

Localisation orale de condylome acuminé : à propos de 3 cas cliniques et revue de littérature

*Oral localization of condyloma acuminata:
about 3 clinical cases and literature review*

Résumé

Abstract

MOTS-CLEFS :

- Condylome acuminé, papillomavirus humain, transmission

KEYWORDS:

- *Condyloma acuminata, Human papilloma virus, transmission*

Introduction : le condylome acuminé, ou verue vénérienne, est une prolifération épithéliale bénigne, localisé fréquemment au niveau des régions péri anales et génitales mais peut se développer aussi au niveau de la muqueuse orale.

Observation : 3 cas de condylomes acuminés sont discutés, chez 3 patients de sexe et d'âge différents. Les lésions siégeaient au niveau labial et sur la face dorsale de la langue. 2 cas ont été excisés par lame froide et un cas par la technique de strangulation.

Discussion : le condylome acuminé est secondaire à une affection virale par le Human Papilloma Virus principalement le HPV types 6 et 11. L'aspect clinique des condylomes acuminés est variable et varie de petites lésions sessiles à de grandes proliférations pédiculées. Le diagnostic différentiel inclue le *verruca vulgaris*, le papillome, l'hyperplasie épithéliale focale et le carcinome verruqueux. Le diagnostic positif est basé sur l'anatomo-pathologie, le traitement est chirurgical et les récives sont possibles si le traitement est insuffisant.

Introduction: the condyloma acuminata known as venereal warts, is a benign epithelial proliferation, frequently localized in the peri anal and genital regions, but may also develop in the oral mucosa.

Observation: 3 cases of oral condyloma are considered, in 3 patients' sex and different age, sitting in the labial level and on the dorsum of the tongue. 2 cases were excised by cold blade as the 3rd strangulation technique.

Discussion: the acuminata condyloma is secondary to a viral infection by the Human Papilloma Virus mainly HPV types 6 and 11. The clinical appearance of oral condyloma varies and ranges from small sessile lesions with large blooms pedicle. The differential diagnosis should also include *verruca vulgaris*, papillomas, focal epithelial hyperplasia, verrucous carcinoma. The diagnosis is based on the anatomic pathology, the treatment is surgical and recurrences are possible if the processing is insufficient.

AOS n° 285 – 2017



► **Ossama NABIH**, Résident au service d'odontologie chirurgicale, CCTD CHU IBN ROCHD Casablanca. ossama.nabih@gmail.com

Lamia KISSI, Professeur agrégé au service d'odontologie chirurgicale, CCTD CHU IBN ROCHD Casablanca.

Ihsane BEN YAHYA, Professeur de l'enseignement supérieur au service d'odontologie chirurgicale, Chef de service d'odontologie chirurgicale, CCTD CHU IBN ROCHD Casablanca.

INTRODUCTION

Le condylome acuminé est une prolifération épithéliale bénigne, localisé généralement dans la région ano-génitale, il peut se développer également au niveau de la cavité orale et intéresser les joues, les lèvres, le palais, la gencive, et tout site traumatisé ou non kératinisé [1][2].

En s'appuyant sur trois observations cliniques ainsi qu'une revue de la littérature, nous mettons le point sur les localisations orales des condylomes acuminés : leurs pathogénies, leurs aspects cliniques et thérapeutiques.

CAS CLINIQUES

Cas 1

Il s'agit d'un homme âgé de 40 ans célibataire, présentant un bon état général apparent, consultait pour une sensation de gêne indolore due à la présence de masses

exophytiques au niveau de la cavité orale évoluant depuis plusieurs mois.

L'examen clinique endobuccal objectivait des lésions exophytiques pédiculées en forme de crête de coq situées au niveau de la commissure labiale, de la face interne de la joue et sur la face dorsale de la langue (Fig. 1).

