

# LES CONDYLOMES ANO-GÉNITAUX CHEZ L'ENFANT

## Conduite pratique à tenir en expertise médicale

O. VANHOOTEGHEM (1, 2), G. MÜLLER (3), M. DE LA BRASSINNE (1)

**RÉSUMÉ :** Depuis quelques années, la Belgique est en prise avec des affaires de pédophilie. Il nous semble utile surtout dans le climat actuel, de proposer une conduite à tenir dans le cas où, au cours d'une consultation, un enfant ou un adolescent mineur présente des condylomes ano-génitaux. Il faut se garder de considérer qu'ils sont toujours la conséquence d'abus sexuels.

En effet, il existe trois modes de contamination : anté et périnatale (*in utero* et lors de l'accouchement), horizontal (auto et hétéro inoculation), et par contact sexuel. Cette origine a sensibilisé le praticien et l'a amené à prendre en charge une situation inhabituelle : une protection de l'enfant, une prise en charge multidisciplinaire et la poursuite judiciaire contre l'auteur présumé des outrages. Enfin, la plupart des récurrences résultent de réactivations d'infections infra-cliniques plutôt que de nouvelles contaminations sexuelles. Il est donc impératif de ne pas jeter une nouvelle suspicion envers un hypothétique contaminateur.

**MOTS-CLÉS :** *Condylome ano-génital - Abus sexuel - Enfant*

ANOGENITAL CONDYLOMATA IN THE CHILDREN

**SUMMARY :** Belgium has been confronted to cases of paedophilia for years. It seems adequate to suggest some guidelines in cases of a child or a teenager diagnosed with ano-genital warts during a consultation. They are not always the consequence of sexual abuse. Three contaminations are possible : ante natal and peri natal (*in utero* or during delivery), by direct contact (auto or hetero inoculation), through sexual contact. This trusted practitioners to handle this unusual situation from the child protection, to multidisciplinary management and judicial prosecution against suspect. When using some different way to know what kind of HPV type; it's possible to give some information about transmission and it's possible to do confrontations with the results of the lesions' suspect. It is also interesting to identify very high oncogenic potential HPV for the survey's patient. Finally the most important is to know that the most recurrences result into reactivations from infra-clinically infections and are not new contaminations. It is important do not drop a new suspicion through hypothetical contaminator.

**KEYWORDS :** *Anogenital condyloma - Sexual abuse - Child*

### INTRODUCTION

Au cours des dernières années, plus de 120 génotypes de papillomavirus humains (HPV) ont été identifiés. Les génotypes sont classés en fonction de leur tropisme et de leur pouvoir oncogène. Les uns sont associés aux lésions cutanées (e.a. de type 1, 2, 3, 4, 10) et les autres aux muqueuses ano-génitales et oropharyngées. Parmi la quarantaine de virus ayant ce tropisme, le HPV (e.a. de type 6, 11, 42, 43, 55) est responsable de condylome acuminé ayant un faible pouvoir oncogène bien que parfois responsable de tumeur géante appelée tumeur de Buschke-Löwenstein à fort potentiel de transformation maligne (HPV 6, 11) (1). D'autres à fort pouvoir oncogène (e.a. de type 16, 18, 31, 45, 56) sont responsables des cancers du col utérin ou périnéaux. Dans ce dernier groupe, sont également inclus les HPV à pouvoir oncogène intermédiaire.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Le nombre de publications concernant les condylomes ano-génitaux chez l'enfant a augmenté de façon exponentielle ces dernières années : 10 cas rapportés en 1980, 145 en 1988, plus de 400 entre 1990 et 1996 et plus de 200 par an après 1997. On peut néanmoins se demander

si la fréquence réelle des verrues ano-génitales n'est pas nettement supérieure aux données de la littérature; il est en effet probable que ces lésions soient souvent observées par le praticien sans être signalées et encore moins publiées.

Chez l'enfant, la répartition des lésions se fait sur trois zones préférentielles : la vulve (40 %), la région péri-anale (34 %), la région péri-urétrale (17%) (Fig. 1).

Selon les études, la variabilité de contamination à la suite de sévices sexuels est estimée entre 6 et 70 %. Dans une série portant sur 1.538 enfants âgés entre 1 et 12 ans, peut-être plus fiable en terme de projection, la prévalence est estimée à près de 60% (2).

