

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but - Une foi



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2018 – 2019

N°...../

MÉMOIRE

CONDYLOMES CHEZ L'ENFANT À L'HÔPITAL DE DERMATOLOGIE DE BAMAKO

Présenté et soutenu publiquement le 12/03/ 2020
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

Chata Traoré

Pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées de dermatologie
Léprologie vénéréologie

JURY

PRESIDENT: Pr Ousmane FAYE

Co- DIRECTEUR: Dr Yamoussa KARABINTA

JURY : Dr Koureissi TALL

DIRECTEUR : Pr Adama Aguisa DICKO

I. Introduction

Les infections à papillomavirus humains (HPV) ont longtemps été considérées comme des infections bénignes négligées. Par la suite elles sont devenues un problème de santé publique de plus en plus préoccupant à cause des progrès de la science notamment la biologie moléculaire qui a permis de révéler la responsabilité des papillomavirus humains (HPV) dans la survenue de certains cancers [2]. Parmi les nombreux sérotypes de papillomavirus humains (PVH) les types 16 et 18 sont les plus reconnus oncogènes. Leur rôle dans la survenue des cancers des voies génitales notamment le cancer du col utérin est actuellement bien établi [6,8]. La fréquence varie en fonction de l'âge .Elle est estimée par la plupart des auteurs entre 0,05% à 0,1% dans la population générale [3].

Au plan clinique, les principales manifestations de l'infection a HPV les plus communes chez les enfants sont les verrues vulgaires de localisation ubiquitaire, les papillomes laryngés et la maladie de Heck .La survenue de condylomes de l'enfant est inhabituelle et souvent associée a des sévices sexuels et les sérotypes en cause sont les types 6,11 (39 à 90 % des condylomes); rarement les types 16 et 18. En 1980, seulement 21 cas de condylomes chez les enfants avaient été rapportés, 136 cas avant 1990 dans le monde [1,2].

Globalement ; peu d'étude ont été sur le sujet ;il nous a alors paru intéressant d'initier des travaux au Mali.

Le but de cette étude est de décrire les aspects epidemio-cliniques des condylomes chez l'enfant dans le service de dermatologie.

II. Objectifs

1. Objectif général :

Etudier les Condylomes de l'enfant en milieu de l'hôpital de dermatologie de Bamako, Mali.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les aspects épidémiologiques des condylomes observés chez les enfants.
- Déterminer la prévalence des condylomes chez l'enfant
- Décrire les aspects cliniques
- Décrire les schémas thérapeutiques adoptés et leurs résultats

III .Patients et méthodes

1. Cadre et lieu d'étude

L'hôpital de Dermatologie de Bamako est une recommandation de la carte nationale hospitalière 2016-2020.

Il a été créé par l'ordonnance n°2019-010/P-RM du 27 Mars 2019 ratifiée par la loi n°2019-022 du 03 juillet 2019. Le directeur général a été nommé le 26 Aout 2019 (Décret n°2019-0650/P-RM) et il a pris fonction le 26 septembre 2019.

Les récentes réformes du ministère de la sante ont conduit à la scission du centre national d'Appui a la lutte contre la Maladie (CNAM) et a la redistribution de ces différents services entre deux nouvelles structures : une a vocation santé publique, **l'Institut National de santé Publique (INSP)** et l'autre à vocation hospitalière, **l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB)**.

L'Hôpital de Dermatologie de Bamako (HDB) hérite de facto de tous les services restant en plus de l'ensemble des biens meubles et immobiliers du CNAM. Il s'agit des services et départements suivants : Dermatologie vénéréologie, Léprologie, Chirurgie, Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), Réhabilitation, Laboratoire d'analyses biologiques, Pharmacie, Appui aux programmes, Formation et enfin Administration et Ressources Humaines.

2. Type et Période d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive de tous les cas de condylomes chez l'enfant dans le service dermatologique à l'hôpital de dermatologie d'aout 2018 à juillet 2019.

