

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2007  
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2007*

# Condylomes génitaux

C. QUÉREUX, J.-P. BORY, O. GRAESSLIN \*  
(Reims)

## INTRODUCTION

La prévalence des condylomes ou verrues génitales est d'environ 1 % de la population sexuellement active avec un caractère récidivant pour 30 % des patients. Leur prise en charge est légitime pour des raisons épidémiologique et psychologique mais l'apparition du vaccin prophylactique quadrivalent, capable d'empêcher la survenue de la plupart des condylomes, devrait modifier la fréquence et l'importance de ce problème... à condition d'une large utilisation.

## HISTOIRE NATURELLE [11]

Les condylomes sont des tumeurs bénignes de l'épithélium malpighien. Les localisations sont très variables : les différentes régions

\* Institut Mère Enfant Alix de Champagne – CHU Reims – 45 rue Cognacq Jay – 51092 REIMS Cedex

vulvaires, le vagin, le col peuvent être touchés mais également l'urètre, le périnée, la région anale.

Il s'agit de lésions induites par certains papilloma virus humains (HPV), en particulier les types 6 et 11, responsables de plus de 90 % d'entre eux. La transmission virale est essentiellement sexuelle : les micro-abrasions muqueuses lors des rapports permettent aux virus de coloniser les couches basales de l'épithélium. Beaucoup plus rarement, des situations d'auto inoculation à partir de verrues cutanées ont été décrites ainsi qu'une transmission néonatale. Toute contamination n'entraîne pas l'apparition de lésions : alors qu'on estime le portage en HPV dans la population sexuellement active à 10-15 % [13], seulement 1 à 3 % des femmes selon les séries présentent effectivement des condylomes.

Leur histoire naturelle n'est cependant pas très bien connue : si les lésions apparaissent en moyenne 2 à 3 mois après le contage, les délais d'incubation peuvent être plus longs (des mois voire des années). On suppose même qu'un individu peut garder le virus sa vie durant, s'exposant à des manifestations cliniques ou à des récives possiblement très tardives. Suite aux réactions immunitaires locales antivirales, la plupart de ces lésions semblent pouvoir disparaître spontanément au bout de quelques mois ou années.

## FORMES CLINIQUES [20]

### **Au niveau vulvaire**

Les localisations les plus fréquentes sont la vulve, le périnée, les petites et grandes lèvres ainsi que la région péri anale. Le pic de fréquence se situe entre 20 et 24 ans et l'incidence est estimée en France à 107 [14] à 229 nouveaux cas pour 100 000 habitants. La fréquence a été multipliée par 6 au cours des 30 dernières années en Angleterre [23].

### ***Circonstances de découverte***

Les condylomes n'entraînent en général pas de symptôme ou éventuellement un prurit. La gêne est représentée par les formes en relief, que la femme peut voir ou palper au toucher. Certaines, par leur nombre ou volume important, causent un inconfort tant physique que psychologique bien compréhensible. Mais même des lésions plus

discrètes peuvent être source d'une souffrance morale, d'autant que la patiente aura été informée de l'agent étiologique et du mode de contamination habituel de sa maladie.

***On décrit trois grands types de condylomes***

- ***Les formes acuminées*** ou crêtes de coq présentent une ou plusieurs digitations centrées par un vaisseau (à ne pas confondre au niveau de la face interne des petites lèvres avec les papilles physiologiques). Elles occupent plutôt les territoires muqueux humides.
- ***Les formes papuleuses*** : lésions en relief, rosées, lisses, bien circonscrites, isolées ou en nappe, situées habituellement en zone de peau sèche.
- ***Les formes planes*** : visualisées uniquement après l'application d'acide acétique, elles sont plus difficiles à mettre en évidence sur la vulve.

**Le diagnostic** est en général clinique, aidé au besoin par un colposcope. L'intérêt de l'application d'acide acétique à 5 % sur la vulve reste controversé. Une biopsie devra être pratiquée dans les formes atypiques pouvant faire suspecter une dysplasie vulvaire (VIN) :

- ***Papulose bowénoïde***, forme de VIN multicentrique de la femme jeune (20-40 ans) faite de papules pigmentées isolées ou confluentes plus ou moins blanches et dues à un HPV à potentiel oncogène, 16 ou 18 le plus souvent.
- ***Maladie de Bowen***, forme de VIN classique de la femme plus âgée (60-70 ans) se présentant sous la forme d'une plaque d'érythroplasie ou de leucoplasie uni ou paucifocale, liée aussi à un HPV oncogène.