La fréquence des contaminations sexuelles à l'origine de verrues ano-génitales en fonction de

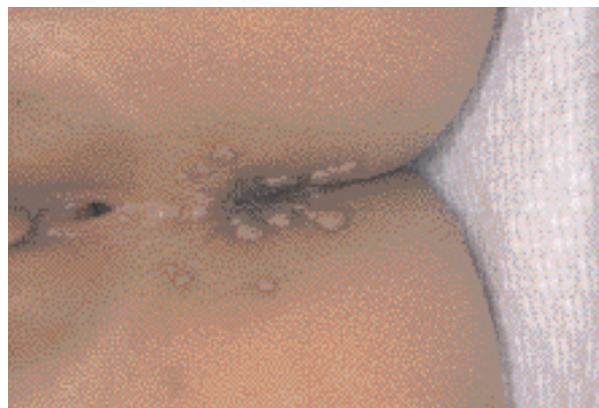


Figure 1 : Condylomes à localisation péri-anale.

(1) Service de Dermatologie, CHU Sart Tilman, Liège.  
(2) Service de Dermatologie, Clinique Sainte Elisabeth, Namur.  
(3) Institut de Pathologie et de Génétique, Loverval.

l'âge peut être évaluée à près de 21% avant 2 ans, 47% entre 2 et 7 ans, 72% entre 8 et 13 ans (3). La répartition en fonction du sexe varie de 30 à 40 % chez le garçon et 60 à 70% chez la fille. Le risque de contamination après un contact sexuel infectant est particulièrement élevé et est calculé entre 60 et 70 % tous âges confondus (4).

## MODE DE TRANSMISSION

La définition de l'abus sexuel sur un enfant est "la participation de l'enfant ou de l'adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre et/ou qu'il subit sous la contrainte".

Les verrues ano-génitales de l'enfant ne sont pas toujours des manifestations d'un abus sexuel et les investigations doivent donc être prudentes en ne prenant toutefois aucun risque de laisser un enfant en danger.

Il existe une transmission périnatale survenant pendant l'accouchement lors du passage par la filière génitale de même qu'une transmission anténatale, *in utero*, qui peut résulter soit d'une transmission ascendante, soit d'un passage transplacentaire par voie hématogène. Ces modes de transmission pourraient expliquer la présence de condylomes acuminés chez les nourrissons (5) en sachant que le temps d'incubation du HPV est très variable, compris entre 3 semaines et 8 mois voire à près de 2 ans (6).

Dans plus d'un tiers des cas, le mode de transmission reste pourtant inconnu. La transmission horizontale, auto et/ou hétéro inoculation, à partir de verrues des mains de l'enfant ou d'un parent reste possible en particulier pour le HPV de type 2 communément retrouvé dans les verrues vulgaires des mains (7, 8). Cason et coll. ont détecté une forte prévalence de HPV chez des nouveaux-nés de mères HPV négatives suggérant le rôle de la transmission horizontale *via* les soins infirmiers (9). La présence de condylomes acuminés chez un enfant de trois ans transmis, au cours du bain, par la grand-mère de l'enfant porteuse de condylomes acuminés a été rapportée (10). Ces virus, très résistants aux grands écarts de température peuvent être transmis théoriquement par le linge souillé, bien que cela n'ait jamais été formellement démontré.

## PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE

Pratiquement pour l'enfant, la première étape consiste en un examen général avec analyse du comportement. L'examen cutané et muqueux, y compris oral (11), sera minutieux, à la recherche entre autres de signes de mauvais traitement

ou de négligence. Il faut interroger les parents, expliquer les modes de transmission possibles, situer l'environnement sociologique de la famille, tout en sachant que les abus sexuels ne sont pas l'apanage des seules familles défavorisées (3), rechercher la notion de verrues cutanées et ano-génitales dans la famille proche. Il est à noter que 80 % des victimes d'infractions sexuelles sont de sexe féminin, 45% des violences sexuelles concernent des enfants de moins de 9 ans et que, dans 70 à 85% des cas, l'agresseur est connu de la victime; l'inceste père-fille représente une large majorité des cas rapportés (12).

Dans les cas d'abus, les troubles du comportement sont souvent rencontrés : état dépressif, troubles du sommeil, tentative de suicide, anorexie ou boulimie, fugues, difficultés scolaires... Ce problème douloureux particulièrement difficile à résoudre, demande une prise en charge pédiatrique et psychiatrique adaptée. Il est exceptionnel que la première consultation permette de préciser le mode de transmission avec certitude et il faut savoir ne pas trop insister d'emblée sur des questions qui peuvent choquer la famille. Celle-ci confie l'enfant dans un but diagnostique et surtout pour un traitement. L'interdit moral, social et pénal que représente l'abus associé au déni de l'abusé représente une barrière difficilement franchissable.

Une hospitalisation de l'enfant est nécessaire. Cette étape doit être utilisée pour induire une thérapeutique, compléter l'enquête et, si nécessaire, alerter les services spécialisés.

