



Clinical Case

Condylome Acuminé Génital chez une Fillette Immunocompétente de Trois Mois

Genital acuminate condyloma in a 3-month-old immunocompetent girl

Diabaté Almamy¹, Gbandama Koffi Kouamé Pacôme, Gué Irénée, Kouabenan Amond Anderson Stephen, Vagamon Bamba, Aka Boussou Romain

RÉSUMÉ

Le condylome acuminé ou crête de coq est une infection bénigne sexuellement transmissible causée par le papillomavirus humain. Il est fréquent chez l'adulte et l'adolescent sexuellement actifs. Sa découverte chez l'enfant soulève une double problématique à savoir identifier le mode de transmission afin de ne pas passer à coté d'un éventuel abus sexuel et opter pour un choix thérapeutique approprié. Nous rapportons un cas de condylome génital chez une fillette de 3 mois sans facteurs de risque d'immunodépression connus. Nous discutons à partir d'une revue de la littérature, les principaux aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection chez l'enfant.

ABSTRACT

The acuminate condyloma or rooster crest is a benign sexually transmitted infection caused by the human papilloma virus. It is common in sexually active adults and adolescents. His discovery in children raises two problems: identifying the mode of transmission so as not to miss a possible sexual abuse and opt for an appropriate therapeutic choice. We report a case of genital condyloma in a 3-month-old girl with no known risk factors for immunosuppression. We discuss, from a review of the literature, the main epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of this condition in children.

- 1- Service de Dermatologie, CHU de Bouaké. Côte d'Ivoire, docalmamy@yahoo.fr
- 2- Service de Dermatologie et vénérologie du CHU de Treichville, gbandama@gmail.com
- 3- Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, g.patrick37@yao.fr
- 4- Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, stephandy2016@gmail.com
- 5- Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, bambavagamon@yahoo.com

Auteur correspondant : Diabaté Almamy, Service de Dermatologie, CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire, 07985142
Email : docalmamy@yahoo.fr

Mots clés : condylome, nourrisson, contamination.

Keywords: condyloma, infant, contamination.

INTRODUCTION

Le condylome acuminé ou crête de coq est une infection bénigne sexuellement transmissible causée par le papillomavirus humain en particulier le HPV 6 et 11. Il est fréquent chez l'adulte et l'adolescent sexuellement actifs. Chez l'enfant, l'incidence de cette affection est difficile à évaluer en raison des données épidémiologiques limitées [1]. Sa découverte chez l'enfant soulève une double problématique à savoir identifier le mode de transmission afin de ne pas passer à coté d'un éventuel abus sexuel et opter pour un choix thérapeutique approprié [2]. Nous rapportons un cas de condylome acuminé génital chez un nourrisson de 3 mois sans facteurs de risques d'immunodépression acquis. Nous discutons à partir d'une revue de la littérature les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection chez l'enfant.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une fillette de 3 mois, amenée par sa mère en consultation de dermatologie en janvier 2018 pour des

lésions papuleuses non prurigineuses de la vulve apparu à 2 mois de vie. Il n'y avait pas de fièvre, de pleurs incessants de difficulté à la miction ni de saignement génital. La mère avait appliqué localement sur la lésion un antifongique en crème et un antiseptique mais sans succès. L'évolution était marquée par une augmentation progressive des lésions. La grossesse s'est déroulée normalement. La mère a effectué quatre consultations prénatales. Elle était immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose. Les sérologies VIH, syphilis et hépatite B étaient normales. Le reste du bilan prénatal (glycémie, électrophorèse de l'hémoglobine, hémogramme, ECBU) était sans particularité. Le travail a été spontané et l'accouchement a eu lieu à terme par voie basse sans anesthésie. Il n'y avait pas de contexte maternel infectieux. Le score de vitalité du nouveau-né à la naissance (Apgar) était de 7 à la première minute et 9 à la cinquième minute. Le poids, la taille et le périmètre crânien de naissance étaient respectivement de 3200g, 51 cm et 35 cm. Le nouveau-né a reçu 5 mg de Vit K1 en

