

CASE REPORT

CONDYLOME ACUMINE GEANT A PROPOS DE TROIS CAS

A. BENLEMLIH, M.H. MEZZOUR, M. BENJELLOUN, R. RABII, A. JOUAL, S. BENNANI ET
M. EL MRINI

Service d'Urologie A, C.H.U. Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

MOTS CLES: chirurgie, condylome acuminé, scrotum, pénis

INTRODUCTION

Le condylome acuminé géant (CAG) ou tumeur de Buschke-Loewenstein est une infection sexuellement transmissible d'origine virale. En effet, le human papillomavirus (HPV) peut atteindre différentes parties de l'organisme mais surtout les zones anogénitales¹. La prise en charge immédiate de cette affection est dictée par ses potentiels destructifs et dégénératifs^{2,3}. Son caractère récidivant impose une surveillance rigoureuse des patients traités. A travers deux localisations pénienues et une localisation scrotale, nous allons détailler les aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de cette affection.

OBSERVATIONS

Observation 1

Monsieur M.J., âgé de 47 ans, marié, ayant dans les antécédents une urétrite syphilitique traitée à l'âge de 25 ans, s'était présenté pour une tumeur étendue à la base du pubis ayant évolué depuis 10 ans et qui a augmenté progressivement de volume. A l'examen, la tumeur mesurait 10 cm/10 cm, à surface irrégulière, végétante sans signes de surinfection (Fig. 1A). Le bilan paraclinique avait comporté des sérologies vire d'immuno-déficience humaine (VIH), hépatite B, hépatite C, TPHA et VDRL qui étaient toutes négatives avec une cicatrice syphilitique sauf le human papillomavirus (HPV) qui était positive. Une cystoscopie a été réalisée dans le cadre du bilan d'extension de la maladie et n'a pas objectivé de lésions suspectes associées au niveau de la voie urinaire basse. Une résection

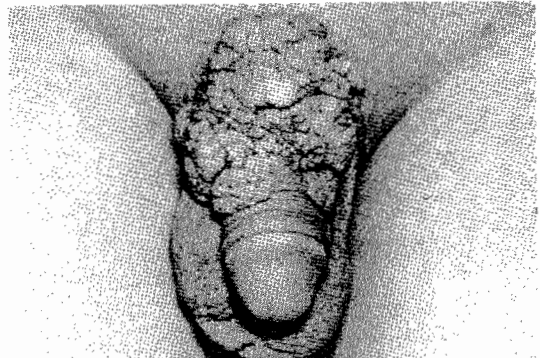


Fig. 1A: Condylome acuminé de la verge



Fig. 1B: Aspect post opératoire après exérèse de la tumeur et couverture cutanée

complète et large de la tumeur a été réalisée avec une reconstruction cutanée (Fig. 1B).

L'examen anatomo-pathologique avait retrouvé une acanthose épithéliale avec parakératose superficielle. Des koilocytes ont été

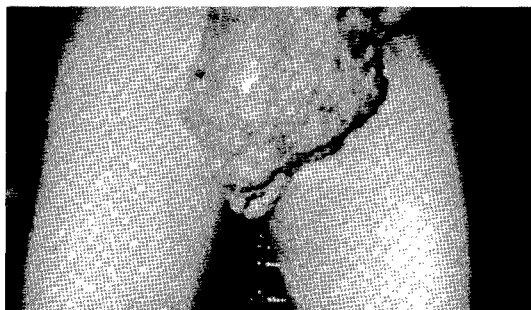


Fig. 2A: Condylole acuminé de la verge



Fig. 2B: Aspect post opératoire après exérèse de la tumeur et couverture cutanée

retrouvés également et ont permis la confirmation du CAG. L'évolution était favorable sans récurrence après un recul de 18 mois.

