

## Cas clinique et revue de la littérature

# Molluscum contagiosum de la muqueuse orale : cas clinique et revue de la littérature

Marie Pierre Pédeboscq, Sylvain Catros, Sébastien Lepreux, Jean-Christophe Fricain

UFR d'Odontologie de Bordeaux, France

(Reçu le 15 août 2015, accepté le 15 octobre 2015)

**Mots clés :**  
molluscum  
contagiosum /  
muqueuse orale /  
immunodépression /  
immunomodulateur

**Résumé – Introduction :** Le Molluscum contagiosum (MC) est une infection cutanée virale qui se transmet par contacts directs ou indirects. Il touche fréquemment les enfants. Les manifestations au niveau de la muqueuse orale sont rares. **Observation :** Le cas d'une patiente âgée de 70 ans, atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde traitée par immunomodulateurs, et présentant des MC de la muqueuse orale était rapporté. **Discussion :** Dans une revue systématique de la littérature, sept cas de MC présentant des manifestations orales similaires ont été décrits. Les caractéristiques cliniques diffèrent entre les patients immunocompétents et immunodéprimés. **Conclusion :** Dans les cas de MC récidivants, une exérèse chirurgicale et un suivi régulier devront être proposés au patient.

**Key words:**  
molluscum  
contagiosum /  
oral mucosa /  
immunodepression /  
immunomodulator

**Abstract – Molluscum contagiosum of the oral mucosa: case report and literature review. Introduction :** Molluscum contagiosum (MC) is a viral cutaneous infection which is passed on by direct or indirect contact. It commonly affects children, but oral mucosa manifestations are rare. **Observation:** The case of a 70-year-old patient, affected by rheumatoid polyarthritis treated by immunomodulators, and presenting MC of the oral mucosa, is reported. **Discussion:** In a systematic review of the literature, 7 cases of MC presenting the same oral manifestations have been described. The clinical features differ between immunocompetent and immunosuppressed patients. **Conclusion:** In cases of recurring MC, local surgical treatment and regular follow-up must be proposed to the patient.

## Introduction

Le Molluscum contagiosum (MC) est une formation tumorale bénigne cutanée qui affecte rarement les muqueuses [1]. L'agent responsable est un virus à ADN de la famille des Poxvirus [2], fréquemment retrouvé chez les enfants entre 3 et 16 ans, les patients immunodéprimés et plus rarement chez les adultes immunocompétents [3]. Sur le plan épidémiologique, le MC touche plus particulièrement les hommes avec une endémie mondiale, avec une prévalence de 8,6 % chez les enfants de moins de 16 ans [4]. La période d'incubation est de deux à trois semaines [2].

Cliniquement, l'infection se manifeste par une ou plusieurs papules (1 à 6 mm) [4], de couleur chair, fermes, hémisphériques, ombiliquées en leur centre, parfois recouvertes d'une couche granuleuse. La plupart de ces lésions sont asymptomatiques et localisées essentiellement au niveau de la région céphalique, des membres supérieurs et inférieurs, du tronc et

de la région génitale. La contamination interhumaine du MC peut se faire par contact direct avec une personne infectée, dans les lieux publics (comme les piscines scolaires) ou par des vecteurs indirects souillés par des personnes infectées (serviettes de bain...). Il existe un phénomène d'auto-inoculation par grattage et par phénomène de Koebner [3]. La découverte de papules génitales chez un enfant orientera vers une suspicion d'abus sexuels [5]. Des cas de transmissions sexuelles de MC ont été rapportés chez des adultes immunocompétents et immunodéprimés [2, 5]. À l'inverse, il existe chez l'adulte de rares cas de transmission non sexuelle [6].

La période d'incubation varie entre deux semaines et six mois [2] et se résout spontanément en dix-huit mois chez un patient sans déficit immunitaire. L'infection est généralement limitée ; mais, dans certains cas, il existe une persistance des lésions nécessitant la mise en place d'un traitement local : curetage des papules, cryothérapie avec de l'azote liquide, électro-cautérisation, exérèse à la curette ou au bistouri, ou

\* Correspondance : mpedeboscq@gmail.com

application d'agents topiques (péroxyde de benzoyle ou une association de nitrite de sodium et d'acide salicylique) [4, 6]. Les complications du MC sont communes et correspondent à des surinfections bactériennes ou des réactions de type corps étrangers après rupture de la lésion dans le derme [2].