3. Population d'étude

Il s'agissait de tous les consultants âgés de (0-15) pendant ladite période dans le service de dermatologie-vénérologie de l'hôpital de dermatologie de Bamako.

4. Echantillonnage

a. Définition de cas : [30]

Tout enfant (0-15ans) diagnostiqué pour condylome pendant ladite période suivant les critères diagnostiques.

b. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude :

Tous les patients répondant à la définition de cas;

critères diagnostiques

Le diagnostic est pose sur la clinique avec l'existence des lésions macroscopiques qui sont soit des papules ou la végétation

d. Déroulement de l'étude

Il s'agissait des malades vu en consultation dermatologique âges de 0à15ans diagnostiques pour condylome après interrogatoire et examen clinique .Après explication sur l'étude que nous menons et l'obtention de

l'accord des parents nous leurs soumettons la fiche d'enquête pour un éventuel recrutement de cas .

e. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- Les adultes et les enfants ne présentant pas de condylome.
- Le refus d'inclusion des parents

5. Recrutement des cas

Les cas inclus ont été examinés sur le plan dermatologique et général.

6. Aspects éthiques

Les données ont été recueillies dans l'anonymat total avec le consentement des parents. Le recrutement ne représentait aucun risque pour les patients. Aucune prise de sang n'était effectuée.

7. Saisie et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, saisies sur Microsoft Office Word et Excel 2013.

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel épi info 7.

IV. Résultat

-Fréquence : durant la période d'étude d'une année, 17212 enfants ont été consultés avec 10 enfants qui présentaient un condylome soit une fréquence de 0,05%

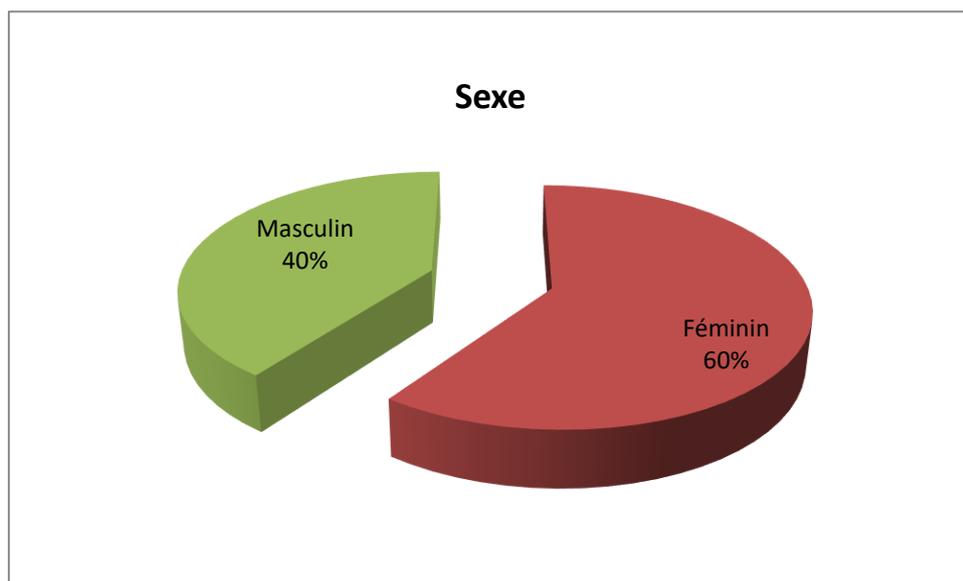


Figure 1 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

-sexe : le sexe féminin représentait 6cas soit 60% et le sexe masculin 4cas soit 40%

