

# Prise en charge du papillomavirus humain au cabinet médical: que faire pour les hommes?

Dre DÉBORAH EBSTEIN<sup>a</sup>, Dr FRANCIS VU<sup>b</sup>, Pr PATRICK BODENMANN<sup>b</sup> et Pr SERGE DE VALLIÈRE<sup>a,c</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 770-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.778.770

**En médecine de premier recours, le médecin peut être confronté à des questions de prévention, de dépistage ou de traitement en lien avec le papillomavirus (HPV), situations généralement rencontrées chez la femme mais parfois aussi chez l'homme. Au travers de trois vignettes cliniques, cet article vise à proposer quelques recommandations de prise en charge au cabinet dans le but de répondre aux questions liées au HPV susceptibles d'être soulevées par la population masculine.**

## Management of human papillomavirus at the doctor's office: what to do for men?

*In primary care medicine, doctors may be facing with human papillomavirus (HPV)-related questions regarding prevention, screening or treatment, more so with women than with men. Through three clinical vignettes, this article aims to offer some clinical management recommendations in a primary care setting when HPV-related questions are raised by the male population.*

### CONTEXTE

Selon les estimations en Suisse, 70 à 80% des femmes et des hommes sexuellement actifs sont infectés au moins une fois dans leur vie par les virus de la famille du papillomavirus humain (*Human Papillomavirus* ou HPV). Ceux-ci disparaissent spontanément dans l'année suivant l'infection dans 70% des cas et dans les 2 ans dans 90% des cas. La classe d'âge la plus touchée par une infection à HPV donnant des lésions verruqueuses est celle des 16 à 25 ans. Les implications cliniques peuvent être importantes: en Suisse, quelque 250 nouveaux cas de cancer de l'utérus et environ 5000 lésions précancéreuses sont diagnostiqués annuellement. Le cancer du col de l'utérus est ainsi le cinquième cancer en termes de fréquence chez les femmes entre 20 et 49 ans.<sup>1</sup> Selon une enquête longitudinale réalisée entre 2005 et 2009 au Mexique, au Brésil et aux États-Unis, la prévalence globale du HPV génital au moment du recrutement était de 50% chez les hommes de 18

à 70 ans, la prévalence de HPV oncogène de 30% et celle de HPV à faible risque de 38%. Toujours selon cette enquête, la prévalence globale d'infection anale au HPV était de 12,2% chez les hommes ayant des pratiques hétérosexuelles et de 47,2% chez ceux ayant des pratiques homosexuelles.<sup>2</sup>

Au niveau de la prévention, la vaccination contre le HPV des femmes adolescentes dès l'âge de 16 ans est proposée à une large échelle en Suisse depuis 2008. Pour les hommes adolescents, cette vaccination n'a été introduite dans le plan vaccinal de base en Suisse qu'à partir de 2016. Pour une efficacité maximale, la vaccination doit être terminée idéalement avant le début de l'activité sexuelle, avec un schéma de 2 doses entre 11 et 14 ans. Pour les garçons de 15 à 26 ans, un schéma de rattrapage avec 3 doses est également proposé.<sup>3</sup>

En médecine de premier recours, il arrive régulièrement que le clinicien soit confronté à des questions au sujet du HPV soulevées par ses patients hommes et pour lesquelles la littérature médicale et scientifique est, à notre connaissance, limitée, voire lacunaire, en matière de recommandations de bonne pratique.

Au travers de trois vignettes cliniques, le présent article vise à apporter quelques éléments de réponses pratiques et pragmatiques issues de la littérature, pouvant aider le clinicien dans sa pratique médicale au quotidien.

### Vignette clinique n° 1

Un homme de 50 ans se présente chez son médecin généraliste, étant inquiet d'avoir contracté le HPV. En effet, son épouse vient de subir une conisation du col de l'utérus faisant suite à un frottis de dépistage positif pour le HPV. N'ayant présenté aucun symptôme jusqu'à présent, il se pose néanmoins les questions suivantes: doit-il réaliser un test de dépistage pour ce virus? Et peut-il continuer à avoir des rapports sexuels non protégés avec son épouse?

