

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADN** : Acide désoxyribonucléique
- CHNEAR** : Centre hospitalier national d'enfant Albert Royer
- Co2** : Dioxyde de carbone
- DA** : Dermatite atopique
- DES** : Diplômes d'études spécialisées
- HALD** : Hôpital Dermatologique Aristide le Dantec
- IHS** : Institut d'Hygiène Sociale
- MC** : Molluscum contagiosum
-
- TCA** : Acide trichloracétique
- VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des sujets selon les tranches d'âge	11
Figure 2 : Répartition en fonction de la durée de recrutement	12
Figure 3 : Répartition de la durée dévolution selon la fréquence	13
Figure 4 : MC du visage	15
Figure 5 : Forme papulonodulaire	15
Figure 6 : Forme profuse de MC	16
Figure 7 : Forme tumorale de MC	16
Figure 8 : Répartition de nombre des lésions selon la fréquence.....	17
Figure 9 : Curetage des MC	20

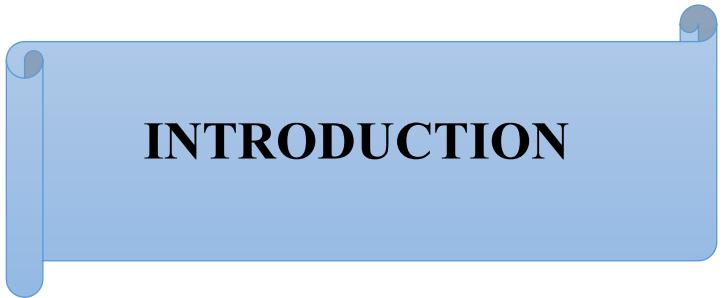
LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition selon le site de recrutement.....	10
Tableau II : Répartition de la taille des lésions selon la fréquence	17
Tableau III : Tableau illustrant les différentes localisations des MC.....	18
Tableau IV : Relation entre l'atopie et le prurit	21
Tableau V : Relation entre la durée d'évolution et la présentation clinique	22
Tableau VI : Relation entre forme profuse et notion d'atopie.....	22

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE.....	4
1. Objectifs de l'étude	5
1.1. Objectif général	5
1.2. Objectifs spécifiques	5
2. Cadre de l'étude	5
3. Patients et méthodes	6
3.1. Type et période d'étude	6
3.2. Population d'étude.....	6
3.3. Critères d'inclusion	6
3.4 Critères de non inclusion	7
4. Méthodologie	7
4.1 Déroulement de l'étude	7
4.2 La technique de collecte des données	7
4.3 La saisie et l'analyse des données	8
5. Aspects éthiques	8
6. Aspects financiers.....	8
RESULTATS	9
1. Etude descriptive	10
1.1. Profil socio-démographique des patients	10
1.2. Données épidémiologiques	10
1.3. Histoire de la maladie	12
1.4. Antécédents	13
1.5. Terrain.....	14
1.6. Itinéraires thérapeutiques.....	14
2.3. Caractéristiques de la lésion élémentaire	17
2.3.1.Taille des lésions	17

2.3.2. Nombre des lésions.....	17
2.2.3. Siège des lésions	18
3. Paraclinique.....	18
4. Les aspects thérapeutiques.....	19
5. Retentissement psychologique.....	20
6. Aspects évolutifs	20
7. Etude analytique	21
7.1 Relation entre l'atopie et le prurit	21
7.2. Relation entre la durée d'évolution et la présentation clinique	21
7.3. Relation entre formes profuses et la notion d'atopie	22
DISCUSSION	23
1. Apport de ce travail	24
2. Limites de l'étude	24
3. Données socio-démographiques	24
3.1 Age.....	24
3.2. Sexe.....	25
3.3. Facteurs de risque :	25
4. Aspects cliniques	26
5. Aspects thérapeutiques	27
6. Aspects évolutifs	28
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	29
REFERENCES.....	33
ANNEXE	



INTRODUCTION

Le molluscum contagiosum est une tumeur cutanée bénigne décrite pour la première fois par Thomas Bateman en 1814. L'origine virale du molluscum contagiosum a été découverte par Juliusberg en 1905. Il s'agit du Molluscipoxvirus qui est un virus à ADN de la famille Poxvirus, de la sous famille Chordopoxvirinae[1]. Comme leur nom l'indique, les molluscums contagiosums sont très contagieux, se rencontrent essentiellement chez l'enfant de 03 à 16 ans et dont la transmission se fait le plus souvent par contact cutané direct avec une personne infectée, dans les lieux publics (les piscines scolaires) ou par des vecteurs indirectement souillés par des personnes infectées (serviettes de bain...) [8].

Les études portant exclusivement sur les MC sont rares. En Afrique, au Burkina Faso une étude rétrospective faite dans un service de Dermatologie en milieu tropical, sur une période de 2 ans, le MC occupe la tête de liste des dermatoses virales [3]. À la nouvelle -Guinée, la prévalence est de 1.9% au niveau des montagnes, où le temps est plus frais et moins humide, alors qu'au niveau des régions plus basses, la prévalence varie de 3,35% à 4,35% [5].

En Amérique une étude à Alaska suggère que la propagation de l'infection était liée au contact interhumain étroit, plus que d'autres facteurs, particulièrement climatiques ou hygiéniques [6].

La période d'incubation est de deux à trois semaines [2]. Le diagnostic est essentiellement clinique se présentant sous forme de papules ou nodules avec une ombilication centrale laissant soudre une substance blanche crayeuse. Bien que le diagnostic soit aisé, en zone tropicale d'autres affections peuvent simuler un MC à savoir l'histoplasmose, les cryptococcoses, et les penicelloses. Dans sa forme profuse il est impératif de chercher un terrain dysimmunitaire notamment l'infection à VIH et constitue souvent la circonstance de découverte de cette dernière.

Le curetage constitue le traitement radical. Il s'avère très efficace et constitue le premier choix thérapeutique mais au détriment de la douleur engendrée, des cicatrices disgracieuses en rapport avec certaines localisations et de la phobie des enfants auprès des médecins.

L'évolution est souvent bénigne et les complications des MC sont communes et correspondent à des surinfections bactériennes [2].

Au Sénégal, aucune étude portant exclusivement sur les MC n'avait été réalisée. Ainsi nous avons jugé important de faire une mise au point sur les MC dont les objectifs étaient de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des MC chez l'enfant.

METHODOLOGIE

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif général

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du molluscum contagiosum.

1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les différentes présentations cliniques.
- Identifier les facteurs associés.
- Apprécier l'évolution des différentes formes.

2. Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée dans trois services de dermatologie de Dakar à savoir le Centre Hospitalier National Aristide le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS), et du Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (CHNEAR).

- Le service de dermatologie de HALD constitue le centre de référence en dermatologie à Dakar et même au Sénégal. Les ressources humaines comportent 7 dermatologues dont 2 professeurs titulaires et 2 maîtres de conférences agrégées, 1 maître-assistant, 3 internes et 58 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénérérologie. Le service reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 250 hospitalisations annuelles.
- Le service de dermatologie de l'IHS est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissibles et le 2ème centre de référence en dermatologie au Sénégal. Les ressources humaines sont constituées par des médecins dermatologues dont un professeur titulaire, un maître de conférences agrégées, deux internes, et 15 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie- vénérérologie.

