



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge des verrues non génitales par les médecins généralistes de Picardie

Anne-Claire Poupart-Vermue

► **To cite this version:**

Anne-Claire Poupart-Vermue. État des lieux de la prise en charge des verrues non génitales par les médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02864682

HAL Id: dumas-02864682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02864682>

Submitted on 11 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS



Année 2019

N°2019-192

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
DES VERRUES NON GENITALES PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DE PICARDIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 décembre 2019

Par

Anne-Claire POUPART – VERMUE

PRESIDENT DU JURY : Madame le Professeur Catherine LOK

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN
Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Madame le Docteur Catherine FRANCOIS
Monsieur le Docteur Antoine FONTAINE

DIRECTRICE DE THESE : Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX

REMERCIEMENTS

Au président du jury :

Madame le Professeur Catherine LOK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3ème cycle

Chef du Service de Dermatologie

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour votre présence et votre disponibilité

Soyez assurée de mon immense reconnaissance et de ma plus profonde considération.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Néphrologie)

Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie pour votre présence et votre disponibilité, ainsi que pour votre engagement vis-à-vis des étudiants de la faculté de médecine. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements, au cours de mes études, votre jugement a une grande valeur à mes yeux.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Chef du Pôle PRIME

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

J'ai beaucoup apprécié être votre élève en optionnel et votre interne en garde, j'ai pu découvrir une autre façon d'apprendre et de travailler, en confiance.

Merci pour votre engagement important auprès des étudiants.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Madame le Docteur Catherine FRANCOIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Virologie)

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Antoine Fontaine

Praticien Hospitalier

(Médecine Générale)

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse et je t'en remercie sincèrement.

Antoine, ce travail n'aurait jamais eu cet aspect sans ton aide précieuse. Le semestre d'été 2017 a été assez incroyable en Polyclinique Médicale. J'ai énormément appris à tes côtés dans une ambiance si agréable. Tu as une telle énergie !

Avec Emilie, vous m'impressionnez... tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Vous êtes des modèles pour moi.

J'espère vous compter longtemps parmi mes amis.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX

Médecin Généraliste à Laon

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse, je vous en suis infiniment reconnaissante. Merci pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils.

Vous m'avez connu en tant que jeune interne et m'avez vu évoluer. J'ai appris beaucoup à vos côtés dans une ambiance très agréable. Grâce à vous j'ai pu avoir une autre approche du soin via l'hypnose, que j'espère développer dans ma future pratique.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

A mes très chers parents, vous qui m'avez tant donné. J'en suis là grâce à vous. Merci pour votre éducation et votre soutien sans faille à chaque étape de nos vies à Julien et moi. Je suis si fière de vous.

Papa, merci de m'avoir transmis ta passion pour la terre et le goût de la ruralité. Ton investissement et ta passion pour ton métier est un bel exemple de ténacité que j'espère suivre.

Maman, ma superwoman, merci d'être toujours à l'écoute, disponible. J'espère être aussi rigoureuse et attentive à mes patients que tu peux l'être. J'espère suivre ton exemple de maman et de femme.

Vous êtes déjà des grands parents extra !

A mon frère, Julien, toi qui me connais si bien. Merci pour ces 28 ans de grande complicité, pour ces 6 années de coloc, de travail. Je suis si contente d'avoir parcouru ce chemin avec toi, merci de m'avoir aidé, motivé tout au long de nos études. Merci Candy de rendre mon petit frère si épanoui. Je suis heureuse de te compter dans notre famille. Mon neurologue préféré, je suis si fière de toi.

A mon mari, Augustin. Merci d'être là chaque jour à mes côtés, merci de m'avoir si bien soutenu dans cet ultime travail, né dans les chemins de Nouvelle Calédonie. Tu es mon coéquipier de route et un père exemplaire. Je suis fière d'être ta femme et tellement fière que tu sois mon mari.

A ma toute petite fille, Marthe. Tu es arrivée dans mon ventre peu de temps après le début de ce travail. Merci de m'avoir motivé par tes petits coups de pieds tout au long de son évolution. Quel bonheur de t'avoir rencontrée il y a 4 mois. Tu es ce que j'ai de plus précieux au monde. Tu es notre fierté. J'espère réussir mon rôle de maman le mieux possible. Ne doutes jamais de mon amour.

A ma mamie, je pense si souvent à toi, merci d'avoir toujours cru en moi et de nous avoir tant aimé.

A ma belle-famille, merci de m'avoir si bien accueilli dans votre jolie famille et de nous rendre la vie plus facile au quotidien, de nous soutenir dans nos projets et de rendre les moments de retrouvailles si joyeux.

A Hervé et Annie, tant de bons moments partagés, merci pour votre soutien (notamment les petits pains du dimanche matin !)

A mes amis, tout particulièrement Eugénie, Ingrid, Pauline, Aline, Louise, Marine, Sophie, Aurore, Alex, Louis, Benoit, Charles, Edouard, Pierre, Benjam... qui avaient vu les années défiler à mes côtés, qui m'avaient embarqué dès les premières soirées et même quand il ne fallait pas... Merci pour votre soutien, merci de m'avoir changé les idées, merci d'avoir été là. Puisse nous continuer à vivre encore longtemps ces agréables moments...

A la team GCIA, Claire, Marion, Joséphine et Anaëlle, le club des 5. Vous m'avez tellement apporté pendant toutes ces années. Je suis si heureuse de vous avoir rencontré, nous sommes toutes complémentaires. Vous m'avez fait grandir et fait découvrir d'autres horizons (les voyages, la musique...). Vous êtes devenues des piliers dans ma vie. Puisse notre amitié dépasser la distance encore longtemps...

A mes amis de fac et co-interne, Simon N, Clément, Antoine, Justine, Harmony, Adrien, Simon L, Julien, Raph... Merci d'avoir su rendre la BU, les confs, les cours, les stages agréables, merci de m'avoir supporté, aidé et conseillé. « Force et Honneur »

A toutes les équipes médicales, paramédicales, aux secrétaires que j'ai pu rencontrer durant mes divers stages, merci pour votre accueil, votre aide quand je ne savais pas et que je me sentais seule.

Tout particulièrement merci aux Drs Fadi Chehab, Jacques Wilmott, Emilie Carpeza et Claire Wojtarkowski, à Blandine du Service des Urgences de Péronne, au Dr Merlette du service de Médecine Polyvalente de Noyon, Aux Drs Krim, Oukachbi et Fontaine du service de Polyclinique Médicale du CHU. Merci aux Dr Dolhem, Dr Sweertvaeger, Dr Levêque, Dr Darcel, Dr Al Barazi, Dr Loiseau du service de Pédiatrie de Saint Quentin, quel exemple de gentillesse et de dévouement vous m'avez donné. Enfin merci au Dr Trehou, Dr Fauchille de m'avoir transmis votre expérience au cabinet de médecine générale.

J'espère que ma pratique sera à la hauteur de votre enseignement.

Merci aux Dr Nouailles de me faire confiance et au Dr Lécuyer de m'accueillir à la Maion médicale de Saint Erme.

A toi, Alex, qui aurait dû être là aujourd'hui... Merci pour ces merveilleuses années depuis notre tendre enfance à Saint Martin. Merci pour tes sourires, tes blagues, tes rocks endiablés... Tu nous manques, veilles sur nous désormais.

Tu vas probablement te marrer mais je te dédie ce travail sur les verrues.

Table des matières

LISTE DES ABBREVIATIONS	13
I. INTRODUCTION.....	14
1. Contexte	14
1.1. Epidémiologie	14
1.2. Pathogénèse	14
1.3. Evolution	15
2. Définition	16
2.1 Agent causal	16
2.2 Histologie	16
2.3. Clinique	17
2.4. Diagnostic différentiel.....	20
3. Traitement	20
3.1. Traitement préventif.....	21
3.2. Traitement curatif	21
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	29
1. Recueil de données	29
1.1. Type d'étude.....	29
1.2. Population étudiée	29
1.3. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....	29
1.4. Le questionnaire	29
2. Outils	32
III. RESULTATS	33
1. Taux de participation.....	33
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	33
3. Caractéristiques de la population d'étude selon l'exercice	34
4. La formation et les connaissances des MG concernant la pathologie	36
5. La prise en charge.....	39
IV. DISCUSSION	47
1. Choix du sujet.....	47
2. Choix de la méthode.....	47
3. Force et limites de l'étude	47
3.1. Sur le questionnaire :.....	47
3.2. Sur l'échantillon :	48
4. Les biais.....	48

4.1	Biais de sélection.....	48
4.2.	Biais de volontariat.....	49
4.3.	Biais de mémorisation.....	49
4.4.	Biais de compréhension.....	49
4.5.	Biais de retranscription.....	49
5.	Analyse des résultats	50
5.2.	La formation médicale.....	50
5.3.	La prise en charge.....	51
5.4	Choix du traitement en fonction du type de verrue	54
5.5.	Facteurs orientant vers un dermatologue.....	55
5.6.	Nécessité d'avoir des recommandations sur le sujet	55
V.	CONCLUSION	56
VI.	Références bibliographiques	57
VII.	ANNEXE.....	61
7.1	ANNEXE 1 : le questionnaire	61

LISTE DES ABBREVIATIONS :

HPV : Human PapillomaVirus

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

FMC : Formation Médicale Continue

I. INTRODUCTION

Le terme « verrue » vient du latin « verruca » et se définit en Dermatologie comme une excroissance à la surface de la peau, liée à l'infection par les Papillomavirus Humain, ou HPV (Human Papillomavirus)(1).

Ce terme est aussi rattaché à une signification plus péjorative, à savoir un rajout considéré comme mal intégré à l'ensemble.

Montaigne y faisait référence dans Essais, comme « ce qui défigure, enlaidit »(2).

1. Contexte

1.1. Epidémiologie

Au cours de la vie, environ 10% de la population sera infectée par l'HPV, cliniquement caractérisée par la formation de verrues cutanées ou génitales (3). Compte tenu de cette prévalence, ces infections doivent être considérées comme une maladie courante et donc un motif de consultation fréquent.

Les verrues cutanées (non génitales) surviennent le plus souvent durant l'enfance et peuvent atteindre 33% chez les élèves d'école primaire (4).

Il existe un pic de fréquence pendant l'adolescence (5) qui diminue avec l'âge pour atteindre 20% des jeunes adultes (30 ans) (6). Les adultes (ayant plus de 30 ans) ne sont quant à eux atteints qu'à hauteur de 3.5% (5).

1.2. Pathogénèse

Les verrues cutanées sont liées à l'infection des kératinocytes de la couche basale par le virus HPV. Cette infection a lieu lors de l'effraction de la barrière épithéliale (4).

L'HPV se propage de façon interindividuelle direct, par contact, ou de façon indirecte par fomites, c'est-à-dire un objet contaminé par l'agent infectieux et susceptible de propager l'infection (3).

Les localisations de prédilection (5) sont les zones cutanées peu vascularisées comme le dos de la main, les doigts ou les pieds. Par contact direct, l'HPV peut ensuite se propager à d'autres zones du corps.

La transmission est favorisée par les microtraumatismes cutanés, notamment lors de la marche pieds nus, dans les piscines ou les salles de douche (7). De même les verrues cutanées présentes sur les mains sont particulièrement fréquentes dans certaines professions exposées aux microtraumatismes cutanés comme les poissonniers, bouchers, vétérinaires ou les personnes souffrant d'onychophagie.

Toutefois deux études hollandaises montraient que la transmission était plus importante au sein d'une même famille ou d'une même classe plutôt que dans les lieux publics (8,9).

Un autre facteur prédisposant est l'immunosuppression. En effet, 90% des transplantés rénaux souffrent de verrues au-delà de 5 années de traitement immunosuppresseur (5,10).

Une étude de 2008 (11), laissait à penser que l'exposition aux rayonnements ultraviolets induirait une immunosuppression cutanée favorisant le développement de verrues.

Une susceptibilité, une prédisposition génétique ou un trouble immunitaire sont des éléments pouvant être une réponse au développement de verrues cutanées chez certaines personnes (12).

1.3. Evolution

Le taux moyen de guérison d'une verrue cutanée est de 30% à 10 semaines. Plusieurs études observationnelles ont montré que la moitié des verrues cutanées disparaissaient spontanément dans l'année et les deux tiers dans les deux ans (3).

Un certain nombre de facteurs, tels que l'immunité de l'hôte, le type d'HPV et le site d'infection, influencent la durée de résolution (13).

Malheureusement malgré un traitement parfaitement suivi, le risque de récurrence existe à hauteur de 30% du fait de l'existence de zones infectées au-delà des lésions visibles (jusqu'à 1 cm) (14). L'antécédent d'infection antérieure serait le principal facteur de développement d'une verrue, à savoir un risque multiplié par trois (15).

Le tabac semble jouer un rôle négatif sur l'efficacité du traitement des verrues. En effet une étude italienne parue en 2016 montre que le risque de récurrence après traitement des verrues est

multiplié par 5 chez les fumeurs en comparaison des non-fumeurs (16), ce qui révèle l'importance des effets du tabagisme sur l'inflammation et la réponse immunitaire.

