



## Le condylome acuminé isolé de la cavité buccale : à propos d'un cas clinique

Layla Mahroug<sup>1,4,\*</sup>, Nehal Maja<sup>2,4</sup>, Mohamed Allaoui<sup>3,4</sup>, Mohamed Oukabli<sup>3,4</sup>, Mohamed Boui<sup>2,4</sup>, Karim El Khatib<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>2</sup> Service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>3</sup> Service d'anatomie pathologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

<sup>4</sup> Faculté de médecine et pharmacie, université Mohammed V Souissi, Rabat, Maroc

Correspondance : laylamahroug83@hotmail.fr

(Reçu le 6 juillet 2015, accepté le 29 septembre 2015)

### Mots clés :

condylome acuminé / papillomavirus humain

**Résumé – Introduction :** Le condylome acuminé est une tumeur épithéliale bénigne classée parmi les infections sexuellement transmissibles. Les virus responsables des condylomes sont à 90 % les papillomavirus muqueux de type 6 et 11 réputés à bas risque de cancérisation. Le but de ce travail est de rappeler les aspects cliniques, histologiques et thérapeutiques du condylome acuminé de la cavité buccale et de mettre la lumière sur ses voies de transmission non sexuelle. **Observation :** Il s'agissait d'un patient âgé de trente ans, sans notion de pratique sexuelle bucco-génitale, qui présentait des lésions blanchâtres millimétriques au niveau du palais et de la commissure labiale gauche évoluant depuis un an. L'exérèse des deux lésions palatines avait été réalisée ainsi qu'une biopsie des lésions de la commissure labiale gauche complétée par une électrocoagulation. L'examen histologique confirmait le diagnostic de condylome. Le suivi postopératoire ne montrait aucune récurrence après dix mois de surveillance. **Discussion :** Les condylomes buccaux sont exceptionnels et sont souvent secondaires à une contamination par contact sexuel direct. Cependant d'autres voies de transmission non liées aux relations sexuelles sont décrites. Le diagnostic est suspecté cliniquement et confirmé par l'étude histologique. Un traitement radical basé sur l'exérèse chirurgicale avec excision ou électrocoagulation s'impose vu le caractère hautement contagieux des lésions. **Conclusion :** Le condylome acuminé est rarement de localisation buccale. Son diagnostic procède conjointement d'un entretien médical soigneux et de l'examen histologique.

### Key words:

condyloma acuminatum / Human papillomavirus

**Abstract: Isolated condyloma acuminatum of the oral cavity: a short case report.**

**Introduction:** A condyloma acuminatum is a benign tumor considered to be a sexually-transmitted infection. The viruses responsible are 90 % the human papilloma viruses types 6 and 11. They present low risk of cancer. The aim of this short case report is to state the clinical, histological and therapeutic aspects of condyloma acuminata of oral localization, and also to examine the pathways of non-sexual transmission. **Observation:** A thirty-year-old patient without sexual oro-genital activities consulted for whitish millimeter-length lesions localized in the hard palate and the left labial corners which had appeared a year ago. The surgical excision of both lesions of the hard palate were performed, as well as a biopsy of the left labial commissure, completed by electrocoagulation. The histological exam concluded the diagnosis of condyloma acuminata. No recurrence was recorded during the ten months of post-operative follow-up. **Discussion:** Oral lesions of condyloma acuminatum are very seldom and often secondary to contamination through direct sexual contact. Meanwhile, other transmission pathways not related to direct sexual contact are described. The diagnosis of condyloma acuminatum is clinical and confirmed by a histological exam. Radical treatment based mainly on surgical excision or electrocoagulation is imperative because of the highly contagious character of this lesion. **Conclusion:** Condyloma acuminatum is very seldom localized in the oral cavity. Diagnosis is mainly based on medical history and a histological exam.

