

Verrues vulgaires

Khaled El-Olmi, Monica Cosma Rochat, Drahomir Aujesky

Summary

Warts

Warts result from a hyperkeratotic reaction to human papillomavirus infection. Treatment of warts is often difficult and involves various destructive procedures. We present a case of finger warts in an immunosuppressed adult under corticotherapy.



Figure 1
Verrues des deux mains.

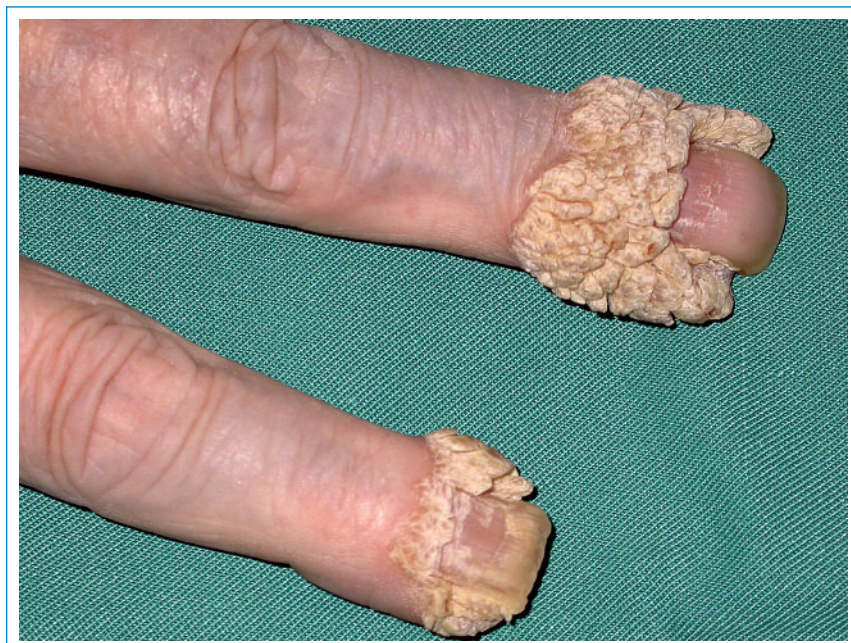


Figure 2
Verrues vues de près.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 62 ans hospitalisée dans notre service pour une insuffisance respiratoire globale sur broncho-pneumopathie chronique obstructive exacerbée. Elle est également connue pour un syndrome de Cushing cortico-induit sur pharmacodépendance aux corticoïdes suite à un traitement de prednisonne 50 mg/j au long cours dans un contexte d'asthme sévère et de polyallergie. Nous ne parvenons pas à changer les habitudes de la patiente vis-à-vis de la corticothérapie chronique malgré des explications itératives et poursuivons le traitement de corticoïdes, sans possibilité d'entamer un sevrage. Comme complication de la corticothérapie chronique, outre le syndrome de Cushing cortico-induit, on mentionne une ostéoporose cortisonique, une obésité morbide, ainsi que des grandes verrues vulgaires au niveau des doigts des deux mains (fig. 1 et 2 [📷](#)).

Le syndrome de Cushing est un état caractérisé par un excès plasmatique de cortisol, la cause la plus fréquente étant l'administration de stéroïdes pour des raisons médicales diverses [1]. Les glucocorticoïdes entraînent un déficit de l'immunité cellulaire et diminuent la réponse inflammatoire. Cette immunodépression cortico-induite peut être associée à de graves infections bactériennes, virales fongiques et parasitaires [2].

Notre patiente présente d'importantes verrues vulgaires au niveau des doigts des deux mains. Les verrues vulgaires sont des éruptions bénignes de l'épiderme résultant d'une infection de la peau par les papillomavirus humains (HPV). Il y a plus de 150 types d'HPV, les types 1, 2, 4, 27 et 57 étant classiquement associés aux verrues vulgaires [3, 4]. Les conditions prédisposant à des lésions récurrentes et étendues sont les dermatites atopiques, la diminution de l'immunité à médiation cellulaire, typiquement chez des patients infectés par le virus VIH ou chez les patients greffés.

