BOTRIOMYCOME À COTONOU, BÉNIN

ADÉGBIDI H¹., ATADOKPÈDÉ F¹., AKPADJAN F¹., KOUDOUKPŌ C²., DÉGBOÉ-SOUNHIN C¹., AZON-KOUANOU A³., YÉDOMON HG¹., DO ANGO-PADONOU F¹.,

1- Service de Dermatologie-Vénéréologie, CNHU-HKM Cotonou

2- Service de Dermatologie-Vénéréologie. CHD Parakou, 3= Service de Médecine interne CNHU-HKM Cotonou.

Auteur correspondant :e-mail : adegbidih@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques du bothriomycome à Cotonou. Une étude rétrospective a été réalisée sur dossiers de patient sur une période de 10 ans. Trente-deux cas de botriomycome ont été recensés soit une incidence annuelle de 3,2. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 45 ans (68,75%). Le sexe ratio H/F était égal à 1. Les lésions étaient hémorragiques dans 81,25% des cas. 61,77% ont présenté des lésions de taille variant entre 1 et 10 mm. La localisation céphalique (43,75%) a été la plus fréquente. 24 patients ont bénéficié d'un traitement avec un bon résultat

Mots clés : botriomycome, aspects épidémio-cliniques, Bénin

SUMMARY

The objective of this work was to study the epidemiological and clinical aspects of pyogenic granuloma in Cotonou. A retrospective study was performed on patients records over a period of 10 years. Thirty-two cases of pyogenic granuloma were identified. The incidence rate was 3.2. The age group most represented was that of 16-45 years (68.75). The sex-ratio M/F was 1. The lesions were haemorrhagic in 81.25 of cases. 61.77% had lesions ranging in size from 1 to 10 mm. cephalic location (43.75) was the most common. 24 patients underwent treatment with a good result.

Key-words. Pyogenic granuloma, clinico-epidemiological aspects, Benin.

INTRODUCTION

Le botriomycome ou granulome pyogénique ou encore bourgeon charnu est une tumeur vasculaire bénigne de la peau et des muqueuses, souvent secondaire à un traumatisme minime [1]. Habituellement de petite taille, la tumeur peut parfois se développer anormalement et évoquer cliniquement une tumeur maligne [2]. Très peu d'études ont été réalisées sur cette affection en Afrique Noire. L'objectif de ce travail était d'étudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique du bothriomycome dans le service de Dermatologie-Vénéréologie du Centre National Hospitalier et Universitaire-HKM de Cotonou (Bénin).

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de tous les malades admis dans le service de Dermatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga de Cotonou du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2010 (soit 10 ans) pour botriomycome. Ont été inclus dans l'étude tous les patients chez qui le diagnostic de botriomycome a été posé. Le diagnostic clinique de botriomycome a été retenu sur la base de l'existence d'un nodule exophytique, rouge-vif, rouge-brun ou bleu-noir de taille variable (quelques millimètres, voire plusieurs centimètres), pédiculé ou sessile, ayant un collet épidermique saignant

facilement au contact et présentant une consistance friable. L'examen histopathologique, après fixation du prélèvement cutané au formol à 10% montre un aspect de tissu de granulation. Le traitement de la lésion a été chirurgical dans tous les cas consistant soit à une électrocoagulation-curetage, soit à une exérèse simple au bistouri standard. Cette exérèse était associée à une cautérisation de l'artériole nourricière pour réduire la fréquence des récidives. Les paramètres socio-épidémiologiques (âge, sexe, origine géographique), cliniques et thérapeutiques ont été saisis dans un fichier informatique en vue d'une analyse statistique à l'aide du logiciel EPI Info version 2002. Les fréquences brutes et les proportions ont été utilisées pour la description statistique.

