



Condylomes anogénitaux

casser les mythes et appliquer une approche scientifique dans la prise en charge

Marc Steben et Patricia Goggin

Marie a 18 ans. Elle a un partenaire stable depuis huit mois. Elle a des condylomes à la vulve et à l'anus depuis trois mois et n'arrive pas à s'en débarrasser. De plus, on vient de l'informer que son test de Papanicolaou est anormal et qu'elle devra donc passer une colposcopie pour éliminer la possibilité d'un cancer du col utérin. Elle est paniquée et veut avoir des réponses à ses questions !

Comment peut-on attraper des condylomes ?

Les condylomes acuminés sont de petites lésions verruqueuses sur les organes génitaux et l'anus. Ils sont causés par un des génotypes du virus du papillome humain (VPH). L'infection se contracte généralement par voie sexuelle et touche autant les hommes que les femmes. La pénétration n'est pas essentielle. Le risque d'acquérir un VPH anogénital au cours de sa vie serait d'au moins 70 %¹. Ce risque est particulièrement élevé dans les premiers mois suivant la coïtarche et augmente avec le nombre de partenaires sexuels.

Le Dr Marc Steben, omnipraticien, est médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec. Il pratique également au GMF/CMA de la Clinique médicale de l'Ouest à Verdun et à la Clinique des maladies de la vulve du CHUM de l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal. La Dr^e Patricia Goggin, omnipraticienne, est médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle est titulaire d'une maîtrise en administration de la santé. Les deux sont membres du groupe scientifique sur le VPH de l'Institut national de santé publique du Québec, à Montréal.

Comment se fait-il que mon partenaire n'en souffre pas et que son examen n'ait rien montré ?

La plupart des porteurs du VPH ne présentent aucun symptôme, mais peuvent tout de même être contagieux. Les types de VPH associés aux condylomes disparaissent en moyenne en huit mois. Les condylomes apparaissent habituellement quelques mois, rarement plusieurs années, après avoir contracté l'infection². Par conséquent, il est difficile d'en retracer l'origine. On ne sait pas pourquoi des lésions sont présentes chez certaines personnes et non chez d'autres, mais l'état immunitaire pourrait être un des facteurs en cause.

Comment me débarrasser des condylomes ? J'ai déjà essayé deux traitements qui ne m'ont pas guéri et qui me brûlent énormément

Malheureusement, il n'y a pas de traitement infaillible contre les condylomes. Chaque type de traitement

Pour un complément d'information sur les infections à VPH et le test de Papanicolaou, voir l'article des Dr^s Goggin et Steben intitulé « Diane a 60 ans » dans le numéro de septembre 2005 du *Médecin du Québec*.

Malheureusement, il n'y a pas de traitement infaillible contre les condylomes. Le choix du traitement dépendra des lésions (nombre, emplacement, morphologie, durée) et de la préférence des patients quant au mode d'administration.

Repère

Tableau I

Résumé des principaux traitements contre les condylomes anogénitaux³

Produit	Modes d'administration	Conseils pratiques	Précautions
Autotraitements (pouvant être administrés à domicile)			
Podofilox/ podophyllotoxine à 0,5 % (Wartec [®] Condyline [™])	2 f.p.j., pendant trois jours par semaine, en alternance avec quatre jours sans traitement, pour un total de six semaines	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Wartec : application à l'aide d'une petite spatule en plastique ou d'un petit coton-tige ⊕ Condyline : bouteilles identiques, mais moins de pertes de médicament avec les spatules 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ne pas appliquer sur le col utérin, le méat urinaire, le vagin ou l'anus. ⊕ Contre-indiqué pendant la grossesse
Imiquimod Aldara ^{MC} Crème à 5 %	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Trois fois par semaine avec au moins un jour de repos entre les doses, jusqu'à 16 semaines pour les cas aigus ou résistants ⊕ Laver la région traitée de 6 à 8 heures après l'application 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Une enveloppe complète par application ⊕ Appliquer en couche mince et en frottant jusqu'à pénétration complète 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ne pas appliquer sur le col utérin, le méat urinaire, le vagin ou l'anus ⊕ Non approuvé pendant la grossesse ⊕ Couvert par l'assurance médicaments seulement en cas d'échec à un autre traitement
Traitements donnés en cabinet ou en établissement			
Cryothérapie (azote liquide, CO ₂ , Histofreeze [™] ou NO ₂)	Appliquer jusqu'à l'obtention d'un cerne de 1 mm à 2 mm autour de la lésion	Utile surtout pour les verrues exophytiques, durant la grossesse ainsi que sur les muqueuses lorsque les traitements tels que la podophyllotoxine et l'imiquimod sont contre-indiqués	Peut laisser des cicatrices douloureuses en cas d'application exagérée
Acide bi- ou trichloracétique, de 50 % à 80 % dans de l'alcool à 70 %	Appliquer une fois par semaine pendant de 6 à 8 semaines	Pas nécessaire de laver la région traitée après l'application	Peut laisser des cicatrices douloureuses en cas d'application exagérée
Électrofulguration, laser au CO ₂ ou ablation chirurgicale	Sous anesthésie locale ou générale pour les lésions importantes des organes génitaux, du périnée ou de l'anus	Douleurs ou cicatrices résiduelles possibles	Peut laisser des cicatrices douloureuses en cas d'application exagérée
Podophylline à 25 % (Podofilm [®])	Appliquer sur les lésions une ou deux fois par semaine, mais ne pas dépasser la dose de 1 ml à 2 ml par consultation. Laver de 1 h à 4 h après l'application	Ne devrait plus être utilisée, car il existe de bien meilleures options	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ne pas appliquer sur le col utérin, le méat urinaire, le vagin ou l'anus ⊕ Contre-indiquée pendant la grossesse

