

Tumeur de Buschke Lowenstein ou condylome acuminé géant : à propos de 07 cas et revue de la littérature

Buschke Lowenstein's tumor or giant acuminate condyloma: about 07 cases and literature review

Mohamed Aissam MOKFI, Yassmina RIBAG, Adil OUARDI, Amine KHALES, Abdelhafid ACHBOUK, Karim ABABOU et Mohamed Karim El KHATIB.

Service de Chirurgie Plastique, Maxillo-faciale et Stomatologie Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V Rabat.

Maxillofacial, oral and Plastic Surgery department. Armed Forces Teaching Hospital Mohammed V Rabat.

RESUME :

Notre travail consiste en une étude rétrospective comportant sept observations de tumeur de Buschke-Lowenstein, colligées au service de chirurgie plastique et maxillo-faciale de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat sur une période de quatre ans (de 2015 à 2019).

À partir de ces sept observations et d'une revue de la littérature, les auteurs font le point, dans ce travail, sur les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette maladie.

Notre série comptait six cas (85,71%) de condylome acuminé sans signes de malignité et un seul cas de dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde.

Le risque de transformation maligne sous forme de carcinome micro-invasif, ou de carcinome épidermoïde kératinisant bien différencié impose un diagnostic précoce et un traitement chirurgical radical consistant en une exérèse complète de la lésion, pour prévenir les récurrences et leur transformation maligne.

ABSTRACT :

Our work consists of a retrospective study with seven observations of Buschke-Lowenstein tumors collected at maxillofacial, oral and Plastic Surgery department of the Armed Forces Teaching Hospital Mohammed V Rabat over a period of four years (from 2015 to 2019).

Based on these seven observations and a review of the literature, the authors take stock, in this work, of the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of this disease.

Our series included six cases (85.71%) of condyloma acuminata without signs of malignancy and only one case of malignant degeneration to squamous cell carcinoma.

The risk of malignant transformation into microinvasive carcinoma or well-differentiated keratinizing squamous cell carcinoma requires early diagnosis and radical surgical treatment consisting of complete removal of the lesion to prevent recurrence and malignant transformation.

MOTS CLES: tumeur de Buschke-Lowenstein - condylomes acuminés géants - exérèse carcinologique - transformation maligne - récidive.

KEY WORDS: Buschke-Lowenstein tumor- giant condyloma acuminate- carcinologic excision- malignant transformation- recurrence.

Date of Submission: 07-03-2022

Date of Acceptance: 23-03-2022

I. Introduction :

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL), ou condylome acuminé géant (CAG), est une tumeur d'origine virale, de localisation principalement génitale. C'est une maladie rare, sexuellement transmissible. Décrite pour la première fois en 1896 par Buschke, puis rapportée ensuite par Lowenstein en 1925 d'où son nom [1].

La tumeur touche les deux sexes après la puberté, avec une nette prédominance masculine. Elle se caractérise par une dissociation entre l'aspect clinique inquiétant d'une prolifération verruqueuse géante, évoquant un processus malin et une histologie faite d'hyperpapillomatose exo et endophytique avec

hyperacanthose sans envahissement de la membrane basale, gardant les caractères bénins d'un condylome acuminé.

L'évolution est émaillée par son extension en surface et en profondeur, son potentiel récidivant et son risque de dégénérescence. Le traitement est essentiellement chirurgical [1–3].

L'objectif de notre étude rétrospective est d'étudier les aspects épidémiologiques, étiopathologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie rare à la lumière d'une revue étoffée de la littérature.

II. Matériel Et Methode:

Nous avons effectué une revue rétrospective de dossiers de patients traités dans notre service pour TBL dans la période allant du 1^{er} Janvier 2015 au 1^{er} Janvier 2019.

Nous avons étudié plusieurs paramètres dont l'âge, le sexe, le statut familial, les antécédents sexuels et toxiques. Sur le plan clinique, nous avons noté l'aspect de la tumeur, sa localisation et ses signes fonctionnels. L'histologie était systématiquement réalisée. Nous avons noté le type de traitement, les suites et l'évolution de chaque patient.

Les critères d'inclusion des patients :

Ce sont des patients adultes, présentant une tumeur bourgeonnante condylomateuse de grande taille, d'aspect macroscopique pseudocarcinomateux, traités par ablation chirurgicale.

