

Ministère des enseignements
Secondaires supérieur et de la
Recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Université de Bamako

Un Peuple~Un But~ Une Foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2007-2008

Thèse N°.....

THESE

ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DES CONDYLOMES DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CNAM ET AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV Bamako (MALI).

Présentée et soutenue publiquement le 22 Mars 2008 à Bamako
Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Monsieur ABRAHAM KONE**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Mamadou TRAORE

Membre : Docteur Oumar GUINDO

Codirecteur : Docteur Ousmane FAYE

Directeur de Thèse : Professeur Somita KEITA

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A Dieu notre père créateur du ciel et de la terre.

A Jésus Christ son fils unique notre sauveur né de **la Vierge Marie** et du **Saint esprit**.

A Marie mère de **Dieu** et de l'humanité consolatrice des affligés.

Maman Marie j'ai toujours trouvé refuge auprès de toi dans mes moments de détresse.

Maman Marie tu as toujours intercédé pour moi auprès de ton fils.

Merci pour cette thèse,

Merci pour tout.

A tous les malades du monde,

A tous ceux qui souffrent,

Je ne vous demande, ni vos opinions, ni vos croyances, ni votre religion, mais quelle est votre souffrance ?

A Mon père **Philbert Oumar** ; **Papa** tu as toujours été pour tes enfants un refuge. Je me sens en sécurité en ta présence. **Papa**, j'ai appréciée personnellement ta rigueur dans la prise de décisions, que **Dieu** tout puissant te garde très longtemps auprès de nous pour que nous puissions encore bénéficier de tes conseils si précieux dans la vie.

A ma **Maman Thérèse CAMARA « Nâh »**, vous avez été pour nous une mère exemplaire prête à se battre pour le bien être de ses enfants. « **Nâh** » vous nous avez inculqué le respect des valeurs morales, la

rigueur et l'assiduité dans le travail. Je vous prie de ne jamais regretter toutes ces souffrances endurées pour nous. N'est ce pas toi même qui nous disait que toute souffrance à une fin ? Et que la souffrance est un conseil ?

C'est l'occasion pour moi de te dire que tu peux toujours faire confiance à ton fils et il se sent beaucoup plus responsable, et ne le considère plus comme le petit enfant que tu as vu grandir, ton fils est grand maintenant.

A mes Tontons, Luc August CAMARA et Bruno Augustin CAMARA.

Chers Tontons, votre maison a toujours été ouverte pour moi. Vous m'avez adopté comme votre propre fils. Votre rigueur dans l'éducation des enfants m'a fasciné. Chers **Tontons** merci pour tout ce que vous m'avez fait. Que le seigneur tout puissant vous rembourse au centuple.

A Feu Tonton **Joseph COULIBALY** « Paix à son âme » et sa femme **Léonie SANGARE**. Tonton J'aurais bien voulu que vous voyez ce travail présenté, mais **Dieu** l'a décidé autrement, **Tonton** ta famille m'a toujours accueilli à bras ouvert. Tes conseils n'ont jamais fait défaut lors de ma formation. A chaque fois que les études m'ont posé des soucis, ta présence m'a réconforté.

Merci pour tout.

A tous mes frères, sœurs, cousins, cousines dont je me garderai de citer les noms par souci d'en oublier. Je vous invite à plus de courage et de rigueur dans tout ce que vous allez entreprendre dans la vie.

A ma fiancée **Tanig Marie Noëlle BERTHE** toujours à mes côtés prête à se battre, ta présence dans ma vie surtout estudiantine m'a

beaucoup aidé, fille exemplaire toujours souriante qui connaît l'homme que je suis malgré mes multiples préoccupations. Tu m'as toujours remonté le moral quand il le fallait dans les moments les plus difficiles, c'est l'occasion pour moi de te rappeler que mon amour pour toi sera éternel.

A ma fille **Marie Noëlle** : ce travail doit être pour toi un repère, une source de motivation et surtout de patience dans tout ce que tu entreprendras dans la vie. Chaque fois que tu regarderas une partie de ce document tu te souviendras que ton père a et travaillera toujours pour ton bien être. Inspire toi toujours sur son courage.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

➤ A tous les professeurs de la **FMPOS**

Merci pour la qualité des enseignements donnés. Je vous promets de ne jamais vous décevoir partout où je serai.

➤ A tout le personnel du **CNAM**

Vous avez été pour moi comme des pères, des mères, des sœurs et frères exemplaires, je n'oublierais jamais ces bons moments passés avec vous. C'est l'occasion pour moi de vous demander pardon pour toutes les fois où je ne me suis pas bien comporté à votre égard

➤ A tous mes encadreurs du service de Dermatologie du **CNAM** :

Pr. Somita KEITA, médecin colonel **Karim COULIBALY**, **Dr KONARE Habibatou DIAWARA**, **Dr Ousmane FAYE**, **Dr N'DIAYE Awa THIAM**, **Dr A.DICKO**, **Dr Hawa SAGARA**.

Feue **Dr Binta CISSE** « paix à son âme ».

Depuis le premier jour de mes stages, la qualité, la rigueur dans vos enseignements n'ont jamais fait défaut.

➤ Particulièrement au médecin colonel **Pierre TRAORE**, colonel vous avez été pour moi en plus d'un formateur, un papa prêt à m'aider dans les situations difficiles. J'ai appris avec vous en plus du domaine médical le respect des valeurs morales.

Merci que le seigneur **Jésus Christ** vous rembourse au centuple pour tous ce que vous avez fait pour moi et aussi pardon pour toutes les fois où mon respect a fait défaut.

➤ Mr **Guimba CAMARA** votre simplicité dans le bon travail fait de vous une personne ressource pour moi. Puisse **Allah** le tout puissant vous garder encore plus longtemps auprès de nous.

- A mes Aînés de la Dermato, Dr **WAIGALO Nouhoum, Dr WANARGOUM Alima KEITA, Dr Sidiki SANGARE, Dr Mamadi CAMARA, Dr Lassine CISSE, Dr Boubacar CISSE, Dr Sadio KEITA, Mr Gassaga SISSOKO, Dr Mamadou BAH**, votre soutien a été d'un grand apport dans ma formation.
- A mes camarades de la Dermatologie, Dr **Hassane COULIBALY, Dr Amos SIDIBE, Mamadou GASSAMA, Alou KEITA, Mme Diawara Nana Rokia COULIBALY, Mamadou Koureïchi TALL, Mme KEITA Binta GUINDO**, je n'oublierai jamais ces moments passés ensemble ; courage a vous tous.
- A mes cadets **Jean G COULIBALY, Jean DEMBELE, Moussa SOUMOUNTERA, Chaka FOMBA, Oumar KAMPO, Missiri SISSOKO, Bakari BAGAYOGO, Amadou DICKO** je vous exhorte à beaucoup plus de courage car la thèse est un travail scientifique qui nécessite beaucoup de sérieux
- A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune **IV**. Votre franche collaboration n'a jamais manquée, c'est l'occasion pour moi de vous demander pardon pour toutes les fois où mon respect a fait défaut.
- A mes aînés et formateurs du CSRef IV, mes camarades de tous les jours, mes cadets je vous dis merci pour la formation, pour la collaboration et surtout les conseils.
- A mes camarades et compagnons de lutte depuis le **Lycée Prosper KAMARA** jusqu'à la **FMPOS**. Il s'agit bien sur de Dr **Cheick**

Oumar DIAKITE, Dr Yaya DEMBELE, Dr Karamoko DJIGUIBA, Dr Pierre Marcel KEITA, Dr Seydou COULIBALY, Mr Issa DOGONI, Mr Seydou Joseph NOROMOU, Mr Drissa GUINDO, Mlle Fatoumata DIAKITE, Mr Julien Y TRAORE, Mr Abdoulaye DEMBELE, Mr Jean G COULIBALY. Nous avons tous choisi de faire la médecine, le chemin était long et difficile, il n'était pas évident pour nous de voir le bout du tunnel mais grâce à **Dieu** nous voici. Une autre mission plus difficile nous attend, celle d'apporter notre pierre à l'édifice.

Merci pour ces moments de souffrance et de joie, ensemble nous y arriverons !

- A Mr **Tiona Mathieu KONE** et à toute sa famille merci pour vos conseils et soutiens tant moral que matériel.
- A mes tontons **Fraoni Egiene CAMARA, Augustin KEITA, Bernard DIALLO, Moussa KEITA** et **Abdoulaye COULIBALY**, grand merci pour vos conseils et aide matérielle.
- A mes amis **Cyr Mathieu DOUCOURE, Pierre DIALLO, Augustin BOMBA, Jean Christophe KONATE, Raoul W MOUNKORO, Blaise KOIVOKI, Moussa SISSOKO, Pascal COULIBALY, Thomas GUIROU.**

Grand merci pour tous ces moments de détente, de partage et de peine, restons toujours unis

- A tous les membres du **CESKA** je vous dis grand merci pour la franche collaboration. Vous m'avez permis de retourner à mes sources. j'espère bien que la paix et la joie restera toujours dans le groupe.

- A l'équipe de prêtre de la cathédrale de Bamako, je me confie à vos prières. Merci pour tous
- A la Secrétaire Mlle **KEITA Oumou** qui n'a ménagé aucun effort pour que ce travail soit une réussite.

Merci pour tout, je m'en souviendrai toujours.

- A Mr **Boubacar DIALLO** Informaticien au CNAM l'occasion m'est offerte maintenant de vous dire pardon. Votre humanité, votre rigueur dans le travail doit être un exemple à suivre. Je vous encourage à continuer sur ce chemin.

- A Mr **Chebou DIALLO** informaticien au CNAM grand merci.

Remerciement sincère à tout ceux qui de loin ou de près ont contribué à la réussite de ce travail tant précieux pour moi.

Merci

Hommages

A NOS MAITRES ET JUGE

« Chaque homme réunit en lui un certain nombre d'ignorances auxquelles il lui appartient de remédier s'il le désire. Et le simple alors est de recourir aux bons offices d'un maître compétent ».

(GEORGES GUSDORF)

A notre Maître et président du jury :

Professeur Mamadou TRAORE,

Professeur agrégé en gynécologie obstétrique,

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V,

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre éloquence, votre sens de la rhétorique, votre simplicité et votre volonté de transmettre votre savoir font de vous un professeur admiré par tous les étudiants.

Trouvez ici, cher Maître l'expression de nos profonds remerciements et de notre sincère reconnaissance.

Qu'Allah le tout puissant vous garde encore très longtemps auprès de nous

A notre maître et juge,

Docteur Oumar GUINDO,

Diplômé de médecine générale,

Diplômé de la 3^è promotion EPIVAC,

**Médecin chef adjoint du centre de référence de la commune IV
du district de Bamako,**

La simplicité, la disponibilité, l'humanisme et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez.

Votre rigueur scientifique, votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Nous vous sommes reconnaissants pour ce que vous avez fait pour notre formation.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de thèse : Docteur Ousmane FAYE,

Spécialiste en dermatologie et anatomopathologie dermatologique,

Chargé de recherche au Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM),

Votre modestie, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un Maître admiré par tous les étudiants. Trouver ici cher maître notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Somita KEITA,

Professeur titulaire en dermato-lepro-vénérologie,

Chef du département dermato-lepro-vénérologie à la FMPOS, Chevalier du mérite de la santé,

Chef de l'unité de dermato-lepro-vénérologie au CNAM

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet.

Votre amabilité, votre disponibilité, votre générosité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection, associé à vos qualités pédagogique et humaine font de vous un Maître admiré par tous vos élèves.

Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire.

Puisse le seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

Puisse Allah vous accorder longue vie.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ADN : Acide Désoxyribo Nucléique.

CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia (néoplasie Intraepithelial cervical).

cm: centimètre.

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie.

CSRef IV : Centre de Santé de Référence de la Commune IV.

DAT : Département Anti Tuberculeux.

E: Early (partie proximale).

EPST : Etablissement Public à caractère scientifique et technologique.

IEC: Information Education Communication.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

L: Latte (partie terminale).

nm: nanomètre.

OCCGE : Organisation de coopération et de coordination pour la lutte
Contre les Grandes Endémies

ORF: Open Reading Frame (ouverture de la branche de lecture).

ORL : Oto Rhino Laryngologie.

PCR : Polymérase Chain Reaction.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PVH : Papillomavirus humain.

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience humaine Acquise

VHB: Virus de l'Hépatite B.

VIH : Virus de Immunodéficience Humaine acquise.

VLP: Virus Like Particules (particule intégrée au virus).

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	4
GENERALITES.....	6
METHODOLOGIE.....	42
RESULTATS.....	47
ICONOGRAPHIE.....	66
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	69
CONCLUSION RECOMMANDATIONS.....	77
REFERENCES.....	81
ANNEXES.....	89

Fiche signalétique

Fiche d'enquête

Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les infections à papillomavirus humains (PVH) ont longtemps été considérées comme des infections bénignes négligées.

Par la suite elles sont devenues un problème de santé publique de plus en plus préoccupant à cause des progrès de la science notamment la biologie moléculaire qui a permis de révéler la responsabilité des papillomavirus humains (PVH) dans la survenue de certains cancers.

Parmi les nombreux séro types de papillomavirus humains (PVH) les types 16 et 18 sont les plus reconnus oncogènes.

Leur rôle dans la survenue des cancers des voies génitales notamment le cancer du col utérin sont actuellement bien établis.

Parmi les nombreuses manifestations cliniques, les tumeurs épidermiques verruqueuses ou encore verrues vulgaires sont les plus observées dans la pratique courante.

Il est convenu d'appeler condylome ces tumeurs épidermiques verruqueuses localisées dans les régions génitale et périnéale.

Dans ces localisations, ces tumeurs engendrent un préjudice fonctionnel et psychosocial chez les personnes qui en sont atteintes. A cela il faut ajouter la possible évolution maligne.

L'importance et la gravité des infections à PVH s'expriment donc :

- Par leur fréquence de plus en plus élevée dans le monde :

Les condylomes génitaux semblent être les plus fréquents des infections sexuellement transmissibles en occident. Parmi les adultes sexuellement actifs 30 à 50 % seraient infectés par le PVH et 1 % seraient porteurs de condylomes génitaux (1).

La fréquence varie en fonction de l'âge, elle est estimée par la plupart des auteurs entre 0,05% à 0,1% dans la population générale, et entre 0,5% à 1% chez les adultes jeunes (1).

L'incidence annuelle des condylomes génitaux est en augmentation dans tous les pays développés en particulier chez les jeunes de 16 à 25 ans (âge moyen : 22 ans chez l'homme, 19 ans chez la femme) avec une prédominance masculine, et une tendance à l'augmentation de l'incidence chez les femmes (1,3).

