



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/13090
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13090>



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ADVANCED RESEARCH (IJAR)
ISSN 2320-5407
Journal Homepage: <http://www.journalijar.com>
Journal DOI:10.21474/IJAR01

RESEARCH ARTICLE

DÉGÉNÉRESCENCE CARCINOMATEUSE D' UNE TUMEUR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN PUBO-GÉNITALE TRAITÉE PAR EXÉRÈSE CHIRURGICALE ET RADIOTHERAPIE

Hicham Sabani¹, Nawfal El Hafidi², Lahcen Khalfi², Jalal Hamama² and Karim El Khatib²

1. Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Hassan II University, Casablanca, Morocco.
2. Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Mohammed V University, Rabat, Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 April 2021
Final Accepted: 28 May 2021
Published: June 2021

Key words:-

Giant condyloma acuminata, Buschke-Lowenstein tumor, Surgical Excision, Radiotherapy, Papillomavirus.

Abstract

Giant condylomata acuminata also known as a Buschke-Löwenstein tumour is a rare, slow-growing tumor of anogenital region. The causative agent of these tumors is the papillomavirus which selectively infects the cutaneous and mucosal epithelia. In spite of its benign histopathology, is clinically malignant owing to its locally destructive nature and its tendency to recur. In this report, we describe the case of a patient with malignant transformation of this tumor and we detail his care.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Introduction:-

La tumeur de Buschke-Löwenstein ou condylome acuminé géant, est une prolifération pseudo-épithéliomateuse appartenant au groupe des carcinomes verruqueux. Il s'agit d'une affection rare, sexuellement transmissible, induite par le papillomavirus humain, et qui se développe généralement au niveau de la région ano-génitale. C'est une tumeur qui s'étend en profondeur, qui récidive souvent, et qui a un fort potentiel de transformation maligne.

Le traitement de cette entité pathologique, jusqu'à nos jours, n'est pas bien codifié. Nous rapportons un cas de transformation carcinomateuse d'une tumeur de Buschke-Löwenstein, de localisation pubo-génitale, chez un homme de 70 ans, et nous précisons notre prise en charge thérapeutique.

Observation:-

Notre observation concerne un patient de 70 ans, veuf et sans antécédents pathologiques notables, qui est venu nous consulter pour des condylomes au niveau de la base de la verge, évoluant depuis plusieurs années sans aucun traitement, et qui ont brutalement conflué et augmenté de taille.

L'examen clinique a objectivé une tumeur située à cheval entre la région pubienne et la face antérieure de la verge, faisant 6 cm de grand axe, ulcéro-bourgeonnante, avec des limites irrégulières, suintante, fétide, indolore, et infiltrant les berges (figure 1). Les aires ganglionnaires inguinales ont été libres et le toucher rectal a été normal.

Corresponding Author: - Hicham Sabani

Address: - Department of Plastic and Maxillofacial Surgery, Mohammed V Military Hospital, Rabat, Morocco.



Figure 1: Aspect clinique de la tumeur de Buschke-Löwenstein, pubo-génitale.

Une biopsie faite a objectivé un carcinome épidermoïde bien différencié et kératinisant, au sein de lésions condylomateuses. Un bilan d'extension tumorale a été alors demandé, comprenant une imagerie par resonance magnétique (IRM) pelvienne, une tomодensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne, et une scintigraphie osseuse. L'IRM pelvienne a montré des lésions cutanées superficielles n'infiltrant pas la graisse sous-cutanée, avec la présence d'une adénomégalie inguinale droite de 1,1 cm et trois autres ganglions inguinaux droits infracentimétriques, alors que la TDM et la scintigraphie n'ont pas montré de localisations secondaires. A noter qu'un bilan sérologique (VIH, hépatite virale B et C, Syphilis et Chlamydia) a été demandé et revenu négatif.

Le patient a été opéré en deux temps:

Dans un premier temps, une exérèse large a été effectuée avec une marge latérale de sécurité de 2 cm, et avec conservation pénienne, ce geste d'exérèse tumorale a été complété par un curage inguinal droit (figure 2). L'étude histo-pathologique a confirmé l'exérèse totale de la tumeur avec des marges de sécurité d'au moins 1.5 cm latéralement et 4.3 cm en profondeur, l'étude de la pièce opératoire de curage a retrouvé une micro-métastase de 2 mm au niveau d'un seul ganglion sur les 9 ganglions enlevés (1Nmi+/9N).

Dans un second temps opératoire, le patient a bénéficié d'une reconstruction de la perte de substance par un lambeau inguinal gauche pédiculé autofermant (figure 3).

Les suites opératoires, ont été marquées par une petite déhiscence cicatricielle que nous avons géré par des pansements quotidiens et des soins locaux. Un mois après la chirurgie, le patient a reçu une radiothérapie adjuvante.

L'évolution a été favorable, et le patient a pu conserver une fonction urinaire et une activité sexuelle normales. Après un recul de 36 mois aucune récurrence n'a été constatée.