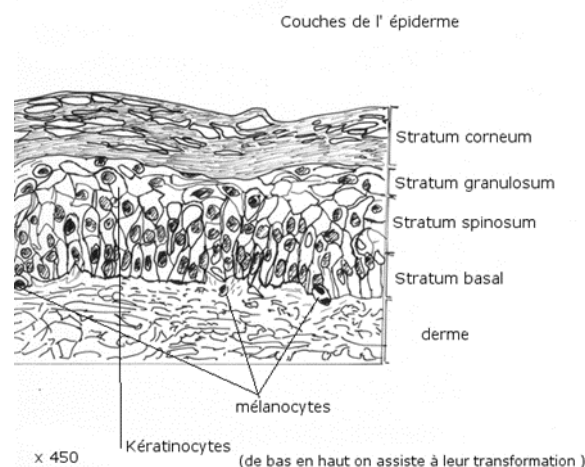
2. Définition

2.1 Agent causal

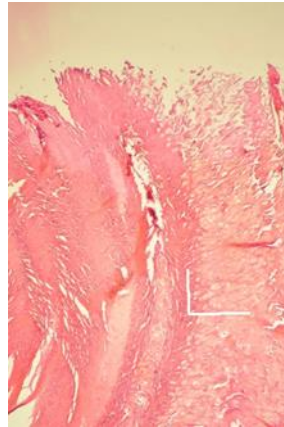
Le papillomavirus est un virus ubiquitaire présent à la surface de la peau de plus de 50% des individus (14). Plus de 120 génotypes différents de papillomavirus ont été identifiés à ce jour (2,4). Selon le statut immunitaire d'un patient, les verrues courantes peuvent apparaître n'importe où sur la peau. L'HPV ne se cultive pas et le taux d'anticorps anti HPV n'est pas quantifiable. L'HPV a un tropisme exclusif pour les épithéliums malpighiens, et n'a que peu de contact avec les cellules immunitaires circulantes, ce qui rend la réponse immune aléatoire. Le virus peut persister à l'état latent sous forme épisomale d'ADN viral libre (infection latente, porteur sain). Il est le plus souvent bénin mais certains types d'HPV peuvent toutefois provoquer des transformations malignes et être à l'origine de carcinomes (4,5).

2.2 Histologie

L'infection des kératinocytes de la couche basale de l'épithélium par l'HPV provoque une hyperkératose, une transformation ainsi qu'une désorganisation du stratum basal jusqu'au stratum spinosum.



Cette transformation des kératinocytes va former des koilocytes, cellules dont le centre est ballonné, sous l'effet du transfert du patrimoine génétique du virus vers le chromosome des kératinocytes (modification du plan de développement du kératinocytes). Certains kératinocytes vont se déformer dans un plan perpendiculaire au plan de base et former des colonnes, ou papillomes.



Les papillomes se développent en raison d'un mauvais empilement des cellules, à la fois dans le sens vertical et dans le sens latéral. Arrivant à la fin du processus de transformation, ces cellules vont desquamer et tomber sur le sol, elles sont riches en virions et résistent aux agents externes (UV, agents chimiques). Les délais de réponse du système immunitaire du porteur varient d'un individu à un autre (4,5,19).

Toutefois lorsque le papillomavirus pénètre dans la cellule épidermique (kératinocyte), il peut soit profiter de la multiplication normale des kératinocytes et être ainsi expulsé à la surface de la peau (cycle productif), soit rester à l'état de latence au sein du kératinocyte et redevenir actif, à la faveur d'un stress, d'un déficit immunitaire, et entamer alors un « cycle productif ». On ne sait toujours pas aujourd'hui ce qui conditionne « le cycle productif » ou au contraire la « latence » et la « résurgence » du virus (12).

2.3. Clinique

Selon le virus HPV en cause, les lésions seront différentes par leur aspect et leur localisation préférentielle (16).

La durée d'incubation de l'HPV est mal connue et semble varier entre 3 semaines et plusieurs mois, en fonction du statut immunitaire de l'hôte (17).

On distingue :

-*Les verrues vulgaires communes (HPV2)*, les plus fréquentes puisqu'elles représentent 70% des verrues cutanées, sont localisées principalement à la face dorsale des mains et des doigts ; et sont rarement palmaires. Elles forment des élevures de 3 à 4mm dont la surface hémisphérique ou aplatie est hérissée de saillies villeuses kératosiques, parfois sillonnée de crevasses. Leur nombre varie de quelques unités à plusieurs dizaines et elles sont parfois confluentes.



-*Les verrues plantaires*, considérées comme une forme spécifique de verrues vulgaires et conditionnées par la contrainte mécanique exercée par la plante des pieds.

Elles peuvent être de deux variétés :

- *la myrmécie (HPV1)* : la plus fréquente. C'est une verrue profonde, douloureuse à la pression, pouvant gêner voire empêcher la marche. Elle est unique ou réduite à quelques unités. Elle est circonscrite par un épais anneau kératosique recouvrant partiellement la région centrale dont la surface est piquetée de points noirs (micro-hémorragies).



• *les verrues en mosaïque (HPV2)* : la moins fréquente. Elle est moins douloureuse et composée de multiples verrues se groupant en un placard kératosique.



-*Les verrues périunguérales et sous-unguérales (HPV2)* peuvent donner lieu à des altérations unguéales. Elles infiltrent la peau du repli sus-unguéal et du pourtour de l'ongle, ce qui les rend douloureuses et particulièrement rebelles au traitement.



- *Verrues planes communes (HPV3)* siègent avec prédilection sur le visage, sur le dos des mains et sur les membres ; petites papules jaunes ou chamois à surface lisse ou finement mamelonnée, disposées linéairement (strie de grattage) ou en nappes confluentes. Elles persistent des mois ou des années mais peuvent régresser. Au niveau des zones de rasage, il n'est pas rare que les verrues soient disséminées en grand nombre par auto inoculation liée aux micro traumatismes (4).



-L'*épidermodysplasie verruciforme* est une génodermatose rare caractérisée par une susceptibilité à l'infection par des HPV spécifiques (HPV 5 et 8) ; il s'agit d'une infection cutanée chronique qui se caractérise par des lésions à type de verrues planes ou des lésions ressemblant au pityriasis versicolor. Elle se développe dès l'âge de 30 ans et évolue en de multiples carcinomes épidermoïdes cutanés sur les zones photo exposées.

2.4. Diagnostic différentiel

Les lésions de verrues plantaires peuvent être confondues avec un durillon, une cicatrice fibreuse, un granulome à corps étranger (4) ou les molluscum contagiosum (18).

Les verrues périunguérales persistantes sont à distinguer d'une maladie de Bowen (carcinome in situ) digitale (4).

De même, il ne faudrait pas méconnaître un mélanome achromique de la plante des pieds

3. Traitement

Nous nous intéresserons ici aux traitements pouvant être envisagés en médecine générale. Les traitements par laser Co2, laser Er : Yag (2940nm), laser à colorant pulsé sont utilisés par les dermatologues. De nouveaux traitements immunomodulateurs tels que l'Imiquimod, le 5-Fluorouracile, la bléomycine intra lésionnelle peuvent être également utilisés mais sont hors AMM (6,19).

Il n'existe actuellement pas de traitement spécifique des infections à HPV.

L'efficacité thérapeutique se définit par la disparition à long terme des lésions macroscopiquement visibles (4). Le traitement des verrues cutanées n'est pas consensuel. La régression est le plus souvent spontanée et ne doit pas faire l'objet d'un acharnement thérapeutique.

Une étude pédiatrique a révélé que deux tiers de toutes les verrues disparaissent sans traitement après deux ans, cependant, il y a un manque d'études contrôlées sur la régression (spontanée) des verrues chez les adultes (8).

Des études de grande envergure ont révélé que 42% des personnes infectées avaient vu leurs verrues disparaître complètement après 2 mois, 53% après 6 mois et près de 65% après 2 ans sans traitement (20).

Le succès thérapeutique dépend de divers facteurs cliniques, y compris la durée de la maladie, le sous-type d'HPV, ainsi que l'épaisseur et la topographie des verrues (1). La classification dans les sous-groupes classiques (Sous-unguéal, mains, pieds) est absente dans la plupart des publications.

Il n'existe actuellement aucune recommandation privilégiant une méthode plutôt qu'une autre et on peut ainsi indifféremment commencer par l'une ou l'autre technique (12).

3.1. Traitement préventif

Il n'existe pas de traitement préventif hormis l'éviction des situations à risque : fréquentation des piscines et salles de sports (douches), contact avec des linges humides contaminés, expositions au soleil pour les patients immunodéprimés (21).

Il existe des vaccins (Gardasil®, Cervarix®) contre certains types d'HPV (HPV 16 et 18) responsables de cancer du col de l'utérus, mais pas contre ceux à l'origine de verrues cutanées.

3.2. Traitement curatif

De nombreux traitements contre les verrues cutanées non génitales sont disponibles (10), notamment en vente libre, bien qu'aucune thérapie unique n'ait été établie comme complètement curative. Même si les verrues cutanées ont une évolution auto-limitante (20), la stigmatisation sociale ou l'inconfort des patients sont souvent les motifs pour avoir recours à un traitement (22). Compte tenu de la bénignité de ces lésions il n'est pas licite d'avoir recours à un traitement coûteux ou pourvoyeur d'effets indésirables.

Le sérotype d'HPV n'influe pas sur le choix du traitement (3).

Les propositions d'approche possible pour traiter les verrues cutanées ne manquent pas (5).

Un traitement actif des verrues est indiqué en cas de douleurs, de limitation fonctionnelle, de risque de transformation maligne ou d'atteinte esthétique importante. La possible propagation de l'infection, par exemple en cas de verrues plantaires, constitue également une indication

thérapeutique. Par ailleurs, chez les enfants, il convient de prendre en considération la peur des parents de voir l'infection se propager au sein de la famille.

La manière la plus fréquente et la plus simple d'éliminer les lésions verruqueuses consiste à détruire les tissus en utilisant, soit une substance chimique (20) (avant tout des acides, mais également des cytostatiques), soit un agent physique spécifique (agent thermique ou mécanique).

3.2.1. *Les méthodes invasives*

Par substance chimique :

-Les kératolytiques

Par le biais d'une action corrosive, les acides provoquent directement une destruction de la zone d'épiderme infectée. Certains acides, plus faibles, comme l'acide salicylique, entraînent avant tout une destruction de la couche cornée (kératolyse). Pour les acides puissants, il convient de veiller à ce que le tissu sain environnant ne soit pas détruit lors de l'application. Les traitements commercialisés contiennent le plus souvent de l'acide salicylique (Duofilm®, Verramed® et Verrumal®). Les concentrations d'acide salicylique contenues dans les produits en vente libre sont souvent plus basses (10-15%) et combinées avec d'autres acides.

Différents acides, tels que l'acide lactique (Duofilm®), monochloroacétique (Acetocaustin®) ou nitrique (Solcoderm®) peuvent rentrer dans la composition d'autres traitements. Certains produits comme Excilor® combinent de l'acide trichloroacétique et la cryothérapie.

D'autre part, certains dermatologues prescrivent des préparations à bases de ces acides, souvent plus concentrées en acide salicylique (maximum 60%).

La pommade M.O.Cochon®, acide salicylique dans du suif de bœuf, a pour avantage sur ces préparations, une stabilité, une reproductibilité et une plus longue période d'utilisation après ouverture (6).

Une solution d'acide trichloroacétique concentrée à 80% était plus efficace qu'une solution à 35% selon une étude Iranienne de 2012 (23).

Une méta-analyse de 1988 montrait que dans cinq études randomisées et contrôlées, l'acide salicylique entraînait une guérison après 6 à 12 semaines dans 73% des cas, contre 48% sous placebo (24).

Dans l'étude Cochrane (13), une méta-analyse avec 486 participants a montré un résultat statistiquement significatif favorisant l'application topique de l'acide salicylique sur les verrues de toutes localisations. Malheureusement cette étude décrivait des effets indésirables à la suite du traitement.

Au Liban, une étude a montré que l'oxyde de zinc topique comparé à un traitement par acide salicylique et acide lactique était une option thérapeutique efficace, indolore et sans danger pour le traitement de la verrue (50).

Une étude de cas de 2012 (51) sur l'utilisation topique de vitamine A, pour le traitement de verrues récalcitrantes, a montré une efficacité.

En Iraq c'est une étude concernant le sulfate de zinc à 10% qui a montré son efficacité sur les verrues planes (52).

Par méthode physique :

-la cryothérapie

Cette méthode permet l'endommagement direct par le froid des cellules cutanées par production de cristaux de glace intracellulaires et extracellulaires avec une interruption concomitante de leur approvisionnement vasculaire entraînant, in fine, la mort cellulaire et libérant le virus, encourageant ainsi une réponse immunitaire locale (25).

Il est nécessaire tout d'abord de faire le distinguo entre l'azote liquide (N₂), utilisé par les dermatologues ou certains médecins généralistes (24) dont la température avoisine les -196° et les produits de cryothérapie disponibles dans le commerce (Urgo® verrue, Verrukill®...) contenant soit un mélange gazeux atteignant une température de -57°C (20,26) (diméthyléther, propane et isobutane) soit du protoxyde d'azote à -80° (Objectif ZeroVerrue FREEZE®).