**Au niveau cervical**

***Circonstances de découverte***

La plupart des lésions sont asymptomatiques, **révélées par le frot-tis**. Leucorrhées ou saignement post-coïtal ne seront retrouvés que dans les condylomes en relief en raison d'une macération et d'une surinfection.

La découverte en est souvent faite lors du diagnostic de condylomes vulvaires, périnéaux ou anaux qui doivent toujours inciter à un bilan complet de la sphère génitale.

**On décrit plusieurs types de condylomes cervicaux :**

Les aspects en sont mieux précisés par la colposcopie. Ils dépendent des modifications d'architecture que le virus impose à la muqueuse avec des aspects quelquefois très banals de métaplasie malpighienne. Nous ne décrivons que les aspects sans CIN associée.

- **Les condylomes acuminés et papillomes** sont visibles à l'œil nu sous forme de tuméfactions roses presque translucides de 5 à 10 mm de long comportant 5 à 10 digitations :

- **Condylomes acuminés** se présentant sous forme d'une saillie peu accusée avec présence de micropapilles, iode +, plus ou moins homogène ce qui la différencie d'une *leucoplasie* par ailleurs iode négatif. Une variante est le condylome **spiculé** qui se présente sous la forme de petites épines acidophiles donnant une surface hérissée, microponctuée, iode négative saillant sur l'épithélium.

- **Papillomes** (rares), micropapilles en saillie beaucoup plus marquées blanc nacré ou framboisées, avec axe vasculaire,  $\pm$  iode positif, à différencier de papilles d'ectropion qui ne débordent pas le plan du tissu malpighien et sont iode négatif.

- **Les condylomes plans** sont aussi appelés virose plane ou condylomes inversés. Il y a une certaine note d'acidophilie légèrement en relief mais seul le Lugol est caractéristique avec une zone iode faible à contours flous et image de colpité associée (mosaïque inversée, aspect circiné des contours).

- **La forme leucoplasique** est visible à l'œil nu sans préparation sous forme d'une plaque blanche vernissée. Elle est acidophile iode faible à contours flous. L'aspect verruqueux ou encéphaloïde (identique aux circonvolutions du cerveau) ou pachydermique (en patte d'éléphant) est rare, caractéristique de l'infection à HPV. Il s'agit d'un aspect légèrement surélevé montrant des circonvolutions très acidophiles et au Lugol inhomogène.

- **Les «colpites» condylomateuses**

Le Lugol en fait le diagnostic en montrant des anomalies dans la

tonalité marron chamois, le virus modifiant progressivement la répartition et la charge du glycogène des couches intermédiaires et superficielles. Les images sont dues à l'architecture vasculaire près de la surface ; elles ont de nombreux qualificatifs : microponctuée, radiée en rayon de roue, réticulée en mailles de filet, annelée, en pavés de mosaïque inversée (pavés bruns cerclés de jaune), circinée en cercles concentriques (anastomoses vasculaires en cercles), tigrée...L'association de ces images fait parler de dessins en *cachemire* ou de Lugol *polytonal*.

## Au niveau vaginal

### *Circonstances de l'examen*

La découverte d'une localisation vaginale fait suite habituellement à un frottis anormal ou lors du bilan d'une localisation ano-génitale.

### *Des aspects variables*

Il faut souligner les difficultés diagnostiques au niveau du vagin car le vagin est vu en enfilade, les valves du spéculum masquent les faces antérieure et postérieure, et enfin chez la multipare de nombreux replis limitent l'accès aux culs-de-sac. Une atrophie ménopausique représente une autre source de difficultés. Enfin, après hystérectomie, la cicatrisation prédominant au centre aménage deux récessus latéraux étroits du fond vaginal dont l'exploration est importante mais difficile en cas de frottis vaginal anormal.

Les aspects sont assez proches de ceux rencontrés au niveau du col :

- **Condylomes acuminés** : le plus souvent multiples et de petite taille, siégeant surtout au niveau du tiers supérieur du vagin, particulièrement efflorescents pendant la grossesse.
- **Condylomes spiculés** : multiples végétations fines localisées dont l'aspect au Lugol est inhomogène, à différencier des papilles physiologiques prenant bien le Lugol.
- **Colpите condylomateuse** : elle réalise de façon plus ou moins diffuse l'association de zones spiculées, de zones acidophiles parfois verruqueuses, de zones de colpите non spécifique, et de zones plus évocatrices au Lugol avec colpите inversée ou mosaïque inversée.

