



Cas clinique

Tumeur de Buschke-Löwenstein : A propos d'un cas et revue de la littérature

Buschke-Löwenstein tumor: About a case and review of the literature.

Z Saye*¹, K Konate², M Coulibaly³, THM Coulibaly⁴, B Coulibaly⁵, B Dembele², A Traore¹, M Konate¹,
A Bah¹, BY Sidibe¹, BT Dembele¹, A Togo¹

Résumé

La tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL) est un condylome acuminé géant de localisation principalement génitale et/ ou périnéale. Il s'agit d'une entité clinique rare. Elle est d'origine virale induite par le papillomavirus humain (HPV). C'est une affection transmise essentiellement par la voie sexuelle. Un examen clinique rigoureux couplé à une imagerie complémentaire permettent d'établir un bilan lésionnel précis. Jusque-là, le traitement est mal codifié et reste essentiellement chirurgical et parfois de façon itérative. Le but de notre travail est de rapporter un cas de tumeur de Buschke-Löwenstein inguino-scrotale gauche chez un homme de 51 ans non immunodéprimé et de faire la revue de la littérature.

Mots-clés : Tumeur de Buschke-Löwenstein, Condylome acuminé géant, Mali.

Abstract

Buschke-Löwenstein tumor is a giant condyloma acuminata of mainly genital and/or perianal location. It is a rare clinical entity. It is of viral origin induced by the human papillomavirus (HPV). It is a condition

transmitted mainly through sex. A rigorous clinical examination coupled with complementary imaging make it possible to establish a precise lesion assessment. Until then, the treatment is poorly codified and remains essentially surgical and sometimes in an iterative way. The aim of our work is to report a case of left inguinal-scrotal Buschke-Löwenstein tumor in a non-immunocompromised 51-year-old man and to review the literature.

Keywords: Buschke-Löwenstein tumor, Giant condyloma acuminata, Mali.

Introduction

La tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL) ou condylome acuminé géant a été décrite pour la première fois en 1896 par Buschke, puis elle a été rapportée par Löwenstein en 1925 d'où son nom de tumeur de Buschke-Löwenstein [1]. Il s'agit d'une entité clinique rare, d'origine virale, transmise essentiellement par voie sexuelle [2, 3]. Elle est induite par le papillomavirus humain (HPV) dont

les sérotypes les plus fréquents sont le 6, 11, 16 et 18 [4,5]. Elle touche les 2 sexes après la puberté, avec une nette prédominance masculine. Sa gravité se caractérise essentiellement par son extension en profondeur, son potentiel dégénératif et son caractère récidivant après traitement. Même si sa prise en charge est mal définie, le traitement de choix repose sur la chirurgie. D'autres traitements (topiques et intra lésionnels) sont également utilisés avec des taux de succès mitigés [6]. Nous rapportons un cas de localisation inguino-scrotale gauche chez un homme de 51 ans non immunodéprimé.

Cas clinique

Monsieur B. C, âgé de 51 ans, marié sous régime monogame, hétérosexuel, soudeur de profession, sans antécédents pathologiques connus ayant eu de multiples partenaires, nous a été adressé par le service de dermatologie pour carcinome spinocellulaire du scrotum après biopsie. Cette lésion évolue depuis 2 ans marquée par l'apparition de plusieurs lésions nodulaires du scrotum pour lesquelles un traitement à base de l'azote a été fait mais sans succès. A l'examen clinique, on note une volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante en chou-fleur intéressant la région inguino-scrotale gauche ainsi que de nombreux éléments condylomateux intéressant le pénis, le scrotum et le pli inguinal droit (figure 1). La tomodensitométrie a objectivé un processus tumoral des organes génitaux externes (scrotum) sans envahissement musculaire de 180x130 mm. Les tests de VIH et de syphilis ont été négatifs. Le traitement a consisté en une exérèse large de la tumeur (figure 2 et 3) et une reconstruction plastique cutanée (figure 4). L'examen anatomopathologie de la pièce opératoire a confirmé le condylome acuminé sans signe de dysplasies cellulaires. Les limites d'exérèse étaient saines. Les suites opératoires ont été simples. Le patient a été revu en consultation 2 mois sans récurrence locale et il a été envoyé en dermatologie pour cautérisation des autres petites lésions au niveau du pénis et de la région inguino-scrotale droite.



Figure 1 : Tumeur inguino scrotale gauche en chou-fleur.



Figure 2 : Vue opératoire post exérèse large



Figure 3 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire



Figure 4 : Aspect après une reconstruction plastique cutanée.