- A cause de Leur contagiosité interhumaine, notamment au cours des rapports sexuels. Les condylomes sont rangés dans le groupe des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Ces IST d'évolution tumorale par leur topographie sont l'objet de macération et d'ulcération. A cet effet elles augmentent le risque de contamination et de transmission du VIH et des autres IST.
- Par ailleurs leur possible évolution en cancers génitaux et anaux mérite qu'on leur accorde plus d'attention. Cependant très peu de travaux leurs ont été consacrés au Mali.

La présente étude a pour but de rapporter les aspects épidémiocliniques et la prise en charge des condylomes dans deux structures hospitalières de Bamako.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects épidémio-cliniques et la prise en charge des condylomes dans l'unité de dermatologie du CNAM et au centre de santé de référence de la commune IV, Bamako, Mali.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les aspects socio- démographique et épidémiologique des condylomes observés dans les deux structures.
- Identifier les pathologies associées aux condylomes (l'infection VIH, et autres IST, le cancer du col.)
- Décrire les aspects cliniques
- Décrire les schémas thérapeutiques adaptés et leurs résultats.

GENERALITES

GENERALITES

A/ DEFINITION :

Les condylomes ano-génitaux sont des tumeurs virales dues à des papillomavirus humains (PVH) transmis le plus souvent par voie sexuelle, ce qui en fait une infection sexuellement transmise (1).

B/ HISTORIQUE : (6)

Connus depuis l'antiquité, les condylomes ano-génitaux sont considérés comme l'une des plus anciennes des maladies vénériennes.

L'écrivain romain Martial l'a rapporté pour la première fois au 18ème siècle avant JESUS CHRIST en décrivant chez les homosexuels de la Grèce et de la Rome Antique, la prolifération de condylomes sous le terme de "THYMUS" ou de "FICUS".

Certains médecins arabo-musulmans comme Errazi (IX siècle) notent que les végétations génitales dits "OUARAM TOULALI" proviennent de certains polypes évolués et a préconisé comme traitement leur ablation après utilisation des hémostatiques locaux. Pour Ibn Sina (980-1037) les végétations génitales prennent naissance au niveau des fissurations causées par un accouchement dystocique et préconise également une exérèse chirurgicale.

Certains auteurs du moyen âge ont attribué cette affection à la syphilis (PAGET), d'autres à la blennorragie mais l'isolement du gonocoque, agent pathogène de cette maladie en 1879 écarta cette hypothèse.

Au début du 20ème siècle, l'examen systématique du col au spéculum après application de lugol, puis sous colposcopie à permis de repérer un certain nombre de lésions dont la biopsie mettait en évidence un cancer

intra épithélial. C'est avec Hinselman que naquit le terme de dysplasies légères, moyennes et graves.

En 1977, le Canadien Meisels et le finlandais Purola se sont rendus compte que les lésions identifiées sur des frottis et des biopsies du col qui étaient précédemment dénommées « complexes précancéreux » par AVRE ou "cellules koïlocytaire" par L. KOSS correspondaient en fait à des dysplasies légères ou modérées. Mais la découverte majeure de Meisels et Purola était de rattacher pour la première fois ces lésions au virus des papillomes (papovavirus) mettant ainsi en évidence une nouvelle entité histologique différente des formes papillomateuses : Le condylome plan.

C/RAPPELS VIROLOGIQUES :

C-1/Classification Virologique :

Au cours de ces 20 dernières années, plus de 120 génotypes de papillomavirus ont été identifiés, Les génotypes sont classés en fonction de leur tropisme (peau, muqueuse) et de leur potentiel oncogène (2, 3,4).

Deux grandes classes sont répertoriées :

- Les PVH préférentiellement associés aux lésions cutanées.
- Les PVH infectant les muqueuses ano-génitales (col utérin, vulve, vagin, pénis et anus) et oropharyngées.

Parmi la quarantaine de virus ayant ce tropisme, vingt-huit de ces génotypes ont un tropisme spécifiquement ano-genital (4). (cf. tableau I).

Certains sont dits à faible risque ou à faible potentiel oncogène, c'est le cas des PVH 6 et 11 communément retrouvés dans les condylomes génitaux acuminés, alors que d'autres sont dits à haut risque, C'est le

cas des PVH 16 et 18 impliqués dans la carcinogenèse du col utérin. Dans ce dernier groupe sont également inclus des PVH dits à risque intermédiaire : PVH 31, 33, 35, 51, 52, 58 fréquemment détectés dans les lésions ano-génitales (5). (cf. tableau II).

C-2/ Biologie du papillomavirus humain :

C-2-1/ Caractéristiques générales des papillomavirus :

Les papillomavirus appartiennent à la famille des papovaviridae et sont des virus à ADN de petite taille de 45 à 55 nm de diamètre, non enveloppés. Ils sont constitués d'une capsidie à symétrie cubique (icosaédrique nue et résistante), formée de 72 capsomères avec une longueur de 8 kilo bases et un poids de 5.106 daltons. Leur chromatine est constituée d'une molécule circulaire double brin d'ADN d'environ 7800 à 7900 paires de bases (7).

L'analyse comparée des séquences nucléotidiques des papillomavirus dans les différentes espèces a révélé une organisation génétique commune (2,8).

Une dizaine de phases ouvertes de lecture ORF en anglais pour (Open Reading Frame) portées par un seul des deux brins d'ADN sont groupées en une région E (Early) qui code des protéines non structurales. A l'inverse, la région L (Late) code pour les protéines de capsidie (2).

La protéine virale E2 module la transcription des gènes E6/E7, elle bloque l'expression de ces gènes. La protéine E4 est différemment exprimée dans les lésions cutanées et les lésions muqueuses, elle est synthétisée en grande quantité dans les verrues palmaires et plantaires alors qu'elle est présente en quantité faible dans les lésions muqueuses. Elle permet la production de particules virales, en facilitant l'encapsulation du génome et en favorisant la diffusion et la libération des virions par destruction du réseau de filaments de cytokératine.

Les protéines E5, E6, et E7 sont impliquées dans le processus d'immortalisation et de transformation cellulaires. La protéine L1 est la protéine majeure de capsid. Ces protéines L1 sont capables de s'auto assembler en l'absence d'autres protéines virales pour former des particules virales vides ressemblant à des capsides et dénommées VLP (virus like particules).

Elles possèdent les mêmes épitopes conformationnels que la protéine native et sont hautement immunogènes. Elles sont une source d'antigènes pour le développement de tests sérologiques ELISA et pour la production de vaccins.

La protéine L2, protéine mineure de capsid est capable de lier l'ADN virale et de la positionner correctement au sein de la capsid.

En association avec la protéine L1, elle permet l'assemblage du virus et la stabilisation de la capsid (2).

C-2-2/ Pénétration des HPV : (2)

Les HPV pénètrent dans les cellules basales de l'épithélium, Les récepteurs des papillomavirus appartiendraient à la famille des intégrines ($\alpha 6 \beta 1$ et $\alpha 6 \beta 4$).

La sous unité $\alpha 6$ et les VLP sont co-localisées à la surface des cellules basales de l'épithélium. Le ligand naturel d' $\alpha 6$ qu'est la lamine bloque l'attachement des VLP. Après pénétration dans la cellule hôte, la production virale varie selon la nature de l'épithélium infecté : elle est très importante dans les verrues plantaires et variable dans les lésions du col utérin selon que l'infection est clinique, subclinique ou latente.

C-3/ Pathogénie :

Les papillomavirus humains infectent les cellules et se multiplient dans leur noyau, ils causent une hyper prolifération cellulaire responsable de

différents types de lésions selon le site et le type de PVH responsable. (cf. tableau II)

Dans les lésions bénignes et précancéreuses causées par le PVH ; L'ADN tend à être épisomal c'est à dire libre et extra chromosomique. Par contre dans les cancers invasifs, il est le plus souvent intégré (Cf. schéma 1), On assiste le plus souvent à ce phénomène en particulier avec PVH 16 et PVH 18 (7,9).

Rares sont les tumeurs à PVH dont l'ADN viral est intégré au génome cellulaire. Aussi, il apparaît qu'une expression irrégulière de E6, E7 et ORF peut être une conséquence de l'intégration virale au génome de l'hôte. Ces observations peuvent suggérer que cette intégration puisse être corrélée à la transformation maligne (7).

En résumé, le mécanisme possible par lequel le PVH oncogène exerce son influence serait l'expression des oncoprotéines de E6, E7 (et leur possible intégration avec les oncogènes cellulaires et les gènes suppresseurs), ce qui va accélérer la prolifération et entraîner une perte de la différenciation et l'immortalisation des cellules dans lesquelles le génome de PVH est intégré. Les cellules immortelles contiennent des mitoses anormales, pléomorphisme nucléaire, aneuploïdie avec un nombre anormal de chromosomes, altération des chromosomes ou les deux. Cependant, ces cellules ne sont pas tumorigènes, ce n'est que lorsque les gènes E6, E7 sont exposés à des oncogènes (Haras) que ces cellules deviennent tumorigènes (7).

De nombreuses études ont montré que la protéine P53 est essentielle à l'homéostasie des cellules permettant de limiter l'effet des altérations génétiques potentiellement transformantes pour la cellule. Les mécanismes d'action sont les suivants : blocage de la cellule en phase G1 ou induction de l'apoptose. La protéine virale E6 des formes

oncogéniques des papillomavirus humains possède une région N-terminale capable d'induire spécifiquement la dégradation de la P53 par protéinolyse. (7,10) L'immunosuppression serait un facteur de risque majeur dans la genèse de ces tumeurs (3, 7, 9, 11, 12).

Tableau I : Lésions muqueuses associées aux types de PVH (4)

Site anatomique	Lésions	Types de PVH
Muqueuses génitales (vulve, col utérin, vagin, pénis, anus)	Condylomes acuminés, tumeurs de Buschke - Lowenstein,	6, 11, 16, 18, 39, 40,
	néoplasies intra épithéliales de bas grade	42, 43, 44, 53, 54,
	(CIN1, PIN1, VIN1, AIN1)	55, 58, 67
Autres	Condylomes plans	6, 11, 42
	Papillomes laryngés, conjonctivaux, buccaux	6, 11
	Papuloses bowénoïdes, néoplasies intra épithéliales de grade élevé et sévère, carcinomes in situ	6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 41, 45, 51 à 56, 59, 61, 62, 64
	Carcinomes invasifs ano-génitaux	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 54, 56, 58, 66
	Hyperplasie épithéliale focale orale (maladie de Heck)	13, 32
	Cancers laryngés	30, 46

Les numéros soulignés sont les types de Papillomavirus les plus communément détectés dans les lésions muqueuses

Tableau II : Potentiel oncogène des PVH ano-génitaux (5)

Potentiel carcinogène	PVH	Lésions
Risque faible	6, 11, 42, 43, 44	Condylomes, CIN I
Risque intermédiaire	31, 33, 35, 51, 52, 58	CIN II, III
Risque élevé	16, 18, 45, 56	CIN II, III, cancer invasif

Tableau III : Lésions cutané-noqueuses associées au types papillomavirus humain (7)

Site Anatomique	Lésions	Types de PVH
Peau	-Verrues plantaires, vulgaires, planes et intermédiaires	<u>1</u> , <u>2</u> , <u>3</u> , <u>4</u> , <u>10</u> , 26, 27, 28, 41, 57, 63, 65,
	- Kystes épidermiques	60
	- Bowen Péri unguéal	2, 16, 34,
	- Epidermodysplasie Verruciforme	<u>3</u> , <u>5</u> , <u>8</u> , 9, 10, 12, 14, 15, 17
	- Carcinomes in situ ou invasifs	19 à 25, 37, 38, 47, 50
	- Carcinomes épidermoïdes (immunocompétents)	<u>5</u> , <u>8</u> , 14, 17, 20, 41, 47
	- Carcinomes épidermoïdes (immunodéprimés)	2, 4, <u>5</u> , <u>8</u> , 16, 48 (Cas isolé)
Muqueuses génitales (vulves, col utérin, vagin, pénis, anus) autres	Condylomes acuminés, tumeurs de BUSCHKE-Lowenstein, néoplasies intra épithéliales de bas grade (CIN, PIN, VIN et VIA de grade 1	<u>6</u> , <u>11</u> , 16, 18, 39, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 55, 58, 67
	Condylomes plans	<u>6</u> , <u>11</u> , 42
	Papillomes laryngés, conjonctivaux, buccaux	<u>6</u> , <u>11</u> , <u>16</u> , <u>18</u>
	Papuloses bowénoïdes, néoplasies intra épithéliales de grade élevé et sévère, carcinomes in situ	31, 33, 35, 39, 41, 45, 51 à 56, 59, 61, 62, 64
	Hyperplasie épithéliale focale orale (maladie de Heck)	39, 45, 51, 52, 54, 56, 58, 66

Les numéros soulignés sont les types de papillomavirus les plus communément détectés dans les lésions cutané-muqueuses.