présente des effets secondaires locaux (brûlures, prurit, douleurs, etc.) qui s'atténuent à l'arrêt temporaire ou à l'espacement des traitements. Les récurrences après l'arrêt sont fréquentes, mais en l'absence de données comparatives il est difficile de déterminer

quel traitement est supérieur. Le choix du traitement dépendra des lésions (nombre, emplacement, morphologie, durée) et de la préférence des patients quant au mode d'administration³⁻⁵ (tableau I). Les risques de récurrence varient de 10 % à 60 %.

Tableau II**Génotypes des VPH anogénitaux et risques de cancer**

Monographie	Évaluation	Génotypes du VPH
Monographie de l'IARC* 2005 ; vol. 90	Risque élevé de cancer du col	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66
	Faible risque de cancer du col	6, 11 et autres génotypes plus rares

*International Agency for Research on Cancer

On peut combiner un autotraitement à un autre appliqué en cabinet ou en établissement par le médecin. Les analgésiques topiques aident, par ailleurs, à soulager la douleur. Le traitement vise davantage à atténuer les symptômes qu'à éliminer l'infection. La disparition des lésions visibles n'est pas une garantie contre la transmission. Seule la réponse immunitaire permettra véritablement d'éliminer l'infection. Les personnes présentant des lésions importantes, résistantes ou internes, y compris des lésions vaginales, cervicales, urétrales et du méat urinaire, devraient être adressées à un collègue expérimenté. Les thérapies telles que l'interféron, le dinitrochlorobenzène, le cidofovir, l'acide rétinoïque, les vaccins autologues et la crème de 5-fluoro-uracile ne devraient pas être utilisées.

Chez les personnes aussi infectées par le VIH, des efforts doivent viser à restaurer l'état immunitaire le plus possible. Il ne faut pas hésiter à demander l'aide d'un collègue expérimenté.

Nous avons toujours utilisé des condoms pour nous protéger contre les ITS. Comment se fait-il que j'aie tout de même contracté cette infection ?

Le condom est un excellent moyen de se protéger contre la chlamydie, l'herpès génital, la gonorrhée et le VIH. Utilisé fidèlement, il peut contribuer à diminuer le risque de transmission du VPH, mais il n'est pas aussi efficace étant donné que le VPH peut se trouver partout sur la région anogénitale⁶.

J'ai des condylomes et mon test de Papanicolaou est anormal. Suis-je très exposée au cancer du col utérin ?

On distingue les génotypes du VPH selon les risques de cancer qu'ils présentent (*tableau II*). Ceux

qui causent des condylomes, comme les types 6 et 11, présentent généralement une évolution bénigne avec résolution spontanée en quelques mois. Ils comportent un faible risque de cancer. Pour les autres types à risque élevé, comme la carcinogenèse s'étend sur une période pouvant aller de plusieurs années à quelques décennies, nous avons amplement le temps de déceler et de traiter les lésions précancéreuses. Une femme qui passe le test de Papanicolaou sur une base régulière a donc peu de risques d'être atteinte plus tard d'un cancer infiltrant du col utérin⁷.

