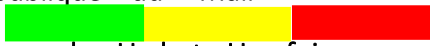


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du Mali  
  
Un peuple - Un but - Une foi



# ***Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie***

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021 – 2022

N°...../

MÉMOIRE

**Molluscum Contagiosum et Dermatite Atopique Chez Les  
Enfants à L'Hôpital de Dermatologie de Bamako.**

Présenté et soutenu publiquement le 28/03/2023  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

**Dr Laho Tamekou Simon Herve**

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

**JURY**

***PRESIDENT : Pr Ousmane FAYE***

***JURY : Dr Mariam DIARRA***

***Co-Directeur : Pr Mamadou GASSAMA***

***DIRECTEUR : Pr Adama AGUISSA DICCO***

# *Dédicaces et remerciements*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... ✍*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance... ✍*

*Aussi, c'est tout simplement que... ✍*

***A Dieu le Père tout puissant.***

*Omniscient, Omniprésent, Omnipotent.*

***A mon très cher père Laho Gaston.***

*Travail-Rigueur-Responsabilité.*

***A ma très chère mère Tekouo Jacqueline***

*Je reste attaché à l'une de tes valeurs chères : rester soi-même. ✍*

***A mon oncle Etienne Kougoum***

*Quand on te lave le corps, tache de te frotter le ventre*

***A ma famille biologique***

***A mes Frères et sœurs. A mes cousins et cousines, oncles et tantes.***

*Nous paraissions éloignés, mais très proches d'esprit.*

***A ma grande mère Nkaze Marie***

***Au Mali et ma famille d'accueil malienne***

***A mes amis et collègues***

***Malien, ou autres nationalités***

***A mes compatriotes de l'aeescm***

***A ma promotion « Asturie »***

# *Hommage aux membres du jury*

*A notre maitre et président du jury*

*Professeur Ousman Faye*

- ❖ *Maitre de conférences agrégé à la FMOS*
- ❖ *Spécialiste en dermato-lépro-vénérologie et en anatomopathologie dermatologique.*
- ❖ *Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie*
- ❖ *Ph.D en épidémiologie et science de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie.*
- *Directeur de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.*

*Cher Maitre.*

*Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre mémoire.*

*Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect.*

*Veillez, Cher Maître, trouver dans ce travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect.*

*A notre Maître et Juge*

*Docteur **Mariam DIARRA***

- ❖ Spécialiste en Dermato-Lépro-Vénérologie.*
- ❖ Praticienne hospitalière à l'HDB*

*Chère maître*

*Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail.*

*Vous êtes une femme de science et un médecin attentif au bien-être de ses patients.*

*C'est avec sincérité que nous vous exprimons notre admiration pour le Docteur, mais aussi pour la femme que vous êtes.*

*Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et notre gratitude.*

*A notre maitre et Co-directeur de thèse*

*Professeur Mamadou GASSAMA*

- ❖ Maitre de conférences en dermatolo-léprologie-vénérologie à la FMOS*
- ❖ Praticien hospitalier à HDB*
- ❖ Enseignant-chercheur*
- ❖ Point focal du suivi des albinos au Mali*

*Cher maitre*

*Nous n'aurions pas assez de place sur ces quelques lignes pour vous exprimer notre reconnaissance pour la quantité de travail que vous avez abattu pour nous aider dans cette thèse.*

*Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçu en toutes circonstances avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Recevez ici chère Maitre, notre sincère gratitude.*

*A notre maitre et Directeur de mémoire*

*Professeur Adama Aguisa Dicko*

- ❖ *Maitre de conférences agrégé en dermatolo-léprologie-vénérologie à la FMOS*
- ❖ *Chef de service de dermato-léprologie-vénérologie à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako*
- ❖ *Enseignant-chercheur*
- ❖ *Secrétaire général de la SOMADEV et membre de plusieurs sociétés savantes nationales et internationales*

*Cher Maitre*

*Vous nous avez honoré par votre confiance en nous confiant cet excellent sujet de travail*

*Vous nous avez guidé tout le long de son élaboration avec bienveillance et disponibilité*

*Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et profond respect.*

*Veillez trouver ici, cher maitre, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.*



# *Abréviations*

- MC** : Molluscum Contagiosum  
**DA** : Dermatite Atopique  
**ADN** : Acide Désoxyribonucléique  
**MCV** : Virus Molluscum contagiosum  
**MD** : Molluscum Dermatitis  
**EM** : Eczéma Molluscorum  
**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine  
**HDB** : Hôpital de Dermatologie de Bamako

# *Tables des illustrations*

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Répartition des patients selon les tranches d'âges .....	14
<b>Tableau II</b> : Répartition des patients selon le sexe.....	14
<b>Tableau III</b> : Répartition des patients selon la provenance.....	14
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patients selon l'état nutritionnel.....	15
<b>Tableau V</b> : Répartition des patients selon la fréquentation des piscines.....	15
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patients selon l'utilisation des salles de bains collectifs .....	15
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patients selon le lieu d'habitation.....	16
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patients selon la fréquentation des écoles.....	16
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patients selon la présence de sudamina.....	16
<b>Tableau X</b> : Répartition des patients selon la présence du prurit .....	17
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patients en fonction de la présence d'une atopie familiale .....	17
<b>Tableau XII</b> : Répartition des patients selon la présence de la DA.....	17
<b>Tableau XIII</b> : répartition des cas de MC diffus chez les sujets présentant une DA .....	18

## Liste des iconographies

<b>Icono 1</b> : Molluscum contagiosum sur les lésions de dermatite atopique sur une fillette de 11 ans Source : Dr Mamoudou Diakité .....	26
<b>Icono 2</b> : Molluscum contagiosum sur les lésions de dermatite atopique chez un enfant de 03 ans. Source : Dr Tall.....	26
<b>Icono 3</b> : molluscum contagiosum sur une fillette de 06 ans malnutri avec déficit immunitaire source; Dr Ousmane Sylla.....	27

