



UN CAS DE CONDYLOME GEANT VULVAIRE DU NOURRISSON TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR ELECTROCOAGULATION AU BENIN

F. AKPADJAN^{1*}, H. ADÉGBIDI¹, CA. ATTINSOUNON², C. KOUDOUKPO³, B. DÉGBOÉ¹, N. AGBESSI³, F. ATADOKPÈDÉ¹.

¹Dermatologie-Vénérologie, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin UAC

²Infectiologie, Faculté de Médecine de Parakou, Bénin UP

³Dermatologie-Vénérologie, Faculté de Médecine de Parakou, Bénin UP

*Auteur correspondant : barfice@yahoo.fr

RESUME

Nous rapportons ici un cas de condylome géant vulvaire chez un nourrisson de 02 ans contaminé par sa « baby-sitter » qui présentait les mêmes lésions. Traitée par exérèse chirurgicale couplée à une électrocoagulation, l'évolution a été marquée par une récurrence deux semaines après le traitement ; ce qui a nécessité une deuxième séance d'électrocoagulation. Plus d'un an après, plus aucune lésion n'a été notée témoignant ainsi d'un succès thérapeutique. La non disponibilité de l'imiquimod dans notre zone géographique, impose un recours systématique à un traitement invasif quelque soit l'âge du patient.

Mots clés : condylome géant ; nourrisson ; électrocoagulation ; Bénin ; Afrique de l'Ouest

ABSTRACT:

A CASE OF VULVAR GIANT CONDYLOMA IN AN INFANT SUCCESSFULLY TREATED WITH ELECTROCOAGULATION IN BENIN

We report here a case of giant vulval condyloma in a two-year-old infant infected by her "baby sitter" without sexual abuse. Treated by surgical excision coupled with electrocoagulation, it was noted a rapid recurrence two weeks after treatment requiring a second electrocoagulation session. More than a year later, no lesion was noted, thus demonstrating therapeutic success. The unavailability of imiquimod in our context requires a systematic use of invasive treatment regardless of the age of the patient.

Keywords: giant condyloma; infant; electrocoagulation; Benin; West Africa

INTRODUCTION

Les condylomes anogénitaux de l'adulte font partie des maladies sexuellement transmissibles (MST) les plus fréquentes [1]. Il s'agit de lésions bénignes, associées dans près de 90 % aux génotypes 6 et 11 du papillomavirus humain (PVH) [2]. Des études ont montré que les génotypes oncogènes 16 et 18 pouvaient être associés à des lésions condylomateuses dans près de 12 % des cas [3].

Par contre la transmission sexuelle des condylomes ano-génitaux de l'enfant est très discutée [4]. Cliniquement, il n'est pas toujours facile de distinguer une localisation ano-génitale de verrues de véritables condylomes acuminés.

Plusieurs études ont montré que les abus sexuels étaient impliqués dans 3 à 35% des cas de condylomes ano-génitaux de l'enfant [5,6]. La probabilité de maltraitance sexuelle augmente avec l'âge de l'enfant.

Ainsi, la valeur prédictive positive des condylomes serait de 36% entre 4 et 8 ans et de 70% après 8 ans [7]. La majorité des condylomes ano-génitaux de l'enfant seraient donc de transmission non-sexuelle, que ce soit par auto-inoculation, hétéro-inoculation ou par l'intermédiaire d'objets infectés [5].

Nous rapportons ici un cas de condylome acuminé géant vulvaire chez un nourrisson de 02 ans sans notion d'abus sexuel.

OBSERVATION

Il s'agit d'un nourrisson de sexe féminin, âgé de 02 ans amené en consultation en Juillet 2015 par sa mère pour des lésions vulvaires, asymptomatiques évoluant depuis 06 semaines environ, avec une augmentation progressive et rapide de la taille. Aucun traitement n'a été fait avant son admission.

A l'examen on observait une masse tumorale végétante à surface verruqueuse de 3cm sur 1,5 cm siégeant sur la moitié inférieure de la partie cutanée de la grande lèvre gauche (Fig 1).



