

Giant Condyloma Acuminatum (Buschke–Lowenstein Tumor) In Pregnancy: A Case Study and Review of the Literature

K. Bouras, A. Lahkim Bennani, M. K. Saoud, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi, A. Banani

Service de gynécologie obstétrique I du CHU HASSAN II de FES,
Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc

ABSTRACT: *The frequency of Buschke Lowenstein's tumor is not well known; about 200 cases have been reported in the literature, they have been observed in the vulva, scrotum and perianal region. Giant condyloma (GC) has a very aggressive local evolutionary potential and is currently considered to be a verrucous carcinoma. Malignant transformation into invasive squamous cell carcinoma has been observed in a few cases. Its viral origin is currently demonstrated, and HPV6 and 11 are found here. The BL tumor occurs at any age after puberty and has been described from 18 to over 80 years of age. We will present a clinical case of a pregnant woman of 25 weeks with a giant condyloma acuminata at the vulvar level and discuss it according to the literature. Management during pregnancy is more complex as it must take into account the mother and her fetus. The route of delivery is still discussed because of the potential risk of vertical transmission. HPV vaccination, sex education and early treatment of condylomatous lesions should help to avoid and in any case improve the prognosis of this condition.*

Keywords: Giant condyloma, Busche-Lowenstein tumor, HPV, pregnancy

La tumeur de Buschke Lowenstein chez la femme enceinte : à propos d'un cas et une revue de la littérature

RESUME

La fréquence de la tumeur de Buschke Lowenstein est mal connue ; environ 200 cas ont été rapportés dans la littérature, ils ont été observés à la vulve, sur le scrotum et la région péri-anale. Le condylome géant (BL) a un potentiel évolutif local très agressif, il est d'ailleurs actuellement assimilé au carcinome verruqueux. La transformation maligne en carcinome épidermoïde invasif a été constatée dans quelques cas. Son origine virale est actuellement démontrée, et l'on met ici en évidence des HPV6 et 11. La tumeur de BL survient à tout âge après la puberté, elle a été décrite de 18 à plus de 80 ans.

Nous allons présenter un cas clinique d'une femme enceinte de 25 SA porteuse d'un condylome géant acuminé au niveau vulvaire et le discuter selon la littérature.

La prise en charge au cours de la grossesse est plus complexe puisqu'elle doit tenir compte de la mère et de son fœtus. La voie d'accouchement reste encore discutée en raison d'un risque potentiel de transmission verticale. La vaccination HPV, l'éducation sexuelle et le traitement précoce des lésions condylomateuses devrait permettre d'éviter et en tous cas d'améliorer le pronostic de cette affection.

Mots clés : Condylome géant, Tumeur de Busche-Lowenstein, HPV, Grossesse

INTRODUCTION :

Les papillomavirus humains (HPV) sont des virus qui appartiennent à une grande famille de virus appelée Papillomaviridae. On distingue des virus à tropisme cutané et des virus à tropisme muqueux. Parmi les HPV muqueux, il y a d'une part des HPV dits à bas risque oncogène (6, 11) responsables de lésions ano-génitales bénignes dont les condylomes génitaux et d'autre part des HPV à haut risque oncogène (16, 18...) associées notamment aux lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les condylomes génitaux sont courants chez les gens sexuellement actifs et apparaissent habituellement pour la première fois à l'adolescence ou au début de l'âge adulte [1]. L'OMS ne dispose pas d'estimations relatives quant à l'incidence mondiale des condylomes génitaux, mais estime que leur prévalence est élevée partout dans le monde, surtout chez les sujets infectés par le VIH [1]. Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible (IST) qui est actuellement en progression dans le monde [2,3] et représente un véritable problème de santé publique non seulement par sa fréquence, mais aussi par certains virus essentiellement le HPV 16 et le HPV 18 incriminés dans la carcinogenèse du cancer du col utérin et des cancers cutanés périnéaux(vulve,région péri-anale) [4,5]. Dans la littérature, plusieurs consensus ont été mis en place sur les principes du diagnostic, les explorations à effectuer et les alternatives thérapeutiques de cette IST [6,7].

