

LE CONDYLOME ACUMINE GEANT OU TUMEUR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN: A PROPOS DE DEUX NOUVEAUX CAS

G. SANDA ET A. SOUMANA

Service d'Urologie, Hôpital National de Lamordé, Niamey, Niger

INTRODUCTION

Le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL), décrit pour la première fois en 1925¹ constitue l'expression clinique de l'infection à Human Papilloma-virus (HPV). Il est caractérisé par son taux élevé d'envahissement local et se transmet essentiellement par voie sexuelle. Le traitement de choix repose sur l'excision chirurgicale qui a pour principal avantage d'effectuer des examens histologiques du spécimen et de s'assurer de l'intégrité des marges chirurgicales. Les traitements topiques ou intralésionnels ont également été utilisés avec des taux de succès mitigés : il s'agit de la résine de podophylline, la podophyllotoxine (20-50%), l'acide trichloroacétique (20-30%) et du 5-fluorouracil utilisé pour la prévention de récurrences chez les immunodéficients. L'immunomodulateur agit comme immuno modulateur et stimule la production d'interféron- α , interleukins, et tumor necrosis factor α . De ce fait, il contribue à la régression spontanée des condylomes. L'interféron- α (2a et 2b) est le moyen le plus efficace dans le traitement des condylomata acuminata réfractaires administrés en intralésionnel.

Le taux de récurrence varie de 20 à 40%. En raison du taux élevé de récurrence estimé à plus de 50% après un an d'utilisation de ces médicaments, un suivi rigoureux des patients s'impose^{2,3}.

Nous rapportons deux cas de tumeurs de Buschke-Löwenstein de localisations inguinale, pénoscrotale, périnéale et périanale et analysons les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATIONS

Observation n°1:

Mr. M. O., 48 ans, chauffeur, marié, polygame hétérosexuel, sans antécédents particuliers hormis des rapports sexuels non protégés, a consulté en 2002 pour des tumeurs siégeant au niveau des plis inguinaux, à la face ventrale de la verge, du scrotum et du périnée évoluant depuis trois ans. L'examen clinique a montré de multiples condylomes dont deux de dimensions plus importantes situés au niveau des plis inguinaux. Leur aspect végétant évoque un condylome acuminé géant (Fig.1A, B). Le bilan para clinique effectué a consisté à la recherche d'une infection sexuellement transmissible: HIV, Treponema Palladium Hemagglutination (TPHA) et Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) dont les résultats sont négatifs. Le traitement a consisté en une exérèse large de la tumeur et une reconstruction plastique cutanée (Fig.1C). L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le condylome acuminé sans foyer de dysplasies cellulaires. Les marges chirurgicales étaient saines. L'évolution est bonne et aucune récurrence locale n'a été observée après un recul de deux ans.

Observation n°2 :

Mr. I. A., 43 ans, monogame, hétérosexuel, consulte le 20 décembre 2005 pour végétations vénériennes localisées au niveau du pli inguinal gauche évoluant depuis deux ans. L'examen clinique a révélé des lésions bourgeonnantes et végétantes sur une base érythémateuse concernant le pli inguinal



Fig. 1A: Localisations inguinales bilatérales.

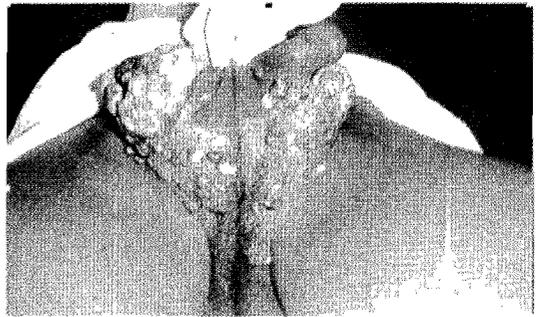


Fig.1B: Localisations scrotales et périnéales.