Figure 1 : Condylome vulvaire géant

L'examen de la marge anale retrouvait trois lésions tumorales de petite taille, de l'ordre du millimètre (1 à 3mm), de couleur rosée à surface verruqueuse ; il s'agissait des mêmes lésions que celle de la vulve mais en miniature (Fig 2).



Figure 2 : Lésions condylomateuses de la marge anale associées au condylome géant

L'examen du reste du tégument n'objectivait aucune lésion verruqueuse ; sur le plan gynécologique, il n'existait pas de signe de maltraitance (l'hymen est en place, pas de cicatrice vulvaire évidente).

Par ailleurs, l'examen dermatologique de sa mère était sans particularité.

Un interrogatoire approfondi a permis d'identifier la personne source. Il s'agissait de la domestique (baby-sitter) de l'enfant chez qui l'examen clinique retrouvait de multiples lésions verruqueuses des mains et quelques lésions condylomateuses du pubis.

Devant ce tableau clinique une sérologie syphilitique et rétrovirale ont été demandées chez le nourrisson et étaient revenues négatives.

Sur le plan thérapeutique, malgré le très jeune âge de la patiente et en absence de traitement alternative, nous avons procédé à une exérèse chirurgicale associée à une électrocoagulation, sous double anesthésie locale (lidocaïne en crème et injectable en sous cutané) (Fig 3).



Figure 3 : Plaie post-opératoire immédiate

L'évolution a été marquée par une récurrence rapide en deux semaines avec l'apparition de six lésions verruqueuses de petite taille siégeant autour de la cicatrice post-opératoire de la lésion vulvaire initiale (Fig 4). Une deuxième électrocoagulation s'était imposée.



Figure 4 : 02 semaines après la première opération = Récidive

Six mois plus tard la patiente a été revue et on a noté une cicatrice hypertrophique vulvaire sans lésion condylomateuse (Fig 5).



Figure 5 : 6 mois post-opératoire= Cicatrice hypertrophique

Un traitement local par Betaméthasone pomade a été instauré et neuf mois après, la cicatrice hypertrophique a disparu (Fig 6).



Figure 6 : 18 mois post-opératoire= bonne cicatrisation sans récurrence

Ainsi, un an et demi après la deuxième intervention chirurgicale on observait une guérison complète sans nouvelle récurrence.

DISCUSSION

Les condylomes sont secondaires à une infection des kératinocytes par HPV, virus à ADN. Chez l'adulte, la transmission est essentiellement sexuelle. Chez l'enfant, trois modes de transmission existent : périnatale (in utero et lors de l'accouchement), horizontale (auto- et

hétéro-inoculation dite « innocente ») et dans le cadre de sévices sexuels [8]. Aussi, la découverte de condylomes acuminés (CA) chez un enfant nécessite-t-elle une enquête précise afin de déterminer le mode de contamination et écarter l'hypothèse d'abus sexuels. Les enfants de tout âge peuvent développer des CA, avec un pic entre zéro et quatre ans ; les filles sont deux fois plus souvent atteintes que les garçons [6]. Notre observation confirme bien cette assertion.

Les condylomes géants du nourrisson immunocompétent sont rares ; leur prise en charge aussi pose problème vu leur jeune âge et les méthodes thérapeutiques disponibles, surtout chez nous en Afrique et en particulier au Bénin où l'accès à l'imiquimod et l'azote liquide est quasi impossible. Skowron et col. [9] ont traité avec succès un cas de condylomes acuminés ano-génitaux chez un petit garçon de 10 mois avec de l'imiquimod en application locale quotidienne. Maha et al [10] quant à eux ont traité avec succès un cas de condylomes papuleux péri-anaux du nourrisson avec de la vaseline salicylée à 5%.