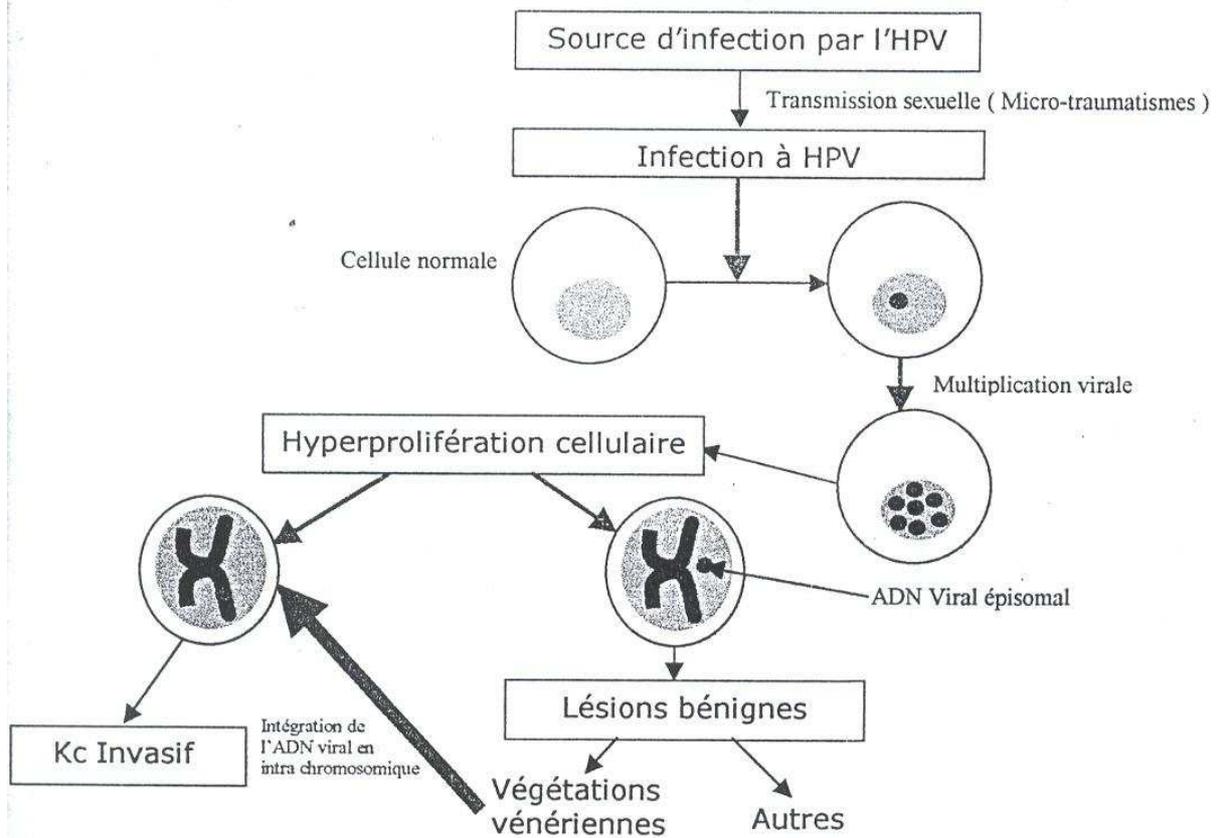


Schéma 1 : Mode d'intégration de l'ADN viral (HPV) dans le génome cellulaire (7)

C-4/ Méthodes de détection des HPV : (cf.tableau IV)

L'impossibilité d'utiliser des systèmes de culture standard pour détecter l'infection par le papillomavirus a poussé à utiliser les techniques de la biologie moléculaire. Les méthodes les plus utilisées sont le Southern Blot, le DOT (Slot Blot) et l'hybridation in situ. Récemment les méthodes d'amplification génomique tel la polymérase chaîne réaction (PCR) ont pris une place considérable dans ce type d'investigation (7).

Les méthodes immunologiques (immunofluorescence, Immunoperoxydase) utilisent des sérums immuns contre l'antigène capsidique spécifique du type de PVH ou contre l'antigène commun aux papillomavirus après rupture des particules virales. Seule cette dernière technique est utilisée en pratique courante, mais elle ne précise pas le type de papillomavirus. Des Kits d'hybridation moléculaire utilisant des sondes froides d'ADN viral (PVH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 51) sont maintenant commercialisés et permettent la détection plus courante des virus à risque oncogène. Les sérologies permettent de détecter des anticorps spécifiques de type dirigés contre les antigènes précoces (E2, E6, E7) et tardifs (L1, L2), cependant ces sérologies n'ont qu'un intérêt épidémiologique (5).

Tableau IV : Diagnostic sérologique et virologique de l'infection à HPV (5)

Méthodes	Commentaires
Détection des antigènes	Anticorps spécifiques de groupe mais non spécifiques des PVH Marque des lésions riches en virus
Sérologie	Anticorps spécifiques de type, dirigé contre les antigènes précoces E2, E6, E7 et tardifs L1, L2 Intérêt épidémiologique
Hybridation moléculaire	Sur section de tissus fixé (formol) Localisation topographique du génome virale
Hybridation in situ	Seuil de sensibilité : 20 à 50 copies de DNA-PVH par cellule (sonde radio marquée), 350 copies par cellule (sonde non radioactive)
Hybridation sur filtre	Frottis, écouvillonnage (cellules exfoliées) Faible sensibilité Méthode de référence : spécificité de type, détection de type normaux
Southern Blot	Seuil de sensibilité : une copie de DNA virale par cellule
Polymérase Chain Réaction (PCR)	Amplification puis hybridation à partir de tissus fixés Très grande spécificité de type Seuil de sensibilité : une copie de DNA virale pour 100000 cellules

D/ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET MODE DE TRANSMISSION :

Il est difficile d'établir avec exactitude l'incidence des infections ano-génitales à HPV en raison des multiples formes infra cliniques qui seraient 100 fois plus fréquentes que les formes symptomatiques (2).

La difficulté est encore plus importante dans les pays en développement où les techniques diagnostiques de biologie moléculaire n'ont fait leur apparition que récemment. Aussi les données épidémiologiques sont parcellaires et n'intéressent que quelques pays.

D-1/Epidémiologie

D-1-1/Occident

- ❖ En France, 10% des femmes en période d'activité sexuelle seraient porteuses asymptomatiques de l'infection génitale à PVH (3).
- ❖ En Angleterre, la fréquence des infections ano-génitales externes à PVH est de 0,3% chez les hommes et de 0.25% chez la femme.
- ❖ En Suède l'incidence des femmes atteintes de condylomes est de 2,4 pour 1000, dans le groupe des adolescentes âgées de 15 à 19, ce chiffre est même de 14 pour 1000.
- ❖ En Finlande, 7,5 % des appelés du service national examinés systématiquement avaient des condylomes.
- ❖ Au Royaume-Uni, les condylomes représentent 14,8% des motifs de consultations des dispensaires antivénériens.
- ❖ Ce phénomène est également décrit dans les dispensaires des pays qui ont bien étudié ce problème de santé publique comme la nouvelle Zélande, l'Australie et les USA. Dans ce dernier pays on estime que 1,4millions de personnes âgées de 15 à 49 ans sont infectées et ont des condylomes (13).

La prévalence des infections cervicales à PVH (cytologie, histologie) est de 2,6% s'élevant à 5% chez les adolescentes de 11 à 19 ans et à 16% chez les femmes consultant pour une autre IST (14).

Une étude menée en Angleterre en 1999 fait état d'une prévalence de 118 /100.000 habitants chez l'homme contre 130/100.000 chez la femme (15).

D-1-2/En Afrique :

Cette IST est mal documentée dans les pays en voie de développement. Ainsi nous n'avons retrouvé que peu d'études s'intéressant à l'épidémiologie.

- ❖ Au Gabon les PVH à tropismes génitaux toucheraient 4% des femmes et 11,1% des femmes enceintes (16).
- ❖ En Tunisie les condylomes ano-génitaux occuperaient la troisième position en fréquence après les urétrites, les vulvo-vaginites et la syphilis avec une nette prédominance masculine (73%) (1).
- ❖ Au Maroc, les condylomes ano-génitaux ont quadruplé de fréquence en l'espace de trois ans seulement (0,017% en 1984 contre 0,068% en 1987) (6).
- ❖ Une étude menée en 1990 à Pikine au Sénégal fait état d'une prévalence de 1,2% chez les femmes et de 4 % chez les femmes enceintes. (17)

Des formes végétantes ont été signalées chez 0,3 % à 0,07 % des femmes enceintes lors de deux enquêtes conduites à Dakar en 1996 et 1998 (18,19).

D'autre part, et grâce aux techniques de biologie moléculaire l'identification des PVH de type 16 et 18 était possible. Ces PVH sont probablement impliqués dans la forte prévalence du cancer du col utérin au Sénégal (20, 21, 22).

D-2/ MODES DE TRANSMISSION :**D-2-1/ La transmission sexuelle :**

La transmission sexuelle des condylomes et des PVH à tropisme génital est bien documentée. La durée d'incubation des condylomes acuminés est en moyenne de trois mois (3 semaines à 8 mois) (1,9). Le risque de contamination après contact sexuel infectant est élevé (l'infectiosité est estimée à 60 à 70%) (1,3). On détecte chez les partenaires masculins de femmes ayant une infection à PVH et/ou une néoplasie intra épithéliale cervicale, de l'ADN de PVH dans 50 à 90% des cas mais la concordance des types n'est en moyenne que de 12 à 33%, supérieure chez les plus jeunes couples (30-40%) ou lorsque les types PVH 16 ou 18 sont détectés (5). Les lésions à PVH représentent la principale source de virus, les lésions jeunes auraient une contagiosité plus importante, cette dernière diminuant au fil du temps. Le sperme et la muqueuse urétrale constituent également un réservoir de virus (5).

Tous les auteurs (1, 2, 13...) S'accordent sur les facteurs de risque suivants :

- ✓ Le nombre élevé de partenaires sexuels.
- ✓ L'âge précoce des premiers rapports sexuels.

D-2-2/ La transmission non sexuelle :

La transmission non sexuelle des PVH repose sur des arguments épidémiologiques et virologiques en particulier la détection par PCR de PVH génitaux au niveau de la vulve chez des filles vierges (14 à 20%) et de PVH à tropisme cutané (PVH1 et 2) dans des condylomes de l'enfant, soulevant l'hypothèse d'une transmission par contact domestique (5) ou à la suite d'éventuelle sévisse sexuelle.

La transmission verticale materno-foetale de HPV 6 ou 11 a lieu dans la filière génitale lors de l'accouchement chez une mère porteuse de condylome et peut être à l'origine de la papillomatose laryngée infantile heureusement très rare (5).

La transmission périnatale de PVH oncogènes (PVH 16/18) a été récemment démontrée et la moitié des enfants nés de mères infectées sont porteurs d'ADN de PVH 16 au niveau de la cavité buccale où il persiste jusqu'à six mois, la muqueuse buccale au niveau de laquelle on détecte des PVH génitotropiques chez l'enfant et chez l'adulte (17 à 24%) pourrait donc constituer un réservoir de virus pour les PVH génitaux (5).

D-2-3/ Le terrain :

Certains sujets constituent des groupes à risque particuliers qu'il convient de connaître en vue de les cibler dans les stratégies de prévention des IST en général et des condylomes en particulier, Il s'agit des travailleuses de sexe et leurs clients, des MSM (mens having sex with mens), des jeunes, et des personnes éloignées de leur foyer (camionneurs, militaires, travailleurs saisonniers, mineurs, etc.)

E/- ETUDE CLINIQUE :

En plus des condylomes acuminés, des lésions papuleuses ayant des atypies histologiques (papules bowénoïdes) ont été décrites en 1976. Les papillomavirus génitaux ont été successivement associés à ces lésions. Récemment le test à l'acide acétique et l'observation au colposcope des lésions génitales à papillomavirus ont permis de décrire des lésions planes. L'intégration de ces nouvelles images à celles déjà identifiées permet une nouvelle classification morphologique des lésions génitales à papillomavirus (14).

A cette classification morphologique se sont surajouter les formes anatomiques, topographique et les formes selon le terrain.

E-1/ Les formes morphologiques :

E-1-1/ Les condylomes acuminés :

Ils ne sont pas les plus fréquents. Ce sont les classiques crêtes de coq qui sont des formations charnues, pédiculées, roses ou rouge vif, hérissées de petites verrucosités kératosiques de 0,2 à 1 cm, plus ou moins profuses, leur nombre varie de quelques unes à plusieurs dizaines. L'histologie des condylomes acuminés révèle un chorion papillomateux une acanthose est toujours présente dans les couches intermédiaires profondes, dans les couches intermédiaires superficielles on retrouve les cellules pathognomoniques de l'infection virale : les Koïlocytes qui sont des cellules de forme arrondie ou irrégulière, dont le cytoplasme refoulé en périphérie est translucide avec une aire claire péri- ou para nucléaire. Les noyaux sont à chromatine dense plus ou moins pycnotique, ils peuvent être parfois doubles ou triples. Enfin, en surface la para kératose est caractéristique.

E-1-2/ Les condylomes papuleux :

Souvent associées aux condylomes acuminés, Ce sont des papules multiples isolées ou groupées en nappes de couleur rose blanchissant à l'acide acétique solution à 5 %. A l'examen colposcopique, la surface est micro papillaire avec des ponctuations vasculaires.

La pigmentation de la lésion à une valeur sémiologique importante, en effet elle témoigne du caractère bénin ou non de la tumeur : les papules pigmentées rouges et leucoplasiques sont souvent atypiques à l'histologie, ces papules contiennent des papillomavirus potentiellement oncogènes (type 16 moins fréquemment 18, 31,33, 35, 39), alors que les papules non pigmentées ont une structure histologique bénigne et

contiennent des papillomavirus 6 ou 11. En pratique une biopsie s'impose en cas de papules pigmentées rouges ou leucoplasiques (14).

E-1-3/ Les condylomes plans :

Ce sont des lésions infra cliniques isolées ou associées aux condylomes acuminés et papuleux et qui se manifestent par des macules rosées ou rouges, parfois invisibles à l'œil nu. Leur mise en évidence nécessite parfois l'application d'une solution à 5% d'acide acétique qui blanchit leur surface en quelques minutes apparaissant alors bien délimitées sur la muqueuse saine, l'examen au colposcope ou au péniscope révèle les ponctuations vasculaires typiques dont l'absence doit faire évoquer une néoplasie intra épithéliale imposant la biopsie (3, 14, 23)

E-2/ Formes selon le siège :

E-2-1/Chez l'homme :

Chez l'homme, les condylomes génitaux siègent électivement sur le prépuce, le frein, le sillon balanopréputial et le méat urétral, plus rarement le fourreau, le scrotum et l'anus chez les homosexuels.

L'atteinte du méat urétral ne dépasse pas en général le premier centimètre, La pratique d'une urétroscopie systématique en présence de condylome du méat urétral n'est donc pas justifiée. (1,3).

E-2-2/ Chez la femme :

Il faut distinguer les formes du bas appareil génital, du vagin et les formes cervicales.

E-2-2-1/ Au niveau du bas appareil génital : (6)

Il s'agit essentiellement de papillomes siégeant par ordre de fréquence sur :

- les petites lèvres.

- la fourchette vulvaire.
- l'anus.
- le périnée.
- la face muqueuse des grandes lèvres.

Des formes planes ont été retrouvées au niveau de la fourchette vulvaire.

E-2-2-2/ : Au niveau du vagin : (6)

La paroi vaginale droite est plus souvent atteinte que la paroi gauche.

Trois formes cliniques sont possibles :

La réaction vaginale diffuse ou les parois vaginales sont hérissées de micro papilles, ceci témoigne du soulèvement de la paroi par des axes conjonctivo-vasculaires. Les papillomes siègent le plus souvent au tiers inférieur du vagin. La forme plane est plus rare.

E-2-2-3/ : Au niveau du col : (14,6)

Le siège peut être le pourtour de l'orifice externe.

Il s'agit essentiellement de condylome plan, Parfois on trouve la forme exophytique qui peut être géante. Le siège peut être à distance de l'orifice, Dans ce cas là on trouve des formes planes ou des pavés condylomateux isolés en tissu sain.