La revue Cochrane (13) a inclus 21 études ayant évalué la cryothérapie, dont les résultats se sont révélés incohérents. L'efficacité réelle de la cryothérapie y reste difficile à estimer.

Dans une méta-analyse la cryothérapie ne s'est pas montrée supérieure au placebo.

Selon la localisation, une étude récente (Bruggink 2010) a montré que la cryothérapie était supérieure à l'acide salicylique ou au placebo, mais uniquement pour les verrues situées au niveau des mains.

Le fait que les verrues soient traitées par cryothérapie à des intervalles de 2, 3 ou 4 semaines ne semble pas avoir d'influence sur la guérison.

La mise en commun des données de 4 essais (Berth-Jones 1994, Connolly 1999, Hansen 1986, Sonnex 1988) a montré que la cryothérapie agressive est significativement plus efficace.

-Curetage, électrocoagulation

Le curetage peut être éventuellement réalisé au cabinet avec une curette après anesthésie locale ou par électrocoagulation via un bistouri électrique. Bien que le curetage ou la cautérisation soient parfois employés pour enlever des verrues, aucune recommandation n'a été éditée. Les taux de réussite seraient entre 65 et 85 pour cent, mais la mauvaise cicatrisation et la récurrence se produisent fréquemment. La cicatrisation peut être particulièrement problématique au niveau de la face plantaire du pied (3,12,20).

Une étude indonésienne de 2018 sur 17 patients (26), comparant l'électrocoagulation avec curetage à l'application d'une solution à 80% de phénol pendant 3 semaines avec 6 semaines de suivi, montrait un taux de guérison significatif en faveur du traitement topique pour le traitement des verrues communes.

3.2.2. Les méthodes non invasives

Comme nous venons de le voir, les études ne confirment aucune prise en charge particulière des verrues, aussi bien pour les méthodes chimiques que physiques.

En ce sens, la médecine traditionnelle laisse la place aux méthodes complémentaires dans le traitement des verrues cutanées. Comme le disait Georges Canguilhem « la médecine est une science dans sa partie théorique et un art dans sa partie pratique » (27).

-L'homéopathie

L'homéopathie se base sur le principe des similitudes. C'est-à-dire que toute substance, qui administrée à forte dose, toxique pour l'homme en bonne santé, provoque des troubles précis. Après dilution, donc à faible dose, est capable de faire disparaître ces mêmes troubles lorsqu'ils sont rencontrés chez un malade.

Les traitements homéopathiques et phytothérapeutiques sont régulièrement essayés par bon nombre de patients avec, il semblerait, une relative efficacité (28), bien que ces derniers ne soient ni scientifiquement documentés, ni scientifiquement validés malgré 75 ans de recherche.

Alors que l'homéopathie est actuellement sujette à controverse (29), Celle-ci reste encore fortement prescrite par environ 30% des médecins généralistes français selon une enquête IPSOS de mars 2019 (30).

Les remèdes les plus souvent utilisés sont le *thuya occidentalis* (31), aux propriétés antivirales, kératolytiques et cytostatiques, *Antimonium crudum*, *Nitricum acidum*, *calcareea carbonica* (carbonate de calcium, prélevé dans la coquille d'huitre), *dulcamara* (provenant de la plante grimpante douce amère), *natrum muriaticum* (sel de mer des marais salants), *staphysagria*, *causticum* (composée de chaux et de bisulfite de potassium) (27).

Verrulia® est un traitement regroupant *antimonium crudum*, *Nitricum acidum* et *Thuya occidentalis*.

-La phytothérapie

Il existe une plante, considérée comme magique au Moyen-Age que l'on appelle l'herbe à verrue et dont le nom botanique est la chélidoïne. Son suc aurait un intérêt puisqu'il contiendrait un alcaloïde, la coptisine, qui possède des propriétés anti-mitotiques (32,33).



Le jus de pissenlit ou encore le lait du figuier aurait eux aussi une efficacité sur les verrues.

-Les huiles essentielles

L'huile essentielle la plus connue est celle de l'arbre à thé. Elle est obtenue par distillation des feuilles de l'arbre à thé australien (*Melaleuca alternifolia*). Le principal composant actif de l'huile est le terpinène-4-ol. L'huile d'arbre à thé, qui contient au minimum 30% de ce composant actif principalement pour un usage médical, a une action antimicrobienne bien

documentée. Pour le traitement des verrues, l'huile d'arbre à thé est appliquée sur les verrues une à trois fois par jour au moyen d'un coton-tige. PubMed recense une étude de cas où l'huile d'arbre à thé a été utilisée avec succès dans le traitement des verrues (34). L'huile d'arbre à thé est bien tolérée au niveau local. Le problème reste le risque de sensibilisation rapide à la substance. En effet, l'apparition de lésions d'eczéma de contact a été décrite (35).

Les huiles essentielles de cannelle de Chine, de sarriette des montagnes, de mandarine, de citron, de pamplemousse, de niaouli auraient aussi une efficacité (36).

-Propolis

La propolis (résine d'abeille) est une masse résineuse produite par les abeilles (20). Il s'agit d'un mélange de nombreuses substances différentes qui, outre des résines et de la cire, contient également des huiles essentielles, des minéraux et une multitude de substances actives végétales (avant tout flavonoïdes et flavones). En médecine, des propriétés antibiotiques, antivirales et antimycosiques sont attribuées à la propolis (37). La propolis peut être utilisée par voie locale ou générale. Pour le traitement des verrues, une étude randomisée et contrôlée a montré que la propolis par voie orale était significativement plus efficace par rapport au placebo, entraînant une guérison des verrues planes et vulgaires chez près de 75% des patients après 3 mois de traitement (38). L'application locale de propolis (sous forme de teinture, pommade ou résine) sur les verrues n'est guère associée à des effets indésirables, mais une sensibilisation peut survenir.

-Acupuncture

La Médecine Chinoise estime qu'une agression venant de l'extérieur ne peut donner une maladie seulement s'il existe une ou plusieurs défaillances à l'intérieur.

Toutes les personnes en contact avec des virus ne développent pas de maladies. La médecine chinoise affirme que des « pervers externes », c'est-à-dire des agents pathogènes, peuvent pénétrer, du fait d'une dysharmonie entre l'énergie et le sang, au niveau de la peau en diminuant la fermeté entre les espaces interstitiels permettant l'invasion du virus et ainsi donner la maladie. D'autre part, la médecine chinoise considère que les émotions, faisant partie des causes internes des maladies, peuvent aussi avoir un rôle dans l'apparition des verrues. En effet, un déséquilibre des émotions, du mental, peut provoquer un blocage au niveau de la circulation de

l'énergie du foie, ce qui peut perturber la circulation de l'énergie et du sang au niveau de la peau.

Également, certaines carences du sang peuvent provoquer un assèchement de la peau qui créera de petites failles sous forme de fissures cutanées microscopiques. Ces fissures peuvent laisser s'immiscer des bactéries ou des virus qui finiront par produire des infections cutanées, ou des verrues (39–41).

Sur un plan pratique la disposition des aiguilles peut être réalisée sur des points hors méridiens, en piquant 4 aiguilles sur le pourtour de la verrue. Ces aiguilles peuvent être, si nécessaire, enduite de moxa (poudre d'armoise) afin de chauffer les aiguilles. Pour favoriser un rééquilibrage global, des points d'acupuncture sont réalisés sur les points des méridiens.

-Suggestion / hypnose

L'approche psychologique constitue également une possibilité pour tenter de faire disparaître les verrues. Celles-ci ont mauvaise réputation. Dans les contes, on les trouve sur le nez crochu des sorcières, on accuse les crapauds de nous les transmettre. Même les médecins ont dénigré les verrues tout au long de l'histoire. Au 19^e siècle, Jean-Louis Alibert, considéré comme le fondateur de la dermatologie en France, disait : "parmi les souillures qui peuvent affecter le corps humain, il n'en est pas de plus sale et de plus dégoûtante que celle des verrues" (42). Un discours encore très ancré dans nos esprits...

A travers différents témoignages (patients, dermatologue, médecins généralistes), la même anecdote revient fréquemment : la verrue disparaît souvent avant une consultation dédiée programmée (15).

Les procédés de suggestion tentent d'obtenir un succès thérapeutique en se basant sur la croyance des vertus curatives d'un traitement. Dans une étude non contrôlée conduite avec des enfants présentant des verrues au niveau des mains et des pieds, un traitement par rayonnement simulé s'est traduit par une guérison complète dans 55% des cas et par une rémission dans 33% des cas, ce qui a été attribué à la suggestion (43).

L'importance des variables psychologiques dans la régression des verrues a pu être soulignée dans une autre étude de 1988, dans laquelle une meilleure régression des verrues a été obtenue par hypnose et procédés de suggestion par rapport à l'absence de traitement (44).

Les études mentionnées montrent que les influences suggestives peuvent tout à fait être significatives pour le traitement des verrues. Cela est également important pour les méthodes thérapeutiques établies. Par conséquent, la force de suggestion de l'intervention médicale lors de l'exécution de traitements anti-verruqueux ne devrait pas être sous-estimée !

-Les « remèdes de grand-mère » et autres méthodes

Outre ces méthodes, il existe une multitude de « remède maison » et d'autres moyens plus ou moins obscurs comme de frotter ses verrues avec une tranche de lard et l'enterrer au fond du jardin ; quand le lard sera en état de décomposition, les verrues auront disparu. Ou encore demander de dessiner sa verrue sur une feuille de papier et la jeter au feu (25).

La méthode du ruban adhésif consiste à recouvrir les verrues avec du ruban adhésif provoquant une macération et une kératolyse, avec mise en place d'une réponse immunitaire dans ce milieu ramolli. En 2002, une étude randomisée et contrôlée a fait l'évènement en comparant un simple ruban adhésif transparent à la cryothérapie. Après 2 mois, le taux de guérison était de 85% avec le ruban adhésif contre 60% avec la cryothérapie (45). La revue Cochrane n'a pas conclu à une efficacité avérée du traitement par ruban adhésif par rapport au placebo (13). L'étude de Wenner et al. en 2007 n'a pas montré de différence statistiquement significative entre le ruban adhésif en toile et le moleskine pour le traitement des verrues chez une population adulte (46). Toutefois, étant donné la bonne tolérance du traitement (donnant à la rigueur lieu à des rougeurs et des démangeaisons au site d'application), peu d'éléments s'opposent à faire une tentative de traitement par ruban adhésif, éventuellement en association avec d'autres options thérapeutiques.

Il m'est apparu au cours de ce travail que, malgré l'absence de prise en charge clairement définie, il subsiste de nombreuses possibilités thérapeutiques, notamment les méthodes non invasives.

Enfin, n'oublions pas que l'évolution naturelle des verrues est habituellement leur disparition spontanée (31).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Recueil de données

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale visant à évaluer la prise en charge des verrues cutanées en médecine générale.

Le recueil de données s'est fait via un questionnaire anonyme (Annexe 1).

1.2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer dans le territoire correspondant à la région ex-Picardie (Aisne, Oise et Somme).
- Être installé ou remplaçant

Les médecins généralistes à mode d'exercice particulier exclusif (MEP = allergologue, angiologue, médecin du sport, médecin urgentiste, médecin du travail...) étaient exclus de la population étudiée.

1.3. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Le recueil des données s'inscrit dans le cadre éthique, déontologique et réglementaire selon la loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et le règlement européen général sur la protection des données à caractère personnel entré en vigueur en mai 2018. Au vu de la méthode, notre étude n'a pas nécessité de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes ni de déclaration CNIL spécifique.

1.4. Le questionnaire

Le questionnaire était anonyme et était associé à quelques phrases d'introduction, visant à me présenter et à expliquer le but de mon travail (Annexe 1).

1.4.1 *Format*

Deux formats de questionnaire étaient disponibles : un format électronique créé via le logiciel gratuit Google Forms® envoyé par mail et un format papier, via le logiciel Microsoft Word® version 2018 (Microsoft Corporation, Redmond, WA), envoyé par voie postale, associé à une enveloppe de retour pré affranchie.

1.4.2. *Contenu*

Le questionnaire (Annexe 1) était composé de 15 questions fermées à choix unique ou multiples, afin de faciliter le remplissage par les médecins et de permettre une meilleure exploitation des données. Il existait une seule question ouverte correspondant à l'âge du médecin interrogé.

Pour certaines questions, la possibilité « autre(s) » était proposée dans l'hypothèse où les participants ne trouvaient pas leur réponse dans le listing indiqué.

Sur la version électronique, cinq réponses étaient obligatoires : il était impossible de poursuivre le questionnaire si une de ces réponses n'était pas renseignée.

Ces questions étaient réparties en trois sections. La première concernait les renseignements administratifs des médecins interrogés :

- Sexe.
- Age.
- Mode d'exercice (seul, MSP, cabinet de groupe, exercice mixte, remplacement).
- Milieu d'exercice (rural, semi rural, urbain).
- Durée d'installation ou de remplacement.

La seconde cherchait à savoir si le praticien avait été formé à la prise en charge d'une verrue et s'il expliquait la physiopathologie à ses patients.

La troisième visait à évaluer les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge des verrues vulgaires et d'évaluer leurs critères de choix de traitement.

Le temps de lecture et de réponse du questionnaire ne dépassait pas 4 minutes.

