



Article professionnel

Article

2014

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

"Frequently Asked Question" (FAQ) sur l'infection au Papilloma virus
humain (HPV)

Toutous Trelu, Laurence Marie; Darbellay, Basile

How to cite

TOUTOUS TRELLU, Laurence Marie, DARBELLAY, Basile. 'Frequently Asked Question' (FAQ) sur l'infection au Papilloma virus humain (HPV). In: Dermatologica Helvetica, 2014, vol. 26, n° 10, p. 22–25.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:147760>

"Frequently Asked Question" (FAQ) sur l'infection au Papilloma virus humain (HPV)

B. Darbellay, L. Toutous-Trellu

Service de dermatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève

Derm. Hel. 2014;26(10):22-25

INTRODUCTION

Les infections à Human Papilloma Virus (HPV) sont les maladies sexuellement transmissibles les plus fréquentes avec une incidence estimée à 1-3% des personnes sexuellement actives et sont un motif de consultation régulier (Steinau et al., 2014). Les connaissances sur le virus et sa pathogénécité ont rapidement progressées ces dernières années et la prise en charge des infections à HPV demeure souvent multidisciplinaire et complexe. Nous avons fait le choix d'établir un FAQ sur la base de questions fréquemment posées par nos patients ou collaborateurs lors de notre activité dans le service de dermatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

FAQ

1. **Réservoir: Je n'ai pas eu de rapports sexuels, êtes vous sûr qu'il s'agit bien du HPV ? Si oui, d'où vient-il ? Est-ce possible d'attraper le HPV dans un sauna, aux toilettes, avec une poignée de porte, une poignée de main, des rapports sexuels oraux, des sex-toys ?**

Depuis 1842 le praticien italien Rigoni-Stern nota que les cancers du col utérin semblaient associés aux rapports sexuels. Le HPV survit uniquement dans les cellules épithéliales muqueuses et cutanées et ne se transmet que par contact direct peau-peau/muqueuse. Les muqueuses génitales, périanale, orale, conjonctivale et respiratoires sont concernées.

Cependant, certains faits soulignent la possibilité d'une infection via une surface contaminée. Le virus du HPV survit plus d'une semaine sur les surfaces (Roden et al., 1997) et l'ADN d'HPV est détecté dans notre environnement, par exemple sur les cuvettes de toilettes d'aéroport, (Smelov et al., 2013) et les sex-toys même après nettoyage de ces surfaces (Anderson et al., 2014). Comme pour les verrues vulgaires, une transmission par contact avec une surface contaminée est donc possible. Une conséquence importante est que le matériel médical doit être désinfecté par autoclavage ou/et nettoyage à l'alcool 70% (Roden et al., 1997). Le médecin peut aussi recommander des mesures préventives aux patients (éviter l'échange de matériel, désinfection des surfaces à risque).

2. **IST: Couple ensemble depuis 20 ans : Je viens d'avoir le HPV, ce la veut dire que mon partenaire m'a trompé ? Dois-je dire à mon partenaire que j'ai le HPV ?**

Le HPV est une maladie sexuellement transmissible, néanmoins, il est possible de contracter le HPV sans avoir trompé son partenaire pour deux raisons dont une majeure :

1. Une infection via une surface contaminée n'est pas impossible (voir point 1).
2. A la manière de l'herpès simplex virus, le virus HPV peut se réactiver après une période de latence de plusieurs années, la primo-infection peut donc être très ancienne (Broker et al., 2001). Ce mécanisme est le mieux démontré.

Le HPV se transmet par contact, il est donc important de prévenir votre partenaire et que celui-ci s'adresse à son médecin pour un contrôle. Pour un homme, chez un dermatologue, pour une femme, chez un gynécologue,

3. **Histoire naturelle: J'ai eu plusieurs partenaires mais c'était il y a une année: la contamination peut-elle dater de cette époque ? Mes verrues ont disparu suite au traitement, suis-je toujours contagieux ? Si oui, pour combien de temps ?**

Les verrues génitales (condylomes) se développent en 2.9 mois (IC 95% : 0-5 à 7) après la 1^{ière} détection du virus lors des tests (contrôles PCR tous les 4 mois, donc ajouter 4 mois au maximum sur les temps précités) (Winer et al., 2005)).