III. Resultats :

Nous avons colligés sept cas de TBL tous de sexe masculin. L'âge de nos patients varie entre 40 et 70 ans, avec un âge moyen de 50 ans (Fig 1).

Quatre de nos patients (57,14%) étaient mariés, un divorcé (14,28%), un célibataire et un veuf (Fig 2). Cinq de nos patients (71,42%) ont avoué avoir une notion de vagabondage sexuel (Fig 3). quatre de nos patients (57,14%) étaient tabagiques (Fig 4).

La tumeur était précédée de végétations vénériennes chez tous nos patients. La durée moyenne d'évolution était de 9.5 ans. L'examen clinique notait la présence d'une lésion tumorale infiltrée, papillomateuse avec un aspect bourgeonnant en crêtes de coq ou en chou-fleur fétide et indolore. Les sérologies VIH, syphilitique et des hépatites B et C étaient négatives. La localisation de la tumeur était inguinoscrotale chez trois patients (42,85%) pénienne chez deux patients (28,57%), sus pubienne chez un patient (14,28%), fessière, inguinoscrotale, trochantérienne et au niveau de la face interne des deux cuisses chez 1 patient (Fig 5). L'histologie montrait l'aspect d'un condylome acuminé avec une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse sans signes de malignité chez six patients (85,71%) (Fig 6) et un carcinome épidermoïde bien différencié et kératinisant au sein de lésions condylomateuses chez un seul patient (Fig 7). Nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical seul, qui a consisté en une exérèse large dans un premier temps, associé à un curage inguinal droit, chez le patient (Fig 8) dont l'examen histologique a objectivé une dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde et le bilan d'extension, notamment la TDM thoraco-abdomino-pelvienne a révélé des adénopathies inguinales. La couverture était faite dans un deuxième temps chez deux de nos patients par une greffe de peau au niveau de la verge chez le premier et par un lambeau inguinal chez le deuxième (Fig 9). Aucune récurrence locale ou à distance n'était notée avec un recul moyen d'un an.

IV. Discussion :

La tumeur de Buschke-Löwenstein est une lésion condylomateuse géante rare, de la région ano-génitale, survenant le plus souvent chez des hommes comme c'est le cas dans notre série, ayant des antécédents de condylomes ano-génitaux récidivants et résistants aux traitements antérieurs. Elle survient à tout âge après la puberté et prédomine entre les quatrième et sixième décennies [4] ; dans notre série l'âge moyen de nos patients était de 50 ans. Les premières descriptions de la maladie datent de la fin du 19^{ème} siècle. Le problème de sa classification n'est toujours pas résolu [5]. Cette tumeur est considérée comme une tumeur condylomateuse bénigne en raison de son association fréquente aux HPV 6 et 11, et de l'absence de localisation secondaire [6]. Mais, cette tumeur est également considérée par d'autres auteurs comme « border line », car, malgré l'absence de signes histologiques de malignité, la tumeur de Buschke-Löwenstein se comporte comme une tumeur maligne avec une tendance à comprimer et refouler les structures adjacentes, sans envahissement de la lame basale [4].

La transmission se fait par voie sexuelle nécessitant ainsi des cofacteurs jouant un rôle favorisant, tels la multiplicité des partenaires sexuels comme c'est le cas chez 71,42% de nos patients, une infection locale à répétition, l'absence de protection lors des rapports, les microtraumatismes et le manque d'hygiène [7,8]. Tous nos patients avaient bénéficié d'une recherche sérologique d'autres infections sexuellement transmissibles (VDRL-TPHA, l'hépatite virale A et B, VIH 1 et 2). Les sérologies étaient négatives dans tous les cas.

La tumeur est toujours précédée de lésions condylomateuses grisâtres ou rosées, évoluant progressivement pour prendre un aspect papillomateux, irrégulier, en chou-fleur [2,4,9].

Sur le plan histologique, c'est une tumeur malpighienne parfaitement limitée, caractérisée par une hyperplasie épithéliale considérable parfois pseudo-épithéliomateuse, une hyperacanthose, une hyperpapillomatose et des koilocytes qui sont des marqueurs pathognomoniques de l'infection par HPV cependant leur présence n'est pas constante. La membrane basale reste intacte ce qui prouve la bénignité de la tumeur malgré son comportement malin [2,4,9,10].