## Introduction

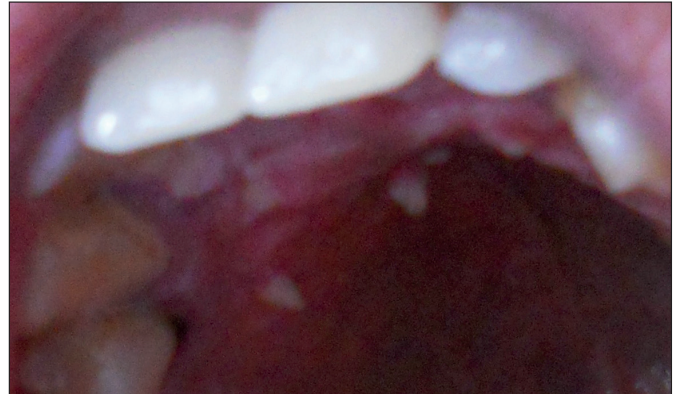
Le condylome acuminé est une maladie sexuellement transmissible provoquée par le « human papillomavirus » (HPV) [1]. Sur la muqueuse buccale, les infections à HPV peuvent revêtir plusieurs formes cliniques. Les papillomes buccaux sont des lésions le plus souvent uniques, exophytiques et pédiculées, associées aux HPV de type 6 et 11. Les verrues vulgaires sont de petites lésions à surface rugueuse et à base sessile dont la transmission se fait à partir des verrues cutanées par inoculation ; les HPV de type 2 et 4 sont alors les principaux responsables. Les condylomes acuminés de la muqueuse buccale sont rares [2], ils affectent volontiers les adultes, avec une légère prédominance pour les hommes caucasiens entre trente et quarante ans [3]. Ils sont le plus souvent liés à un contact oro-génital et sont associés aux HPV de type 6 et 11 [2].

## Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de trente ans, avec notion de rapports sexuels non protégés et de partenaires multiples mais sans notion de pratique bucco-génitale, qui s'était présenté pour des lésions du palais et de la commissure labiale gauche, évoluant depuis un an. L'examen clinique endobuccal retrouvait deux lésions blanchâtres de 0,2 mm, pédiculées au niveau du palais dur (Fig. 1), associées à de petites lésions confluentes en chou-fleur au niveau de la commissure labiale gauche (Fig. 2). L'examen général ne retrouvait pas de végétation au niveau des organes génitaux externes ni de localisation cutanée de verrue vulgaire. Les sérologies VIH, syphilis, hépatite B et C étaient toutes négatives. L'exérèse simple des deux lésions du palais a été réalisée sous anesthésie locale. Une biopsie des lésions de la commissure labiale gauche complétée par une électrocoagulation a aussi été réalisée. L'examen histologique (Fig. 3 et 4) des trois pièces opératoires a montré la présence d'une structure polypoïde verruqueuse avec des accidents de reliefs entre surélévations et invaginations profondes constituée d'un revêtement épithélial hyperplasique et papillomateux surmonté d'une épaisse couche cornée orthokératosique constituée de cellules polyédriques à épines. Certaines d'entre elles, surtout superficielles, présentent une morphologie de koïlocytes avec parfois une binucléation. Le derme sous-jacent fibreux comporte de discrets infiltrats lymphocytaires. Le diagnostic de condylome a été retenu. Aucune récurrence n'a été rapportée après dix mois de suivi.

## Discussion

Condylome vient du mot grec « kondilus » (qui veut dire tumeurs rondes) et « acuminé » du mot latin « acuminare » (signifiant pointu). Les condylomes acuminés sont des masses charnues associées aux HPV dont il existe plusieurs sous-types. L'HPV 6 et 11 sont généralement détectés par les méthodes d'immuno-histochimie et par hybridation avec des taux de positivité de 75 à 85 % [4].