Il faut toujours se méfier de la présence d'une VAIN (*Vaginal Intra-epithelial Neoplasia*), beaucoup plus rare qu'une CIN mais pas toujours facile à différencier d'un condylome simple ; il faut volontiers utiliser

la biopsie, en particulier devant un aspect unifocal siégeant au niveau du fond vaginal ou sur une face, iodonegative avec une surface légèrement verruqueuse.

## TRAITEMENT DES CONDYLOMES GÉNITAUX

### Quelques principes

- Il est toujours légitime de traiter les lésions en relief quel que soit leur siège car elles sont contagieuses.
- En cas d'option thérapeutique, il est essentiel de traiter tous les étages de la sphère ano-génitale ce qui nécessite d'avoir conduit préalablement les investigations nécessaires, en particulier au niveau anal.
- Il est légitime d'examiner ou de faire examiner le partenaire, si l'on veut minimiser les malchances de récurrence.
- La présence de lésions florides ou multirécidivantes, en dehors de la grossesse, doit inciter à la recherche d'une anomalie immunitaire par l'interrogatoire et la pratique d'un bilan, VIH bien sûr, mais parfois aussi CD4/CD8.
- Il reste classique de rechercher d'autres IST puisque le condylome témoigne le plus souvent de rapports non protégés : le test Chlamydia sur le premier jet urinaire est alors le minimum indispensable.
- Il est bien sûr nécessaire de s'assurer de l'absence de dysplasie de haut grade associée qui tant au niveau vulvaire que cervical modifierait l'indication et le mode de prise en charge.

### Prise en charge des condylomes vulvaires et périnéaux

Les protocoles de traitement des lésions HPV vulvaires sont plus complexes que pour le col [1] car les lésions sont souvent multifocales et volontiers diffuses avec un taux de récurrence élevé et donc une durée totale du traitement plus longue. Enfin le retentissement psychique est important car les lésions sont visibles.

## *Les moyens thérapeutiques [6, 10]*

### *Traitements appliqués par le médecin*

- **Podophylline** : historiquement il s'agit du plus ancien produit utilisé dans cette indication. D'importants effets secondaires en ont fait arrêter l'utilisation.
- **Acide trichloracétique à 33-80 %** : c'est un agent kératolytique très utilisé par les Nord-Américains. L'application par le praticien se fait une à deux fois par semaine, sans toilette avant 4 heures. Il peut entraîner des ulcérations. Son inconvénient est la douleur engendrée qui peut être atténuée par une crème de type Emla<sup>®</sup> (prilocaine-lidocaïne) appliquée avant la séance. Son usage est possible durant la grossesse car il n'est pas résorbé.
- **Interférons** : ils agissent par propriétés antiproliférante, immunomodulante et antivirale. Inefficaces par voie systémique, ils doivent être appliqués trois fois par semaine pendant 6 semaines en sous-lésionnel. Ce traitement est actuellement délaissé car il est douloureux et surtout très coûteux sans avoir de résultat sensiblement supérieur aux autres méthodes.
- **Cryothérapie** : deux à trois cycles congélation-décongélation sont à pratiquer lors d'une séance. Le traitement est douloureux, une anesthésie locale par application d'Emla<sup>®</sup> peut être utile. L'utilisation pendant la grossesse est possible. Cette technique semble particulièrement intéressante pour les petites lésions en territoire kératinisé.
- **Laser CO<sub>2</sub>** : il entraîne une vaporisation cellulaire et donc une destruction du tissu visé. Suivant l'étendue à prendre en charge, une anesthésie locale, locorégionale ou générale sera mise en place. Le coût important de l'équipement fait que son usage est habituellement réservé aux formes particulièrement étendues ou après échec des autres thérapeutiques. Une dépigmentation séquellaire ou une cicatrisation hypertrophique est possible dans les suites.
- **Électrochirurgie** : elle est moins coûteuse et permet la destruction des lésions par fulguration ou une excision à l'aide d'une anse électrique. Une anesthésie est nécessaire.

### *Traitements appliqués par la patiente*

Les avantages évidents de ce type de méthode sont d'améliorer l'observance du traitement et d'en réduire le coût. La difficulté des auto-applications est de bien repérer les lésions ce qui est moins facile

que chez l'homme et requiert une sensation tactile et/ou l'usage d'un miroir.

- **Podophyllotoxine (Condyline®)** : c'est un extrait purifié du *podophyllum* ayant des propriétés antimitotiques et aboutissant à la nécrose du condylome en trois à cinq jours. Elle est disponible en solution à 0,5 %. Les cicatrices sont minimales et le risque de dépigmentation semble faible. Le coût mensuel est de 20,93 € remboursé à 65 %.