1.4.3. Test du questionnaire

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de trois médecins généralistes libéraux afin d'évaluer la cohérence et la clarté des questions.

1.4.4. Diffusion

- Pour l'Aisne et la Somme : les Conseils de l'Ordre des Médecins de l'Aisne et de la Somme ont envoyé le questionnaire par mail à leur listing (médecins installés et remplaçants) soit 180 médecins pour la Somme et 455 médecins pour l'Aisne. De plus, le questionnaire a été distribué lors de quatre Formation Médicale Continue (FMC) auxquelles j'ai assisté et a permis d'obtenir 69 questionnaires papiers.

Une relance du questionnaire a été réalisée 5 semaines plus tard au moyen du même listing des Conseils de l'Ordre.

- Pour l'Oise : Les médecins généralistes ont été sélectionnés dans l'ordre d'apparition sur l'annuaire du site de l'Ordre des médecins.

Chaque médecin généraliste a été contacté par téléphone, l'un après l'autre, en lui proposant de choisir un envoi de questionnaire par la poste ou par mail, jusqu'à obtenir 100 courriers postaux. De cette façon 61 mails ont été envoyés avant d'obtenir 100 envois postaux. Souvent les appels téléphoniques aboutissaient à un secrétariat et plusieurs cas étaient possibles :

- le secrétariat donnait directement l'adresse mail du médecin ou orientait directement par courrier postal,

- le secrétariat devait me recontacter pour me donner l'adresse mail du médecin après avoir obtenu son accord ; si ce n'était pas le cas le questionnaire lui était envoyé par courrier.

Un mois plus tard, 100 nouveaux courriers postaux ont été envoyés en poursuivant la liste utilisée.

Au total 965 médecins généralistes ont été contactés soit par mails soit par courriers postaux, soit lors de FMC pour répondre au questionnaire.

La diffusion et la réception du questionnaire s'est étalée sur une période de 3 mois (du 4 avril au 4 juillet 2019).

2. Outils

Les réponses du questionnaire papier ont été saisies manuellement sur le questionnaire en ligne Google Forms® et les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel 2018®.

III. RESULTATS

1. Taux de participation

280 questionnaires papiers ont été distribués et 154 ont été remplis soit un taux de réponse pour les questionnaires papiers de 55%.

Concernant les 200 questionnaires papiers envoyés dans l'Oise par voie postale, 87 lettres ont été réceptionnées soit un taux de réponses de 43.5%.

Sur les 696 mails envoyés, 123 réponses numériques ont été recueillies soit un taux de réponse de 17.7%.

Au total, sur 965 médecins ou remplaçants contactés par mail ou par voie postale, 278 questionnaires ont été remplis soit un taux de réponse global de 28.8 %.

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

-Age et genre :

12 personnes n'ont pas souhaité donner leur âge.

L'âge moyen était de 48.2 ans.

L'âge moyen des hommes est de 50,8 ans et celui des femmes de 45,6 ans.

La tranche d'âge [35-55 ans] était la plus représentée (46.8%).

La population était quasiment identique entre les hommes (50.6%) et les femmes (49.4%).

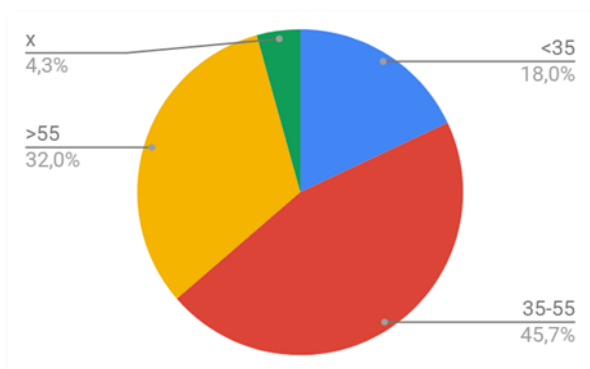


Fig- 1. Répartition de la population selon l'âge

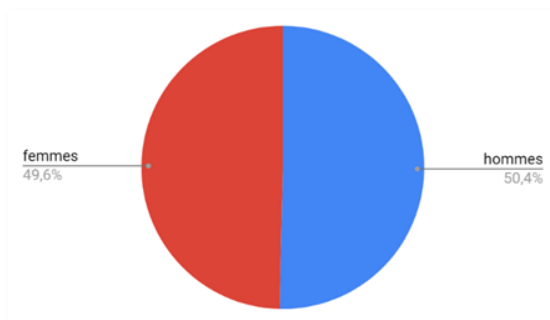


Fig-2. Répartition selon le genre

3. Caractéristiques de la population d'étude selon l'exercice

- *Modes d'exercice* :

Les modes d'exercices les plus représentés étaient l'exercice en cabinet seul (37.4%) puis en cabinet de groupe (34.1%).

Parmi les remplaçants, il y avait plus de femmes (76%) que d'hommes.

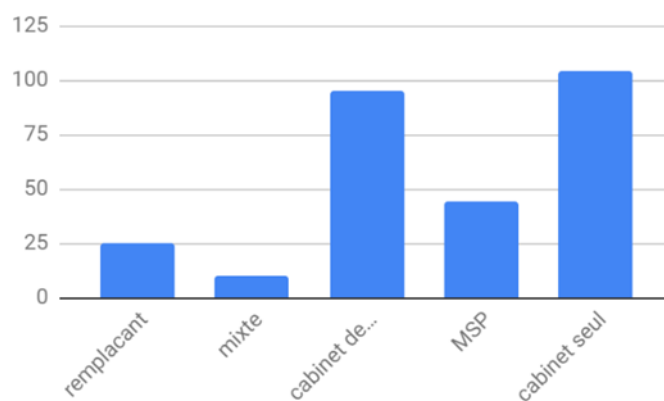


Fig-3. Répartition selon le mode d'exercice

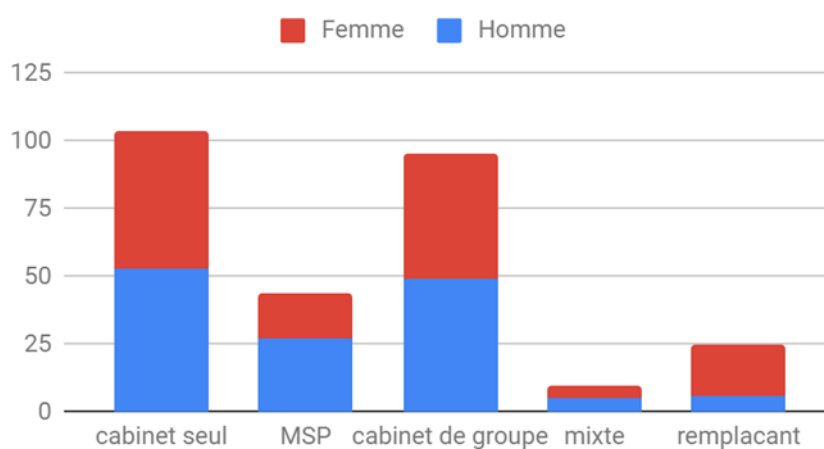


Fig-4. Répartition du mode d'exercice selon le genre

- *Lieu d'exercice* :

Les généralistes exerçaient à 40.3% dans une zone semi rurale, à 34.9% en zone urbaine et à 24.8% en zone rurale. Les femmes exerçaient plus souvent en milieu semi-rural.

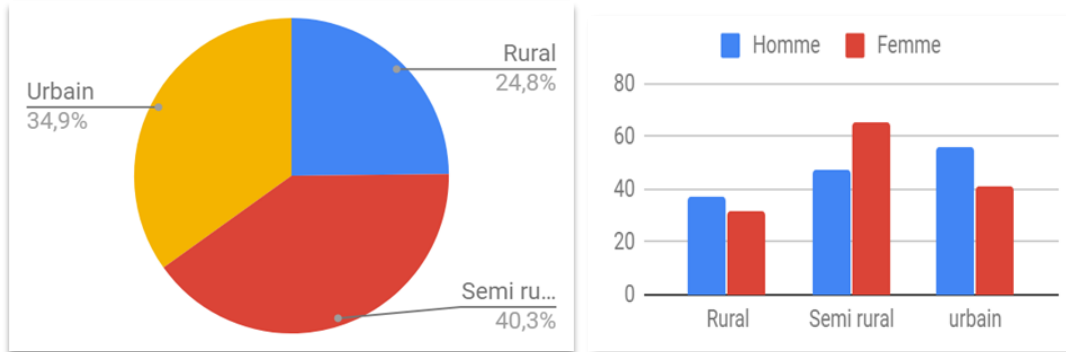


Fig-5. Répartition en fonction du lieu d'exercice Fig-6. Répartition du lieu d'exercice en fonction du genre

- *Ancienneté d'installation* :

Les praticiens interrogés sont en majorité (30.9%) installés depuis 15 à 30 ans. Les 3 autres classes de durées d'installations [<5 ans], [5-15 ans], [>30 ans] sont de proportions similaires (respectivement 24.5%, 23.4% et 21.2%).

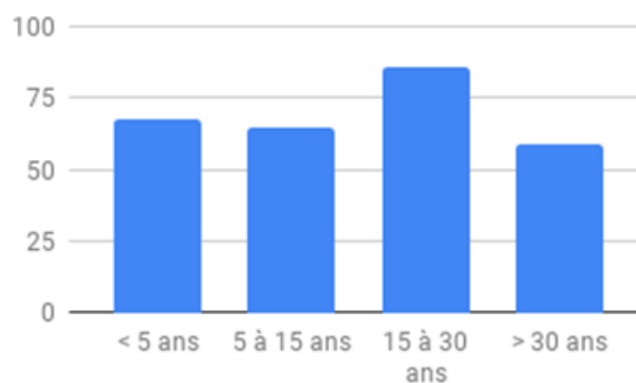


Fig-7. Répartition des MG en fonction de leur nombre d'année d'installation

4. La formation et les connaissances des MG concernant la pathologie

-Formation médicale :

Une majorité de médecins (60.4%) a répondu ne pas être formée à la prise en charge des verrues.

Parmi ceux ayant déclaré être formés (39.5%), il s'agissait surtout de formation médicale initiale (42.9%) et de lecture personnelle (39.1%).

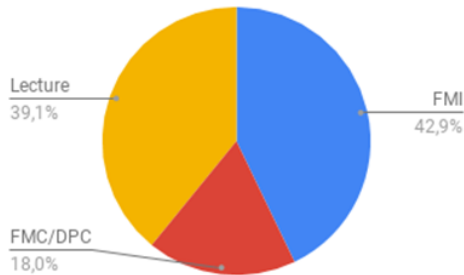


Fig-8. Répartition des modes de formation

Il est également intéressant de noter que ce sont les médecins les plus jeunes qui déclarent avoir eu le moins de formation médicale au sujet des verrues vulgaires.

Age	Pas de formation	N=	%
<35	33	50	66%
35-55	71	127	56%
>55	56	89	63%

Tab-1. Rapport entre l'absence de formation médicale et l'âge des MG

-L'explication donnée aux patients :

Près de deux tiers des médecins généralistes expliquent « souvent » ou « toujours » la physiopathologie des verrues à leurs patients.

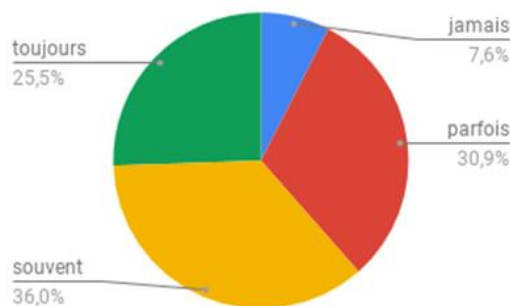


Fig-9. Répartition de la fréquence des explications données aux patients

Les médecins généralistes masculins apportent plus d'explication que les femmes : 35.2 % versus 26.2 %.

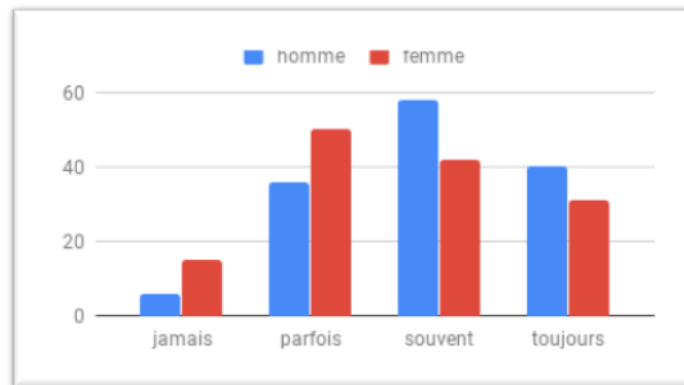


Fig-10. Répartition du niveau d'explication donnée en fonction du genre.

Les médecins de moins de 35 ans expliquent plutôt « parfois » et « souvent » la physiopathologie alors que les médecins de plus de 55 ans expliquent plutôt « souvent » et « toujours ».