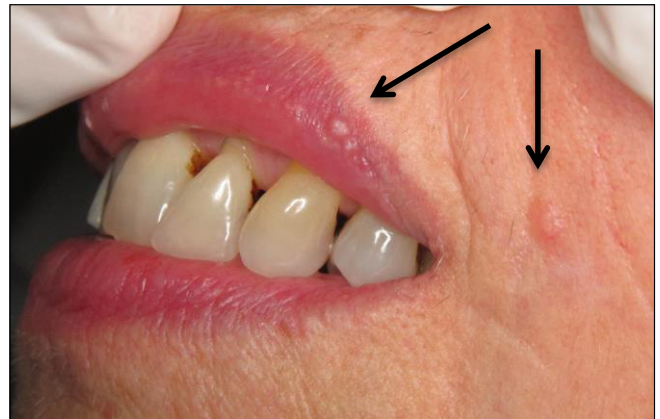
Le MC a un aspect histologique caractéristique. L'épiderme devient focalement hyperplasique et s'invagine dans le derme. Les cellules épithéliales suprabasales contiennent une inclusion intracytoplasmique éosinophile qui grossit d'autant que la cellule progresse dans sa maturation. Ces inclusions intracytoplasmiques éosinophiles ou corps de Molluscum (inclusions d'Henderson-Patterson) qui repoussent in fine le noyau contiennent les particules virales [2, 7] et sont à l'origine de la transmission lors de leur desquamation.

Le MC est l'une des manifestations cutanées les plus fréquentes chez les patients immunodéficients. Sept cas de MC au niveau de la muqueuse orale ont été rapportés dans la base de données PubMed. Le cas d'une patiente atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde traitée par immuno-modulateurs présentant un MC de la muqueuse orale est rapporté.

## Cas clinique

Une patiente âgée de 70 ans s'était présentée en septembre 2014 à la consultation de dermatologie buccale pour une xérostomie. Suivie depuis 2008 en rhumatologie pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive aux anticorps antipeptide citrique citrulliné (anti-CCP), elle avait été initialement traitée par cortancyl et méthotrexate, puis différents traitements par immunomodulateurs avaient été mis en place successivement (anti-TNF $\alpha$ , méthotrexate et cortancyl). En 2012, on notait l'apparition de MC au niveau du sein droit puis de la région inguinale ainsi que des récurrences au niveau du visage. En janvier 2014, après la mise en place d'une biothérapie par tocilizumab associée au méthotrexate et à une corticothérapie par voie générale, la patiente avait présenté une nouvelle infection au niveau du menton et des cuisses traitée par cryothérapie.

À l'interrogatoire, elle décrivait des sensations de bouche sèche associées à des picotements intermittents compatibles avec le diagnostic de stomatodynie. L'examen endobuccal n'objectivait pas de diminution salivaire si ce n'est la présence d'une langue saburrale. À l'examen des muqueuses, une lésion kératosique de 2 mm de grand axe du vermillon de la lèvre supérieure gauche avait été retrouvée. De plus, 4 papules cutanées péri-orales millimétriques étaient présentes (Fig. 1). Le diagnostic de présomption, devant l'aspect clinique de la lésion muqueuse, avait été un kyste épidermique. Après biopsie de cette lésion muqueuse, les résultats de l'examen histologique avaient conclu au diagnostic de Molluscum contagiosum de la muqueuse orale (Fig. 2). Ces manifestations muqueuses avaient été traitées par une exérèse au bistouri.