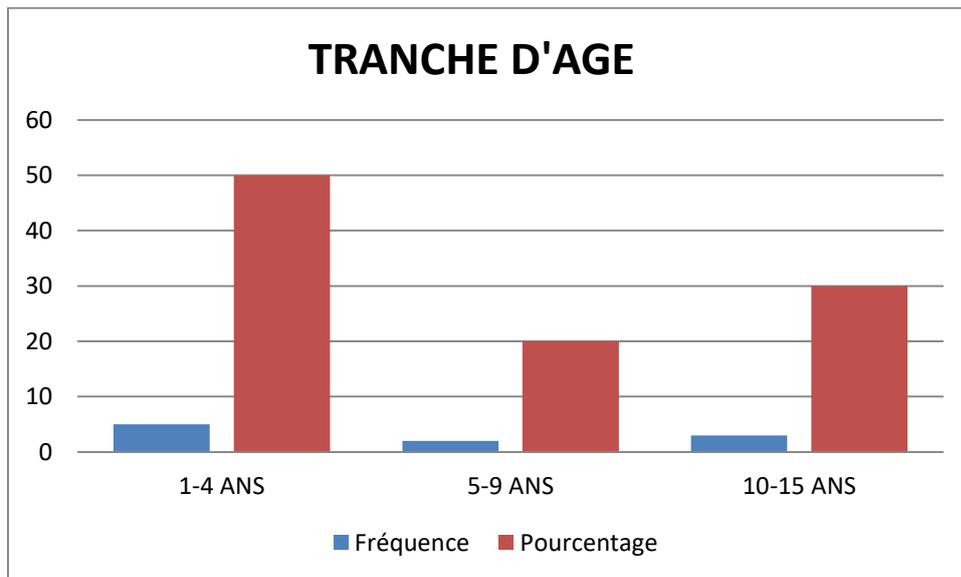


Figure 2 : Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge

-Age : l'âge des patients varient entre 1à14 ans les enfants de la tranche d'âge 1-4ans la plus représentative a 5cas soit 50%

La moyenne d'âge est de 6ans avec des extrêmes allant de 1à14ans.

Tableau I : Répartition selon le niveau de scolarisation

Vie instructive	Effectifs	Pourcentage
Crèche	1	10,00
Ecole primaire	4	40,00
Ecole maternelle	5	50,00
Total	10	100,00

-niveau de scolarisation : les enfant qui fréquentent l'école ,maternelle sont ,majoritaires a 5cas soit 50% suivis par les enfants fréquentant l'école primaire a 4 cas soit 40

Tableau II : Répartition selon la vie de famille

Vie de famille	Effectifs	Pourcentage
vie avec les 2 parents	7	70,00
vie avec seul parents	3	30,00
Total	10	100,00%

Vie de famille : les enfants vivant avec les 2 parents représentaient la majorité à 7 cas soit 70% et 3 enfants vivaient avec un seul parent dont 2 avec le père 1 avec la mère

Tableau III: Répartition de l'échantillon en fonction de l'hygiène de l'enfant

Hygiène de l'enfant	Effectifs	Pourcentage
Personnelle	1	10
Mère	8	80
nourrice	1	10
Total	10	100

-Hygiène de l'enfant :

Les enfants dont hygiène était assurée par la mere représentaient 8 cas soit 80% et par une nourrice dans 1cas soit 10%

Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon la présence d' ATCD de verrue cutanée chez un parent de 1 degré.

Verrue cutanée	Effectifs	Pourcentage
Père	1	10
Mère	1	10

-Verrue cutanée : seulement 2 enfants avaient un ATCD de verrue cutanée

Tableau III : Répartition de l'échantillon selon la présence d'ATCD de condylome chez les parents.

Condylome	Effectifs	Pourcentage
Mère	1	10

-Condylome : 1 seule enfant avait un ATCD familial de condylome

Tableau IV: Répartition de l'échantillon selon les lésions élémentaire

Lésions élémentaire	Effectifs	Pourcentage
Végétation	4	40
Papule	6	60
Total	10	100

-Lésions élémentaire : elles étaient respectivement les vegetation 4cas soit 40%, les papules représentaient 6cas soit 60%

Tableau V: Répartition de l'échantillon selon le siège de la lésion

Siege de la lésion	Effectifs	Pourcentage
Muqueuse anale	4	40,00
Génitale	5	50,00
Ano-genitale	1	10,00
Total	10	100

