

La tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anale : à propos d'un cas. A *Buschke-Lowenstein's tumor. Case report*

ANZOUA KI¹, TRAORÉ M¹, KOUAKOU KB¹, LEH BI KI¹, N'DRI AB¹, EKRA AS¹, OUATTARA M¹,
KOUAKOU BA², LEBEAU R¹, DIANÉ B¹.

Service de chirurgie générale et digestive ; CHU de Bouaké – Côte d'Ivoire
Service des urgences chirurgicales, CHU de Bouaké – Côte d'Ivoire

Correspondance : Pr Lebeau Roger : lebeauger@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant est une tumeur rare proliférante d'aspect pseudo-épithéliomateux secondaire à une affection virale par le Human Papilloma Virus (HPV). Plusieurs moyens thérapeutiques ont été proposés mais la chirurgie reste le moyen le plus efficace permettant une guérison définitive. Les auteurs rapportent un cas de TBL à localisation anale qui a été réséquée chirurgicalement dont l'évolution a été marquée par une récurrence à 3 mois.

Mots clés : Tumeur de Buschke-Lowenstein, condylome acuminé géant, Chirurgie.

ABSTRACT

The Buschke-Lowenstein tumor (TBL) or giant acuminate condyloma is a rare proliferative tumor of pseudo-epitheliomatous aspect secondary to a viral affection by the Human Papilloma Virus (HPV). Several therapeutic means have been proposed but surgery remains the most effective way to achieve a definitive cure. The authors report a case of anal localization of TBL which was surgically resected, the course of which was marked by a recurrence at 3 months.

Keywords: *Buschke-Lowenstein tumor, giant acuminate condyloma, surgery.*

INTRODUCTION

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant (CAG) est une tumeur proliférante d'aspect pseudo-épithéliomateux secondaire à une infection virale par le Human Papilloma Virus (HPV). L'affection est transmise le plus souvent par voie sexuelle¹. L'affection est rare et est localisée dans 80 à 95% des cas au niveau des organes génitaux externes². L'affection est bénigne mais son traitement est difficile en raison parfois de la grande taille des lésions dont l'exérèse chirurgicale peut être délabrante, de l'envahissement des structures profondes qui expose à des récurrences³. Les taux de récurrences atteignent 65 % dans les formes périanales^{1,4}. Le risque évolutif majeur de cette affection est la dégénérescence en carcinome épidermoïde³. Nous rapportons un cas de TBL à localisation anale chez un sujet immunocompétent traité par exérèse chirurgicale.

OBSERVATION

Un patient de 30 ans, commerçant, vivant en couple, sans antécédent pathologique, a consulté dans le service de chirurgie digestive du CHU de Bouaké pour une masse bourgeonnante de la région anale. L'affection aurait débuté 9 mois plus tôt par des petites végétations périanales qui ont progressivement augmenté de volume jusqu'à atteindre les proportions actuelles. Le patient n'avait jusque là jamais consulté, ni entrepris de traitement. Ce sont la gêne à la position debout et assise, le volume de la masse, sa localisation et la pression de sa compagne qui ont motivé la consultation.

A l'interrogatoire, il n'y avait pas d'antécédents de maladies sexuellement transmissibles, de pratique homosexuelle, de toxicomanie ; il y avait cependant une notion de rapports sexuels non protégés et de partenaires multiples.

A l'examen clinique, chacun des cadrans droit et gauche de la marge anale était le siège d'une tumeur bourgeonnante en «chou-fleur» bilobée

de la marge anale (Figures 1 et 2). Chacune des deux tumeurs bilobées était volumineuse avec un aspect végétant, avec de volumineuses exubérances séparées par des anfractuosités, sans ulcérations. Les deux formations avaient une base d'implantation pédiculée de part et d'autre de l'orifice anal. Elles s'étendaient sur le périnée depuis la marge anale jusqu'à la base du scrotum avec quelques petites formations verruqueuses satellites de part et d'autre de la marge anale (figures 1 et 2). La topographie de la masse entraînait une obstruction de l'orifice anale d'où les difficultés à l'émission des selles. Les organes génitaux externes n'étaient le siège d'aucune formation verruqueuse. Il n'y avait pas d'adénopathies inguinales. La muqueuse buccale n'était le siège d'aucune formation végétante. Le toucher rectal a pu être réalisé en demandant au patient d'écartier chacun des lobes, il était douloureux mais ne révélait pas de tumeur dans le canal anal et la partie du rectum explorée.

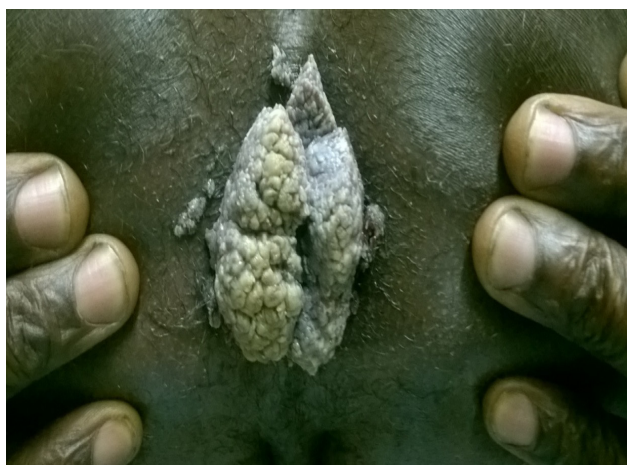


Fig. 1 : Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anale / Anal location of Buschke-Lowenstein tumor

Les sérologies syphilitique, à *chlamydiae* et rétrovirale étaient négatives. L'anorectoscopie

n'a pu être réalisée.

