Pratique clinique

Une tumeur vasculaire bénigne
Le botriomycome

M. BELLAKEHAL[(1)], M. TURKIEWICZ[(2)]

(1) 178e Antenne Médicale, 12e Centre Médical des Armées, Agen
(2) 178e Antenne Médicale, 12e Centre Médical des Armées, Service des Maladies Professionnelles et Environnementales, Agen / Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Auteur correspondant : matt.bellak69@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.10158

Reçu
le 26 septembre 2024

Accepté
le 14 mars 2025

Publié
le 5 juin 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Cet article traite d'une lésion dermatologique fréquente : le botriomycome. Elle vise à donner au médecin d'unité les éléments nécessaires à une prise en charge efficiente.
Il s'agit d'une hyperplasie vasculaire faisant classiquement suite à un traumatisme. Cette lésion, souvent impressionnante par son aspect bourgeonnant et sa rapidité d'évolution, est cependant bénigne. Elle est très gênante pour le patient, car elle saigne au moindre contact. De plus, elle est anxiogène quand aucun diagnostic n'a encore été posé. Le diagnostic est clinique et le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale.
La connaissance de cette entité par le médecin des forces peut lui permettre d'optimiser la prise en charge du patient. En effet, les délais de consultation spécialisée de dermatologie sont de plus en plus longs, sans parler des zones qui en sont dépourvues. Poser le diagnostic rapidement permettrait, comme dans notre cas, d'adresser le patient à un chirurgien pour une exérèse sans attendre de longues semaines ou mois avant d'être pris en charge.

Mots-clés : Botriomycome. Dermatologie. Tumeur vasculaire. Médecine d'armée.

Abstract:
A BENIGN VASCULAR TUMOR
PYOGENIC GRANULOMA
This article deals with a common dermatological lesion: pyogenic granuloma. Its aim is to provide military physicians with practical information for efficient medical support.
Pyogenic granuloma is a vascular hyperplasia typically resulting from trauma. The lesion is impressive in its budding appearance and rapid evolution, but is nonetheless benign. It is very uncomfortable for the patient, as it bleeds at the slightest touch, and is anxiety-provoking in the absence of

a definitive clinical diagnosis. The treatment of choice is surgical excision.
A better undertanding of this entity helps medical officers optimize patient medical support. Indeed, finding an appointment with a dermatologist is becoming increasingly difficult, especially in areas with a severe shortage of specialists. As in our case, an early diagnosis would enable the patient to be referred to a surgeon for excision, without having to wait weeks or months for treatment.

Keywords: Pyogenic granuloma. Dermatology. Vascular tumor. Military medicine.

1 Cas Clinique

Un patient de 32 ans sans antécédent, ni traitement consulte pour une lésion bourgeonnante située sur l'épaule gauche. Il a consulté deux médecins généralistes qui l'ont adressé vers un dermatologue sans pouvoir lui donner un diagnostic. Inquiet et gêné, il sollicite un troisième avis médical.
La lésion est apparue depuis six semaines suite à un traumatisme mineur. Il s'agissait initialement d'une dermabrasion, n'arrivant pas à cicatriser, saignant à chaque contact. Un bourgeon charnu s'est très rapidement développé, indolore, pédiculé, n'arrêtant pas de suinter, de saigner et de croître pour atteindre le stade actuel (figures 1 et 2).
Devant la difficulté à poser un diagnostic, et des délais à un an pour obtenir une consultation de dermatologie dans la région, un avis est pris par télémédecine auprès d'une dermatologue. Le diagnostic de botriomycome a tout de suite été posé sur la base de l'aspect clinique et l'anamnèse. Faute de dermatologue disponible, une exérèse chirurgicale avec analyse anatomopathologique a été réalisée par un chirurgien viscéral la semaine suivante. Les suites ont été simples et l'analyse histologique a confirmé le diagnostic.



Fig. 1 : Lésion vue de face, charnue, saignante au contact



Fig. 2 : Lésion vue de profil, pédiculée

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

2 Discussion

Le botriomycome, ou hémangiome capillaire lobulaire, est une tumeur vasculaire bénigne courante qui peut être rencontrée sur tout le tégument : cutané et muqueux. Il concerne en majorité les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, mais peut se développer à tout âge.