IM et 2 gouttes de collyre antiseptique dans chaque œil. Le pansement occlusif de l'ombilic a été fait avec de l'alcool à 60°C. Les soins quotidiens de l'enfant étaient assurés par la mère et la tante. Il est nourri au lait maternel exclusif. Sa croissance et son développement psychomoteur étaient normaux pour l'âge. Il est à jour dans ces vaccins (BCG 1 dose, 1^{ère} dose et 2^e doses des vaccins DTCP HepB+actHib). La mère, primigeste et primipare, est âgée de 26 ans et en bonne santé apparente. Elle est analphabète et mère au foyer. Le père est âgé de 30 ans. Il est couturier et en bonne santé apparente. Les deux parents vivaient en couple avec leur progéniture dans une maison de deux pièces avec de l'électricité et une adduction d'eau courante. A l'examen physique, le nourrisson dégageait bonne impression générale. La température était de 36°6, le poids de 5700g, la taille de 52 cm, la fréquence cardiaque de 102 battements /minute, la fréquence respiratoire de 36 cycles/minute. L'examen urogénital révélait au niveau de la vulve des excroissances d'allure filiforme ou lobulée de consistance molle. Les lésions étaient localisées au niveau du pubis et de part d'autre des petites lèvres (figure 1).

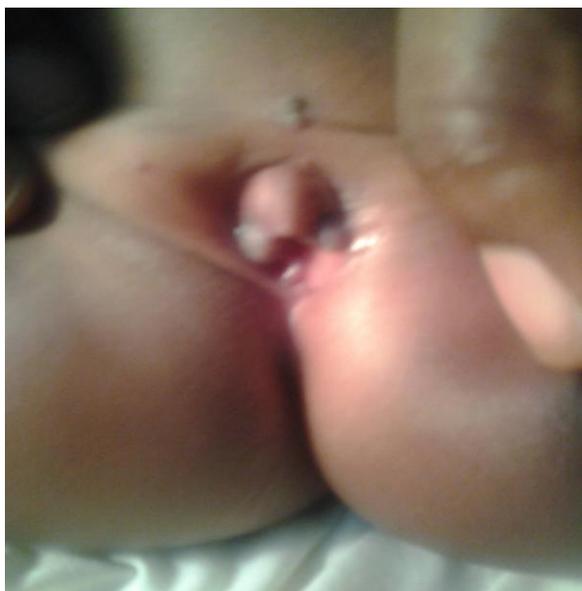


Figure 1 : condylome acuminé chez un nourrisson de trois mois

L'examen des autres appareils était sans particularité. Devant ce tableau clinique nous évoquions comme hypothèses diagnostiques soit un molluscum contagiosum, soit une protrusion pyramidale infantile ou encore des condylomes acuminés génitaux. Les sérologies syphilis, VIH et hépatite B réalisées sont revenues négatives. Les sérologies pour les virus Herpès virus simplex, Epstein-Barr et cytomégalovirus prescrites n'ont pas pu être réalisées. La biopsie de la lésion avec examen histologie de la pièce a montré une acanthose en bloc, une papillomatose, une parakératose focale, peu de koilocytes et un infiltrat inflammatoire modéré (figure 2).

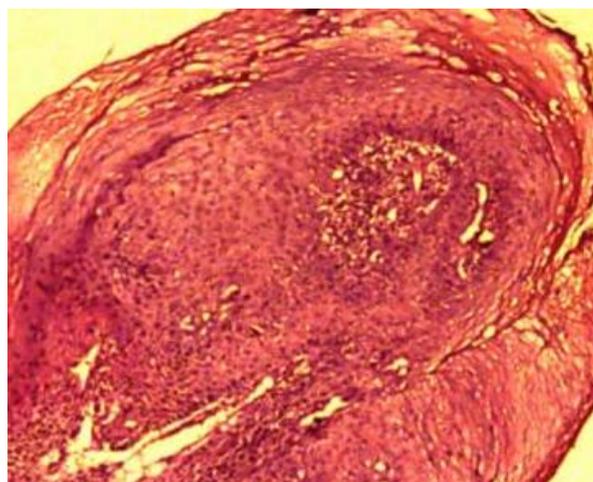


Figure 2 : Aspect histologique de la pièce de biopsie

L'examen de la vulve de la mère et la pose d'un speculum avec application de solution de Lugol® n'ont pas retrouvé de lésion de condylome acuminé. Les sérologiques pour la syphilis, le VIH et l'hépatite B de la mère sont aussi revenues négatives. En définitif nous avons conclu à des condylomes acuminés génitaux chez une fillette de 3 mois immunocompétente. Le nourrisson est du groupe B rhésus positif. Le bilan pré thérapeutique constitué d'un hémogramme, d'un bilan d'hémostase (TP/TCK), d'une glycémie, d'une créatinine et d'urée sanguine était normal. Le nourrisson est traité par électrocoagulation après une anesthésie générale. Les suites opératoires ont été simples. La guérison a été constatée au bout de 15 jours. Nous n'avons pas noté de récurrence ni de cicatrice disgracieuse après un recul de 3 mois.