L'application se fait deux fois par jour, par séries de 3 jours par semaine jusqu'à 6 semaines au maximum selon la persistance des lésions. Aucun lavage n'est nécessaire.

Les effets secondaires sont surtout des sensations de brûlures modérées.

- **Imiquimod (Aldara®)** : il ne traite pas les condylomes par effet destructeur direct cytotoxique mais en stimulant la réponse immunitaire naturelle contre le virus [19] :

Il induit la production de cytokines, protéines impliquées dans la communication et la protection cellulaire lors des réponses immunitaires. Cette production est réalisée par les monocytes et macrophages. La principale cytokine induite est l'interféron  $\alpha$  dont il existe 5 sous types mais il y a aussi le facteur nécrosant des tumeurs TNF et plusieurs interleukines IL6, IL8, IL10, IL12. Ces cytokines sont impliquées dans l'activation des cellules de Langerhans et la stimulation d'une réponse Th1 plutôt que Th2. Il faut aussi ajouter une activation des lymphocytes *natural killer* qui détruisent les cellules tumorales et celles infectées par le virus [2].

L'intérêt de l'imiquimod repose sur un taux de récurrence particulièrement bas compris entre 10 et 20 % [4, 5, 9].

Le produit s'applique le soir, 3 fois par semaine pendant un maximum de 16 semaines. Un lavage soigneux doit être effectué le lendemain. Le coût mensuel est de 72,82 € (SS 65 %).

Les effets secondaires sont représentés par les réactions cutanées locales, assez fréquentes [25], à type d'érythème (33-67 %) corrélé à la production de cytokine pro-inflammatoire, d'érosion, d'excoriation et d'œdème; les symptômes rapportés le plus souvent sont prurit et brûlures. Seules 6 % des patientes font état de réaction cutanée sévère.

- **Fluoro-uracile (Efudix®)** : c'est un antimitotique qui a comme AMM le traitement des condylomes mais aussi de la maladie de Bowen. Il est conseillé de l'appliquer 1 à 2 fois par jour, électivement sur les lésions pendant 3 à 4 semaines, ce qui peut

s'accompagner aussi d'inflammation avec érythème, brûlure, œdème, érosion, voire nécrose suivie de réépithélisation avec éventuelle hyperpigmentation. Le coût est de 27 €/mois (SS 65 %).

## En pratique

### *Quelle place pour l'abstention ?*

- Plus de 20 à 30 % des condylomes peuvent régresser spontanément en l'espace de quelques mois. C'est pourquoi après avoir délivré une information éclairée à la patiente sur son infection et vérifié sa cytologie cervicale, une surveillance simple peut être proposée en recommandant une protection lors des rapports.
- Toutefois, parce que visibles, ils sont cosmétiquement et psychologiquement inacceptables, tant pour la patiente que pour le partenaire; parfois, ils sont de plus source de désagréments, prurit en particulier. Par ailleurs, l'association à des HPV oncogènes est fréquente, un potentiel évolutif est donc possible, bien que rare. Toutes ces notions **incitent plutôt au traitement** ce qui est aussi une manière d'essayer de casser la chaîne de contamination et de prévenir l'extension par auto inoculation.

Tableau 1 : Études cliniques contrôlées (d'après Maw [16])

	Disparition complète %	Récurrence %
Ac. trichloracétique	64 - 80	63
Cryothérapie	27 - 88	21
Électrochirurgie	61 - 94	22
Laser	23 - 52	60-77
Excision	35 - 72	19 - 29
Interféron		
• Systémique	7 - 82	23
• Lésionnel	36 - 52	21 - 25
Podophylline 0,5 %	37-91	4 - 91
Imiquimod	33-72	9-19

### ***Quelle stratégie thérapeutique adopter ? [10, 17]***

Aucun traitement n'a clairement fait la preuve de sa supériorité et les séries publiées sont difficiles à comparer car les cas sont différents et les nombres de cas très variables (tableau I). Une combinaison de traitements est parfois nécessaire sans oublier de traiter les autres localisations.

Il faut tenir compte d'un certain nombre de paramètres : nombre de lésions (souvent inférieur à 10), taille (souvent n'excédant pas 2 cm<sup>2</sup>), localisation et multifocalité, association éventuelle à un VIN, statut immunologique, caractère primaire ou récidivant et bien sûr les paramètres liés à la patiente (psychologie, possibilité de suivi, ressources économiques...).