Le service reçoit en moyenne 17000 patients par an en consultation avec environ 200 hospitalisations annuelles.

- Le service de dermatologie du centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer (C.H.N.E.A.R) de Dakar. Il s'agit d'un centre de référence national pédiatrique de niveau III. Il se situe dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Fann de Dakar. Les ressources humaines comportent 3 dermatologues dont 1 professeur titulaire, 1 maître-assistant, 1 internes et 4 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en dermatologie-vénérérologie.

3. Patients et méthodes

3.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective sur une période de 05 mois allant du premier Août 2020 au 31 Décembre 2020.

3.2. Population d'étude

La population d'étude était les enfants vus consécutivement en consultation externe au sein du service de Dermatologie de l'HALD de Dakar, l'Institut d'hygiène sociale et le Centre national hospitalier d'enfants Albert Royer.

3.3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les sujets pédiatriques dont l'âge est \leq à 15 ans présentant un molluscum contagiosum.

Le diagnostic était clinique reposant sur des lésions papulo-nodules ombiliquées laissant soudre une substance blanche crayeuse, de couleur chair, jaune, ou rouge foncé avec une nuance violette spécifique. Ces lésions sont fermes, hémisphériques, brillantes de régularité dense et élastique, avec une bordure claire, en forme de dôme.

3.4 Critères de non inclusion

Nous avons exclu dans notre étude tous les patients qui ont refusé de participer à l'étude

4. Méthodologie

4.1 Déroulement de l'étude

Les patients vus en consultations étaient soumis à un interrogatoire basé sur un questionnaire validé, puis un examen clinique complet effectué par (Médecin DES de Dermatologie inscrite en 4ème Année).

4.2 La technique de collecte des données

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire confectionné (Annexe I)

L'interrogatoire et l'examen clinique ont été réalisés par la même personne au niveau de l'Hôpital Aristide le Dantec (HALD), l'Institut d'hygiène sociale et le Centre national hospitalier d'enfants Albert Royer.

A partir du questionnaire, nous avons recueilli :

- Des données socio-démographiques de l'enfant : âge, sexe, provenance, origine ethnique, résidence, scolarité, profession et revenu mensuel fixe des parents.
- Les variables cliniques : motifs de consultation, durée d'évolution, signes fonctionnels, lésions élémentaires, topographies des lésions et traitements.
- Les variables paracliniques (biologiques).

La personne chargée de l'enquête est un Docteur en médecine en 4ème année du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en Dermatologie-Vénérérologie à Dakar.

4.3 La saisie et l'analyse des données

La saisie des données et l'étude statistique avec analyse quantitative et qualitative ont été réalisées en utilisant le logiciel « IBM SPSS Statistics » version 25. L'étude descriptive a été réalisée par le calcul de fréquences pour les variables qualitatives. Pour les données quantitatives, l'étude a été réalisée par le calcul des moyennes.

L'étude analytique a été faite avec des croisements de variables à l'aide de tableaux de contingence à double entrée. Pour comparer les fréquences, le test du KHI 2 et celui de Fischer ont été utilisés selon leur condition d'applicabilité, avec un seuil de significativité alpha inférieur à 0,05.

5. Aspects éthiques

Le consentement oral libre et éclairé chez les parents était requis.

La confidentialité était également respectée.

L'autorisation du chef de service a été préalablement obtenue.

Le refus de participer n'avait aucun impact sur la prise en charge du malade.

6. Aspects financiers

Cette étude n'a pas bénéficié de financement et rentre dans le cadre du mémoire de fin d'études de DES.

RESULTATS

1. Etude descriptive

1.1. Profil socio-démographique des patients

Durant la période d'étude de 05 mois, 50 enfants ont consulté au service de Dermatologie de l'Institut d'hygiène sociale, Hôpital Aristide le Dantec et le Centre national hospitalier d'enfants Albert Royer.

Le tableau suivant illustre la répartition des patients selon le site de recrutement.

Tableau I : Répartition selon le site de recrutement

Site de recrutement	Effectif	Pourcentage %
IHS	32	14,00
CHNEAR	11	64,00
HALD	7	22,00

1.2. Données épidémiologiques

✓ L'âge :

Notre population d'étude avait une moyenne d'âge de 4,48 ans dont les extrêmes allant de 1 à 12 ans avec un écart type de $\pm 2,24$.

La tranche d'âge la plus touchée était celle entre 1 et 5 ans.

La répartition en fonction de la tranche d'âge est illustrée sur la figure suivante.

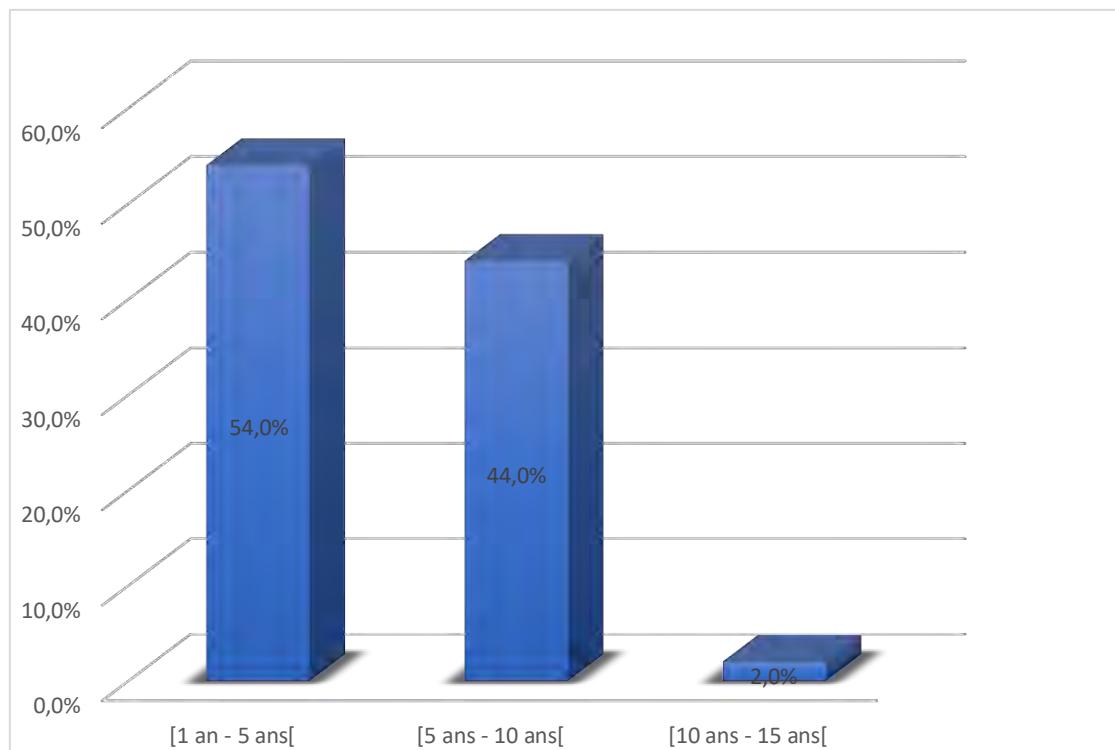


Figure 1 : Répartition des sujets selon les tranches d'âge

✓ **Le sexe :**

Notre série regroupait 29 garçons (58%) et 21 filles (42%), soit un sexe-ratio de 1,38.