## **Table des matières**

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>I. Généralités .....</b>	<b>3</b>
1. Molluscum contagiosum .....	4
1.1. Epidémiologie .....	4
1.2. Clinique.....	4
1.3. Diagnostic .....	5
2. Dermatite atopique .....	5
2.1. Epidémiologie .....	5
2.2. Clinique.....	5
2.3. Diagnostic .....	6
3. Contexte .....	6
4. Hypothèse de recherche .....	7
5. But de l'étude .....	7
<b>II. Objectifs .....</b>	<b>8</b>
1. Objectif Général .....	9
2. Objectifs Spécifiques .....	9
<b>III. Patients et méthodes .....</b>	<b>10</b>
1. Cadre de l'étude .....	11
2. Population d'étude.....	11
3. Type de l'étude.....	11
4. Durée de l'étude .....	11
5. Recrutement .....	11
6. Critères d'inclusion .....	11
7. Critères de non inclusion.....	12
8. Appariement .....	12
9. Echantillon .....	12
10. Déroulement de l'étude .....	12
11. Variables étudiées.....	12
12. Saisie et analyse des données .....	12
13. Considérations éthiques .....	12

<b>IV. Résultats et analyses .....</b>	<b>13</b>
<b>V. Commentaires et discussion .....</b>	<b>19</b>
<b>VI. Conclusion .....</b>	<b>23</b>
<b>VII. Iconographie.....</b>	<b>25</b>
<b>VIII. Références.....</b>	<b>28</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>32</b>
Fiche d'enquête : Cas .....	33
Fiche d'enquête : témoins.....	34
Fiche signalétique .....	35

# *Introduction*

Le MC est une dermatose infectieuse et contagieuse causée par un virus de la famille des poxvirus. C'est une maladie fréquente dans les climats tropicaux ou l'incidence peut atteindre 20% chez les enfants [1]. Le MC est une affection habituellement asymptomatique en absence de complications [3]. Elle représente un préjudice esthétique important. La maladie affecte la qualité de vie chez un enfant sur dix [2]. L'évolution est chronique avec une possibilité de guérison spontanée. Elle peut être grave en cas surinfection bactérienne. La transmission se fait principalement par contact direct avec une peau infectée. Le diagnostic est clinique. Certains auteurs rapportent une prévalence plus élevée chez les enfants atteints d'une DA [4,5].

La DA est une dermatose eczémateuse multifactorielle chronique ou récidivante et prurigineuse prédisposant les patients aux infections bactériennes et virales attribuables à des anomalies du système immunitaire inné ou acquis [6]. Le dysfonctionnement de la barrière épidermique, tel que la diminution de la production des céramides, une diminution de la production de filaggrine due à une mutation génétique et/ou une inflammation atopique, une sécrétion défectueuse des peptides antimicrobiens et un stress mécanique induit par le cycle démangeaison-grattage, semble être fondamentalement impliqué dans la prédisposition aux infections bactériennes et virales.

Plusieurs auteurs (JR Olsen et al, Nanette B) décrivent la DA comme un facteur de risque de survenu du MC chez l'enfant. Ces travaux ont été réalisés dans les populations caucasienne.

Le but de ce travail est de décrire le rôle de la DA dans la survenue du MC chez les enfants à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.



# *I. Généralités*

## **1. Molluscum contagiosum**

### **1.1. Épidémiologie**

Le MC est causé par le MCV, un virus à ADN double brin appartenant à la famille des *Poxviridae* ; les humains sont les seuls hôtes du MCV. Le MCV a 4 génotypes différents : MCV 1, MCV 2, MCV3 et MCV 4. Le MCV 1 est le génotype le plus courant (75 à 96 %), suivi du MCV 2, tandis que les MCV 3 et 4 sont extrêmement peu fréquents [7,8,9]. Le MCV se transmet principalement par contact direct avec une peau infectée, le contacte peut-être sexuelle, non sexuelle ou par auto-inoculation. Le MCV infecte l'épiderme et se réplique dans le cytoplasme des cellules avec une période d'incubation variable entre deux et six semaines [10]. C'est une dermatose infectieuse spontanément résolutive, fréquente dans la population pédiatrique, les adultes sexuellement actifs et les personnes immunodéprimées.

### **1.2. Clinique**

Le MC se présente sous la forme de papules arrondies fermes, rose ou de couleur chair, avec une surface brillante ou ombiliquée ; Les lésions peuvent être uniques, multiples ou groupées, et parfois elles peuvent être entourées d'un halo érythémateux ou être pédiculées. Un prurit peut être présent et l'état général est généralement conservé. Chez les enfants, les principales zones touchées sont les sites de peau exposée, tels que le tronc, les extrémités, les régions intertrigineuses, les organes génitaux et le visage, à l'exception des paumes et des plantes [11]. L'atteinte de la muqueuse buccale est rare [12]. Chez l'adulte, les lésions sont le plus souvent situées dans le bas-ventre, les cuisses, les organes génitaux et la région périnéale, la plupart des cas transmis par contact sexuel. Chez les enfants, les lésions génitales sont principalement dues à l'auto-inoculation et ne sont pas pathognomoniques des abus sexuels [13]. Chez les patients immunodéprimés, comme ceux infectés par le VIH, les lésions peuvent être étendues, localisées dans des sites atypiques, supérieures à 1cm de diamètre (MC géant) ou réfractaire au traitement [14]. Les patients peuvent développer des plaques eczémateuses autour d'une ou plusieurs lésions de MC, un phénomène connu sous le nom de « mollus cum dermatitis » (MD) ou « eczema molluscorum » (EM) qui est plus fréquents chez les patients atteints de DA. La durée des lésions est variable, mais dans la plupart des cas, elles sont autolimitées en 6 à 9 mois.

Le MC peut également être congénitales lorsqu'il est transmis verticalement par contact avec le MCV dans le canal de naissance,[15] dans ce cas, les lésions sont généralement situées sur le cuir chevelu et ont une disposition circulaire.