DISCUSSION

La découverte d'excroissances génitales chez un enfant doit faire évoquer en dehors des condylomes acuminés, soit un molluscum contagiosum, soit une protrusion pyramidale infantile. Le molluscum contagiosum se présente sous forme de papules ombiliquées. Quant à la protrusion pyramidale infantile, elle s'observe uniquement chez la fille et a l'aspect d'une papule rosée triangulaire, unique, de siège médian entre l'anus et la vulve. Chez notre fillette, les lésions sont multiples, filiformes, lobulées et non ombiliquées, ce qui permet d'éliminer facilement le molluscum contagiosum et la protrusion pyramidale infantile. Pour Boralevi et al. [3], le diagnostic de condylome de l'enfant est généralement aisé. Il s'agit habituellement de papules rosées ou chamois siégeant au niveau du périnée ou de la région anogénitale [4]. Mais ces condylomes peuvent revêtir d'autres aspects cliniques. Ils peuvent être plans, confluent en nappe, acuminés, exophytiques, papillomateux ou recouverts de multiples excroissances. La certitude diagnostique est apportée par l'histologie de la pièce de biopsie et l'immunohistochimie. Ce dernier examen n'étant pas accessible dans notre contexte, seul l'histologie de la pièce de biopsie a été réalisée. Elle a montré une acanthose en bloc, une papillomatose, une parakératose focale, peu de koilocytes et un infiltrat

inflammatoire modéré. Pour Wu et al. [5] les lésions histologiques significativement associées aux condylomes acuminés génitaux sont l'acanthose en bloc, la koilocytose, la distribution fasciculaire des kératinocytes et l'absence of horn cysts. Pour ces mêmes auteurs, la positivité papillomavirus, du Ki-67 et P21 à l'immunohistochimie est significativement associée aux condylomes acuminés génitaux. La découverte du condylome génital chez cette fillette de 3 mois sans facteurs de risque d'immunodépression connu et dont les sérologies syphilis, VIH et hépatite B sont négatives est exceptionnelle. Schaen et al. [6] ont rapporté un cas chez un nourrisson de 6 mois immunocompétent. Cette découverte soulève la problématique de sa transmission. Nous avons facilement écarté la transmission sexuelle car le nourrisson a 3 mois et les lésions sont apparues à 2 mois de vie. Une transmission verticale mère-enfant est possible devant le mode d'accouchement par voie basse. Mais nous avons éliminé cette modalité car la mère ne présente pas d'infection à papillomavirus comme l'atteste la normalité de l'examen gynécologique et le test au Lugol. En outre la mère ne présente pas d'infection VIH ni hépatite B. Les soins quotidiens de notre fillette est depuis la naissance assurée par la mère et la tante. L'hypothèse que la tante, dont nous n'avons pas d'information sur son état de santé, ai pu transmettre accidentellement lors des soins cette infection au nourrisson nous paraît plus probable. La transmission horizontale du papillomavirus est rare mais déjà rapporté chez l'enfant par Rodrigues et al. [7]. La problématique de la découverte d'une localisation génitale chez l'enfant (sexualité précoce, abus sexuel). Ce qui paraît peu probable vu le fait qu'il s'agit d'un nourrisson de 3 mois. D'où l'intérêt et l'originalité de cette observation. Comme pour les verrues vulgaires des mains et des pieds, une attitude attentiste est justifiée par la possibilité d'une guérison spontanée des verrues génitales. L'évolution naturelle des condylomes de l'enfant aboutit à une guérison spontanée en deux ans en moyenne [8.]. Pour Dommergues. Il n'existe pas de traitement spécifique actif sur la réplication virale de cette infection. Les traitements visent à faire disparaître les lésions cliniquement visibles. Ils sont parfois décevants pour le patient, par la longue durée de l'infection et le taux élevé de récurrences après traitements bien conduits. [9].Cependant, la possibilité d'infection à HPV génital à fort potentiel oncogène (génotypes 6, 11, 16, 18) est un argument pour adopter une attitude thérapeutique active. Le risque de transformation néoplasique n'est établi chez l'adulte que pour les lésions muqueuses de la marge anale ou du col utérin. Ce risque n'est pas démontré pour les lésions cutanées périnéales et n'a pas été décrit chez l'enfant immunocompétent [3]. La Cryothérapie par azote liquide est le traitement le plus couramment employé sur des verrues. Par ailleurs, il n'est pas codifié le nombre de séances, l'intervalle entre les séances (une à trois semaines), la durée de l'application d'azote ne sont pas connus. Ce traitement est simple à réaliser et à renouveler en consultation externe, mais peut se révéler traumatisant chez le petit enfant [10]. L'électrocoagulation au bistouri électrique, excision