Lors du séjour hospitalier de l'enfant, on peut aussi examiner les membres de la famille en contact avec l'enfant et réaliser un examen clinique soigneux de la mère et du père. Les parents rencontreront des pédiatres et des travailleurs sociaux. Chez la mère, l'examen clinique dermatologique et gynécologique doit être systématique. Le même examen doit être réalisé chez le père par un dermatologue et un urologue compte tenu du fait que, chez l'adulte, les condylomes du méat urétral s'observent dans 6 à 13 % des cas (13, 14).

## TRAITEMENT

Des régressions spontanées de condylomes acuminés sont rapportés dans près de 50 % des cas (15). Si le praticien opte pour un traitement, celui-ci reste surtout chirurgical. En effet, la podophylline, la podophyllotoxine, habituellement mal tolérés, donnent des résultats inconsistants et doivent être évités chez l'enfant. La podophylline est contre-indiquée chez l'enfant et la femme enceinte pour des raisons de muta-

génicité. L'imiquimod (Aldara®) peut être proposé mais en tenant compte du risque de réaction inflammatoire (16). Ces traitements locaux présentent l'inconvénient de ne pas être adaptés à un prélèvement du tissu aux fins d'analyses cellulaires pour les besoins de l'enquête. Par contre, l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale permet de réaliser, outre un examen clinique complet, un éventuel examen colposcopique avec un test au Lugol et un prélèvement de tissu pour analyse. Une destruction des lésions soit par électrocoagulation soit en utilisant un Laser CO<sub>2</sub> (17) ou à colorant pulsé (18) peut être réalisée.

La photothérapie dynamique reste une technique à évaluer dans le traitement des condylomes mais elle semble être intéressante pour éviter les séquelles chirurgicales et doit, dans le cas de patients jeunes, être réalisée sous anesthésie générale compte tenu de la douleur qu'elle peut occasionner. Cette technique permet l'analyse de tissu contaminé au préalable (19-21).

La recherche d'autres agents infectieux tels que Chlamydia Trachomatis, Treponema Pallidum ou Herpes Simplex, Hépatite B reste une étape nécessaire.

## EXAMEN DE LABORATOIRE

Plusieurs méthodes permettent la mise en évidence du virus HPV :

Le frottis gynécologique cervico-vaginal peut mettre en évidence la présence de koilocytes pathognomoniques de l'infection.

L'analyse anatomo-pathologique d'une biopsie (fixé au formol) du condylome confirmera le diagnostic et précisera la présence ou l'absence d'une éventuelle dysplasie.

Le typage du virus nécessite des méthodes de la biologie moléculaire. Le plus souvent l'on se limitera à la recherche des types à haut potentiel oncogène par hybridation «en capsule» t.q. Hybrid Capture®, test approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSAPS). Ceci nécessite un prélèvement par frottis de type gynécologique mis dans un milieu spécial ou dans un fixateur pour cytologie en suspension (par exemple Thin Prep®, Auto Cyte®) fourni par le laboratoire d'anatomie pathologique ou de biologie moléculaire. Le test peut aussi être réalisé sur matériel biopsique de préférence congelé à l'azote ou déposé sur une compresse imbibée de liquide physiologique et maintenu à 4°C puisque la fixation (formol ou autre) expose à un risque élevé de faux négatif.

La recherche d'autres types du virus HPV par méthodes de Polymerase Chain Reaction (PCR) est possible mais demande une communication étroite avec le laboratoire ou Centre de Diagnostic Moléculaire (CDM).

En utilisant ces différentes techniques, il est intéressant de préciser le type du virus et ainsi apporter des données objectives à propos du mode de transmission et ainsi confronter les résultats des analyses de lésions présente chez un hypothétique contaminateur. Il est retrouvé une fréquence accrue des types 6, 11 et 16 chez les enfants et jeunes adultes (22) et, en cas d'abus sexuel, il est plus fréquemment rapporté la présence de HPV 6 et 11 (23, 24).

Enfin, il est intéressant d'identifier les HPV à fort pouvoir oncogène pour le suivi à long terme et éviter ainsi une éventuelle transformation néoplasique.

## PRISE EN CHARGE FINALE PLURI-DISCIPLINAIRE

En fonction du résultat, l'enquête sociale pourra être ordonnée si nécessaire. Le contact avec le médecin généraliste qui est habilité à cerner le problème grâce à ses relations privilégiées avec la famille est indispensable. A ce stade, il existe deux possibilités : ou l'enquête médico-sociale est négative ou cette enquête confirme la notion d'abus sexuel. Dans le dernier cas, l'intérêt de l'enfant peut convaincre le Juge des Enfants à engager une procédure de retrait temporaire lorsqu'il a des raisons de craindre de nouveaux attentats. Le signalement au parquet entraîne systématiquement des devoirs policiers. L'enfant sera questionné par des policiers, examiné par des médecins et des psychologues. Le présumé coupable sera questionné et l'enquête dégagera des pistes à suivre.