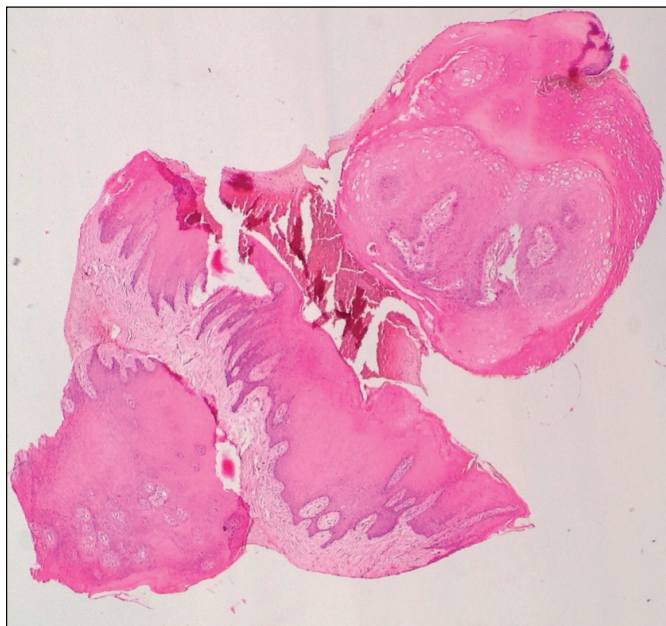
**Fig. 1.** Deux lésions pédiculées situées au niveau du palais dur.  
*Fig. 1. Two lesions with a pedicle base located on the hard palate.*



**Fig. 2.** Lésions confluentes en chou-fleur de la commissure labiale gauche.  
*Fig. 2. Confluent lesions of cauliflower aspect of the left labial corner.*

En 1901, Heidingsfield a rapporté le cas de végétations vénériennes de la langue chez une « puella publica » de 24 ans et chez laquelle l'origine suspectée était le « coït illegitimus » (les relations sexuelles bucco-génitales). Bien que les termes péjoratifs utilisés pour décrire ce cas clinique aient été longtemps abandonnés, la voie de transmission oro-génitale était probablement celle qui a été décrite pour cette patiente. Heidingsfield a détaillé l'étude histologique des condylomes de la langue et de la lèvre de la patiente et a conclu que le condylome acuminé de la lèvre concordait avec le condylome acuminé de la localisation génitale non seulement sur le plan clinique mais aussi histologique [5].

Actuellement, il est admis que la voie oro-génitale est la principale voie de transmission [1, 4]. Le patient ici présenté ne rapporte pas d'antécédent de rapport sexuel oro-génital,



**Fig. 3.** Structure polypoïde verruqueuse tapissée d'un revêtement épithélial hyperplasique et papillomateux, surmonté d'une épaisse couche cornée hyperkératosique (HE x 50).

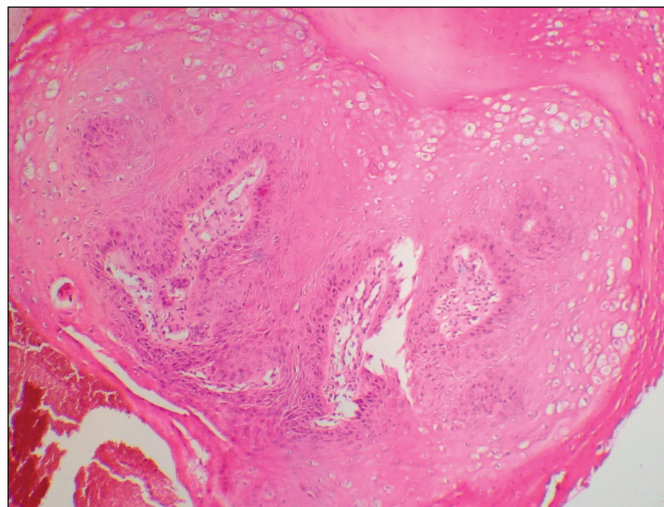
*Fig. 3. Polypoïde structure, verrucous papery with an epithelial cover hyperplastic and papillomatous, topped with a thick hyperkeratosis stratum corneum (HE x 50).*