Les condylomatoses acuminées ano-génitales externes, expression d'une infection à papillomavirus humain (HPV6-11) constituent une pathologie non rare de la femme enceinte [8]. Sa prévalence est évaluée entre 0,5 et 5 % selon les auteurs [9-10]. Ces lésions exophytiques pendant la grossesse posent plusieurs problèmes à l'obstétricien [11] :

- prolifération peut entraîner une obstruction de la filière génitale, nécessitant un accouchement par césarienne
- leur multifocalité, leur extension liées à l'immunodépression et à l'hypervascularisation gravidiques peuvent engendrer des surinfections avec des ulcérations locales, des hémorragies, des douleurs voire des ruptures prématurées des membranes et des chorioamniotites.

Le caractère floride de ces lésions peut également entraîner des dilacérations périnéales exposant à des déchirures graves lors des accouchements par voie basse.

- Leur transmission faible mais possible au fœtus lors de l'accouchement. Cette contamination per-partum peut être responsable de complications graves comme la papillomatose laryngée juvénile (estimée à 1/1500 enfants nés de femmes porteuses de lésions à HPV) ou la survenue de condylomes ano-génitaux et conjonctivaux de l'enfant [12].
- Les condylomes acuminés représentent donc, pendant la grossesse, une pathologie qui justifie une prise en charge diagnostique et thérapeutique rigoureuse afin d'éliminer la totalité des lésions avant l'accouchement.
- Plusieurs options thérapeutiques sont applicables à la femme enceinte: les topiques locaux comme l'acide trichloracétique, la cryothérapie, l'électrocoagulation, l'exérèse chirurgicale et la vaporisation laser au CO₂

OBSERVATION :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques notables, primigeste, enceinte de 25 SA, ayant consulté pour une tuméfaction vulvaire associées à des leucorrhées malodorantes.

A l'examen on objectivait un condylome au niveau du vestibule du vagin, des grandes et des petites lèvres ainsi que la région péri anale, constituant une volumineuse masse de 12*7 cm couvrant l'orifice vaginal. Les papillomes sont mous, mollasses surinfectés par endroit avec un aspect en choux fleur, les parois vaginales sont également parsemées de lésions micropapillaires de moins de 3 mm de diamètre et le col est indemne.

La patiente a été mise sous antibiotiques par voie parentérale, antalgiques pallier 1 et des soins locaux. Les suites étaient favorables après traitement antibiotique avec une discrète régression de la taille de la masse. La biopsie était revenue en faveur d'un condylome acuminé

Le bilan dans le cadre des infections sexuellement transmissibles était demandé revenu négatif chez la patiente et en faveur d'une hépatite B guérie chez son conjoint.

La patiente a bénéficié d'abord d'une exérèse chirurgicale complétée par un traitement destructeur par la cryothérapie avec une bonne amélioration des lésions.

A 40 SA, la patiente a accouché par voie basse sans incidents et l'examen de suites du post partum était sans particularités.

Puis la patiente fut adressée en dermatologie pour complément de prise en charge.

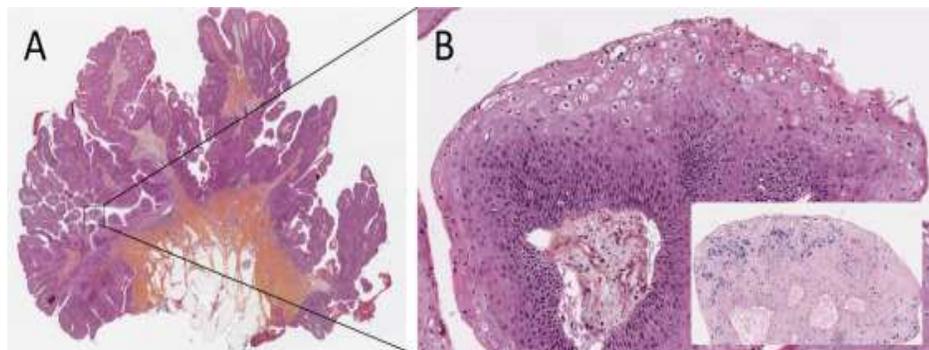


Figure : Aspect microscopique de la tumeur (fort grossissement)