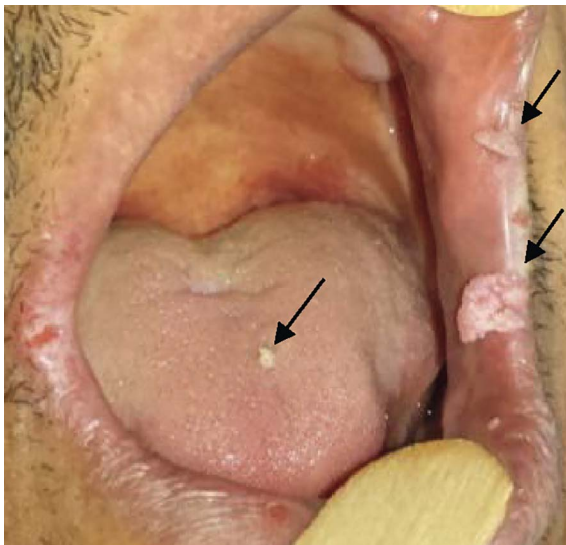
Ces lésions mesuraient quelques millimètres. Elles étaient souples à la palpation.

Un bilan biologique a été demandé comprenant une Numération Formule Sanguine, des sérologies : HIV, HVB, HVC et VDLR et n'a montré aucune anomalie. Une biopsie-exérèse a été réalisée sous anesthésie locale.

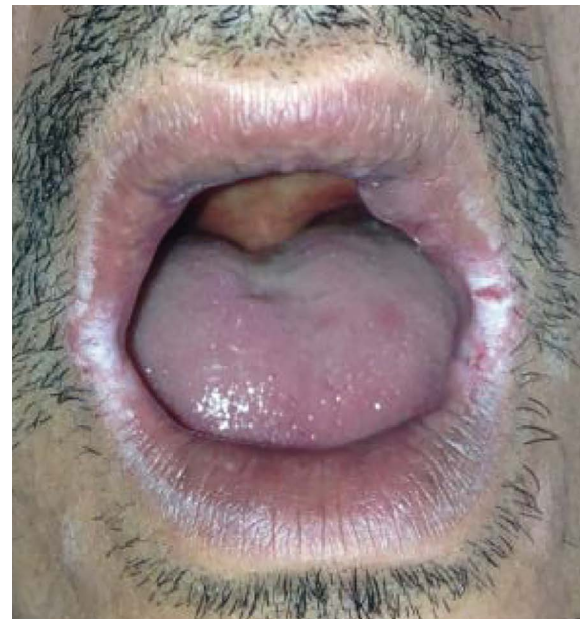
L'examen anatomo-pathologique a mis en évidence de nombreux koilocytes, une prolifération papillomateuse exophytique, en faveur du diagnostic de condylome acuminé (Fig. 2).

Le contrôle fait à deux mois n'a montré aucune récurrence apparente (Fig. 3).

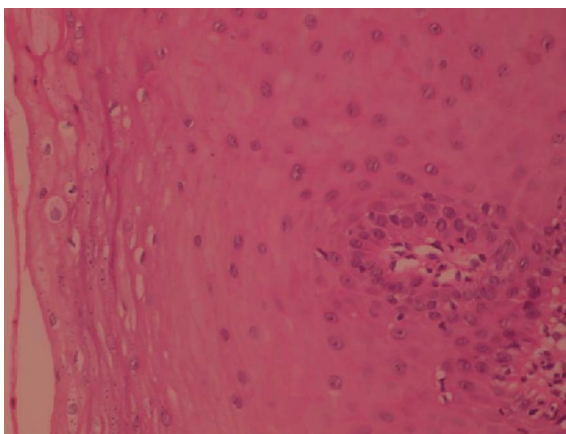
L'aspect est celui d'une crête de coq.



▲ Fig. 1 : Lésions exophytiques pédiculées situées au niveau de la commissure labiale gauche, et s'étendant sur le versant interne de la lèvre supérieure. Noter la présence d'une lésion située sur la face dorsale de la langue.