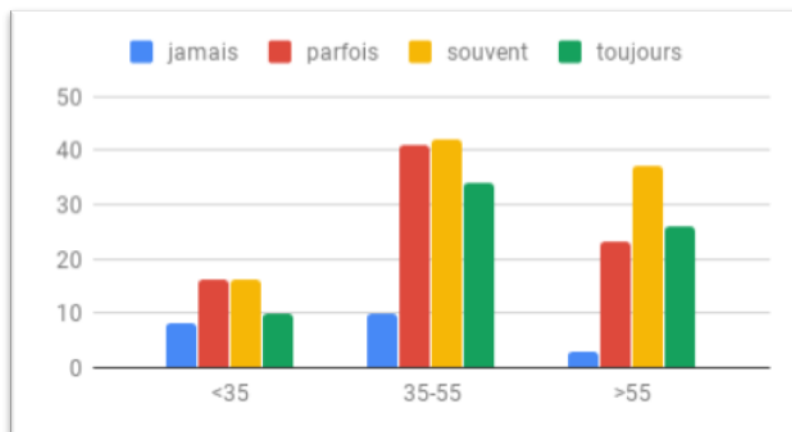


Fig-11. Répartition du niveau d'explication en fonction de l'âge

Les praticiens ayant répondu avoir eu une formation sur la prise en charge des verrues expliquaient majoritairement « souvent » ou « toujours » la physiopathologie à leurs patients.

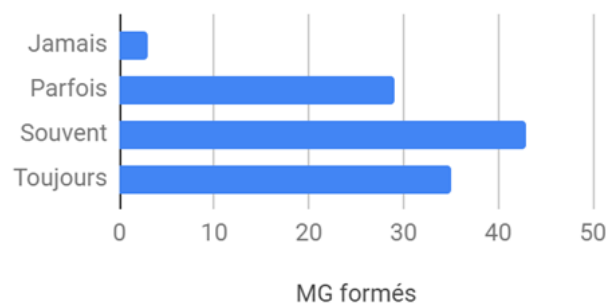


Fig-12. Rapport entre la formation médicale et le degré d'explication donné aux patients

-Connaissance des médecins généralistes concernant le retentissement psychosocial :

La majorité de la population étudiée (71%) pense qu'il existe un retentissement psychosocial des verrues sur le patient. 13% des praticiens ont répondu « ne sais pas » à cette question.

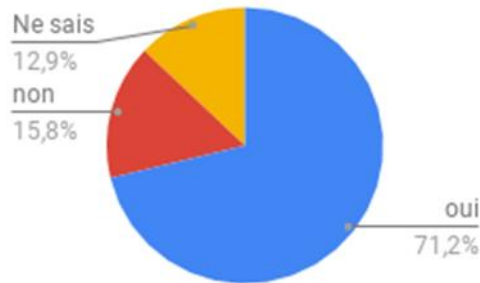


Fig-13. Estimation du retentissement psychosocial des verrues

Les femmes considèrent plus souvent que les hommes qu'il existe un retentissement psychosocial.

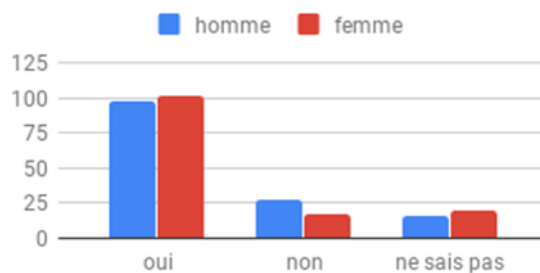


Fig-14. Estimation du retentissement psychosocial selon le sexe du MG

Les plus jeunes médecins (moins de 35 ans) étaient les plus nombreux (80%) à penser qu'il existe un retentissement psychosocial des verrues, au prorata du nombre de médecins dans chaque classe d'âge.

	Oui	Non	Ne sait pas	N=
<35	40	9	1	50
35-55	85	20	22	127
>55	64	14	11	89

Tab-2. Répartition des MG concernant le retentissement psychosocial en fonction de l'âge

5. La prise en charge

En grande majorité (88.5%), les médecins généralistes picards déclarent prendre en charge les verrues au cabinet.

La prise en charge ne semble pas varier avec la zone d'activité.

	Oui	Pourcentage %	Non	Pourcentage %
Rural	58	84	11	15.9
Semi rural	104	92.8	8	7.2
Urbain	84	86.6	13	13.4

Tab-3. Répartition de la prise en charge en fonction du milieu d'exercice.

Il paraît important de souligner que ce sont les plus jeunes médecins (<35 ans) qui les prennent moins en charge.

	Oui	Non	N=	Pourcentage %
<35	41	9	50	18%
35-55	114	13	127	10.2%
>55	81	8	89	5.6%

Tab-4. Répartition de la prise en charge en fonction de l'âge

Les médecins remplaçants prennent autant en charge les verrues que les médecins installés.

-Raisons de la prise en charge des verrues par les médecins généralistes

Les principales raisons de prise en charge étaient les douleurs (56.4%) suivi par le retentissement esthétique (45.6%).

Les raisons arrivant en second temps étaient la limitation de la propagation (39.9%), puis la simple présence sur le corps (38.4%) et enfin l'impact socio professionnel (38.1%).

La durée de la présence de la lésion sur la peau arrivait en dernière position (14.7%).

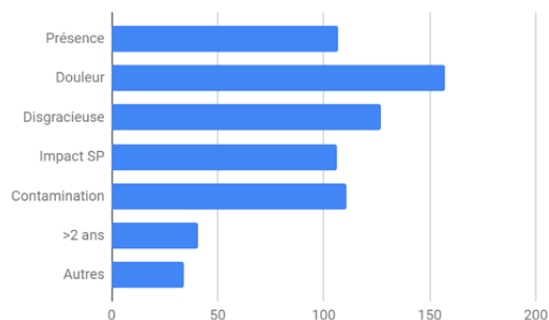


Fig-15. Répartition des raisons qui amènent le MG à prendre en charge la/les verrue(s)

Les médecins ayant répondu « Autre » à cette question justifiaient le plus souvent par :

-la difficulté d'obtenir un rendez-vous avec le spécialiste : « par manque de spécialiste sur le secteur », « manque de dermatologue », « Afin de ne pas adresser le patient au dermato. Le patient est souvent demandeur »

- le motif de consultation : « parce que le patient me le demande, s'il ne me le demande pas, je ne prends pas en charge », « demande des patients car problématique esthétique », « motif faisant parti de ma pratique », « le patient vient en consultation pour cela »

- pour une réponse avec une méthode non conventionnelle : « solution homéopathique très efficace », « elle n'apparait pas au hasard : traitement de globalité d'un individu et d'un système »

-amélioration technique : « pour amélioration et évaluation de ma propre pratique (cryothérapie) »

-Types de prise en charge

Dans cette section de questionnaire, il était possible d'avoir recours à plusieurs réponses à la fois.

91% des médecins (n=222) ayant répondu à la question utilisent les méthodes invasives et un peu plus de 50% des praticiens (n=126) ont recours à une méthode non invasive.

De plus, un quart des médecins ont recours à l'abstention thérapeutique.

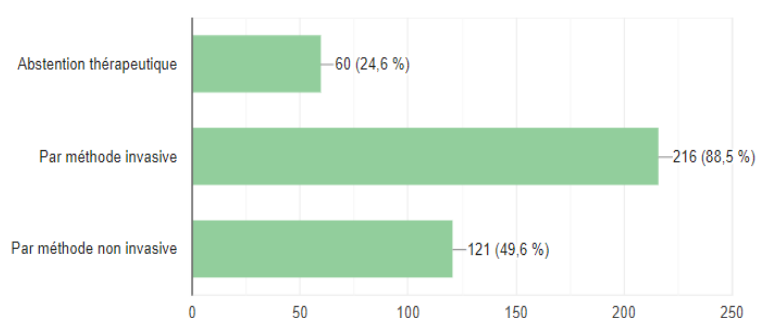


Fig-16. Proportion des différentes méthodes de traitement

L'abstention thérapeutique est privilégiée par les médecins de moins de 55 ans.

	<35	35-55	>55
abstention thérapeutique	13	32	14
Nombre de médecins	50	127	89
Pourcentage	26%	25%	15%

Tab-5. Prise en charge par abstention thérapeutique en fonction de l'âge

En fonction du sexe, les femmes s'abstiennent plus que les hommes de prescrire un traitement (24.6%).

	Homme	Femme
abstention thérapeutique	26	34
Nombre de médecins au total	140	138
Pourcentage	18.6 %	24.6 %

Tab-6. Prise en charge par abstention thérapeutique selon le genre

Parmi les médecins généralistes utilisant une méthode invasive, les deux méthodes les plus utilisées étaient les kératolytiques (86.5%) et la cryothérapie (56.8%).

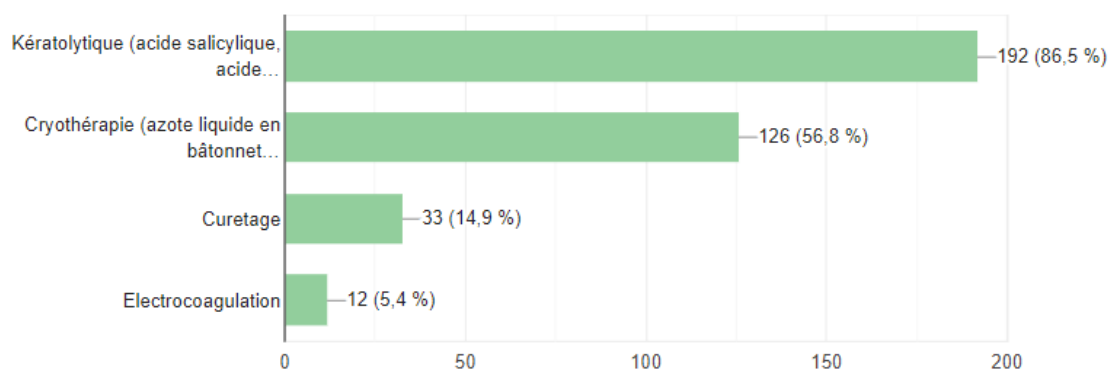


Fig-17. Proportion des différents traitements invasifs

68.3% des médecins (n=126) ayant recours à une méthode non invasive utilisent l'homéopathie.

Les « remèdes de grand-mère » et méthode de suggestion représentent respectivement 34.9% et 16.7% des médecins utilisant une méthode non invasive.

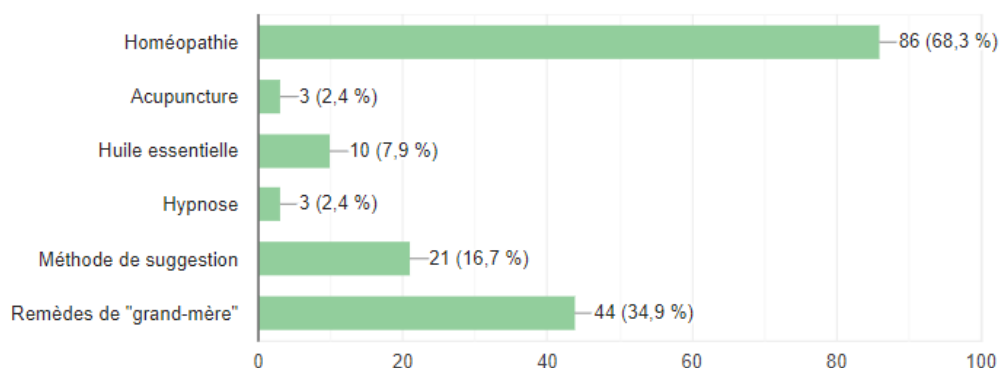


Fig-18. Proportion des différents traitements non invasifs

-Raisons du choix de l'utilisation d'une méthode non invasive

Les médecins généralistes (n=125) qui choisissent une méthode non invasive pour le traitement des verrues l'utilisent en majorité parce qu'ils pensent que c'est efficace à 64%.

Vient ensuite la raison de l'effet placebo pour 33% d'entre eux, suivi par le rôle de prescripteur dont ils se sentent investis 18.4%.

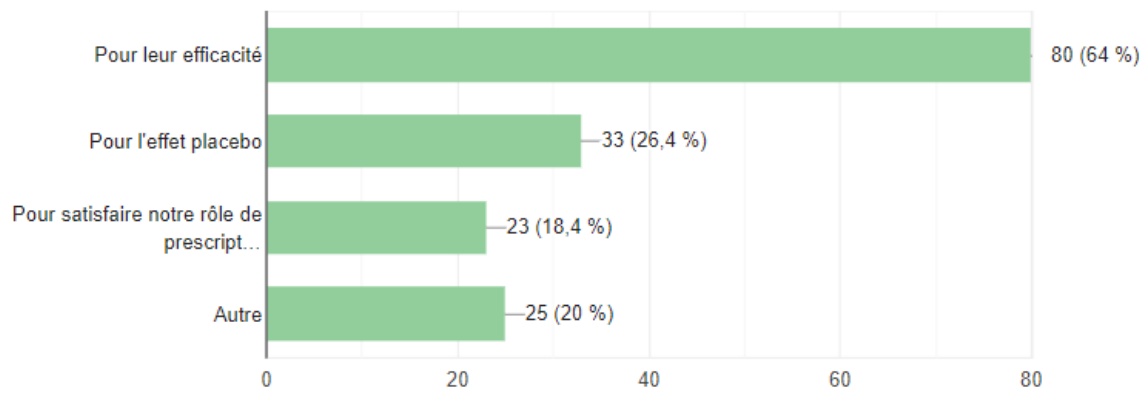


Fig-19. Proportion des différentes raisons d'utilisation d'une MNI

20% des médecins (n=25) qui utilisent une méthode non invasive ont répondu par « Autre » et justifiaient leurs réponses comme :

-un moyen de faire patienter : « en attendant une guérison spontanée (enfants) », « Attendre sans être agressif », « Pourquoi pas... Dans l'attente d'une consultation spécialisée. En cas d'échec thérapeutique. Demande des patients », « Pour faire patienter », « fonction de la croyance du patient ; en attendant rdv dermato si méthode invasive peu efficace »

-étant un traitement de seconde intention efficace : « Échec méthodes invasives », « parce que "ça marche souvent" », « Pourquoi pas... Dans l'attente d'une consultation spécialisée. En cas d'échec thérapeutique. Demande des patients », « je n'y croyais pas trop mais expérience de verrulia sur ma fille qui a très bien marché ».