Lors d'une immunité normale, le HPV est rejeté de telle sorte que 90.6% des infections sont indétectables après 2 ans (Winer et al., 2011). Malgré l'absence de verrues visibles suite aux traitements, une contamination reste toujours possible surtout durant les 2 ans suivant la primo-infection. De plus, des facteurs déclenchants peuvent réactiver le HPV des années après la primo-infection (Broker et al., 2001). L'absence de condylomes ne signifie donc pas que vous n'êtes plus contagieux et la prévention de la transmission reste nécessaire (préservatif, abstinence, mesures d'hygiène, vaccination).

4. **Traitement : Comment me débarrasser du HPV ?**

Le contrôle naturel de l'infection est effectué par le système immunitaire.

La prise en charge médicale du HPV repose sur la destruction des condylomes visibles (Fathi and Tsoukas, 2014) qui est efficace dans un délai de 5.9 mois en moyenne (CI 95% 3.9-8) (Winer et al., 2005). Les différents traitements disponibles sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : traitements courants utilisés contre le HPV. Adapté de : Clin Dermatol. 2014 Mar-Apr;32(2):299-306. Genital warts and other HPV infections: established and novel therapies. Fathi R1, Tsoukas

Type de traitement	Mécanisme d'action	Administration	Risque pour la grossesse	Clearance %	Récurrence %	Commentaires
Podophyllotoxine	Lie les microtubules cellulaires	Patient	Podophyllotoxine pas de données Podophylline contraindiquée	45%-77%	38%	Coût-efficace
Imiquimod	Lie les TLRs et induit une réponse immunitaire cellulaire	Patient	Inconnu	5%: 40%-70%; 3.75%: 28%	5%: 9%-19%; 3.75%: 28%	2 concentrations de crème 5% et 3.75%.
Cidofovir	Analogue de nucleoside inhibant l'ADN polymerase	Patient		65%	inconnu	Plus d'études requises
Isotrétinoïne	Dérivé de vitamine A régulant l'expression génique	Patient	Non			
PPD (Purified Protein Derivative) intralésionnel	Antigène intralésionnel déclenchant une réponse immune contre l'HPV	Médecin	oui	47.5%	inconnu	Plus d'études requises
5-FU (5-Fluorouracile)	inhibition irréversible de la synthétase du thymidylate	Médecin	Non	10%-50%	50%	Non recommandé en général
TCA (Acide Trichloracétique)	Brûlures chimiques	Médecin	oui			
Cryothérapie	Destruction par la congélation	Médecin	oui	79%-88%	25%-40%	Indication uniquement locale
Electro-chirurgie	Excision chirurgicale	Médecin	oui			
Excision	Excision chirurgicale	Médecin	oui			
Thérapie photodynamique	ALA convertie en intracellulaire en protoporphyrines photosensibilisante	Médecin	oui			
Laser	Energie infrarouge vaporise les tissus	Médecin	oui			Laser Co2 le plus utilisé
Chirurgie de Mohs	Excision chirurgicale	Médecin	oui			
Interféron	Immunomodulateur, anti-prolifératif et antiviral	Médecin	Non			

5. Prévention: Le préservatif est-il efficace contre le HPV ?

Le préservatif diminue le risque de contamination mais ne protège que très partiellement. En effet, 37.8% des femmes seraient contaminées par le HPV de leur partenaire si celui-ci se protège, contre 89.3% en cas d'utilisation du préservatif lors de moins de 5% des rapports sexuels (Winer et al., 2006). Nous recommandons d'utiliser cette prévention cependant dans les mêmes contextes que pour les autres IST et aussi lors des périodes de traitement.