Observation 2

Monsieur N.J., âgé de 63 ans, veuf, ayant dans les antécédents une uréthrite gonococcique mal traitée avec notion de chancre syphilitique traité il y a 30 ans, avait consulté pour une masse pubopénienne de 12 cm/10 cm ayant augmenté progressivement de volume depuis 8 ans, s'étant présenté en chou-fleur à large base d'implantation et laissant sourdre du pus. Le bilan paraclinique avait comporté des sérologies VIH, hépatite B, TPHA, VDRL qui étaient négatives, la sérologie HPV était positive. La cystoscopie était strictement normale. Une résection large de la masse avait été réalisée avec couverture cutanée. L'examen anatomo-pathologique avait retrouvé un simple condylome acuminé sans foyer de dysplasie avec des koilocytes. L'évolution était bonne après un recul de 18 mois.

Observation 3:

Monsieur F.A, âgé de 50 ans, marié, sans antécédents pathologiques particuliers, avait consulté pour une masse scrotale ayant évolué progressivement de volume depuis deux ans. L'examen urogénital avait retrouvé une tumeur de 15 cm/10 cm étendue à tout le scrotum jusqu'à la racine de la verge, surinfectée, d'aspect végétant évoquant un condylome acuminé (Fig. 2A). Le reste de l'examen

clinique était normal. Le bilan paraclinique avait comporté des sérologies VIH, TPHA, VDRL, HPV, et seule l'HPV était positive. La cystoscopie était strictement normale également. Une résection complète de la tumeur a été réalisée avec possibilité de couverture cutanée (Fig.2B). L'examen anatomopathologique de la pièce avait retrouvé un condylome acuminé sans foyer de dysplasie. L'évolution était favorable après un recul de 40 mois.

Dans les trois cas, les partenaires ont été convoqués, l'examen clinique était strictement normal sans lésions suspectes au niveau des organes génitaux.

DISCUSSION

Le CAG est l'expression clinique de la transmission sexuelle d'environ 70 types d'HPV³. Le type 11 représente 90% des agents isolés dans le CAG⁴, la bénignité est évoquée en raison de la présence de HPV type 6 et type 11. Le type 18 est le plus virulent avec un grand risque de dégénérescence^{3,5}. Le CAG atteint surtout le sujet jeune de 16 à 25 ans avec préférence féminine mais il est rarement patent contrairement à l'homme^{6,7}.

De nombreuses études montrent que c'est la maladie virale sexuellement transmissible la plus fréquente^{1,8-12}. Dans une étude prospective, le condylome acuminé serait développé chez 85% des femmes 6 semaines à 8 mois après un contact sexuel avec des hommes infectés par l'HPV³. Des études rétrospectives plus récentes ont montré que 50 à 80% des hommes ayant des partenaires

infectés ont une expression d'HPV sur leurs lésions³.

Enfin l'incidence du condylome acuminé est 3 fois plus élevée que celle de l'herpès génital avec environ un tiers de la population sexuellement active atteint d'un ou de plusieurs types d'HPV¹.

Grâce à des méthodes très sensibles utilisant des technologies d'amplification de l'ADN, le diagnostic d'infection par l'HPV était positif chez 46% de femmes universitaires asymptomatiques¹. Les deux sexes peuvent être porteurs asymptomatiques et semeurs de virus pour de longues périodes de latence^{13,14}.

Même si la voie de transmission soit généralement sexuelle¹⁵, il faut noter que l'HPV peut être également transmis par le forceps, les gants de chirurgie, les générateurs de CO₂ et ceux d'électrochirurgie^{16,17}.

Au cours de l'accouchement, les nouveau-nés issus de mère infectée peuvent contracter le virus^{18,19}. Les types 6 et 11 ont été retrouvés dans les condylomes acuminés des nouveau-nés et des enfants issus de mère ayant des condylomes acuminés anogénitaux²⁰. Toutefois, l'atteinte d'un enfant loin de sa naissance doit faire suspecter un abus sexuel éventuel³.

Enfin, l'immunosuppression semble être l'un des facteurs d'acquisition de l'HPV qui peut se voir chez le transplanté, les toxicomanes, les homosexuels et les patients infectés par le VIH^{4,21}.