-Siege de la lésion : les sièges des lésions étaient au niveau de la muqueuse génitales 5cas soit 50% et anale 4cas soit 40%

-Infection sexuellement transmissible associée(IST) :un cas de dépistage de sérologie HIV a été réalisé une fillette de 9ans avec l'accord des parents car elle était victime de sévices sexuel et revenu négatif

Tableau VI: Répartition de l'échantillon selon le statut immunologique

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Electrocoagulation	5	50
Podophiline	1	10
Azote liquide	3	30
Abstention thérapeutique	1	10
Total	10	100

-Traitement : l'électrocoagulation représentait 5cas soit 50% ; podophiline 1cas soit 10%, azote 3 cas soit 30%

Tableau VII: Répartition de l'échantillon selon le nombre de séances

Nombre de séances	Effectifs	pourcentage
0	1	10 ,00
1	6	60 ,00
2	3	30,00
Total	10	100 ,00

-**Nombre de séances** : la disparition macroscopique des lésions obtenues en 2 séances représentaient 3 cas 30% et une séance représentait 6 cas soit 60%

Tableau VIII : Recapitulatif

N	Age	Sexe	Signe cliniques	Topographie	Situation familial	Traitement	Resultat
1	2ans	masculin	papules	Muqueuse anale	pere	podophiline	2seances
2	14ans	feminin	vegetation	Muqueuse genitale	2parents	Abstention therapeutique	
3	4ans	masculin	papules	Muqueuse anale	2parents	electrocoagulation	2seances
4	10ans	feminin	vegetation	Muqueuse genitale	2parents	electrocoagulation	1seance
5	1an	feminin	vegetation	Muqueuse genitale	mère	Azote liquide	1seance
6	2ans	masculin	Vegetation	Muqueuse anale	2 parents	Azote liauide	1seance
7	3ans	masculin	papules	Ano-genitale	2pere	Azote liquide	1seance
8	6ans	Fe,inin	papules	Muaueuse genitale	2parents	electrocoagulation	2seances
9	10ans	feminin	papules	Muqueuse genitale	2parents	electrocoagulation	1seance
10	9ans	feminin	papules	Muqueuse anale	2 parents	electrocoagulation	1seance



Discussion :

Nous avons réalisé une étude transversale sur les condylomes de l'enfant en milieu dermatologique de Bamako.

Le but du travail était d'étudier les condylomes de l'enfant.

Au cours de notre étude nous avons recensé 10 patients âgés de 1 à 14 ans qui présentaient des lésions cliniques qui étaient soit des papules ou des végétations, nous avons obtenu une disparition macroscopique des lésions au bout d'une à 2 séances en fonction du traitement reçu.

Le diagnostic reposait sur la clinique. Les difficultés de l'étude résidaient dans l'anamnèse à la recherche de source potentielles de contamination. Notamment l'interrogatoire des parents ou tuteurs sur l'existence de lésions similaires.

Nous n'étions pas à mesure de réaliser des tests pour identifier les sous type de *Papillomavirus virus humain*.

Toutefois ce travail nous a permis de décrire le profil épidémiologique des cas de condylome chez l'enfant à Bamako.

Discussion des données :

Prévalence : durant la période d'étude ; nous avons obtenu une prévalence de 0,05% .A noter que peu d'études ont été faites sur les condylomes chez l'enfant donc il y a peu de référence .

Sexe : Nous avons retrouvé une prédominance du sexe féminin avec un ratio H/F de 0,42. Il s'agit d'une observation faite par plusieurs auteurs [12]. Des études rapportent une fréquence de trois fois plus élevée chez le sexe féminin [12, 13, 14]. Cette prédominance pourrait être due à des raisons anatomiques.

-**L'âge :** L'âge moyen de nos cas était de 6 ans avec des extrêmes de 1 et 14 ans. La survenue précoce de lésions verruqueuses peut s'expliquer par l'immaturité du système immunitaire des enfants.

