

TUMEUR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN SCROTALE : A PROPOS D'UNE NOUVELLE OBSERVATION

BUSCHKE-LOWENSTEIN SCROTAL TUMOR: A NEW OBSERVATION

VODI C.C¹, COULIBALY N², GOWÉ E.E¹, ABOUNA A.D³, GNABRO G.A¹, KONAN P-G¹, DEKOU A.H¹, OUEGNIN G.A¹

1. Service d'urologie CHU de Cocody

2. Service d'urologie CHU de Treichville

3. Service d'anatomie-pathologique du CHU de Cocody

Auteur correspondant : VODI Clément Cyrille, clementvodi@gmail.com, 225 09 49 85 97/ 225 01 01 53 98

RESUME :

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant (CAG) est une maladie rare d'origine virale (Human Papilloma Virus). Nous rapportons un cas de TBL localisée au niveau du scrotum chez un patient de 61 ans marié ayant des antécédents de comportements sexuels à risque. Nous avons réalisé une exérèse chirurgicale large de cette tumeur avec suture en zone saine. Après un recul de sept mois, nous n'avons pas observé de récurrence locale.

Mots clés : tumeur de Buschke-Lowenstein, condylome acuminé géant, human papilloma virus, scrotum

SUMMARY

Buschke- Lowenstein tumor (BLT) or giant condyloma acuminata is a rare viral disease (Human Papilloma Virus). We report a case of TBL located in the scrotum in a patient of 61 years plus history married a promiscuous. We performed a wide resection of the tumor with suture in safe zone. Seven months after the excision we did not observe any local recurrence.

Keywords: Buschke- Lowenstein tumor, giant genital warts, human papilloma virus, external genitalia.

INTRODUCTION

La tumeur de Buschke Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant (CAG) est une maladie sexuellement transmissible qui se développe au niveau des organes génitaux externe et de la région ano-rectale. C'est une maladie rare d'origine virale (Human Papilloma Virus) [1]. Elle a été décrite pour la première fois par Buschke en 1925[2]. Le risque d'envahissement local, le fort pouvoir récidivant et le potentiel dégénératif expliquent sa gravité [3]. Nous rapportons un cas TBL localisée au niveau du scrotum, nous exposons ses aspects cliniques, anatomopathologiques et évolutifs.

OBSERVATION

Nous avons reçus le 18 décembre 2014 dans le service des urgences d'urologie du CHU de Cocody Mr S.A.A âgé de 61 ans, marié, ayant des antécédents de vagabondage sexuel et qui portait une masse scrotale hémorragique. Cette masse d'installation progressive évoluait depuis 15 ans. Elle était indolore et n'avait fait l'objet d'aucune consultation auparavant. L'examen physique a trouvé deux masses sphériques d'environ 5cm de diamètre chacune irrégulières, bosselées, avec un aspect en « chou-fleur » et une odeur fétide, localisées de part et d'autres du raphé médian du scrotum (fig 1 et 2).



Figure 1 : localisées au niveau du raphé médian du scrotum à 5cm de la jonction périnéo-scrotale



Figure 2 : deux masses sphériques d'environ 5cm de diamètres chacune à surface irrégulière bosselée, aspect de « chou-fleur » (pièce opératoire)

Une exérèse chirurgicale large a été réalisée avec suture en zone saine. L'analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire a révélé un condylome acuminé géant (tumeur de BUSCHKE-LOWENSTEIN) du scrotum sans signe de malignité (fig. 3).

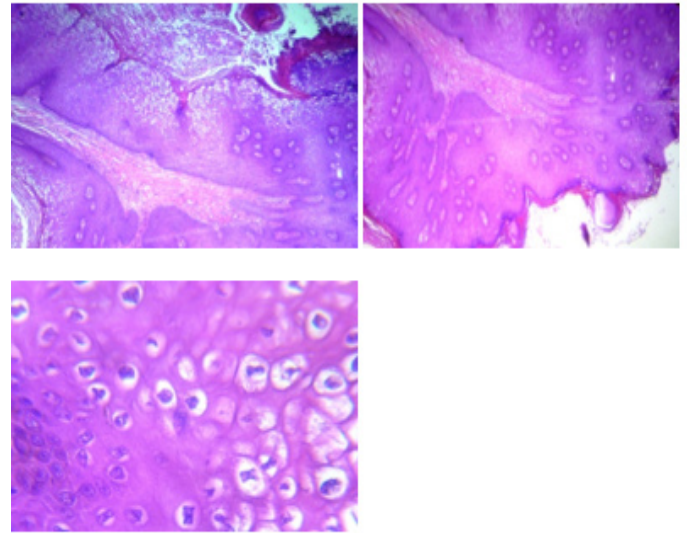


Figure 3 : hyperpapillomatose endo et exophytique avec acanthose sans anomalie cytonucléaire. La membrane basale est respectée ; présence de cellules koilocytaires

La sérologie VIH réalisé au détermine était positive mais le stat-pak était indéterminé et le patient a refusé un second test de dépistage du VIH. Sept mois après l'exérèse nous avons revu le patient, qui ne présentait pas de récurrence locale. (fig. 4)



Figure 4 : absence de récurrence locale 7 mois après exérèse

COMMENTAIRES

Les CAG ont été décrits pour la première fois au 8ème siècle avant J.C. BUSCHKE et LOWENSTEIN ont décrit pour la première fois le caractère volumineux de ces tumeurs en 1925. Le terme de tumeur de BUSCHKE et LOWENSTEIN était ainsi né [4].