### ***En cas de première apparition***

- **Les topiques en auto-application** sont légitimes :
  - La podophyline (Condyline®) a une bonne tolérance. Son succès va de 37 à 91 % dans la littérature avec un taux de récurrence de 4 à 91 % [16].
  - L'Imiquimod (Aldara®) a une efficacité de 33 à 72 % pour un taux de récurrence de 9 à 19 %. [16]. Pratique d'utilisation, il est plus onéreux et a des effets secondaires plus fréquents et plus marqués. Enfin, le traitement dure plus longtemps.
- **Les autres propositions sont médicales :**
  - L'azote liquide est surtout un traitement de dermatologue.
  - L'acide trichloracétique à 80 % nécessite une application par semaine, plutôt douloureuse.
  - Le laser CO<sub>2</sub> et/ou l'électrochirurgie sont à discuter d'emblée dans les condylomatoses diffuses avec traitement multisites en un temps sous anesthésie. Il faut néanmoins savoir que les suites sont douloureuses plusieurs semaines... et la récurrence possible.

### ***Globalement***

- Les **topiques** en auto-application sont intéressants quand les lésions sont peu importantes et repérables par la patiente qui par ailleurs craint l'anesthésie et/ou accepte un traitement étalé dans le temps.
- Le **laser** ou l'**excision** sont recommandés dans les lésions multiples et multisites mais rien n'empêche d'essayer d'abord les topiques car en diminuant l'importance des lésions, ils rendent moins agressive la chirurgie ultérieure. Ces techniques ont aussi

la faveur des patientes qui souhaitent un traitement rapide pour une guérison supposée rapide (qui n'est jamais assurée).

***En cas de persistance des lésions***

- À distance de la zone traitée, il faut reprendre le traitement sans se décourager en évitant tant que possible les agressions lasers itératives et les anesthésies générales.
- Sur le site de traitement, c'est une incitation à un autre mode de traitement, sans s'acharner.

***En cas de récurrences***, ce qui est le cas en moyenne chez 30 % des patientes :

- Il faut reprendre un traitement qui peut être le même ou différent. Insistons sur la **qualité du suivi** nécessaire pendant les 6 premiers mois, toutes les trois semaines au début, ceci permet en cas de récurrence la prise en charge de lésions moins nombreuses et plus petites.
- C'est sans doute là un excellent créneau de l'imiquimod au long cours et par intermittence.

**Situations particulières [12]**

***Condylomes et grossesse***

L'état d'immunodépression relatif de la gestation favorise la prolifération en nombre et taille des condylomes, mais de nombreuses lésions disparaîtront spontanément après l'accouchement. L'HPV s'il est transmis à l'enfant peut entraîner une papillomatose laryngée dans les premières années de vie, responsable de modification du cri et de la voix, de toux et de dyspnée avec parfois détresse respiratoire. La fréquence en est mal connue, comprise entre 1 pour 80 et 1 pour 1 500 naissances de mères infectées.

Tseng [22] sur une série de 68 femmes porteuses d'HPV en PCR a montré que le portage néonatal en HPV était certes un peu moins important après césarienne par rapport à une naissance par les voies naturelles mais le bénéfice d'une telle césarienne sur la transmission est mince (27 % *versus* 51 % par voie basse). Une contamination transplacentaire anténatale à membranes intactes est par ailleurs reconnue, ce dont témoignent des observations de papillomatose ano-rectale ou respiratoire détectée dès la naissance par voie basse ou après césarienne. Les conséquences cliniques comme l'atteinte infantile des voies respiratoires restent suffisamment rares pour ne pas justifier de

modification de l'attitude obstétricale et ne pas préconiser de césarienne sauf devant des lésions florides formant de volumineuses tumeurs condylomateuses source d'obstacle praevia ou de risques hémorragiques.

L'acide trichloracétique, la cryocoagulation ou la vaporisation laser sont principalement proposés sous un mode d'anesthésie. En cas de lésion exubérante, seule la vaporisation laser est susceptible de détruire en une séance ces multiples lésions multifocales sous anesthésie générale avec électrorésection associée des plus volumineux massifs condylomateux. L'objectif principal est de normaliser au mieux le périnée pour la période de l'accouchement. Condylone® et Efudix® sont contre-indiqués alors que Aldara® peut être utilisé, bien que le manque de recul incite à la prudence. Devant des lésions limitées, le traitement n'est par contre pas indispensable.