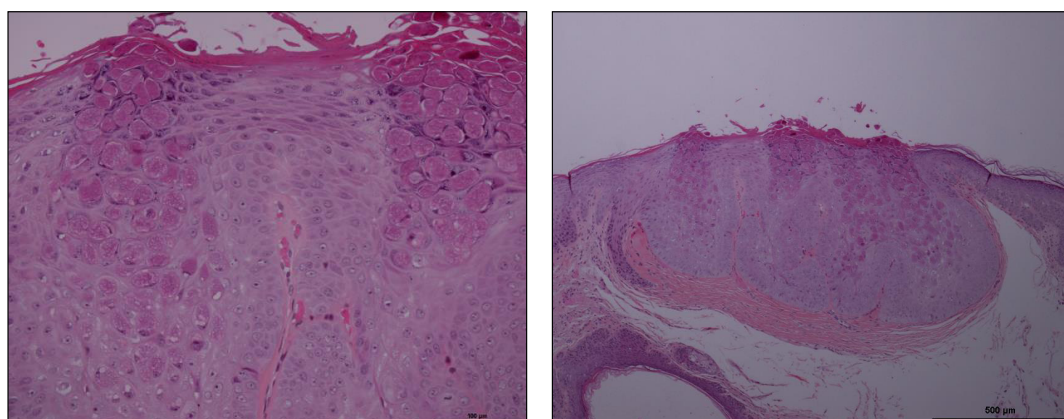
**Fig. 1.** Molluscum contagiosum de la lèvre rouge supérieure et cutané.

*Fig. 1. Molluscum contagiosum of red upper lip and cutaneous.*

## Discussion

Le cas rapporté présente le même aspect clinique que les autres cas retrouvés dans la littérature. Suite à une revue de la littérature, nous avons retrouvé sept cas de MC présentant une manifestation buccale dont seulement deux cas étaient associés avec des atteintes cutanées. Dans toutes les études, la lésion de MC au niveau de la muqueuse orale se caractérise par des papules pâles ou érythémateuses avec une histologie similaire. Les atteintes de la muqueuse libre ou attachée sont souvent décrites et les localisations orales comprennent : lèvres, joues, palais, gencive et la région rétro-molaire (Tab. 1).

Le cas décrit par Barsh [1] a été volontairement exclu de la revue de la littérature car les descriptions cliniques et



**Fig. 2.** Coupe histologique (coloration HES).

*Fig. 2. Histological section (HES staining).*

**Tableau I.** Cas de Molluscum contagiosum de la muqueuse orale rapportés dans la littérature.

*Table 1. Molluscum contagiosum of the oral mucosa case reports in the litterature.*

Auteurs	Date	Âge/Sexe	Localisation endobuccale	Manifestations cutanées	État général	Traitement
Schiff [8]	1958	43/F	Muqueuse labiale	Aucune	Normal	Non rapporté
Laskaris et Sklavounou [7]	1984	27/M	Muqueuse buccale	Tronc	Normal	Biopsie d'exérèse
Svirsky et al. [9]	1985	32/M	Muqueuse labiale inférieure	Aucune	Normal	Biopsie d'exérèse + Involution spontanée
Whitaker et al. [6]	1991	52/M	Palais dur	Suprapubien	Normal	Biopsie d'exérèse + Involution spontanée
Fornatora et al. [10]	2001	52/M	Gencive maxillaire	Aucune	VIH +	Biopsie d'exérèse
Scherer et al. [2]	2009	70/F	Région rétro-molaire	Aucune	Normal	Biopsie d'exérèse
de Carvalho et al. [4]	2012	13/F	Muqueuse labiale inférieure	Aucune	Normal	Biopsie d'exérèse
Cas présent	2015	70/F		Sein/Visage/Cuisses	TT immunosuppresseur	Biopsie d'exérèse

histologiques sont incompatibles avec le diagnostic de MC. En effet, il rapporte une éruption vésiculaire douloureuse de la muqueuse orale traitée par pénicillines. Le diagnostic le plus probable est donc une infection par un virus, probablement un virus herpétique humain (Herpes viridae).

Tous les cas de MC oraux retrouvés dans la littérature, hormis de Carvalho et al. [4], concernaient l'adulte.

Selon Scherrer et al. [2], les caractéristiques cliniques du MC diffèrent entre les patients immunocompétents et immunodéprimés. En effet, chez les patients sans déficit immunitaire, la résolution de l'infection est spontanée en six à neuf mois et les récurrences sont rares. À l'inverse, chez les patients

immunodéprimés, on peut retrouver des centaines de lésions qui ne cicatrisent pas spontanément nécessitant une exérèse chirurgicale. Dans le cas présenté ici, la patiente sous traitements immunosuppresseurs était donc immunodéprimée, ce qui explique les nombreuses récurrences et la nécessité d'une cryothérapie et d'une exérèse chirurgicale des lésions. Depuis 2008, différents traitements immunosuppresseurs ont été mis en place : le méthotrexate (traitement de fond), une corticothérapie par voie générale et deux biothérapies par un anti-TNF (étanercept) puis le tocilizumab. Du fait de leur effet immunosuppresseur, ces traitements augmentent l'incidence des infections et réactivent les infections virales. Des cas sous