### **1.3. Diagnostic**

Le diagnostic est basé sur les signes cliniques. Un outil clinique utile est la dermoscopie. Si le doute diagnostique persiste, une microscopie confocale ou une biopsie cutanée peuvent être réalisées. La nécessité d'un traitement actif pour MC est controversée ; cependant, il existe un consensus sur le fait qu'il devrait être indiqué en cas de maladie étendue, associée à des complications ou à des troubles esthétiques.

Il existe plusieurs modalités de traitement, notamment mécaniques, chimiques, immuno-modulatrices et antivirales.

## **2. Dermatite atopique**

### **2.1. Épidémiologie**

Toutes les données de la littérature ont montré que la prévalence de la DA varie selon l'origine géographique, l'ethnie et le niveau d'urbanisation. Elle est en augmentation constante en Europe et dans les pays développés. La DA atteint généralement le nourrisson de moins de six mois avec un sex-ratio variable selon les études.

La DA s'accompagne du développement d'une réponse immunitaire inflammatoire privilégiant des réactions d'hypersensibilité médiées par les IgE vis-à-vis d'antigènes de l'environnement extérieur, domestique ou alimentaire survenant sur un terrain génétique prédisposant qui s'accompagne d'anomalies de la barrière cutanée. Trois facteurs physiopathologiques président à la DA : des facteurs génétiques, immunologiques et des anomalies de la barrière cutanée. Mais d'autres facteurs jouent un rôle dans l'expression clinique de la DA : les allergies alimentaires, l'environnement (aéroallergènes, irritants, facteurs climatiques), les infections (staphylocoque doré), le stress. Le prurit est un élément clé de la DA. Il est secondaire à certains médiateurs de l'inflammation qui déclenchent et entretiennent les lésions.

### **2.2. Clinique**

La DA commence communément dans les premiers mois de vie, par certains signes indirects du prurit et les lésions d'eczéma. Le prurit est souvent net, responsable de troubles du sommeil dès les premiers mois. À défaut de grattage manuel, la démangeaison se révèle dès le deuxième mois par une agitation et trémoussement des membres et du tronc, et un frottement des joues contre les draps et les vêtements. Ce frottement est associé à un eczéma aigu exsudatif dont les lésions sont érythémato-vésiculeuses, suintantes, parfois aussi

œdémateuses, aux bords plus ou moins émietté, croûteuse. La topographie des lésions de DA varie avec l'âge : convexités chez le nourrisson ; plis de flexion des membres chez l'enfant. Le prurit et la xérose cutanée sont des éléments constants au cours de la DA.

Certains signes « cliniques mineurs » utiles au diagnostic peuvent être associés aux lésions d'eczéma : Hyperlinéarité palmoplantaire, Kératose pilaire, Pityriasis alba, dartres achromiantes ou eczématides, Chéilite et perlèche, Intertrigos sous- et rétro auriculaires, Signe de Dennie-Morgan. La DA est un des composants de la « maladie atopique » avec l'asthme, la conjonctivite allergique, la rhinite allergique et l'allergie alimentaire.

### **2.3. Diagnostic**

- Le diagnostic de la DA est clinique sans besoin d'examen complémentaires. Différents critères ont été développés pour être utilisés dans les investigations et les études de population. Ceux développés par l'**United Kingdom Working Party** sont couramment utilisés :  
Critère obligatoire : dermatose prurigineuse  
Trois ou plus des critères suivants :  
Antécédents personnels d'eczéma des plis de flexion (fosses antécubitales, creux poplités, face antérieure des chevilles, cou) et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans
- Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foies (ou antécédents d'asthme, de dermatite atopique, ou de rhinite allergique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans)
- Antécédents de peau sèche généralisée (xérose) au cours de la dernière année
- Eczéma des grands plis ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans
- Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans seulement).

La prise en charge de la dermatite atopique est axée sur les dermocorticoïdes, les émoullissants, et les mesures hygiéno-diététiques. Les antihistaminiques sédatifs sont efficaces sur le prurit

### **3. Contexte**

Le MC fait partie de la liste des dermatoses infantiles fréquentes au Mali. A Mahé et al ont trouvé dans un échantillon d'enfant de 1817 prélevés au hasard à Koulikoro une prévalence du MC de 3,6 (+/-1%) [16]. C'est donc une dermatose bien décrite dans la littérature et dont

les données sont aussi controversées, entre autres l'association avec la DA, certains facteurs épidémiologiques tel que la malnutrition, la saisonnalité, le prurit, mais aussi les méthodes de recherche employée.

La réalisation de cette étude se justifie par le fait que le MC comme toutes les infections à poxvirus est une maladie virale fréquente et contagieuse au sein des communautés d'enfant, alors qu'elle est peu documentée en Afrique et particulièrement dans la sous-région ; aussi sa présence remarquable chez les patients souffrants de la DA vue en consultation. Même si certains auteurs estiment que l'évolution peut être favorable spontanément, le pronostic esthétique et parfois fonctionnel est important et la prise en charge par certains moyens chirurgicaux peut être pénible pour les enfants

#### **4. Hypothèse de recherche**

L'hypothèse selon laquelle certaines infections à MC peuvent être favorisées par la présence d'une DA est-elle réelle ? Autrement dit les sujets atteints d'une DA sont-ils plus susceptibles de développer les lésions de MC que les sujets indemnes d'eczéma atopiques ? Telle est la question que nous tenterons de répondre au cours de notre étude.

#### **5. Bute de l'étude**

Etudier la relation entre la dermatite atopique et le molluscum contagiosum

## *II. Objectifs*

## **1. Objectif Général**

Etudier l'association entre le MC et la DA chez les enfants de 0 à 15 ans

## **2. Objectifs Spécifiques**

1. Déterminer la fréquence hospitalière du MC.
2. Comparer la fréquence de la DA chez les cas à ceux des témoins
3. Identifier les facteurs associés à la DA chez les cas

# *III. Patients et méthodes*



## **1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de dermato-vénérologie de l'HDB ; ce dernier est un établissement public à caractère scientifique et technologique situé en commune IV du District de Bamako précisément dans le quartier de Djicoroni-para.