ce qui incite à appuyer l'hypothèse de la présence d'éventuel autre mode de transmission. La présence d'HPV chez des vierges (moins de 2 % des cas) et chez de jeunes enfants fait suspecter d'autres voies de transmission. Une voie de transmission par contact de surface infectée ou de sous-vêtements a été évoquée. La présence d'HPV sur les sous-vêtements de patientes avec lésions HPV induites a été authentifiée [6, 7]. Dans le cas de ce patient, aucune autre localisation de condylomes associée (génitale ou anale) n'a été décelée. Une transmission par voie oro-orale est aussi envisagée. Une étude prospective au sein de couples montre qu'une infection orale persistante chez l'un des deux conjoints augmente d'un facteur de 10 le risque d'infection orale chez l'autre conjoint mais ne retrouve pas de corrélation avec les pratiques sexuelles orales privilégiant ainsi une transmission oro-orale [8].

L'HPV a été retrouvé dans des infections asymptomatiques de la muqueuse buccale aussi bien que dans des lésions orales bénignes et malignes. La période d'incubation varie d'une semaine à plusieurs mois.

La contamination orale semble pouvoir se produire à tout âge. Mais l'histoire naturelle de l'infection HPV dans la cavité buccale est encore mal élucidée et les données sur le génotypage d'HPV au niveau de la muqueuse orale sont rares [8].

De nombreuses tumeurs bénignes épithéliales de la muqueuse buccale sont associées à plusieurs types d'HPV. On distingue principalement les papillomes, les condylomes acuminés et les verrues vulgaires qui cliniquement ne sont pas toujours faciles



**Fig. 4.** Certaines cellules épithéliales sont dotées d'un cytoplasme clarifié et d'un noyau chiffonné, parfois binucléées, correspondant à des koilocytes (HE x 200).

*Fig. 4. Some epithelial cells are endowed with a clarified cytoplasm and with a tired-looking nucleus, sometimes binuclear, corresponding to koilocytes (HE x 200).*

à différencier. Les papillomes se présentent sous forme bien circonscrite, pédiculée ou sessile, avec un aspect en chou-fleur. Les condylomes acuminés siègent préférentiellement au niveau de la lèvre, du dos et du frein de la langue, du plancher buccal, du palais dur et parfois des gencives [9, 10]. Ils se présentent sous forme d'excroissance papillomateuse muqueuse avec un aspect en chou-fleur. Ils peuvent avoir un aspect variable allant d'une papule à une tumeur sessile. Les verrues vulgaires constituent une lésion papillaire nodulaire siégeant au niveau des lèvres (HPV 2) et du palais et dans une moindre mesure sur la face dorsale de la langue, les gencives et la muqueuse jugale. La nature de la lésion est précisée par l'analyse anatomopathologique [8].

Les condylomes acuminés sont des tumeurs bénignes associées à des HPV à faible risque oncogène (HPV 6, 11 surtout). Le risque de survenue d'une lésion cancéreuse est dû à la persistance d'un HPV oncogène latent associé (multi-infection), et non à l'évolution maligne de cette infection.

L'existence de condylome implique la pratique d'un bilan d'extension à la recherche d'une atteinte multifocale (atteinte urétrale ou ano-génitale). Chez les femmes, un examen gynécologique s'impose avec frottis cervico-vaginal annuel. Le bilan inclura un dépistage des infections sexuellement transmissibles (PCR chlamydia, sérologie de la syphilis, du VIH et de l'hépatite B) et l'examen des partenaires [11].

Le diagnostic différentiel se fait grâce à l'examen clinique et à l'examen anatomopathologique qui permet de faire la différence entre un condylome acuminé, un papillome squameux, une verrue vulgaire, un carcinome verruqueux et une hyperplasie épithéliale focale. Le condylome acuminé présente typiquement une composante papillomateuse [1, 12, 13], des

crêtes épithéliales larges avec prédominance d'une acanthose, et présence de quantité variable de parakératine. L'aspect histologique de koïlocytes est classiquement retrouvé dans les condylomes de la cavité orale. Il se manifeste par la présence dans la couche épineuse de cellules ballonnées, vacuolisées présentant un noyau pycnotique et un halo périnucléaire non uniforme [3].