Sur le test de Papanicolaou, une infection par le VPH, à risque faible ou élevé, peut se traduire par des modifications cellulaires transitoires qui vont disparaître en même temps que l'infection. Autrefois, on croyait que toutes ces modifications menaient nécessairement à un cancer, et elles étaient traitées de façon vigoureuse. L'histoire naturelle de la maladie étant mieux connue, il n'y a pas de raison de traiter d'emblée les lésions de faible degré ou les atypies de signification indéterminée (aussi nommées ASC-US dans la terminologie de Bethesda, selon l'acronyme anglais pour *Atypical squamous cells of unknown significance*). Une période d'observation est toutefois de rigueur.

Pourquoi alors dois-je passer une colposcopie ?

Le test de Papanicolaou n'est pas un test très précis pour évaluer la gravité des lésions et le risque associé. La colposcopie permet d'effectuer un examen plus approfondi du col utérin et de procéder, au besoin, à une biopsie dirigée et à un curetage endocervical.

Même si les condylomes sont causés par des types de VPH présentant un faible risque d'évoluer vers un cancer, des infections mixtes peuvent se produire. Il est donc plus prudent de vérifier par colposcopie lorsque des lésions cellulaires sont observées à la

cytologie. Cependant, en raison du fait que la carcinogenèse s'étend sur plusieurs années et que les infections transitoires sont beaucoup plus fréquentes, la colposcopie peut être retardée chez les très jeunes femmes, dans le cas des lésions de faible degré⁸ ou des lésions ASC-US. Le test de Papanicolaou peut alors être répété après six mois ; seules les lésions persistantes nécessiteront une orientation en colposcopie.

Inversement, une surveillance plus intensive sera offerte aux personnes présentant une immunodéficience à la suite de certains traitements (greffe, immunomodulation, cancer) ou d'une infection par le VIH.

Est-ce que toutes les femmes qui présentent des condylomes devraient passer une colposcopie ?

Selon le US Preventive Services Task Force, toutes les femmes qui sont ou qui ont été actives sexuellement devraient passer un test de Papanicolaou sur une base régulière, au moins tous les trois ans, pour vérifier la présence de lésions cellulaires, même si elles n'ont pas de condylomes ([www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uscerv.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/uscerv.htm)). Comme le test de Papanicolaou n'est pas très sensible, certains organismes recommandent une vérification tous les ans au cours des premières années de dépistage avant d'espacer les tests. Le recours à la colposcopie est habituellement guidé par les résultats du test de Papanicolaou et non par la présence de condylomes, puisque la majorité des infections par le VPH sont asymptomatiques et que les condylomes visibles sont plutôt causés par des types de VPH associés à un faible risque de cancer⁹.

Est-ce que le nouveau test pour déceler le VPH dont on parle dans les magazines pourrait être utile en présence de condylomes ?

Pour le moment, les seuls tests de détection du VPH recommandés en clinique portent sur les types de

VPH associés à un risque élevé de cancer. Ils ne sont donc pas utiles pour confirmer s'il s'agit bien de condylomes ou pour dépister les porteurs sans symptômes.

Tout comme pour la colposcopie, leur usage doit être guidé par les résultats du test de Papanicolaou. Dans le cas de lésions d'origine indéterminée (ASC-US), ils pourraient aider à distinguer les femmes porteuses d'un VPH associé à un risque élevé de cancer et qui nécessitent, par conséquent, une surveillance plus attentive par colposcopie de celles qui ne sont pas infectées et qui ont donc peu de chances d'être atteintes prochainement d'un cancer^{10,11}. On étudie également l'intérêt d'associer ce test d'emblée au test de Papanicolaou à partir de 30 ans. Cela permettrait une meilleure évaluation du risque de cancer du col utérin et un espacement plus sûr du dépistage lorsque les deux tests seraient négatifs (normaux)¹².

J'ai aussi entendu dire qu'il pourrait y avoir des vaccins contre le cancer du col utérin et les condylomes ?

D'ici quelques années, des vaccins pourraient permettre de prévenir les infections à VPH les plus fréquentes. Les deux types de vaccins en cours de conception visent d'abord à prévenir les cancers anogénitaux, dont celui du col de l'utérus. Idéalement, ils devraient être administrés avant les premiers contacts sexuels. Un des deux vaccins pourrait également offrir une protection contre les types de VPH associés à 90 % des condylomes. Ces vaccins ne sont pas considérés comme thérapeutiques^{13,14}.

Si je devenais enceinte avant d'avoir éliminé ces condylomes, y aurait-il des risques pour mon bébé ?