### DISCUSSION

L'inquiétude de ce patient est légitime. Bien que d'occurrences très rares, les complications d'une infection par le HPV peuvent être sérieuses chez les hommes: approximativement 33% des cancers du pénis et 90% des cancers anaux sont

<sup>a</sup>Département des policliniques, Unisanté, 1010 Lausanne, <sup>b</sup>Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1010 Lausanne, <sup>c</sup>Service de maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne  
deborah.ebstein@unisante.ch | francis.vu@unisante.ch  
patrick.bodenmann@unisante.ch | serge.de-valliere@unisante.ch

attribués à un sérotype à haut risque du HPV, avec en première place le HPV 16. La proportion de cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx et du larynx attribuée au HPV est estimée respectivement à 22,4, 4,4 et 3,5% des cas, touchant particulièrement des populations telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes séropositives pour le VIH.<sup>4</sup> De quelle manière appréhender la situation de ce patient a priori asymptomatique mais inquiet d'être porteur du HPV?

Les éléments anamnestiques aident le clinicien à orienter son examen clinique à la recherche notamment de lésions asymptomatiques de la peau ou des muqueuses suspectes de condylomes acuminés, voire de lésions (pré)cancéreuses, en particulier dans les régions anatomiques difficiles d'accès pour un autoexamen (par exemple, au niveau du fond de gorge et de la marge anale lors de pratiques sexuelles orales et anales). En cas de pratiques sexuelles anales non protégées, une anoscopie ± frottis anal peuvent être proposés au patient chez le spécialiste chirurgien ou proctologue.<sup>5</sup> En cas de lésion suspecte au niveau du pénis, une péniscopie (examen du pénis avec un système grossissant: loupes du commerce ou colposcope) devrait être organisée chez l'urologue. À notre connaissance, aucun autre test de dépistage du HPV chez l'homme n'est recommandé dans la littérature médicale.

À noter qu'une anamnèse la plus détaillée possible des pratiques sexuelles du patient devrait idéalement être conduite de manière respectueuse et non jugeante. Cette étape permet notamment d'apprécier si les pratiques sexuelles passées ou récentes du patient le mettent à risque d'avoir contracté le HPV mais aussi d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) (par exemple, en présence de partenaires sexuels multiples, lors de rapports sexuels entre hommes). Le cas échéant, un dépistage des IST les plus courantes telles que le VIH, la syphilis, la chlamydie ou la gonorrhée devrait lui être proposé, en particulier si aucun examen de ce type n'a été entrepris jusqu'alors.

En ce qui concerne la poursuite des rapports sexuels du patient avec son épouse, aucune évidence scientifique ne supporte à ce jour une abstinence sexuelle ou des rapports sexuels systématiquement protégés par le port de préservatif ou encore, la proposition de réaliser une circoncision. En effet, les quelques études disponibles sont divergentes: pour certaines, l'utilisation du préservatif permet de diminuer la transmission continue du virus entre les partenaires<sup>6</sup> tandis que pour d'autres, le port du préservatif n'a que peu d'incidence sur la transmission du HPV.<sup>7</sup> Ce sujet devrait idéalement être discuté avec le patient dans la perspective d'une prise de décision partagée. La question se pose également quant à la vaccination chez ce couple. Concernant l'épouse, une méta-analyse, publiée en 2020, a pu mettre en évidence que la vaccination contre le HPV après conisation pouvait diminuer le risque de récurrence.<sup>8</sup> La commission fédérale des vaccinations n'a pas encore pris position par rapport à ces nouvelles données. Concernant notre patient, il n'y a à l'heure actuelle pas de recommandation quant à une vaccination prophylactique systématique.<sup>9</sup> Toutefois, étant donné la relation de couple depuis de nombreuses années, il a probablement été exposé à cette souche de HPV et a donc développé une immunité protectrice probable.