Discussion

Décrite pour la première fois en 1896 par Buschke, puis rapportée par Löwenstein en 1925, la tumeur de Buschke- Löwenstein est une entité nosologique relativement rare avec une fréquence de 0,1 % de la population [3, 6]. Au Mali, sa prévalence n'est pas connue à cause de l'absence des études multicentrique. Ce cas constituait la première observation dans notre service. Elle survient à tout âge après la puberté et prédomine entre les 4ème et 6ème décennie avec une moyenne d'âge de 45 ans [7]. L'infection peut atteindre les deux sexes, elle se voit plus fréquemment chez le sexe masculin atteignant jusqu'à 77 % [5].

Il s'agit d'une tumeur bénigne induite par le papillomavirus humain (HPV) principalement ceux de types 6 et 11, à faible risque oncogène, mais également ceux de types 16, 18, 31 ou 33, réputés oncogènes. [8]. L'étude virologique n'a pas été faite dans notre cas.

La transmission de la TBL se fait essentiellement par voie sexuelle [3-6]. Dans la littérature, on retrouve d'autres modes de transmissions notamment par l'intermédiaire d'eau, de linge, de gants, d'autres matériels souillés [5,9]. La transmission mère-enfant peut se faire in utero par le placenta où lors de l'accouchement par voie basse (8). Les facteurs de risques incriminés sont : la mauvaise hygiène ano-

rectale, la grossesse, la multiparité, l'homosexualité, l'immunodépression, le tabagisme, l'alcool et les infections sexuellement transmissibles [10]. Certains auteurs ont observé une association fréquente de la TBL avec le VIH qui semble jouer un rôle propre, favorisant l'apparition des condylomes, leur croissance et leur transformation en dehors de l'altération du statut immunitaire qu'elle entraîne [4,11]. Chez notre patient, la sérologie VIH a été négative.

La tumeur se caractérise cliniquement par une lésion bourgeonnante plus ou moins ulcérée de la région périnéale ou génitale. La tumeur se localise chez l'homme le plus souvent au niveau de la région balanopréputiale, débutant sous forme de condylomes, s'étendant progressivement au gland, au prépuce et au fourreau de la verge. Chez la femme, la localisation la plus fréquente est vulvaire, s'étendant parfois jusqu'à la région périanale [3]. A la phase d'état, on observe une tumeur de grande taille (pouvant dépasser les 10 cm de grand axe) papillomateuse, irrégulière, à surface hérissée de digitations, bourgeonnante, en chou-fleur, de couleur souvent blanchâtre ou jaunâtre, présentant souvent des ulcérations superficielles et des lésions infectieuses surajoutées. La présence de saignement, d'infiltration de la base ou la présence d'adénopathies devrait faire suspecter la dégénérescence maligne [12].

Sur le plan microscopique, il s'agit d'une tumeur malpighienne parfaitement limitée, caractérisée par une hyperplasie épithéliale considérable parfois pseudo-épithéliomateuse, une hyperacanthose, une hyperpapillomatose et des koïlocytes 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 [13].

La rareté de la TBL explique l'absence de consensus concernant son traitement. Le traitement de choix reste la chirurgie. L'exérèse doit être la plus large possible, emportant une marge de tissu sain confirmé par l'examen anatomopathologique. Cet impératif thérapeutique oblige parfois en cas de TBL infiltrantes,

l'amputation totale d'un organe notamment le rectum ou la vulve [14].

Différentes autres attitudes thérapeutiques (la podophylline, le 5FU, la destruction par l'électrocoagulation ou par le laser) ont été proposées, mais les résultats restent mitigés. La chimiothérapie systémique à base de méthotrexate, la bléomycine, l'étrinate, le lévamisole peut être utilisé mais elle reste sans véritable apport [15]. L'immunothérapie et l'interféron peuvent donner de bons résultats surtout après instillation locale d'interféron alpha [16].

La TBL a une évolution lente, essentiellement locale, mais les récurrences après traitement sont fréquentes (deux tiers des cas) et volontiers itératives. La transformation maligne survient dans la moitié des cas au niveau anal, mais les métastases ganglionnaires ou à distance semblent exceptionnelles [4]. La surveillance doit être rigoureuse surtout la première année pour s'assurer de l'absence de récurrence ou de transformation maligne au pire des cas.

Conclusion

D'origine virale, à transmission sexuelle, la tumeur de Buschke-Löwenstein est une entité rare. Il s'agit d'une pathologie histologiquement proche du condylome acuminé mais qui a un pouvoir destructeur local. Le traitement doit être précoce, il est essentiellement chirurgical nécessitant une large exérèse. Sa prévention passe par les rapports sexuels protégés, l'éducation sexuelle, le traitement des condylomes acuminés et la vaccination prophylactique contre l'infection à l'HPV.