méthotrexate [11, 12], prednisone [13], anti-TNF $\alpha$  [12, 14] ont été décrits dans la littérature. Cursiefen et al. [12] rapportent notamment le cas d'un patient traité depuis plusieurs années par méthotrexate et prednisone ayant présenté des lésions cutanées bilatérales de MC au niveau de la paupière, après la mise en place d'un traitement par anti-TNF $\alpha$ . Cependant, aucun cas sous tocilizumab n'est rapporté, ce qui peut s'expliquer par le fait que ce médicament est plus récent. Enfin, Lim et al. [11] ne recommandent pas l'arrêt du traitement si ce dernier est efficace.

Les manifestations orales du MC étant rares, il est souvent difficile d'avancer ce diagnostic en première intention. Scherer et al. [2] rapportent le cas d'une patiente présentant une lésion asymptomatique de la muqueuse palatine droite évoquant un carcinome épidermoïde. L'examen histologique a permis de mettre en évidence le diagnostic de MC oral. La plupart des auteurs, avant de pouvoir poser le diagnostic de certitude, ont évoqué plusieurs diagnostics de présomption (kératoacanthome, carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, fibrome, hémangiome...) que l'examen histologique a infirmés.

## Conclusion

Les manifestations orales de MC sont rares. Les patients immunodéprimés sont plus à risque. Le diagnostic de MC de la muqueuse buccale doit faire rechercher un déficit immunitaire. Le traitement des MC chez les patients présentant un déficit immunitaire reposera sur une exérèse chirurgicale. Les récurrences sont fréquentes. Un suivi régulier devra être mis en place.

**Conflits d'intérêt :** aucun

## Références

1. Barsh LI. Molluscum contagiosum of the oral mucosa. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966;22:42-46.
2. Scherer P, Fries J, Mischkowski RA, Neugebauer J, Scheer M, Zöller JE. Intraoral molluscum contagiosum imitating a squamous-cell carcinoma in an immunocompetent person--case report and review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009;38:802-805.
3. Vanhooetghem O, Henrijean A, de la Brassinne M. [Epidemiology, clinical picture and treatment of molluscum contagiosum: literature review]. *Ann Dermatol Vénérologie* 2008;135:326-332; quiz 325.
4. De Carvalho CHP, de Andrade AL, de Oliveira DH, Lima Ed, da Silveira EJ, de Medeiros AMC. Intraoral molluscum contagiosum in a young immunocompetent patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114:e57-60.
5. Kaur S, Thami GP. Intraoral molluscum contagiosum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002;94:279; author reply 279-280.
6. Whitaker SB, Wiegand SE, Budnick SD. Intraoral molluscum contagiosum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:334-336.
7. Laskaris G, Sklavounou A. Molluscum contagiosum of the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984;58:688-691.
8. Schiff BL. Molluscum contagiosum of the buccal mucosa. *AMA Arch Derm* 1958;78:90.
9. Svirsky JA, Sawyer DR, Page DG. Molluscum contagiosum of the lower lip. *Int J Dermatol* 1985;24:668-669.
10. Fornatora ML, Reich RF, Gray RG, Freedman PD. Intraoral molluscum contagiosum: a report of a case and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:318-320.
11. Lim KS, Foo CCI. Disseminated molluscum contagiosum in a patient with chronic plaque psoriasis taking methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:591-593.
12. Cursiefen C, Grunke M, Dechant C, Antoni C, Jünemann A, Holbach LM. Multiple bilateral eyelid molluscum contagiosum lesions associated with TNF $\alpha$ -antibody and methotrexate therapy. *Am J Ophthalmol* 2002;134:270-271.
13. Rosenberg EW, Yusk JW. Molluscum contagiosum. Eruption following treatment with prednisone and methotrexate. *Arch Dermatol* 1970;101:439-441.
14. Antoniou C, Kosmadaki MG, Stratigos AJ, Katsambas AD. Genital HPV lesions and molluscum contagiosum occurring in patients receiving anti-TNF- $\alpha$  therapy. *Dermatol Basel Switz* 2008;216:364-365.