

I Revues générales

Condylomes : prise en charge des cas difficiles

RÉSUMÉ : Les condylomes sont principalement dus aux papillomavirus humains non oncogènes et sont une infection sexuellement transmissible. La prise en charge de ces lésions est peu codifiée et souvent complexe pour le praticien. Certaines situations cliniques comme les condylomes récidivants et/ou multiples, mais aussi leur présence chez des populations spécifiques (immunodéprimés ou chez les femmes enceintes), nécessitent un ajustement de ses pratiques habituelles. Les principaux traitements utilisés sont les traitements ablatifs, immunomodulateurs, chimiques (appliqués par le patient ou le médecin) et sont à adapter aux patients. Une prise en charge multidisciplinaire est parfois nécessaire.



E. JOLY, A. BERTOLLOTTI

Service de Maladies infectieuses – Dermatologie – CeGIDD, CHU de la Réunion site SUD, LA RÉUNION.

Les condylomes sont l'une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes dans le monde avec une incidence annuelle de près de 200 cas pour 100 000 habitants [1]. Ils sont principalement dus aux papillomavirus humains non oncogènes (HPV 6 et 11). Le risque de lésion cancéreuse est lié à la présence d'un HPV oncogène latent associé [2].

Aussi appelé néoplasie intra-épithéliale de bas grade, le diagnostic est clinique devant des lésions principalement exophytiques et papillomateuses, pouvant être multiples et confluentes (**fig. 1**). En cas de doute diagnostique (notamment sur une lésion cancéreuse), une biopsie cutanée peut être réalisée. Le génotypage HPV n'est pas réalisé en pratique courante. Un bilan des autres IST doit être systématiquement proposé aux patients.

Malgré une clairance spontanée possible, de nombreux traitements sont utilisés dans le traitement de ces condylomes. Plusieurs revues systématiques et recommandations de prise en charge sont publiées mais l'utilisation de ces thérapeutiques est peu codifiée et rare-



Fig. 1 : Condylomes multiples de la vulve (Coll. A Bertolotti).

ment hiérarchisée [2, 3]. Plusieurs situations cliniques peuvent s'avérer difficile en pratique courante pour le praticien mais également pour le patient, avec un impact psychologique souvent important. C'est le cas notamment des condylomes récidivants et/ou multiples mais aussi pour des populations spécifiques



Fig 2.: Analyse de pratiques, QR code. <https://app.wooclap.com/SNYUAT/questionnaires/6426d0080fe5a8532e89a1bf>.

comme les patients immunodéprimés ou les femmes enceintes.

Afin de recueillir vos pratiques actuelles sur certaines situations complexes et moins complexes, nous vous proposons de répondre à plusieurs questions à travers cet article (**fig. 2**).

■ Prise en charge globale

À l'heure actuelle, l'objectif du traitement des condylomes est la régression complète des lésions visibles. Une prise en charge multidisciplinaire est parfois nécessaire, notamment pour des localisations spécifiques (anale, vaginale, méatique...). Le choix du traitement par le praticien repose sur plusieurs éléments cliniques (taille, nombre des lésions, localisation, population spécifique, équipement disponible...) mais également sur l'avis du patient après lui avoir délivré une information claire et complète [4]. On distingue les traitements chimiques, immunologiques et physiques, pouvant être auto-appliqués ou appliqués par un professionnel de santé. Les traitements recommandés en 1^{re} intention sont fréquemment l'imiquimod, la podophyllotoxine et la cryothérapie. L'abstention thérapeutique est également une option préconisée par certaines recommandations, mais à réévaluer selon chaque situation.