*Correspondance

Zakari SAYE

amonon06@gmail.com

Disponible en ligne : 28 Juillet 2022

- 1 : Service de chirurgie générale, CHU Gabriel TOURE de Bamako, Mali
- 2 : Hôpital dermatologie de Bamako, Mali
- 3 : Service de chirurgie générale, CHU du Point G de Bamako, Mali
- 4 : Service d'anesthésie réanimation, Hôpital du Mali de Bamako, Mali
- 5 : Service d'anatomo-pathologie du CHU du Point G de Bamako, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] BUSCHKE A, LOWENSTEIN L. Uber carcinomahnliche condylomata Acuminata der Penis. Klin Wochenschr 1925 ; 4 : 1726-1728.
- [2] FREGA A., STENTELLA P., TINARI A., VECCHIONE A., MARCHIONNI M. Giant condyloma acuminatum or buschke-lowenstein tumor: review of the literature and report of three cases treated by CO2 laser surgery. A long-term follow-up. Anticancer Res. 2002; 22: 1201-1204.
- [3] EL MEJJAD A., DAKIR M., TAHIRI M., ATTAR H., CHERKAOUIA., ARAKIA., ABOUTAIEC R., MEZIANE F. Le condylome acuminé géant- Tumeur de Buschke Lowenstein (à propos de 3 cas). Prog Urol 2003; 13: 513-517.
- [4] Ondounda M, Pither Antchoue S, Zamba C. Condylome anovulvaire géant chez une femme gabonaise infectée par le VIH. Med Sante Trop 2012; 22 :12. doi : 10.1684/mst.2012.0019.
- [5] K. Rimtebaye, F. Danki Sillong, A. Zarif Agah Tashkand, M. Kaboro, L. Niang, S.M. Gueye. Tumeur de Buschke-Löwenstein: à propos de 8 cas et revue de la littérature. African Journal of Urology 2016;22 :319–324.
- [6] G. Sanda, A. Soumana. Le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke Lowenstein : à propose de deux nouveaux cas. African Journal of Urology 2006; 12 (3) :165-169.
- [7] Qarro A, Ait Ali A, Choho A, et al. Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anorectale (À propos de trois cas). Ann Chir. 2005 Feb;130(2):96-100.

- [8] Chimae Eddaoudi1, Jaouad Lafquir, Abdelhay Filali1, Said Benamer, Zaki EL Hanchi and Hafid Hachi. TUMEUR DE BUSCHKE LOWENSTEIN: A PROPOS DE DEUX CAS. *Int. J. Adv. Res.* 6(8), 1206-1216).4-8.
- [9] Ahsaini M, Tahiri Y, Tazi MF, Elammari J, Mellas S, Khallouk A, et al. Verrucous carcinoma arising in an extended giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor): a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports* 2013;7:273-7.
- [10] Ahmed Jdaini et al. Tumeur de Buschke-Löwenstein : localisation périnéo-scrotale et ano-rectale (à propos d'un cas). *PAMJ - Clinical Medicine.* 2020;3:3. [doi: 10.11604/pamj-cm.2020.3.3.22456].
- [11] Vodi C.C, Coulibaly N, Gow é E.E, Abouna A.D, Gnabro G.A, Konan P-G, Dekou A.H, Ouegnin G.A. Tumeur de buschke- lowenstein scrotale : à propos d'une nouvelle observation. *Uro'Andro* 2018 ; 1(9) :406-408.
- [12] KABIRI H., ALBOUZIDI A., RACHID K., LEZREK M., BOUSSELMAN N., BENOMAR S., DRAOUI D. : Tumeur de Buschke Loewenstein scrotale dégénérée. *Progrès en urologie.* 1996 ; 6 : 439- 442.
- [13] HABEL L., VAN DENEEDEN S., SHERMAN K., MCKNIGHT B., STERGACHIS A., DALING J. : Risk factors for incident and recurrent condylomata acuminata among women. *Sex. Transm. Dis.*, 1998; 25: 285-292.
- [14] IVILLOTE J., BENHAMOU G., ALCABES G., VISSUZAINNE C., TOUBLANC M., GIRAUD T. : Tumeur de Buschke Lowenstein anorectale (condylomatose géante) nécessitant une amputation du rectum. *Gastroenterologie Clin. Biol.*, 1989 ; 13 : 105-107.
- [15] Geusau A, Heinz PG, Volc PB, Stingl G, Kirnbauer R. Regression of deeply infiltrating giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) following long-term intra lesional interferon alfa therapy. *Arch dermatol* 2000;136:707-10.
- [16] Ergun SS, Kural YB, Buyukbabani N, VerimL, Akbulut H, Gurkan L. Giant condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 2003;29 :300-3.

Pour citer cet article :

Z Saye, K Konate, M Coulibaly, THM Coulibaly, B Coulibaly, B Dembele et al. Tumeur de Buschke-Löwenstein: A propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2022; 6(3): 111-115