▲ Fig. 3 : Contrôle à 2 mois.



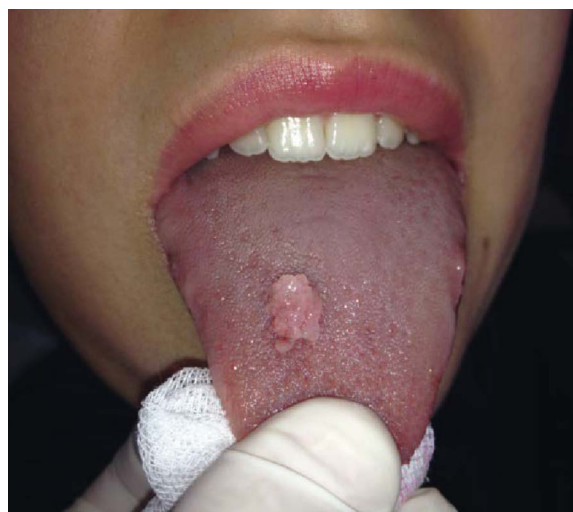
◀ Fig. 2 : Coloration HE, x400. Image histologique montrant la présence de nombreux koilocytes, avec une prolifération papillomateuse exophytique.

Cas 2

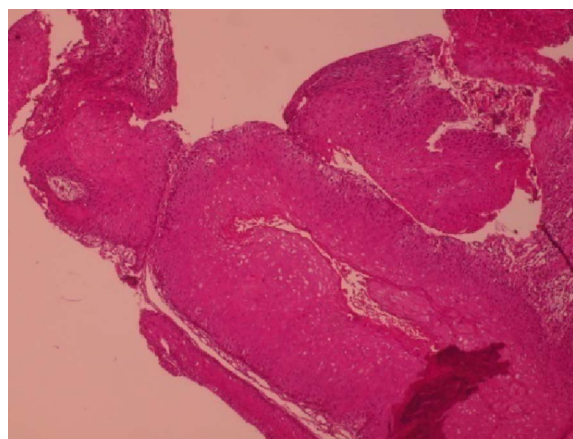
Il s'agit d'une jeune femme mariée âgée de 26 ans, consultait pour une excroissance indolore localisée au niveau de la face dorsale de la langue évoluant depuis 4 mois.

L'interrogatoire médical ne révélait aucun antécédent personnel ou familial, ni traitement en cours.

L'examen clinique a montré une masse charnue pédiculée, mesurant 5 mm de diamètre, bien circonscrite, présentant une surface papillomateuse avec un aspect en chou fleur (Fig. 4 et 5).



▲ Fig. 4 et 5 : masse exophytique pédiculée bien circonscrite sur la face dorsale de la langue en aspect en chou-fleur.



◀ Fig. 6 : Coloration HE, x100. Image histologique montrant une hyperplasie du revêtement, papillomateuse exophytique et la présence de nombreux koilocytes.

Cas 3

Il s'agit d'un jeune homme célibataire âgé de 28 ans, sans antécédents de pathologie notable, qui consultait pour une prolifération indolore intéressant la portion muqueuse de la lèvre supérieure évoluant depuis 2 mois.

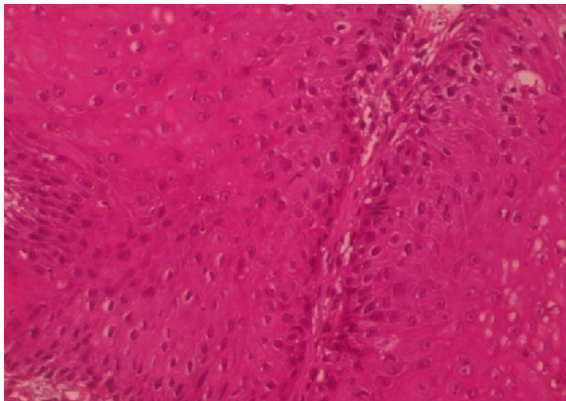
L'examen clinique a montré une lésion exophytique pédiculée, mesurant 3 mm de diamètre, bien limitée (Fig. 7).