-**Source de contagion :** classiquement ,l'infection à HPV de l'enfant résulte d'une contamination par contact .Dans notre étude ,il n'a pas été possible de déterminer la source de contamination sauf dans 3 cas

avec des ATCD de verrues cutanées chez une mère ,un père et un condylome génitale chez une mère au cours de la grossesse qui ont été incriminés .

La transmission à l'enfant peut s'effectuer dans ce cas par deux voies.

Au cours de l'accouchement ou encore à travers les soins prodigués à l'enfant [15].

Selon certains auteurs les lésions ont tendance à siéger sur les muqueuses orales en cas de contagion au cours de l'accouchement.

Ces travaux n'excluent pas l'apparition de lésion génitale dont le délai d'apparition est variable après la naissance [19].

Il faudra noter la part des porteurs sains de HPV .ils portent le virus mais ne font pas la maladie, ils constituent une source importante de propagation du virus.

La recherche de lésions dans l'entourage familial reste difficile à évaluer du fait de la réticence de certains parents au dépistage.

En Irlande, une étude menée auprès de 42 enfants pré pubères ayant des verrues ano-génitales a révélé que 28,6 % d'entre eux avaient contracté le HPV par transmission verticale, 7,1 % résultaient de l'auto-inoculation de verrues situées sur les mains et que seulement 4,8 % étaient associés à des abus sexuels. Le mode de transmission du HPV a été jugé non concluant chez 59,5 % des enfants étudiés, car il n'a pas été possible de relier l'infection à l'abus sexuel [3 ,15].

Dans notre série le mode de contamination est probablement hétérogène par manu portage et cela se passe le plus souvent avec la personne responsable de l'hygiène de l'enfant.

L'hygiène de l'enfant était assurée en majorité par la mère chez 8 cas (80%), il faut ajouter à cela la forte implication dans notre société de la femme à assurer les travaux ménagers.

Si le typage avait été réalisé dans notre étude, on aurait pu avoir des informations supplémentaires sur l'origine.

Toute fois chez nos cas les lésions génitales peuvent faire penser a des sévices sexuels et les lésions anales laissent supposer une origine manuelle liée aux soins de l'enfant mais aussi le très jeune âge de certains de nos patients.

Certaines études ont retrouvée des souches de HPV 1, 2 ou 3 [5,16] dans les condylomes ano- génitaux de l'enfant. Il s'agit de souches virales responsables de verrues cutanées [15,16, 17].

Ce qui pourrait indiquer l'origine de la contagion par auto inoculation ou hétéro-inoculation à partir notamment de personne responsables de l'hygiène de l'enfant [4,7, 15, 16].

Conclusion :

Les condylomes ano-génitaux de l'enfant sont fréquent dans notre pratique. Il est nécessaire de rechercher une source de contagion, pour écarter d'éventuels sévices sexuels et une vaccination systématique doit être envisagée par les décideurs.

Recommandations :

Aux PARENTS : De consulter précocement un service de gynécologie ou de dermatologie en cas de constatation d'un ou de plusieurs nodules de la région génitale ou périnéale et cutanée de l'enfant mais aussi quand eux même portent les lésions.

Aux autorités politiques administratives: De soutenir les efforts du département de la santé dans les activités de lutte contre les infections à HPV De subventionner la prise en charge des condylomes.

-La promotion de la vaccination contre le papillomavirus humain notamment le nouveau vaccin Gardasil9 (6 ,11,16,18,31,33,45,52,58) .