Le traitement a pour objectif la disparition macroscopique des lésions. L'abstention thérapeutique est déconseillée à cause du caractère hautement contagieux qui caractérise les infections à HPV avec risque d'extension vers d'autres surfaces orales. La plupart des patients avec condylome de la cavité orale sont traités par chirurgie, avec une exérèse ou une électrocoagulation de la lésion [1, 14, 15]. Dans le cas présenté, le traitement a associé les deux sous anesthésie locale.

## Conclusion

Le condylome acuminé de la cavité orale est une tumeur rare, très contagieuse, causée par les papillomavirus. Le rapport oro-génital constitue le principal mode de transmission mais d'autres voies sont suspectées et devraient faire l'objet de recherches scientifiques plus approfondies. Le diagnostic est histologique. Le traitement est essentiellement chirurgical par cryochirurgie, exérèse au bistouri « froid », électrocoagulation, ou ablation au laser.

**Conflits d'intérêt :** aucun

## Références

1. Percinoto AC, Danelon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. Condyloma acuminata in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC Res Notes* 2014;23(7):467.
2. Bocquet H, Bagot M. Lésions tumorales bénignes associées aux papillomavirus humains. *EMC - Dermatologie-Cosmétique* 2004;1(2):97-112.
3. Anderson KM, Perez-Montiel D, Miles L, Allen CM, Nuovo GJ. The histologic differentiation of oral condyloma acuminatum from its mimics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;96(4):420-428.
4. Bharti AH, Chotaliya K, Marfatia YS. An update on oral human papillomavirus infection. *Indian J Sex Transm Dis* 2013;34(2):77-82.
5. Karamanou M, Agapitos E, Kousoulis A, Androutsos G. From the humble wart to HPV: A fascinating story throughout centuries. *Oncol Rev* 2010;4:133-135.
6. Gavillon N, Vervaeet H, Derniaux E, Terrosi P, Graesslin O, Quereux C. Papillomavirus humain (HPV) : comment ai-je attrapé ça ? *EMC - Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2010;38:199-204.
7. Cason J, Mant CA. High-risk mucosal human papillomavirus infections during infancy and childhood. *J Clin Virol* 2005;32S:S52-58.
8. Beby-Defaux A, Dufour X, Agius G. Infections à papillomavirus humains (HPV) des voies aéro-digestives supérieures (VADS). *Revue Francophone des Laboratoires* 2011;41;434:65-75.
9. Manganaro AM. Oral condyloma acuminatum. *Gen Dent* 2000;48(1):62-4; quiz 65-66.
10. Henley JD, Summerlin D-J, Tomich CE. Condyloma acuminatum and condyloma-like lesions of the oral cavity: a study of 11 cases with an intraductal component. *Histopathology* 2004;44(3):216-221.
11. Bouscarat F, Dupin N, Janier M, Drobacheff C, Milpied B, Vexiau-Robert D. Verrues génitales (condylomes) externes. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2006;133(8-9):36-38.
12. Butler S, Molinari JA, Plezia RA, Chandrasekar P, Venkat H. Condyloma acuminatum in the oral cavity: four cases and a review. *Rev Infect Dis* 1988;10:544-550.
13. Praetorius-Clausen F. Rare oral viral disorders (molluscum contagiosum, localized keratoacanthoma, verrucae, condyloma acuminatum and focal epithelial hyperplasia). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972;34(4):604-618.
14. Margolis S. Therapy for condyloma acuminatum: a review. *Rev Infect Dis* 1982;4:829-836.
15. Simmons PD. Genital warts. *Int J Dermatol* 1983;22(7):410-414.