✓ **Nombre de cas en fonction de la période de recrutement :**

Nous avons noté un pic de fréquence au mois de Novembre.

Le graphique suivant illustre le nombre de cas en fonction de la période de recrutement

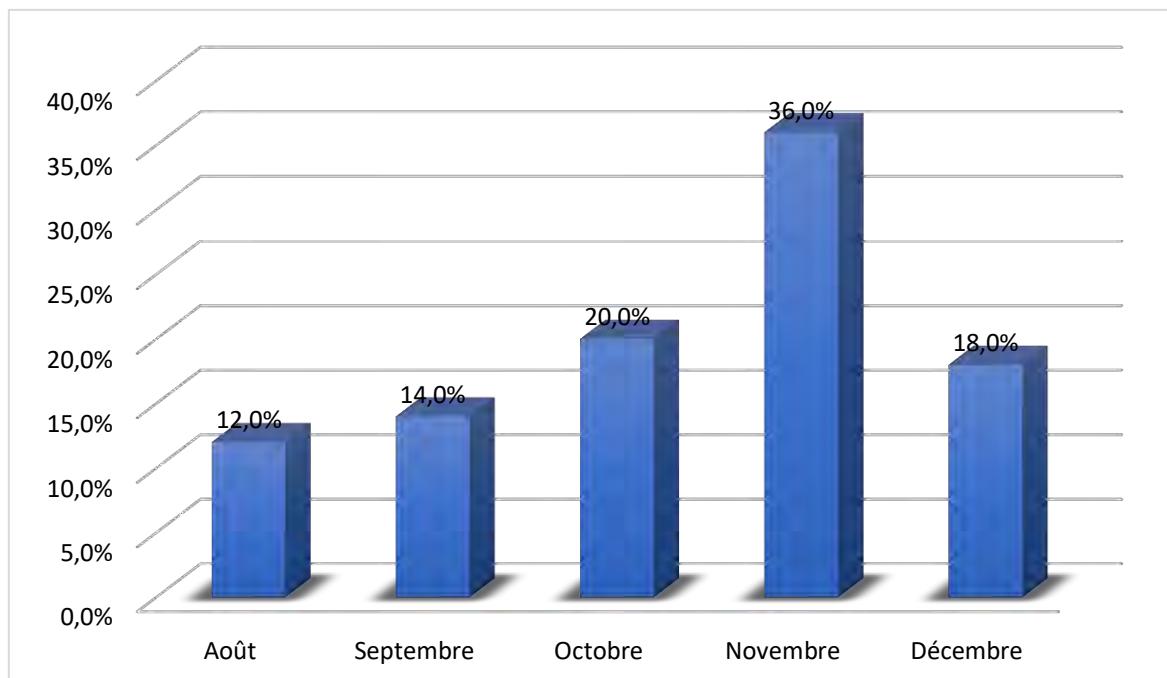


Figure 2 : Répartition en fonction de la durée de recrutement

✓ **Scolarisation :**

Dans notre série ,72% des enfants étaient scolarisés dont un seul enfant fréquentait l'école coranique.

Quatorze pourcents des enfants n'étaient pas en âge de scolarisation.

1.3. Histoire de la maladie

✓ **Durée d'évolution**

Dans notre étude, la durée d'évolution à 4 semaines était notée dans 36% des cas.

La figure suivante montre la répartition des malades en fonction de la durée d'évolution.

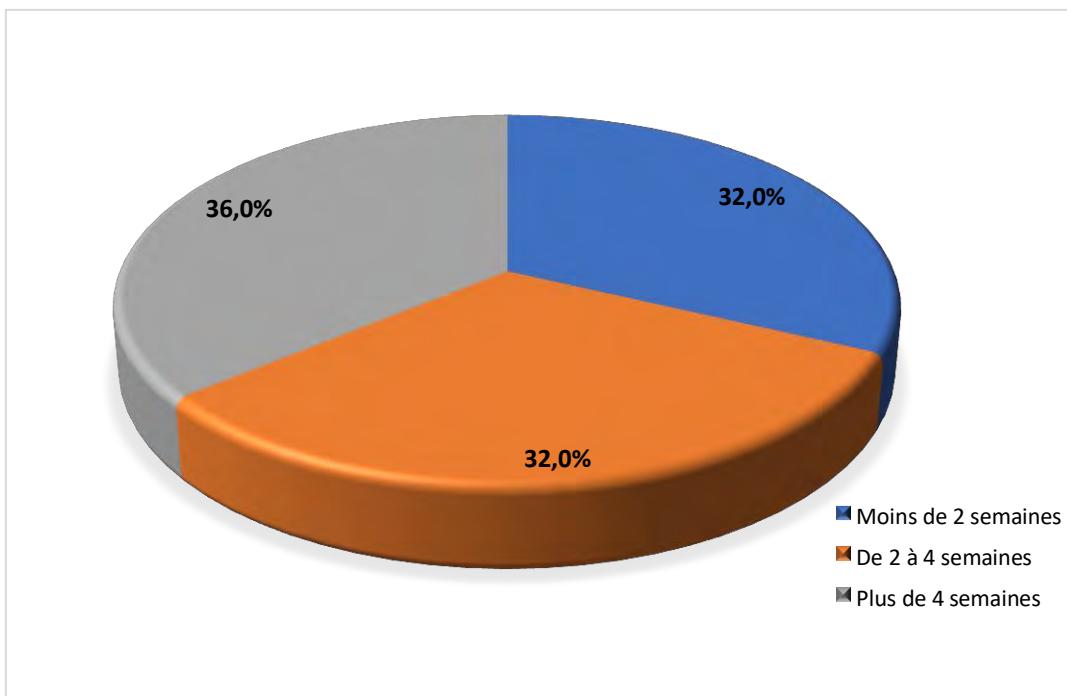


Figure 3 : Répartition de la durée dévolution selon la fréquence

✓ **Notion de cas similaire dans la famille**

La notion de cas similaire dans la famille a été retrouvée dans 16% de nos malades.

Il s'agissait d'enfants présentant des MC durant les 6 derniers mois et vivant au sein de la même maison.

1.4. Antécédents

✓ **Notion de baignade dans la piscine**

Une notion de baignade avait été retrouvée chez un seul enfant.

✓ **Promiscuité**

Une notion de promiscuité avait été notée chez 14% de nos malades.

Nombre de personnes par famille >7(n=4) (8%). Nombre de personnes par famille entre 7et 10 (n=1) (2%)

Nombre de personnes par famille >10 (n=2) (4%).

1.5. Terrain

La notion d'atopie était retrouvée chez 26 cas (52%) de nos malades :

- Il s'agissait de la dermatite atopique dans 12 cas soit 24%.
- L'asthme a été rapportée dans 5 cas soit 10%.
- Le prurit isolé a été rapporté dans 9 cas soit 18%.

1.6. Itinéraires thérapeutiques

➤ Les malades étaient suivis antérieurement par un :

- Dermatologue dans 10 cas soit 20 %.
- Tradipraticien dans 6 cas soit 12%.
- Généraliste dans 5 cas soit 10 %.

➤ Les traitements antérieurs étaient :

- Des antibiotiques généraux dans 26 cas soit 52%.
- Des dermocorticoïdes dans 20 cas soit 40%.
- Des antibiotiques locaux dans 7 cas soit 14 %.
- Un antiseptique dans 6 cas soit 12%.

