuvent apparaître sur des lésions d'acné du tronc après traitement par isotrétinoïne. Plusieurs botryomycomes peuvent également survenir un à quatre mois après l'ablation d'un botryomycome du tronc, sur un périmètre de 5 à 10 cm autour de la cicatrice d'exérèse ; ils disparaissent spontanément.

### Un contrôle histologique dans tous les cas

Sur le plan histologique, le botryomycome fait partie des angiomes capillaires lobulés. Bien que le diagnostic soit le plus souvent évident à l'examen clinique, un contrôle histologique est toutefois nécessaire après toute exérèse pour ne pas méconnaître d'autres tumeurs. La confusion avec un hémangiome chez le nourrisson ne porte pas à conséquence ; en revanche il est important de rechercher certaines tumeurs, carcinome, mélanome, voire un angio-sarcome de Kaposi sur un orteil, même si elles sont exceptionnelles chez l'enfant.

### Exérèse à la curette

Le traitement s'impose lorsque la consultation est motivée par un saigne-

ment ou une douleur au niveau du granulome. L'exérèse à la curette, après anesthésie locale, est la méthode la plus simple et la moins traumatisante. L'électrocoagulation peut également être utilisée, mais elle est plus douloureuse et peut laisser des cicatrices. L'application d'azote est douloureuse et n'est pas constamment efficace. Le laser n'est pas le meilleur traitement dans cette indication. L'abstention thérapeutique, en attendant la disparition spontanée des lésions, est préférable pour les botryomycomes récidivant avec de multiples granulomes satellites.
Le granulome ombilical du nouveau-né peut être traité par des crayonnages répétés avec un bâton de nitrate d'argent.

## MOLLUSCUM CONTAGIOSUM : LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE DOIT ÊTRE FAIT AVEC LES PARENTS

D'après la communication de E. Bourdon-Lanoy, hôpital Necker-Enfants Malades, Paris

Infection cutanée fréquente, contagieuse, le molluscum contagiosum est dû à un virus à ADN de la famille des Poxvirus, le Molluscipoxvirus, uniquement transmissible à l'homme. La contamination peut être directe ou indirecte par des objets contaminés. L'auto-inoculation intervient également de façon importante.
Classiquement le molluscum contagiosum touche les enfants d'âge scolaire, avant l'âge de huit ans dans 80 % des cas. Le risque de contamination est majoré en cas d'altération de la barrière cutanée : cicatrices de zona, brûlures, traitement par laser, dermatite atopique (une étude sur 302 enfants porteurs de molluscum contagiosum retrouve la présence ou un antécédent de dermatite atopique dans 24 % des cas [1]) ; il est également accru chez les patients immunodéprimés (infection par le VIH, déficit immunitaire congénital, traitement immunosuppresseur).
Chez l'adolescent et l'adulte jeune, la transmission est le plus souvent sexuelle et les molluscum siègent alors au niveau de l'abdomen, du pubis, des organes génitaux externes.

Figure 1
Figure 2
Figure 3
Figure 4

### Un diagnostic clinique

Cliniquement les molluscum sont des petites papules hémisphériques de quelques millimètres de diamètre, translucides ou rosées, laissant sourdre à la pression une substance blanchâtre (figure 2). Ils peuvent revêtir différentes formes cliniques : forme géante ; aspect de folliculite, notamment au niveau du visage ; forme congénitale présente à la naissance ou dans les deux premiers mois de vie.
Le diagnostic est clinique ; l'examen histologique, rarement nécessaire, est réservé aux formes atypiques.
L'apparition de la lésion est précédée d'une période d'incubation de deux semaines à six mois. La taille du molluscum s'accroît jusqu'à 10 mm en quelques mois. La lésion devient ensuite inflammatoire, spontanément ou après un traumatisme, puis elle régresse, tandis que plusieurs autres lésions apparaissent sur le même site ou à distance. La durée de la lésion initiale et de l'épisode dans son ensemble est variable, de plusieurs mois jusqu'à trois ou quatre ans. L'eczématisation est fréquente chez les patients présentant une dermatite atopique, mais également en son absence.

### Les traitements et leurs indications

Le traitement, quand il est indiqué, repose sur des méthodes de destruction physique des lésions ou des traitements topiques. Les traitements systémiques sont réservés aux formes sévères chez des patients immunodéprimés.
☐ Parmi les traitements physiques, le curetage est la méthode la plus couramment utilisée. Il est réalisé après appli-

cation d'une crème anesthésiante sous pansement occlusif (éventuellement sous protoxyde d'azote). Pratiquement indolore s'il est fait correctement, le curetage peut toutefois être impressionnant par son caractère sanglant. Il peut laisser de petites cicatrices.

☐ La cryothérapie a une efficacité inconstante et peut nécessiter une nouvelle application deux à trois semaines plus tard. Elle est plus douloureuse que le curetage et elle peut également provoquer des cicatrices séquellaires.

☐ L'électrocoagulation et le laser $CO_2$ sont efficaces mais ils nécessitent également une anesthésie locale et laissent presque toujours des cicatrices.