Cliniquement, le CAG est une lésion végétante, à surface granulaire parfois multifocale³. Chez la femme, il peut siéger au niveau du clitoris, des grandes et petites lèvres et de la région périanale. Chez l'homme, le CAG se voit au niveau de la moitié distale du pénis, du méat urétral et du canal anal chez l'homosexuel²². La lésion peut être prurigineuse avec sensation de brûlures, associée à des métrorragies chez la femme³. Le risque de surinfection n'est pas négligeable et peut être observé comme chez deux de nos patients.

Le CAG peut être distingué cliniquement et histologiquement du Molluscum contagiosum, du mélanome malin, de la kératose séborrhéique, des cancers génitaux externes, du condylome tuberculeux et du carcinome des cellules de Merkel^{3,23,24}.

L'étude histologique retrouve une acanthose épithéliale et parakératose superficielle, avec ou non une anomalie de mitose. L'existence de koilocytes, cellules à cytoplasme vasculaire et atypies nucléaires est le meilleur marqueur morphologique de l'infection à HPV³. Les anomalies de la mitose sont plus retrouvées dans les infections à HPV type 16, 18, 45 et 56 où le risque dégénératif est plus important^{3,18}. Pour cela, il faut rappeler que seule l'étude histologique de la pièce résectionnée et du type d'HPV retrouvé, a une valeur prédictive d'un risque mineur, moyen ou majeur de l'évolution vers la malignité^{3,18}.

Les objectifs du traitement du CAG sont multiples :

- L'élimination de la majorité de la tumeur sans dégâts esthétique ni fonctionnel, grâce à la chirurgie, la cryothérapie ou les agents chimiques. La radiothérapie peut être prescrite dans les condylomes acuminés non dégénérés¹.
- La stimulation de l'immunité cellulaire peut être observé grâce aux immunomodulateurs comme l'interféron activant ainsi les lymphocytes T helper ou produisant une hypersensibilité cellulaire au niveau de la zone atteinte¹.
- La restauration partielle des anomalies cellulaires par l'ingestion ou l'application locale d'acide rétinoïque¹.

Pour la majorité des auteurs, les agents chimiques comme la podophilline, le 5-fluorouracile, l'acide nitrique, l'acide monochloroacétique et la coagulation chimique se sont révélés inefficaces vu la grande taille de la tumeur^{1,25,26}.

Cependant le laser apparaît comme un traitement d'appoint pour les petites lésions et les petites récides. Mais sachant que la lésion peut croître en profondeur, l'utilisation du laser en monothérapie n'est pas envisageable^{25,27}. Gilbert a traité un cas de CAG de pénis par laser suivi d'interféron et a obtenu de bons résultats cosmétiques et fonctionnels²⁸. Matsumura a obtenu un grand succès chez un nourrisson d'un an et demi ayant un CAG du pénis, grâce à la cryothérapie avec application locale du 5-fluorouracile²⁹. La radiothérapie permet de réduire la masse tumorale et minimiser le geste chirurgical, cependant, elle risque d'être

inefficace, voire nocive dans les CAG à haut risque cancérogène^{25,26}.

L'inconvénient majeur de toutes ces méthodes est de ne pas fournir un tissu pour l'étude anatomopathologique. Ainsi la résection chirurgicale reste le traitement de choix du CAG, et doit emporter la totalité de la tumeur pour faciliter la recherche de microlésions de dégénérescence^{21,25,30}. La limite de la résection chirurgicale reste le problème de recouvrement cutané dans les lésions étendues³¹. Hatzichristou s'est contenté d'une simple glansectomie pour des CAG du gland avec conservation d'une meilleure érection³¹.

Les récurrences après résection chirurgicale peuvent être prévenues par le passage dans des zones saines emportant toute zone suspecte³⁰⁻³⁴. Pour Doleac, la récurrence est la conséquence directe d'un geste chirurgical trop limité²⁶. L'examen anatomopathologique atteste le caractère complet de l'exérèse ou non, et indique dans ce cas la reprise chirurgicale³⁵. L'exérèse chirurgicale varie généralement selon l'étendue de la lésion, l'existence de complications hémorragiques ou infectieuses, la possibilité de dégénérescence, la topographie de la tumeur et une extension vers un éventuel organe (anus, pénis)³¹. Il faut noter enfin que l'immunothérapie par auto-vaccination autogénique semble être efficace mais coûteuse dans le condylome acuminé, et mérite d'autres études pour confirmation. Elle reste réservée aux récurrences et aux échecs du traitement conventionnel^{36,37}.

