

P.3.1

Auteurs : Adégbidi H, Atadokpédé F, Akpadjan F, Koudoukpo C, **Dégboé-Sounhin B**, Azon-Kouanou A, Yédomon HG, do Ango-Padonou F.

Titre : Botriomycome à Cotonou, Bénin.

Référence : Le Bénin Médical 2011. Volume 47 : 7-10

Type de revue : Revue à comité de lecture

LE BENIN MEDICAL

N° 47- ANNÉE 2011

Organe Officiel de la Société Médicale du Bénin



- *Botriomycome à Cotonou, Bénin...*
- *Types de selles, fréquence et horaires des...*
- *Les traumatismes oculaires au centre ...*
- *Syndrome de l'intestin irritable dans une population ...*
- *Aspects psychosociaux de l'enuresie chez ...*
- *Prévalence de l'hépatite B chez les nouveaux donneurs de sang ...*
- *Troubles dépressifs du post partum ...*
- *Les enfants de la rue à ...*
- *Prise en charge de la bronchiolite du ...*

LE COMITE DE LECTURE

Sous-Comité Médecine et Spécialités Médicales

Pr Alexis HOUNTONDJI
Pr Martin CHOSLI
Pr Thérèse AGOSSOU
Pr Hippolyte AGBOTON
Pr Gilbert Dossou AYODE
Pr-Agrégé Nicolas KODJOH

Sous-Comité Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

Pr Léon A. MEDJI
Pr Nazaire PADONOU
Pr René-Xavier PERRIN
Pr César AKPO
Pr-Agrégé K. Augustin A.-VOYEME

Sous-Comité de Pharmacie, Biologie et Explorations Fonctionnelles

Pr Raphaël DARBOUX
Pr Achille MASSOUGBOUJI
Pr Séverin ANAGONOU
Pr Simon AKPONA
Pr André BIGOT
Pr-Agrégé Sémou LATOUNDI

Organe officiel
de la Société Médicale
du Bénin

Siège social et
Adresse de
correspondance

LE BENIN MEDICAL

01 BP 188 COTONOU

REPUBLIQUE DU BENIN

FICHE & TARIFS D'ABONNEMENTS

Nom & Prénoms:

Adresse précise:

Spécialité:

Souscrit un abonnement annuel au période «LE BENIN MEDICAL»

Ci-joint la somme de:

sous forme de Chèque Bancaire ou de Mandat Postal à l'ordre de :

«LE BENIN MEDICAL» 01 BP 188 FSS - Cotonou (BENIN) - Bank Of Africa - Compte N° 0151187195

	BENIN	PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE	AUTRES PAYS
- Le numéro	1 500 FCFA <input type="checkbox"/>	2 000 FCFA <input type="checkbox"/>	
- Abonnement Médecin	5 000 FCFA <input type="checkbox"/>	5 000 FCFA <input type="checkbox"/>	6 000 FCFA <input type="checkbox"/>
- Abonnement Etudiant	3 500 FCFA <input type="checkbox"/>	4 000 FCFA <input type="checkbox"/>	4 000 FCFA <input type="checkbox"/>