chirurgicale, vaporisation au laser CO₂ sont traitements séduisants par leur efficacité immédiate, mais présentent cependant de nombreux inconvénients, [11]. L'absence d'AMM de la podophylline et de l'imiquimod chez l'enfant engage la responsabilité du prescripteur en cas d'effets indésirables [12]. Ainsi nous avons opté pour l'électrocoagulation au bistouri électrique qui était plus accessible et radicale. La guérison a été constatée au bout de 15 jours. Nous n'avons pas noté de récurrence ni complication ni de cicatrice disgracieuse chez le nourrisson après un recul de 3 mois.

CONCLUSION

Si le diagnostic des condylomes acuminés est facile, le problème se pose dans la recherche du mode de transmission surtout chez les nourrissons dont la sérologie pour le vih est négative, ainsi que sa mère.

Conflits d'intérêts : Aucun

Contributions des auteurs

Diabaté Almamy, Gbandama Koffi Kouamé Pacôme, Kouabenan Amond Anderson S. Gué Irénée, ont initié et coordonné la rédaction du manuscrit dans sa version finale. Ils ont aussi participé à la consultation du patient et ont participé à l'analyse et interprétation. Vagamon Bamba a participé à l'interprétation des données et à la rédaction du manuscrit. Aka Boussou Romain est le responsable de la recherche du département de dermatologie à l'unité de formation et de recherche de l'Université Alassane Ouattara. Tous les auteurs ont participé à la relecture et à la révision de la version finale de ce manuscrit et donné leur accord pour la publication.

RÉFÉRENCES

1. Collet AM, Gaudy-Marqueste C, Grob JJ, Richard M-A. Prise en charge des condylomes anogénitaux profus de l'enfant par laser CO₂. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2007;134:829-32
2. Khatibi B, Tadlaoui I, Beqqal K, Lamchahab FZ, Senouci K, Hassam BE. Les condylomes anogénitaux de l'enfant. *Espérance médicale* 2009;16(161):397-401
3. Boralevi F. Condylomes de l'enfant. *Ann Dermatol Venerol* 2004;131:913-9
4. Dommergues C, Quinet B. Traitement des verrues génitales de l'enfant en pratique clinique. *Arch de Pediatr* 2008;15:469-472
5. Wu Y-H, Hsiao P-F, Chen C-K. Histopathologic and immunohistochemical distinction of condyloma and seborrheic keratosis in the genitofemoral area. *Dermatologica Sinica* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsi.2012.09.008>
6. Schaen L, Mercurio MG. Treatment of human papillomavirus in a 6 monthold infant with imiquimod 5% cream. *Pediatr Dermatol* 2001;18:450-2
7. Rodrigues E, Rodrigues L, Portugal V, Rodrigues N, Nápoles S, Casanova C. Anogenital warts in children: the importance of a multidisciplinary approach. *Acta Med Port* 2011;24(2):367-70
8. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:951-5.
9. Dommergues C, Quinet B. Traitement des verrues génitales de l'enfant en pratique clinique. *Arch de Pediatr* 2008;15:469-472]
10. Kumaran MS, Dogra S, Handa S, et al. Anogenital warts in children. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2005;19:783-4.
11. Majewski S, Pniewski T, Malejczyk M, et al. Imiquimod is highly effective for extensive, hyperproliferative condyloma in children. *Pediatr Dermatol* 2003;20:440-2.
12. Schaen L, Mercurio MG. Treatment of human papillomavirus in a 6 monthold infant with imiquimod 5% cream. *Pediatr Dermatol* 2001;18:450-2.