### Vignette clinique n° 2

Un jeune homme de 35 ans, non vacciné durant son adolescence contre le HPV, consulte au cabinet médical car il a changé dernièrement de compagne et souhaite recevoir la vaccination contre le HPV d'entente avec sa compagne. Quel schéma vaccinal peut-on lui proposer? Qui prend en charge le coût de la vaccination?

## DISCUSSION

Le Gardasil-9, vaccin nonavalent contre le HPV, a été commercialisé en Europe et aux États-Unis en 2015. Il protège contre les sérotypes à haut risque 16, 18, 31, 33, 45, 52, et 58 ainsi que les 6 et 11. À savoir que les 7 sérotypes à haut risque du HPV sont responsables des cancers: du col (90%), de l'anus (88%), du vagin (70%), du pénis (50%), vulvaires (40%) et oropharyngés (20 à 60%).<sup>10</sup>

En Suisse, le vaccin contre le HPV est recommandé quelle que soit l'attirance sexuelle. La vaccination est remboursée chez les garçons et jeunes hommes par l'assurance obligatoire des soins et est exempte de franchise entre 11 et 26 ans, à condition d'être effectuée dans le cadre de programmes de vaccination menés par les cantons. Pour ce faire, une ordonnance sera délivrée au patient afin qu'il se procure le vaccin à la pharmacie. L'utilité de la vaccination diminue lorsque le risque d'avoir déjà été infecté par le virus est grand, par exemple, pour les garçons qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuel-le-s. Une décision de vaccination doit donc être prise de façon individuelle et tenir compte notamment de la vie sexuelle plus ou moins active de la personne, facteur qui va influencer le bénéfice potentiel du vaccin. Idéalement, le vaccin devrait être administré avant les premiers rapports sexuels pour une protection optimale. À noter que lorsque la vaccination est réalisée avant l'âge de 15 ans, seules 2 doses sont nécessaires. Ainsi, pour le patient de notre deuxième vignette, la balance coûts et bénéfices devrait être discutée avec lui en sachant qu'en principe l'entier du coût de la vaccination sera à sa charge, c'est-à-dire 3 doses vaccinales coûtant CHF 256.- par dose (selon Infovacc), correspondant à un montant total de CHF 768.-.

### Vignette clinique n° 3

Un homme adulte se présente au cabinet médical afin de faire évaluer des lésions au niveau du périnée et de la région périanale suspectes de verrues génitales. Quelles méthode diagnostique et prise en charge lui proposer? À quel moment faut-il le référer vers un spécialiste et lequel?

## DISCUSSION

Les verrues génitales (condylomes acuminés) sont aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme et sont causées dans plus de 90% des cas par les HPV de sérotypes 6 ou 11. Elles font

partie des IST les plus fréquentes, avec un risque cumulatif au cours de la vie estimé à 10%. Plusieurs études font état d'une forte augmentation de l'incidence des verrues génitales dans les pays industrialisés au cours des dernières décennies,<sup>11</sup> surtout chez les jeunes, avec un pic d'incidence maximale entre 16 et 25 ans.<sup>12</sup> En 2019, il était rapporté 25 000 nouveaux cas de verrues génitales par année en Suisse.<sup>9</sup> Sur le plan clinique, les condylomes chez l'homme peuvent se présenter sous forme de verrues ou excroissances au niveau génital (pénis, scrotum, pubis et marge anale) ainsi que dans la sphère ORL.

Les HPV 6 et 11 sont responsables de condylomes anogénitaux acuminés (également classé en LSIL (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions) ou AIN-1 (Anal Intraepithelial Neoplasia)) avec un pouvoir oncogène faible tandis que les formes à haut risque sont les plus fréquemment impliquées dans les carcinomes anogénitaux. Une infection n'étant pas exclusive, le patient peut être porteur de plusieurs types de HPV et développer une néoplasie à cause d'une infection concomitante d'un type de virus oncogène.<sup>13</sup>

Concernant le patient de la 3<sup>e</sup> vignette, nous allons donc au cabinet de médecine de premier recours examiner la marge anale et réaliser un toucher rectal. Selon les habitudes de pratique du clinicien, un frottis anal pourrait être effectué afin de procéder à un examen cytopathologique par le laboratoire.<sup>14</sup> Cet examen permettrait de déterminer le caractère de la lésion, de bas ou haut grade. En cas de haut grade (HSIL ou AIN-2 ou 3), il faudra référer le patient au spécialiste (proctologue) afin d'évaluer l'indication à réaliser une biopsie par anoscopie.