SOMMAIRE

EDITORIAL	5
BOTRIOMYCOME À COTONOU, BÉNIN ADÉGBIDI H., ATADOKPÉDÉ F., AKPADJAN F., KOUDOUKPO C., DÉGBOË-SOUNHIN C., AZON-KOUANOU A., YÉDOMON HG., DO ANGO-PADONOU F.	7
TYPES DE SELLES, FRÉQUENCE ET HORAIRES DES DEFECATIONS CHEZ DES RECRUES DES FORCES ARMEES BENINOISES. SEHONOU J., ADE G., AZON-KOUANOU A., ZANNOU MD., HOUNGBE F.	11
LES TRAUMATISMES OCULAIRES AU CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL DU BORGOU, BÉNIN TCHABI S., ASSAVEDO R., OGO R th ., BONI S., DOUTETIEN C.,	15
SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE DANS UNE POPULATION DE JEUNES RECRUES DES FORCES ARMEES BENINOISES. SEHONOU J., ZANNOU DM., KOUANOU AZON A., ADE G., FABIEN HOUNGBE,	20
ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENURESIE CHEZ LES ENFANTS SCOLARISES A PARAKOU EN 2010. TOGNON TCHEGNONSI F., DJIDONOU A., ADOUKONOU T., GANDAHO P., ADEOSSI KFB., AKPONA S.,	24
PREVALENCE DE L'HEPATITE B CHEZ LES NOUVEAUX DONNEURS DE SANG DANS LES DEPARTEMENTS DU MONO ET DU COUFFO AU BENIN KODJON N., ANANI L., AZON - KOUANOU A., KPOSSOU AR., SAKÉ ALASSAN K., VIGNON R., LATOUNDI SBI., MAGNIDE G., LATOUNDI S.,	29
TROUBLES DEPRESSIFS DU POST PARTUM AU CNHU DE BANGUI TABO A., SERDOUMA E., KETTE C G., GOODOT M., N'GBALE R., SEPOU A.	32
FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'HEPATITE'S B ET C DANS LE SERVICE D'HEPATO - GASTROENTEROLOGIE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HKM DE COTONOU KODJON N., KPOSSOU AR., AZON - KOUANOU A., LATOUNDI SBI., SAKÉ ALASSAN K., VIGNON R., HOUNATO D.,	39
LES ENFANTS DE LA RUE A BANGUI TABO A., YANZA M C., KETTE CG., MBELESSO P., GAUNEFET CE., SIOPATHIS RM.,	44
PRISE EN CHARGE DE LA BRONCHIOLITE DU NOURRISSON AU CNHU DE COTONOU BÉNIN SAGBO G.G., ALAO M. J., YÉKPÉ P., GBACKO B., LALYA F. H., BAGNAN-TOSSA L., KOUAKPAJ S., AYTVI B.,	50

BOTRIOMYCOME À COTONOU, BÉNIN

ADÉGBIDI H¹, AZADOKPÉDÉ F¹, ANFADJAN F¹, KOUDOUROPO C¹, DÉCOCÉ-SOUMÈRE C¹,
AZON-KOUANOU A¹, YÉDOMON HO¹, DO ANGO-PWONOU F²

¹ Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU FHM Cotonou

² Service de Dermatologie-Vénérologie, CHD Fackol, 3^e Service de Médecine Interne CHU FHM Cotonou

Auteur correspondant e-mail : adegadi@univobn.bj

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques du botriomycome à Cotonou. Une étude rétrospective a été réalisée sur dossiers de patients 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 épidémiologiques, 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 hemorrhagic in 81.25% of cases. 61.77% had lesions ranging in size from 1 to 10 mm. cephalic lesions (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 mineur [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 botriomycome dans le service de Dermatologie-Vénérologie 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 1^{er} 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 saillant

facilement au contact et présentant une consistance friable. L'examen histopathologique, après fixation du prélèvement cutané au formol à 10% montre un aspect de tumeur de granulation. Le traitement de la lésion a été chirurgical dans tous les cas consistant soit à une électrocoagulation-curetage, soit à une excision simple au bistouri standard. Cette excision était associée à une coagulation de l'artériole nourricière pour réduire la fréquence des récurrences. 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 sexe-ratio H/F était égal à 1. La majorité des patients provenait de la capitale économique Cotonou (75%). La quasi-totalité des patients (33,75%) 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 (51,77%) 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 10 avait une lésion de forme ovale.