-étant utilisé pour une autre réponse thérapeutique : « Pouvoir de la suggestion », « sorcellerie », « pour avoir quelque chose à proposer autre que l'abstention si le patient demande conseil », « si forte demande du patient à avoir un traitement », « demande des patients », « test ».

- la prescription d'une méthode indolore : « demande des patients de technique indolore », « pas d'effet supérieur de celles des méthodes invasives qui comporte des risques (nécrose, douleurs) », « méthode non invasive + prise en charge du terrain ».

-n'ayant pas de risque à proposer cette méthode : « Pourquoi pas », « Parce que ça mange pas de pain! », « Pourquoi pas... Dans l'attente d'une consultation spécialisée. En cas d'échec thérapeutique. Demande des patients », « cela amuse les parents et les enfants et dédramatise ».

-permettant une prise en charge globale du patient : « méthode non invasive + prise en charge du terrain », « prise en compte de la globalité de la personne », « parce que cela répond de l'expression au déséquilibre interne du patient ».

-Le traitement de première intention

	Kératolytique	Cryo-thérapie	Curetage	Electro-coagulation	MNI	Dermatologue	Abstention thérapeutique/surveillance	N=
Verrue ND unique	116	32	1	1	47	1	42	240
Verrue douloureuse	94	73	5	2	23	7	7	211
Inesthétique	91	59	3	1	33	33	17	237
Impact SP	87	63	4	2	26	39	14	235
En mosaïque	42	39	7	1	29	102	17	237
>2 ans non gênante	68	44	2	2	34	40	46	236
>2 ans gênante	61	47	8	4	18	95	8	241

Tab-7. Répartition du choix du traitement de première intention des MG selon le type de verrue.

***Verrue unique non douloureuse**

Pour ce type de verrue, près de la moitié des praticiens opte pour un traitement par kératolytique (n=116 soit 48.3%). Une méthode non invasive est utilisée par 19.5% d'entre eux (n=47). Et enfin 17.5% choisissent de recourir à l'abstention thérapeutique (n=42).

***Verrue douloureuse**

Les verrues douloureuses sont prises en charge majoritairement par un kératolytique et cryothérapie, respectivement à 44.5% et 34.6%.

***Verrue inesthétique**

Les verrues inesthétiques sont prises en charge le plus souvent dans un premier temps par les kératolytiques (n=91 soit 38.3%).

La cryothérapie est le deuxième choix utilisé après les kératolytiques (n=59 soit 24.9%)

Les méthodes non invasives et l'envoi vers un dermatologue arrivent à égalité dans le choix de prise en charge de ce type de verrue (n=33 soit 13.9%).

***Verrue ayant un impact socio professionnel**

Elles sont traitées en priorité par kératolytique (n=87 soit 37%) et par cryothérapie (n=63 soit 26.8%)

***Verrue en mosaïque**

Les 237 médecins généralistes picards qui ont répondu à cette question choisissent en grande majorité d'envoyer le patient vers le dermatologue (n=102 soit 43%) et 34% d'entre eux choisissent d'utiliser une méthode invasive.

***Verrue présente depuis plus de 2 ans, non gênante**

Elles sont tout d'abord prise en charge par des kératolytiques (n=68 soit 28.8%) suivi par l'abstention thérapeutique (n=46 soit 19.3%), qui est pratiquement à égalité avec la cryothérapie (n=44 soit 18.6%).

***Verrue présente depuis plus de 2 ans gênante**

Une majorité des médecins (n=95 soit 39.4%) envoie ces patients consulter un dermatologue.

-Le traitement de deuxième intention

	Kératolytique	Cryo-thérapie	Curetage	Electro-coagulation	MNI	Dermatologue	Abstention thérapeutique/surveillance	N=
Verrue ND unique	35	52	11	1	15	45	25	184
Verrue douloureuse	20	53	5	2	12	85	5	182
Inesthétique	26	37	7	2	11	90	2	175
Impact SP	21	35	7	3	12	98	3	179
Mosaïque	15	27	2	0	19	99	2	164
>2 ans non gênante	24	32	3	1	14	78	25	177
>2 ans gênante	17	27	4	2	9	103	1	163

Tab-8. Répartition du choix du traitement de première intention des MG selon le type de verrue

Lorsqu'une première ligne de traitement n'a pas fonctionné, la plupart des praticiens envoient le patient vers un dermatologue pour les différents types de verrue sauf les verrues non douloureuses uniques, pour lesquelles ils privilégient un traitement par cryothérapie.

Le taux de participation (de 58.6% à 66%) à cette question a été très largement inférieur par rapport à la question précédente.

-Facteurs orientant vers un dermatologue

Les médecins généralistes orientent vers un dermatologue, souvent lorsqu'ils sont en échec thérapeutique (n=230 soit 82.7%) ou lorsqu'ils ont un doute sur un diagnostic différentiel (n=134 soit 48.2%).

Ils appréhendent peu les complications thérapeutiques (1.4%).

-Nécessité d'avoir une prise en charge standardisée

Les médecins sont divisés en deux concernant la nécessité d'adopter une prise en charge standardisée avec une légère supériorité pour le « Non » (50.9%).

IV. DISCUSSION

1. Choix du sujet

J'ai souhaité étudier cette problématique, fréquente dans la pratique quotidienne des médecins de soins primaires. Ce travail est né de l'observation des différents types de prise en charge des verrues lors de mes différents stages chez les praticiens. J'ai été confrontée régulièrement à des échecs de prise en charge et me suis retrouvée parfois démunie devant des patients demandeurs ou des patients ayant des effets indésirables de certains traitements. De plus j'ai été interpellée par certaines guérisons spontanées après plusieurs essais thérapeutiques infructueux par méthodes invasives.

En ce sens, la prise en charge non invasive me paraît être une première démarche intéressante pour cette pathologie bénigne.

2. Choix de la méthode

Le choix de la méthode quantitative s'est avérée être la méthode privilégiée pour avoir une vision mesurable de la pratique actuelle des médecins généralistes (47,48).

3. Force et limites de l'étude

3.1. Sur le questionnaire :

L'envoi d'un questionnaire était la méthode la plus adaptée afin d'obtenir un maximum de réponses sur une durée limitée.

Le choix d'envoyer un questionnaire électronique me semblait être le moyen, le plus écologique et le moins coûteux, permettant de toucher un grand nombre de professionnels. Pourtant le taux de réponse montre que la voie postale a été plus efficace (43.5% versus 17.7%). Les praticiens se sentaient-ils plus concernés lorsqu'ils recevaient un courrier ? Le fait d'avoir une enveloppe de réponse timbrée était-il un élément motivant une réponse ? Le questionnaire électronique n'était-il pas noyé dans une multitude d'autres mails professionnels ?

Le questionnaire comportait volontairement un nombre limité de questions afin de ne pas démotiver les répondants.

Le taux de participation (28.8%) est faible et ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes picards.

Bien que la mise en page ait été réfléchi afin de rendre la question facile, un bon nombre de médecin n'a pas répondu au tableau concernant la prise en charge de deuxième intention (7.2%), ce qui laisse penser que la question pouvait être redondante ou difficile.

Certains médecins ont coché plusieurs réponses par ligne, la première réponse été prise en compte par défaut.

3.2. Sur l'échantillon :

En 2019, le nombre de médecins généralistes inscrit à l'Ordre de la Somme et de l'Aisne était respectivement de 491 et 856 médecins.

Seulement 180 mails ont été envoyés aux médecins de la Somme par le Conseil de l'Ordre de la Somme. Cela est faible comparé aux nombres de médecins inscrits.

Le questionnaire était aussi adressé aux remplaçants mais ils n'ont pu être contactés uniquement via les conseils de l'Ordre. Il aurait été souhaitable de contacter une association ou un syndicat de remplaçants susceptibles de pouvoir leur faire parvenir le questionnaire.

Le faible nombre de médecins isariens contactés, lié au manque de temps et de moyens était aussi une limite à cette étude.

La moyenne d'âge des médecins de l'étude (48.2 ans) est plus jeune que la moyenne d'âge des médecins de la Somme (52.8 ans), de l'Aisne (57.8 ans), de l'Oise (57.3 ans).

Les femmes étaient plus représentées dans notre étude que la proportion de celles-ci (4) dans chaque département : 33.9 % dans l'Aisne, 44.8% dans l'Oise et 45.9% dans la Somme)(49).

4. Les biais

4.1 Biais de sélection

L'envoi des questionnaires a été effectué par les secrétaires du Conseil de l'Ordre des médecins de la Somme et de l'Aisne et n'a donc pu être vérifié.

Il n'y a pas eu de tirage au sort réalisé pour sélectionner les 200 médecins de l'Oise mais ils ont été choisis en suivant l'ordre de la liste de l'annuaire en ligne. La présence d'un secrétariat téléphonique pour les médecins de l'Oise contactés par téléphone était parfois un obstacle au contact direct des médecins généralistes, ce qui limitait l'accord préalable à l'envoi du questionnaire.

4.2. Biais de volontariat

Pour tout questionnaire, les participants devaient effectuer une démarche volontaire et la proportion de réponses dépendait de l'intérêt et de la sensibilité que le praticien apportait à cette étude. De plus, le caractère obligatoire des réponses sur le format électronique a pu décourager des médecins généralistes et ainsi diminuer le taux de réponse. Cependant, la durée du questionnaire était brève (environ 4 minutes).

4.3. Biais de mémorisation

Un biais de mémorisation était probablement présent pour la question concernant la formation des médecins généralistes sur la problématique des verrues.

4.4. Biais de compréhension

La réponse au tableau sur la prise en charge a probablement été mal comprise par les médecins généralistes puisqu'il existait parfois plusieurs réponses par situation et aucune réponse dans le deuxième temps de soin.

4.5. Biais de retranscription

J'ai retranscrit manuellement les 155 questionnaires papier dans le questionnaire électronique ce qui a pu occasionner des erreurs. De plus il existait quelques petites différences entre les 2 questionnaires notamment, la disposition des réponses dans le choix de la prise en charge (Abstention thérapeutique / Par méthode invasive / Par méthode non invasive), la possibilité de traitement par électrocoagulation n'était pas proposée dans le questionnaire papier du fait d'un oubli.

5. Analyse des résultats

5.1. L'exercice des MG

Les médecins les plus représentés travaillent en cabinet seul, en zone semi-rurale. Nous pouvons imaginer qu'il n'est pas aisé d'investir dans du matériel type récipient d'azote liquide lorsque l'on travaille dans un cabinet seul.

5.2. La formation médicale

Il existe un item à ce sujet traité en dermatologie, situé dans le chapitre tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques du collège des enseignants de Dermatologie (4,50).

Paradoxalement ce sont les plus jeunes médecins qui déclarent ne pas avoir été formés à la prise en charge des verrues. La formation médicale actuelle a probablement changé par rapport aux années plus anciennes. Cela renvoie à la méthode de formation des étudiants.

Les médecins généralistes sont tout de même nombreux (57%) à se former sur la base d'une initiative personnelle soit en lisant, soit en assistant à des formations médicales continues. J'ai pu trouver une formation médicale continue proposant de se former sur les dermatoses courantes en médecine générale (51).

Le fait d'avoir reçu une formation permet de se sentir plus à l'aise dans les explications à donner aux patients.

Compte tenu, semble-t-il, du manque de formation des jeunes médecins quant à la prise en charge des dermatoses courantes, nous pouvons facilement envisager que ce manque de formation entraîne un défaut de compréhension de la pathogénèse des verrues et ainsi limite la possibilité d'en expliquer les différents mécanismes, tant sur le plan du développement des lésions que sur celui des traitements.

D'autre part, il nous paraît logique que forts de leur expérience professionnelle, les médecins plus expérimentés possèdent un recul suffisant sur les différentes possibilités thérapeutiques.

Un résultat très intéressant mis en évidence dans cette étude est celui du retentissement psychosocial, qui, à 71%, est vu par les médecins généralistes comme réel. Il n'y a pas eu de question posée sur la prise en charge psychologique de ces patients. La prise en charge mériterait probablement d'interroger les patients sur leurs problèmes actuels, s'il existe des facteurs de stress, de fatigue... Mais aussi de savoir si leur vie sociale, professionnelle est

impactée (difficulté pour marcher ? moquerie à l'école ? éviction de la piscine ? problème en entreprise ?).