■ Condylomes multiples ou étendus

Il n'existe pas de définition consensuelle des condylomes multiples et/ou étendus, mais il est retrouvé dans la littérature, la présence de ≥ 5 lésions et/ou $> 1 \text{ cm}^2$ (**fig. 1**) [4, 5]. Le traitement de 1^{re} intention est un topique auto-appliqué par le patient tel que l'imiquimod crème 5 % (1 fois par jour, 3 jours non consécutifs par semaine) ou la podophyllotoxine solution 0,5 % (2 fois par jour pendant 3 jours de suite par semaine) jusqu'à 4 à 5 semaines, afin de diminuer le nombre de lésions visibles et de stimuler l'immunité locale. Dans une revue systématique, Werner *et al.*, ne mettaient pas en évidence de différence d'efficacité entre ces deux thérapeutiques et rapportaient des effets secondaires similaires [6]. Une réévaluation clinique à 2-4 mois est nécessaire. En cas de persistance de ces condylomes, un traitement physique destructeur doit être discuté (électrochirurgie, laser CO₂, exérèse/shaving) selon l'accessibilité à un plateau technique. Ces techniques nécessitent au minimum une anesthésie locale, voire une anesthésie générale et sont souvent opérateur-dépendants.

■ Condylomes réfractaires

Dans certains cas, après au moins un traitement de 1^{re} intention bien conduit sur 4 mois, des condylomes peuvent persister. Préférentiellement sur les lésions muqueuses, l'acide trichloroacétique (TCA) de 30 à 90 %, à appliquer une fois par semaine par le médecin, fait partie de la prise en charge de seconde ligne pour ces condylomes [2]. Son efficacité semble similaire à la cryothérapie [7] mais du fait d'effets secondaires locaux plus importants et de la nécessité de nombreuses consultations, le TCA reste peu utilisé en pratique courante. Une possibilité alternative est l'utilisation de traitements interventionnels comme la chirurgie (à préférer pour des condylomes uniques), l'électrochirurgie et le

laser CO₂ (lésions uniques ou multiples) ou la photothérapie dynamique (PDT), dont l'efficacité est démontrée [8]. D'autres traitements plus anecdotiques sont rapportés mais avec des niveaux de preuve souvent insuffisants pour se positionner sur leur prescription (injection intralésionnelle d'interféron, bléomycine, BCG, rétinoïdes *per os*...).

■ Condylomes récidivants

La récurrence des condylomes est une situation clinique récurrente en dermatologie. La fréquence des récurrences après la prescription de traitements standards varie de 2,5 à 100 % [5]. Le traitement devrait reposer sur la combinaison de traitements auto-appliqués et appliqués par des praticiens, d'utilisation concomitante ou alternée. La stimulation de l'immunité locale à l'aide de l'imiquimod pourrait être intéressante en parallèle. D'autres associations ont été décrites comme le laser CO₂ suivi de PDT ou de 5-fluorouracile (5-FU), l'imiquimod et la PDT... Une prise en charge globale est nécessaire avec notamment un soutien psychologique du fait d'un impact parfois très important sur la qualité de vie des patients [9]. Il existe des résultats discordants concernant la vaccination anti-HPV pour le traitement curatif de condylomes, mais les dernières méta-analyses ne sont pas en faveur de son administration. L'arrêt du tabac est également à préconiser [10].

■ Condylomes volumineux

On peut distinguer ici deux situations spécifiques : les cas de condylomes de grande taille et les condylomes acuminés géants (tumeur de Buschke-Löwenstein) (**fig. 3**). La différence entre ces deux lésions bénignes, est principalement histologique avec une prolifération épidermique plus marquée pour les condylomes acuminés géants (en "chou-fleur"), mais aussi pronostique avec un risque de transformation car-

Revue générale



Fig. 3 : Condylomes volumineux péri-anaux (Coll. A Bertolotti).

cinomateuse plus importante pour ces derniers [11]. Le traitement de 1^{re} intention est la chirurgie car elle permet le plus souvent, l'ablation de la totalité de la lésion. Elle peut aussi être intéressante pour obtenir une preuve histologique et éliminer le diagnostic différentiel de carcinome épidermoïde. L'exérèse peut également être précédée ou suivie d'une application d'imiquimod afin de stimuler l'immunité locale et diminuer le risque important de récurrence [5]. Les autres traitements ablatifs restent des alternatives thérapeutiques comme le laser CO₂ et l'électrocoagulation. Une surveillance au long cours est nécessaire.