Figure 2: Aspect peropératoire de la perte de substance pubo-génitale, après exérèse tumorale et curage inguinal droit.

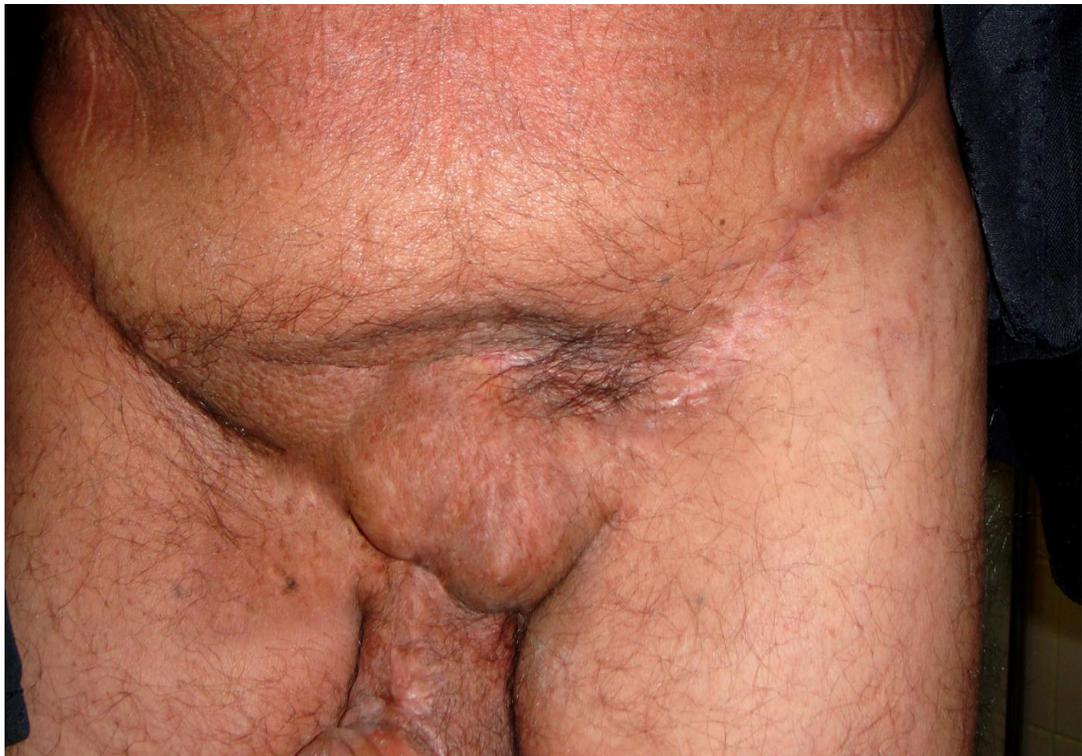


Figure 3: Reconstruction par un lambeau inguinal gauche pédiculé de Mac Gregor. (Aspect clinique après radiothérapie).

Discussion:-

Décrit pour la première fois en 1925 par Buschke et Löwenstein [1], le condylome acuminé géant également appelé tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) est une entité clinique rare atteignant moins de 0,1% de la population générale [2]. Elle touche les deux sexes, mais elle se voit plus fréquemment chez le sexe masculin [3]. Elle peut survenir à tout âge après la puberté, néanmoins on constate une nette prédominance au cours des 4ème et 5ème décennies [4]. La TBL se localise préférentiellement au niveau des organes génitaux externes. La localisation ano-rectale reste moins fréquente. Ainsi chez l'homme, la TBL se localise dans 81 à 94% des cas au pénis et seulement 10 à 17% des cas à la région ano-rectale, chez la femme, la localisation vulvaire est rapporté dans 90% des cas, alors que la localisation ano-rectale est nettement moins fréquente [5].

Le début de cette pathologie est toujours précédé de lésions condylomateuses évoluant progressivement pour prendre un aspect papillomateux irrégulier en « chou-fleur », avec souvent la présence d'adénopathies satellites. Du point de vue étiopathogénique, ils'agit d'une maladie à transmission sexuelle dont l'implication du papillomavirus et en particulier de ses serotypes l'HPV 6 et 11 est actuellement admise [6, 7]. La présence de l'HPV 16 ou 18, à fort pouvoir oncogène, serait un indicateur des formes invasives [8]. L'altération du gène codant pour la protéine P53, protéine à action anti-tumorale, par la protéine virale E6 de l'HPV 16 ou 18 favoriserait la transformation maligne de la tumeur de Buschke-Löwenstein [6, 9]. Le délai moyen de transformation maligne de la TBL est le plus souvent long avec une durée moyenne de 5 ans, et on estime le risque de dégénérescence maligne entre 8,5% et 23,8% [5]. Cette dégénérescence pouvant être suspectée devant l'apparition de douleur, de saignement local ou d'augmentation rapide du volume tumoral. L'extension ganglionnaire est rare mais néanmoins possible comme c'est le cas de notre patient.