Aux autorités sanitaires : De mettre en place une stratégie nationale de prise en charge des infections à HPV d'assurer la formation d'un nombre suffisant de personnel sanitaire pour la prise en charge des lésions à HPV de l'enfant De créer un centre de prise en charge psychologique de ces enfants victime de sévices sexuel.

t associer au cours dispenser aux DES en pédiatrie. Au personnel sanitaire : D'orienter les patients vers les structures spécialisées gynécologique ou dermatologique pour la prise en charge mais aussi il faudrai

VI. Références

1. Boralevi F. Condylomes de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol.* 2004;131:913-9.
2. Papillomavirus [Internet]. [cité 22 oct 2015]. Disponible sur: http://www.afdld.org/~fdp_viro/content.php?page=papillomaviru
3. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol.* déc 1998;39(6):951-5.
4. Sinal SH, Woods CR. Human Papillomavirus Infections of the Genital and Respiratory Tracts in Young Children. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases.* oct 2005;16(4):306-16.
5. Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, Powell J, Oigny LL. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol.* 2006;23(3):199-207.
6. Hornor G. Ano-Genital Warts in children ; Sexual abuse or not ? *J Pediatr Health Care.* 2004;18:165-70
7. Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics;*116(4):815-25.
8. Jones V, Smith SJ, Omar HA. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. *ScientificWorldJournal.* 2007;7:1896-9.
9. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* juin 2007;20(3):163-72.

10. Annales de dermatologie et venerologie ; volume 143 ; Issue 4 ; Supplement 1 ; April 2006 Page 540.
11. the plan African medical journal condylomes annaux de l'enfant .
12. Mammas I N, Sourvinos G, Spandidos D. Human papilloma virus (HPV) infection in children and adolescents. Eur J Pediatr 2009;168:267–273. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Culton D A, Morrell D S, Burkhart C N. The management of condylomata acuminata in the pediatric population. Pediatr Ann 2009;38:368–372. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Weyandt G H. Neue operative Ansätze zur Sanierung anogenitaler HPV-Infektionen. Hautarzt. 2011;62:28–33. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Handley J, Dinsmore W, Maw R, Corbett R, Burrows D, Bharucha H, Swann A, Bingham A. Anogenital warts in prepubertal children: sexual abuse or not? Int J STD AIDS, 1993;4(5):271-9
16. Obalek S, Jablonska S, Favre M, Walczak L, Orth G. Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. J Am Acad Dermatol, 1990; 23(2Pt1): 205-13.
17. Frazier L. Genital warts in children. The American Professional Society of the Abuse of Children Advisor, 1998; 11:9-12.
18. Rogo KO, Nyansera PN. Congenital condylomata acuminata with meconium staining of amniotic fluid and fetal hydrocephalus: case report. East Afr Med J, 1989;66(6):411-413

Questionnaire : Condylome chez l'enfant

Identité : N° : Date : **Contact :**

Age : Sexe : Masculin : Féminin :

Résidence : Poids : Taille : IMC :

Antécédent personnel :

Vaccination : Oui : Non :

Hospitalisation : Ou : Non :

Combienième enfant de la fratrie : 1 : 2 : 3 : autre :

Vie avec les 2 parents : Vie avec mère seul : Vie avec père seul :

Autre parents :

Antécédent familiaux :

Père : Verrue cutanée : Oui Non : Verrue génitale : Oui Non :

Mère : Verrue cutanée : Oui Non : Verrue génitale : Oui Non :

Verrue au cour de la grossesse : 1 Trimestre : 2 Trimestre : 3 Trimestre :

Aspects Cliniques :

Lésions élémentaires : Papules : Végétation : Ulcerobourgeonnante :

Maladie actuelle associée : Candidose buccale : Herpes : Prurigo : Pytiriasis versicolor : Maladie de Heck : Maladie de kaposi : Onychomycose : Lichen plan : VIH : Epidermodysplasie verrusifforme : Auccun :

Topographie : pourtour anale : Génitale : les deux : méat urétral : Muqueuse anale : muqueuse genitale :

Statut immunologique : Sérologie VIH : VIH+ VIH- Nom connu

Traitement :

Podophiline :

Azote liquide:

Electro coagulation:

Immuquimod creme :

5. Outils de collecte:

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire préétabli comprenant les variables étudiées

- **6. Variables :**

6.1 Variable sociodémographique :

- Age
- Sexe

6.2 Variables cliniques :

- Antécédents familiaux,
- examen clinique,
- siège des lésions,
- durée d'évolution
- le traitement reçu
Nombre de séance