La Numération Formule Sanguine et les sérologies VIH, syphilis, hépatite B et C étaient toutes négatives. Une biopsie-exérèse a été réalisée sous anesthésie locale par la technique de strangulation (Fig. 8).

L'examen anatomo-pathologique a montré la présence de nombreux koilocytes avec hypercanthose et papillomatose concluant au diagnostic de condylome acuminé (Fig. 9).



▲ Fig. 7 : lésion exophytique pédiculée située sur la portion muqueuse de la lèvre supérieure.



▲ Fig. 8 : Biopsie-exérèse réalisée par technique de strangulation.

◀ Fig. 9 : Coloration HE, x200. Image histologique montrant de nombreux koilocytes avec hypercanthose et papillomatose.

COMMENTAIRE

Les condylomes acuminés sont des lésions prolifératives d'origine virale, provoquées par des virus à ADN, les Human Papillomavirus (HPV). Les localisations orales des condylomes sont dues principalement à la contamination par les types 6 et 11 [3].

Le taux de prévalence des condylomes acuminés semble être similaire chez les hommes et les femmes, et la fréquence des cas cliniques a été enregistrée à 1 % dans la population sexuellement active [1], elle est aussi très élevée chez les patients infectés par le VIH et les immunodéprimés [4], [5].

Le pic d'incidence survient chez les personnes entre 20 et 30 ans, et les rapports des condylomes acuminés chez les enfants sont rares [6], [7].

La maladie est transmise essentiellement par voie oro-génitale, le risque de contracter le (HPV) est essentiellement tributaire de plusieurs facteurs. Ces derniers comprennent le nombre de partenaires sexuels, la fréquence des rapports sexuels, et la présence de condylomes génitaux [1], [8].

Par ailleurs, la contamination peut se faire aussi par contact direct avec une autre personne, ou par contact indirect via des objets ou des surfaces infectées [9].

Le (HPV) pénètre dans la muqueuse orale par des zones d'érosions ou par des brèches, pour atteindre les couches basales. Le (HPV) présente la particularité de ne se répliquer que dans les couches basales des épithéliums stratifiés [10].

L'infection des kératinocytes de la couche basale par le (HPV) entraîne une multiplication cellulaire intense, causant une hyperplasie de l'épithélium avec acanthose, papillomatose et hyperkératose [11].

La période d'incubation n'est pas connue mais elle variera de 3 semaines à 8 mois [12].

Cliniquement les condylomes acuminés se présentent sous la forme d'une masse charnue exophytique, unique ou multiple, d'un aspect rosâtre, plus ou moins pédiculée, localisée ou disséminée.

Ces lésions mesurent en moyenne 1,0 à 1,5 cm en diamètre. Elles sont de petites tailles au début et peuvent se multiplier et devenir des masses volumineuses d'aspect en chou-fleur [4], [13], [14].

Le diagnostic des condylomes acuminés repose sur l'aspect clinique et l'examen anatomopathologique. Ce dernier comporte la présence de nombreux koilocytes, associés à une prolifération papillomateuse exophytique [15].

La présence des koilocytes qui sont des kératinocytes vacuolisés à gros noyaux est pathognomonique de la l'infection à (HPV). Le virus quant à lui peut être mis en évidence aux moyens de l'hybridation in situ et la PCR (polymerase chain reaction) [16].

Mais pour être considérés comme témoins d'une affection condylomateuse, la présence des cellules koilocytaires doit s'accompagner d'anomalies architecturales du revêtement épithélial avec hyperacanthose et papillomatose [15].

Le diagnostic différentiel se fait avec le *verruca vulgaris*, le papillome, l'hyperplasie épithéliale focale et le carcinome verruqueux [14], [15].