E-3/ Formes selon le terrain :

E-3-1/ Formes de l'enfant :

Des condylomes génitaux peuvent être observés chez l'enfant, ils peuvent être dus à une contamination manu portée à partir de verrues ou par contact domestique, mais doivent également faire évoquer l'éventualité de sévice sexuel soulevant un problème médico-légal (1,3,23). L'abus sexuel est observé surtout à un âge supérieur à trois ans, L'existence de MST associées est un fort élément de présomption

(23). Chez l'enfant jusqu'à l'âge de trois ans, des condylomes résultant d'une contamination lors de l'accouchement peuvent être persistants (23).

E-3-2/ Formes de la femme enceinte :

Comme en dehors de la grossesse, l'infection génitale à PVH se caractérise par un aspect polymorphe des lésions. On peut observer d'une part des lésions exophytique de la vulve, du vagin et du col et d'autre part des condylomes cervicaux plans pouvant être associés à des dysplasies.

L'association avec la grossesse soulève deux problèmes:

Risque évolutif pendant la grossesse :

Les formes exophytiques peuvent devenir exubérantes et être source de complications infectieuses ou hémorragiques et mécaniques au moment de l'accouchement. Cependant le problème essentiel est représenté par le risque évolutif des dysplasies cervicales dont le dépistage repose sur le frottis vaginal quoique la cytologie n'a aucune valeur formelle malgré l'illusion que donne les comptes-rendus actuels. La suspicion d'une infection à VPH ou d'une dysplasie nécessite un bilan précis qui repose sur l'utilisation conjointe de la colposcopie associée éventuellement à la microcolposcopie et des biopsies dirigées, Ces dernières doivent être faites sous contrôle colposcopique en zone atypique le plus près de la jonction.

S'il est vrai que la régression spontanée est fréquente dans les condylomes CIN1, elle est exceptionnelle dans les CIN3.

De plus, si le risque de cancer à court terme est quasiment nul dans les CIN1 et faible dans les CIN2, les CIN3 au contraire posent le problème de la micro invasion sous jacente et sont susceptibles d'évoluer vers un carcinome invasifs (24).

Risque de papillomatose respiratoire chez l'enfant :

Le risque de développer un papillome laryngé pour l'enfant né d'une mère infectée peut être estimé à 1/30. (24) Le risque de contamination foetale apparaît donc certain mais faible, cette contamination est per-partum dans la majorité des cas comme le montre la rareté des papillomatose respiratoires après césarienne (1cas pour 109 naissances) (24).

Les lésions atteignent le larynx mais aussi la région sus glottique et les bronches, les signes révélateurs sont un enrouement, un stridor pouvant évoluer vers une détresse respiratoire mettant la vie en danger (25).

E-3-3/ Formes de l'immunodéprimé :

Les infections à PVH sont plus fréquentes et plus agressives chez les patients immunodéprimés, en particulier chez les greffés d'organes et les patients infectés par le VIH (2,3).

Au cours de l'infection VIH, les condylomes ano-génitaux présentent certaines particularités épidémiologiques, cliniques et évolutives :

Les condylomes sont volontiers multiples, végétants et extensifs (12).

L'association au sein d'une même lésion de plusieurs types de PVH est fréquente (12).

La possible présence de PVH oncogènes dans des lésions habituellement bénignes (12).

Une forte proportion de PVH oncogènes (71%) est à signaler sur ce terrain (11).

L'association fréquente à des néoplasies intra-épithéliales (cervicales et anales surtout mais aussi péniennes et vulvaires) dont la progression vers des cancers invasifs est rapide et corrélée au degré de Immunodépression (3, 11, 12).

Le cancer invasif du col utérin est une maladie classante pour le SIDA (classification CDC 1993) (3,12).

Chez la femme comme chez l'homme, la sévérité des néoplasies anales corrélées à la dépression immunitaire expose ces patients à un risque accru de carcinome anal (11, 12, 26).

F/ DIAGNOSTIC:

F-1/ Diagnostic Positif:

Le diagnostic des condylomes ano-génitaux est avant tout clinique.

Dans les formes planes il est important de procéder à un examen avec une loupe binoculaire après l'application d'une solution d'acide acétique (solution à 5%) au niveau de la région ano-génitale. Les zones suspectes seront dans un second temps biopsies. Le dépistage et le diagnostic des infections à PVH plan reposent sur le frottis cervical / anal, et la colposcopie qui orientera la biopsie sur les lésions suspectes.

Il n'y a pas d'intérêt à effectuer un examen immunologique pour le diagnostic des infections à PVH, en effet aucun anticorps spécifique n'est corrélé aux manifestations cliniques ni à l'évolution de la maladie (9). Le diagnostic virologique de certitude repose sur les techniques de biologie moléculaire.

F-2/ Diagnostic différentiel :

Devant des condylomes ano-génitaux, il convient d'éliminer les pseudo condylomes rencontrés au cours de certaines affections générales (maladie de Crohn, bilharziose urogénitale), le diagnostic différentiel des condylomes est généralement aisé devant un aspect clinique évocateur et parfois la notion de contamination retrouvée. Certains cas rares sont cependant trompeurs et peuvent faire évoquer d'autres affections.

Les condylomes acuminés ou exophytiques:

Peuvent être confondus avec la papillomatose physiologique de la couronne balanique, les papilles physiologiques vulvaires, les kératoses séborrhéiques, le molluscum contagiosum et les syphilides végétantes, dans ce dernier cas le contexte clinique et la sérologie permettent le diagnostic (23). La biopsie sera indispensable si l'on hésite avec un carcinome génital ou un condylome géant dit de BUSCHKE Löwenstein qui débute comme un condylome acuminé du sillon balanopréputial et qui évolue de façon extensive, exubérante et surtout infiltrante simulant un épithélioma invasif et destructeur, mais la tumeur est histologiquement bénigne et ne donne pas de métastases (3, 27, 28). De telles tumeurs ont été décrites au niveau de la muqueuse génitale féminine et sur la muqueuse ano-rectale.

Quant à la forme papuleuse, il faut savoir éliminer une papulose bowenoïde elle-même due au PVH. Seule l'histologie tranchera en montrant dans ce cas un carcinome in situ (23).

La présence de condylomes plans posent le plus de problèmes diagnostiques, en effet le test à l'acide acétique à 5% n'est pas spécifique (même aspect de blanchiment que celui observé avec des cicatrices et avec la balanite candidosique) imposant parfois le recours à l'histologie et éventuellement au typage viral (23).

F-3/ Diagnostic étiologique :

F-3-1/ Agent pathogène : (cf. virologie)

Les PVH sont des virus non enveloppés, plus d'une centaine de PVH sont retrouvés. La forme clinique dépend du type de PVH.

Dans les condylomes acuminés la virologie montre presque toujours l'ADN des papillomavirus type 6 ou 9, ces virus ne sont jamais associés

au cancer, en conséquence les condylomes acuminés typiques ne doivent pas être considérés comme des lésions précancéreuses (14).

Dans les condylomes papuleux: Il faut distinguer 2 cas:

Les papules pigmentées rouges ou leucoplasiques contiennent souvent des papillomavirus potentiellement oncogènes (type 16 et moins fréquemment 18, 31, 33, 35,39) (14).

Alors que les papules non pigmentés contiennent le plus souvent des papillomavirus type 6 ou 11 réputés non oncogènes (14).

Les condylomes plans contiennent le plus souvent de l'ADN des papillomavirus potentiellement oncogènes (14).

G/ PRISE EN CHARGE DES CONDYLOMES ANO-GENITAUX :

Les buts du traitement sont d'une part la destruction des lésions macroscopiques, d'autre part d'éviter la contamination du ou des partenaires sexuels. La prise en charge thérapeutique des condylomes ano-génitaux est difficile car non seulement, la quasi-totalité des méthodes existantes ont un effet purement destructeur sur les lésions et ne sont pas spécifiques du PVH, mais aussi aucune d'entre elles ne permet une guérison totale et les récurrences ne sont pas rares (observées chez un tiers des patients) survenant dans un délai de six mois en moyenne (3). Les méthodes peuvent être distinguées selon leur action sur le site épithéliale infecté ou sur le virus PVH.

Les indications dépendent du nombre, de la taille, du site des lésions, des préférences du patient et ses moyens financiers mais également de l'expérience du praticien et enfin du statut sérologique (VIH) du patient.

G-1/ Prise en charge thérapeutique :

G-1-1/ Moyens :

Les méthodes thérapeutiques utilisées pour la prise en charge des condylomes ano-génitaux sont nombreuses et variées, il s'agit soit de moyens médicaux ou chirurgicaux qui peuvent être subdivisés en deux catégories : Méthodes "destructrices" et méthodes non destructrices.

Les traitements destructeurs utilisent soit des méthodes physiques : (chirurgie, électrocoagulation, cryothérapie et laser CO2) soit des méthodes chimiques (podophylline, podophyllotoxine, acide trichloracétique et 5 fluoro- uracile), tandis que les traitements non destructeurs sont basées sur des molécules antivirales (interféron) ou sur une stimulation immunologique (imiquimod). On peut également distinguer les moyens thérapeutiques selon qu'ils soient appliqués par les malades eux-mêmes ou administrés par le praticien.

G-1-1-1/ Les moyens chimiques :

➤ La podophylline : (14,29)

La podophylline est une résine naturelle extraite de certaines plantes (PODOPHYLLUM Peltatum et PODOPHYLLUM Emodi). Elle agit grâce aux lignines qu'elle contient qui, en se liant aux microtubules de la cellule, entraîne la mort de cette dernière par arrêt du cycle en métaphase. Il n'y a pas de spécialité de podophylline disponible dans le commerce d'où la nécessité d'une préparation magistrale habituellement à une concentration de 20 à 25% de podophylline. Le produit est appliqué par le médecin sur le condylome et impérativement lavé après un temps variable (1 à 6 heures au maximum), Plusieurs applications hebdomadaires sont nécessaires pour obtenir une guérison. Le produit ne doit pas être utilisé chez la femme enceinte ou allaitante et ne doit pas être appliqué en cas d'exulcération préexistante en raison du risque

de passage systémique (toxicité sur le système nerveux et/ou cardiaque).

Le 5 fluoro uracile topique : (29,30)

Il s'agit d'une molécule antagoniste de la pyrimidine qui agit en inhibant la synthèse de l'ADN viral, elle est disponible sous forme de crème contenant 5% de 5 fluoro-uracile (Efudix ®), le produit est appliqué par le malade sur ses lésions une à deux fois par jour jusqu'à la guérison (3 à 4 semaines habituellement).

➤ La podophyllotoxine : (9,29)

Il s'agit d'une lignine extraite de la résine naturelle et commercialisée soit sous forme de solution à 0,5% (Condyline ®) soit sous forme de gel à 0,5% (Condylox ®) En raison de sa moindre toxicité, la podophyllotoxine peut-être appliquée par le malade lui-même. Le traitement peut comporter entre 1 à 5cures, lors de chaque cure une application biquotidienne pendant 3 jours suivie d'une fenêtre de 4 jours est requise. Les cures peuvent être répétées jusqu'à l'obtention de la guérison. Il n'y a pas de nécessité de laver le produit contrairement à la podophylline. La podophyllotoxine est contre indiquée pendant la grossesse et l'allaitement.

L'acide trichloracétique (ATA) ou l'acide bichloroacétique : (14, 24, 29)

Des concentrations variables entre 50 et 85% sont appliquées sur les lésions à traiter à l'aide d'un Coton-Tige.

La répétition des applications est possible avec une fréquence de 2 à 3 fois par semaine. Pour éviter tout risque de brûlures l'excès d'acide doit être « tamponnée » avec une solution de bicarbonate ou une solution antiseptique ou encore avec du talc.

➤ L'imiquimod : (29, 30, 31, 32, 33)

L'imiquimod est une imidazoquinolone ayant récemment obtenu l'AMM en Europe et au USA pour le traitement des condylomes. Il agit en induisant la synthèse par les cellules de l'hôte (lymphocytes, keratinocytes, macrophages) de cytokines parmi lesquelles : L'IFN α , β et δ , le TNF α , mais aussi l'IL 1, 6,8 et 12 permettant d'obtenir une réponse immune cellulaire de type Th 1 similaire à celle observée chez des individus dont les condylomes acuminés disparaissent spontanément.

L'imiquimod se présente sous forme d'une crème à 5% que le malade peut appliquer lui-même sur les lésions 3 fois par semaine pendant 16 semaines.

Dans différents essais en double aveugle contre placebo, le taux de disparition des condylomes était situé entre 37 et 50% avec des taux de récurrence très faible variant entre 13 et 19%. Les effets secondaires étaient caractérisés par la survenue de signes d'irritation au site d'application avec près de 54% de prurit et 33% d'érythème (29).

➤ L'interféron : (13,29)

Bien que son efficacité réelle soit bien documentée dans le traitement des condylomes du fait notamment de son action immuno-modulatrice, l'interféron ne s'est pas encore tout à fait imposé dans l'arsenal thérapeutique des infections à HPV en partie à cause de ses effets secondaires (caractère douloureux de l'injection lorsqu'elle se fait en intra lésionnelle et aux effets secondaires de l'interféron quand celui-ci est injecté par voie systémique comme les syndromes pseudo grippaux et les cytopénies).

G-1-1-2/ les moyens physiques

◆ La chirurgie (6,29)

La chirurgie conventionnelle fut l'un des premiers traitements utilisés pour la prise en charge des condylomes génitaux. Elle est tombée en désuétude à la faveur des nouvelles méthodes chirurgicales telle que l'électrocoagulation. Elle peut être effectuée au bistouri, aux ciseaux ou à la curette.

◆ L'électrocoagulation : (6,29)

Il s'agit d'une technique classique et ancienne. Elle consiste en l'application de la pointe ou de la « boule » du bistouri électrique sur chaque condylome.

Elle peut aussi consister en l'exérèse du condylome permettant de couper, de coaguler dans le même temps et d'effectuer une histologie. Elle nécessite habituellement une anesthésie locale. Comme pour toute les méthodes destructives entre 4 à 11 cures sont habituellement nécessaires.

◆ La cryothérapie à l'azote liquide: (29)

En raison de sa facilité et de son faible coût, il s'agit du traitement le plus répandu, du moins chez les dermatologues. Classiquement, l'azote est appliqué à l'aide d'un coton tige ou mieux maintenant d'un spray durant un laps de temps suffisant pour obtenir un blanchissement durant 10 secondes après l'arrêt de l'application. Le traitement doit concerner le condylome et un petit halo de muqueuse normale autour. Il n'y a pas lieu de faire une anesthésie locale, mais l'application est douloureuse. La cryothérapie peut être efficace en une seule séance, mais le plus souvent jusqu'à 7 séances peuvent être nécessaires.

