



## Intérêt de l'électrocoagulation chirurgicale dans la prise en charge des condylomes ano-génitaux à Madagascar .

Rasataharifetra H<sup>\*1</sup>, Herinirina SAE<sup>1</sup>, Rakotondrazafy T<sup>1</sup>,  
Rasolonjatovo JDC<sup>2</sup>, Rabesalama SSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

<sup>2</sup>Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Toamasina, Madagascar

### Résumé

**Introduction:** Les condylomes ano-génitaux sont induites par le Papilloma Virus Humain type 6 et 11 non oncogènes, le plus souvent par voie sexuelle et sont en forte recrudescence. Nous voulons refléter dans cette étude le profil épidémiologique des patients atteints de condylomes ano-génitaux et démontrer l'efficacité de l'électrocoagulation chirurgicale dans leur prise en charge, faute d'autre moyen.

**Patients et méthode:** Nous avons étudiés rétrospectivement les dossiers des patients ayant un statut sérologique bien défini, opérés sous anesthésie locale pour condylome ano-génital sur une période de 12 mois consécutif (janvier 2015 à janvier 2016), au Centre Hospitalier Universitaire Analankinina, Toamasina, Madagascar.

**Résultats:** Sur les 30 patients opérés en ambulatoire, 21 (70%) avaient eu une exérèse chirurgicale par électrocoagulation. La population jeune (15 à 25 ans) était la plus touchée avec une prédominance masculine (66,66%, sex-ratio de 3). Les pratiques sexuelles anales étaient rencontrées dans un tiers des cas. Les étudiants représentaient 57,14% de la population. D'autres infections sexuellement transmissibles associées étaient recensées: HIV (9,52%), Hépatite B (9,52%) et syphilis (14,2%). Sur un recul de douze mois, l'évolution était favorable avec un seul cas de récurrence in-situ et un malade perdu de vue.

**Conclusion:** L'électrocoagulation chirurgicale réalisée en ambulatoire, seul traitement disponible à Madagascar pour la prise en charge des condylomes ano-génitaux, demeure une alternative efficace, pratique et peu coûteuse.

**Mots clés:** Chirurgie; Condylome ano-génital; Electrocoagulation; Papilloma Virus Humain

### Abstract

**Titre en anglais: Interest of surgical electrocoagulation in the management of anogenital warts in Madagascar.**

**Introduction:** Ano-genital warts are benign tumors associated with Human Papillomavirus with low-risk oncogenic. They are currently one of sexually transmitted infections. We would like to show epidemiological and clinical findings of venereal warts and efficiency of surgical electrocoagulation for their treatment.

**Patients and method:** We retrospectively studied the files of patients with a well-defined serological status, operated under local anesthesia for anogenital condyloma for a period of 12 consecutive months (January 2015 to January 2016), at surgery ward of Analankinina hospital, Toamasina, Madagascar.

**Results:** Of the 30 patients operated on an outpatient basis, 21 (70%) were treated by surgical electrocoagulation. Young people is more concerned (66,66%) with sex ratio of 3. Students represented for 57,14% of the population. Anal sex practices were encountered in a third of cases. Associated sexual infections like hepatitis B (14,2%), HIV (9,25%) and syphilis (9,52%) were found during pre-operative period. Over a 12-month follow-up, evolution was favorable with only a case of recurrence in-situ and a patient lost to follow-up.

**Conclusion:** Surgical electrocoagulation in outpatient surgery, the only treatment available in Madagascar for the management of genital warts, remains an effective, practical and inexpensive alternative.

**Key words:** Electrocoagulation; Venereal wart; Human papilloma virus; Surgery

### Introduction

Les condylomes ano-génitaux sont des tumeurs bénignes de l'épithélium malpighien, dues au Papilloma Virus Humain (HPV) de type 6 et 11 [1]. Les localisations sont variables: vulve, vagin, col utérin, gland, verge, scrotum, périnée et région anale. Les condylomes acuminés font partie des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus fréquentes dans le monde [2,3]. Connus depuis l'Antiquité, ils sont considérés comme les plus anciennes des maladies vénériennes. En Occident, près de 1% des personnes sexuellement actives, âgées de 15 à 49 ans, en seraient porteuses. En 2005, le nombre annuel de nouveaux cas chez les femmes entre 15 à 65 ans était estimé à 229 cas sur 100.000 [4]. La transmission virale est essentiellement sexuelle. Les micro-abrasions muqueuses lors des rapports sexuels permettent aux virus de coloniser les couches basales de l'épithélium. L'objectif de ce travail est de refléter le profil épidémiologique des patients atteints et de démontrer l'efficacité de l'électrocoagulation chirurgicale pour la destruction des lésions macroscopiques, faute d'autre moyen.