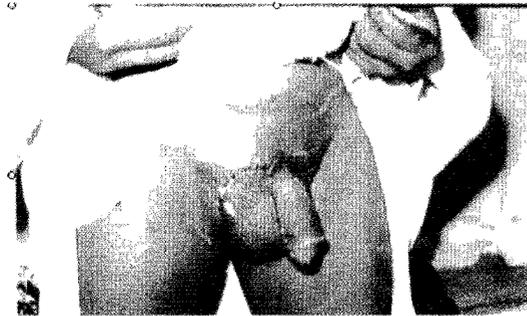


Fig.1C: Résultat post opératoire.

gauche, la racine de la verge, les régions périnéale et en péri anale (Fig 2 A, B). Les sérologies syphilitiques et HIV sont négatives. Le traitement chirurgical a consisté en une exérèse de la tumeur, complétée d'électrocoagulation par endroits. Le recouvrement cutané a été simple par rapprochement des berges des excisions inguinales et péniennes. Les suites opératoires ont été simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirme la tumeur de Buschke-Löwenstein. Le patient est revu en consultation quatre mois plus tard sans récurrence locale.

DISCUSSION

La tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL) a été décrite en 1925 et consiste en des éruptions papillomateuses isolées ou multiples d'aspect nacré, filiforme, végétante, en chou-fleur, lisse, verruqueux ou lobulé^{1,4,6}.

La fréquence de la TBL est estimée actuellement à 0,1% de la population générale.

Sa prévalence est 50 fois plus élevée chez les personnes âgées de 17-33 ans, avec un pic à 20-24 ans. Aux Etats Unis d'Amérique, l'incidence annuelle du condyloma acuminatum est de 1% et cette tumeur représente 5-24% des cancers de la verge⁴. Elle prédomine chez l'homme (77%) et se localise dans 81 à 94% des cas au pénis et dans 10 à 17% à la région ano-rectale⁷. Chez la femme, la localisation est essentiellement vulvaire dans 90% des cas. La TBL de la verge survient principalement chez les sujets non circoncis. Tel n'est pas le cas de nos patients (Fig. 1, 2). La localisation péri-anale est plus fréquente chez l'homme et l'homosexualité en est la principale cause^{8,9}. Cette pratique sexuelle n'a pas été retrouvée à l'interrogatoire de nos deux patients qui sont hétérosexuels.

Le condylome géant acuminé survient généralement dans un contexte d'immunodépression chez les transplantés, les patients infectés par le HIV et homosexuels toxicomanes, les partenaires sexuels multiples, le tabagisme, l'irritation chronique, les problèmes d'hygiène sexuelle¹⁰.

Sur le plan clinique, les condylomes acuminés géants débutent le plus souvent par des lésions arrondies ou filiformes rosées ou de couleur de peau normale. A la phase d'état, on observe une tumeur de grande taille pouvant dépasser 10 cm de grand axe, papillomateuse, irrégulière, à surface hérissée de digitations, bourgeonnantes en chou fleur de couleur blanchâtre ou jaunâtre^{1,4,6}. Dans nos deux cas, il s'agit de multiples condylomes de dimensions variables à localisations vari-

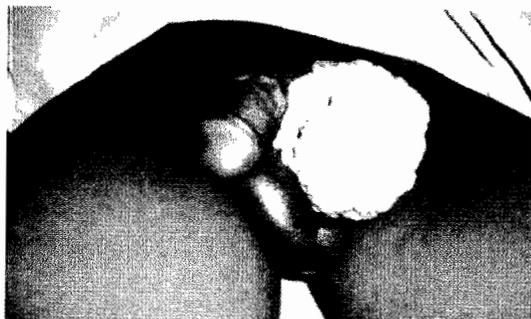


Fig. 2a: Localisation inguinale gauche.



Fig.2b: Localisations périnéales et périanales.

ables. Les localisations courantes concernent la verge, les plis inguinaux, la vulve, le vagin, le périnée et la région péri anale⁷⁻⁹.

Le condylome acuminé géant peut poser un problème diagnostique avec le condylome acuminé dégénéré dont seule l'exérèse chirurgicale confirmera le diagnostic¹¹. Un examen histologique et un typage virologique sont toujours nécessaires. Toutefois, la transformation maligne constitue un des risques évolutifs les plus à craindre. Elle est marquée histologiquement par la rupture de la membrane basale et l'envahissement de la lamina propria sous-jacente par des nids irréguliers de cellules épithéliales kératinisées, présentant des atypies cytonucléaires¹². Cette évolution maligne se fait selon un spectre continu où seule une biopsie répétée dans le temps et à divers points de la tumeur pourrait surprendre les différents stades évolutifs de la tumeur. Dans nos deux cas, il s'agit d'une tumeur dont la bénignité a été confirmée par l'examen anatomo-pathologique. Les condylomes géants acuminés représentent près de 30% de toutes les tumeurs urétrales chez l'homme: ceci justifie la nécessité d'effectuer une urétroscopie dans tous les cas de condylomes à localisation péniennne¹³.