### ***Condylomes de l'enfant***

Leur forme clinique est équivalente à celle de l'adulte mais la localisation périnéale est plus fréquente. Dans 25 à 30 % des cas, il s'agit d'une hétéro ou auto contamination à partir de verrues cutanées (HPV 2, 27, 57...). Bien qu'une transmission lors du partage du lit ou du bain d'un adulte porteur de condylomes puisse être possible, un sévice sexuel devra toujours être évoqué, sur des critères cliniques et surtout sur des troubles comportementaux ; une IST associée serait alors recherchée. L'identification d'un HPV type 6 ou 11 dans des condylomes de l'enfant est évocatrice d'un sévice sexuel mais ne saurait en constituer la preuve.

### ***Condylomes et immunodépression***

Ils sont plus fréquents que dans la population générale mais restent relativement rares par rapport aux atteintes cervicales (2,3 % vs 1 %). Sur ce terrain, les condylomes sont volontiers plus proliférants, confluents, extensifs, sans doute par insuffisance des défenses de l'organisme comme le montre le déficit local en cytokines constaté dans cette situation.

L'exubérance et la multifocalité d'une lésion doivent faire systématiquement envisager un terrain d'immunodépression.

La présence d'HPV oncogènes vulvaires est plus fréquente, aussi toute lésion cliniquement inhabituelle devra être biopsiée à la recherche d'une dysplasie.

La prise en charge thérapeutique ne diffère pas de la situation générale : cryothérapie, laser ; cependant la récurrence est plus courante et ne doit pas entraîner d'acharnement thérapeutique tant qu'il n'y a

pas de lésion plus agressive. Il y a sûrement une place pour l'abstention dans ces lésions multirécidivantes chez les patientes immunodéprimées.

Les immunomodulateurs type Imiquimod n'avaient pas dans cette situation de très bons résultats. Ainsi dans l'étude de Conant [7] il n'y a disparition complète que chez 11 % des patientes (surtout les hommes) *versus* 6 % avec placebo alors que 38 % des patients ont obtenu une régression partielle *versus* 14 % avec placebo. Le recours aux trithérapies a modifié les données avec dans l'essai de Cusini [8] un taux de disparition complète de 31 % *vs* 62 % chez des sujets HIV- et un taux de récurrence de 17 % à 12 semaines *vs* 6 % chez les HIV-. L'imiquimod a une réelle efficacité chez les patients correctement traités.

## Prise en charge des condylomes cervicovaginaux

### *La bonne question : qui traiter ?*

Il faut traiter d'emblée les lésions en relief car très contagieuses et les viroses associées à des lésions épithéliales de haut grade.

La difficulté vient des viroses simples ou associés à un bas grade. Elles sont très fréquentes et leur traitement systématique n'est pas sans désagrément pour les femmes ni sans incidence socio-économique. On insiste aussi beaucoup actuellement sur les conséquences obstétricales possibles des traitements encore que la simple destruction semble moins à risque que la conisation. Leur évolution naturelle se fait souvent vers la régression (30 à 76 %) mais leur aggravation est toujours possible, jamais prévisible et la surveillance est anxiogène.

La pratique la plus commune est, après avoir confirmé par colposcopie et biopsie que la virose ou le frottis de bas grade ne cache pas un haut grade (20 à 30 % des frottis de bas grade correspondent à un haut grade), de savoir attendre 1 an à 18 mois et de ne traiter qu'en cas de persistance ou de demande expresse de la patiente dûment informée des avantages et inconvénients des différentes stratégies.

### *Quel moyen ?*

On peut sans risque utiliser tout moyen de destruction sans contrôle histologique, en fonction du plateau technique dont on dispose.

Le laser est le plus souvent utilisé pour les condylomes acuminés, spiculés et les lésions verruqueuses pour sa rapidité d'exécution et la qualité de la cicatrice ultérieure.

## UNE DIMENSION PSYCHOLOGIQUE : TOUJOURS [3]

Redisons enfin dans tous les cas l'importance de **l'information** et de la **prise en charge psychologique** :

- Intérêt d'une consultation mixte, homme et femme, afin de pouvoir tenir un discours unique, sans parti pris. L'important n'est pas de trouver le « coupable » mais de faire le diagnostic de tous les condylomes présents et de les traiter. Autant il est peu utile voire inutile d'examiner le partenaire en cas de CIN, autant il est justifié de l'examiner en cas de condylomes acuminés de la patiente tant la contagiosité est grande.
- Il faut tenir compte dans la prise en charge de l'état anxieux, de la peur du rejet de l'autre, et du sentiment de honte et de culpabilité qui atteint 60 % au minimum des patientes qui jugent par ailleurs notre écoute insuffisante deux fois sur trois.