2. Donnés cliniques

2.1 Signes fonctionnels

Dans notre étude le prurit a été rapporté par 9 cas (18 %) et 7 cas (14 %) avaient un saignement lors du grattage des lésions.

2.2 Présentations cliniques :

Les différentes présentations cliniques retrouvées sont :

- La forme papulo nodulaire dans 29cas soit 58%.
- La forme profuse dans 10 cas soit 20%.
- La forme eczématisée dans 8 cas soit 16%.
- La forme tumorale dans 2 cas soit 4 %.
- La forme inflammatoire dans 1 cas soit 2 %.



Figure 4 : MC du visage Figure 5 : Forme papulonodulaire
(Collection dermatologie HALD

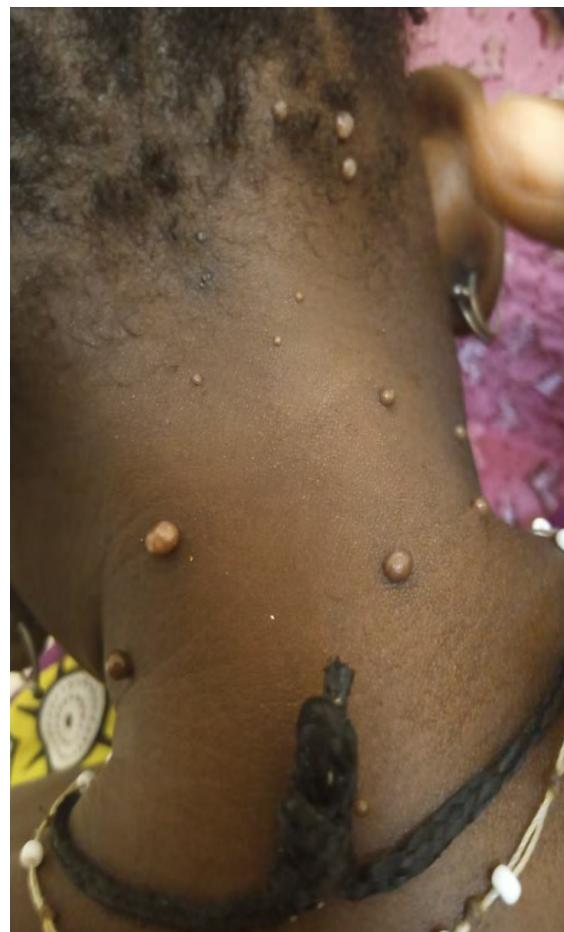




Figure 6 : Forme profuse de MC (Collection dermatologie CHNEAR)



Figure 7 : Forme tumorale de MC (Collection dermatologie CHNEAR)

2.3. Caractéristiques de la lésion élémentaire

2.3.1. Taille des lésions

La taille des lésions était variable : 48 % des lésions avaient une taille de (1-5mm).

Le tableau suivant montre la répartition des lésions en fonction de la taille.

Tableau II : Répartition de la taille des lésions selon la fréquence

		Fréquence	Pourcentage%
Valide	0-5mm	27	54,0
	5mm-1cm	16	32,0
	Sup 1cm	7	14,0
	Total	50	100,0

2.3.2. Nombre des lésions

On observe que 78% des cas avaient un nombre des lésions entre 1-5 lésions.

La figure suivante, montre la répartition du nombre des lésions.

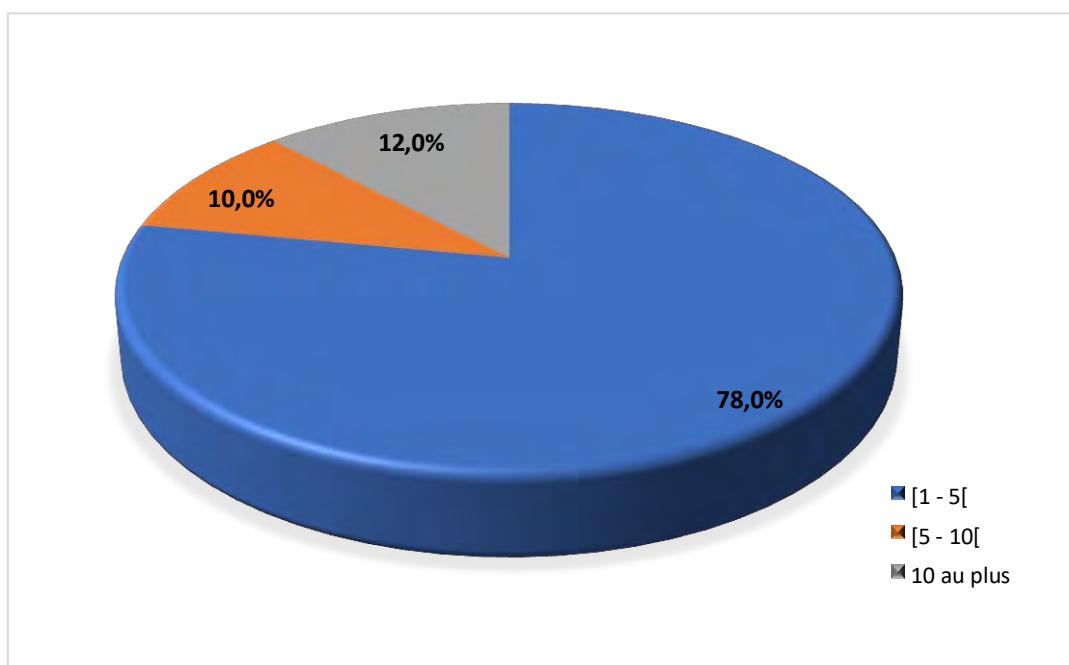


Figure 8 : Répartition de nombre des lésions selon la fréquence.

2.2.3. Siège des lésions

Différentes topographies pouvant être observées chez nos malades.

Une localisation faciale a été retrouvée dans 98 % des cas.

Le tableau suivant illustre les différentes localisations des lésions de molluscum contagiosum chez nos enfants.

Tableau III : Tableau illustrant les différentes localisations des MC

Siège des lésions	Effectif	Pourcentage %
Face	49	98
Tronc	6	12
Membres	4	8
Dos	3	6

Topographie faciale	Effectif	Pourcentage %
Paupières	8	16
Front	10	20
Joue	9	18
Menton	22	44

3. Paraclinique

- La sérologie rétrovirale réalisée dans 10 cas de formes profuses était positive dans 2 cas (4%), il s'agissait d'enfants âgés respectivement de 5 et 6 ans.
- Le taux de CD4 était respectivement de $100/\text{mm}^3$ et 190 mm^3 .
- Les explorations allergologiques (prick test) réalisées dans 2 cas ont confirmé l'atopie.

- Le phénotype lymphocytaire demandé chez les 8 autres enfants n'était pas réalisé suite à une faute des moyens.
- L'hémogramme réalisé chez 5 enfants présentant la forme profuse était normal.
- L'histologie cutanée n'avait pas été réalisée chez nos malades.

4. Les aspects thérapeutiques

➤ Traitement institué

Une éducation thérapeutique ainsi qu'un traitement était prescrit pour chaque patient.

✓ Traitement local :

- Curetage : avait été utilisé chez 76% des enfants.
- Hydroxyde de potassium (molotrex) : avait été utilisé chez 10% des enfants.