Les manifestations cliniques des condylomes peuvent réapparaître ou devenir plus importantes durant la grossesse, mais l'infection ne peut se transmettre

Le recours à la colposcopie est habituellement guidé par les résultats du test de Papanicolaou et non par la présence de condylomes, puisque la majorité des infections par le VPH sont asymptomatiques et que les condylomes visibles sont plutôt causés par des types de VPH associés à un faible risque de cancer.

D'ici quelques années, des vaccins pourraient permettre de prévenir les infections à VPH les plus fréquentes.

Repères

au fœtus par le placenta. Par contre, la transmission au bébé peut occasionnellement se faire durant l'accouchement et provoquer plus tard des lésions papillomateuses laryngées. Sauf en cas de lésions très étendues, un accouchement par césarienne est rarement indiqué^{9,15}.

Date de réception : 15 septembre 2005

Date d'acceptation : 23 octobre 2005

Mots clés : condylomes, cancer du col utérin, test de Papanicolaou, vaccin contre le VPH, traitement des ITS

Bibliographie

1. Bosch FX, de Sanjosé S. Chapter 1: Human papillomavirus and Cervical Cancer – Burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31 : 3-13.
2. Richardson H, Franco E, Pintos J, Bergeron J et coll. Determinants of low-risk and high-risk cervical human papillomavirus infections in Montreal University students. *Sex Transm Dis* 2000; 27 (2) : 79-86.
3. Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS) – Édition 2006*. Ottawa : L'Agence. Sous presse, 2006.
4. Kodner CM, Nasratty S. Management of genital warts [Revue]. *Am Fam Physician* 2004; 70 (12) : 2335-42.
5. Lacey CJN. Therapy for genital human papillomavirus-related disease. *J Clin Virol* 2005; 32 (Supp 1) : S82-S90.
6. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Transm Dis* 2002; 29 (11) : 725-35.
7. Schiffman M, Krüger KS. Chapter 2: Natural History of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31 : 14-9.
8. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ et coll. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet* 2004; 364 : 1678-83.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease guidelines. *MMWR* 2002; 51 (RR-6) : 53-9.
10. Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB et coll. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002; 287 (16) : 2120-9.
11. Arbyn M, Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaidis E et coll. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96 (4) : 280-93.
12. Franco EL. Chapter 13: Primary screening of cervical cancer with human papillomavirus tests. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 31 : 89-96.
13. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG et coll. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364 (9447) : 1757-65.
14. Villa LL, Costa RLR, Petta CA, Andrade RP et coll. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6 (5) : 271-8.

Summary

Genital warts: myths and scientific facts. In recent years, major breakthroughs in the understanding of human papillomavirus (HPV) infections have enlarged our knowledge and helped in the management of external genital warts. These warts are usually associated with HPV genotypes that carry low cancer risk. They usually resolve spontaneously in less than a year. The treatment should aim towards reducing the signs and symptoms of the lesions, rather than eradicating the viral infection. Several treatment options are available, depending on the size, morphology, location or duration of the lesions, and they can be applied by the patient or by the physician. Special considerations exist for pregnant women and HIV-infected individuals. Condoms are of limited value to stop the transmission. In the future, vaccination against HPV infections, including the two most common genotypes associated with external genital warts, may offer better protection. Sexually active women should have regular Pap tests to detect cervical abnormalities. The use of colposcopy or HPV-DNA detection tests should be prescribed based upon the cytology results rather than on the visible external genital warts.

Keywords: genital warts, cervical cancer, Pap smear, HPV vaccine, STI treatments

15. ACOG Practice bulletin no 61. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Human papillomavirus. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (4) : 905-18.



Projet de recherche : « Rôle des médecins de famille en santé mentale et coordination avec les réseaux intégrés de services »

Vous êtes un médecin de famille pratiquant dans les régions de Chaudière-Appalaches, Montréal-Centre, Montérégie, Outaouais ou Québec ?

Vous avez probablement reçu un questionnaire visant à mieux comprendre votre rôle et vos pratiques d'intervention en santé mentale. Votre collaboration, indispensable dans le contexte actuel de transformation du système de santé, facilitera la prise de décision afin de mieux vous soutenir dans votre rôle en santé mentale.

Dirigé par le D^r Fleury du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, ce projet produira des données utiles pour le déploiement de modèles d'organisation permettant d'optimiser les services de première ligne en santé mentale et leur coordination dans le cadre du déploiement des réseaux locaux de services.

Cette étude, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), a reçu l'appui entre autres du Collège des médecins, de la FMOQ et de l'AMPQ. Pour un complément d'information, communiquez avec M. Ouadahi, au (514) 761-6131 poste 3434