



Lettre à la rédaction

VERRUES ANOGENITALES CHEZ L'ENFANT : ETUDE DE 19 CAS.

Elmachbough L, Hali F, Radouane N, K.Khadir, Benchikhi H, Chiheb S.

Service de Dermatologie et de Vénérologie. CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Reçu le 14 novembre 2014 ; accepté le 26 Juin 2015

INTRODUCTION

Les verrues anogénitales (VAG) sont dues à l'infection par human papillomavirus (HPV). Elles constituent un motif fréquent de consultation et une cause commune d'infections sexuellement transmissibles chez l'adulte [1].

Par contre chez l'enfant, les modes de transmission sont variables, multiples et répartis en transmission verticale (anté et périnatale), horizontale (auto et hétéro inoculation) et par contact sexuel [2].

En Europe comme aux Etats Unis, le mode de contamination par voie sexuelle chez l'enfant a fait l'objet de plusieurs publications [3,4]. Au Maroc, comme au niveau de toute l'Afrique, ce phénomène est peu connu et donc moins documenté [3].

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les modes de contaminations des VAG chez l'enfant ainsi que la place de l'abus sexuel comme mode de contamination dans notre contexte.

METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée au service de dermatologie de Casablanca de Janvier 2000 à Décembre 2010. Tous les cas de verrues anogénitales chez l'enfant de moins de 13 ans ont été inclus. Le diagnostic a été cliniquement établi (présence de lésions papillomateuses et/ou végétantes, papuleuses ou acuminées sur les organes génitaux et/ou l'anus). La revue des dossiers a permis de collecter les données démographiques (âge, sexe, situation familiale, âge d'apparition des lésions), cliniques (motif de consultation, l'examen clinique, attitude de l'enfant au cours de l'examen) et étiologiques (recherche des modes probables de la contamination, examen des parents ou de l'entourage si possible).

La notion d'abus sexuel a été retenue à partir des signes cliniques suspects (déchirure de l'hymen, douleurs pelviennes, fissure et/ou béance anale) et des données de l'interrogatoire (aveu de l'enfant et/ou de l'auteur présumé du sévice ou d'une tierce personne).

Les enfants dont le diagnostic d'abus sexuel a été suspecté et leurs parents ont bénéficié des tests de dépistage de la syphilis (VDRL-TPHA) et de l'infection par le VIH.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 19 cas de verrues anogénitales chez l'enfant ont été colligés dont 13 filles et 6 garçons. Le sex-ratio F/G était de 2,16. La moyenne d'âge était de 5 (\pm 2,69) ans avec des extrêmes allant de 11 mois à 12 ans. Les condylomes acuminés ont été retrouvés dans 13 cas soit 68,42% versus 6 cas soit 31,57% de verrues papuleuses. Aucun cas de condylome plan ou papillomateux n'a été noté. La localisation vulvaire était retrouvée dans 11 cas (57,89%), suivie par la localisation perianale dans 6 cas (31,57%). La localisation endoanale a été retrouvée dans 1 cas (5,26%) et au niveau de la verge dans 1 cas (5,26%). (Fig1)