✓ Traitement associé :

- Des antibiotiques locaux (Fucidine)
- Des dermocorticoïdes
- Antiseptiques
- Des crèmes cicatrisantes : afin d'éviter toute cicatrice disgracieuse.

✓ Traitement Général :

- Des antibiotiques systémiques (macrolides) à raison de 50 mg /kg/jour 2 fois par jour afin d'éviter ou prévenir toute surinfection des lésions post curetage. Dans les formes profuses associées à l'infection par le VIH, les patients étaient référés en pédiatrie pour une prise en charge de la maladie.
- Dans la topographie palpébrale, les enfants étaient référés au service d'ophtalmologie pour une exérèse.



Figure 9 : Curetage des MC

5. Retentissement psychologique

Quant au traitement par curetage, nous avons recueilli le ressentiment des parents par rapport à l'acte chirurgical. Ainsi 50% des parents ont une antipathie par rapport au curetage du fait de la douleur engendrée, des cris et agitations incessants, de la crainte des cicatrices affichantes et de la phobie ultérieure des enfants par rapport aux structures sanitaires.

6. Aspects évolutifs

Dans notre série l'évolution était favorable chez 34 cas (68%).

La survenue de quelques cicatrices atrophiques était notée chez 5 cas (10%). Il s'agit de petites cicatrices de 1 à 3 cm de diamètre.

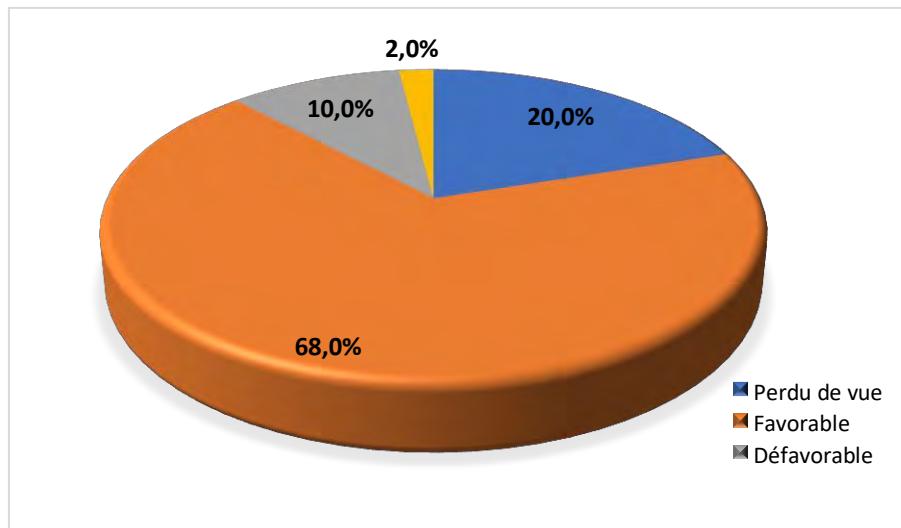


Figure 10: Répartition selon l'évolution de la maladie

7. Etude analytique

7.1 Relation entre l'atopie et le prurit

Nous n'avons pas objectivé de lien statistiquement significatif entre l'atopie et la notion de prurit.

Tableau IV : Relation entre l'atopie et le prurit

		Prurit		Total	p-value
Notion d'Atopie	Oui	Oui	Non		
	Oui	4	22	26	0,396
	Non	1	23	24	
Total		5	45	50	-

7.2. Relation entre la durée d'évolution et la présentation clinique

L'analyse des données de l'enquête relative à la durée d'évolution, n'a objectivé aucun lien statistiquement significatif entre cette dernière et les différentes présentations cliniques.

Tableau V : Relation entre la durée d'évolution et la présentation clinique

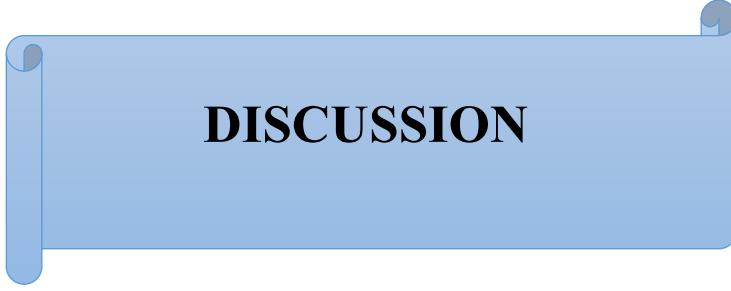
		Durée d'évolution			Total	p-value
		Moins de 2 semaines	De 2 à 4 semaines	Plus de 4 semaines		
Forme Papulo Nodulaire	Oui	7	12	10	29	0,194
	Non	9	4	8	21	
Forme eczématisée	Oui	4	6	0	10	0,2
	Non	12	10	18	40	
Forme profuse	Oui	5	4	1	10	0,145
	Non	11	12	17	40	
Forme tumorale	Oui	2	0	0	2	0,1
	Non	5	2	1	8	

7.3. Relation entre formes profuses et la notion d'atopie

Dans notre étude il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre les formes profuses et la notion d'atopie ($P < 0,194$). Les résultats sont illustrés dans le tableau VI.

Tableau VI : Relation entre forme profuse et notion d'atopie

		Forme profuse		Total	p-value
		Oui	Non		
Notion Atopie	Oui	6	20	26	0,194
	Non	4	20	24	
Total		10	40	50	-



DISCUSSION

Nous rapportons une étude portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques rencontrés en consultation chez l'enfant, avec recueil prospectif des données sur une période de 05mois, du premier août 2020 au 31 Décembre 2020, dans le service de Dermatologie-vénérérologie à l'Hôpital Aristide le Dantec de Dakar, l'Institut d'hygiène sociale et le Centre national hospitalier d'enfants Albert Royer.

1. Apport de ce travail

Il s'agirait à notre connaissance de la première étude au Sénégal qui s'intéresse aux principaux aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques rencontrés chez l'enfant permettant d'élaborer une démarche diagnostique et établir un traitement adéquat en consultation de dermatologie.

2. Limites de l'étude

Notre étude était multicentrique d'une durée courte coïncidant avec une situation épidémiologique particulière (COVID 19), ce qui explique la réduction de la fréquentation des patients au niveau des structures sanitaires.

3. Données socio-démographiques

3.1 Age

Le MC est un motif de consultation assez fréquent en dermatologie pédiatrique, les enfants en bas âge représentent la catégorie la plus vulnérable de cette pathologie.

L'âge moyen de notre population d'étude était de 4,48 ans ($\pm 2,24$), Ce qui rejoint l'étude de Katibi et al qui a rapporté un âge moyen de 4,7 ans ($\pm 4,1$) dans leur population d'étude portant sur 419 patients âgés de moins de 18 ans [8]. Toutefois, Fofana et al, dans leur série de 5149 enfants âgés de moins 15ans, ont noté un âge moyen de 8 ans $\pm (5,7)$ [9]. Afsar et al, sur une population de

539 patients âgés de moins de 18 ans, ont noté un âge moyen de 5,32 ($\pm 4,75$) [11].

Dans une autre étude faite à l'hôpital d'enfant de Rabat (Maroc), la tranche d'âge la plus touchée était de 2 à 8 ans [12], contre 2 à 5 ans dans la série du Benyoussef[13]. Ces résultats rejoignent ainsi les données de la littérature mondiale en particulier dans les pays en voie de développement [13].