DISCUSSION :

le traitement des condylomes acuminés reste controversé, mais la chirurgie constitue la meilleure option. L'excision chirurgicale étendue ou l'excision locale radicale avec reconstruction de la peau a été le traitement primaire décrit, et la

chirurgie mini-invasive a été privilégiée comme traitement de première intention. Les alternatives rapportées incluent le laser CO₂, l'électrocoagulation, les radiations, l'injection intralésionnelle d'INF-alpha ou l'imiquimod topique. [13,15]

La cryothérapie (azote liquide, monoxyde d'azote) associée à la chimiothérapie topicale s'est avérée efficace chez les patients présentant des tumeurs de petite taille. Le dioxyde de carbone, le fluorure d'argon et la thérapie laser ont donné des résultats satisfaisants dans le traitement des récurrences. Dans ce cas, les tumeurs géantes ont été excisées en bloc au bistouri électrique au niveau des pédicules. [16,9]

La gestion de l'ACG pendant la grossesse est plus compliquée car les cliniciens doivent évaluer à la fois la mère et le fœtus. L'accouchement par voie vaginale n'était pas une option pour ce cas car la masse avait rempli le canal naturel de naissance et augmentait le risque de transmission verticale du papillomavirus humain au nourrisson car il passe par le vagin infecté. Comme elle était à 34 semaines de grossesse, on a réfléchi à la séquence d'intervention appropriée. L'excision des deux excroissances géantes sous anesthésie générale est une opération majeure avec un risque élevé de saignement maternel péropératoire.

Il a été démontré que les chirurgies non obstétricales comportent des risques d'avortement spontané, d'hémorragie intrapartum, d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance, etc. Par conséquent, il est généralement recommandé de reporter une chirurgie élective jusqu'après l'accouchement.

De plus, la longue procédure de résection de l'ACG impliquait une période prolongée d'anesthésie de la mère, ce qui pourrait retarder le développement neurologique et altérer la fonction cérébrale du fœtus. Selon une récente alerte de la FDA américaine, l'exposition du fœtus aux anesthésiques au cours du troisième trimestre de la grossesse dans le cadre d'une intervention chirurgicale prolongée peut compromettre le développement et le fonctionnement du cerveau, alors que le lien entre une telle exposition pendant une durée limitée, comme l'anesthésie péridurale lors d'une césarienne, et les troubles de l'apprentissage n'a pas été établi (Olutoye, Baker, Belfort, & Olutoye, 2018). [18,6]

Sur la base des preuves et de la crainte de complications graves, voire mortelles, pour la patiente et le fœtus, nous avons décidé d'accoucher l'enfant autour de la date prévue par césarienne avant de planifier et de programmer la procédure de résection de l'ACG en fonction de l'état de la patiente, comme sa coagulabilité et la taille de la lésion.

L'ACG se caractérise par une tendance à la récurrence locale et à la conversion en carcinome épidermoïde. Le risque de récurrence dans les régions anorectale et périanale après excision est de 60 à 66 %, avec une mortalité globale de 20 à 30%. Le développement d'une malignité a été rapporté dans 30 à 56 % des cas. Dans ce cas, on a remarqué une muqueuse squameuse avec dysplasie et l'effet cytopathique viral, signes d'une régression spontanée prévisible. La récurrence après une excision incomplète ou une réinfection des tissus environnants restés peut être fréquente et des visites de suivi pour des signes de récurrence seraient justifiées.

CONCLUSION :

L'immunodépression de la grossesse semble favoriser la multiplication des condylomes et leurs récurrences après traitement, mais leur régression spontanée dans le post-partum est loin d'être constante. Les infections à HPV n'ont pas d'effets tératogènes, mais elles exposent la mère et l'enfant à d'autres risques. À terme, de volumineux condylomes vulvo-vaginaux volontiers surinfectés sont source d'hémorragies parfois difficiles à contrôler, ou encore réalisent un obstacle praevia.