Il est important de préciser qu'une simple biopsie sur ce type de lésion peut masquer une invasion. En effet, les biopsies portent souvent uniquement sur la partie superficielle, exophytique de la lésion. Aussi, le traitement implique la nécessité d'une exérèse chirurgicale complète de la lésion avec examen histologique de toute la pièce opératoire à la recherche d'un foyer de micro-invasion. Il est nécessaire d'être carcinologiquement satisfaisant avec un examen anatomopathologique des limites d'exérèse de la pièce opératoire qui doivent être saines, ce qui était le cas chez tous nos patients.

L'évolution est lente, elle peut être grevée de plusieurs complications dont la dermite, l'infection, la fistulisation aux organes de voisinage, la nécrose, la sténose anale et l'hémorragie [11,12]. La transformation maligne constitue l'un des risques évolutifs les plus redoutés [1,5,10,13]. Elle a été rapportée dans 30% à 56% des cas [1]. Dans notre série la transformation maligne de la TBL en carcinome épidermoïde a été révélée chez un seul patient (14,28%).

La tumeur de Buschke-Lowenstein pose le problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies notamment certaines lésions tumorales (les carcinomes épidermoïdes) ou infectieuses (la syphilis dans sa forme secondaire, la tuberculose verruqueuse et végétante) [2,10,14].

Le traitement des TBL est souvent difficile, même si l'histologie confirme la bénignité [2,4,10,11]. La chirurgie reste le traitement de choix pour la majorité des auteurs [2,11,15]. Elle doit être suffisamment large voire mutilante pour écarter le spectre de récurrence et espérer une guérison définitive.

L'exérèse peut être complétée par un traitement adjuvant destructeur, chimique ou physique, ou par un traitement immunomodulateur (interféron® ou imiquimod®).

La radiothérapie est controversée, elle pourrait induire une transformation anaplasique de la tumeur [16]. La cryothérapie est souvent insuffisante et ne permet pas un examen histologique de la pièce [11]. Si l'électrocoagulation a prouvé son efficacité dans le traitement des condylomes acuminés banaux, elle s'est révélée inefficace pour les TBL [17]. Le laser CO2 représente une alternative thérapeutique supplémentaire, offrant certains avantages. La précision de cette technique, permet une destruction des lésions préservant au maximum les tissus sous jacents normaux [18]. Cependant, il existe des inconvénients à cette thérapeutique à savoir son coût élevé et la nécessité d'un opérateur entraîné.

Les récurrences sont l'une des caractéristiques de cette tumeur, elles sont la conséquence directe d'un geste chirurgical trop limité [2,5,18]. Le risque de récurrences après excision est de 60 à 66% [18].

V. Conclusion :

La TBL est une prolifération épithéliale pseudoépithéliomateuse, se caractérisant par son volume important et sa localisation le plus souvent génitale. La TBL débute généralement sous forme d'un condylome acuminé banal, puis évolue de façon extensive et exubérante, refoulant et détruisant les tissus de voisinage. L'origine virale de cette affection incriminant l'HPV (essentiellement de type 6 et 11; parfois les types 16 et 18) est actuellement bien établie.

L'extension, parfois rapide en surface et en profondeur, et le risque de dégénérescence constituent les principaux risques évolutifs de ces tumeurs. Actuellement, la chirurgie constitue l'essentiel du traitement de ces tumeurs. L'ablation totale avec marges de sécurité et contrôle des limites d'exérèse est le seul moyen qui laisse espérer une guérison définitive.

Les récurrences sont fréquentes après traitement et une surveillance rigoureuse et régulière reste nécessaire. La prévention de ces tumeurs passe par les mesures préventives générales applicables à toutes les infections sexuellement transmissibles.

Déclaration de liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Bibliographie :

- [1]. Buschke A, Loewenstein L. Über Carcinomähnliche Condylomata Acuminata des Penis. *Klin Wochenschr.* 1 sept 1925;4(36):1726- 8.
- [2]. Njoumi N, Tarchouli M, Ratbi MB, Elochi MR, Yamoul R, Hachi H, et al. La tumeur de Buschke-Lowenstein anorectale: à propos de 16 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 8 déc 2013;16.
- [3]. Anadolu R, Boyvat A, Calikoğlu E, Gürler A. Buschke-Loewenstein tumour is not a low-grade carcinoma but a giant verruca. *Acta Derm Venereol.* mai 1999;79(3):253—254.
- [4]. Aynaud O, Casanova J-M, Dubernard P, Piron D. Les lésions prénéoplasiques et néoplasiques. In: *Pathologie de la verge.* Elsevier Masson; 1998. p. 354.

