

Les condylomes anaux

Dr Christine Casa

Définition

Excroissances blanchâtres, grisâtres ou rosées, à crêtes dentelées en rapport avec le virus **HPV** de taille variable

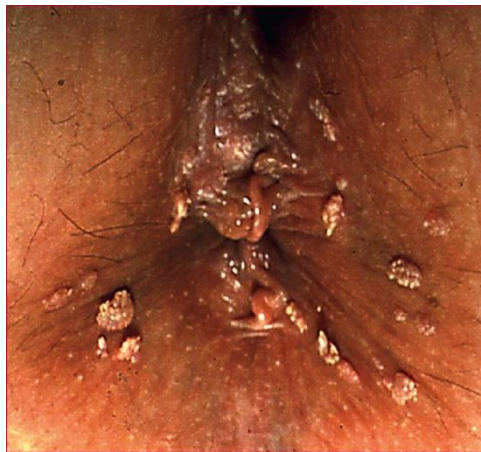
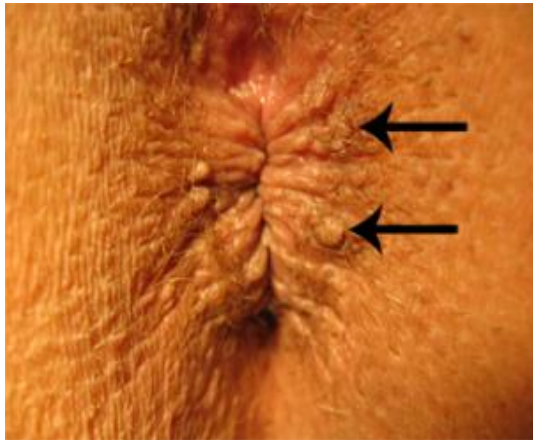


Les différents types de condylomes

Condylomes acuminés = **végétations** = crêtes de coq
(les plus rares)

Lésions **papuleuses** (Haut grade de malignité)

Condylomes **plans** (les rechercher)



La Maladie de Brusche Lowenstein

HPV **6** et **11** surtout (et 16, 18, 31, 33)

A tout âge

Volumineuse « tumeur » condyломateuse

Extension vers l'AV et vers le rectum, + ou – ADP inguinales

Surinfection possible

Dégénérescence possible (1 cas sur 2)

Diagnostiques différentiels : condyломatose extensive, carcinome verruqueux



Généralités

HPV > 160 types

70 à tropisme ano-génital (et ORL)

Virus à ADN **très résistant** (Période d'incubation de 1 à 6 mois jusqu'à plusieurs années)

Risque **oncogène** variable (**+++ HPV 16 et 18**)

IST la plus fréquente

23 000 nouveaux cas / an , 2% population sexuellement active

Très contagieux (risque 60-70% si condylomes)

Localisations

Anale (**péri** anale et **endo**canalaire)

La moins fréquente

Rechercher les autres localisations

OGE, plis inguinaux, col utérus, urètre...

Modes de transmission

Contact direct

Rapport non protégé, caresses intimes

Autres voies

- Linge de toilette, objets de plaisir sexuels...
- Saunas, jacuzzis...
- Auto contamination (verrues des mains)
- Transmission laryngée mère – enfant (accouchement)
- Fumées (bistouri électrique, laser CO2)

La clinique

Pauvre

- Suintements
- Traces de sang à l'essuyage
- Prurit
- Excroissances

FDR de survenue

Jeune âge des 1ers rapports

Partenaires multiples

Rapports non protégés

ATCD hépatite B

Cofacteurs de réactivation et de dégénérescence

Co-infection par le **VIH**

Immunosuppression iatrogène (greffes, chimio...)

Rapports **anaux**

ATCD d'autres IST

Tabac

Particularités chez le patient VIH

HPV s'exprime 5 fois plus sous forme de condylomes chez ces patients

Localisation **intra canalaire** plus fréquente (47%)

Taux de **récidive** encore plus élevé

Risque de dysplasie et de **cancer** plus élevé

Agressivité des cancers anaux et moins bonne réponse au ttt

Les examens complémentaires

Diagnostic

Anuscopie systématique

+ou- acide acétique / biopsies / anuscopie HDR

Bilan d'extension

♀ : ex gynéco et frottis

♂ et ♀ : ex visuel génital et uréthroscopie si lésions du méat

Dépistage

Sérologies VIH, syphilis, HepB, HepC

Dépister les partenaires

Pourquoi traiter ?

Prolifération anale puis de proche en proche

IST **très contagieuse**

et préservatifs pas complètement efficaces

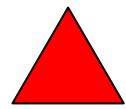
Risque de dégénérescence

+++ si VIH

Les principes du traitement

Informer

Faire disparaître les lésions externes



Impossibilité d'éradication virale

Les traitements physiques

Cryothérapie

Lésions extra canalaire peu nombreuses et peu volumineuses

Vaporisation au laser Co2

sous AL ou AG; douleurs postop

Electrocoagulation au BE

Plus efficace, ambulatoire, douleurs postop

Lésions extra et endo canalaire

Les traitements médicaux

Topiques locaux (podophylline...)

Lésions de petit nombre et extracanalaires

Immunomodulateur local (IMIQUIMOD)

Lésions externes planes ou peu visibles

En couche mince

3f/sem au coucher

Rinçage minutieux le matin

Maxi 16 semaines

Les indications

Condylomes peu nombreux de la MA ou du CA

Destruction au **BE / AL**, +ou- **Imiquimod**

Condylomes nombreux / végétants de la MA et du CA

Destruction au **BE / AG**

Condylomes plans profus de la MA

Destruction au **BE / AG**, et/ou **Imiquimod**

Brusche Lowenstein

Exérèse chirurgicale en 1 ou 2 temps

La prévention (HAS 01/2017)

Les préservatifs

Au moins **3 mois** après éradication, Efficacité **incomplète**

La vaccination prophylactique (Cervarix® / Gardasil ®)

- Augmenter la couverture vaccinale des **jeunes filles**
- Vaccination des sujets **homosexuels**
- Pas systématique pour les jeunes garçons
- Accès aux vaccins HPV dans les Cegidd et les centres de vaccination **jusqu'à 26 ans**
- Vaccination des patients **immunodéprimés des 2 sexes**
- Campagnes d'**information**
- Espoir : prévenir 85% des infections à HPV

Le suivi

Surveillance méticuleuse rapprochée après éradication

Pas de recommandation formelle de calendrier

S6, M3, M6 et M12

Puis tous les ans si risque élevé (ID, pratiques à risque, ATCD dysplasie haut grade)

Sinon tous les 3 ans

Conclusions

La condylomatose anale

Est une affection **bénigne** due au **papilloma virus**

La plus fréquente des **IST**

Dont le risque est la survenue d'un **cancer du canal anal**

Dont les **récidives** sont parfois désespérantes

Dont la **surveillance** doit être très régulière

Et dont le meilleur traitement est la **prophylaxie vaccinale**