◆ Le laser CO2 : (29)

Une vaporisation des tissus infectés est obtenue grâce à l'émission d'un rayon au laser CO2 d'une lumière de haute intensité à la longueur d'onde de 10.600nm. Cette lumière est captée par les tissus, transformée en

chaleur, (l'eau intra et extra cellulaire y étant portée à 100°C). Le traitement nécessite un entraînement particulier de l'utilisateur qui doit adapter l'intensité de la puissance, le diamètre du faisceau et la durée de l'exposition en fonction de la profondeur et l'étendue des lésions qu'il veut traiter. Il s'agit d'une méthode coûteuse qui en outre dépend beaucoup de l'habileté de l'utilisateur. Une anesthésie locale préalable est nécessaire. Certains effectuent des anesthésies générales lorsque les lésions sont très étendues. La cicatrisation dure entre 3 et 6 semaines et 28% des malades auront une cicatrice.

D'autres lasers ont été récemment proposés, il s'agit du Laser CO2 Swift laser utile pour les lésions superficielles et du laser Neodymium (Nd-YAG) dont la particularité réside dans le fait qu'il n'induit pas de saignement d'où son intérêt pour le traitement des condylomes chez les malades infectés par le VIH.

G-1-2/ Indications

Alors que les formes infra cliniques, en l'absence de dysplasies associées ne nécessitent qu'une surveillance semestrielle régulière, un traitement est nécessaire pour les formes symptomatiques et les indications sont variables en fonction d'une part de la localisation et de l'aspect des lésions, d'autre part en fonction du terrain de survenue.

◆ Condylomes externes

La chirurgie demeure le traitement de choix pour la prise en charge des condylomes externes isolés. Elle est particulièrement indiquée dans le traitement des condylomes uniques volumineux ou pédiculés (29).

La podophyllotoxine restant le traitement de choix pour les condylomes acuminés externes (3), l'imiquimod peut également être utilisé (14).

Toutefois, la podophylline, la cryothérapie à l'azote liquide, l'acide trichloracétique ou bichloroacétique peuvent être employées.

Le laser CO₂ ou l'interféron constituent aussi des alternatives thérapeutiques pour les condylomes acuminés rebelles (3).

Association de condylomes externes et de condylomes internes

Lorsque les condylomes internes sont associés aux condylomes externes, il est alors possible de combiner l'exérèse des lésions externes par électrocoagulation ou par chirurgie aux manœuvres endoscopiques. Les lésions du col, lorsqu'elles sont limitées (en surface et en aspect) et que la jonction est bien visible, sont traitées par une micronisation. La technique est simple les complications peu importantes, les résultats satisfaisants tant sur le plan de la restitution locale que sur l'avenir à plus long terme (6,29).

◆ Condylomes des muqueuses et semi-muqueuses :

Les indications sont variables en fonction des sites des lésions : les condylomes du versant cutané de la vulve, du périnée et de la région périanale répondent mieux à la cryothérapie par l'azote liquide (3). Pour les autres localisations, les modalités thérapeutiques sont variables :

Condylome du méat urétral :

Il peut être traité par cryothérapie à l'azote liquide ou par la podophylline. Il n'y a pas de consensus concernant le traitement des condylomes de la région distale du méat urétral. Certains auteurs préconisent l'association de podophylline et d'imiquimod dans cette indication (34).

◆ Condylome anal :

Aussi bien que la cryothérapie, l'azote liquide, l'acide trichloracétique l'acide bichloroacétique peuvent être utilisés. La chirurgie et l'électrocoagulation constituent aussi des alternatives thérapeutiques (34).

◆ Condylome Rectal

La présence d'un condylome rectal associé doit faire l'objet d'une consultation spécialisée en vue de pratiquer une biopsie permettant d'éliminer une néoplasie. Le traitement des lésions intracanalaires requiert l'utilisation de 5 fluoro-uracile. Ce dernier pourrait être utilisé en traitement préventif des récives (34).

◆ Condylomes cervicaux :

Il est impératif d'éliminer une dysplasie associée, le malade sera adressé pour une consultation spécialisée et en cas de néoplasies intra épithéliales, le laser CO₂, considéré comme la méthode de destruction la mieux adaptée aux néoplasies intra épithéliales permet également la conisation des dysplasies endocervicales (3). La grossesse n'en contre indique pas l'usage (3,35).

◆ Condylomes vaginaux

La cryothérapie ne doit pas être appliquée à l'aide d'un spray car il y a un risque de perforation et/ou de fistule vaginales (34), L'azote liquide doit être appliqué à l'aide d'un coton tige. L'acide trichloro-acétique ou bichloroacétique peut aussi être utilisé.

Certains terrains requièrent une attention particulière : il s'agit des condylomes de la femme enceinte et des condylomes survenant sur terrain immunodéprimé.

Condylomes de la femme enceinte : (23, 24, 35, 36)

L'attitude thérapeutique dépendra du caractère histologique de la lésion associée au condylome :

Condylomes avec ou sans dysplasie cervicale légère ou modérée :

Le traitement peut être différé car le risque maternel reste faible, par contre même si le nouveau-né peut être contaminé, la césarienne prophylactique n'est pas recommandée. Cependant, un traitement est préconisé avant l'accouchement. La podophylline, la podophyllotoxine,

le 5fluoro-uracile et l'imiquimod sont tous contre indiqués pendant la grossesse. L'acide trichloracétique et la cryothérapie ont été proposés, mais le traitement préférentiel pour la majorité des auteurs est la vaporisation laser co2 (24, 35, 36). La période idéale pour traiter semble être le début du troisième trimestre. Une césarienne préventive n'est indiquée qu'en cas de lésions **exophytiques** importantes non traitées ou persistantes après le traitement (23,24).

Dysplasies sévères ou carcinome in situ : (24)

Le risque fœtal est sûrement beaucoup plus faible. Le problème essentiel tourne autour du risque d'invasion occulte.

La vaporisation laser est plus que discutable car elle empêche l'examen anatomopathologique de la lésion traitée, en plus le risque hémorragique est supérieur à 10%, celui de perte du produit de conception est supérieur à 20%.

Les cancers in situ traités pendant la grossesse par la conisation persistaient dans 43% des cas à l'examen des suites de couches aussi ces indications doivent être limitées au premier trimestre et réservées à des patients chez qui il existe une forte probabilité d'invasion.

La surveillance simple peut se discuter, les risques de l'abstention ne doivent pas être exagérés. On sait qu'un cancer in situ recouvre dans 10 à 15% des cas un cancer micro invasif. Le dernier point à discuter est celui de mode d'accouchement :

L'attitude est controversée mais la plus part des auteurs considèrent que ces patientes doivent accoucher par césarienne en raison d'une crainte d'une poussée évolutive au niveau d'un cancer invasif occulte.

L'immunodépression :

La prise en charge des malades immunodéprimés notamment les sujets infectés par le VIH est difficile, les malades répondent mal au traitement. Les facteurs de résistance sont essentiellement :

L'intensité de l'immunodépression, l'extension des lésions, la présentation sous forme de condylomes plans, l'association à des lésions dysplasiques, et l'association à des lésions anales (11).

Si les traitements classiques locaux (cryothérapie, podophylline, podophyllotoxine, le 5 fluoro-uracile et l'acide trichloracétique) sont généralement efficaces sur des lésions à HPV localisées, ils sont souvent mis en échec dans les formes diffuses qui répondent mieux à une thérapeutique radicale (chirurgie ou électrocoagulation) avec cependant un risque élevé de récurrence à long terme.

Pour les lésions anales, l'électrocoagulation et la chirurgie sont les plus efficaces (11).

Dans le cadre des alternatives thérapeutiques le laser présente un risque potentiel de transmission du VIH et du HPV lors de la vaporisation des lésions (11,29). L'emploi de l'interféron par voie locale ou systémique est limité par son coût et ses effets indésirables. D'autre part, il semble plus efficace lorsqu'il est utilisé en relais des traitements par chirurgie ou laser qu'en monothérapie (11). La fréquence des lésions condylomateuses et des lésions dysplasiques chez les malades séropositifs pour le VIH, suggère la pratique régulière d'un examen anogenital avec anoscopie et biopsie en cas de lésions anales. La pratique régulière d'une cytologie cervicale et anale systématique et d'une détection d'ADN-PVH proposée par certains auteurs paraît souhaitable.

Il faut également insister sur la nécessité d'un suivi rapproché (mensuel ou tous les deux mois) des malades atteints de lésions afin d'adapter la stratégie thérapeutique (11). L'effet de la trithérapie sur les infections à

HPV et leur évolution reste à évaluer chez les malades dont la survie se trouve prolongée.

En effet, la persistance potentielle chez ceux-ci d'une infection à PVH multiplie le risque de néoplasie, en particulier liée à la prévalence accrue des PVH oncogènes (11).

G-1-3/ Les espoirs thérapeutiques : (8, 13, 37)

Les moyens thérapeutiques actuellement utilisés présentent beaucoup de limites d'où la nécessité d'évaluer de nouveaux traitements qui pourraient constituer des alternatives à moyen terme. Actuellement, la voie immunologique est particulièrement explorée.

Les vaccins.

Ils sont soit prophylactiques soit thérapeutiques utilisant plusieurs substrats comme des vecteurs, des vaccines, des VLP (virus like particle), des protéines de fusion virale, des plasmides, des virus inactivés. Des études ont été menées chez l'animal puis chez des femmes atteintes de carcinomes invasifs à PVH16 du col par un vecteur vaccine exprimant E6/7 muté, une réponse immune IgG antivaccine était constante et 2 femmes sur 8 ont été considérées en rémission. Les résultats préliminaires suscitent des espoirs d'autant que sur les modèles animaux les tentatives de vaccinothérapie semblent être prometteuses. Une voie de réponse immune spécifique dirigée contre les dendritiques activées par E6 et E7 est explorée et des essais thérapeutiques sont en cours.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de dermatologie du Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) et au centre de référence de la commune IV de Bamako.

1-1 Le CNAM :

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) rattaché au secrétariat Général du Ministère de la santé, créé par l'ordonnance N°036 du 15 Août 2001, ratifiée par la loi N° 02-009 du 04 Mars 2002 en lieu et place de l'institut Marchoux après la fermeture de l'OCCGE.

Ses missions principales sont : la formation médicale continue (FMC), la recherche opérationnelle et vaccinologique, l'appui au programme de lutte contre la maladie.

Son domaine d'action couvre la lèpre, la dermatologie, les infections sexuellement transmissibles et SIDA (IST/SIDA), la tuberculose, le paludisme et les autres maladies endémo-épidémiques.

L'unité de dermatologie se compose de quatre salles de consultation un laboratoire d'histopathologie, une salle réservée à la petite chirurgie et à la biopsie, un pavillon d'hospitalisation (Laviron) à trois chambres uniques

1-2 le centre de santé de référence de la commune IV :

Le centre de santé de référence de la commune CIV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (Protection Maternelle et Infantile) à sa création en 1981 puis en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

- Un service de médecine général
- Un service de chirurgie
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Un service de pédiatrie,
- Un service d'ophtalmologie,
- Un Département Anti Tuberculeux (DAT),
- Un service de consultation prénatale et de planification familiale,
- Un cabinet d'odontostomatologie,
- Un laboratoire d'analyse,
- Une pharmacie,
- Le service de gynécologie et d'obstétrique.
- La maternité :

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée.

Le premier comporte :

À l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchement,

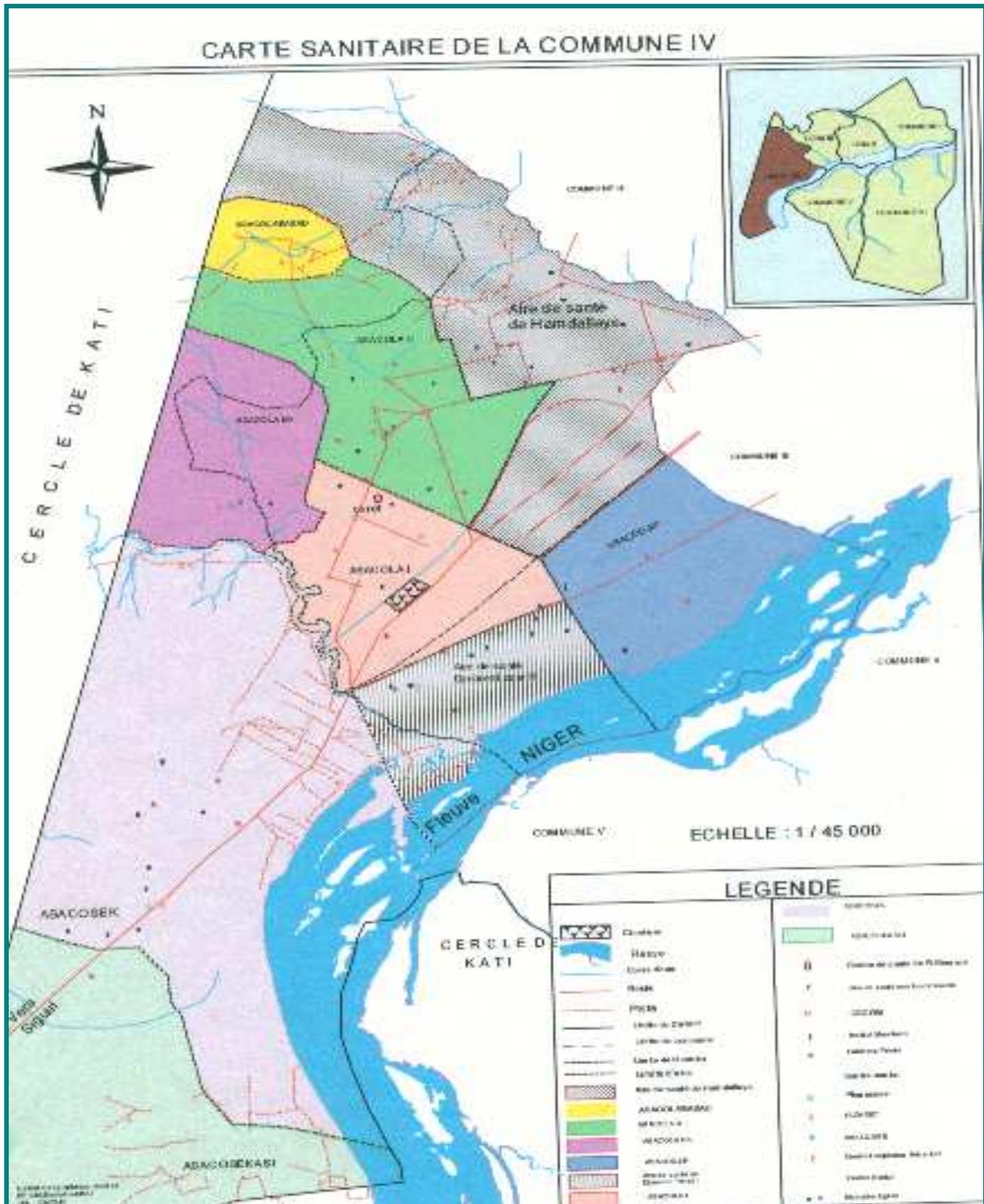
À gauche la salle de suite des couches, jouxtée par le bureau de la sage-femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes.