☐ Les traitements topiques sont nombreux et d'efficacité inconstante :

– solution aqueuse d'hydroxyde de potassium à 10 %, (Molutrex®, disponible en France depuis quelques mois) en deux applications par jour jusqu'à l'apparition d'une inflammation ;

– préparation à base de podophylline, qui semble efficace avec peu d'effets secondaires ;

– cantharidine, qui n'est pas disponible en France ;

– cidofovir à 3 % en deux applications par jour ;

– imiquimod à 5 % en trois applications hebdomadaires pendant plusieurs semaines. Ce produit a été comparé à d'autres traitements dans deux études qui montrent, l'une, un effet plus rapide que la cryothérapie, avec toutefois une incidence plus élevée d'effets secondaires, l'autre, une efficacité comparable à celle de la cryothérapie [2, 3].

La question de la pertinence du traitement des molluscum divise les spécialistes. Le caractère bénin de cette pathologie, son évolution spontanément favorable, plaident en faveur de l'abstention thérapeutique. La contagiosité des molluscum, la longueur de l'évolution, le retentissement social, la possibilité d'une surinfection bactérienne, enfin l'inconfort et parfois le prurit qu'ils génèrent sont à l'inverse autant d'arguments en faveur du traitement.

En pratique, l'abstention thérapeutique n'est pas toujours possible. Dans les formes limitées à quelques éléments, le curetage après application de crème Emla® est le plus approprié. Dans les formes importantes, l'abstention thérapeutique ou le recours à des traitements locaux non invasifs semble préférable.

La prévention pour l'entourage proche de l'enfant repose sur l'utilisation de serviettes individuelles et la proscription des bains collectifs. Il est plus difficile d'interdire la pratique de certains sports (sports aquatiques et de contact). Dans tous les cas, le traitement ne doit pas être traumatisant, ni pour l'enfant, ni pour ses parents. Son choix doit être fait avec les parents et si possible avec l'enfant, après avoir expliqué les différentes possibilités thérapeutiques et le risque de récidives quel que soit le traitement mis en œuvre.

## VERRUES : LES DÉTRUIRE LORSQU'ELLES SONT GÊNANTES OU DOULOUREUSES

D'après la communication de G. Lorette, centre hospitalier régional universitaire Trousseau, Tours

Les verrues cutanées sont liées à une infection par des virus de la famille des papillomavirus humains (HPV), dont il existe de nombreux types. A l'état normal, ces virus sont présents en nombre important sur la peau. L'apparition d'une verrue est un accident lié à des facteurs locaux (microabrasion) et à l'absence de réaction du système immunitaire vis-à-vis de ce virus qu'il ne connaît pas (ce qui explique que les enfants ont davantage de verrues que les adultes).

Les verrues peuvent se présenter sous différentes formes (figures 3 et 4) : verrues vulgaires des mains, verrues en poireau, verrues planes et verrues filiformes du visage, condylomes génitaux et périanaux.

En l'absence de déficit immunitaire, la plupart des verrues disparaissent spontanément, en deux ans en moyenne, sous l'effet de l'immunité cellulaire ; elles ne se cancérisent jamais. En revanche, elles peuvent être à l'origine de douleurs, en particulier lorsqu'elles sont situées sur la plante des pieds, et elles sont inesthétiques.

Les traitements locaux, cryothérapie, préparations salicylées et autres kératolytiques, curetage, laser $CO_2$, ne visent pas à détruire le virus mais à provoquer une altération des tissus cutanés rendant le milieu impropre à sa survie ; la réaction inflammatoire ainsi provoquée a également sans doute pour effet de favoriser la reconnaissance du virus par le système immunitaire. Connaissant les conséquences immunitaires des incitations psychiques, on suppose que c'est aussi par cet impact sur le système immunitaire qu'agissent les traitements non conventionnels.

Il est important que les parents, qui ont souvent une forte demande de traitement, sachent que ce dernier est inefficace dans la moitié des cas et qu'il peut même favoriser l'extension des lésions, en particulier dans les verrues vulgaires des mains.

La destruction des verrues est indiquée lorsqu'elles sont gênantes, douloureuses ou inesthétiques. Les verrues plantaires qui sont source de douleurs à la marche sont ainsi une bonne indication du traitement. Pour les autres verrues, la décision doit être prise au cas par cas.

Le traitement des verrues chez les patients immunodéprimés requiert en général une consultation multidisciplinaire.

Chez les patients devant subir une greffe, le repérage et la destruction des verrues planes est indiqué. Une surveillance est nécessaire du fait du risque oncogène à long terme. ☐

### Références

[1] DOHIL M.A., LIN P., LEE J., LUCKY A.W., PALLER A.S., EICHENFIELD L.F. : « The epidemiology of molluscum contagiosum in children », *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2006 ; *54* : 47-54.

[2] METKAR A., PANDE S., KHOPKAR U. : « An open, nonrandomized, comparative study of imiquimod 5 % cream versus 10 % potassium hydroxide solution in the treatment of molluscum contagiosum », *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2008 ; *74* : 614-8.

[3] AL-MUTAIRI N., AL-DOUKHI A., AL-FARAG S., AL-HADDAD A. : « Comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of imiquimod 5 % cream versus cryotherapy for molluscum contagiosum in children », *Pediatr. Dermatol.*, 2010 ; *27* : 388-94.