- [5]. BEN BRAHIM E, CHADLI-DEBBICHE A, FRAOUA-ABDELMOULA F, LAHMAR-BOUFAROUA A, BOUCHOUCHA S, KHALFALLAH MT, et al. Condylome géant de Buschke-Loewenstein de la région périnéale avec envahissement inguinal : A propos d'un cas. *Condylome Géant Buschke-Loewenstein Région Périnéale Avec Envahissement Inguinal Propos Un Cas*. 2000;78(3):205- 9.
- [6]. Orth G, Croissant O. Papillomavirus humains et carcinogénèse du col utérin : perspectives dans les domaines du dépistage et de la prévention. *Bull Académie Natl Médecine* 1997. 1997;181(7):1365- 94.
- [7]. EL MANSOURI. Tumeur de Buschke Lowenstein vulvaire dégénérée. *Tumeur Buschke Lowenstein Vulvaire Dégénérée*. 1994;(275):20- 1.
- [8]. POUSSET JP, LORIMIER G. Carcinome in situ et condylomes acuminés de l'anus : plaidoyer pour un traitement chirurgical exclusif. *Carcinome Situ Condylomes Acuminés Anus Plaid Pour Un Trait Chir Exclusif*. 1992;129(2):95- 8.
- [9]. Creasman C, Haas PA, Fox TA, Balazs M. Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). *Dis Colon Rectum*. 1 juin 1989;32(6):481- 7.
- [10]. BUFFET M, AYNAUD O, PIRON D, DUPIN N, ESCANDE J-P, DESCAMPS V. Tumeur péniennne de Buschke-Löwenstein. *Commentaire. Tumeur Péniennne Buschke-Löwenstein Comment*. 2002;12(2):332- 6.
- [11]. Lévy A, Lebbe C. Prise en charge des tumeurs de Buschke-Löwenstein. *Ann Urol*. 1 juin 2006;40(3):175- 8.
- [12]. Chraïbi M, Harmouch T, Znati K, El Fatemi H, Chbani L, Bennis S, et al. Tumeur de Buschke-lowenstein associé à un mélanome scrotal. À propos d'un cas. *Prog En Urol*. 1 janv 2012;22(1):70- 2.
- [13]. Cubilla AL, Velazques EF, Reuter VE, Oliva E, Mihm MCJ, Young RH. Warty (Condylomatous) Squamous Cell Carcinoma of the Penis: A Report of 11 Cases and Proposed Classification of 'Verruciform' Penile Tumors. *Am J Surg Pathol*. 2000;24(4).
- [14]. SYKES Jr. NL. CONDYLOMA ACUMINATUM. *Int J Dermatol*. 1 mai 1995;34(5):297- 302.
- [15]. Bertram P, Treutner KH, Rübben A, Hauptmann S, Schumpelick V. Invasive squamous-cell carcinoma in giant anorectal condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). *Langenbecks Arch Für Chir*. 1 mars 1995;380(2):115- 8.
- [16]. Fukunaga M, Yokoi K, Miyazawa Y, Harada T, Ushigome S. Penile verrucous carcinoma with anaplastic transformation following radiotherapy. A case report with human papillomavirus typing and flow cytometric DNA studies. *Am J Surg Pathol*. mai 1994;18(5):501—505.
- [17]. Perisic Z, Popovic Lasic J, Terzic B, Perisic S, Rasic R. Condylomata gigantea in anal and perianal region: surgical and CO2 laser treatment. *Arch Gynecol Obstet*. 1 févr 2003;267(4):263- 5.
- [18]. GILLARD P, VANHOOTEGHEM O, RICHERT B, DE LA BRASSINNE M. Tumeur de Buschke-Löwenstein. *Tumeur Buschke-Löwenstein*. 2005;132(1):98- 9.

Mohamed Aissam MOKFI, et. al. " Tumeur de Buschke Lowenstein ou condylome acuminé géant : à propos de 07 cas et revue de la littérature." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(03), 2022, pp. 62-65.