Le papillome est une lésion orale commune, localisé fréquemment au niveau de la langue et du palais.

Il apparaît généralement sous la forme d'une lésion unique asymptomatique pédiculée avec une surface hérissé de projections papillaires, de coloration allant du rouge vers le blanc en fonction de la kératinisation [17], [18].

Histologiquement, un papillome démontrera une prolifération kératinisée de l'épithélium stratifié associé à des carottes fibrovasculaire du tissu conjonctif. Les koilocytes ne sont généralement pas présents, et l'identification des (HPV) dans ces lésions est souvent difficile [10], [14].

Le *Verruca vulgaris* ou verrue vulgaire, est une lésion associée à HPV et peut apparaître comme de multiple excroissances papillaires, mais les présentations multifocales sont généralement limitées à des sites cutanés et les lésions sont généralement plus petites que 0,5 cm [15].

Les verrues vulgaires sont identifiées le plus souvent chez les enfants ou les jeunes adultes, et la peau des mains est le site typique de l'infection. Les lésions orales présentent une prédilection pour la muqueuse labiale ou antérieure de la langue [10], [14].

Cependant, dans la verrue vulgaire, les crêtes épithéliales convergent généralement vers le centre de la lésion, les granules proéminents de kératohyaline sont fréquemment observés dans la couche granulaire. En outre, les koilocytes sont généralement confinés dans les couches épithéliales supérieures [15].

L'hyperplasie épithéliale focale ou maladie de Heck est peu diagnostiquée dans les populations occidentales et touche surtout les enfants noirs et antillais. C'est une lésion bénigne causée par le (HPV) qui affecte préférentiellement les muqueuses jugales et labiales [14].

Elle se présente sous forme de multiples papules molles et aplaties, parfois confluentes de 1 à 10 mm de diamètre, de la même couleur que la gencive, et s'effaçant lorsque la muqueuse est étirée [10].

Histologiquement, l'hyperplasie épithéliale focale est caractérisée par une acanthose plus qu'une papillomatose, avec des crêtes épithéliales convergentes et la présence des koilocytes [10].

Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale et les récives sont moindres [14].

Le carcinome verruqueux est considéré comme un carcinome de bas grade de malignité caractérisé par une croissance lente. Sa morbidité est assez élevée à cause de son agressivité locale et la fréquence des récives après traitement [19], [20]. Il intéresse préférentiellement la gencive attachée et la muqueuse jugale [19], [21].

Cliniquement, il se présente sous forme d'une prolifération verruqueuse exophytique kératinisée, sans induration classique [15], [19].

Le carcinome verruqueux présente un aspect clinique malin qui contraste avec une image histologique rassurante.

L'aspect histologique montre une prolifération épithéliale kératosique verruqueuse et des croissances endophytiques et exophytiques refoulant sans envahir la membrane basale [15], [19].

Les lésions papillomateuses ont un spectre clinique très proche, et qu'il reste difficile de les différencier.

Plusieurs thérapeutiques sont proposées pour l'élimination du condylome acuminé. Ces thérapeutiques résident essentiellement dans la chirurgie, la cryochirurgie, l'électrochirurgie ou l'utilisation du laser CO₂, ainsi les traitements topiques par acide rétinoïque ou interféron [1], [22].

Nous avons opté pour deux de nos patients pour la chirurgie à la lame froide. Cette chirurgie consiste à réaliser une exérèse complète de la lésion et ce par un trait d'incision, incluant environ 2 mm de la muqueuse péri lésionnelle également contaminée par le virus. Les berges muqueuses, sont rapprochées par un fil résorbable assurant ainsi l'hémostase.

Le 3^e cas a été traité par la technique de strangulation, une technique minimalement invasive, utilisée surtout dans les cas de condylomes pédiculés.