RÉSULTATS

Trente deux (32) cas de botriomycome ont été observés pendant la période considérée soit une incidence annuelle de 3,2 cas. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 16 à 45 ans (68,75%). Le sex-ratio H/F était égal à 1. La majorité des patients provenait de la capitale économique Cotonou (75%). La quasi-totalité des patients (93,75%) ont présenté une seule lésion. Vingt-six patients sur 32 (soit 81,25%) ont présenté des lésions hémorragiques. Quatre patients sur 32 soit 12,50% ont signalé un

signe fonctionnel dont 2 à type de prurit et 2 à type de douleur. Chez 7 patients, il a été identifié un facteur étiologique. En effet, le botriomycome était survenu au décours d'une cicatrice dans 4 cas et au cours d'une grossesse dans 3 cas. Plus de la moitié des patients (61,77%) ont présenté des lésions de taille variant entre 1 et 10 mm. Deux patients ont présenté 2 lésions juxtaposées avec un diamètre global de 21 et 30 mm. Quatre patients avaient des lésions de forme arrondie et un avait une lésion de forme ovalaire.

Toutes les lésions étaient rouges dont certaines recouvertes d'une croûte noirâtre. Huit lésions étaient de consistance mollasse et 2 étaient de consistance ferme. La base de la lésion a été précisée dans 15 cas : dont 9 avec collerette épidermique, 5 à base pédiculée et une à basse sessile.

La localisation céphalique (43,75%) a été la plus fréquente.

Le tableau n°1 montre la répartition selon le siège des lésions de nos patients.

Tableau I : Répartition selon le siège des lésions des 32 patients porteurs de bothriomycome au CNHU-HKM

Localisations			Effectif		Pourcentage (%)	
Cuir chevelu			6			
		Nez	1			
Tête	Visage	Joue	3	14	43,75	
		Menton	1			
		Tempe	1			
Tronc	Oreille		2			
	Antérieur		5	5	15,62	
	Postérieur		0			
Membres	Bras		1	4	12,50	
supérieurs	Mains		3			
Membres	Cuisse		3	6	18,75	
inférieurs	Pied		3			
OGE	Scr	otum	3	3	9,38	
Total				32	100	

OGE= Organes Génitaux Externes

Le tableau n°2 montre la répartition selon la taille et le saignement des lésions de nos patients <u>Tableau II</u>: Répartition des 32 patients porteurs de botriomycome au CNHU-HKM en fonction de la taille des lésions et de l'existence ou non de saignement.

Saignen	nent			
	Oui	Non	Total	
Taille (mm)				
1-10 11-20 21-30	17 06 03	04 81	21 07	
Total		ŏ6	32	

Huit patients sur les 32 ont été perdus de vu après la première consultation. Parmi les 24 qui ont bénéficié d'un traitement, la moitié a été traitée par électrocoagulation et l'autre moitié par une exérèse chirurgicale. L'évolution après traitement n'a pu être appréciée de façon objective car la majorité des patients (87.50%) n'a pas été revu après traitement.

DISCUSSION

Notre étude est limitée par son caractère rétrospectif . Les signes fonctionnels, les facteurs étiologiques éventuels et la consistance des lésions n'ont pas été systématiquement précisés dans les dossiers des patients .

- Sur le plan épidémiologique, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le granulome pyogénique touche plus volontiers l'enfant et l'adulte jeune et elle est rare chez le vieillard. De même on observe une prédominance féminine avec un sexratio femme/homme de 2,38/1 dans l'étude de Manuel Antonio Gordón-Núñez et al [3]. Bien que nos résultats concordent avec ces derniers sur l'âge, ils divergent sur le sex-ratio car nous avons observé une égalité

entre les deux sexes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que probablement les gynécologues prennent en charge sur le plan thérapeutique les gestantes atteintes de botriomycome. Ces femmes ne sont donc pas vues dans le Service de Dermatologie-Vénéréologie.