Les verrues génitales ne présentent pas un risque vital, mais entraînent souvent des difficultés sur le plan psychosocial et une réduction de la qualité de vie, étant donné la contagiosité et le côté disgracieux, avec un risque de prurit, de douleur et de saignement associés. Environ un tiers des verrues génitales disparaissent sans traitement après un ou deux ans chez les personnes immunocompétentes, mais comme il n'existe aucun moyen de prédire une évolution spontanément favorable, un traitement s'avère généralement nécessaire. Celui-ci est souvent long et douloureux. Le virus n'étant souvent pas complètement éliminé malgré ces types de traitement, le taux de récurrences est de l'ordre de 30 à 50%.<sup>15</sup> Un traitement complet suppose en général deux à six consultations médicales pour un coût total compris entre CHF 180.- et CHF 500.- selon les pays.

Les traitements proposés actuellement visent à la destruction ou l'ablation des lésions verruqueuses au niveau de la peau et/ou des muqueuses via l'application de traitements topiques ou par une ablation physique des lésions. Le type de traitement sera proposé selon la localisation et/ou l'extension des lésions. Dans la littérature médicale, le traitement des LSIL

est optionnel étant donné que celles-ci ne progresseront pas vers un cancer invasif.<sup>14,16,17</sup> L'application topique sera réalisée en première ligne avec l'imiquimod à 3,75% (Aldara, commercialisé en Suisse) 3 fois par semaine le soir ou des sinécathènes (Veregen, commercialisé en Suisse) 3 fois par jour sur les condylomes externes jusqu'à cicatrisation complète, pour une durée maximale de 16 semaines. En seconde ligne ou si la lésion est plus étendue, une coagulation infrarouge, une ablation par radiofréquence ou une cautérisation électrique de la lésion sera proposée.<sup>18</sup>

Le suivi clinique après traitement a une importance primordiale. Il permet d'identifier toute récurrence qui devra être traitée précocement afin de prévenir une reproduction virale (synonyme de multiplication des lésions), la contamination d'un partenaire sexuel et, enfin, une évolution défavorable vers la dysplasie ou le cancer.

## CONCLUSION

Concernant le HPV, aucun dépistage de routine systématique n'est proposé chez l'homme. Une attention particulière devrait être portée par le clinicien aux groupes les plus à risque tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes ayant des comportements sexuels à risque ou porteuses du VIH, en leur proposant un examen clinique des sphères orale, génitale et anale ainsi qu'au besoin un frottis de dépistage et/ou une vaccination si celle-ci n'a pas été réalisée entre 11 et 26 ans. Concernant la prise en charge des condylomes acuminés, la décision thérapeutique sera prise de manière partagée avec le patient, en tenant compte de la taille et du nombre de lésions condylomateuses.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'infection au virus HPV est fréquente chez les jeunes de 16 à 25 ans et il se transmet principalement par contact sexuel
- L'infection peut être silencieuse et avoir des complications sérieuses chez l'homme, telles que la transformation en lésions cancéreuses
- Au cabinet, une anamnèse des pratiques sexuelles détaillée et non jugeante est souvent nécessaire, complétée par examen clinique approfondi à la recherche de lésion orale, anale ou génitale
- Le suivi clinique après traitement a une importance primordiale

1 Office fédéral de la santé publique. Papillomavirus humains (HPV). Disponible sur : [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hpv.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hpv.html)

2 Giuliano AR, Lee JH, Fulp W, et al. Incidence and Clearance of Genital

Human Papillomavirus Infection in Men (HIM): A Cohort Study. *Lancet* 2011;377:932-40. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62342-2.