6. Prévention/vaccin: Le vaccin protège-t-il contre le HPV ? Peut-on vacciner les hommes ? Si je me vaccine mais j'avais déjà le HPV, est-ce un problème ? Devrais-je toujours faire le test chez mon gynécologue si je me vaccine ?

Le vaccin réduit le risque d'infection détectable d'environ 63%. La durée de protection identifiée est de 5-8 ans et le vaccin ne protège que contre 4 types de HPV 6, 11, 16, 18 (pour plus de 170 types connus) (Dochez et al., 2014). De nouveaux vaccins protégeant contre plus de types de HPV sont en cours de développement. Les recommandations vaccinales ne doivent pas faire négliger un suivi gynécologique annuel après la vaccination, ni les conseils de prévention concernant les autres infections sexuellement transmises. Les critères de remboursement du vaccin varient de

cantons à cantons en Suisse.

Les hommes peuvent se faire vacciner mais le vaccin n'est pas remboursé en Suisse pour cet indication (Markowitz et al., 2014).

Il n'y a aucun risque connu à se faire vacciner si vous avez déjà le HPV (Stern et al., 2012). Des études sont en cours pour évaluer l'efficacité thérapeutique de la vaccination.

7. Diagnostic : Je dois montrer "patte" blanche, mon nouveau partenaire veut être certain que je n'ai pas le HPV. Existe-t-il un test pour savoir si j'ai attrapé le HPV même si je n'ai pas de verrues ?

Le suivi gynécologique chez la femme permet de savoir si le HPV est présent. Chez l'homme, le dépistage se fait par un examen clinique parfois complété par une histologie voire une PCR. La détection de l'infection latente (porteur sain), techniquement envisageable, n'est pas validée à l'heure actuelle. L'infection latente au HPV est donc un risque que les partenaires doivent accepter.

8. Oncogenèse : Si j'ai le HPV alors je vais forcément avoir un cancer ?

Le plus souvent (90.6% des cas), le HPV se résout spontanément en moins de 2 ans et il n'y a pas de risque de cancer (Winer et al., 2005). En cas

d'infection persistante plusieurs années, le HPV peut entraîner des cancers du col de l'utérus, de la vulve, du pénis, de l'anus, de la cavité buccale, du pharynx, de la peau, de la vessie, des reins (de Martel et al., 2012).

A titre préventif, un contrôle annuel chez le gynécologue est recommandé pour les femmes (Winer et al., 2005).

Il n'y a pas de consensus concernant le dépistage des autres cancers liés au HPV car la majorité des données disponibles sur le HPV proviennent de l'infection du col de l'utérus. La prévalence de l'infection buccale (7%) n'a été publiée que très récemment par exemple (Gillison et al., 2012). Un dépistage annuel du carcinome anal chez certains patients à risque a été proposé (Ortoski and Kell, 2011). Un examen urologique chez les partenaires de patients atteints de HPV à haut risque serait indiqué (Alarcon-Herrera et al., 2010). Le dépistage des cancers ORL chez les patients atteints de HPV et leur(s) partenaire(s) serait aussi à envisager (Rettig et al., 2014). Le dermatologue devra donc évaluer la prise en charge multidisciplinaire adéquate.

9. Transmission mère-enfant: Je veux avoir un bébé, le HPV est-il dangereux pour la grossesse, vais-je le transmettre au bébé ?

Le HPV peut se transmettre de la mère à l'enfant lors de l'accouchement mais il s'agirait plutôt d'une contamination transitoire que d'une réelle infection, l'ensemble des nouveau-nés ne présentant aucun signe de HPV et des tests négatifs 6 mois après l'accouchement ont été démontrés (Park et al., 2012). La papillomatose laryngée de l'enfant est exceptionnelle. La durée du travail et la rupture prématurée des membranes ne présenteraient pas d'augmentation du risque (Park et al., 2012). L'infection au HPV n'est donc pas une indication à une césarienne ou à une vaccination avant ou durant la grossesse.