3.2. Sexe

Une légère prédominance masculine a été notée dans notre série avec un sexratio de 1,38. Ce même constat avait été rapporté par l'étude marocaine de Benyoussef et de Allelouch avec des sexes ratio respectifs de 1.39 et de 1.36. Cependant dans l'étude Américaine réalisée par Matis W.L et al on notait une répartition quasi identique entre les deux sexes [16].

3.3. Facteurs de risque :

Baignade dans la piscine

Contrairement aux résultats des autres séries la notion de baignade est souvent rapportée comme facteur favorisant à la survenue des MC. En effet, dans les pays développés, un pic d'incidence plus tardif est observé chez les grands enfants fréquentant les piscines [21].

Promiscuité

La promiscuité reste un facteur favorisant la dissémination du virus ce qui explique aussi l'incidence la plus élevée chez les enfants des écoles coraniques ou d'internats [21]. Ce facteur était observé chez 14% de nos malades ce qui concorde avec l'étude du Benyoussef où plus que 56% des cas fréquentait les crèches et les cités d'internats [22]. La promiscuité avait été noté également dans une étude africaine portant sur 302 patients, dans 34 % des cas [22]. Ce

même constat était noté dans une proportion plus importante (68%) dans l'étude marocaine réalisée par Allelouch et al en 2015[22].

4. Aspects cliniques

Dans notre étude, l'atopie était observée chez plus de la moitié des malades (52%). Cette fréquence des MC sur terrain atopique pourrait s'expliquer d'une part par l'écosystème des peaux atopiques qui expose aux infections virales et d'autre part par l'iatrogénicité. En effet l'utilisation des dermocorticoïdes au long cours favorise une immunodépression locale. Cette hypothèse avait été confirmée par une étude africaine objectivant que la majorité des cas (82%) des MC étaient associées à une dermatite atopique[15].

Le prurit observé chez nos malades serait expliqué par l'association avec l'atopie. Néanmoins tout patient présentant des MC, il est important de rechercher un terrain atopique.

La durée d'évolution longue de 4 semaines en moyenne était probablement liée au caractère indolore des MC. Ce constat était noté dans plusieurs études notamment africaine et américaine [3 ;25].

Cependant une consultation précoce était notée dans certaines études probablement dû au caractère inesthétique des lésions à raison de la topographie aux zones affichantes.

Concernant les formes cliniques, la forme papulonodulaire reste de loin la plus fréquente. Ainsi la majorité des lésions siégeait au niveau facial dans 98% des cas. Cette topographie faciale prédominante pourrait être liée au manuportage fréquent et à la fragilité de la peau. Ce résultat est concordant avec les données de la littérature [25]. Cependant dans d'autres études, la localisation élective du tronc était prédominante [25] [31].

Par ailleurs, une étude portant sur 72cas de MC réalisée au Maroc, avait objectivé une corrélation entre la topographie faciale et l'existence d'un terrain dysimmunitaire [31].

Dans les formes profuses, nous avons retrouvé 2 cas de MC associés à l'infection par le VIH ce qui concorde avec l'étude américaine objectivant que les formes multiples de MC étaient le plus souvent associées à un terrain dysimmunitaire [22].

De plus dans les formes profuses, le diagnostic différentiel se pose avec certaines affections opportunistes notamment l'histoplasmose et la cryptococcose. Cependant la substance blanche crayeuse lors de la pression d'un nodule est un argument de taille pour un molluscum contagiosum. Quant à la forme tumorale, observée dans 2 cas, son diagnostic est parfois difficile du fait de la similitude clinique avec les autres tumeurs cutanées tels que le kératoacanthome et l'épithélioma basocellulaire qui sont exceptionnelles chez les enfants.

Dans les formes associées à l'infection par le VIH le curetage des lésions était impossible du fait de leur multiplicité. Ainsi un traitement par la potasse ou l'introduction du traitement antirétroviral permet une régression des lésions de MC.

5. Aspects thérapeutiques

Les traitements des MC sont mal codifiés le plus souvent réservés aux moyens thérapeutiques disponibles. Dans notre série, le curetage était le plus utilisé (76% des cas) en raison de son efficacité. Cependant la douleur engendrée est considérable poussant même certains parents à réfuter cette pratique.

Dans la série marocaine de Benyoussef le curetage était également utilisé dans 100% des cas avec ou sans anesthésie et en association avec des antiseptiques

locaux [31]. Cependant dans l'étude de Allelouch et al le curetage n'a été utilisé que chez 38% enfants [30].

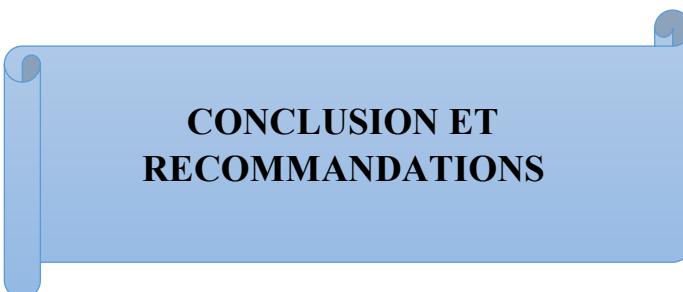
Une antibiothérapie à visée préventive (macrolides) était le plus souvent associée au curetage.

Plusieurs autres thérapeutiques locales par agents physiques peuvent être utilisés tels que la cryothérapie à l'azote liquide, l'électrocoagulation après anesthésie locale, et le laser co2. Cependant certains auteurs pensent que les complications inesthétiques sont considérables à savoir les brûlures, les chéloïdes, et les pigmentations secondaires [31].

Il existe des traitements inoffensifs tels que l'hydroxyde de potassium à savoir le molutrex une solution dosée à 5% d'utilisation très facile allant de 1 à 2 applications par jour jusqu'à l'apparition d'une rougeur (habituellement de 2 à 10 jours). Il ne nécessite pas de rinçage. Il peut être utilisé sur le visage et le corps (hors contour des yeux et muqueuses) chez l'enfant à partir de 2 ans.

6. Aspects évolutifs

Les MC régressent habituellement spontanément en 2 à 3 mois chez les patients immunocompétents. Cependant, certaines lésions peuvent persister 3 à 5 ans [9]. Dans notre étude l'évolution était favorable chez 34 cas (68%), des cicatrices inesthétiques ont été observées chez 5 cas (10%), et 11 cas ont été perdus de vue après le traitement. Dans une série menée au Burkina, et au Maroc l'évolution était favorable respectivement chez 86% et 73,1% après la première consultation [2 ,27]. Il ne s'agit pas d'une maladie immunisante, des récidives étaient rapportées chez 2 cas dans notre série.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le molluscum contagiosum est une tumeur cutanée bénigne d'origine virale, L'agent responsable est le molluscipoxvirus, de la famille des poxvirus. Il s'agit d'une infection très contagieuse touchant préférentiellement les enfants en bas âge. Le curetage constitue le traitement radical en raison de son efficacité. Les études portant sur les MC sont rares dans la littérature. Au Sénégal, aucune étude portant exclusivement sur les MC n'a été réalisée. Ainsi nous avons mené une étude descriptive multicentrique sur une période de 5 mois, du premier Août 2020 au 31 Décembre 2020 dans les services de Dermatologie du centre Hospitalier Aristide Le Dantec (HALD), l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) et le Centre National Hospitalier d'Enfants d'Albert Royer (CNHEAR) de Dakar. Nous avions inclus tous les enfants qui consultaient pour un molluscum contagiosum.