Localisations spécifiques

1. Condylomes cervico-vaginaux

Il existe peu d'études publiées sur la prise en charge des condylomes cervico-vaginaux et cette localisation spécifique est souvent exclue des essais cliniques randomisés. Une prise en charge multidisciplinaire avec les gynécologues est à mettre en place pour les patientes, notamment pour la réalisation d'un test HPV ou d'un frottis. Deux options thérapeutiques sont discutées : les traitements ablatifs et les traitements topiques. Le laser CO₂, la cryothérapie et l'électrocoagulation sont recommandés dans cette indication mais nécessitent un plateau technique spécifique. Aucun traitement topique n'est recommandé spécifiquement pour les condylomes

cervico-vaginaux, car aucun essai clinique randomisé n'est concluant. Les différents topiques habituellement utilisés (imiquimod, podophyllotoxine, TCA) peuvent être appliqués pour certains, à l'aide d'un doigtier ou d'un tampon, en fonction de la profondeur du condylome [10]. La peau ou muqueuse saine au pourtour peut être protégée avec l'application autour de la lésion de vaseline en couche épaisse. Le 5-FU crème en intravaginal n'est pas recommandé avec l'absence d'efficacité prouvée et un surrisque de dysplasie légère rapporté [12]. À noter qu'il est rapporté l'efficacité de l'inosine *per os* et d'interféron topique, mais ces thérapeutiques restent peu accessibles en France.

2. Condylomes anaux

La prise en charge des condylomes anaux est à différencier des condylomes péri-anaux (fig. 4). Un examen initial du canal anal par anoscopie est nécessaire et peut être réalisé en collaboration avec un gastroentérologue. Les lésions endo-anales sont favorisées par les rapports réceptifs anaux [2]. Le typage HPV et l'anoscopie à haute résolution sont à discuter selon les facteurs de risques de cancer anal du patient. Comme pour les localisations intravaginales, les traitements destructeurs (laser CO₂, cryothérapie et électrocoagulation) peuvent être également utilisés pour les condylomes anaux peu nombreux. L'utilisation hors AMM des topiques comme le TCA et



Fig. 4 : Condylomes péri-anaux (Coll. A Bertolotti).

l'imiquimod est possible, et avec l'aide de suppositoires pour ce dernier traitement [5]. Meng *et al.* rapportaient une efficacité clinique significative de l'association d'imiquimod et de PDT vs interféron topique, mais la tolérance n'était pas étudiée [13]. La prise en charge de la douleur est un élément majeur avec la prescription systématique d'antalgique, quel que soit le traitement réalisé.

3. Condylomes méatiques

Le diagnostic de condylomes méatiques reste clinique mais nécessite souvent un avis urologique pour discuter d'une uréthroscopie. Elle est indiquée lorsque le pôle proximal de la lésion n'est pas visible avec l'éversion des berges du méat ou en cas de symptômes urinaires. La prise en charge de ces condylomes est controversée entre l'utilisation unique des traitements ablatifs destructeurs ou les topiques, moins délabrants [4]. Le TCA peut être appliqué par le praticien au coton tige 1 à 2 fois par semaine jusqu'à 3 semaines. Des ulcérations secondaires sont fréquentes et les patients doivent en être informés [2]. Dans l'essai clinique randomisé de Tu *et al.*, le traitement par PDT ou laser CO₂ était efficace pour le traitement de ces condylomes avec peu d'effets secondaires rapportés [14]. L'utilisation de la cryothérapie précède parfois un geste chirurgical ou d'électrocoagulation [10].