La cryothérapie consiste à geler les condylomes à l'azote liquide appliqué soit à l'aide d'un coton pendant quelques secondes, soit à l'aide d'un spray [22].

On peut également avoir recours à un traitement au laser (Nd-Yag, CO₂) ou par électrocoagulation, en s'assurant de bien aspirer les vapeurs contenant de l'ADN viral. En revanche, l'analyse anatomopathologique est rendue difficile [22].

	Condylome acuminé	Papillome	Verrues vulgaires
Caractéristiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion nodulaire ou projection papillaire courtes arrondies ou pointues donnant l'aspect en chou-fleur. • Couleur fréquemment rose plus rarement kératosique • Lésion indolore • Palpation ferme ou molle sans induration sous jacente 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion unique exophytique et pédiculée, de couleur rose ou framboise. • Projection papillaire plus ou moins dure selon la kératinisation • Lésion indolore • Palpation ferme ou molle sans induration sous jacente 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion indolore non pédiculée exophytique et circonscrite • Lésion dure et blanchâtre car hyperkératosique
Caractéristiques histo-pathologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux koilocytes • Hyperplasie du revêtement • Acanthose, Papillomatose • Kératose • Surface légèrement kératinisée, ou non kératinisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de koilocyte • Hyperpapillomatose • Hyperkératose • Hyperacanthose 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de koilocytes dans les coupes épithéliales • Hyperpapillomatose • Hyperkératose • Hyperacanthose

▲ Tableau récapitulatif des différences cliniques et histologiques entre les trois principales lésions à HPV : condylomes acuminés, papillomes et verrues vulgaires.

En post-opératoire, la prescription d'un bain de bouche à la chlorhexidine et d'un antalgique à base de paracétamol est préférable.

Un autre moyen thérapeutique non chirurgical consiste en l'application topique de l'imidazolquino-line à 5 %.

Ce traitement agit en stimulant les kératinocytes à produire l'Interféron-α. Ce dernier inhibe la réplique-virale et stimule l'induction des lymphocytes T cytotoxiques, permettant ainsi l'élimination des lésions [23].

Par conséquent, des essais randomisés contrôlés sont nécessaires pour démontrer l'efficacité, la sécurité et le calendrier posologique optimal de l'imidazoquinoline comme traitement des localisations orales du condylome acuminé [23].

Les patients doivent être informés qu'après le traitement, contaminés le virus peut résister et la récurrence des lésions est possible. Ces récurrences sont souvent liées aux tissus d'apparence normale environnante qui peuvent être hébergés par l'agent infectieux [17].

L'utilisation des moyens de protections physique comme le préservatif permet d'éviter toute contamination pouvant engendrer ce type de lésions. Toutefois, le préservatif ne protège que les zones couvertes et donc incomplètement pour ce qui est du risque de transmission du (HPV).

Le moyen de prévention le plus efficace contre les condylomes acuminés est fourni par l'abstinence sexuelle [1], [10].

CONCLUSION

Les localisations orales des condylomes acuminés sont très rares. Le médecin-dentiste doit connaître ces lésions pour pouvoir faire le diagnostic différentiel. Le traitement est généralement réalisé au moyen d'une excision chirurgicale, un certain nombre de modalités chirurgicales et non chirurgicales peuvent être utilisés. La récurrence du condylome orale est possible, un suivi et des visites de contrôle sont recommandés.