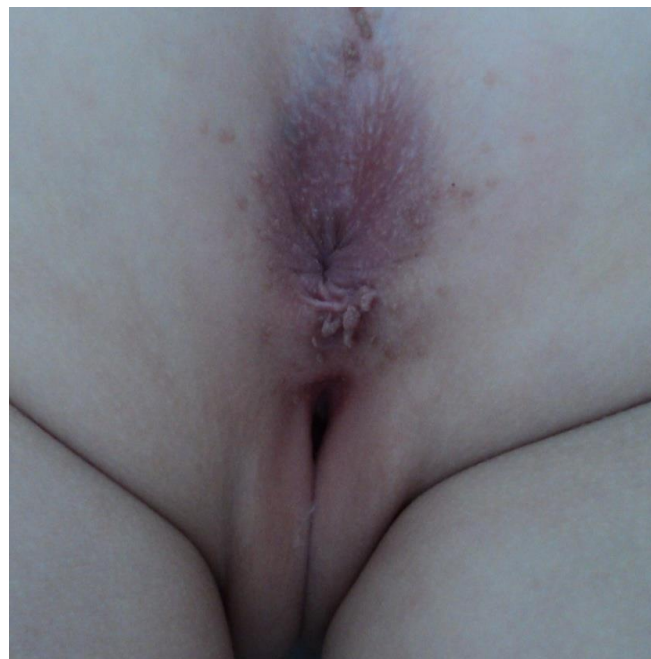


Figure 1 : verrues péri anales

Dans 7 cas soit 37%, (5 filles et 2 garçons), une notion d'abus sexuel a été suspectée. L'examen de ces enfants avait retrouvé

une fissure anale dans 1 cas, des douleurs abdomino-pelviennes dans 3 cas, une vulvo-vaginite dans 2 cas, une béance anale dans 3 cas, une localisation endoanale dans 1 cas et une cicatrice traumatique au niveau de l'abdomen dans 1 cas. Aucun cas de déchirure hyménale n'a été observé. Des troubles de comportements suspects ont été observés dans quatre cas: enfant trop docile (dans 2 cas), repli sur soi (1cas), crainte exagérée de tous les étrangers (2cas) et refus d'être examiné par le médecin (4cas).

L'examen des parents a été possible dans 7 cas pour les mères et dans 2 cas pour les pères et a permis de noter la présence de condylomes dans 5 cas (4 mères et 1 père). La sérologie de la syphilis et de l'HIV était négative chez les enfants et les parents. Tous les enfants ont bénéficié d'un traitement par électrocoagulation. Les enfants chez qui l'abus sexuel était suspecté, avaient bénéficié d'une prise en charge par les pédopsychiatres et les assistantes sociales pendant au moins 6 mois.

DISCUSSION

Bien que notre étude ait permis de documenter l'existence des verrues anogénitales (VAG) chez l'enfant et la possibilité du sévices sexuel comme mode de contamination, elle reste limitée parce qu'elle est rétrospective et résulte de l'expérience d'un seul service hospitalier qui n'a pas l'exclusivité de la prise en charge des VAG infantiles.

Le diagnostic des verrues anogénitales est clinique. Le diagnostic différentiel peut se poser avec les molluscums contagiosus, la kératose séborrhéique, la maladie de Bowen ou le lichen plan [5].

L'examen dermoscopique aide à orienter le diagnostic surtout dans le stade débutant des verrues [5]. Il montre différents patrons en fonction de l'âge de la verrue [5].

Dans notre série, l'abus sexuel était suspecté dans 7 cas (37%) devant une béance anale ou de localisation endoanale en cas de traumatismes génitaux (fissures, cicatrices abdomino-pelviennes) et devant des troubles de comportements. Aucun aveu d'abus sexuel n'a été noté chez nos patients, ceci est du probablement au fait que les sévices sexuels restent un grand tabou dans notre société. Ce phénomène est d'autant plus tabou que les auteurs présumés sont les parents de l'enfant ou les proches de la famille. La famille n'ose pas porter plainte pour «protéger» leur enfant et se protéger elle-même pour éviter «le scandale, et l'opprobre».

La fréquence d'abus sexuel chez les enfants présentant des VAG est variable. Boyd [6] dans son étude, trouve une prévalence de 29 % alors que cette fréquence était de 91% dans l'étude menée par Gutman et coll [7]. Une étude française menée sur 14 cas de condylomes anogénitaux chez l'enfant, a évoqué la possibilité d'abus sexuel seulement dans deux cas [8]. Ces différentes données sont à discuter et dénotent une sous-estimation probable de l'abus sexuel au cours de cette pathologie. Cette sous-estimation est d'autant plus plausible que la majorité des études étaient rétrospectives.

Toutefois, la compréhension du lien entre verrues anogénitales chez l'enfant et l'abus sexuel nécessite la compréhension des modes de transmission ainsi que la durée de la période d'incubation de l'HPV [9].