Le pronostic du CAG reste meilleur surtout après un bon traitement radical. Toutefois, certains CAG sont dits réfractaires ou récidivants, cela est dû probablement à l'infection infraclinique de la peau adjacente^{38,39}. La surveillance prolongée minutieuse des patients traités permet le dépistage précoce des récurrences et de la dégénérescence maligne.

En conclusion, le condylome acuminé géant est une affection virale sexuellement transmissible. Sa prévention passe par l'éducation des sujets à risque, la monogamie et les rapports sexuels protégés qui ne font que réduire le risque de curetage. Son traitement doit comporter une résection chirurgicale avec une étude anatomopathologique appropriée pour évaluer le risque de dégénérescence. La surveillance étroite permet de dépister les récurrences et l'évolution maligne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bocquet H, Bagot M. Tumeurs bénignes d'origine virale. *EMC, Dermatol* 1998, 12-725-A-10, p. 9.
2. Auril MF. Tumeur de Buschke Lowenstein. *Press Med* 1992, 21:811.
3. Ferenczy A, Bergeron C. Management of the male partner. *Clin Pract Gynecol* 1989, 2:214.
4. Barrasso R, De Brux J, Croissant O, Orth G. High prevalence of papillomavirus-associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med* 1987, 317:916.
5. Ingber A, Grunwald MH, Feverman EJ. Buschke-Lowenstein tumor and laser treatment. *Br J Venerol Dis* 1984, 60:205.
6. Becker TM. Genital warts – a sexually transmitted disease (STD) epidemic? *Colpose Gynecol Laser Surg* 1984, 1:193.
7. Beckman AM, Daling JR, Sherman KJ et al. Human papillomavirus infection and anal cancer. *Int J Cancer* 1989, 43:1042.
8. Kabiri H, Albouzidi A, Rachid R, Lezrek M, Bousselman N, Benomar S, Draoui D. Tumeur de Buschke-Lowenstein scrotale dégénérée. *Progrès Urol* 1996, 6:439.
9. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997, 102 (5A):3.
10. Laurent R. Infections génitales à papillomavirus. *Rev Prat (Paris)* 1996, 46:1961.
11. Martin F, Dalac S, Lambert D. Le carcinome verruqueux. Situation nosologique à propos de 4 cas. *Ann Dermatol Venereol* 1995, 122:399.
12. Matsumura N, Kumasaka K, Maki H, Yoshie O, Tagami H. Giant condyloma acuminatum in a baby boy. *J Dermatol* 1992, 19:432.
13. Metcalf AM, Dean T. Risk of dysplasia in anal condyloma. *Surgery* 1995, 118:724.
14. Moumen M, Merzouk M, Biadillah MCH. Tumeur de Buschke Lowenstein anopériale dégénérée. *Lyon Chir* 1992, 88:445.
15. Pride GL. Treatment of larger lower genital tract condyloma acuminata with topical 5 fluorouracil. *J Reprod Med* 1990, 35:384.
16. Norman L, Sykes JR. Condyloma acuminatum. *Intern J Dermatol* 1995, 34:297.
17. Oriel JD. Human papillomaviruses and anal cancer. *Genitourin Med* 1989, 65:213.
18. Quick CA, Watts SL, Kryzek RA, Farasa AJ. Relationship between condylomata and laryngeal papillomata: clinical and molecular virological evidence. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1980, 89:467.
19. Reichenbach I, Koebele A, Foliguet B, Hatier M, Masutti JP, Landes P. La tumeur de Buschke et