Toutes les lésions étaient rouges dont certaines recouvertes d'une croûte noire. Huit lésions étaient de consistance molle 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 base 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 1 : Répartition selon le siège des lésions des 32 patients porteurs de botriomycome au CNRH-HCM

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

OGE= Organes Génitaux Extérieurs

Le tableau n°2 montre la répartition selon la taille et le saignement des lésions de nos patients

Tableau 2 : Répartition des 32 patients porteurs de botriomycome au CNRH-HCM en fonction de la taille des lésions et de l'existence ou non de saignement.

Taille (mm)	Saignement		Total
	Oui	Non	
1-10	10	10	20
11-20	1	1	2
21-30	1	1	2
>30	0	0	0

Huit patients sur les 32 ont été portés 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 excision 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 évacués 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 sex-ratio femme/homme de 2,32/1 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-Vénérologie.

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 67,66% 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 103 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 Gordon-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 nasale dans notre étude. Quant à Gonçalves ES et al [5], ils ont décrit un cas de localisation inhabituelle de botriomycome en l'occurrence sur la lèvre supérieure.

Piacconi 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-unguéal et sous-unguéal. La taille des lésions varie entre 1 et 10 mm pour la majorité de nos patients ; ce résultat est conforme à celui de Mishams 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 Gordon-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 Gordon-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 écarté 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 Kotsu et al au Mali [2]. Verthais Robin [8] a récemment publié dans *British Journal of Dermatology*, un cas de mélanome dermatoplastique 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 Silvestroin 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 [8, 11]. Piacconi et al ont relevé différents facteurs étiologiques de botriomycome unguéaux à périunguéaux, dont des médicaments (acétone, iodure, antimétaboliques), des traumatismes mécaniques, des lésions nerveuses au cours d'un traumatisme et des maladies inflammatoires systémiques (sarcroïdose cutanée, psoriasis et spondylarthrite séronégative) [6].

Sur le 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 récurrence. 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, Mishams 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'aréquimod 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 également un bon résultat [8].

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 à une localisation céphalique état la plus fréquente.

Une étude prospective multiscience incluant les services de dermatologie-vénérologie, d'odontologie, de pédiatrie, de chirurgie plastique et de gynécologie-obstétrique serait utile pour une meilleure connaissance épidémiologique, clinique et thérapeutique de cette affection au Bénin.

RÉFÉRENCES

1. Wauters O, Sabatello M, Nikkels-Tassoudi N, Choffray A, Richert B, Piérard G-E, Nikkels AF. Le botriomycome. *Ann Dermatol Venerol* 2010 ;137 :238-242
2. Keita B, Faye O, Konaré HD, Cissé IAH, Coulibaly K. Botriomycome géant à Bamako : un problème de diagnostic différentiel *Ann Dermatol Venerol* 2003 ; 130 : 53
3. Gordón-Núñez MA, de Vasconcelos CM, Gomes BT, Maria Fernanda FL, Miguel MSL, Cavalcardi GH. Oral Pyogenic Granuloma A Retrospective Analysis of 260 Cases in a Brazilian Population *J Oral Maxillofac Surg* 2010; 68:2105-2108
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
5. Gonçalves ES, Damante JH, Fischer Rutira CM, Taveira LA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location *J Appl Oral Sci* 2010;18(5):538-41
6. Piraccini EM, Bellavista S, Micali G, Tosti A, De Berker D, Richert B. Cytoskeletal and subcutaneous cysts in granuloma *British Journal of Dermatology* 2010; 163:941-953
7. Mimbwa M, Daseidigouliouk M, Minkikieli A, Taheri A, Mansoori P, Hekmat S. Cryotherapy in the treatment of pyogenic granuloma *J EADV* 2008;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): 284-286.
9. Silverstein LH, Burton CH, Singh DD. 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 nat. Science* 2008;48:167-175
11. Takashi M, Ryukol O, Setawya A. Lipdon of pyogenic granuloma on a face *International Journal of Dermatology* 2010;49:1075-1084
12. Holbo HC, French PJ, Herbst RA. Surgical peeling 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* 2000; 26: 269-272