Les services techniques de l'HDB sont répartis entre trois départements : Département Clinique, Département Formation, Département appui aux Programmes.

Le département clinique comporte les services suivants : Léprologie-Animalerie Expérimentale, Biologie, Chirurgie-réhabilitation, Anesthésie-Réanimation, Dermatologie-Vénérologie. Ce dernier est composé de 05 salles de consultations, d'un laboratoire d'histopathologie cutané, d'une salle réservée à la chirurgie dermatologique et d'un pavillon d'hospitalisation.

## **2. Population d'étude**

Les enfants de 0 à 15 ans consultant à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako durant la période de notre étude représentent la population de l'étude.

## **3. Type de l'étude**

IL s'agit d'une étude cas témoin.

## **4. Durée de l'étude**

Cette étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Avril 2022 au 31 Octobre 2022

## **5. Recrutement**

### **a. Définition des cas**

Enfant de 0 à 15 ans présentant des nodules/papules fermes ombiliqués au centre et donc le diagnostic de MC a été retenu

### **b. Définition de témoin**

Enfant de 0 à 15 ans ne présentant pas de lésions de MC

## **6. Critères d'inclusion**

### **a- Cas**

Tous patients répondant à la définition de cas

### **b- Témoins**

Tous patients répondant à la définition de témoin

## **7. Critères de non inclusion**

### **a- Cas**

Patient non consentant

### **b- Témoin**

Patients non consentant ou patient ne pouvant être apparié à un cas

## **8. Appariement**

A chaque cas était apparié un témoin de même sexe de plus ou moins 5 ans d'âge

## **9. Echantillon**

La taille minimale requise pour cette étude est de 688 patients selon la méthode de **package Epicalc 2.9.0.1** en utilisant le logiciel **Biosta TGV** (Etudes cliniques). Elle a été estimée pour une puissance de 80% ; un risque  $\alpha$  de 5%, 1 cas/ 1 témoin et un  $OR \geq 2$ .

## **10. Déroulement de l'étude**

Les cas étaient recrutés durant les séances de cryothérapie bihebdomadaire et les témoins au cours des consultations quotidiennes. Les cas et témoin ont bénéficiés d'un examen dermatologique complet.

Les données anamnestiques et cliniques ont été consignés sur une fiche d'enquête.

## **11. Variables étudiées**

Le sexe, l'âge, provenance, habitudes quotidiennes, pathologies associées, clinique ont été les variables étudiées

## **12. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysés sur les logiciels Microsoft Word 2016, Epi info version 7.2.5.0, Excel 2016

## **13. Considérations éthiques**

Le consentement éclairé des parents ou tuteurs était obtenu avant toute inclusion. L'anonymat des cas et des témoins reste garanti. L'inclusion ne comportait aucun risque supplémentaire pour les cas et les témoins.

# *IV. Résultats et analyses*

**Tableau I** : Répartition des patients selon les tranches d'âges

Age en année	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Moins de 2	94 (13,7)	43 (6,3)	137 (19,9)
3 - 6	171 (24,9)	193 (28,1)	364 (52,9)
7 - 12	64 (9,3)	95 (1,8)	159 (2,1)
13 et plus	15 (2,2)	13 (1,9)	28 (4,1)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

La tranche d'âge de 3-6 ans représentait respectivement **24,9%**

**Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Masculin	163 (23,7)	171 (24,9)	334 (48,5)
Féminin	181 (26,3)	173 (25,)	354 (51,5)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Le sexe féminin représentait respectivement **26,3%** ; rapport : **OR : 1 [0,9 - 1,2]**

**Tableau III** : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Urbain	311 (45,2)	317 (4,1)	628 (91,3)
Rural	33 (4,8)	27 (3,9)	60 (8,7)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Les cas provenaient des zones urbaines dans **45,2%**

**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'état nutritionnel

<b>Malnutrition</b>	<b>Diagnostic</b>		<b>Total (%)</b>
	Cas (%)	Témoins (%)	
Normale	305 (44,3)	338 (49,1)	643 (93,5)
Modérée	34 (4,9)	6 (0,9)	40 (5,8)
Sévère	5 (0,7)	0 (0)	5 (0,7)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

La malnutrition aigüe modérée représentait **4,9%** chez les cas

La malnutrition aigüe sévère était associée à **0,7%** de cas

**OR : 3,9[1,8- 8,3].**

**Tableau V** : Répartition des patients selon la fréquentation des piscines

<b>Piscine</b>	<b>Diagnostic</b>		<b>Total (%)</b>
	Cas (%)	Témoins (%)	
Non	322 (46,8)	325 (47,2)	647 (94)
Oui	22 (3,2)	19 (2,8)	41 (6)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Les patients fréquentaient les piscines dans **3,2%** des cas **OR : 1 [0,7 - 1,5]**

**Tableau VI** : Répartition des patients selon l'utilisation des salles de bains collectifs

<b>Salle de bain collective</b>	<b>Diagnostic</b>		<b>Total (%)</b>
	Cas (%)	Témoins (%)	
Non	207 (30,1)	188 (27,3)	395 (57,4)
Oui	137 (19,9)	156 (22,7)	293 (42,6)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

L'utilisation des objets de bain collectifs représentait **19,9%** chez les cas **OR : 0,8 [0,7 - 1]**

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le lieu d'habitation

Grande famille	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Non	120 (17,4)	117 (17)	237 (34,4)
Oui	224 (32,6)	227 (33)	451 (65,6)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Les patients vivaient dans une grande famille dans **32,6%** des cas **OR : 0,9 [0,8 - 1,1]**

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon la fréquentation des écoles