- Sur le plan clinique

La localisation céphalique est la plus représentée dans notre étude, elle forme avec les mains, les pieds et les organes génitaux externes 67,65% des lésions représentant ainsi la localisation acrale. La plupart des auteurs sont unanimes sur la fréquence de cette localisation acrale. Parmi ces localisations, celle orale est de loin la plus évoquée dans la littérature. Taiseer Al-Khateeb et al [4] dans une étude rétrospective en Jordanie ont colligé 108 cas de botriomycomes oraux dans un service de chirurgie maxillo-faciale et d'odontologie, dont 44,4% de localisation gingivale (la plus fréquente). Manuel Antonio Gordón-Núñez et al [3] ont également dans une étude rétrospective réalisée au Brésil, recensé 293 cas de botriomycome dont 83% de localisation gingivale. Les lésions gingivales sont habituellement vues par les odonto-stomatologues, ce qui pourrait expliquer l'absence de localisation orale dans notre étude. Quant à Gonçales ES et al [5], ils ont décrit un cas de localisation inhabituelle de botriomycome en l'occurrence sur la lèvre supérieure.

Piraccini et al [6] ont recensé dans une étude rétrospective sur 5 ans dans trois services de dermatologie, l'un en Italie, l'autre au Royaume-Uni et le dernier en Belgique, 58 cas de botriomycome à localisation péri unguéale et sous unguéale. La taille des lésions varie entre 1 et 10 mm pour la majorité de nos patients ; ce résultat est conforme à celui de Mirshams M [7] et al qui ont observé pour la plupart de leurs botriomycomes une taille allant de 2 à 14 mm.

La plupart des botriomycomes de Taiseer Al-Khateeb [4] ont une base pédiculée; dans notre étude la forme de la base dans plus de la moitié des lésions n'a pu être précisée. Dans l'étude de Gordón-Núñez et al [3], 61.1% des lésions ont une base pédiculée alors que dans notre série, nous avons observé 5 lésions à base pédiculée sur les 15 dont la base est pédiculée.

Chez 87,50% de nos patients, les signes fonctionnels n'ont pas été précisés ; dans l'étude de Gordón-Núñez et al [3] la majorité des patients sont symptomatiques.

Certains de nos cas de botriomycomes ont

posé le problème de diagnostic différentiel avec un mélanome acral, mais qui a été très vite élucidé par l'examen anatomopathologique des pièces d'exérèse. Ce problème de diagnostic différentiel se pose surtout avec les botriomycomes géants. Ceci a été également évoqué par Keita et al au Mali [2]. Venkata Ratnam [8] a récemment publié dans Indian Journal of Dermatology, un cas de mélanome desmoplastique chez une femme simulant un botriomycome. Cette étude vient une fois de plus confirmer la difficulté du diagnostic différentiel entre ces deux affections.

Sur le plan étiologique, la grossesse est souvent évoquée dans la littérature comme un facteur favorisant de botriomycome surtout à localisation orale. Selon Silverstein et al [9], c'est surtout au premier trimestre de grossesse et rarement au troisième trimestre qu'il se développe. Dans notre étude, trois cas de botriomycome ont été observés chez des femmes enceintes. De même le traumatisme est souvent évoqué comme facteur étiologique prédominant [6, 11]. Piraccini et al ont relevé différents facteurs étiologiques de botriomycome unguéaux et périunguéaux, dont des médicaments (acitreine, indinavir, antimitotiques), des traumatismes mécaniques, des lésions nerveuses au cours des traumatismes et des maladies inflammatoires systémiques (sarcoïdose cutanée, psoriasis et spondylarthrite séronégative) [6].