Une exérèse chirurgicale de la tumeur sous anesthésie loco-régionale a été réalisée. (Figure 2). L'histologie de la lésion a confirmé le diagnostic de condylome acuminé géant de Buschke-Lowenstein sans signe de malignité. Aucun traitement complémentaire n'a été prescrit.

Les suites opératoires immédiates ont été simples. Une récurrence a été notée au recul de trois mois. L'indication d'une reprise opératoire a été posée mais le patient l'a refusée et a été perdu de vue.



Fig. 2 : Marge anale et pièce opératoire après résection / Anal margin and operative specimen after surgical resection

DISCUSSION

La TBL une affection rare d'origine virale qui touche 0,1% de la population⁵. Elle est relativement fréquente chez les sujets de sexe masculin ; ce qui est le cas de notre patient. Cette tumeur peut survenir à tout âge après la

puberté avec des pics entre 40 et 60 ans⁵. La localisation la plus fréquente est les organes génitaux externes dans des proportions de 80 et 90%⁵. Mais dans 10 à 17% des cas elle peut être localisée au niveau de la région ano-périnéale³ comme chez notre patient. Le virus responsable est l'HPV (????) et les sérotypes^{6,11,16,18} sont les plus fréquemment incriminés¹. La multiplicité des partenaires, la prostitution, l'homosexualité, le manque d'hygiène et les infections chroniques favorisent la contamination par l'HPV⁶. Une notion de partenaires sexuels multiples et de rapports sexuels non protégés a été trouvée chez notre patient. La transformation des condylomes en TBL paraît être contrôlée par le système immunitaire; en effet la survenue de la TBL peut être associée à une immunodéficience congénitale ou acquise (SIDA, traitement immunosuppresseur, éthyliisme, diabète, chimiothérapie)⁶. Nous n'avons pas noté de facteur d'immunodépression dans notre cas. Sur le plan clinique, la TBL débute le plus souvent par de petites lésions arrondies ou filiformes rosées ou de la couleur de peau normale. La durée de la transformation est variable allant de quelques mois à plusieurs années. La regression spontanée des lésions est exceptionnelle et l'évolution peut se faire vers la dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde⁵. La présence de saignement, d'infiltration de la base ou la présence d'adénopathies devrait faire suspecter la dégénérescence maligne⁵.

Plusieurs moyens thérapeutiques sont disponibles. Les topiques locaux, la cryothérapie, l'électrocoagulation, la chimiothérapie systémique, le laser peuvent être utilisés avec des résultats controversés^{3,4,7}. L'exérèse chirurgicale est le traitement le plus efficace⁵. L'exérèse chirurgicale doit passer au large des lésions en périphérie et en profondeur atteindre la graisse sous cutanée soit une profondeur variant entre 5 et 8 cm pour espérer passer en zones saines^{3,4,8}. Ceci peut expliquer la récurrence dans notre observation car dans l'observation que nous rapportons l'exérèse était limitée à l'épiderme.

La prévention constitue l'un des impératifs du traitement. Ainsi, il faut insister sur l'hygiène et la prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles⁷.

CONCLUSION

La TBL est une affection virale rare due au *Human Papillomavirus*. Elle siège le souvent au niveau des organes génitaux externes et de la région ano-périnéale. La chirurgie reste le seul traitement efficace. Le geste doit être large et précoce afin d'enlever l'ensemble des lésions et permettre une guérison définitive.

REFERENCES

- 1- **Khallouk A, El Fassi MJ, Farih MH.** Tumeur de Buschke-Loewenstein. A propos d'un cas. *J Maroc Urol* 2008; 12: 34-5.
- 2- **Manyam BV, Feldman M, Wood H.** Invasive Penile Buschke-Löwenstein Tumor. *J Urol* 2013;190:1389-90.
- 3- **Nthumba PM, Ngure, Patrick Nyoro P.** Giant condyloma acuminatum of the scrotum in a man with AIDS: a case report .*Journal of Medical Case Reports* 2011, 5:272.
- 4- **Gole GN, Shekhar T, Gole SG, Prabhala S.** Successful treatment of Buschke-Lowenstein tumor by surgical excision alone. *J Cutan Aesthet Surg* 2010;3:174-6.
- 5- **Rimtebaye K, Danki Sillong F, Zarif AgahTashkand A, Kaboro M, Niang L, Gueye SM.** Tumeur de Buschke-Löwenstein: à propos de 8 cas et revue de la littérature. *Afr J of Urol* 2016 ; 22 : 319-24.
- 6- **El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, A.Cherkaoui A, Araki A, Aboutaie RB, Meziane F.** Le condylome acuminé géant - tumeur de Buschke Lowenstein (à propos de 3 cas).*Progrès en Urologie* 2003 ; 13, 513-17.
- 7- **Correia E,Santos A.** Buschke-Löwenstein Tumour: Successful Treatment with Minimally Invasive Techniques Case Reports in Dermatological Medicine 2015, Article ID 651703, 4 pages.
- 8- **Akpadjan F, Adégbidi H, Attinsounon C A, Koudoukpo C, Dégbôé B, Agbessi N, et al.** A case of recurring giant condyloma of vulva in infant without sexual abuse successfully treated with electrocoagulation in Benin. *Pan African Medical Journal.* 2017; 27:159 doi:10.11604/pamj.2017.27.159.11998