- Löwenstein. A propos d'un cas féminin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995, 2:491.
20. Rhea NG Jr, Bourgeois BM, Sewell Dr. Condyloma acuminata: a fatal disease? *Am Surg* 1998, 64:1.
21. Bergeron C, Ferenczy A, Richart R. Underwear contamination by human papillomavirus. *Am J Obstet Gynecol* 1990, 162:25.
22. Syrjänen KJ. HPV in genital squamous cell tumours. *Epidemiology and clinical synopsis*. In: Gross G, Jablonska S, Pfister H, Stegner HE (eds.): *Genital Papillomavirus Infections: Modern Diagnosis and Treatment*. Berlin: Springer-Verlag, 1990, pp. 3-12.
23. Bradshaw BR, Nuovo GJ, Dicostanzo D, Cohen SR. Human papillomavirus type 16 in a homosexual man. *Arch Dermatol* 1992, 128:949.
24. Charle L, Heaton MD. Current treatment strategies in the management of condylomata acuminata: A dermatologic perspective. *Am J Obstet Gynecol* 1995, 4:1344.
25. Bistoletti P, Lidbrink P. Sexually transmitted diseases including genital papillomavirus infection in male sexual partners of women treated for cervical intraepithelial neoplasia by conisation. *Br J Obstet Gynecol* 1988, 95:611.
26. Doleac N. La tumeur de Buschke-Lowenstein à propos d'une observation. *Thèse Méd, Paris*, 1990, no. 20.
27. Eftaiha MS, Amshef AI, Shonberg I, Bathson B. Giant and recurrent condyloma acuminatum. Appraisal of immunotherapy. *Dis Colon Rectum* 1982, 25:136.
28. Wright TC, Richart RM. Role of human papillomavirus in the pathogenesis of genital tract warts and cancer. *Gynecol Oncol* 1990, 37:151.
29. Von Kogh G. Diagnosis and clinical presentation of premalignant lesions of the penis. *Scan J Urol Nephrol* 2000, 205:201.
30. Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Human papillomavirus. DNA in CO₂ laser-generated plume of smoke and its consequences to the surgeon. *Obstet Gynecol* 1990, 75:114.
31. Bauer HM, Ting Y, Greer CE et al. Genital human papillomavirus infection in female university students as determined by a PCR-based method. *JAMA* 1991, 265:472.
32. Campion MJ, Singer A, McCance DJ, Atia WA, Jenkins D. Subclinical penile human papillomavirus infection in consorts of women with cervical neoplasia: a clue to the high-risk male. *Colposc Gynecol Laser Surg* 1987, 3:11.
33. Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Human papillomavirus DNAA in fomites on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol* 1989, 74:950.
34. Gilbert P. Combination therapy for penile giant Buschke-Löwenstein condyloma. *Urol Int* 1990, 45:122.
35. Gissmann L, Schneider A. Human papillomavirus DNA in proneoplastic and neoplastic genital lesions. In: Peto R, Zur Hausen H (eds.): *Viral Etiology of Cervical Cancer*. Cold Spring Harbour, N.Y.: Cold Spring Harbour Laboratory, 1986, pp. 217-24.
36. Goldman L. Some cancers about current laser surgery of condyloma acuminata. *J Am Acad Dermatol* 1988, 18:744.
37. Guillet G, Foucher JM, Le Roy JP. Dégénérescence spino-cellulaire d'une tumeur de Buschke-Löwenstein à HPV 6. Discussion du concept de carcinomes verruqueux. *Ann Dermatol Venereol* 1988, 115:339.
38. Chuang TY. Condyloma acuminata. An epidemiologic view. *J Am Acad Dermatol* 1987, 16:376.
39. Hatzichristou DG, Apostolidis A, Tzortzis V, Hatzimouratidis K, Ioannides E, Yannakoyogos K. Glansctomy: an alternative surgical treatment for Buschke-Löwenstein tumors of the penis. *Urology* 2001, 57:966.

Correspondance et tires à part:

Dr. Mohamed Hicham Mezzour
Bd. Ibn Sina
Imm. F, App. No. 3
Hay Salam, C.I.L.
20200 Casablanca
Maroc