Le plus souvent, il s'agit d'une lésion unique (sauf en cas d'origine médicamenteuse), d'environ 1 cm, bourgeonnante, charnue et friable, saignant au moindre contact, évoluant rapidement en quelques semaines. L'existence d'une collerette entourant le pied de la lésion est aussi un élément très évocateur. Les localisations les plus fréquentes sont les doigts et les orteils (souvent associé à un ongle incarné), mais il peut être rencontré sur la totalité du tégument. La bouche est souvent touchée, faisant généralement suite à des soins dentaires. L'aspect est alors volontiers papillomateux et ne doit pas être confondu avec une papillomatose à HPV.

La physiopathologie reste inexpliquée bien qu'un processus de néovascularisation secondaire à une composante inflammatoire soit identifié par l'analyse histologique.

Il fait le plus souvent suite à un traumatisme qu'il soit mineur ou suite à une chirurgie, par exemple. La grossesse, *via* les modifications hormonales qu'elle entraîne et la production de VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*) agit sur le système vasculaire et peut provoquer des botriomycomes buccaux, essentiellement gingivaux. Certains médicaments sont également en cause, il faudra savoir l'évoquer devant des lésions éruptives et multiples. On peut citer l'isotrétinoïne, le docetalex, les inhibiteurs de l'EGFR (*Epithelial Growth Factor Receptor*), l'indinavir, la ciclosporine et la lamivudine (1,2).

Le diagnostic différentiel s'attache principalement à écarter le mélanome achromique. L'absence de pigmentation entraîne un retard de diagnostic et, par conséquent, un mauvais pronostic pour ce type rare de mélanome (5 % des mélanomes nodulaires). Les caractéristiques en faveur du mélanome sont l'âge du patient (surtout à partir de 50 ans), la présence d'adénopathie satellite, une lésion nodulaire préexistante, une taille tumorale importante, l'asymétrie, l'ulcération et la vitesse d'évolution (plus lente comparée au botriomycome). Au moindre doute, un avis spécialisé sera demandé avec réalisation d'une dermatoscopie et d'un prélèvement histologique si besoin (3,4). Les autres diagnostics différentiels sont représentés essentiellement par la maladie de Kaposi et l'ensemble des tumeurs ou malformations vasculaires (angiomes, hémangiomes, angiokératomes, taches rubis, etc.).

Bien qu'une résorption spontanée soit possible, une intervention est généralement nécessaire en raison des saignements ou pour des considérations esthétiques. La sélection du traitement approprié doit être faite individuellement, en fonction de l'intérêt d'une histologie, de la localisation, de la taille, du risque de récidive, du résultat esthétique, de l'âge et de la préférence du patient.

La technique de choix est l'exérèse chirurgicale avec fermeture directe, car elle permet une étude histologique et offre le plus faible taux de récidive. Elle sera préférée d'emblée en cas de doute diagnostique, pour les lésions situées en zone non sensible sur le plan esthétique ou celles trop volumineuses ou anciennes pour les autres options ;

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

sinon en cas de résistance aux autres traitements. Elle pourra être pratiquée par un dermatologue ou à défaut par un chirurgien (5,6).

Les traitements alternatifs tels que le curetage, la cautérisation, le nitrate d'argent, la cryothérapie, la thérapie au laser, certains topiques peuvent nécessiter plusieurs séances ou des durées de prise en charge plus longues. Toutes ces techniques ont montré un taux de récidive acceptablement faible.

Le nitrate d'argent possède l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement des bourgeons charnus. Il s'agit d'une brûlure chimique qui nécessite l'utilisation d'un bâtonnet de nitrate d'argent disponible depuis août 2024 sur ordonnance sous la dénomination « Nitrate d'argent Cooper 63,3 %, bâton pour application cutanée ». L'application peut être répétée jusqu'à trois fois à raison d'une fois par jour (7).
Cette technique pourrait être utilisée pour les botriomycomes récents et de petite taille par le médecin généraliste, permettant une prise en charge rapide, sûre et efficace avec de bons résultats esthétiques. Il est de plus autorisé en cours de grossesse.

En population pédiatrique, la méthode la moins invasive possible doit être préférée. Les bêtabloquants pourraient, à terme, être une option intéressante pour le traitement des croissances vasculaires après leur approbation pour l'hémangiome infantile d'autant que le botriomycome exprime des récepteurs bêta adrénergiques, de manière similaire à l'hémangiome infantile. Ainsi, des préparations magistrales à base de propanolol (gel à 4 %, pommade à 1 %) peuvent être considérées comme sûres et efficaces, mais ne sont pas encore utilisées en pratique courante (8,9). L'imiquimod topique à 5 % a aussi été utilisé avec succès (10). Les durées de traitement s'étendent sur plusieurs semaines, le médecin de premier recours expérimenté pourrait initier le traitement en attendant une prise en charge spécialisée.