L'objectif général était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des MC.

Les objectifs secondaires étaient :

- Déterminer les différentes présentations cliniques.
- Identifier les facteurs associés.
- Apprécier l'évolution des différentes formes.

L'âge de nos enfants était compris entre 1 et 12 ans avec une moyenne d'âge de 4,48 et une prédominance masculine. La tranche d'âge la plus touchée était de 01- 05 ans.

- Les terrains associés aux MC dans notre étude étaient :
 - ✓ La promiscuité notée dans 14% de nos malades.
 - ✓ La notion d'atopie qui avait été retrouvée dans 52% de nos malades.
- La notion de cas similaire dans la famille a été retrouvée dans 16% de nos malades.

- La notion de baignade dans la piscine avait été retrouvée chez un seul enfant.
- Le Diagnostic était facile.
- La durée moyenne d'évolution était de 4 semaines.
- Les signes fonctionnels étaient :
 - ✓ Prurit dans 9 cas (18%).
 - ✓ Saignement dans 7 cas (14%).
- La présentation clinique la plus dominante était la forme papulonodulaire (29 cas) soit 58%.
- La forme profuse était retrouvée chez 10 cas soit 20%.
- La forme eczématisée dans 8 cas soit 16%, la forme tumorale dans 2 cas soit 4%, et la forme inflammatoire dans un seul cas soit 2%.
- La topographie prédominante était la région faciale (49cas) soit 98%.
- La sérologie rétrovirale réalisée dans 10 cas (20%) de formes profuses était positive dans 2 cas (4%), le taux de CD4 était respectivement de $100/\text{mm}^3$ et 190mm^3 .
- Les explorations allergologiques réalisées dans 2 cas (4%) ont confirmé la notion d'atopie.
- Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'existence du prurit et la notion d'atopie avec $p < 0,260$ ni entre la durée d'évolution et les présentations cliniques ainsi qu'entre les formes profuses et la notion d'atopie ($p < 0,194$).
- Le traitement préconisé était le curetage chez 38 cas (78%), et l'hydroxyde de potassium (molutrex)chez 10 % des enfants.
- Une antibiothérapie (macrolides) à visée préventive dans 50% des malades.
- Un ressentiment des parents par rapport à l'acte chirurgical a été noté chez

50% des parents. (Il s'agirait de la douleur engendrée, le saignement et cicatrices inesthétiques.)

- Une éducation thérapeutique avait été faite chez tous les parents.
- Une évolution favorable était notée dans 68% (n=34).
- Des cicatrices inesthétiques ont été observées chez 5 cas (10%).
- Deux cas (2%) de récidives étaient rapportés.
- Onze cas (20%) étaient perdus de vue après le traitement.

Au terme de notre étude et au vu des résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'égard du personnel soignant

- Faire une étude multicentrique plus élargie à l'ensemble des hôpitaux et sur une période plus longue, pour mieux apprécier les facteurs associés à la survenue des molluscum contagiosum.
- Rechercher un terrain d'atopie chez tout enfant présentant un MC.
- Établir une meilleure collaboration entre dermatologues, médecins généralistes, pour améliorer la prise en charge des molluscum contagiosum.

A l'égard des malades

- Faire une consultation spécialisée précoce.
- Suivre les conseils du médecin concernant la prévention de la maladie.
 - ✓ Un bon lavage des mains est la meilleure façon de prévenir la transmission du molluscum contagiosum.

REFERENCES

1 / O. Vanhooteghem, A. Henrijean and M. de la Brassine
Epidémiologie, clinique et traitements du molluscum contagiosum : revue de la littérature. Annales de Dermatologie et de Vénérologie ; volume 135, Issue 4 , April 2008, pp : 326-338.

2 /Infections à cytomégalovirus, Epstein-Barr virus et molluscum contagiosum virus. Acta Urolo Belg., 1993 ,61 : 267-271

3 /Traore A, Koueta F, Kam KL, Sanou L, Dao L, et al. Les dermatoses infectieuses de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical (Burkina Faso). Nouvn Dermato. 1999 ; 18 : 281-284.

4 /Pierard G, Caumes E, FrancimontC, Estrada J. Dermatologie tropicale.
Bruxelles, éditions de l'université de bruxelles 1993 : p605

5 /Postleethwaite R. Molluscum contagiosum : a review. Arch Env Health, 1970 , 21 : 432-452.

6 /Overfeild T.M, brody J.A. An epidemilogie study of molluscum contagiosum in Anchorage., Alaska. J Pediatr , 1966 ; 69 : 640-642.

7 / PH. Beaulieu , E.P .Aboucaya, I.Bennassy , F.Blaise et al. Molluscum contagiosum, étude épidemiologique de 452 observations en pratique libérale. Nouv Dermato. 2000 ; 19 : 231.

8 /C. Bieder, M. Larrègue Molluscum contagiosum J Pédiatr Puériculture 1999 ; 12 : 488-93.

9/Matis W.L. et Triana A , Shapiro R, et al. Dermatologic findings associated with human immunodeficiency virus infection. J Am AcadDermato., 1987 ; 17:746-751

10 / Osman Moussa I. Les dermatoses infantiles :Etude prospective de 307 cas au service de dermatologie du C.H.U. Aristide Le Dantec de Dakar Mémoire de dermatologie Dakar 2017 Numéro 247.

11/ Afsar FS. Analysis of pediatric dermatology inpatient consultations in a pediatric teaching hospital. Arch Argent Pediatr. 2017 Dec 1;115(6):e377e384.

- 12/ Overfeild T.M, brody J.A.** An epidemiologic study of molluscum contagiosum in Anchorage., Alaska. J Pediatr , 1966 ; 69 : 640-642
- 13 / Magdalene A. Dohil MD, Peggy Lin MD, James Lee MD, PhD, Anne W. Lucky MD , Amy S. Paller MD and Lawrence F. Eichenfield MD** The epidemiology of molluscum contagiosum in children Journal of American academy of dermatology, volume 54, Issue 1, January 2006, pages: 47-54.
- 14 / Olsen JR, Gallacher J, Piguet V, Francis NA.** Epidemiology of molluscum contagiosum in children: A systematic review. Fam Pract 2014; 31(2): 130-6.
- 15/ Traore A, Koueta F, Kam KL, Sanou L, Dao L, et al.** Les dermatoses infectieuses de l'enfant dans un service de dermatologie en milieu tropical (Burkina Faso). Nouvn Dermato. 1999 ; 18 : 281-284.
- 16 / Pierard G, Caumes E, FrancimontC, Estrada J.** Dermatologie tropicale. Bruxelles, éditions de l'université de bruxelles 1993 : p605
- 17/ Fofana Y, Traore B, Dicko A, Faye O, Berthe S, Cisse L et al.** Profil épidémio-clinique des dermatoses chez les enfants vus en consultation dermatologique dans le service de dermatologie du centre national d'appui contre la maladie à Bamako (Mali). Pan Afr Med J 2016;25:238.
- 18/ Abdou OR, Choua RK, Tchoua R.** Les urgences pédiatriques au centre hospitalier de Libreville. Méd Afr. Noire 2002 ; 49 (11) : 475-480.
- 19/ Oninla O, Oninla S.O, Onayemi O, Olasode O.A.** Pattern of paediatric dermatoses at dermatology clinics in Ile-Ife and Ilesha, Nigeria. Paediat Int Child Health 2015; 18:3-4
- 20/H. Beaulieu , E.P .Aboucaya, I.Bennassy , F.Blaise et al.** Molluscum contagiosum, étude épidémiologique de 452 observations en pratique libérale. Nouv Dermato. 2000 ; 19 : 231.