Par ailleurs, une relation certaine est établie entre condylomes maternels et condylomes du nourrisson voire de l'enfant, ainsi qu'avec les papillomatoses laryngées de l'enfant. En ce qui concerne ces derniers, les données virologiques montrent que les HPV en cause sont HPV6 ou HPV11, agents respectifs des condylomes acuminés et des condylomes plans. Cette contamination paraît avoir lieu lors de l'accouchement par voie basse qui favorise l'inhalation des virus par le nouveau-né.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES :

- [1] Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, Haefner H, Neill S. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med* 2005;50:807-10.
- [2] Preti M, van Seters M, Sideri M, van Beurden M. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:845-61.
- [3] Van den Nieuwenhof HP, van Avoort IA, de Hullu JA. Review of squamous premalignant vulvar lesions. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;68:131-56.
- [4] Van Seters M, van Beurden M, de Craen AJM. Is the assumed natural history of vulvar intraepithelial neoplasia 111 based on enough evidence? A systemic review of 3322 published patients. *Gynecol Oncology* 2005;97:545-51.

- [5] Mathiesen O, Buus SK, Cramers M. Topical imiquimod can reverse vulvar intraepithelial neoplasia: a randomised, double blind study. *Gynecol Oncol* 2007;107:219-22.
- [6] Lavazzo C, Pitsouni E, Falagas ME. Imiquimod for treatment of vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2008;101:3-10.
- [7] Terlou A, van Seters M, Ewing PC, Aaronson NK, Gundy CM, Heijmans-Antnisen C, Blok WGV, van Beurden M, Helmerhorst TJM. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod: seven years median follow-up of a randomised controlled trial. *Gynecol Oncol* 2011;121:157-62.
- [8] CHUANG, H.D. PERRY, L.T. KURLAND, D. M. ILSTRUP. Condyloma acuminatum in Rochester, Minn, 1950-1978. Anaplasia and unfavorable outcomes. *Arch. Dermatol.* 1984, 120 (4) 476-83.
- [9] CUI MAN HUA. Recherche sur la biologie moléculaire, la chimie et l'histo-immunologie dans les condylomes du tractus génital féminin. *Rev. Gynécol. Obstét. (Chine)*; 1994, 114.
- [10] A. FERENCZY. Treating genital condyloma during pregnancy with the carbon dioxide laser. *Am. J. Obstét. Gynecol.* 1984, 148, 9-12.
- [11] K.H. FIFE, R.E. ROGERS, B.W. Symptomatic and asymptomatic cervical infections with human papilloma virus during pregnancy. *J. Infect. Dis.* 1987, 156, 904-11.
- [12] C. FRANCES. Pathologie vulvaire. In : Pathologie maternelle et grossesse, MEDSI-MC GRAX-HILL, Paris, 1988.
- [13] M. GENIAUX, D. DALLAY, D. DOURD, C. BILLEAUD, A. TAIEB, J. MALLEVILLE. Maladies sexuellement transmissibles durant la grossesse. *Encycl. Méd. Chir. (Paris), Obstét.* 5041A10, 6, 1990, 10-11.
- [14] C. HALLDEN, B. MAJMUDAR. The relationship between juvenile laryngeal papillomatosis and maternal condylomata acuminata. *J. Reprod. Med.* 1986, 31 (9), 804-7.
- [15] J. HEXITT, M. PELISSE, B. PANIEL. Maladies de la vulve. In : Pathologie maternelle et grossesse. MEDSI-MC GRAW-HILL, Paris, 1988.
- [16] A. MATHIEU, M.F. AVRIL, P. DUVILLARD, M. GEORGE, G. ORTH, M. PRADE et Coll. : Tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN. Trois localisations vulvaires. Association à l'HPV6 dans un cas. *Ann. Dermatol. Vénéreol.* 1985, 112, 745-46.
- [17] J.L. ROUDIERE, B. NARRAIDO. : Association papilloma-virus séropositivité VIH et grossesse au Gabon. *Presse Méd.* 1994, 23 (14).
- [18] D. B. SCHWARTZ, D. GREENBERG, Y. DAOUD, R. REID. : The management of genital condylomas in pregnant women. *Obstet. Gynecol. N. Am.* 1987, 14, 589-99.