Ecole	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Non	160 (23,3)	115 (16,7)	275 (40)
Oui	184 (26,7)	229 (3,3)	413 (60)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Les patients étaient scolarisés dans **26,7%** des cas. **OR : 0,75 [0,64 - 0,88]**

**Tableau IX** : Répartition des patients selon la présence de sudamina

Sudamina	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Absence	294 (42,7)	332 (48,3)	626 (91)
Présence	50 (7,3)	12 (1,7)	62 (9)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Le sudamina était associé au MC dans **7,3%** des cas **OR : 2,7[1,6- 4,5]** contre **1,7%** des témoins

**Tableau X** : Répartition des patients selon la présence du prurit

Prurit	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Absence	164 (23,8)	305 (44,3)	469 (68,2)
Présence	180 (26,2)	39 (5,7)	219 (31,8)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

Le prurit était associé au MC dans **26,2%** des cas **IC : 95%, OR : 3,6 [2,7 - 4,8]**

**Tableau XI** : Répartition des patients en fonction de la présence d'une atopie familiale

Atopie familiale	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Absence	197 (28,6)	197 (28,6)	394 (57,3)
Présence	147 (21,4)	147 (21,4)	294 (42,7)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

La présence d'une atopie familiale représentait respectivement **21,4 %**. **OR : 1 ; IC= 95% [0,8 - 1,1]**

**Tableau XII** : Répartition des patients selon la présence de la DA

Dermatite atopique	Diagnostic		Total (%)
	Cas (%)	Témoins (%)	
Absence	195 (28,3)	321 (46,7)	516 (75)
Présence	149 (21,7)	23 (3,3)	172 (25)
<b>Total</b>	<b>344 (50)</b>	<b>344 (50)</b>	<b>688 (100,0)</b>

La DA était présente dans **21,7%** des cas. **OR : 4,6 ; IC=95% [3,1 - 6,8]**

Les témoins avec une DA représentaient **3,3%**

**Tableau XIII** : répartition des cas de MC diffus chez les sujets présentant une DA

Dermatite Atopique	Diagnostic		Total (%)
	Cas	Témoins	
Non	32	0	32
Oui	7	5	12
<b>Total</b>	<b>39 (50)</b>	<b>5 (50)</b>	<b>44 (100,0)</b>

Environ 32 patients de notre série étaient atteints à la fois de MC diffus et la DA. OR : 10,66 [6,63-17,12].



# *V. Commentaires et discussion*

Nous avons réalisé une étude cas témoin sur le rôle de la DA dans la survenue du MC chez les enfants de 0 à 15 ans à l'HDB pendant une durée de 6 mois ; les principales difficultés de notre série étaient que nos cas et témoins étaient sélectionnés essentiellement sur la clinique ; certains patients atteints d'une DA pouvaient présenter aussi d'autres affections dermatologiques ; les données paracliniques tel que les recherches génétiques et moléculaires n'ont pas été pris en compte. Toutefois les résultats que nous avons obtenus se rapprochent significativement de ceux rapportés par la littérature. Les enfants de 3- 6 ans représentaient la tranche d'âge la plus élevée (24,9%) ; le sexe féminin était légèrement plus important (26,3%) ; (45,2%) des cas vivaient dans une zone urbaine et 32,6% vivaient dans une grande famille ; (5,6%) des cas présentaient une malnutrition aiguë modérée et sévère. Environ (3,2%) des cas fréquentaient les piscines publiques et (19,9%) utilisaient les objets de nettoyage et salles de bain collectifs ; 26,7% étaient scolarisés. Le sudamina (7,3%) était l'une des dermatoses la plus associée au MC ainsi que le prurigo (26,2%). L'atopie familiale représentait 21,4% des cas et la DA 21,7% des cas contre 3,3% des témoins.

Le concept selon lequel la survenue de MC est plus fréquente chez les enfants atteints de DA a été largement décrit dans la littérature. Ce pendant très peu d'études apportent des preuves statistiques concrètes. La fréquence du MC décrite dans les études est souvent fonction du contexte épidémiologique.

Selon la provenance, **45,2%** vivaient en zone urbaines ; le MC semble être plus fréquent dans les zones où surpeuplement et pauvreté se conjuguent [17].

Dans notre série, la proportion du MC était de **2,6%**. *Mahé et al* ont retrouvé une prévalence de 3,6% dans une population de 0-12 ans dans la région de Koulikoro (Mali). Certaines études réalisées dans les climats chauds et secs comme en Israël (34%) [18], Nouvelle Guinée (22%) [19] ont trouvé des résultats plus importants. Globalement la littérature décrit une fréquence plus élevée du MC dans les climats chauds et secs ; mais certaines études réalisées dans ces contextes rapportent une prévalence relativement plus faible comme en Turquie (1,2%) [20], en Iran (2,1%) [21], et au Mali. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines études sont réalisées dans les contextes épidémiologiques différents (pendant une épidémie par exemple).

Le MC est une affection qui touche avant tout les enfants ; la tranche d'âge la plus affectée dans notre série était 3-6 ans soit **24,9%** (171); en Nouvelle- Guinée, *Braue et al* [22] ont trouvé une tranche d'âge maximale de 2 à 5 ans avec un âge modal de 2 ans. Ceci contraste avec les études menées dans les pays développés comme en Ecosse où *Postlethwaite et al* [17] ont trouvé une tranche d'âge de 10 à 12 ans ; ainsi que *Weismann K* [23] qui rapporte un

âge moyen de 11,4 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la promiscuité (salles de bain collectifs, vie de grande famille) plus importante chez les enfants d'âge scolaire dans les pays en voie de développement.

Le sexe féminin était plus fréquent avec respectivement **26,3%** (181) des cas dans notre série. *Choong et Roberts* [24] en Australie ainsi que *Oren et Wende* [18] en Israël ont également trouvé une légère prédominance féminine de 57% et 59%. Par contre, les études réalisées par *Postlethwaite et al* [17] (Ecosse) ; *Niizeki et al* [25] (Japon) ; et *Weismann* [23] (Pays bas) ont trouvé une prédominance nettement plus élevée des garçons et ont expliqué que les garçons fréquentaient plus les piscines que les filles.