Population spécifique

1. Femmes enceintes

La prise en charge des condylomes lors d'une grossesse est une situation qui met en difficulté le dermatologue. L'indication rare de césarienne est posée uniquement en cas d'obstruction vulvo-vaginale par des condylomes volumineux. Le risque de papillomatose respiratoire récurrente du nouveau-né reste anecdotique et ne contre-indique donc pas l'accouchement par voie basse. Néanmoins, l'objectif du traitement reste

POINTS FORTS

- Les condylomes sont l'une des IST les plus fréquentes dans le monde. Leur diagnostic est clinique mais nécessite parfois des examens complémentaires comme le dépistage d'autres IST.
- Le choix du traitement repose sur plusieurs éléments cliniques mais également sur l'avis du patient après lui avoir délivré une information adaptée.
- On distingue deux catégories de traitements : les traitements auto-appliqués (5-FU, podophyllotoxine, imiquimod...) et les traitements réalisés par un professionnel médical (cryothérapie, chirurgie, électrocoagulation, laser CO₂, TCA...).
- Le traitement de certaines localisations (anale, urétrale, cervico-vaginale) nécessite souvent une prise en charge multidisciplinaire (urologue, dermatologue, gynécologue, gastro-entérologue...), ainsi que pour certaines populations (femme enceinte, immunodéprimé...).

de limiter le nombre de condylomes afin de diminuer ce risque de transmission néonatale. Peu d'essais cliniques sont réalisés sur cette population spécifique. La podophyllotoxine et le 5-FU sont contre-indiqués chez la femme enceinte. Les données sur l'imiquimod après 10 semaines d'aménorrhée (SA) semblent rassurantes, mais nécessitent plus d'études avant de recommander son application. L'utilisation du TCA ou des traitements ablatifs reste l'option thérapeutique la plus sûre [15]. La PDT est décrite comme une alternative efficace, à la cryothérapie dans l'étude de Yang *et al.* [16]. La prise en charge conjointe avec le gynécologue est importante pour le suivi de la patiente. À noter que la régression spontanée des condylomes en post-partum reste fréquente et permet de discuter l'abstention thérapeutique dans certaines situations.

2. Immunodéprimés et patients VIH+

Les infections à HPV sont plus fréquentes, plus extensives, multifocales et souvent associées à d'autres IST chez les patients immunodéprimés. En cas d'immunodépression sévère, le risque de lésions dysplasiques et d'infections concomitantes à HPV oncogènes est plus

important [2]. Devant une lésion indurée, hémorragique et/ou bourgeonnante, une biopsie cutanée est à envisager pour ne pas méconnaître un carcinome épidermoïde [17] (**fig. 5**). Peu d'études sur les patients séropositifs ou autres immunodéprimés sont publiées. Dans ce sens, les mêmes traitements des patients immunocompétents sont recommandés pour les patients immunodéprimés, en dehors de quelques particularités. La réponse au traitement est souvent retardée avec plus de condylomes réfractaires et des récurrences plus fréquentes, chez les patients immunodéprimés sévères. À noter qu'il existe une perte d'efficacité



Fig. 5 : Carcinome épidermoïde du gland (Coll. A Bertolotti).

de l'imiquimod en cas d'immunodépression sévère [2].

Conclusion

Du fait d'une forte augmentation des IST à travers le monde, les dermatologues-vénérologues restent un premier recours pour leur prise en charge. Les condylomes sont un motif fréquent de consultation et leur traitement varie selon des éléments cliniques (localisation, nombre, taille, population particulière...), mais une discussion avec le patient est nécessaire pour valider ce choix thérapeutique (effets secondaires, durée du traitement, nombre de consultations de suivi prévues...). La prise en charge de localisations spécifiques, comme les condylomes anaux, urétraux et cervico-vaginaux, nécessite souvent qu'elle soit multidisciplinaire (coordination avec les urologues, gynécologues et gastro-entérologues). Il est important de savoir parfois proposer aux patients, un suivi psychologique dans des situations difficiles (condylomes récidivants, réfractaires ou avec un impact important sur la qualité de vie), des antalgiques adaptés et certaines mesures spécifiques (arrêt du tabac, notamment).