### Patients et méthode

Pendant une période d'étude d'un an, de janvier 2015 à janvier 2016, nous avons étudié rétrospectivement les dossiers des patients présentant cliniquement des condylomes ano-génitaux et opérés en ambulatoire au bloc opératoire du Centre Hospitalier Universitaire Analankinina, Toamasina, Madagascar. Pour chaque patient, les paramètres d'étude étaient l'âge, le genre, la pratique sexuelle, la profession, la localisation des lésions, le statut sérologique, les infections sexuellement transmissibles associées et les suites opératoires.

### Résultats

Parmi les 30 patients opérés, nous avons colligés 21 opérés pour condylomes ano-génitaux. Sept étaient de sexe féminin (33,33%) et 14 de sexe masculin (66,66%) donnant un sex-ratio de 3. L'âge moyen était de 30,5 ans avec des extrêmes allant de 15 à 46 ans. La tranche d'âge entre 15 à 25 ans était la plus atteinte (57,14%) (Tableau 1). Concernant les pratiques sexuelles, 80,95% étaient hétérosexuels et 19,04% homosexuels, et 61,90% pratiquaient des rapports vaginaux et 4,76% anaux. Sur le plan professionnel, les étudiants représentaient 57,24% de la population (Figure 1). La localisation des condylomes la plus fréquente était pénienne (42,85%) (Tableau 2). Le statut sérologique montrait une positivité pour l'hépatite B

\* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drhanta.mada@gmail.com

<sup>1</sup> Adresse actuelle: Service de Chirurgie, CHU de Toamasina, Madagascar

(14,2%), le HIV (9,52%) et la syphilis (9,52%) (Figure 2). Un examen bactériologique cervico-vaginal était demandé chez les femmes révélant 2 cas de vaginose à *Gardnerella vaginalis*. Les patients étaient opérés sous anesthésie locale, en ambulatoire, après avoir effectué un bilan préopératoire et une consultation pré anesthésique. Les lésions multiples (85,71%), ainsi que celles peu nombreuses (14,28%) étaient traitées par électrocoagulation au bistouri électrique. Les suites opératoires étaient simples et sur un recul de douze mois, un cas de récurrence in-situ était enregistré et un patient était perdu de vue (Figure 3).

## Discussion

Les condylomes ano-génitaux apparaissent comme une affection du sujet jeune bien qu'elle puisse être retrouvée à tous les âges et que sa forte prévalence chez les moins de 25 ans est un marqueur de l'activité sexuelle [5]. Il existe une nette prédominance masculine dans notre série et dans la littérature [6]. La localisation anale est plus fréquente chez les homosexuels et est souvent source de néoplasie de la marge anale [7]. Les attouchements sexuels et autres actes sexuels sans pénétration peuvent également être sources de contamination. Il en est de même par simple contact avec des sous-vêtements ou des serviettes contaminés [6]. Les formes essentiellement rencontrées dans notre série étaient les formes pédiculées et papuleuses. Devant ces formes cliniquement évidentes, c'est à dire non planes, un examen immunologique n'a que peu d'intérêt [8]. Les IST associées sont fréquentes d'où l'intérêt d'avoir un statut sérologique pré thérapeutique comme dans notre série. Le but est de traiter ces autres infections mais aussi pour éviter de confondre certaines lésions de syphilides avec les condylomes [9]. Par ailleurs, ces infections associées favoriseraient la survenue de condylomes et l'immunodépression causée par le VIH entraînerait la survenue des lésions multiples et végétantes [7,9]. La prise en charge a pour but essentiel de détruire les lésions macroscopiques et éviter la contamination du partenaire sexuel. Elle est difficile car la quasi-totalité des méthodes existantes ont un effet purement destructeur sur les lésions et sont non spécifiques du HPV. Comme moyens physiques, il y a l'électrocoagulation chirurgicale faite au bistouri électrique sous anesthésie locale. D'autres moyens destructeurs physiques sont décrits: cryothérapie à l'azote liquide, laser CO2 Swift, Laser NdYAG. Il y a aussi les méthodes chimiques utilisant la podophylle et la podophyllotoxine, le 5 Fluoro uracile topique ou encore l'acide trichloroacétique. Quant aux méthodes non destructrices, elles sont basées sur les molécules antivirales (interféron) ou sur une stimulation immunologique (Imiquimod) [10]. Le choix du traitement dépend de plusieurs facteurs tels que le nombre, la localisation et la morphologie des lésions ainsi que le choix du patient [11]. Les topiques en auto-application sont indiqués pour les lésions peu importantes. Le laser ou l'excision sont recommandés dans les lésions multiples et multi-sites [12]. A Madagascar, le seul traitement disponible à notre disposition est l'électrocoagulation ou cautérisation au bistouri électrique qui est indiquée surtout pour les formes diffuses. Des cures à répétition s'avèrent souvent nécessaires [10]. En effet, les récurrences sont toujours possibles d'où l'intérêt d'un suivi toutes les 3 semaines pendant les 6 premiers mois, ceci pour dépister d'éventuelles récurrences précocement, et qui seront alors moins nombreuses et plus petites [10-12].