Au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation des chirurgiens,

Au fond les deux blocs opératoires, septique et aseptique, séparés par la salle de stérilisation.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une servant de bureau pour la sage femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant pour les VIP (very important personality).

Carte sanitaire de la commune IV



Source : (source PUS CIV MARS 2001)

2-période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de août 2005 à août 2006

3-type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive longitudinale des cas inclus au cours de la période d'étude

4-population d'étude :

Tout patient venu consulter quelque soit âge et le sexe au CNAM ou au CSRéf IV.

5-échantillonnage :

5-1-critère d'inclusion :

- Avoir un condylome : le condylome étant défini par une tumeur verruqueuse ou végétante de couleur peau siégeant dans la région génitale et périnéale
- Etre consentant de participer à l'étude, accepter le traitement et le suivi

5-2-critère de non inclusion :

Refus d'adhésion à l'étude.

5-3-recueil des données :

Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire préétabli et comprenant les variables suivantes :

- Les données socio-démographiques du patient (âge, sexe, profession, statut matrimonial)
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco obstétricaux
- Mode de vie
- Les aspects cliniques des lésions
- Les bilans biologiques (sérologie : VIH, syphilitique ; biopsie ; prélèvement vaginal et urétral; un frottis cervical).
- Les schémas thérapeutiques appliqués aux cas et leurs résultats

5-4- considérations éthiques :

Il avait été prévu de référer les cas d'échec thérapeutique au service de dermatologie pour prise en charge efficace.

5-5- saisi et analyse des données :

Les données ont été saisies sur le logiciel épidémiologique EPI infos version 6.04 fr et analysé sur le logiciel SPSS

RESULTATS

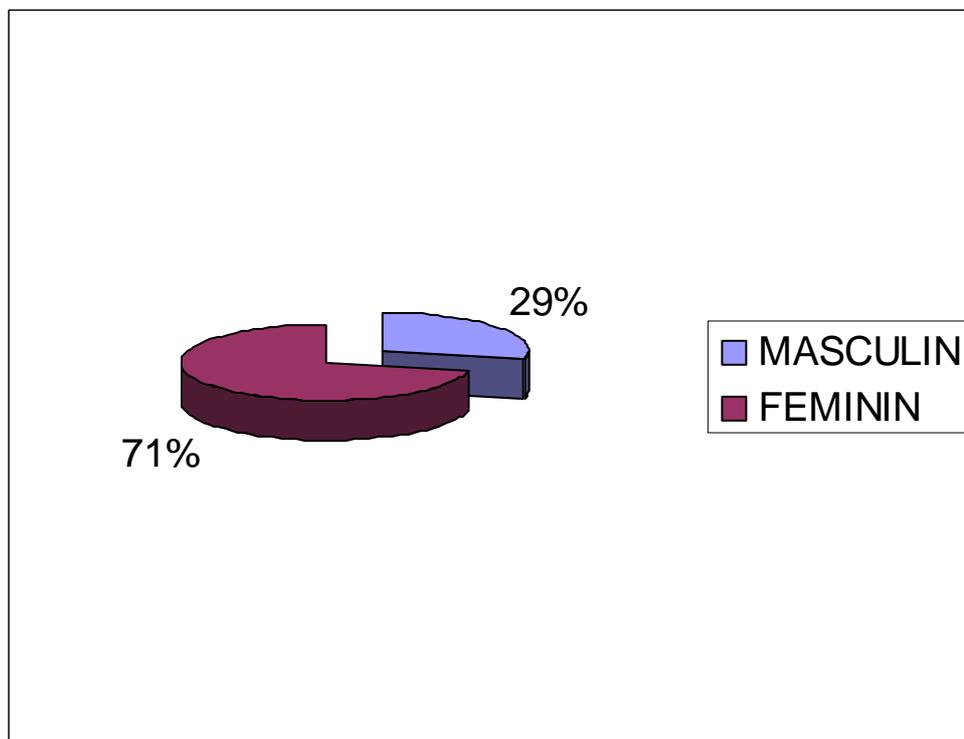
RESULTATS

1- caractéristiques socio-demographiques et épidémiologiques

Au total 149 patients ont été inclus dont :

- 123 patients : 82,6% inclus au CNAM
- 26 patients : 17,4% inclus au CSRéf IV

1-1- Répartition de l'échantillon selon le sexe



Graph. 1 : Diagramme de répartition de l'échantillon en fonction du sexe
Les femmes représentaient 71% de notre échantillon contre 29% d'hommes, soit un sex-ratio de 2,5%.

1-2-TableauV : Répartition de l'échantillon selon l'âge

Age	Nombre	Fréquence %
5 – 10	2	1,3
11 – 20	35	23,5
21 – 30	67	45,0
31 – 40	35	23,5
41 et plus	10	6,7
TOTAL	149	100,0

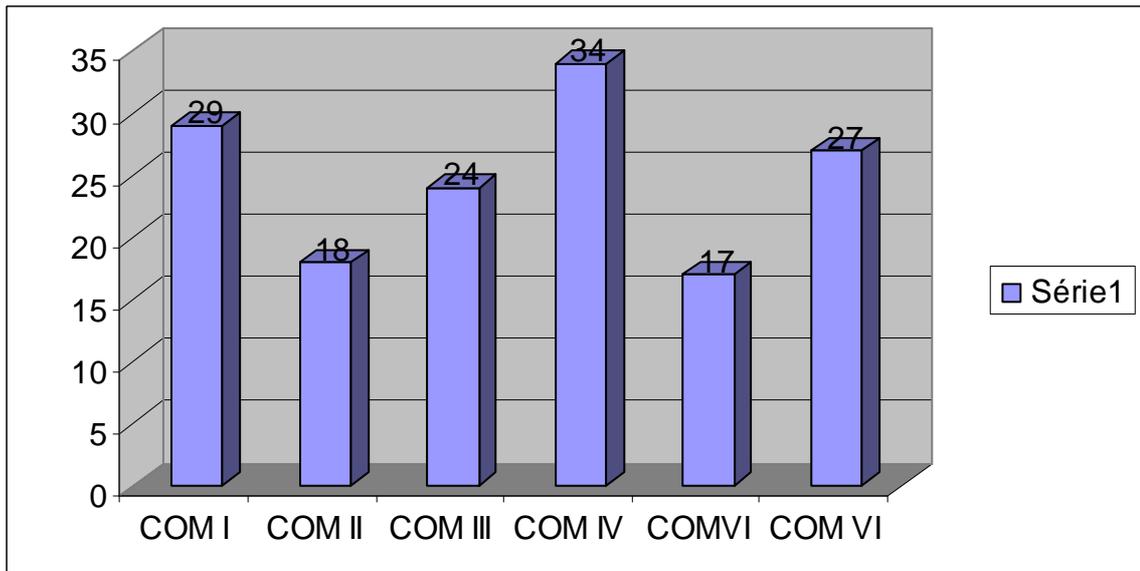
L'âge de nos malades variait de 5 ans à 51 ans avec une moyenne d'âge de 26,6 ans, un écart type de 7,98.

La tranche d'âge de 21ans à 30 ans représentait 45,0% des cas.

1-3-Tableau VI : répartition de l'échantillon selon l'ethnie

Ethnie	Nombre	Fréquence %
Bambara	50	33,6
Malinké	27	18,1
Sarakolé	20	13,4
Peulh	15	10,1
Senoufo	11	7,4
Sonrhäi	9	6,0
Bozo	8	5,4
Bobo	6	4,0
Autres	3	2,0
Total	149	100

L'ethnie bambara représentait 33,6% des cas suivi des malinkés avec 18,1%.

1-4- Répartition de l'échantillon selon le lieu de résidence

Graph. 2 : Histogramme de répartition de l'échantillon en fonction du lieu de résidence.

Toutes les communes de la ville de Bamako étaient représentées.

Les résidents de la commune IV représentaient 22,8%.

1-5- Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre	Fréquence
Non scolarisé	30	20,1
Primaire	46	30,9
Secondaire	43	28,9
Supérieur	30	20,1
Total	149	100

Parmi nos patients 20,1% étaient non scolarisés

1-6- Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction du secteur d'activité professionnelle

Secteur d'activité professionnelle	Nombre	Fréquence
Informel	75	50,3
Scolaire	40	26,9
Fonctionnaire	31	20,8
Sans profession	2	1,3
Rural	1	0,7
Total	149	100

50,3% de nos patients étaient dans le secteur informel

1-7- Tableau IX : répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre	Fréquence %
Marié	80	54,4
Célibataire	36	24,5
Concubinage	23	15,6
Veuf (e)	7	4,8
Divorcé	1	0,7
Total	147*	100

* La variable statut matrimonial n'était pas applicable à deux de nos patients (enfant de 5 ans et 8 ans).

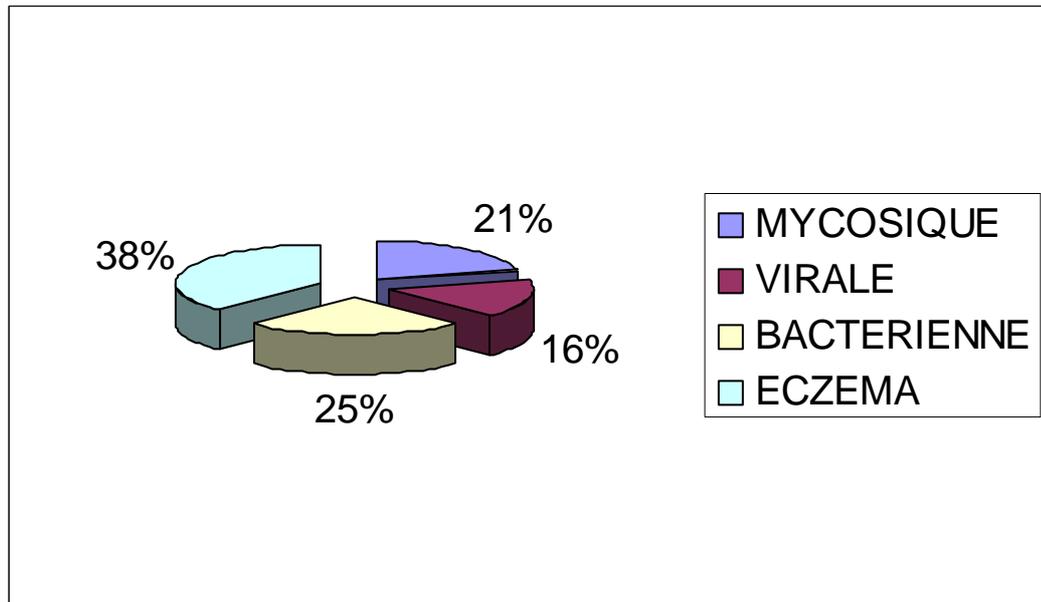
Les mariés représentaient 54,4 %

1-8- Les antécédents

1-8-1- Antécédents de dermatose

40,9% de nos patients présentaient une autre dermatose en plus des condylomes.

Répartition de l'échantillon en fonction du type de dermatose



Graph. 3 : répartition de l'échantillon en fonction des dermatoses

Les dermatoses bactériennes représentaient 38%.

1-8-2- Antécédents d'IST

63,1% de nos patients avaient un antécédent d'IST dont 74,5% des femmes et 34,8% des hommes.

8,7% de nos patients étaient VIH positif.

Tableau X : Répartition de la population féminine en fonction du type d'IST

Type d'IST	Nombre	Fréquence %
Infection vaginale	59	74,7
VIH	10	12,6
Condylome	6	7,6
Infection urinaire	4	5,1
Total	79	100

12,6% des femmes qui avaient un ATCD d'IST étaient VIH positive

Tableau XI : Répartition de la population masculine en fonction du type d'IST

Type d'IST	Nombre	Fréquence %
Infection urinaire	11	73,3
VIH	3	20
Syphilis	1	6,7
Total	15	100

3 hommes sur 15 soit 20% étaient VIH positif

1-8-3- antécédents obstétricaux de la population féminine

Tableau XII : répartition de la population féminine selon le statut obstétrical

Statut Obstétrical	Nombre	Fréquence %
Non Enceinte	68	67,3
Enceinte	33	32,7
Total	101*	100

* la variable statut obstétrical n'était pas applicable à cinq patientes.

33 soient (32,7%) de nos patientes étaient enceintes au cours de l'enquête répartis comme suite :

- 1er Trimestre 5 soit 15,2%
- 2è Trimestre 15 soit 45,4%
- 3è Trimestre 13 soit 39,4%

1-9- Mode de vie

1-9-1- Alcool :

Une consommation d'alcool était retrouvée chez 32 patients de notre étude soit 21,5% dont 20 de sexe masculin (62,5%) et 12 de sexe féminin (37,5%).

1-9-2- Tabac :

Une consommation de tabac était retrouvée chez 37 patients soit 24,8% dont 28 hommes (75,7%) et 9 femmes (24,3%).

1-9-3- Drogue :

Une consommation de drogue a été retrouvée chez 5 patients soit 3,4% de notre population d'étude dont 4 hommes (80%) et une seule femme (20%).

1-9-4- Tableau XIII : Répartition de l'échantillon selon le type de sexualité

Type de Sexualité	Nombre	Fréquence %
Hétérosexuel	139	97,2
Homosexuel	3	2,1
Bisexuel	1	0,7
Total	143*	100

* la variable type de sexualité n'était pas applicable à 6 patients.

2,1% de nos patients étaient des homosexuels.

1-9-5- Tableau XIV : Répartition des patients selon l'âge du premier rapport sexuel

Age du 1 ^{er} rapport sexuel	Nombre	Fréquence %
10-15	17	11,9
15-20	83	58,0
20-25	14	9,8
25-30	2	1,4
Ne sait pas	27	18,9
Total	143*	100

*la variable âge du premier rapport sexuel n'était pas applicable à 6 patients.

58% de nos patients avaient connu leur première expérience sexuelle entre 15 et 20 ans et 11,9% avant l'âge de 15 ans.

1-9-6- Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuels

Nombre de partenaire sexuel	Nombre	Fréquence
Un seul partenaire	55	38,5
Deux ou plusieurs partenaires	88	61,5
Total	143*	100

* la variable nombre de partenaires sexuels n'étaient pas applicable à 6 de nos patients.

61,5% de nos patients avaient au moins 2 partenaires.