Environ **5,6%** des patients étaient atteints d'une malnutrition aigüe modérée et sévère. Nous n'avons pas retrouvé des données similaires dans la littérature, en tout état de cause, la malnutrition proteino-énergétique entraîne un déficit immunitaire qui pourrait favoriser les infections.

Dans notre série, **3,2%** (22) de cas fréquentaient les piscines publiques. Ce chiffre contraste avec ceux obtenus dans les études menées dans les sociétés occidentales [17,19,23,25,22] où la fréquentation des piscines est plus élevée et qui est par conséquent le lieu de contagiosité par excellence. Environ **32,6%** (224) des cas vivaient dans une grande famille ou famille élargie avec plusieurs foyers. Dans ce contexte, près de **19,9%** (137) des cas utilisaient les salles et objets de bain collectifs. Ce taux se rapproche de celui retrouvé par *Overfield TM et al* [26] en Alaska qui ont trouvé que 35% des membres des familles impliqués étaient atteints. De même **26,7%** (184) de nos patients fréquentaient les écoles ; **OR : 0,75 ; IC :95% [0,64-0,88]**.

Le sudamina et le prurit étaient associés à la présence du MC de façon significative soit respectivement **7,3%** (50) **OR : 2,7 [1,6-4,5]** et **26,2%** (180) **OR :3,6 [2,7-4,8]**. Une telle association est loin d'être fortuite d'autant puisqu'elle est documentée ; *Seize MB et al* ont trouvé que 71,1% de cas de MC présentaient un prurit [27]. Cela pourrait être dû au fait que le prurit et le grattage excessif altère de la peau et la prédispose aux infections. Notre série a également révélé qu'environ **21,4%** (147) **OR : 1 [0,8-1,1]** des cas de MC étaient associés à une notion d'atopie familiale, ce pourcentage n'était pas significatif par rapport aux témoins ; nous signalons que le diagnostic d'atopie s'est fait sur la clinique et le dosage des IgE n'a pas été réalisé.

La DA est associée à des anomalies de la régulation du système immunitaire, et les patients atteints de cette affection sont sensibles à un certain nombre d'infection cutanée parmi lesquelles le MC. Notre série est l'une des rare études observationnelles cas-témoins qui a permis de décrire l'association entre la DA et le MC.

Nous avons pu démontrer que **21,7% (149)** des enfants atteints de MC présentaient un eczéma atopique patent. **OR : 4,6 ; IC=95% [3,1 - 6,8]** puisque seulement **3,3% (23)** des sujets indemnes de MC (témoins) présentaient une DA.

La littérature concernant le MC est riche, mais peu d'études ont tenté d'étudier le lien avec la DA. *JR Olsen et al* ont trouvé dans une cohorte appariée que 13% de sujets présentant une DA étaient plus susceptibles de développer un MC que ceux qui n'en avaient pas OR : 1,13 IC :95% [1,11- 1,16]. Une étude cas-témoin portant sur les enfants âgés de moins de 5 ans identifiés à la suite de consultations externes aux Etats-Unis a révélé que les enfants présentant des lésions de MC étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic actuel ou antérieur de DA que les témoins à hauteur de 51,4% [5]. Une telle fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que dans cette étude, ont été pris en compte d'autres formes d'eczéma.

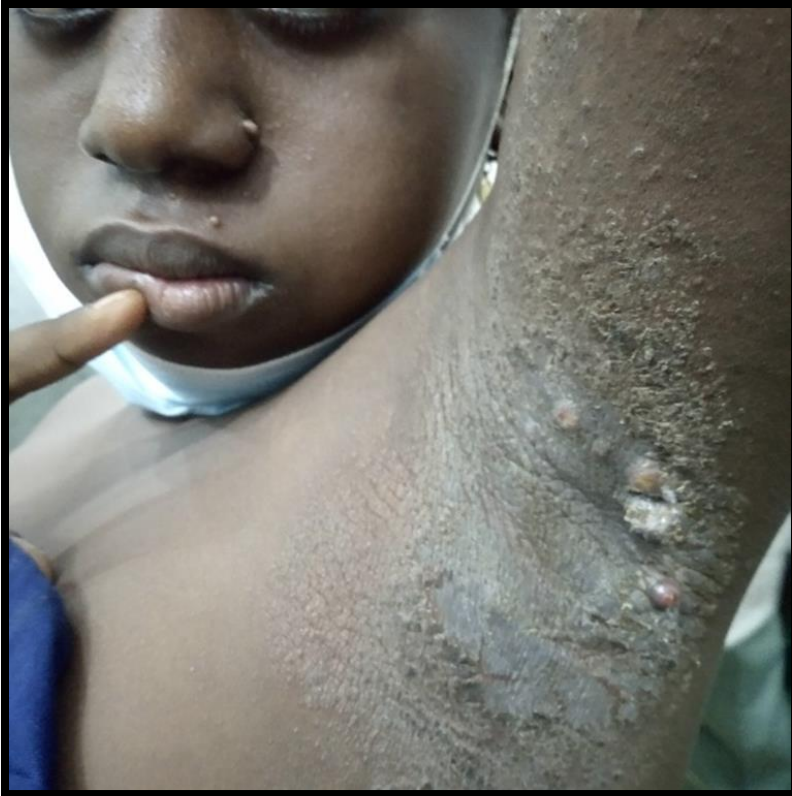
Une autre étude cas-témoin a identifié les enfants atteints de MC et ont comparé la prévalence des DA avec celle d'une précédente étude nationale transversale. Il est ressorti une prévalence de 18,2% dans la cohorte MC et de 5% dans l'enquête nationale [4]. D'autres études notamment en Amérique du Nord et en France ont trouvé une prévalence de DA chez les enfants avec MC de 24% [28] et 43% [29] en examinant les notes de cas des enfants fréquentant cliniques ambulatoires. Cependant une étude dans une clinique ambulatoire pédiatrique au Brésil n'a trouvé aucune différence de MC chez les enfants avec et sans DA [30]. L'association décrite dans cette étude entre les sujets atteints de DA qui développent un MC peut être inférieure à ce à quoi on aurait pu s'attendre à partir des impressions cliniques et à ce qui est décrit dans la littérature. L'une des raisons peut être due à des problèmes de codage pour les deux conditions, qui peuvent sous-déclarer le nombre d'enfant qui ont un diagnostic clinique enregistré à la fois de MC et DA. Une autre est que, une meilleure gestion de DA pourrait également avoir contribué à la taille d'effet plus faible que prévu de l'association. *Aalto-Korte K.* [31] a montré que la gestion optimale de l'eczéma peut fournir une amélioration rapide de la fonction de barrière cutanée ; réduisant ainsi le développement futur d'autres affections cutanées telles que le MC.