Les condylomes acuminés géants constituent une entité clinique rare, d'origine virale, transmise essentiellement par voie sexuelle. Les agents viraux incriminés sont les Human Papillomavirus (HPV) et, dans 90% des cas, les types 6 et 11 sont identifiés, suivis des types 16,18, 31,35 et très rarement le type 54. L'étiologie virale de la tumeur de

Buschke-Löwenstein est confirmée par la mise en évidence d'ADN de Papillomavirus humains (PVH) détecté grâce aux méthodes modernes d'hybridation moléculaire. Le mécanisme d'action virale passe par l'inhibition de p53 qui induit des mutations génétiques et la dégénérescence maligne des cellules infectées par le HPV. La protéine E6 a une grande affinité pour p53, entraînant de ce fait un risque élevé de malignité^{14,15}.

La chirurgie est le traitement de choix des condylomes acuminés géants, car elle permet l'exérèse complète de la tumeur (Tableau 1). Elle doit être la plus large possible, emportant une marge de tissu sain confirmé par l'examen anatomopathologique. L'électrocoagulation peut être efficace sur les formes mineures¹⁶ (Tableau 1). Nos deux patients ont bénéficié d'exérèse chirurgicale complétée d'électrocoagulation avec des résultats satisfaisants. Le laser apparaît comme un bon traitement d'appoint de la chirurgie qui peut être utilisé en cas de récurrence: le traitement au laser par dioxyde de carbone, Nd:YAG, argon et titanyl phosphate de potassium, utilisé en cas de résistance permet un taux de guérison de 95%^{5,17} (Tableau 1). L'interferon alfa 2a et 2b administrée dans les lésions réfractaires à raison de 250,000 U par lésion deux fois par semaine pendant huit semaines est le traitement le plus efficace. Il comporte néanmoins des effets secondaires tels que la fièvre, les céphalées, myalgies et frissons² (Tableau 1).

L'utilisation de la podophyllotoxine s'est avérée peu efficace³. La cryothérapie à l'aide

Tableau 1 : Modalités Thérapeutiques du Condylome Acuminé

Types De Traitement	Résultats	Inconvénients
Chirurgie	exérèse complète	21% de récurrence après 4 mois, effet psychologique. en cas de pénectomie
Topique (Podophylline, Podophyllo-toxine, Acide Tricholoacétique, 5-fluorouracil)	20-50%	irritation locale
Intra Lésionnel (Interféron A2a, 2b)	satisfaisant ; traitement des récurrences	fièvre, céphalées, myalgies et frissons; coût élevé
Laser	88-95% de succès	indiqué dans les lésions profondes
Cryothérapie	très bons résultats	douleur, érosion, ulcération, hypo-pigmentation cutanée
Électrocoagulation	en complément À la chirurgie, efficace pour les formes mineures isolées (63-91% De Succès)	douleurs, inhalation de la fumée
Radiothérapie	satisfaisant	risques d'irradiation

d'azote liquide est un excellent moyen de traitement des lésions périanales et peut être associée à l'électro-coagulation et l'exérèse chirurgicale¹⁶ (Tableau 1).

Le pronostic du condylome acuminé géant est bon surtout après traitement radical, néanmoins, il peut avoir une récurrence due à l'infection infra clinique de la peau adjacente, d'où l'intérêt d'une surveillance clinique prolongée qui dépisterait aussi bien les récurrences que la dégénérescence maligne.