Surle plan thérapeutique, le meilleur traitement consiste en une électrocoagulation-curetage sous anesthésie locale, en prenant soin de bien détruire la profondeur de la lésion. Une excision chirurgicale, incluant la base d'implantation, est un autre bon choix thérapeutique car il diminuerait le risque de récidive. Ce sont ces deux schémas thérapeutiques qui ont été adoptés chez nos patients avec de bons résultats. Selon certains auteurs, d'autres thérapeutiques ont été également utilisées avec succès. Ainsi, certains proposent la ligature de la base du botriomycome qui constitue une technique non traumatique utilisée surtout chez l'enfant [12, 13], d'autres la cryothérapie. Dans une étude prospective, Mirshams et al [7] ont traité avec succès par cryothérapie 135 patients présentant un botriomycome. Ils suggèrent donc qu'une cryothérapie bien qu'elle soit un geste simple puisse effectivement traiter un botriomycome. Sara M et al [14] ont quant à eux utilisé chez dix enfants, de l'imiquimod en topique à 5% pour traiter avec succès des botriomycomes à localisation faciale. Nous ne disposons pas de cette molécule ni d'azote liquide à Cotonou. Enfin, l'élimination des facteurs étiologiques (médicaments, traumatismes, etc.) est important pour un bon résultat [6].

CONCLUSION

Cette étude rétrospective nous a permis de faire l'état des lieux sur le botriomycome à Cotonou. Cette pathologie semblait rare au Bénin et répondait bien au traitement. La localisation céphalique était la plus fréquente.

Une étude prospective multisectorielle incluant les services de dermatologie-vénéréologie, d'odonto-stomatologie, de pédiatrie, de chirurgie pédiatrique et de gynécologie-obstétrique serait utile pour une meilleure connaissance épidémiologique, clinique et thérapeutique de cette affection au Bénin.

RÉFÉRENCES

- Wauters O, Sabatiello M; Nikkels-Tassoudi N, Choffray A, Richert B, Piérard G-E, Nikkels AF. Le bothriomycome. Ann Dermatol Venereol 2010;137:238-242
- Keita S, Faye O, Konaré HD, Cissé IAH, Coulibaly K. Botriomycome géant à Bamako : un problème de diagnostic différentiel Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130 : 53
- 3. Gordón-Núñez MA, de Vasconcelos CM, Gomes BT, Maria Fernanda FL, Miguel MSL, Cavalcanti GH. Oral Pyogenic Granuloma: A Retrospective Analysis of 293 Cases in a Brazilian Population J Oral Maxillofac Surg 2010; 68:2185-2188
- 4. Al-Khateeb T, Ababneh K, Oral Pyogenic Granuloma in Jordanians: A Retrospective Analysis of 108 Cases J Oral Maxillofac Surg 2003; 61:1285-1288

- Gonçales ES, Damante JH, Fischer Rubira CM, Taveira LA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location J Appl Oral Sci. 2010;18(5):538-41
- Piraccini BM, Bellavista S, Misciali C, Tosti A, De Berker D, Richert B. Periungual and subungual pyogenic granuloma British Journal of Dermatology 2010; 163:941–953
- Mirshams M, Daneshpazhooh M, Mirshekari A, Taheri A, Mansoori P, Hekmat S. Cryotherapy in the treatment of pyogenic granuloma JEADV 2006;20:788–790
- 8. Venkata Ratnam B. desmoplastic melanoma presenting as pyogenic granuloma: report of a case with review of literature Indian J Dermatol. 2010; 55(3): 284–289.
- Silverstein LH, Burton CH, Singh BB. Oral pyogenic granuloma in pregnancy International Journal of Gynecology & Obstetrics 1995; 49: 331-332
- **10.Hamid J, Majid S, Nooshin M.** oral pyogenic granuloma: a review journal of oral Science 2006;48:167-175
- **11.**Takashi M, Ryuhei O, Setsuya A. Ligation of pyogenic granuloma on a face International Journal of Dermatology 2010;49:1075–1084
- **12.Holbe HC, Frosch PJ, Herbst RA.** Surgical pearl: ligation of the base of pyogenic granuloma an atraumatic, simple, and cost-effective procedure. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 509–510.
- 13.Sara M, Tritton, B, Saxon S, Li-Chuen W, Samuel Z, Gayle F. Pyogenic Granuloma in Ten Children Treated with Topical Imiquimod Pediatric Dermatology 2009; 26: 269–272