REMERCIEMENTS

Mélanie Michaud, Nicole Eicher: infirmières de santé publiques, service de dermatologie, Hôpitaux Universitaires, Genève.

REFERENCES (par ordre alphabétique 1^{er} auteur)

- Alarcon-Herrera A, Cervantes-Sanchez A, Meneses-Miranda T, Castillejos-Lopez M, Astudillo-de la Vega H, Tena-Suck ML (2010) [Association between penoscopy data and urethral cytology among men with partners who had cervical lesions associated with human papilloma virus]. *Gaceta medica de Mexico* 146:274-80.
- Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD (2014) A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sexually transmitted infections*.
- Broker TR, Jin G, Croom-Rivers A, Bragg SM, Richardson M, Chow LT, et al. (2001) Viral latency--the papilloma-virus model. *Developments in biologicals* 106:443-51; discussion 52-3, 65-75.
- de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et al. (2012) Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *The Lancet Oncology* 13:607-15.
- Dochez C, Bogers JJ, Verhelst R, Rees H (2014) HPV vaccines to prevent cervical cancer and genital warts: an update. *Vaccine* 32:1595-601.
- Fathi R, Tsoukas MM (2014) Genital warts and other HPV infections: established and novel therapies. *Clinics in dermatology* 32:299-306.
- Gillison ML, Broutian T, Pickard RK, Tong ZY, Xiao W, Kahle L, et al. (2012) Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 307:693-703.
- Herrero R, Castellsague X, Pawlita M, Lissowska J, Kee F, Balaram P, et al. (2003) Human papillomavirus and oral cancer: the International Agency for Research on Cancer multicenter study. *Journal of the National Cancer Institute* 95:1772-83.
- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J, et al. (2014) Human papillomavirus vaccination. *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 63:1-30.
- Ortoski RA, Kell CS (2011) Anal cancer and screening guidelines for human papillomavirus in men. *The Journal of the American Osteopathic Association* 111:S35-43.
- Park H, Lee SW, Lee IH, Ryu HM, Cho AR, Kang YS, et al. (2012) Rate of vertical transmission of human papillomavirus from mothers to infants: relationship between infection rate and mode of delivery. *Virology journal* 9:80.
- Rettig E, Kiess AP, Fakhry C (2014) The role of sexual behavior in head and neck cancer: implications for prevention and therapy. *Expert review of anticancer therapy*:1-15.
- Roden RB, Lowy DR, Schiller JT (1997) Papillomavirus is resistant to desiccation. *The Journal of infectious diseases* 176:1076-9.
- Smelov V, Eklund C, Arroyo Muhr LS, Hultin E, Dillner J (2013) Are human papillomavirus DNA prevalences providing high-flying estimates of infection? An international survey of HPV detection on environmental surfaces. *Sexually transmitted infections* 89:627.
- Steinau M, Hariri S, Gillison ML, Broutian TR, Dunne EF, Tong ZY, et al. (2014) Prevalence of cervical and oral human papillomavirus infections among US women. *The Journal of infectious diseases* 209:1739-43.
- Stern PL, van der Burg SH, Hampson IN, Broker TR, Flander A, Lacey CJ, et al. (2012) Therapy of human papillomavirus-related disease. *Vaccine* 30 Suppl 5:F71-82.
- Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. (2006) Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *The New England journal of medicine* 354:2645-54.
- Winer RL, Hughes JP, Feng Q, Xi LF, Chernes S, O'Reilly S, et al. (2011) Early natural history of incident, type-specific human papillomavirus infections in newly sexually active young women. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 20:699-707.
- Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, Adam DE, Lee SK, Kuyper JM, et al. (2005) Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. *The Journal of infectious diseases* 191:731-8.