La TBL est une tumeur rare, sa fréquence est estimée à 0,1% de la population générale [3]. Ce cas constituait la première observation dans notre service. Elle est transmise par voie sexuelle due à HPV 6 et/ou 11[5].

Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme. Dans 80% des cas la tumeur intéresse le gland, le sillon balano-préputial, le prépuce et le scrotum et dans 20% des cas, elle siège au niveau de la région ano-rectale et uréthrale [6]. Chez la femme la localisation est vulvaire dans 90% des cas [7]. Notre patient présentait une masse bourgeonnante à la base du scrotum, à cheval sur les deux bourses.

Sur le plan anatomo-pathologique, macroscopiquement la tumeur débute sous forme de petites lésions arrondies rosées, se transformant en quelques mois à plusieurs années en une tumeur bourgeonnante de grande taille à surface mamelonnée. Ces caractéristiques macroscopiques étaient également retrouvées dans notre cas où la tumeur était grosse, bourgeonnante et mamelonnée. Au plan microscopique il y a une hyperpapillomatose endo et exophytique avec acanthose sans anomalie cytonucléaire. Les koïlocytes sont présents dans les couches superficielles épithéliales. La membrane basale est respectée [8].

La transformation des condylomes en TBL serait sous le contrôle du système immunitaire. En effet la TBL peut être associée à une immunodéficience congénitale ou acquise (SIDA, traitement immunosuppresseur, éthyliisme, diabète, chimiothérapie) [9]. Chez notre patient nous suspectons une association au VIH qui n'a pu être confirmée.

Toutefois la transformation maligne reste le risque évolutif majeur de la TBL, elle est estimée entre 8,5 et 23,8% [10, 11]. Dans notre cas aucun signe de malignité n'a été observé à l'anatomopathologie.

Le traitement de la TBL est essentiellement chirurgical et consiste en une exérèse large avec une marge cutanée saine d'environ 2 cm [12] ; ce qui a été réalisé chez notre patient.

L'évolution peut également être marquée par la récurrence qui est toujours locale, unique ou multiple. Cela pose des problèmes thérapeutiques, surtout lorsque l'exérèse est limitée ou incomplète [10]. Sept mois après l'exérèse nous n'avons pas observé de récurrence. Les récurrences locales après exérèse initiales peuvent atteindre 65% des cas dans les localisations péri anales [13].

CONCLUSION

La TBL est une maladie rare provoquée par les papilloma virus, et observée le plus souvent chez les patients ayant un comportement sexuel à risque, dont la découverte de nos jours devrait amener tout agent sanitaire à rechercher le VIH qui y est associé le plus souvent. Son traitement est chirurgical. Elle a un potentiel dégénératif et récidivant.

REFERENCE

1-Elhams A, Bentaleb H, Karmouni T, Tazi K, Elkhader K, Koutani A, Ibnattya AA et Hachimi M. Tumeur de Buschke-Lowenstein à propos d'un cas revue de la littérature. *Afr j urol* 2007 ; 13(2) : 165-168.

2-J. Hicheri, K. Jaber, M. R. Dhaoui, S. Youssef, A. Bouziani, and N. Doss. Giant condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). A case report *Acta Dermatoven APA Vol* 15, 2006, No 4

3-El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A, Aboutaieb R, Meziane F. Le condylome acuminé géant - tumeur de Buschke Lowenstein (à propos de 3 cas). *Progrès en Urologie* (2003), 13, 513-517

4-Buschke A., Loewenstein L. : *Über carcinomähnliche condylomata acuminata der penis.* *Klin. Wochenschr.*, 1925 ; 4 : 1726- 1728.

5-El Amrani Fet Hassam B. La tumeur de Buschke-Löwenstein. *Pan Afr Med J.* 2013; 14: 94.

6-Likay AK, Chodak GW, Vogelzang NJ, Gerber GS. Buschke-Lowenstein tumor: therapeutic option including systemic chemotherapy. *Urology* 1993 nov ; 42 (5) : 599-602

7-Ferenczy A. epidemiology and clinical pathophysiology of condylomata acuminata. *Am. J. obstet. Gynecol.* 1995 apr ; 172 (4 pt 2) 1331-9

8-El Mansouri A. Tumeur de Buschke-Lowenstein vulvaire dégénérée (degeneration of vulvar giant condyloma acuminatum of Buschke-Lowenstein). *Magrheb Med* 1994 ; (275) : 20-21.

9-Farazer I. : The role of the immune system in anogenital human papillomavirus. *Australas J. Dermatol.*, 1998 ; 39 : 35-37.

10-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 : 491-495.

11-Villote J, Benhamou G, Alcabes G, Vissuzaine C, Toublanc M, Giraud T. : Tumeur de Buschke Lowenstein ano-rectale (condylomatose géante) nécessitant une amputation du rectum. *Gastroenterologie Clin. Biol.*, 1989 ; 13 : 105-107.

12-Quarro A. Giant Buschke-Lowenstein tumor. A case report. *Arabic journal of urology* 2004 Dec; 2(4): 56-57.

13-Levy A, Lebbe C. Prise en charge des tumeurs de Buschke-Lowenstein [Buschke-Lowenstein tumor: diagnosis and treatment]. *Ann. Urol (Paris)* 2006 Jun 40(3): 175-8.