Enfin, il faut toujours se souvenir que la plupart des récurrences résultent de réactivations d'infections infra-cliniques plutôt que de nouvelles contaminations sexuelles et sont estimées, quelque soit le traitement, à près de 30% dans les 6 mois. Il est donc impératif de ne pas jeter une nouvelle suspicion envers un hypothétique contaminateur.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Gillard P, Vanhooetghem O, Richert B, de la Brassinne M.— La tumeur de Buschke-Löwenstein. *Ann Dermatol Venereol*, 2005, **132**, 98-99.
2. Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, et al.— Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J*, 1992, **11**, 945-950.

3. Pandhi D, Kumar S, Reddy BS.— Sexually transmitted diseases in children. *J Dermatol*, 2003, **30**, 314-320.
4. Oriel JD.— Natural history of genital warts. *Vr J Venereal Dis*, 1971, **47**, 1-13.
5. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S, et al.— Childhood condyloma acuminatum : association with genital and cutaneous human papillomaviruses. *Pediatric Dermatol*, 1993, **10**, 101-106.
6. Cohen BA, Honig P, Androphy E.— Anogenital warts in children. *Arch Dermatol*, 1990, **126**, 1575-1580.
7. Handley J, Hanks E, Armstrong K, et al.— Common association of HPV 2 with anogenital warts in prepubertal children. *Pediatr Dermatol*, 1997, **14**, 339-343.
8. Obalek S, Jablonska S, Favre M, Walczak L, et al.— Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. *J Am Acad Dermatol*, 1990, **23**, 205-213.
9. Cason J, Kaye JN, Jewers RJ, et al.— Perinatal infection and persistence of human papilloma virus types 16 and 18 in infants. *J Med Virol*, 1995, **47**, 209-218.
10. Rock B, Naghashfar Z, Barnett N, et al.— Genital tract papilloma virus infection in children. *Arch Dermatol*, 1986, **122**, 1129-1132.
11. Simon PA.— Oral condyloma acuminatum as an indicator of sexual abuse: dentistry's role. *Quintessence Int*, 1998, **29**, 455-458.
12. <http://www.aivi.org/> (association internationale des victimes de l'inceste).
13. Aynaud O, Casanova JM, Barrasso R.— New ambulatory techniques for the detection and treatment of urethral condyloma in men. A propos of 2 cases. *J Urol (Paris)*, 1991, **97**, 29-32.
14. Fralick RA, Malek RS, Goellner JR, Hyland KM.— Urethroscopy and urethral cytology in men with external genital condyloma. *Urology*, 1994, **43**, 361-364.
15. Allen AL, Siegfried EC.— The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol*, 1998, **39**, 951-955.
16. Majewski S, Pniewski T, Malejczyk M, Jablonska S.— Imiquimod is highly effective for extensive, hyperproliferative condyloma in children. *Pediatr Dermatol*, 2003, **20**, 440-442.
17. Johnson PJ, Mirzai TH, Bentz ML.— Carbon dioxide laser ablation of anogenital condyloma acuminata in pediatric patients. *Ann Plast Surg*, 1997, **39**, 578-582.
18. Tuncel A, Gorgu M, Ayhan M, et al.— Treatment of ano-genital warts by pulse dye laser. *Dermatol Surg*, 2002, **28**, 350-352.
19. Wang XL, Wang HW, Wang HS, et al.— Topical 5 aminolaevulinic acid-photodynamic therapy for the treatment of urethral condylomata acuminata. *Br J Dermatol*, 2004, **151**, 880-885.
20. Fehr MK, Hornung R, Degen A, et al.— Photodynamic therapy of vulvar and vaginal condyloma and intraepithelial neoplasia using topically applied 5-aminolevulinic acid. *Lasers Surg Med*, 2002, **30**, 273-279.
21. Ross EV, Romero R, Kollias N, et al.— Selectivity of protoporphyrin IX fluorescence for condylomata after topical application of 5-aminolaevulinic acid: implications for photodynamic treatment. *Br J Dermatol*, 1997, **137**, 736-742.
22. Mc Lachlin CM, Kozakewich H, Craighill M, et al.— Histologic correlates of vulvar human papillomavirus infection in children and young adults. *Am J Surg Pathol*, 1994, **18**, 728-735.
23. Gutman LT, Herman-Giddens ME, Phelps WC.— Transmission of human genital papilloma virus disease: comparison of data from adults to children. *Pediatrics*, 1993, **91**, 31-38.
24. Moscicki AB.— Genital HPV infections in children and adolescents. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1996, **23**, 675-697.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Docteur Vanhooteghem, Service de Dermatologie, CHU, 4000 Liège, Belgique.  
Email : ovanhooteghem@hotmail.com