En conclusion, la tumeur de Buschke-Löwenstein est la lésion tumorale la plus fréquente que l'on peut rencontrer dans le cadre des infections sexuellement transmissibles. Son traitement de choix reste l'exérèse chirurgicale complète. L'examen anatomopathologique de la pièce permet de s'assurer de sa bénignité. Une surveillance étroite s'impose en raison du risque élevé de récurrence. Son pronostic est généralement bon. La prévention primaire passe par l'éducation et la sensibilisation des populations à risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Buschke A, Löwenstein L. Über carcinomähnliche Condylomata Acuminata des Penis. Berl.Klin. Wochenschr. 1925;4:1726-8.
2. Geusau A, Heinz Peer G, Volc Platzer B, Stingl G, Kimbauer R. Regression of deeply infiltrating giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) following long-term intralesional interferon alpha therapy. Arch. Dermatol. 2000; Jun;136(6):707-10.
3. Petersen CS, Agner T, Ottevanger V, Larsen J, Ravnborg L. A single-blind study of podophyllotoxin cream 0.5% and podophyllo-toxin solution 0.5% in male patients with genital warts. Genitourin.Med. 1995; Dec;71(6):391-2.
4. Gilbert SM, Lambert SM, Weiner D. Extensive condylomata of the penis: Medical and surgical management. Infect.Urol. 2003;16(3):65-76.
5. 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; Mar-Apr;22(2B):1201-4.
6. El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A, et al. Le condylome acuminé géant -Tumeur de Buschke Lowenstein (a propos de 3 cas). [Giant condyloma acuminatum -- Buschke Lowenstein tumor (report of 3 cases)]. Prog.Urol. 2003; Jun;13(3):513-7.

7. Kasmaoui E, Lezrak M, Ameur A, Jira H, Beddouch A, Abbar M. Tumeurs de Buschke Loewenstein a localisation genitale. A propos de quatre observations. [Genital Buschke Loewenstein tumors. Report of 4 cases]. *Ann.Urol.(Paris)*. 2002; May;36(3):211-6.
8. Ben Brahim E, Chadli Debbiche A, Fraoua Abdelmoula F, Lahmar Boufaroua A, Bouchoucha S, Khalfallah MT, et al. Condylome geant de Buschke-Loewenstein de la region perianale avec envahissement inguinal: a propos d'un cas. [Buschke-Loewenstein giant condyloma in the perianal region with inguinal invasion: a case report]. *Tunis.Med*. 2000; Mar;78(3):205-9.
9. Parise P, Sarzo G, Finco C, Marino F, Savastano S, Merigliano S. Giant condyloma acuminatum of the anorectum (Buschke-Lowenstein tumour): a case report of conservative surgery. *Chir.Ital*. 2004; Jan-Feb;56(1):157-61.
10. Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control*. 2001; Apr;12(3):267-77.
11. Lakmichi MA, Dahami Z, Elhaous A, Gabsi M, Boukhari M, Chekkal A, et al. Transformation spinocellulaire de deux tumeurs de Buschke-Löwenstein. *Afr.J.Urol*. 2005;11(3):225-9
12. Rubin MA, Kleter B, Zhou M, Ayala G, Cubilla AL, Quint WG, et al. Detection and typing of human papillomavirus DNA in penile carcinoma: evidence for multiple independent pathways of penile carcinogenesis. *Am.J.Pathol*. 2001; Oct;159(4):1211-8.
13. Kaplinsky RS, Pranikoff K, Chasan S, DeBerry JL. Indications for urethroscopy in male patients with penile condylomata. *J.Urol*. 1995; Apr; 153(4):1120-1.
14. Lynch DF, Pettaway CA. Viral-related dermatologic lesions. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al, editors. *Campbell's urology*. 8th ed. : WB Saunders Co.; 2002. p. 2947-50.
15. Castren K, Vahakangas K, Heikkinen E, Ranki A. Absence of p53 mutations in benign and pre-malignant male genital lesions with over-expressed p53 protein. *Int.J.Cancer*. 1998; Aug 31;77 (5):674-8.
16. Renzi A, Bruscianno L, Giordano P, Rossetti G, Izzo D, Del Genio A. Buschke-Lowenstein tumor. Successful treatment by surgical electrocautery excision alone: a case report. *Chir.Ital*. 2004; Mar-Apr;56(2):297-300.
17. Savoca S, Nardo LG, Rosano TF, D'Agosta S, Nardo F. CO(2) laser vaporization as primary therapy for human papillomavirus lesions. A prospective observational study. *Acta Obstet.Gynecol.Scand*. 2001; Dec;80(12):1121-4.

Tirés-à-part :

Dr G. SANDA

MD, PhD (Urology)

BP 407 Niamey, Niger.

E-mail: ganda1@caramail.com