Discuter, expliquer est nécessaire pour rendre acceptable un traitement parfois long, agressif agaçant... et qui n'empêche pas toujours la récurrence dont il faut bien informer, tout en redisant que cela reste une **maladie mineure dont on guérit toujours... ou presque**.

## PRÉVENTION : LA VACCINATION

### Une déception : le préservatif

En prévention primaire, les préservatifs sont notoirement insuffisants. La méta-analyse de Manhart et Koutsky [5] révèle qu'aucune des 20 études retenues ne démontre d'efficacité au préservatif pour prévenir l'infection à HPV et les pathologies qui lui sont associées.

D'autres séries plus récentes [21, 24, 28] ne lui reconnaissent qu'une prévention très partielle, sans doute parce qu'il n'est qu'inconstamment utilisé mais aussi parce que la pénétration pénienne n'est pas nécessaire pour contaminer la patiente et que les caresses intimes sont un mode de contamination classique.

## Un grand espoir : la vaccination

Des stratégies vaccinales peuvent être proposées, en prévention essentiellement [18,27].

- La première stratégie est **prophylactique** : elle vise à prévenir l'infection en inhibant la liaison du virus à son récepteur. Les agents immunogènes les plus étudiés sont des particules virales vides, sans génome, résultant de l'auto-assemblage de capsides L1 et L2 fabriquées grâce à différents systèmes. Ceci induit des anticorps neutralisants suffisants pour empêcher la fixation du virus. Deux vaccins ont déposé un dossier d'AMM mais seul le vaccin quadrivalent Gardasil® a une efficacité prouvée et remarquable, proche de 100 %, contre les virus 6 et 11, classiques dans les lésions vulvaires de type condylome, à la condition de vacciner tôt, dès 14 ans. Cette vaccination devrait aussi contribuer à diminuer le coût du diagnostic, de la prise en charge et du suivi des condylomes génitaux de la femme estimés à 23 millions d'euros au moins chaque année [18].
- La deuxième stratégie est **thérapeutique** et a pour but d'empêcher la récurrence après traitement ou d'induire la régression de lésions multirécidivantes. Ce type de vaccin vise à développer une immunité cellulaire avec induction de cellules T cytotoxiques contre les protéines impliquées dans la transformation cellulaire E6 et E7. Il n'a pas les mêmes succès que le vaccin prophylactique et reste en développement.

## CONCLUSION

Bien que les condylomes restent une maladie sans gravité pouvant guérir spontanément au bout d'un certain nombre de mois, la gêne bien souvent plus morale que physique conduit fréquemment la patiente à une demande de prise en charge médicale.

L'arsenal thérapeutique s'est élargi, passant des traitements destructeurs physiques ou chimiques à la stimulation immunitaire par des substances nouvelles comme l'imiquimod pour les lésions vulvaires.

La stratégie est déterminée par la forme clinique de l'affection mais aussi par le type de prise en charge souhaité par la patiente. Les consultations devront établir un climat de confiance pour préparer

l'intéressée au traitement, parfois émaillé de rechute et dédramatiser le contexte IST latent, toujours nuisible à l'équilibre conjugal.

La vaccinothérapie quadrivalente offre une réelle possibilité d'éradication préventive.

### *Résumé*

*La prévalence des condylomes ou verrues génitales est d'environ 1 % de la population sexuellement active, avec un caractère récidivant pour 30 % des patients. Les localisations les plus fréquentes sont cervicales révélées par des anomalies du frottis, et vulvaires sous forme de verrues génitales du périnée, des petites et grandes lèvres ainsi que de la région péri anale.*

*Il est toujours légitime de traiter les lésions en relief quel que soit leur siège car elles sont contagieuses et, en cas d'option thérapeutique, il est essentiel de traiter tous les étages de la sphère ano-génitale ce qui nécessite d'avoir conduit préalablement les investigations nécessaires, en particulier au niveau anal.*

*Il est légitime d'examiner ou de faire examiner le partenaire, si l'on veut minimiser les malchances de récurrence et il reste classique de rechercher d'autres IST puisque le condylome témoigne le plus souvent de rapports non protégés : le test Chlamydia sur le 1<sup>er</sup> jet urinaire est alors le minimum indispensable. Il est bien sûr nécessaire de s'assurer de l'absence de dysplasie de haut grade associée qui tant au niveau vulvaire que cervical modifierait l'indication et le mode de prise en charge. Enfin la présence de lésions florides ou multirécidivantes, en dehors de la grossesse, doit inciter à la recherche d'une anomalie immunitaire par l'interrogatoire et la pratique d'un bilan, VIH bien sûr, mais parfois aussi CD4/CD8.*