Le MC était diffus chez **32** patients atteints de la DA dans notre série **OR : 10,66 ; IC :95% [6,63-17,12]** Des observations similaires ont été décrites dans la littérature [32,33,20] mais ces études n'apportent pas de données statistiques confirmant cette affirmation.

## *VI. Conclusion*

Le MC est une dermatose virale infantile et contagieuse qui affecte le plus souvent les enfants d'âge scolaire. Sa fréquence est élevée dans les zones urbaines où la promiscuité est importante. Un certain nombre de facteurs épidémiologiques liés au comportement tel que la fréquentation des piscines, écoles, salles de bain collectifs, famille élargie, mais aussi pathologiques tel que malnutrition, sudamina, prurit, DA, expliquent sa contagiosité et aussi sa gravité. Cette étude montre que le MC est significativement associé à la DA chez les enfants. Les recherches à l'échelle populationnel incluant les autres tranches d'âge avec examen génétique et moléculaire et la variation des saisons peuvent apporter plus d'informations concernant ces deux affections.

# *VII. Iconographie*



**Icono 1** : Molluscum contagiosum sur les lésions de dermatite atopique sur une fillette de 11 ans *Source : Dr Mamoudou Diakité*



**Icono 2** : Molluscum contagiosum sur les lésions de dermatite atopique chez un enfant de 03 ans. *Source : Dr Tall Koureichi*





**Icono 3** : molluscum contagiosum sur une fillette de 06 ans malnutri avec déficit immunitaire

*Source : Dr Ousmane Sylla*

# *VIII. Références*

1. **Brown J, Janniger C K, Schwartz R A, Silverberg N B.** Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol.* 2006 ;45 :93-9
2. **Olsen JR, Gallacher J, Finlay AY, et al.** Time to resolution and effect on quality of life of Molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. *Lancet Infect Dis* 2015; **15(2)**: 190–195
3. **Tyring SK.** Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; **189** (suppl 3): S12–6.
4. **Kakourou T, Zachariades A, Anastasiou T, et al.** Molluscum contagiosum in Greek children: a case series. *Int J Dermatol* 2005; **44(3)**: 221–223.
5. **McCollum AM, Holman RC, Hughes CM, et al.** Molluscum contagiosum in a pediatric American Indian population: incidence and risk factors. *PLoS One* 2014; **9(7)**: e103419
6. **Wollenberg A, Klein E.** Current aspects of innate and adaptive immunity in atopic dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2007 ;33(1–2) :35–44
7. **Leung AKC, Barankin B, Hon KLE.** Molluscum contagiosum : une mise à jour. Découverte récente du médicament contre les allergies *Pat Inflamm.* 2017 ;11(1) :22–31. Doi :10.2174/1872213X11666170518114456
8. **Trcko K, Hosnjak L, Kusar B, et al.** Évaluation clinique, histopathologique et virologique de 203 patients avec un diagnostic clinique de molluscum contagiosum. Ouvrir le forum *Infect Dis.* 2018 ;5(11) : ofy298. Doi :10.1093/ofid/ofy298
9. **Chen X, Anstey AV, Bugert JJ.** Infection par le virus Molluscum contagiosum. *Lancet Infect Dis.* 2013 ;13(10): 877–888. Doi :10.1016/S1473-3099(13)70109-9
10. **Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H.** Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: a case series and critical review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2005 ;22(4): 287–294. Doi :10.1111/j.1525-1470.2005.22401.x
11. **Schaffer JV, Berger EM.** Molluscum contagiosum. *JAMA Dermatol.* 2016 ;152(9) :1072. Doi :10.1001/jamadermatol.2016.2344
12. **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(3) :318–320. Doi :10.1067/moe.2001.117299
13. **Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB.** Childhood molluscum contagiosum. *Int J Dermatol.* 2006;45(2):93–99.