3 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2020.

Directives et recommandations. Janvier 2020. Disponible sur : [www.infovac.ch/docs/public-main/plan-de-vaccination-suisse-2020.pdf](http://www.infovac.ch/docs/public-main/plan-de-vaccination-suisse-2020.pdf)

4 \*Harder T, Wichmann O, Klug SJ, van der Sande MAB, Wiese-Posselt M. Efficacy, Effectiveness and Safety of

Vaccination against Human Papillomavirus in Males: A Systematic Review. *BMC Med* 2018;16:110. DOI: 10.1186/s12916-018-1098-3.

5 Pernot S, Boucheron P, Péré H, et al. Comparison of Anal Cancer Screening Strategies Including Standard Anoscopy,

- Anal Cytology, and HPV Genotyping in HIV-Positive Men who Have Sex with Men. *Br J Cancer* 2018;119:381-6. DOI: 10.1038/s41416-018-0176-9.
- 6 Lam JUH, Rebolj M, Dugué PA, et al. Condom Use in Prevention of Human Papillomavirus Infections and Cervical Neoplasia: Systematic Review of Longitudinal Studies. *J Med Screen* 2014;21:38-50. DOI: 10.1177/0969141314522454.
- 7 Winer RL, Lee SK, Hughes JP, et al. Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *Am J Epidemiol* 2003;157:218-26. DOI: 10.1093/aje/kwf180. Erratum in: *Am J Epidemiol* 2003;157:858.
- 8 Jentschke M, Kampers J, Becker J, Sibbertsen P, Hillemanns P. Prophylactic HPV Vaccination after Conization: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccine* 2020;38:6402-9. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.07.055.
- 9 \*Dietrich L, Notter J, Huber B, et al. Vaccination anti-HPV : mise à jour 2019 pour la consultation. *Forum Med Suisse* 2019;19:220-6. DOI: 10.4414/fms.2019.08064.
- 10 Rossi C, Vanhomwegen C, Laurent F. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les garçons et les hommes : actualités et recommandations. *Rev Med Brux* 2018;39:352-8.
- 11 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Vaccination contre les HPV : recommandation de vaccination complémentaire pour les garçons et jeunes hommes âgés de 11 à 26 ans. 2 mars 2015. Disponible sur : [www.infovac.ch/docs/public/hpv/3-hpv-vaccination-garcons.pdf](http://www.infovac.ch/docs/public/hpv/3-hpv-vaccination-garcons.pdf)
- 12 Barras V, Jacot-Guillarmod M. Papillomavirus humain : que savent les jeunes ? *Rev Med Suisse* 2014;10:1297-301.
- 13 Skala K, Zufferey G, Robert-Yap J, Morel P, Roche B. Intérêt d'une consultation HPV spécialisée dans le cadre d'une unité de proctologie. *Rev Med Suisse* 2011;7:1348-53.
- 14 Siddharthan RV, Lanciault C, Tsikitis VL. Anal Intraepithelial Neoplasia: Diagnosis, Screening, and Treatment. *Ann Gastroenterol* 2019;32:257-63. DOI: 10.20524/aog.2019.0364.
- 15 Lopaschuk CC. New Approach to Managing Genital Warts. *Can Fam Physician* 2013;59:731-6.
- 16 Scheinfeld N. Update on the Treatment of Genital Warts. *Dermatol Online J* 2013;19:18559.
- 17 Yuan J, Ni G, Wang T, et al. Genital Warts Treatment: Beyond Imiquimod. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14:1815-9. DOI: 10.1080/21645515.2018.1445947.
- 18 \*Duvoisin Cordoba C, Clerc D, Vanoni A, et al. Dépistage du cancer anal : doit-on faire de même que pour le cancer du col utérin ? *Rev Med Suisse* 2018;14:1230-6.

\* à lire