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude qualitative sur le retentissement psychosocial des patients porteurs de lésions cutanées à HPV.

5.3. La prise en charge

L'homme a toujours cherché à guérir. Des rapports de guérison par des marabouts, des oracles ou des médecins ont toujours fait partie intégrante de l'histoire de l'humanité (52).

Du fait de la pénurie de dermatologues dans les départements de Picardie (49) (17 dans la Somme ; 11 dans l'Aisne et 12 dans l'Oise), les généralistes sont les premiers praticiens à devoir prendre en charge les dermatoses courantes, notamment les verrues.

Cette étude a mis en évidence que les plus jeunes médecins sont ceux qui prennent le moins en charge cette problématique mais c'est aussi eux qui déclarent le plus ne pas être formés. Par déduction ils manquent probablement de compétence dans ce domaine. Il semblerait donc nécessaire que les étudiants en médecine soient plus sensibilisés à cette affection.

La douleur et le côté esthétique sont les deux raisons principales pour lesquelles les médecins généralistes sont investis dans la prise en charge. Cela conforte la réponse dans l'impact psychosocial des verrues.

Finalement la durée de présence de la ou les verrues n'est pas une cause importante à la prise en charge mais plutôt la simple présence de celle-ci.

Le choix de l'abstention thérapeutique est en proportion faible (24.6%) alors que l'on sait qu'il s'agit d'un virus qui s'éliminera sans intervention mais sur une période variable, pouvant être assez longue.

Le médecin est habitué à ce qu'on lui demande de résoudre un problème et le plus rapidement possible, surtout dans notre société qui ne sait plus patienter.

Est-ce que surveiller, accompagner le patient, signifie être un « mauvais médecin », être incompetent ?

Toutes ces questions font écho à la célèbre phrase de Paul Valéry : « Comment faire pour ne rien faire ? Je ne sais rien de plus difficile. C'est un travail d'Hercule, un travail de tous les instants. »

D'ailleurs l'étude Bruggink 2010 n'a montré aucune différence significative de l'acide salicylique et de la cryothérapie par rapport à l'abstention thérapeutique pour les verrues plantaires. Les résultats de Cockayne en 2011 n'ont montré aucune différence statistiquement significative entre la cryothérapie et l'acide salicylique pour les verrues plantaires ; cet essai n'incluait pas de groupe témoin (13).

Les médecins picards traitent donc en très grande majorité avec une méthode invasive basée sur les kératolytiques (86.5%) et la cryothérapie (56.8%) ce qui correspond aux données de la littérature (13) pour l'acide salicylique et la cryothérapie à base d'azote liquide, de façon agressive. La cryothérapie vendue sans ordonnance n'a pas été étudiée.

Une étude de 1988 (24) montrait déjà à l'époque qu'une préparation à base d'acide monochloroacétique et d'acide salicylique était plus efficace pour les verrues plantaires simples qu'un placebo. De même, l'acide salicylique associée à la cryothérapie pourrait être plus efficace que l'un ou l'autre des traitements seuls.

De même en 2015, une étude néerlandaise (53) qui comparait le traitement par acide monochloroacétique et la cryothérapie, a montré, à 13 semaines, que le traitement par acide monochloroacétique est préféré à la cryothérapie associée à l'acide salicylique pour les verrues plantaires.

La revue systématique Cochrane sur le traitement des verrues cutanées datant de 2012 et incluant 85 études (avec près de 9000 patients) n'a mis en évidence aucune différence claire et statistiquement significative d'efficacité entre la cryothérapie et le placebo (ou l'absence de traitement) pour tous les sites et également dans des analyses de sous-groupes séparés pour les mains et les pieds. De même, toutes les données combinées n'ont pas montré de différence d'efficacité statistiquement significative entre la cryothérapie et l'acide salicylique pour tous les sites, ainsi que dans des analyses séparées en sous-groupes pour les mains et les pieds. Selon cette revue, les meilleures données indiquant un succès thérapeutique significatif concernent l'application locale d'acide salicylique.

Nous aurions pu également questionner les médecins généralistes sur la technique de cryothérapie mais peu d'entre eux semblent utiliser la cryothérapie avec azote liquide du fait d'un coût important (un peu moins de 10€ le litre d'azote liquide) et la faible durée d'utilisation (un litre d'azote s'évapore à peu près en une journée). Les médecins généralistes ont probablement recours à un système de cryothérapie portatif, l'histofreezer, composé d'un mélange de diméthyléther, de propane et d'isobutane, pouvant réaliser une trentaine de traitements par flacon (80ml) et coûtant environ 80€. De plus la cotation pour la destruction de

une à dix lésions cutanées superficielles par agent chimique ou par cryothérapie de contact, en dehors du visage est inférieure à la cotation d'une consultation de base (22.78€)(54).

L'élément marquant de cette étude est la part très importante de médecins (un peu plus de 50%) qui privilégient les méthodes non invasives, notamment l'homéopathie (68.3%).

Les raisons qui poussent ces médecins à utiliser les méthodes non invasives sont leur efficacité, en majorité, et l'effet placebo.

Cette prise en charge peut paraître étonnante compte tenu du rapport récent du Conseil scientifique des académies des sciences européennes (EASAC), qui confirme l'absence de preuve solide et reproductible de l'efficacité des produits homéopathiques (55). L'EASAC n'est pas le premier organe scientifique majeur à émettre un rapport aussi catégorique. En 2015, le Conseil national de santé et de recherche médicale Australie (NHMRC) concluait déjà qu'il n'existait pas de preuves solides de l'efficacité de l'homéopathie, tout comme la Chambre des Lords de Grande-Bretagne en 2010 ou encore le Lancet en 2005. En 2009, l'Organisation mondiale de la santé alertait contre l'utilisation de l'homéopathie dans les maladies graves (56).

Pourtant la popularité de l'homéopathie reste toutefois inébranlable et ses produits bénéficient d'un remboursement à 30% en France (57). Toutefois celui-ci est remis en cause puisqu'il devrait disparaître en 2021.

De plus, une étude de grande envergure, l'étude EPI3 (28) montre que l'homéopathie n'est pas associée à une perte de chance pour le patient et que les patients ayant bénéficié d'un traitement homéopathique consomment très significativement moins de médicaments conventionnels.

L'homéopathie s'intègre plutôt dans une dimension holistique à laquelle les patients semblent être attachés (58).

Bien que le mécanisme d'action précis du remède ait échappé jusqu'à maintenant à la recherche scientifique, cette technique thérapeutique est utilisée avec succès dans de nombreuses maladies (52). Une insatisfaction face à la médecine conventionnelle reste un facteur notable de recours aux médecines complémentaires.

Pour progresser dans notre connaissance, il nous faut d'abord admettre que ce n'est pas parce que l'on ne comprend pas les choses, qu'elles n'existent pas (59).

La distinction entre la guérison et la preuve d'efficacité nous oblige à s'interroger : Suffit-il que la guérison soit précédée d'un traitement pour que ce dernier soit la cause de la guérison ? Probablement pas. On peut guérir pour d'autres raisons. L'observation d'une séquence «

maladie-traitement-guérison » ne prouve pas grand-chose : elle permet, au mieux, de conclure à une « présomption simple », surtout dans le cas de notre sujet : les verrues.

Les médecins qui utilisent une méthode non invasive pour l'effet placebo sont-ils légitimes ? Que recherche dans ce contexte le patient ? Guérir.

Michael Balint, psychiatre anglais qui a écrit sur la relation médecin-patient, expliquait que le premier médicament du médecin, c'est le médecin lui-même. Et dans toute relation thérapeutique, le respect mutuel que s'accordent soignant et patient se concrétise par un fort effet placebo. L'effet placebo découle de la confiance de l'utilisateur dans le médicament qu'il absorbe, mais ce n'est pas un effet magique - il déclenche, à l'intérieur du cerveau, la sécrétion de substances appelées endorphines, qui soulagent la douleur et divers autres symptômes. Autrement dit, l'effet placebo est la conséquence biochimique d'une suggestion symbolique (60).

L'hypnose, en se basant sur la suggestibilité, pourrait en outre être une nouvelle façon de traiter cette pathologie (61). Les découvertes des neurosciences montrent en effet que l'immunité pourrait être modifiée et donc activer la guérison. En effet une étude anglaise de 2002 montrait que diverses méthodes de relaxation, pratiquées seules ou combinées, entraînaient une série de changements dans le système immunitaire (62).

5.4 Choix du traitement en fonction du type de verrue

Le choix d'interroger les médecins sur des types de verrue particuliers et non sur des localisations était volontaire, puisque jusqu'ici cela n'avait jamais été traité. Les définitions des termes choisis (« inesthétique », « impact socio professionnel », « gênante ») restent toutefois peu objectives et auraient pu mériter une précision. C'est peut-être la raison des réponses moins nombreuses de cette question.

Ce qui attire notre attention sur le traitement de première intention, c'est l'envoi vers un dermatologue pour les verrues en mosaïque comparé aux autres types de verrue. Pour rappel les verrues en mosaïques sont de petites tailles, regroupées et confluentes, superficielles, souvent mal limitées. Elle représente un quart des verrues plantaires. Elles peuvent également se localiser sur la face. Les praticiens redoutent peut-être une erreur de diagnostic.

L'autre point marquant du tableau est que la gêne occasionnée est un facteur d'envoi vers un dermatologue, plus que la durée de présence de la lésion.

La méthode de curetage est très peu employée probablement puisqu'elle ne fait pas partie des recommandations ou en lien à un défaut de matériel et d'un risque plus élevé de complications (10,12,20).

Concernant la prise en charge de deuxième intention, la redondance de la question a pu être un frein à la réponse de celle-ci mais aussi le fait qu'il n'y ait pas la possibilité d'apporter une réponse standardisée, variable en fonction de la lésion, de la demande du patient, de la gêne occasionnée, de l'état d'esprit du praticien au moment de la consultation...

5.5. Facteurs orientant vers un dermatologue

La verrue reste une lésion fréquemment rencontrée par les généralistes, toutefois ceux-ci restent prudents et n'hésitent pas à adresser vers un dermatologue lorsqu'ils ont un doute sur un diagnostic différentiel. Les médecins généralistes exerçant en milieu rural et urbain semblent avoir plus de facilité à adresser leur patient vers le spécialiste comparé aux médecins de milieu semi-rural.

5.6. Nécessité d'avoir des recommandations sur le sujet

La volonté à 50% des médecins généralistes de ne pas avoir de standardisation des pratiques laisse à penser qu'ils souhaitent rester libres dans leur pratique, sûrement parce que la prise en charge est « patient-dépendant ».

De plus, il est important de rappeler que les recommandations ne peuvent envisager l'ensemble des situations cliniques et ne peuvent se substituer au jugement et à la responsabilité du médecin vis-à-vis de son patient.

V. CONCLUSION

L'infection par HPV est une pathologie fréquente, touchant 10 % de la population. En ce sens, elle constitue un motif de consultation fréquent et les médecins généralistes, en tant que soignant de premier recours, y sont confrontés très régulièrement.

Les possibilités thérapeutiques sont nombreuses et la comparaison des modalités de traitement est difficile. Aucune ne s'est avérée supérieure à une autre ou à la simple surveillance. De plus chaque thérapeutique possède ses avantages et inconvénients ; il est difficile de choisir celle qui combine de manière unique : facilité, sécurité, économie et efficacité.

Chaque patient devrait être pris en charge de façon individuelle et globale, en fonction de sa demande, de ses croyances et de sa gêne, qu'elle soit physique ou esthétique.

En raison du taux élevé de résolution spontanée, le principe de « Primum non nocere » devrait être appliqué en premier lieu, associé à une information systématique auprès des patients.

L'intervention thérapeutique ne devrait avoir lieu qu'en cas de douleurs, de limitation fonctionnelle, de risque de transformation maligne et d'atteinte esthétique importante ainsi que de la possible propagation de l'infection.

Notre étude a permis d'évaluer les pratiques des médecins généralistes picards concernant la prise en charge des verrues en soins primaires. Le traitement invasif est majoritaire mais les médecins picards semblent trouver dans les méthodes non invasives, une réponse adaptée à cette problématique. La réalisation d'une étude comparative entre ces deux méthodes pourrait apporter une aide supplémentaire au choix de traitement.

De plus, le traitement par l'application topique de vitamine A reste une voie à explorer.

