

Mots clés :

Enfant
HPV
Sévice
Verrue

Le terme est préférable à celui de « condylomes acuminés », plus stigmatisant. Différentes synthèses récentes^{1,2} parlent d'une recrudescence de cette pathologie depuis les années 80, mais l'histoire naturelle de la maladie est en fait mal connue. L'incidence semble mieux établie pour les atteintes laryngées (papillomatose récurrente) : 1 enfant sur 400 né de mère infectée par *Human Papillomavirus* (HPV) aux USA serait atteint (données 1988)^{in 2}. Les verrues génitales de l'enfant posent deux questions : la 1^{ère} celle de la possibilité d'un abus sexuel ; la 2^{nde} celle du choix thérapeutique, qui peut être l'abstention¹⁻⁴.

Les verrues anogénitales de l'enfant

Diagnostic simple ?

Ces verrues sont le plus souvent des papules rosées ou chamois de la région périnéale ou anogénitale. Elles sont parfois acuminées, papillomateuses, recouvertes de multiples excroissances, parfois confluent en grappes³. Il existe quelques rares cas de localisations multiples¹. Le diagnostic différentiel se pose avec celui de *molluscum contagiosum* chez la petite fille (où l'on évoque alors le rôle favorisant de la constipation)³. Les HPV les plus fréquemment rencontrés sont les génotypes 2, 6 ou 11, mais parfois 16 ou 18 : le risque de transformation néoplasique n'a jamais été décrit chez l'enfant immunocompétent. Sauf cas particuliers, il n'y a d'ailleurs pas d'indication au typage de HPV chez l'enfant².

Quels sont les modes de contamination ?

Avant 3 ans, la transmission périnatale (contamination dite « verticale ») est la plus probable, alors que la possibilité d'un abus sexuel augmente avec l'âge. Il peut aussi s'agir d'auto- ou hétéro- contamination à partir de verrues digitales, même si cela n'exclut pas la possibilité dans ce cas d'un abus. Dans les dernières séries d'enfants suivis pour condylomes, la notion de sévices sexuels à l'origine des lésions n'est retrouvée que dans 5 à 10% des cas⁵. Evoquer la possibilité d'abus par erreur porte un lourd préjudice, ne pas le faire s'il existe est une faute professionnelle grave. Un examen soigneux complet est indispensable, pour lequel les anglo-saxons recommandent une expertise pédiatrique et sociale quand il n'y a pas de source de contamination verticale évidente^{1,2}. En cas de doute ou de situation familiale difficile, une courte hospitalisation peut aider³.

Que conclure pour notre pratique ?

La première préoccupation devant le constat d'une verrue génitale chez l'enfant est d'évaluer la possibilité d'un abus sexuel. La notion d'« indices » est importante, plus que la recherche d'une lésion pathognomonique. L'évaluation du comportement de l'enfant et de son entourage est l'un des éléments essentiels dans cette démarche⁵.

En l'absence de déficit immunitaire, il y a rarement urgence. L'extension de la ou des lésions n'est pas indéfinie. Elles guérissent spontanément dans de nombreux cas. Il n'y a donc pas nécessairement besoin de thérapeutiques lourdes, notamment sous anesthésie générale⁴.

Il n'existe pas de recommandations pour le suivi, ou pour le risque de malignité à long terme. Il semble raisonnable de conseiller pour ces enfants une consultation précoce en cas de symptômes ultérieurs anogénitaux ou urétraux, et chez les filles un dépistage régulier par frottis à l'âge habituel selon les recommandations en cours.

Selon l'histoire naturelle : abstention d'abord...

Une étude a suivi en 1998 l'évolution de 41 enfants ayant des verrues génitales^{in 4} durant 5 ans : 31 avaient guéri dont 6 sans traitement, 16 après échec des traitements et 9 durant le traitement. Les auteurs concluaient que l'abstention thérapeutique était sans doute la 1^{ère} attitude à adopter. C'est ce qui est actuellement recommandé, à condition d'expliquer à la famille la bénignité de l'infection et l'absence de signes fonctionnels¹⁻⁴. La comparaison – pas si éloignée – avec l'évolution spontanée des verrues palmo-plantaires peut permettre d'éviter « l'acharnement thérapeutique ».

Quelles thérapeutiques « actives »

Aucune modalité de traitement ne permet 100% de chances de clairance du virus ou 0% de risque de récurrence. Le choix dépend du type de verrue (ulcérée, hémorragique, atypique...), de leur localisation, de leur nombre, des préférences du patient (de sa famille...). Ont ainsi été utilisées : la cryothérapie par azote liquide, l'excision, l'électrocoagulation, la vaporisation laser, différentes préparations verrucides (kératolytiques divers dont l'acide salicylique, podophyllotoxine, imiquimod, cidofovir, bien que ces derniers n'aient pas l'AMM pédiatrique et que l'expérience soit limitée). Les indications sont difficiles à codifier. Le 1^{er} critère de choix est l'innocuité : traitements chimiques chez le petit, cryothérapie possible après 7 ans. Le risque d'un traitement sous anesthésie générale parfois proposé doit toujours être mis en balance avec le bénéfice attendu¹⁻⁴.

Références :

1. Australia and New Zealand HPV Project. Guidelines for the Management of Genital HPV in Australia and New Zealand. 5th Edition – 2007.
2. HPV Consensus Guidelines Committee. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. *JOGC*. 2007;29(supp3):S1-S56.
- 3 – Dommergues C, Quinet B. Traitement des verrues génitales de l'enfant en pratique clinique. *Arch Pédiat*. 2008; 15:469-72.
- 4- Morel P. Verrues de l'enfant : pas d'acharnement thérapeutique. *Ann Dermatol Vénereol*. 2007; 134:813-4.
- 5 – Syndrome des enfants battus. In *Thérapeutique dermatologique*; Paris: Flammarion- Médecine sciences; 2001. http://www.therapeutique-dermatologie-que.org/article.php?article_id=91