

Le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke-Lowenstein : À propos d'un cas

Khlass.N, Ben Mbarek.M, Ben Salem.F

Services des Urgences/Consultation Externe de Dermatologie Hôpital Régional Eljem

Introduction

Le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) est une entité nosologique rare, sexuellement transmissible. Il s'agit d'une infection virale induite par le papillomavirus humain (HPV) dont les sérotypes les plus fréquents sont le 6, 11, 16 et 18. 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 (IST). La prise en charge fait souvent l'objet de controverses : abstention thérapeutique, exérèse chirurgicale, électrocoagulation-exérèse, laser CO2, immunothérapie. Nous rapportons dans ce travail un cas de TBL ano-rectal et périnéo-scrotale. Le but de notre travail est de décrire les aspects anatomiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques de la TBL.

Observation

Mr R.L âgé de 55 ans, marié et père de 2 enfants ayant comme antécédents des rapports sexuels non protégés, partenaires sexuelles multiples, pas de notion d'homosexualité ou de rapport anaux, tabagique chronique à raison de 63 paquets-année, qui a consulté le 26 octobre 2021 pour de multiples lésions verruqueuses initialement au niveau péri-anal s'étendant au pli inter fessier, OGE, plis inguinaux et l'hypogastre augmentant rapidement de taille et de nombre avec tendance à l'ulcération occasionnant chez lui un retentissement sur la vie sexuelle. L'examen dermatologique objective de multiples lésions verruqueuse exophytiques irrégulières en choux-fleurs de couleur noir brunâtre, d'autres de couleur rose avec infiltration de la base avec présence d'adénopathie inguinale gauche de 1 cm. Une biopsie cutanée a été réalisée le 2 novembre 2021 et qui a objectivé un condylome acuminé : une tumeur de Buschke-Lowenstein sans signe de transformation ni d'invasion. Les sérologies HIV, HVB, HVC ont été demandées. Une Imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne a été programmée et une réunion pluridisciplinaire pour discuter le traitement a été fixée après le résultat d'IRM mais le patient a été perdu de vue jusqu'au nos jours.

Discussion

La TBL ou condylome acuminé géant est décrite pour la première fois en 1896. C'est en 1925 que Buschke et Lowenstein en ont fait une entité caractérisée. La transmission de la TBL se fait essentiellement par voie sexuelle et également par l'intermédiaire d'eau, de linge, de gants et d'autres matériels souillés.



La grossesse est un facteur favorisant l'apparition et le développement de la TBL. L'infection par le HPV atteint 70% à 80% de la population sexuellement active. Les auteurs soulignent que seulement 0,1 % de la population générale atteinte développera une TBL. Il est rapporté dans la littérature que les adultes jeunes sont les plus atteints. Des multiples facteurs de risque (grossesse, immunodépression...) et comorbidités (VIH, syphilis, chlamydiae...) sont souvent rapportés dans la littérature.

L'évolution naturelle peut se faire vers un envahissement local, une récurrence ou une transformation maligne qui peut atteindre selon les séries 8,5% à 23,8% sous forme d'un carcinome épidermoïde. Les types 6, 11, 16 et 18 sont les plus fréquents, parmi ces types le 16 et 18 sont plus oncogènes. Le diagnostic est souvent fondé sur la clinique pour un clinicien expérimenté qui écarte facilement le condylome de la syphilis secondaire. Toutefois, l'histologie est nécessaire afin de ne pas méconnaître une transformation maligne. Une imagerie locorégionale (scanner et/ou imagerie par résonance magnétique du petit bassin) est nécessaire pour évaluer l'extension tumorale périnéale et l'opérabilité de la lésion.

Les traitements locaux, à base de nitrate d'argent, de podophylline, ont montré les limites de leur efficacité et de leur indication. Le traitement chirurgical en procédant à une « cautérisation exérèse » donne un résultat satisfaisant. La surveillance doit être de mise sur une période d'au moins un an pour s'assurer de l'absence de récurrence ou de transformation maligne au pire des cas.

Conclusion

La tumeur de Buschke-Lowenstein appartient au groupe des carcinomes verruqueux. L'histologie de cette lésion est proche de celle des condylomes acuminés, mais la transformation possible en carcinome invasif et les récurrences fréquentes imposent un diagnostic rapide et un traitement le plus radical possible. Celui-ci est actuellement chirurgical en première intention. Les chimiothérapies et les traitements immuno-modulateurs mériteraient d'être mieux évalués.