Le dermatologue dispose d'autres options de traitement comme la cryothérapie à l'azote liquide : efficace en une à deux séances en moyenne (11). Il pourra aussi procéder à un curetage et à une électro dessiccation qui présente l'avantage de nécessiter moins de séances de traitement que la cryothérapie (une seule, en moyenne) pour un résultat esthétique très satisfaisant (12). Enfin, l'utilisation de lasers dont : les lasers CO_2, à diode, l'argon, le phosphate de titane de potassium, le Nd :YAG et l'erbium-YAG ont tous été utilisés avec de bons résultats (5).

Pour conclure, le botriomycome est une tumeur vasculaire bénigne qui fait le plus souvent suite à un traumatisme. Sa localisation ne se limite pas aux régions acrales, mais peut être rencontrée sur l'ensemble du tégument. L'exérèse chirurgicale avec analyse anatomopathologique est le traitement de choix, permettant d'éliminer formellement les diagnostics différentiels, en particulier le mélanome achromique.
Si le diagnostic est posé en médecine de premier recours et qu'aucun dermatologue n'est disponible, le recours à un chirurgien permettra une prise en charge rapide et sûre, appréciable pour le patient. De même, en cas de certitude diagnostique et de lésion récente et de petite taille, le nitrate d'argent est une option intéressante.

Remerciements au linguiste relecteur : Marion Crouan

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110

Références bibliographiques

1. DeHoratius D. Pyogenic granuloma. Dans : Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J Coulson IH. Treatment of Skin Disease : Comprehensive therapeutic strategies. 5th ed. Philadelphie (US) : Elsevier ; 2018. p. 2391-9.
2. Wauters O, Sabatiello M, Nikkels-Tassoudji N *et al.* Le botryomycome. Ann Dermatol Venereol. 2010 ;137 :238-42.
3. Moshe M, Levi A, Ad-El D, Ben-Amitai D et al. Malignant melanoma clinically mimicking pyogenic granuloma : comparison of clinical evaluation and histopathology. Melanoma Res. 2018 ;28(4) :363-7.
4. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Puddu P *et al.* Amelanotic/hypomelanotic melanoma : clinical and dermoscopic features. Br J Dermatol. 2004 ;150(6) :1117-24.
5. Plachouri KM, Georgiou S. Therapeutic approaches to pyogenic granuloma : an updated review. Int J Dermatol. 2019 ;58(6) :642-8.
6. Giblin AV, Clover AJP, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma - the quest for optimum treatment : audit of treatment of 408 cases. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007 ;60(9) :1030-5.
7. Çelik M, Kara M, Özdemir AG, Kocer U *et al.* Comparison of the Efficacy of Combined Silver Nitrate Coagulation and Shave Excision With Surgical Excision and Linear Closure in the Treatment of Pyogenic Granuloma. Dermatol Surg. 2023 ;49(5) :473-8.
8. Mashiah J, Hadj-Rabia S, Slodownik D, Harel A *et al.* Effectiveness of topical propranolol 4% gel in the treatment of pyogenic granuloma in children. J Dermatol. 2019 ;46(3) :245-8.
9. Neri I, Baraldi C, Balestri R, Piraccini BM *et al.* Topical 1% propranolol ointment with occlusion in treatment of pyogenic granulomas : An open-label study in 22 children. Pediatr Dermatol. 2018 ;35(1) :117-20.
10. Musumeci ML, Lacarrubba F, Anfuso R, Li Calzi M *et al.* Two pediatric cases of pyogenic granuloma treated with imiquimod 5% cream : combined clinical and dermatoscopic evaluation and review of the literature. G Ital Dermatol Venereol. 2013 ;148(1) :147-52.
11. Mirshams M, Daneshpazhooh M, Mirshekari A, Taheri A *et al.* Cryotherapy in the treatment of pyogenic granuloma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 ;20(7) :788-90.
12. Ghodsi SZ, Raziei M, Taheri A, Karami M *et al.* Comparison of cryotherapy and curettage for the treatment of pyogenic granuloma : a randomized trial. Br J Dermatol. 2006 ;154(4) :671-5.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.2.*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006110, doi : 10.17184/eac.9782813006110