*Les préservatifs sont notoirement insuffisants en prévention primaire mais la vaccinothérapie quadrivalente offre une réelle possibilité d'éradication préventive des condylomes génitaux.*

## Bibliographie

1. Barrasso R. Savoir traiter les condylomes externes. *Gyn Obs* 2000; 426: 18-19.
2. Baulon E, Vautravers A, Rodriguez B, Nsand I, Baldauf JJ. Imiquimod et autres immunomodulateurs en gynécologie. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35: 149-57.
3. Benmoura D, Cayrol MH. Actualités sur le traitement des condylomes. *Infos colposcopie Mai* 2000; 19: 12-14.
4. Beutner KR, Tyring SK, Trofatter KF Jr *et al.* Imiquimod, a patient-applied immune-response modifier for treatment of external genital warts. *Antimicrob Agents Chemother* 1998 Apr; 42: 789-94.
5. Beutner KR, Spruance SL, Hougham AJ *et al.* Treatment of genital warts with an immune-response modifier (Imiquimod). *J Am Acad Dermatol* 1998 Feb; 38: 230-9.
6. Beutner KR, Ferenczy A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 28-37.
7. Conant MA, Opp KM, Gilson RJC *et al.* A vehicle-controlled safety and efficacy trial evaluating 5% imiquimod cream for the treatment of genital/perianal warts in HIV-positive patients. [abstract] *American academy of Dermatology 56th Annual Meeting*, 1998 Feb 27-March 4; Orlando.
8. Cusini M, Salmaso F, Zerboni R, Carminati G *et al.* 5% Imiquimod cream for external anogenital warts in HIV-infected patients under HAART therapy. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 17-20.
9. Edwards L, Ferenczy A, Eron L *et al.* Self-administrated topical 5 % Imiquimod cream for external anogenital warts. *Arch Dermatol* 1998 Jan; 134: 25-30.
10. Ferenczy A, Von Krogh G. External genital warts: current and new therapies. Management of anogenital condyloma acuminata: an update. *Eurogyn Scientific Publication - Genital inf. Neoplasia* 2000; April: 21-27.
11. Handsfield HH. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 16-20.
12. Jablonska S, Majewski S. Special situations in genital warts: pregnancy, children, immunocompromised patients. *Genital inf. Neoplasia* 2000; April: 17-20.
13. Koutsky LA. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 3-8.
14. Lukaszewicz E, Aractingi S, Flahaut A. Incidence et prise en charge des condylomes acuminés externes en médecine générale. *Ann Dermatol Veneréol* 2002; 9: 991-6.
15. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia? *Sex transm Dis* 2002; 29: 725-35.
16. Maw R. Critical appraisal of commonly used treatment for genital warts. *Review. Int J STD AIDS* 2004; 15(6): 357-64.
17. Monsonego J. Condylomes acuminés. Les progrès récents. *Gyn Obs* 1998; 395: 11-13.
18. Monsonego J. Infections à Papillomavirus : Etat des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. In J Monsonego, Springer edit, 2006.
19. Perry CM, Lamb HM. Topical Imiquimod: a review of its use in genital warts. *Drugs* 1999; 58: 375-390.
20. Polycopié de pathologie cervico vaginale. Facultés de Lille, Amiens, Reims 2007.
21. Shew ML, Fortenberry JD, Tu W, Juliar BE *et al.* Association of condom use, sexual behaviors, and sexually transmitted infections with the duration of genital human papillomavirus infection among adolescent women. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(2): 151-6.
22. Tseng CJ, Liang CC, Soong Y, Pao CC. Perinatal transmission of human papillomavirus in infants: relationship between rate and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 92-6.
23. UK Health Protection Agency- CDR weekly 2003; 13.
24. Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Munoz N, Snijders PJ, Clifford GM *et al.* IARC HPV Prevalence Surveys Study Group. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 Feb; 15(2): 326-33.
25. Vexiau D, Decuyppère L, Moysé D, Aractingi S. Efficacité et tolérance de l'imiquimod crème 5% dans le traitement des condylomes acuminés externes : résultats d'un suivi à 6 mois. *Ann Dermatol Veneréol* 2005; 132: 845-51.

26. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Paavonen J *et al*. High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *Br J Cancer* 2006; 95(11): 1459-66.
27. Vinatier D, Cosson M, Dufour P. Vaccinothérapies prophylactiques et thérapeutiques dans les infections à papilloma virus. *Gynecol Obstet Fertil* 2000; 28: 370-84.
28. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Holmes KK, Koutsky LA. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006; 354(25): 2645-54.