1-9-7- Tableau XVI : Répartition de l'échantillon selon que le rapport sexuel soit protégé ou non

Rapports protégés	Nombre	Fréquence %
Parfois	79	55,2
Jamais	62	43,4
Toujours	2	1,4
Total	143*	100

* La variable rapports sexuels soient protégés ou non n'était pas applicable à 6 patients.

43,3% de nos patients n'ont jamais porté le préservatif et 55,2% l'ont porté de façon irrégulière.

2- pathologie associes

2-1 sérologie syphilitique

La sérologie syphilitique a été systématiquement demandée chez tous nos patients.

118 de nos patients soit 79,9% ont pu réaliser cet examen et seulement 4 soit 2,7% de notre échantillon étaient revenue positive.

2-2- Sérologie HIV

Tableau XVII: Répartition de l'échantillon selon que sérologique (HIV) soit pratiquée ou non

Pratique des tests sérologiques	Nombre	Fréquence %
Pratiqués	108	72,5
Refusés	41	27,5
Total	149	100

72,5% de nos patients avaient réalisé un prélèvement pour sérologie VIH.

Cet examen est revenu positive dans 21 cas soit 14,1%. A signaler que la séropositivité était déjà connue chez 13 de nos patients (8,7%).

2-3- frottis vaginal:

Le frottis vaginal a été réalisé chez 47 patientes soit 44,3% de la population féminine.

Tableau XVIII : Répartition de la population féminine en fonction des résultats de frottis vaginal

Résultat du frottis vaginal	Nombre	Fréquence
CANDIDA albicans	15	31,9
G. vaginalis	10	21,3
ECHERICHA coli	6	12,8
C .albicans + G.vaginalis	6	12,8
PROTEUS mirabilis	3	6,4
TRICOMONAS vaginalis	2	4,2
Pas de germe	5	10,6
Total	47	100

Gardenerella vaginalis était 10 prélèvement soit 21,3%

2-4- Frottis cervical:

36 de nos patientes soit (33,9%) ont effectué un frottis cervical

Tableau XIX : Répartition de la population féminine selon le résultat du frottis cervical

Résultat frottis cervical	Nombre	Fréquence %
Inflammatoire	27	75,0
Dysplasie (CIN)	6	16,6
Dyskératose	1	2,8
Ectropion surinfecté	1	2,8
Métaplasie atypique	1	2,8
Total	36	100

6 patientes (16,6%) avaient un carcinome in situ

3- Signe clinique

3-1-Durée d'évolution :

La durée d'évolution des lésions chez nos patients variait de 2 semaines à 12 mois avec une moyenne de 2,2 mois.

3-2-Principaux symptômes fonctionnels retrouvés chez nos patients

Parmi les signes fonctionnels, le prurit a été le maître symptôme: 73 patients de notre série soit 49 % tout sexe confondu.

Parmi la population féminine 31 patientes soit 30,7 % avaient une dyspareunie.

Parmi la population masculine 5 patients soit 11,6 % ont présenté une brûlure mictionnelle. Aucun signe fonctionnel n'était retrouvé chez 40 de nos patients (26,8 %)

3-3-Tableau XX : répartition de l'échantillon selon le nombre de lésion.

Nombre de lésion	Nombre	Fréquence %
Multiples	121	81,2
Uniques	28	18,8
Total	149	100

81,2 % de nos patients présentaient des lésions multiples

3-4- sièges de la lésion

3-4-1- Tableau XXI: Répartition de la population masculine en fonction du siège

Siège de la lésion	Nombre	Fréquence %
verge	11	25,6
Inguinal	10	23,3
Péri anal	9	20,9
Inguinal et péri anal	7	16,3
Scrotal	4	9,3
Iguino-scrotal	2	4,6
Total	43	100

25,6 % de la population masculine avaient des lésions localisées à la verge et 20,9% au niveau péri anal.

3-4-2- Tableau XXII : Répartition de la population féminine selon le siège

Siège de la lésion	Nombre	Fréquence
Vulvaire	46	43,4
Vulvaire et péri anal	25	23,6
Vulvaire et vaginal	17	16,0
Péri anal	8	7,6
Inguinal	5	4,7
Vaginal	4	3,8
Cervical	1	0,9
Total	106	100

43,4% de nos patients avaient des lésions vulvaires, 7,6% péri anal et 23,6% vulvaire et péri anal.

3-5- Tableau XXIII: Répartition de l'échantillon selon le type de lésion

Type de lésion	Nombre	Fréquence %
Acumuné	61	40,9
Papuleuse	71	47,6
Acumuné + Papuleuse	14	9,4
Bushke Löwenstein	2	1,4
Infra Clinique	1	0,7
Total	149	100

47,6% de nos patients présentaient des lésions papuleuses.

3-6- Tableau XXIV: Repartitions de l'échantillon selon la couleur de la lésion

Couleur de la lésion	Nombre	Fréquence %
Couleur peau	99	66,4
Rouge vif	49	32,9
Non appréciable	1	0,7
Total	149	100

32,9% de nos patients avaient des lésions de couleur rouge vif.

4- *Prise en charge:*

4-1- Tableau XXV: Répartition de l'échantillon selon le traitement de première intention reçu

Traitement de première intention	Nombre	Fréquence %
Azote liquide	106	71,1
Electrocoagulation	42	28,2
Chirurgie	1	0,7
Total	149	100

71,1 % des patients de notre étude ont bénéficié d'un traitement de première intention à l'azote liquide.

4-2- Tableau XXVI: Répartition de l'échantillon en fonction de l'évolution après le traitement

Evolution après le traitement	Nombre	Fréquence %
Guérison	134	89,9
Echec	11	7,4
Perdu de vue	4	2,7
Total	149	100

89,9 % de taux de réussite après le traitement toute méthode confondue

4-3-Tableau XXVII : tableau récapitulatif des différentes méthodes thérapeutiques

Technique	Guérison		Echec		Perdu de vie		Traitement en cour	
	Nbre	Fréq %	Nbre	Fréq %	Nbre	Fréq %	Nbre	Fréq %
Azote liquide	95	89,6	7	6,6	3	2,8	1	0,9
Electrocoagulation	37	88,1	4	9,5	1	2,4	0	0
Chirurgie	1	100	0	0	0	0	0	0

89,6% de taux de réussite pour l'azote liquide.

88,1% de taux de réussite pour l'électrocoagulation.

1 seul patient de notre série a subi une exérèse totale avec succès

4-4- Prise en charge du partenaire :

Information du partenaire : 79 patient soit 55,2% ont affirmé avoir informé leur partenaire sexuel. 9 des partenaires soit 6,3% de notre série étaient porteurs de lésion.

ICONOGRAPHIE



Image O. FAYE



Image O. FAYE



Image O. FAYE



Image A. KONE





Image P. TRAORE

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DICUSION

VI-1 Aspect Socio- démographique et épidémiologique

Nous rapportons une étude descriptive longitudinale de 149 patients porteurs de condylomes ano-génitaux observé en milieu spécialisé dans le service de dermatologie vénérologie du CNAM (Centre de National d'Appui à la lutte contre la Maladie de Bamako) et au CSRéf IV (centre de référence de la commune IV de Bamako).

La provenance des malades était diversifiée et toutes les communes du district étaient représentées, ce qui laisse supposer que notre échantillon est représentatif de la situation prévalente en milieu hospitalier à Bamako. En outre, la non disponibilité des moyens thérapeutiques fond que la majorité des malades à la recherche de recours thérapeutique consultent au CNAM (82,6% de notre échantillon). La validité de certaines données de notre étude basée sur les réponses des participants mérite d'être discutées. Certaines variables comme le nombre de partenaires sexuels, la consommation d'alcool, de tabac, de drogue et l'habitude sexuelle reposaient sur les réponses verbales des malades. Il est difficile de remettre en cause ces réponses. Il est possible que certaines personnes notamment ceux qui ont refusé de répondre aient été intimidé par le caractère très intime de certaines de nos questions, par conséquent ont préféré la réponse négative ou le refus. Parmi notre échantillon aucun patient n'a avoué être professionnel de sexe.

Il faut signaler que tous les efforts ont été mis en oeuvre par l'investigateur pour mettre les malades en confiance en respectant leur décision.

Concernant notre échantillon, la tranche d'âge la plus représentée était celle de [21-30] soit 45% avec une moyenne d'âge de 26,6 ans et un écart type de 7,98. Les tranches d'âge de [11-20] et [31-40] ont également représenté chacune 23,5%. Ces tranches d'âge représentent les groupes sexuellement actifs, les condylomes ano-génitaux apparaissent donc comme une affection du sujet jeune bien qu'elle puisse être retrouvée à tous les âges (dans notre série 5 à 51 ans). Ces données sont retrouvées dans l'étude Tunisienne de GHEDAMSI S et Al (1).

Dans notre étude la prédominance féminine est nette 71,1% avec un sex-ratio de 2,5, donnée non retrouvée dans la série Tunisienne: 73% des patients étaient des hommes. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le sens élevé de la santé génitale par cette classe sociale. La majorité de nos patients étaient dans le secteur informel : 50,3% composé de Ménagères, Vendeurs (ses), Chauffeurs, Coiffeuses, Teinturière, Musiciens et Mécaniciens. Ceci est lié au fait que ce groupe professionnel représente une proportion non négligeable de la population générale. Le milieu scolaire a représenté 26,9% de nos cas. Cette constatation devrait nous inciter à accentuer les séances d'IEC sanitaires dans les établissements scolaires et universitaires.

Dans notre série, 6 patients ont avoué n'avoir aucune expérience sexuelle. Parmi eux on notait un garçon de 19 ans et cinq filles respectivement âgé de 5 ; 8 ; 13 ; 17 et 18 ans. Ces cas nous amène à réfléchir sur le rôle d'éventuels attouchements sexuels ou de rapport sexuel sans pénétration, voir même l'utilisation des sous vêtements contaminés. Ces cas doivent également faire évoquer l'éventualité de sévice sexuel soulevant un problème médico-légal (1, 3, 23).

Sur 101 patientes ayant des rapports sexuels, 33 patientes (32,7%) étaient enceintes dont 15 (45,4%) au 2^{ème} trimestre. L'immunodépression secondaire à la grossesse jouerait un rôle important outre l'éventualité d'une contamination antérieure dans la survenue de ces condylomes, ceci est discuté dans l'étude de MAHER H (6).

La régression des lésions de certaines femmes après l'accouchement vient renforcer cette hypothèse.

Une consommation d'alcool était retrouvée chez 32 patients (21,5%), de tabac chez 37 patients (24,8%) et de drogue chez 5 patients (3,4%) dans notre série.

Ces consommations d'alcool et de drogue sont des facteurs favorisant la délinquance sexuelle. Quand au tabac il est incriminé dans la survenue des lésions précancéreuses (23).

La plupart de nos patients 97,2% étaient des hétérosexuels. Dans notre série nous avons eu 3 homosexuels 2,1% tous des hommes, un bisexuel 0,7% une femme qui a avoué avoir des rapports sexuels à la fois avec les deux sexes. Les condylomes anaux sont fréquents chez les homosexuels et sont souvent source de néoplasie de la marge anale (2). Dans notre étude 58% de nos patients ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 20 ans, 11,9% entre 10 et 15. 61,5% de nos patients ayant eu au moins leur premier rapport sexuel avaient plusieurs partenaires sexuels.

L'âge précoce au premier rapport sexuel avec les partenaires sexuels multiples constitue des facteurs de risque majeurs de survenue de condylome.

Seulement 2 patients de notre étude soit 1,4% ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif, 55,2% ont utilisé de façon irrégulière et 43,4% n'ont jamais utilisé le préservatif. Ce qui laisse penser que les

patients qui n'ont jamais utilisé le préservatif ou qui l'ont utilisé de façon irrégulière ont probablement contaminé de nombreux partenaires à risque de développer un condylome un jour ou l'autre.

VI-3 Discussion Para Clinique

La sero prévalence de la syphilis était de 2,7% chez nos malades. Cela pose essentiellement deux problèmes : la possibilité que certaines lésions de syphilides aient été prises pour des condylomes ce qui paraît invraisemblable, la présence d'infections concomitantes dont il est difficile de préciser le début. Ceci n'exclut pas totalement des réactions croisées avec des tréponématoses endémiques fréquentes dans certaines populations au Mali.

La sérologie HIV a été pratiquée chez 63,8% de notre échantillon d'étude et la positivité était déjà connue chez 8,7%. Parmi la population ayant pratiqué le test de sérologie VIH, la séropositivité s'est révélée chez 8 patients soit 8,4%, ce qui porte le nombre de patient VIH positif à 21 soit 14,1%. L'immunodépression causée par le VIH favoriserait la survenue de ces lésions. Nous avons constaté que ces lésions étaient le plus souvent multiples et végétantes, constat fait dans d'autres études (2). Certains auteurs soulignent la prévalence élevée d'infection à PVH dans cette population et le risque de néoplasie anale associée (11). Les altérations muqueuses engendrées par la présence de PVH dans l'appareil génital peuvent favoriser la pénétration du VIH dans l'organisme (39).

Un frottis vaginal avait été demandé chez 43,3% de la population féminine et *GARDNERELLA vaginalis* était retrouvé dans 21,3% des cas. Ceci nous montre que le plus souvent les condylomes sont associés à d'autres infections génitales qui les favorisent (41).

Pour la recherche de lésion précancéreuse du col nous avons demandé un frottis cervical chez toutes les femmes, seulement 33,9% ont effectué le frottis et s'est révélé inflammatoire dans 75%, une néoplasie intra épithéliale a été retrouvée dans 16,6% des cas. Ces patientes ont été orientées vers les consultations spécialisées pour la prise en charge. Cela met en évidence le rôle combien important du dermatologue dans la prévention des cancers du col. De plus si le risque de cancer à court terme est quasiment nul dans les CIN 1 et faible dans les CIN 2, les CIN3 au contraire pose le problème de la micro invasion sous jacente et sont susceptibles d'évoluer vers un carcinome invasif. Les formes qui sont associées à une dysplasie seraient probablement dues à des HPV oncogène (3, 4).

VI-2 Discussion Clinique

Le prurit a été retrouvé dans 49% de nos cas tout sexe confondu. 30,7% de la population féminine ayant eu leurs premiers rapports sexuels présentaient une dyspareunie et 11,6% de la population masculine présentaient une brûlure mictionnelle. La présence de ces signes n'est sans doute pas directement liée au condylome mais plutôt aux IST concomitamment constatées (41).

La majorité de nos cas (81,2%) ont présenté des lésions multiples, 47,6% de nos patients avaient des lésions papuleuses et 9,4% des patients avaient des lésions acuminées et papuleuses. Dans la série marocaine 92,2% étaient des lésions acuminées (6).

Nous avons enregistré un cas de condylome plan détecté par la colposcopie.