De point de vue histopathologique, la TBL est une tumeur malpighienne, caractérisée par une hyperplasie épithéliale parfois pseudo-épithéliomateuse dont la membrane basale est toujours intacte, une hyperacantose, une hyperpapillomateuse et des koilocytes qui sont des marqueurs pathognomoniques de l'infection par HPV, cependant leur présence n'est pas constante [5]. En cas de dégénérescence maligne, le type histologique le plus fréquemment retrouvé est représenté par le carcinome épidermoïde [10].

Face au caractère récidivant et au risque sérieux de transformation maligne de la TBL, différentes attitudes thérapeutiques ont été proposées comme la cryothérapie, l'électrocoagulation, le laser CO2, lapodophylline, le 5 fluoro-uracile, la bléomycine systémique associée au cisplatine et au méthotrexate ainsi que l'Interféron Alpha [11]. Les résultats restent peu probants. D'autre part la plupart de ces stratégies thérapeutiques publiées dans la littérature émanent de rapports de cas et non pas des études contrôlées.

A notre avis, le seul traitement curatif reste une exérèse chirurgicale large permettant un bon contrôle local, avec vérification histologique ultérieure des marges d'exérèse. Cependant, il n'existe actuellement aucun standard pour le traitement chirurgical de cette maladie rare.

En cas de dégénérescence maligne en carcinome épidermoïde, nous proposons une chirurgie radicale avec un curage ganglionnaire en fonction du bilan d'extension, permettant ainsi un meilleur contrôle loco-régional, avec éventuelle radiothérapie post-opératoire. Une surveillance régulière des patients est nécessaire pour dépister rapidement toute récurrence locale.

La TBL est une maladie sexuellement transmissible, et donc sa prise en charge thérapeutique doit obligatoirement être complétée par la prise en charge du partenaire. Ainsi, un bilan des infections sexuellement transmissibles doit être demandé chez le conjoint comprenant: La sérologie VIH, la sérologie syphilitique, la sérologie de l'hépatite virale B et C et la sérologie Chlamydia.

Conclusion:-

La tumeur de Buschke-Lowenstein est une affection rare, de déterminisme viral, transmise essentiellement par voie sexuelle. Bien que la dégénérescence en carcinome épidermoïde reste une complication redoutable de cette pathologie, son caractère envahissant et récidivant après traitement impose non seulement un diagnostic précoce, mais également un traitement radical. Une exérèse chirurgicale large couplée en cas de besoin à une radiothérapie, nous semble être une alternative efficace à l'heure actuelle. La surveillance doit être régulière et prolongée. C'est une tumeur qui peut engager aussi bien le pronostic fonctionnel que vital du patient, d'où l'intérêt de la prévention qui

repose sur l'éducation de la population, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, et la vaccination contre l'HPV.

References:-

- 1- Buschke A, Loewenstein L. Ijber carcinom-hnlche condylomata acuminata des penis. 1925; pp. 4-6.
- 2- El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H. Le condylome acuminé géant, tumeur de Buschke Lowenstein, à propos de 3 cas. Prog Urol 2003; 13: 513-7.
- 3- Rabiil R, Jouall A, Bellabidia B, et al. Condylome acuminé scrotal géant: A propos d'un cas. Ann Urol (Paris). 2001 Jan; 35 (1): 67-70.
- 4- 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.
- 5- Reichenbach I, Koebell A, Foliguet B, Hatier M, Mascotti J, Landes P. Tumeur de Buschke et lowenstein à propos d'un cas féminin. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1995; 24: 491-5.
- 6- Lévy A, Lebbe C. Prise en charge des tumeurs de Buschke Löwenstein. Ann Urol (Paris). 2006 Jun; 40 (3): 175- 8.
- 7- Hsu-Cheng J, Maw-Chang S, Tsung-Yi H et al. Giant condyloma acuminatum of penis with cancer Transformation. Formosan Journal of Surgery. 2011; 44 (6): 237-240.
- 8- Piepkorn M, Kumasaka B, Krieger JN, Burmer GC. Development of human papillomavirus associated buschke-Lowenstein penile carcinoma during cyclosporine therapy for generalized pustular psoriasis. J Am Acad Dermatol 1993; 29 (2 Pt 2): 321-5.
- 9- Zimmermann H, Degenkolbe R, Bernard HU, O'Connor MJ. The human papillomavirus type 16 E6 oncoprotein can down-regulate p53 activity by targeting the transcriptional coactivator CBP/p300. J Virol 1999; 73: 6209-19.
- 10- 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.
- 11- Geusau A, Heinz-Peer G, Volc-Platzer B, Stingl G, Kirnbauer R. Regression of deeply infiltrating giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) following long-term intralesional interferon alfa therapy. Arch Dermatol 2000;136:707-10.