Chez l'enfant, la transmission sexuelle est documentée mais d'autres modes de transmission sont possibles. La transmission directe par auto ou hétéro-inoculation, la transmission indirecte par contact avec des objets souillés et la transmission verticale qui peut se faire au cours de la grossesse (avec ou sans rupture de la poche des eaux), pendant l'accouchement lors du passage par la filière génitale. L'accouchement par césarienne ne protège pas contre la contamination [9]. Des cas de condylomes congénitaux ont été rapportés après accouchement par césarienne [9].

D'autre part l'HPV peut rester latent jusqu'à 2 ans sans donner de lésions [9]. Donc les VAG peuvent apparaître des années après la naissance.

Les études indiquent qu'avant l'âge de 2 ans la transmission verticale reste la plus probable (en l'absence d'histoire, de signes physiques d'abus sexuel ou de maladies sexuellement transmissibles) et que la transmission sexuelle augmente avec l'âge surtout après l'âge de 5 ans [9].

Le choix thérapeutique des verrues dépend de leur localisation, de leur nombre mais aussi de facteurs dépendant de l'enfant, le statut immunitaire, l'ancienneté des lésions et les traitements antérieurs [10].

Les traitements physiques sont représentés par l'excision chirurgicale, l'électrocoagulation, le laser CO2 et la cryothérapie [10].

Les traitements chimiques sont nombreux. Les kératolytiques comprennent les topiques à base d'acide salicylique et/ou d'acide acétique, d'urée et de glutaraldéhyde [10]. Les chimiothérapies locales incluant la bléomycine en injection intralésionnelle, le 5-fluoro-uracile en pommade ou la podophyllyne sont d'efficacité discutée chez l'adulte et exceptionnellement utilisés chez l'enfant [10].

CONCLUSION

Les verrues anogénitales de l'enfant sont facilement diagnostiquées cliniquement et ne nécessitent pas d'investigations paracliniques systématiques. L'affirmation du lien entre cette pathologie et les sévices sexuels n'est pas toujours évidente et nécessite une enquête diagnostique et étiologique minutieuse avec l'enfant ainsi qu'avec toutes les personnes qui entrent en contact avec lui, un examen somatique complet et un bilan locorégional précis.

Les conséquences psychosociales des sévices sexuels sont souvent graves surtout si elles sont associées à une autre IST. Des études prospectives sont nécessaires pour bien documenter ce phénomène qui ne cesse d'augmenter.

REFERENCES

- 1- **Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, Powell J, Oligny LL.** Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol.* 2006; 23:199-207.
- 2- **Stefanaki C, Barkas G, Valari M, Bethimoutis G, Nicolaidou E, Vosynioti V, et al.** Condylomata acuminata in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2012 ;31(4):422-4.

- 3- **Rodrigues E, Rodrigues L, Portugal V, Rodrigues N, Nápoles S, Casanova C.** Anogenital warts in children: the importance of a multidisciplinary approach. *Acta Med Port.* 2011 ; 24 (2):367-70.
- 4- **Sinclair KA, Woods CR, Sinal SH.** Venereal warts in children. *Pediatr Rev.* 2011;32 (3):115-21
- 5- **Dong H, Shu D, Campbell TM, Frühauf J, Soyer HP, Hofamnn-Wellenhof R.** Dermatoscopy of genital warts. *J Am. Acad Dermatol.* 2011; 64 (5): 859-864.
- 6- **Boyd AS.** Condylomata acuminata in the pediatric population. *Am J Dis. Child.* 1990; 144 (7) : 817-24.
- 7- **Gutman LT, Herman-Giddens M, Prose NS.** Diagnosis of child sexual abuse in children with genital warts. *Am J Dis Child.* 1991 ; 145 (2) : 126-7.
- 8- **Herrera Saval A, Rodriguez Pichardo A, Garcia Bravo B, Camacho F.** Anogenital warts in children. *Ann Dermatol Venereol.* 1990 ; 117(8) : 523 -6.
- 9- **Hornor G.** Ano-Genital Warts in Children: Sexual Abuse or Not? *J.Pediatr Health care.* 2004 ; 18 (4) :165-70 .
- 10- **Schoenlaub P, Plantin P.** Verrues et molluscums contagiosums : mise au point pratique. *Arch Pediatr.* 2000 ; 7(10) : 1103-10.