Bibliographie

- [1] Rimkevicius A, Puriene A, Gaigalas M. Condyloma acuminatum: some aspects. *Acta Medica Lituanica*. 2011 (18) : 2 ; 43-46.
- [2] Moroglu Ozdamar SS, Ozdamar O, Kucukodaci Z. Giant intraoral condyloma acuminatum lesion coexisting with genital condyloma. *Pak J Med Sci* 2014 ; 30 (5) : 1143-1146.
- [3] Kumaraswamy KL, Vidhya M. Human papilloma virus and oral infections: an update. *J Cancer Res Ther* 2011 ; 7 : 120-127.
- [4] McMamara K, Aiiien C, Kalmar J. Multiple papillary lesions of the gingiva. *Journal of the American Dental Association (JADA)* March 2013.
- [5] Reznik DA. Oral manifestations of HIV Disease. *Top HIV Medicine* 2006 ; 13 : 143-148.
- [6] Percinoto et al. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC Research Notes* 2014, 7 : 467.
- [7] Ferizi M, Gercari A, Pajaziti L, Blyta Y, Kocinaj A, Dobruna S Condyloma acuminata in child end laser therapy: a case report. *J Pediatr Surg* 2009, 2 : doi:10.1186/1757-1626-2-123.
- [8] Reis HLB, Rabelo PC, Santana MRF, Ferreira DC, Filho AC. Oral squamous papilloma and condyloma acuminatum as manifestations of buccal-genital infection by human papillomavirus. *Ind J Sex Trans Dis*. 2009 ; 30 (1) : 40-2.
- [9] Syrjänen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000 ; 11 : 259-274.
- [10] Bila T, Wendling G, Schwartzbrod P-E. Pathologies buccales à papilloma virus humain en dehors d'une contamination sexuelle : à propos de 3 patients. *Med Buccale Chir Buccale* 2014 ; 20 : 193-201.
- [11] Chung CH, Bagheri A, D'Souza G. Epidemiology of oral human papillomavirus infection. *Oral Oncol* 2014 ; 50 : 364-369.
- [12] Hoory T, Monie A, Gravitt P, Wu TC. Molecular epidemiology of human papillomavirus. *J Formos Med Assoc*. 2008 ; 107 (3) : 198-217.
- [13] Dos Reis HL, Rabelo PC, Santana MR, Ferreira DC, Filho AC. Oral squamous papilloma and condylomaacuminatum as manifestations of buccal-genital infection by human papillomavirus. *Ind J Sex Transm Dis*. 2009 ; 30 (1) : 40-42.
- [14] Prabhu SR, Wilson DF. Human papillomavirus and oral disease – emerging evidence: a review Australian. *Dental Journal* 2013 ; 58 : 2-10.
- [15] McMamara K, Aiiien C, Kalmar J. Multiple papillary lesions of the gingival. *Journal of the American Dental Association* 144 (3) March 2013.
- [16] Kumaraswamy KL, Vidhya M. Human papilloma virus and oral infections: an update. *J Cancer Res Ther* 2011 ; 7 : 120-127.
- [17] Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, Samson J. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. *Ed. Med'com*, Paris, 2009.
- [18] Dridi M, Ejeil AL, Vi-fane B, Godeau G. Papillome buccal : présentation d'un cas clinique. *Rev Odont Stomat* 2004 ; 33 : 111-117.
- [19] D'Elbée JM, Fricain JC. Carcinome verruqueux buccal traité par méthotrexate. *Med Buccale Chir Buccale* 2014 ; 20 : 21-25.
- [20] Rekha KP, Angadi PV. Verrucous carcinoma of the oral cavity: a clinicopathologic appraisal of 133 cases in Indians. *Oral Maxillofac Surg* 2010 ; 14 : 211-8.
- [21] Zhu LK, Ding Y, Liu W. A clinicopathological study on verrucous hyperplasia and verrucous carcinoma of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2012 ; 41 : 131-5.
- [22] Jaiswal R, Pandey M, Shukla M, Kumar M. Condyloma acuminatum of the buccal mucosa. *Ear Nose Throat J*. 2014 Jun ; 93 (6) : 219-23.
- [23] Carvalho Curi DS, Leite-Ribeiro PM, Torregrossa VR, Vieira VC, Sarmiento VA. Efficacy of imidazolquinoline on treatment of condyloma acuminatum of the buccal mucosa. *Spec Care Dentist XX (X)* 2016.