VI. Références bibliographiques

1. Ockenfels HM. Therapeutic management of cutaneous and genital warts. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2016;14(9):892-9.
2. VERRUE : Etymologie de VERRUE [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/verrue>
3. Mulhem E, Pinelis S. Treatment of Nongenital Cutaneous Warts. 2011;84(3):6.
4. CEDEF 1 2. Item 149 – Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : mélanomes. /data/revues/01519638/v139i11sS/S0151963812004760/ [Internet]. 22 nov 2012 [cité 6 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/769240>
5. Streit M. Verrues – tableaux cliniques et traitement – Partie 1. *Forum Médical Suisse*. 27 août 2014;14(35):634-9.
6. Traiter les verrues | Dermatologie Pratique [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/008113-traiter-verrues>
7. Johnson LW. Communal showers and the risk of plantar warts. *J Fam Pract*. févr 1995;40(2):136-8.
8. van Haalen FM, Bruggink SC, Gussekloo J, Assendelft WJJ, Eekhof J a. H. Warts in primary schoolchildren: prevalence and relation with environmental factors. *Br J Dermatol*. juill 2009;161(1):148-52.
9. Bruggink SC, Eekhof JAH, Egberts PF, van Blijswijk SCE, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Warts transmitted in families and schools: a prospective cohort. *Pediatrics*. mai 2013;131(5):928-34.
10. Mulhem et Pinelis - 2011 - Treatment of Nongenital Cutaneous Warts.pdf [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/afp/2011/0801/p288.pdf>
11. Orozco-Topete R, Villa A, Leyva Santiago J, Scholtes C, Archer-Dubon C, Ysunza A. Warts, malnutrition, and sunshine. *Pediatr Dermatol*. juin 2008;25(3):395-7.
12. Dermato-info.fr C de rédaction S. Site grand public de la Société Française de Dermatologie [Internet]. 2019 [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://dermato-info.fr/article/Les_verrues
13. Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Skin Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 12 sept 2012 [cité 27 juin 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001781.pub3>
14. VERRUES et HPV Dr Varlet [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://www.drvarlet.net/DERMATOLOGUE/verrues-enfant.html>
15. Massing AM, Epstein WL. Natural history of warts. A two-year study. *Arch Dermatol*. mars 1963;87:306-10.
16. Bencini PL, Guida S, Cazzaniga S, Pellacani G, Galimberti MG, Bencini M, et al. Risk factors for recurrence after successful treatment of warts: the role of smoking habits. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. avr 2017;31(4):712-6.

17. Canada A de la santé publique du. Fiche Technique Santé-Sécurité : Agents Pathogènes – Virus du papillome humain [Internet]. aem. 2011 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/virus-papillome-humain.html>
18. Schoenlaub P, Plantin P. Verrues et molluscums contagiosums : mise au point pratique. Archives de Pédiatrie. 1 oct 2000;7(10):1103-10.
19. Dr Olivier Brachat [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://www.brachat-dermato.fr/fr/page/5/verruess.html>
20. Streit M. Options thérapeutiques en cas de verrues. :11.
21. Leigh IM, Glover MT. Skin cancer and warts in immunosuppressed renal transplant recipients. Recent Results Cancer Res. 1995;139:69-86.
22. à 00h00 PHB 7 décembre 2006. Pourquoi les verrues nous cassent les pieds [Internet]. leparisien.fr. 2006 [cité 9 août 2019]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/pourquoi-les-verruess-nous-cassent-les-pieds-07-12-2006-2007572443.php>
23. Pezeshkpoor F, Banihashemi M, Yazdanpanah MJ, Yousefzadeh H, Sharghi M, Hoseinzadeh H. Comparative study of topical 80% trichloroacetic acid with 35% trichloroacetic acid in the treatment of the common wart. J Drugs Dermatol. nov 2012;11(11):e66-69.
24. Steele K, Shirodaria P, O'Hare M, Merrett JD, Irwin WG, Simpson DI, et al. Monochloroacetic acid and 60% salicylic acid as a treatment for simple plantar warts: effectiveness and mode of action. Br J Dermatol. avr 1988;118(4):537-43.
25. Herman BE, Corneli HM. A practical approach to warts in the emergency department. Pediatr Emerg Care. avr 2008;24(4):246-51; quiz 252-4.
26. Dalimunthe DA, Siregar R, Tanjung C. Comparative Clinical Efficacy between Electrodesiccation with Curettage and Application of 80% Phenol Solution in Treatment of Common Warts. Open Access Maced J Med Sci. 15 févr 2018;6(2):326-9.
27. Homéopathie et médecine classique : un conflit historique inéluctable et éternel ? | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1878973019300118?token=05B453AD9EDC03096F1B37DB681CC3445DFA080DCC9A07875606BAC8FACF653914D4BA52B86AF5C5E5CAE7C234068A8C>
28. Homéopathie : l'étude EPI 3 prouve son efficacité [Internet]. egora.fr. 2017 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-medicales/mep-homeopathie-angiologie-acupuncture/33147-homeopathie-l-etude-epi-3-prouve-son>
29. Efficacité de l'homéopathie : que dit la science ? [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/visuel/2018/09/21/efficacite-de-l-homeopathie-que-dit-la-science_5358516_4355770.html
30. Labrecque M, Audet D, Latulippe LG, Drouin J. Homeopathic treatment of plantar warts. CMAJ. 15 mai 1992;146(10):1749-53.
31. Joseph R, Pulimood SA, Abraham P, John GT. Successful treatment of verruca vulgaris with Thuja occidentalis in a renal allograft recipient. Indian J Nephrol. 2013;23(5):362-4.

32. Chélidoine (*Chelidonium majus*) ou herbe aux verrues [Internet]. Binette & Jardin. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://jardinage.lemonde.fr/dossier-813-chelidoine-chelidonium-majus-herbe-verrues.html>
33. VIDEO. La chélidoine, une plante contre la verrue - Sciences et Avenir [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/video-la-chelidoine-une-plante-contre-la-verrue_30991
34. Millar BC, Moore JE. Successful topical treatment of hand warts in a paediatric patient with tea tree oil (*Melaleuca alternifolia*). *Complement Ther Clin Pract.* nov 2008;14(4):225-7.
35. Bhushan M, Beck MH. Allergic contact dermatitis from tea tree oil in a wart paint. *Contact Derm.* févr 1997;36(2):117-8.
36. Verrue - L'aromathérapie au quotidien - Aroma-Zone [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.aroma-zone.com/info/guide-huiles-essentielles/verrue>
37. de Figueiredo SM, Nogueira-Machado JA, Almeida B de M, Abreu SRL, de Abreu JAS, Filho SAV, et al. Immunomodulatory properties of green propolis. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov.* 2014;8(2):85-94.
38. Bruggink SC, Gussekloo J, de Koning MNC, Feltkamp MCW, Bavinck JNB, Quint WGV, et al. HPV type in plantar warts influences natural course and treatment response: Secondary analysis of a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Virology.* juill 2013;57(3):227-32.
39. rocher-1236.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/Acupuncture-et-dermatologie/rocher-1236.pdf
40. Verrues [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://lucperino.com/276/verrues.html>
41. ESM2011-Moudens.pdf [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <http://www.meridiens.org/echanges/echanges2011/ESM2011-Moudens.pdf>
42. Jean-Louis Alibert. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Jean-Louis_Alibert&oldid=159672711
43. Meineke V, Reichrath J, Reinhold U, Tilgen W. Verrucae vulgares in Children: Successful Simulated X-Ray Treatment (a Suggestion-Based Therapy). *DRM.* 2002;204(4):287-9.
44. Spanos NP, Williams V, Gwynn MI. Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatments on wart regression. *Psychosom Med.* févr 1990;52(1):109-14.
45. Haen M de, Spigt MG, Uden CJT van, Neer P van, Feron FJM, Knottnerus A. Efficacy of Duct Tape vs Placebo in the Treatment of Verruca Vulgaris (Warts) in Primary School Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 nov 2006;160(11):1121-5.
46. Focht DR, Spicer C, Fairchok MP. The efficacy of duct tape vs cryotherapy in the treatment of verruca vulgaris (the common wart). *Arch Pediatr Adolesc Med.* oct 2002;156(10):971-4.
47. Différences entre études qualitatives et quantitatives [Internet]. SurveyMonkey. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/quantitative-vs-qualitative-research/>

48. Giordano Y, Jolibert A. Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. Revue internationale PME: Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise. 2016;29(2):7.
49. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#ficindic>
50. Item 299 – UE 9 Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. mars 2018;145:S165-85.
51. fmc-ActioN, Association nationale de formation médicale continue, formation conventionnelle pour les médecins généralistes et libéraux, MonDPC, FMC, DPC, FAF, FPC [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: https://www.fmcaction.org/formation.php?tri=theme&menu_ref=2#dermato
52. Graz B. Les médecines complémentaires : Dépasser les clivages Ed. 1 [Internet]. Presses polytechniques et universitaires romandes; 2012 [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com/merlin-u-picardie.fr/catalog/book/docid/88838347?searchterm=homeopathie>
53. Bruggink SC, Gussekloo J, Egberts PF, Bavinck JNB, de Waal MWM, Assendelft WJJ, et al. Monochloroacetic acid application is an effective alternative to cryotherapy for common and plantar warts in primary care: a randomized controlled trial. J Invest Dermatol. mai 2015;135(5):1261-7.
54. QZNP004 Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées... - Code CCAM [Internet]. [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/ccam-qznp004>
55. easac_290917.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: https://www.academie-sciences.fr/pdf/communiquer/easac_290917.pdf
56. de Nonneville A, Gonçalves A. Homéopathie et cancer, quelles sont les preuves ? Bulletin du Cancer. 1 avr 2018;105(4):426-30.
57. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement [Internet]. [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>
58. L'homéopathie en France - Tout sur l'homéopathie Boiron [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/connaitre-l-homeopathie/l-homeopathie-en-france>
59. Raoult D. Les verrues, ces tumeurs qui défient l'entendement [Internet]. Le Point. 2013 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/invites-du-point/didier_raoult/le-miracle-des-verrues-21-09-2013-1733691_445.php
60. Qu'est-ce que l'effet placebo ? [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article101>
61. La lettre des neurosciences.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: <https://snhypnose.fr/wp-content/uploads/2015/09/publication.pdf>
62. Gruzelier JH. A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. Stress. juin 2002;5(2):147-63.

VII. ANNEXE

7.1 ANNEXE 1 : le questionnaire

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous solliciter pour répondre à ce court questionnaire de thèse (environ 3 minutes) concernant le traitement des verrues vulgaires en médecine générale, sujet peu grave mais dont le motif de consultation revient régulièrement. Ce travail est réalisé sous l'aimable direction du Dr Fricoteaux. Je vous remercie par avance de votre participation.

Anne-Claire POUPART

Questionnaire

I. Présentation

1) Etes-vous ?

Homme Femme

2) Quel âge avez-vous ?

.....

3) Quelle est votre mode d'exercice ?

cabinet seul MSP Cabinet de groupe

Exercice mixte (salarial et libéral) Remplaçant

4) Quel est votre milieu d'exercice ?

Rural Semi rural Urbain

5) Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ou remplacez-vous ?

< 5ans

5 à 15 ans

15 à 30 ans

>30 ans

II. Formations/ Connaissances

1) Durant votre cursus ou vos formations, avez-vous reçu une ou plusieurs formations sur la problématique des verrues : Oui Non

Si oui, sous quelle forme :

Formation médicale initiale

FMC/ DPC

Lecture personnelle

2) Concernant la physiopathologie de la verrue (c'est-à-dire une origine virale), vous l'expliquez à vos patients :

- Jamais Parfois Souvent Toujours

3) Pensez-vous qu'il existe un retentissement psychosocial des verrues sur le patient ?

- Oui Non Ne sais pas

III) Prise en charge

1) Prenez-vous en charge le traitement des verrues vulgaires ?

- a. Oui Non

b. Si oui, pourquoi prenez-vous en charge une verrue ? (Plusieurs réponses possibles)

- Par sa simple présence
- Parce qu'elle est douloureuse
- Parce qu'elle(s) est/sont disgracieuse(s)
- Parce qu'elle(s) a/ont un impact socioprofessionnel
- Pour éviter la propagation, la contamination
- Parce qu'elle évolue depuis plus de 2 ans
- Autre :

2) Si vous les prenez en charge, comment ? (Plusieurs réponses possibles dans chaque catégorie)

- Abstention thérapeutique
- Par méthode invasive :
- Kératolytique (Acide salicylique, Acide formique)
- Cryothérapie (azote liquide en bâtonnet ou spray)
- Curetage
- Electrocoagulation
- Par méthode non invasive :
- Homéopathie
- Acupuncture
- Huile essentielle
- Hypnose
- Méthode de suggestion

- Remèdes de « grand-mère »
 - Autres : précisez

3) Si vous utilisez des méthodes non invasives, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pour leur efficacité
- Pour l'effet placebo
- Pour satisfaire notre rôle de prescripteur
- Autre : précisez :

4) En fonction du contexte, quel est votre traitement ? (1 réponse par ligne par temps de soin)

	Première intention						Deuxième intention					
	kératolytique	cyothérapie	curetage	méthode non invasive	Avis dermatolo	abstention/surveillance	kératolytique	cyothérapie	curetage	méthode non invasive	Avis dermatolo	abstention/surveillance
Verrue unique non douloureuse												
Verrue douloureuse												
Verrue inesthétique												
Verrue avec impact socio-professionnel												
Verrue nombreuses en mosaïque												
Verrue de plus de 2 ans non gênante												
Verrue de plus de 2 ans gênante												

5) Quels facteurs vous conduisent à orienter vers le dermatologue ? (Plusieurs réponses possibles)

- Après échec de traitement(s)
- Doute sur un diagnostic différentiel
- Défaut de matériel
- Appréhension de la douleur engendrée par un traitement type cyothérapie ou curetage
- Appréhension des complications éventuelles
- Manque de temps
- Peu à l'aise avec les gestes techniques

Faible cotation pour cet acte

Matériel onéreux

Autres :

6) Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'avoir une prise en charge standardisée (type recommandation HAS) pour les verrues ?

Oui Non