La récurrence rapide observée chez notre patiente était probablement liée aux lésions infracliniques préexistantes à la première intervention chirurgicale. Les données de la littérature confirment cette hypothèse car il a été prouvé que la plupart des méthodes thérapeutiques utilisées chez les adultes (cryothérapie, vaporisation au laser, électrodestruction, acide salicylique, exérèse chirurgicale, podophyllotoxine) sont associées à des taux de récurrence élevés par persistance de cellules infectées par le HPV autour des lésions visibles [11].

Chez notre patiente, la contamination s'est faite par hétéro-inoculation (par la domestique). Il s'agissait certainement d'une transmission manportée lors des toilettes de l'enfant ou par l'intermédiaire de divers objets. Ceci pose un problème de santé publique car la plupart des foyers modernes disposent de domestiques pour s'occuper des enfants. Devant ce mode de contamination des HPV, il convient alors de sensibiliser nos populations sur le danger ou le risque encouru si on ne se préoccupe pas également de la santé de nos domestiques.

Adégbidi et col. [12] ont publié en 2008 au Bénin, un premier cas de condylomes acuminés chez un petit garçon de 16 mois, chez qui un abus sexuel par la domestique a été fortement suspecté sans qu'aucune preuve formelle n'ait été établie.

Dahmani et col. [13] ont quant à eux publié en Algérie, récemment en 2016, un cas de condylomes ano-génitaux chez une fillette de 11 ans secondaire à un abus sexuel.

CONCLUSION

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté des condylomes géants du nourrisson, la méthode thérapeutique utilisée avec succès, l'absence de récurrence après plus d'un an, la contamination non sexuelle de ces condylomes chez une patiente immunocompétente. Par ailleurs, cette étude montre la nécessité de rendre disponible les moyens thérapeutiques moins ou non invasifs pour la prise en charge de ces cas. Il importe aussi de veiller au suivi médical du personnel de maison car la santé de toute la famille en dépend.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

- 1- Simms I., Fairley C.K. Epidemiology of genital warts in England and Wales: 1971 to 1994 *Genitourin Med* 1997;73:365-367
- 2- Brown D.R., Schroeder J.M., Bryan J.T., Stoler M.H., Fife K.H. Detection of multiple human papillomavirus types in condylomata acuminata lesions from otherwise healthy and immunosuppressed patients *J Clin Microbiol* 1999;37:3316-3322.
- 3- Aubin F., Prétet J.L., Jacquard A.C., Saunier M., Carcopino X., Jaroud F., et al. Human papillomavirus genotype distribution in external acuminata condylomata: a Large French National Study (EDiTH IV) *Clin Infect Dis* 2008 ;47:610-615
- 4- Fischer G. Anogenitalwarts in children. *Pediatric dermatol* 2006;23:291-3.
- 5- Sinal SH, Woods CR. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16:306-16.
- 6- Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, Powell J, Oligny LL. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol* 2006;23:199-207.
- 7- Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics* 2005;116:815-25.
- 8- Boralevi F. Condylomes de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 2004;131:913-9.
- 9- Skowron D, Raoulx M, Skowron F. Condylomes acuminés du nourrisson traités par imiquimod local. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:622-625.
- 10- Maha MA, Karima S. Condylomes anaux de l'enfant. *Pan Afr Med J* 2014;17 :1.
- 11- Edwards L, Ferenczy A, Eron L, Baker D, Owens ML, Fox TL, et al. Self-administered topical 5% imiquimod cream for external anogenital warts. HPV Study Group. Human papillomavirus. *Arch Dermatol* 1998;134:25-30.
- 12- Adégbidi H, Atadokpèdé F, YédomonHG, doAngo-Padonou F. Les condylomes acuminés génitaux chez un nourrisson de sexe masculin: abus sexuel ou non ?. *Journal de la Société de Biologie Clinique* 2008;12:17-18.
- 13- Dahmani B, Bouchennack K, BoudgheneStambouli O. Les condylomes ano-génitaux chez l'enfant ; Ne pas méconnaître l'abus sexuel. A propos d'un cas. *Ann Dermatol Venereol* 2016;143(4S1):S40.