14. **Basu S, Kumar A.** Giant molluscum contagiosum - a clue to the diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *J Epidemiol Glob Health.* 2013 ;3(4): 289–291. Doi :10.1016/j.jegh.2013.06.002
15. **Mira-Perceval Juan G, Alcalá Minagorre PJ, Betlloch Mas I, Sanchez Bautista A.** [Molluscum contagiosum due to vertical transmission]. *An Esp Pediatr.* 2017; 86(5): 292–293. Doi :10.1016/j.anpedi.2015.12.014
16. **Mahé A, Prual A, Konaté M, Bobin P.** Skin diseases of children in Mali: a public health problem. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1995; **89** :467–70
17. **Postlethwaite R, Watt JA, Hawley TG, et al.** Features of molluscum contagiosum in the northeast of Scotland and in Fijian village settlements. *J Hyg (Lond)* 1967; 65 :281– 291.
18. **Oren B, Wende SO.** An outbreak of molluscum contagiosum in a kibbutz. *Infection* 1991 ; 19 :159–161.
19. **Sturt RJ, Muller HK, Francis GD.** Molluscum contagiosum dans les villages du district de West Sepik en Nouvelle-Guinée. *Med J Aust* 1971 ; 2ÿ : 751–4
20. **Tuncel AA, Erbagci Z.** Prévalence des maladies de la peau chez les garçons adolescents et post-adolescents en internat en Turquie. *J Dermatol* 2005 ; **32ÿ** : 557–64.
21. **Tabari, ST et MA Shakerian.** Prévalence de la maladie du molluscum contagiosum dans les garderies de Babol, dans le nord de l'Iran. *J Pediatr Infect Dis* 2007; 2ÿ: 153–55.
22. **Braue A, Ross G, Varigos G, Kelly H.** Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: a case series and critical review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2005; **22**: 287–94.
23. **Weismann K.** [An epidemic of molluscum contagiosum originating in an outdoor public swimming-pool. An analysis of 125 consecutive cases]. *Ugeskr Laeger* 1973 ;135 :2151–2156.
24. **Choong KY, Roberts LJ.** Molluscum contagiosum, swimming and bathing: a clinical analysis. *Australas J Dermatol* 1999; **40**: 89–92.9=19
25. **Niizeki K, Kano O, Kondo Y.** An epidemic study of molluscum contagiosum. Relationship to swimming. *Dermatologica* 1984; 169 :197–198.
26. **Overfield TM, Brody JA.** Une étude épidémiologique du molluscum contagiosum à Anchorage, Alaska. *J Pediatr* 1966; **69ÿ**: 640–

27. **Seize MB, Ianhez M, Cestari Sda C.** A study of the correlation between Molluscum contagiosum and atopic dermatitis in children. *An Bras Dermatol* 2011; **86(4)**: 663–668
28. **Dohil MA, Lin P, Lee J, et al.** The epidemiology of Molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol* 2006; **54(1)**: 47–54.
29. **Osio A, Deslandes E, Saada V, et al.** Clinical characteristics of Molluscum contagiosum in children in a private dermatology practice in the greater Paris area, France: a prospective study in 661 patients. *Dermatology* 2011; **222(4)**: 314–320.
30. **Aalto-Korte K.** Improvement of skin barrier function during treatment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1995; **33(6)**: 969–972
31. **Tyring SK.** Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; **189** (suppl 3): S12–6.

# *Annexes*

**Fiche d'enquête : Cas**

**I. identité**

Age

sexe

provenance : urbain

Rural

**II. Pathologies associées**

Dermatite atopique

Malnutrition  
↓  
Modéré  sévère

VIH

Autres

**III. Habitudes quotidiennes**

Piscines

salle de bain collectif

promiscuité : grande famille

Famille nucléaire

Ecole

**IV. Clinique**

Prurit

surinfection

**V. Topographie des lésions**

Plis

visage

tronc

Diffus < à 5 lésions

5 à 10 lésions

≥ à 10 lésions

**VI. Saisons**

Froide

pluvieuse

sèche

**Diagnostic : molluscum contagiosum**

**Télé :**

**Fiche d'enquête : témoins**

**I. Identité**

Age  sexe :  provenance zone urbaine   
Zone rurale

**II. Pathologies associées**

Dermatite atopique Malnutrition Autres  
↓ ↓  
Modérée sévère

**III. Habitudes quotidiennes**

Piscine salles de bain collectif promiscuité grande famille   
  Famille nucléaire   
École

**IV. Clinique**

Prurit  surinfection

**V. Topographie des lésions**

Plis convexités diffus

**VI. Saison**

Froide pluvieuse sèches

**Diagnostic :**

**Télé :**



## Fiche signalétique

**Nom :** LAHO TAMEKOU

**Prénom :** Simon Herve

**Titre du mémoire :** Molluscum contagiosum et dermatite atopique chez les enfants à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako.

**Année Universitaire :** 2021 - 2022

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

### Résumé

**Introduction :** Le molluscum contagiosum est une dermatose infectieuse et contagieuse causée par un virus de la famille des poxvirus. C'est une maladie fréquente dans les climats tropicaux où l'incidence peut atteindre 20% chez les enfants [1]. Les enfants atopiques sont souvent affectés et la prévalence de l'eczéma atopique semble plus élevée chez les enfants atteints de molluscum contagiosum que dans la population générale selon certaines recherches [4,5]. Le présent travail a pour but de décrire le rôle de la DA dans la survenue du MC chez les enfants

**Méthodes :** Il s'agissait d'une étude cas-témoin menée sur près de 688 patients âgés de 0 à 15 ans à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako entre 1<sup>er</sup> Avril 2022 au 31 Octobre 2022.

La collecte des informations s'est faite à l'aide d'un questionnaire de base et complétée par les patients ou leurs tuteurs reçus lors des séances de cryothérapie ou en consultation dermatologique

Les variables étudiées ont été le sexe, l'âge, provenance, habitudes quotidienne, dermatite atopique, clinique. Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Microsoft Word 2016, Epi info version 7.2.5.0, Excel 2016.

**Résultats :** Environ 21,7% de nos cas présentaient une dermatite atopique, avec un OR : 4,6 ; IC=95% [3,1- 6,8] ; contre 3,3% de témoin

**Discussion :** Les résultats de notre recherche concernant cette association entre le molluscum contagiosum et la dermatite atopique confirment à quelques différences près les données que nous avons retrouvées dans la littérature. Ces disparités pourraient s'expliquer en grande partie par les méthodologies employées mais aussi par le contexte épidémiologique.

**Conclusion :** Le molluscum contagiosum est une dermatose virale infantile fréquente chez les enfants d'âge scolaire. L'association avec la dermatite atopique, comme évoqué dans la littérature est réelle. Des études à l'échelle populationnelle incluant les données génétiques et moléculaires peuvent être un plus.

**Mots clés :** *molluscum contagiosum, dermatite atopique, enfants.*