| Tranche d'âge  | Nombre de cas | Pourcentage |
|----------------|---------------|-------------|
| 15 à 25 ans    | 12            | 57,14 %     |
| 25 à 35 ans    | 4             | 19,04 %     |
| 35 à 45 ans    | 3             | 14,28 %     |
| Plus de 45 ans | 2             | 9,52 %      |
| Total          | 21            | 100%        |

Tabl 1: Répartition selon l'âge

| Localisation | Nombre de cas | Pourcentage |
|--------------|---------------|-------------|
| Vulvaire     | 5             | 23,80%      |
| Anale        | 5             | 23,80%      |
| Ano-vulvaire | 2             | 9,52%       |
| Pénienne     | 9             | 42,85%      |
| Total        | 21            | 100%        |

Tabl.2: Répartition selon la localisation des condylomes

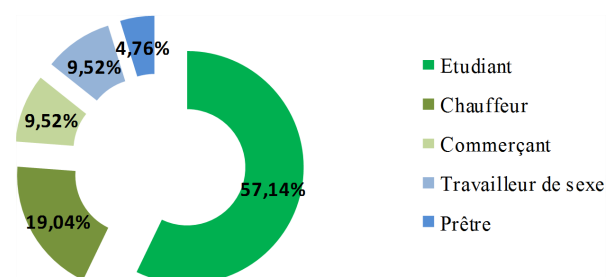


Fig.1: Répartition selon la profession

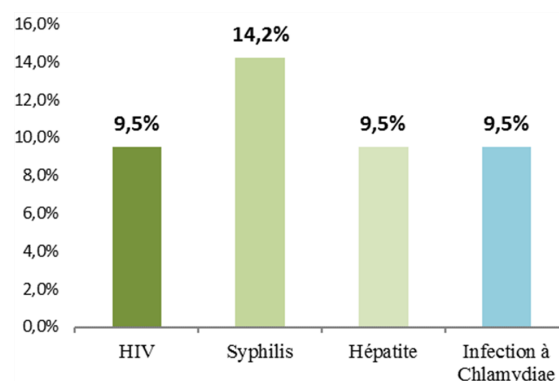


Fig.2: Répartition selon le statut sérologique

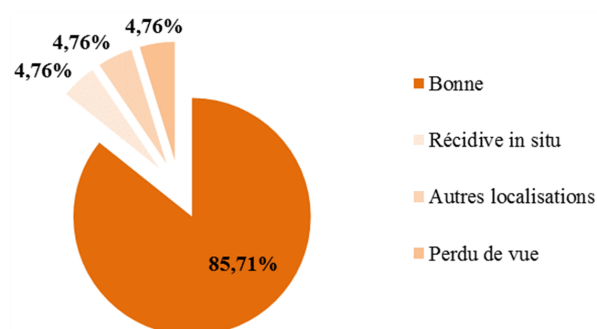


Fig.3: Répartition selon les suites post opératoires

## Conclusion

La chirurgie réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locale, utilisant l'électrocoagulation à l'aide du bistouri électrique est le seul traitement disponible à Madagascar pour la prise en charge des condylomes ano-génitaux. Notre étude illustre bien que cette méthode demeure une méthode efficace, pratique et peu coûteuse sous réserve d'un bon suivi des malades pour dépister et traiter les récidives qui sont toujours possibles.

## Références

- 1- Handsfield HH. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 16-20.
- 2- Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 3-8.
- 3- Riethmuller D. Lésions ano-génitales à papillomavirus chez la femme. *Rev Prat* 2006; 56: 1893-900.
- 4- Lukasiewicz E, Aractingi S, Flahault A. Incidence and management of condylomata acuminata by French general physicians. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 991-6.
- 5- Bouscarat F, Dupin N, Janier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau-Robert D; Section MST de la SFD. Verrues génitales - Condylomes externes. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133: 2S36-2S38.
- 6- Ghedamsi S, Mokhtar I, Ben Tekaya N, Kharfi M, Zghal M, Ridha Kamoun M. Profil épidémiologique des condylomes dans un service de dermatologie. A propos de 232 cas. *La Tunisie médicale* 2000; 78: 723-6.
- 7- Reithmuller D. Physiopathologie et épidémiologie des maladies ano-génitales à HPV. *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127: 355-9.
- 8- Bianchi A, Trolle S, Pollini G, Monsonogo S. Papillomavirus: agents infectieux et oncogènes. *Immunoanal Biol Spec* 1996; 11:104-14.
- 9- Barasso R, Pellise M. Condylomes ano-génitaux externes suivis en consultation spécialisée. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1003-7.
- 10- Bourgault Villada I, Aractingi S. Condylomes. *Thérapeutiques Dermatologiques* 2001; 140-3.
- 11- Maw R, Von Krogh G. The management of anal warts. Topical self treatment, ablative therapy, and counselling should all be available. *BMJ* 2000; 321: 910-11.
- 12- Quéréux C, Bory JP. 31èmes journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie Médicale. Condylomes génitaux. Paris: 2007.