Les verrues vulgaires surviennent chez 7 à 10% de la population générale, avec un pic d'incidence entre l'âge de 12 à 16 ans [5]. L'incidence touche les deux sexes d'une façon égale et elles font partie des trois dermatoses les plus couramment traitées [5]. La transmission infectieuse se fait par contact direct, en particulier avec une peau macérée ou lésée. Les verrues peuvent se présenter sous forme de lésions uniques, groupées ou coalescentes en plaques. Le diagnostic est clinique, rarement par examen microscopique des débris hyperkératosiques.

Chez les sujets immunocompétents, l'évolution est généralement limitée et sans séquelles [4]

mais parfois les verrues évoluent d'une façon chronique, ne répondent pas au traitement topique et engendrent des mutilations graves [4, 6]. Approximativement 23% des verrues régressent spontanément dans un intervalle de deux mois, 30% dans les 3 mois et 65 à 78% dans les 2 ans [5]. L'évolution est influencée par de multiples facteurs, comme le type de virus, le status immunitaire de l'hôte, l'étendue et l'ancienneté des verrues [5]. En 1995, l'Académie Américaine de Dermatologie a développé des critères cliniques qui établissent l'indication à un traitement [5]:

- désir du patient de se faire traiter;
- douleur locale, saignement au niveau des lésions;
- lésions mutilantes ou handicapante;
- lésions étendues;
- désir du patient de prévenir les transmissions verticales ou horizontales;
- immunodéficience.

En ce qui concerne le traitement local des verrues, une revue systématique de la littérature

Cochrane conclut que chez les patients sans comorbidités, l'utilisation topique des salicylates est efficace et sûre. Il n'y a pas d'évidence solide pour étayer l'efficacité thérapeutique d'autres traitements locaux (cryothérapie, injection intralésionnelle de bléomycine ou d'interféron alpha, bêta ou gamma; administration topique de 5-fluorouracil, de dinitrochlorobenzène, thérapie photodynamique) [7, 8]. La plupart des traitements ne possèdent pas d'activité antivirale spécifique. Certains traitements agissent en stimulant l'immunité, d'autres par effet chimique mais la majorité tente de détruire l'épiderme contenant le virus tout en préservant au mieux les tissus non infectés [3].

Concernant notre patiente, une consultation de dermatologie propose un traitement de vaseline salicylée 20% pendant la nuit, associé à un traitement physique par parage à une fréquence d'une fois par semaine. Malheureusement, notre patiente a décidé de ne pas suivre le traitement proposé.

Références

- 1 Lionakis MS, Kontoyiannis DP. Glucocorticoids and invasive fungal infections. *Lancet*. 2003;362(9398):1828–38. Review.
- 2 Dussauze H, Bourgault I, Doleris LM, Prinseau J, Baglin A, Hanslik T. Systemic corticosteroid treatment and risk of infectious diseases. *Rev Med Interne*. 2007;28(12):841–51. Epub 2007 Jun 21. Review. French.
- 3 Stulberg DL, Hutchinson AG. Molluscum contagiosum and warts. *Am Fam Physician*. 2003;67(6):1233–40. Review.
- 4 Marquart JD, Trakimas CA, Sawchuk WS, Nuovo GJ, de Villiers EM, Turiansky GW. Human papillomavirus 57-induced extensive, recalcitrant cutaneous verrucae. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(5):907–8. Epub 2006 Sep 6. No abstract available.
- 5 Michelle M. Lipke: An armamentarium of wart treatments: *Clin Med Res*. 2006;4(4):273–93.
- 6 Xu A, Wang S, Cheng D, Wang P. A rare case of large, unusual, and mutilating verruca vulgaris with cutaneous horns treated with plastic surgery. *Cutis*. 2007;80(2):145–8.
- 7 Kai Ming Chow: Physicians need more evidence on treatments of warts. *Am Fam Physician*. 2003;68(9):1714; author reply 1714, 1716. No abstract available.
- 8 Gibbs S, Harvey I. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD001781. Review.

Correspondance:
Dr Khaled El-Olmi
Service de médecine interne
CHUV
CH-1011 Lausanne
khaled.el-olmi@chuv.ch