Enfin, dans la prise en charge des IST, il reste toujours important de retenir ces deux points essentiels : toute découverte d'une IST nécessite de dépister les autres IST et toute découverte d'une IST chez un patient doit conduire au dépistage des patients contacts.

Nous vous invitons à nouveau, si vous ne l'avez pas fait, à scanner le QR code présent dans cet article (**fig. 2**) afin de recueillir, anonymement, vos pratiques actuelles sur ces situations complexes.

Remerciements : nous remercions Marie Chaumarat, Manon Boyer, Maëva Boyer, Dr Anissa Desmoulin, Dr Kevin Diallo, Pr Sébastien Hantz et Dr Sébastien Fouere pour leur aide apportée à la rédaction de cet article, pour la recherche iconographique et des sources bibliographiques.

Revue générale

BIBLIOGRAPHIE

1. PATEL H, WAGNER M, SINGHAL P *et al.* Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis*, 2013;13:39.
2. BOUSCARAT F, PELLETIER F, FOUERE S *et al.* Verrues génitales (condylomes) externes [External genital warts (condylomata)]. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:741-745.
3. JOLY E, DESMOULIN A, TRAN PL *et al.* Quality and consistency of clinical practice guidelines for the local management of anogenital warts : a systematic review using AGREE II score and RIGHT checklist. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37:e505-e507.
4. GROSS GE, WERNER RN, BECKER JC *et al.* S2k guideline: HPV-associated lesions of the external genital region and the anus - anogenital warts and precancerous lesions of the vulva, the penis, and the peri- and intra-anal skin (short version): HPV-associated lesions of the external genitalia and anus. *JDDG*, 2018;16:242-55.
5. O'MAHONY C, GOMBERG M, SKERLEV M *et al.* Position statement for the diagnosis and management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:1006-1019.
6. WERNER RN, WESTFECHTEL L, DRESSLER C *et al.* Self-administered interventions for anogenital warts in immunocompetent patients: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*, 2017;93:155-161.
7. GODLEY MJ, BRADBEER CS, GELLAN M *et al.* Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin Med*, 1987;63:390-392.
8. BERTOLOTTI A, FERDYNUS C, MILPIED B *et al.* Local management of anogenital warts in non-immunocompromised adults: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Dermatol Ther (Heidelb)*, 2020;10:249-262.
9. WOODHALL S, RAMSEY T, CAI C *et al.* Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sex Transm Infect*, 2008;84:161-166.
10. GILSON R, NATHAN M, SONNEX C *et al.* UK national guidelines on the management of anogenital warts 2015. *Br Assocat Sexual Health HIV*, 2015;2015:1-24.
11. PURZYCKA-BOHDAN D, NOWICKI RJ, HERMS F *et al.* The pathogenesis of giant condyloma acuminatum (buschke-lowenstein tumor): an overview. *Int J Mol Sci*, 2022 20;23:4547.
12. HOLMES MM, WEAVER SH 2ND, VERMILLION ST. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 5-fluorouracil for the treatment of cervicovaginal human papillomavirus. *Infect Dis Obstet Gynecol*, 1999;7:186-189.
13. MENG X, LI Y, LUAN H *et al.* Therapeutic effect of photodynamic therapy combined with imiquimod in the treatment of anal condyloma acuminatum and its effect on immune function. *Exp Ther Med*, 2018;16:3909-3912.
14. TU P, ZHANG H, ZHENG H *et al.* 5-Aminolevulinic photodynamic therapy versus carbon dioxide laser therapy for small genital warts: a multicenter, randomized, open-label trial. *J Am Acad Dermatol*, 2021;84:779-781.
15. GILSON R, NUGENT D, WERNER RN *et al.* 2019 IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020;34:1644-1653.
16. YANG Y, ZHANG Y, ZOU X *et al.* Perspective clinical study on effect of 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy (ALA-PDT) in treating condylomata acuminata in pregnancy. *Photodiagnosis Photodyn Ther*, 2019;25:63-65.
17. WORKOWSKI KA, BACHMANN LH, CHAN PA *et al.* Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*, 2021 23;70:1-187.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.