- 21/ Heng M, Steur M, Levy A, et al.** Lack of host cellular immune response in eruptive molluscum Contagiosum. J Am Acad Dermato., 1989; 11: 248-254
- 22/ M.A. Dophil, P.Lin, J. Lee, A.W. Lucky, A.S. Paller and L.F.Eichenfield**
The epidemiology of molluscum contagiosum in children J Am Acad Dermatol 54 (2006), pp 47-54.
- 23/ Berbegal-DeGracia L, Betlloch-Mas I, DeLeon-Marrero FJ, MartinezMiravete MT, Miralles-Botella J.** Neonatal molluscum contagiosum: Five new cases and a literature review. Australas J Dermatol 2015; 56(2): e35-8.
- 24/ Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C.** Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2019; 12: 373–381.
- 25/ Kaplan . M, Sadick N , Menutt N, et al.** Dermatologic findings and manifestations of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). J Am AcadDermato., 1987 ; 16 : 485-506.
- 26/ Nankervis H, Thomas KS, Delamere FM, Barbarot S, Smith S, Rogers NK et al.** What is the evidence-base for atopic eczema treatments? A summary of published randomised controlled trials. Br J Dermatol. Br J Dermatol. 2017 Apr;176(4):910-927.
- 27/ Langan SM, Irvine AD, Weidinger S.** Atopic dermatitis. Lancet. 2020 Aug 1;396(10247):345-360.
- 28/ Sarembaud A.** Eczéma sec, Pix liquida comme médicament à usage homéopathique. La Revue d'Homéopathie. 2020 ;11 (1) : 23-26.
- 29/ CEDEF.** Item 183 – UE 7 Hypersensibilités et allergies cutanéo-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Ann Dermatol Venereol. 2018 Mar;145 Suppl 1:S114-S130
- 30/ Francis RD, Bradford HB.** Some biological and physical properties of molluscum contagiosum virus propagated in tissus culture. J. Virol., 1976, 19: 382-388.

31/ Antoniou C, Kosmadaki MG, Stratigos AJ, Katsambas AD. Genital HPV lesions and molluscum contagiosum occurring in patients receiving anti-TNFalpha therapy. Dermatol Basel Switz 2008;216:364-365

ANNEXE

Fiche d'enquête

I-Identification du patient(e) :

N° dossier :

Nom et prénom :

Age :

Sexe :

Ethnie :

Répartitions géographiques :

Scolarisation :

Niveau socioéconomique :

Résidence :

N° téléphone :

II- histoire de la maladie :

Durée d'évolution

Traitement entrepris

Notion de cas similaire dans la famille

Existence de signes fonctionnelles (douleur, prurit, ...)

III- antécédents et terrain :

HIV

Hépatite B

Diabète

HTA

Néoplasie

1-habitudes et mode de vie :

-Notion de baignade ou de piscine

-Promiscuité

VI- clinique :

1-Signes généraux :

Etat général : bon assez bon mauvais

Muqueuses : normo colorées pales

Œdème des membres inférieurs

Constantes : TA..... FC T°

2-Signes dermatologiques :

2-1 lésion élémentaire -

Taille des lésions :

-Siege des lésions :

- Face
- Paupières
- Tronc
- Membres
- Dos

-Nombre des lésions

- Autres localisations topographiques particulières

2-2Formes cliniques :Forme papulonodulaire

- : Forme tumorale
- : Forme profuse
- : Forme inflammatoire
- : Forme eczématisée

3-L'aspect de la peau périe lésionnelle

4-Singes associés : notion de prurit

: notion de saignement

5-Association avec d'autres affections :

Un déficit immunitaire

Asthme

Dermatite atopique

Eczema

VII Paraclinique :

Sérologie retro virale

NFS

**Histologie : PAS NECESSAIRE POUR LE DIAGNOCTIC POSITIF DU MOLUSCUM
CONTAGIOSUM SAUF DANS LES FORMES ATYPIQUES**

**CYTOLOGIE : APRES COLORATION MGG DU MATERIEL BLANCHATRE CONTENU
DANS LES PAPULES**

AUTRES

VIII Traitement :

1/Chirurgical (exérèse)

2/Médical

3/Abstention thérapeutique

IX Evolution :

Favorable : disparition des lésions

Défavorable : récidives, cicatrices.

TITRE

Molluscum contagiosum chez l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques

INTRODUCTION

Le molluscum contagiosum est une tumeur cutanée bénigne d'origine virale. L'agent responsable est le molluscipoxvirus, de la famille des poxvirus, très contagieux affectant l'enfant de bas âge, dont le diagnostic est clinique. Bien que, n'étant pas une affection mettant en jeu le pronostic vital du patient, elle demeure préoccupante, par les préjudices esthétiques et moraux qu'elle cause.

PATIENTS ET METHODES :

Nous avons mené une étude prospective multicentrique descriptive des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos de 50 cas recrutés aux services de dermatologie à l'Hôpital Aristide le Dantec, l'Institut d'Hygiène Sociale, Centre Hospitalier National d'Enfants d'Albert Royer de Dakar durant la période allant du premier Août au 31 décembre 2020.

LES RESULTATS :

Nous avons colligé 50 cas de molluscum contagiosum chez l'enfant durant la période d'étude, l'âge moyen de nos patients était de 4,48 ans, avec une prédominance masculine. Les facteurs favorisants retrouvés étaient la promiscuité (14%) et le terrain atopique 52%. Le diagnostic était clinique, La durée moyenne d'évolution était de 4 semaines. Les signes fonctionnels étaient à type de prurit (18%) et de saignement (14%).

Les formes cliniques étaient : Les formes papulonodulaires avec une ombilication centrale caractéristique (29cas).

Forme profuse (10 cas), forme eczématisée (8cas), forme tumorale (2cas) et forme inflammatoire (1cas). La topographie prédominante était la région faciale (49cas).

-La sérologie rétrovirale réalisée dans 10 cas (20%) de formes profuses était positive dans 2 cas (4%), le taux de CD4 était respectivement de 100/mm³ et 190mm³.

-les explorations allergologiques réalisées dans 2 cas (4%) ont confirmé la notion d'atopie.

-Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'existence du prurit et la notion d'atopie avec p < 0,260 ni entre la durée d'évolution et les présentations cliniques ainsi qu'entre les formes profuses et la notion d'atopie (p < 0,194).

Le curetage était le traitement utilisé pour la majorité des cas (76%) et l'hydroxyde de potassium (molutrex)chez 10 % des enfants. Une antibiothérapie à visée préventive (macrolides) a été administrée dans 50% des cas. Une évolution favorable a été rapportée chez 34cas (68%).

CONCLUSION :

Le MC est une affection relativement fréquente chez les enfants de 4 ans avec une prédominance de la forme papulonodulaire. On notait une fréquence de l'atopie (52%) et une association avec l'infection VIH dans 4%.

MOTS CLES

MC, Enfant, Dakar.