La localisation la plus fréquente chez les hommes était la verge 25,6%. La localisation périe anale a été notée chez 20,9% des hommes. Ceci pourrait être lié aux rapports ano-génitaux notamment chez les homosexuels (3) ou à une contamination à distance d'une lésion située à proximité.

La localisation principalement vulvaire des lésions notée dans notre série (33,9%) a déjà été rapportée par plusieurs auteurs (43).

VI-4 Discussion Thérapeutique

La plupart de nos patients ont été traités par l'Azote liquide (71,1%), avec un taux de guérison de 89,6%. Dans la littérature le taux de guérison à l'azote liquide varie selon les auteurs (54 – 92%) (13).

Le taux de guérison global de l'échantillon était de 89,9%

42 de nos patients soit 28,2% ont été traité par électrocoagulation et nous avons eu un taux guérison de 88,1%. Certains auteurs font état du taux de guérison de 94% (13).

Dans notre étude un seul patient a été traité par la chirurgie (exérèse) avec succès, il s'agissait d'un cas de BUSCHKE Lowenstein très étendu (profus).

Nous avons enregistré 7,4% de cas d'échec toutes méthodes confondues et 2,7% de perdus de vue. Les patients perdus de vue peuvent nous amener à penser à un découragement souvent engendré par le traitement long, pénible de l'azote liquide.

Concernant l'information et la prise en charge du partenaire sexuel 55,2% des 143 patients ayant au moins un partenaire sexuel avait affirmé avoir informé leur partenaire et seulement 6,3% des partenaires avaient une lésion à PVH.

Les infections à HPV sont caractérisées par une évolution en dent de scie avec des épisodes de guérison, récurrences et persistance. La prise en charge du partenaire sexuel est indispensable pour éviter la contamination. Cette évolution pourrait s'expliquer par le fait qu'il peut y avoir des lésions infra cliniques qui évolueront vers une forme cliniquement visible.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Le but de cette étude était de décrire les aspects épidémiologique et la prise en charge des condylomes en milieux hospitaliers.

Ainsi de Août 2005 à Août 2006 nous avons mené une étude descriptive longitudinale. Au total 149 cas de condylomes ont été enregistrés. Nous concluons en disant que les condylomes représentent :

- Une pathologie évoluant en dents de scie (guérison, récurrence) dont la prise en charge nécessite une bonne collaboration médecin malade
- Une pathologie nécessitant un accompagnement psychologique durable, surtout une IEC dans le premier diagnostic.
- De nombreux traitements sont à la disposition des prescripteurs, le choix dépend de l'expérience de l'utilisateur, du coût et du confort du malade et des échecs thérapeutiques antérieurs.
- Pathologie plus souvent associée aux : VIH, syphilis, urétrite et vulvo-vaginite.
- Le port du préservatif ne garantit pas une protection totale mais doit être recommandé aux patients pour une prévention des IST d'une manière générale.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

Aux malades :

- ❖ De consulter précocement un service de gynécologie ou de dermatologie en cas de constatation d'un ou de plusieurs nodules de la région génitale ou périnéale
- ❖ D'avoir des rapports sexuels protégés ou l'abstention au cours du traitement, afin de faciliter la guérison et éviter la contamination du partenaire
- ❖ Faciliter la communication du ou des partenaires

Aux autorités politiques administratives:

- ❖ De soutenir les efforts du département de la santé dans les activités de lutte contre les infections à PVH
- ❖ De subventionner la prise en charge des condylomes

Aux autorités sanitaires :

- ❖ De mettre en place une stratégie nationale de prise en charge des infections à PVH
- ❖ D'assurer la formation d'un nombre suffisant de personnel sanitaire pour la prise en charge des lésions à PVH
- ❖ De redynamiser le processus de dépistage du cancer du col de l'utérus
- ❖ De mettre à la disposition des laboratoires publiques les matériaux nécessaires pour le typage virologique.

Au personnel sanitaire :

- ❖ D'orienter les patients vers les structures spécialisées gynécologique ou dermatologique pour la prise en charge

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

1-Ghedamsi S, Mokhtar I, Ben Tekaya N, Kharfi M, Zghal M, Ridha Kamoun M.

Profil épidémiologique-clinique des condylomes dans un service de dermatologie. A propos de 232 cas.

La Tunisie médicale 2000 ; n 12 ; vol.78 ; 723-726.

2-Reithmuller D.

Physiopathologie et épidémiologie des maladies ano-génitales à HPV.

Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 355-359.

3-Laurent R, Meynadier J, Souteyrand P, Roujeau J-C, Bedane C

Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques

Tumeurs à papillomavirus humains (HPV).

Ann Dermatol Venereol 2002; 129: 25137-25142.

4-Laurent R.

Condylomes.

Dermatologie en gynécologie obstétrique.

Deuxièmes éditions 2001 ; 315-320.

5-Laurent R, Agache P.

Papillomes viraux.

Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Troisièmes éditions 1999 ; 103-110.

6- Maher H.

Les condylomes génitaux (A propos de 14 cas).

Thèse Med Casa 1987 ; n 311.

7-Benali M.

La tumeur de Buschke Löwenstein.

Thèse Med, Rabat 2001, n 16.

8- Galloway A D.

Is vaccination against human papillomavirus a possibility?

Sexually transmitted disease. 1998; Vol 351: 22-24.

9-Bianchi A, Trolle S, Pollini G, Monsonego S.

Papillomavirus : agents infectieux et oncogènes.

Immunoanal Biol Spec (1996) 11,104-114.

10-Ranki A, Lassus J, Niemi KM.

Relation of p53 tumor suppressor protein expression to human papillomavirus (HPV) DNA and to cellular atypia in male genital warts and in premalignant lesion.

Acta Derm Venereol. 1995; 75:180-186.

**11-Voltz J M, Drobachef C, Derancourt C,
Coumes- Marquets S, Mouglin C, Laurent R.**

Lésions anogénitales à papillomavirus chez 121 hommes séropositifs pour le VIH.

Etude clinique, histologique, virale, et évolution.

Ann Dermatol Venereol 1999; 126

12-Martin L, Fignon A.

Pathologie gynécologique cutanée et muqueuse au cours de l'infection par le VIH.

Dermatologie en gynécologie obstétrique ; 2001 ; 287-293.

13-Aractingi A.

Quel espace aujourd'hui pour de nouveaux traitements dans les condylomes acuminés ?

Ann Dermatol Venereol 2000; 3511-3514.

14-Barasso R.

Les condylomes génitaux.

Le Concours Médical 1992; 111-116.

15- Hughes G, Painet T, Thomas D.

Surveillance des infections sexuellement transmissibles en Angleterre et au pays de Galles.

Euro Surveillance 2001 ; 6(5) : 71-81.

16 -Roudiere-Ladoue J L, Naraido B.

Association Papillomavirus, seropositivité VIH et grossesse au Gabon.

La presse Médicale 9 avril ; 1994 ; 23 n 14 ; 674.

17- Maher A, Laniece I, Ndoye I.

Infections sexuellement transmissibles au Sénégal : Epidémiologie et modalités de lutte.

Bulletin épidémiologique du PNLs, juillet décembre 2000, n 11-12, 16 : 1-5.

18- Meda N, Ndoye I, Fall O D, Samb N, Thiam S.

Low and stable HIV infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?

AIDS 1999; 13 : 1396-1405.

19- Wade AS.

Evaluation d'un algorithme de l'écoulement vaginal chez les femmes enceintes à Dakar.

Thèse Med, Dakar 1999; n 9.

20-Astori G, Beltram A, Pipan C, Raphenon G.

PCR-RFLP detected Human papilloma virus infection in a group of Senegalese women attending are STD clinic and identification of a new HPV-68 subtype.

Interviologie 1999; 42(4): 221-227.

21-Langley CL, Benga-DE E, Critchlow CW.

HIV-1, HIV-2, Human papillomavirus infection and cervical neoplasia in high risk African women.

AIDS 1996; 10(4): 413-417.

22-Seck AC, Faye MA, Critchlow CW

Cervical intra epithelial neoplasma and HPV infection among Senegalese women Seropositive for HIV1 or HIV2 or Seronegative for HIV.

Int.J.STD. et AIDS, 1994 ; 5 (3) : 189-193.

23-Triki S.

Condylomes génitaux à problèmes.

Maghreb Médical juin 1996 ; n 304- : 23-24.

24-Audra PH.

Conduite à tenir chez la femme enceinte présentant une infection génitale à HPV.

Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1990, 85,10 : 561-563.

25-Bocquet H, Bagot M.

Tumeurs bénignes d'origine virale.

EMC dermatologie ; 12-725-A-10 : 1-9.

26-Suduca P

Tumeurs épidermoïdes malignes de l'anus : Etiopathogénie et clinique.

Ann Gastroentérol Hépatol 1994,30, n 4, 189-191.

27-Avril M F.

Tumeur de Bushke-Lowenstein.

La Presse Médicale 2-9mai 1992, 21, n 17 ; 811-815.

**28-Gillard P, Vanhooetghem O, Richert B,
DE LA Brassine M.**

Tumeur de Bushke-Lowenstein.

Ann Dermatol Venereol 2005; 132; 98-99.

29- Bourgault Villada I, Aractingi S.

Condylomes.

Thérapeutiques Dermatologiques 2001; 140-143.

30- Pall A, Mahajan BB, Puri KP, Gupta RR.

Thérapeutic evaluation of intralesional 5% 5-fluouracil in condyloma acuminata.

J Dermatol. 2004 Apr; 31:314-325.

31- Libby Edward MD.

Autoadministration locale d'une crème à 5% d'imiquimod dans les condylomes anogénitaux externes.

Arch Dermatol Jan 1998; Vol 134. 1-7.

32 -Berman B.

Imiquimod : modificateur de la réponse immunitaire.

Ann Dermatol Venereol: 2000; 127; 3515-3518.

33- Beutner K R.

Imiquimod – Efficacité clinique.

Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 3519-3521.

34- CDC

Sexually transmitted disease treatment guidelines.

MMWR May 10, 2002/vol.51/N. RR-6

35- Gay C, Terzibachian JJ, Gabelle C,

Reviron S, Ramanah R, Mougin C.

Carbon dioxide laser Vaporisation of génital condyloma in pregnancy.

Gynecol Obstet Fertil. 2003 Mar; 31 (3):214-219.

36 -Arena S, Marconi M, Frega A, Villani C.

Pregnancy and condyloma. Evaluation about therapeutic effectiveness of laser CO2 on 115 pregnant women.

Minerva Ginecol. 2001 Dec; 53 (6): 389-396.

37- Bourgault Villada I.

Perspective d'immunothérapie des condylomes.

Ann Dermatol Venereol 2000; 127: 3523-3525.

38-Parkin D M, Bissani P, Serlay J.

Global cancer statistics.

Cancer j. Clin; 1999 ; 49:33-64.

39-Berrebi A, Ayoubi J, Cohen M, Reme J M.

Infection cervicale à HPV et dysplasie chez la femme porteuse du VIH.
VIRAL janvier 1997 ; n 13 ; 15-19.

40-Mboup S, Diouf O, Gaye A G.

Caractéristiques socio-économiques.
Bulletin séro-épidémiologique de surveillance du VIH n 11, septembre
2004.

41-Abbara A.

Condylomes génitaux (verrues génitales) et humain papillomavirus
www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/ter.../condylomes.htm
3 mars 2007

42-Gueye N.

Profil épidémiologique et biologique des hommes porteurs d'IST
symptomatiques se présentant à l'IHS de Dakar.
Thèse de méd. 2003, n 27.

43-Barasso R, Pellise M.

Condylomes ano-génitaux externes suivis en consultation spécialisée.
Ann Dermatol Venereol 2003, 130 ; 1003 – 1007

ANNEXES

Nom : KONE
Prénom : Abraham
Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Etude épidémio-clinique et prise en charge des condylomes dans le service de dermatologie du CNAM et au centre de santé de référence de la commune IV.

Année universitaire : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Dermatologie et Gynécologie.

Résumé

Notre travail était une étude descriptive longitudinale menée dans le service de dermatologie du CNAM et au centre de santé de référence de la commune IV de Bamako de Août 2005 à Août 2006.

Au cours de ce travail nous avons déterminé les caractéristiques suivants : sociodémographique ; les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux ; mode de vie ; les aspects cliniques des lésions et assuré une meilleure prise en charge des cas.

Cette étude nous a permis d'inclure 149 patients.

La saisie faite sur le logiciel Epi info et analysée sur SPSS nous a permis de noter :

- Une fréquence élevée des condylomes chez les adultes jeunes : 45% représentant la tranche d'âge de [21-30] avec une moyenne de 26,6 ans.
- Une prédominance féminine (71%) avec un sexe ratio de 2,5.
- L'immunodépression provoqué par la grossesse joue un rôle dans la survenue des condylomes : 32,7% des femmes étaient enceintes
- La consommation d'alcool, de drogue, de tabac et surtout de voir que l'homosexualité est une réalité dans notre pays.
- Le prurit a été retrouvé comme maître symptôme : 49% tout sexe confondu. Les lésions papuleuses étaient prédominantes : 47,6%.
- La séropositivité VIH a été retrouvée chez 14,1% de nos patients.
- Nous avons eu un taux de réussite de 89,6% toute méthode confondue

si oui préciser : odeur..... Couleur.....
 non 6- existe t-il d'autre pathologie associe : oui
 Si oui quelle est la nature :

VI –Bilan demandé

VDRL / TPHA :

1- Sérologie VIH : Fait : Refus :

2- ECBU.

3- Frottis vaginal :

4- Frottis cervical..... NFS /VS :

5- Typage virologique.....

VII- Hypothèse diagnostic

1- Diagnostic de présomption :

2- Diagnostic retenu :

VIII modalité de prise en charge

1- Cryothérapie (azote liquide) :

2- Electrocoagulation au bistouri électrique :

3- Application de résine de podophyline :

IX-les résultats des bilans demandés

X- l'évolution après le traitement

Cryothérapie : Nbre de séance : 1.... 2..... 3..... 4..... 5.....
 N.....

Electrocoagulation Nbre de séance : 1..... 2..... N.....

Disparition des lésions oui non

Si oui après combien de séance.....

Observance au traitement oui non

Récidive des lésions : 1- lésion initiale..... 2-Autres
 localisation.....

3- Apres combien de temps :

3-1Nbre de jour.....

3-2 Nbre de mois.....

évolution	échec	récidive	amélioration	guérison	Perdu de vu
cryothérapie					
Electro-					

coagulation					
-------------	--	--	--	--	--

XI- prise en charge du partenaire

Le partenaire est t-il informé : oui non
 Présente t-il ou elle des lésions oui non
 Le partenaire est t-il venue consulté : oui non
 Le partenaire a t-il été traité oui non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances Médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque*

Je le jure

