

Tumeur vulvaire de Buschke-Löwenstein chez la femme enceinte : A Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature

needed

EL Ouarti Otman, Fdili Alaoui Fatimazahrae, Belhaj Yassine, Jayi Sofia, Charaa Hikmat ,My Abdelilah Melhouf

Service de Gynécologie Obstétrique II ,
CHU Hassan II de Fés
Fés, Maroc

Abstract: La tumeur de Buschke-Löwenstein, également appelée condylome acuminé géant, se caractérise par une lésion exophytique dans la région péri anale. Bien qu'elle soit considérée comme bénigne, elle présente un risque élevé de récurrence, un potentiel dégénératif, et un caractère envahissant. Cette affection rare, transmise principalement par voie sexuelle, est couramment associée au papillomavirus humain (HPV), en particulier aux sous-types 6 et 11, mais peut aussi être liée à d'autres sous-types comme le HPV 16. Son évolution dépend de l'immunité de l'hôte et de l'association avec d'autres maladies sexuellement transmissibles. L'excision chirurgicale est le traitement recommandé dans la plupart des cas, bien que le traitement de cette tumeur reste sujet à controverse, notamment pendant la grossesse, où la prise en charge doit tenir compte à la fois de la mère et du fœtus. La voie d'accouchement demeure également discutée en raison du risque potentiel de transmission verticale. La vaccination contre le HPV, l'éducation sexuelle et le traitement précoce des lésions condylomateuses devraient permettre d'améliorer le pronostic de cette affection. Nous rapportons ici le cas d'une femme enceinte à terme, présentant une lésion verruqueuse vulvaire associée au sous-type 16 du HPV, qui a été traitée par une excision large.

Keywords— Tumeur vulvaire ; Buschke-Löwenstein; femme enceinte

1. INTRODUCTION

La tumeur de Buschke-Löwenstein, également appelée condylome acuminé géant, est une lésion bénigne rare et exophytique qui affecte principalement les zones anogénitales, telles que le périnée, le scrotum, le pénis, la région péri-anale et le rectum. Décrite pour la première fois en 1925 par Buschke et Löwenstein [1], cette entité clinique est une maladie sexuellement transmissible, induite par le papillomavirus humain (HPV), en particulier les génotypes 6 et 11[2,3]. Le sexe ratio est nettement masculin, avec une prédominance de 2,7 hommes pour une femme [4]. Son développement est favorisé par des facteurs tels qu'une mauvaise hygiène génitale, l'inflammation chronique locale, le diabète, l'immunodépression, l'infection par le VIH, ainsi que la multiplicité des partenaires et les rapports anaux[5,6].

La tumeur se manifeste sous forme de lésions exophytiques de grande taille, souvent en forme de chou-fleur, qui peuvent devenir ulcéreuses et envahir progressivement les tissus locaux sans résolution spontanée. Elle est particulièrement préoccupante en raison de son potentiel dégénératif élevé, de son risque de récurrence, et de la possibilité de transmission verticale lors de la grossesse[7,8], exposant ainsi le nouveau-né à des risques tels que la papillomatose laryngée juvénile[9,10]. La présence de la tumeur dans les zones génitales ou péri-anales peut compliquer l'accouchement vaginal. En effet, le passage du bébé dans la filière génitale pourrait entraîner une dissémination virale et une exacerbation des lésions. Par conséquent, la voie d'accouchement fait l'objet de discussions approfondies. Bien que la césarienne soit

souvent envisagée pour minimiser le risque de transmission verticale, il n'existe pas de consensus absolu, et chaque cas doit être évalué individuellement en fonction de la localisation et de la taille des lésions, ainsi que de l'état général de la patiente.

2. CAS CLINIQUE

2.1 Informations sur la patiente

Nous présentons le cas d'une patiente de 23 ans, primigeste, sans antécédents médicaux notables, notamment aucun antécédent d'immunodépression. Elle présente comme facteurs de risque d'infection au HPV suite au faible niveau d'hygiène avec notion de rapports sexuels précoces. Elle a été admise dans notre maternité pour modalités d'accouchement. Il est à noter que la grossesse n'a pas été suivie et que la patiente a constaté, depuis le début de celle-ci, l'apparition d'une lésion d'aspect condylomateux augmentant progressivement de volume, mais sans aucune consultation médicale.

2.2 Résultats cliniques

L'examen a révélé une lésion exophytique en forme de chou-fleur intéressant la fourchette ano-vulvaire. Étant donné la localisation de la tumeur, un peu à distance de l'orifice vaginal, et le fait que le travail était déjà avancé, l'accouchement par voie basse a été accepté et s'est déroulé sans aucun incident.

2.3 Évaluation diagnostique :

La patiente a bénéficié d'une biopsie locale de la tumeur en post partum, dont le résultat anatomopathologique est revenue en faveur d'une tumeur de Buschke-Löwenstein.

2.4 Interventions thérapeutiques :

La patiente a été adressée en chirurgie viscérale pour une excision large de la tumeur.



Lésion exophytique en forme de chou-fleur de la fourchette ano-vulvaire

3. DISCUSSION

La tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL) est une tumeur rare, représentant environ 0,1 % de la population générale [11]. Elle peut survenir à tout âge, avec une moyenne de 45 ans et une prédominance masculine. Chez les femmes, 90 % des cas sont localisés au niveau vulvaire, tandis que la localisation ano-rectale est moins fréquente [12]. L'évolution de la TBL est lente, allant de quelques mois à plusieurs années, avec

l'apparition d'une tumeur de grande taille, parfois de plus de 10 cm de grand axe [12,13]. Des signes comme des saignements, une infiltration à la base de la lésion, ou la présence d'adénopathies doivent faire suspecter une dégénérescence maligne. La confirmation diagnostique repose sur une biopsie, permettant d'établir un diagnostic histologique et de rechercher des foyers de dégénérescence [12].

La TBL est associée aux sous-types 6 et 11 de l'infection par le HPV, qui sont hautement contagieux et se transmettent principalement par contact sexuel anogénital et oral. Cette infection est souvent liée à un début précoce de la vie sexuelle et à un grand nombre de partenaires. Bien que ces lésions puissent régresser spontanément, un petit pourcentage persiste en raison de cofacteurs tels que l'immunosuppression, l'âge du patient, ou l'infection par des génotypes oncogènes du HPV, notamment les types 16 et 18 [14]. La transformation maligne de la TBL est favorisée par l'interaction entre le HPV et d'autres facteurs oncogènes.

Le traitement principal de la TBL est chirurgical, avec une excision large de la tumeur incluant une marge de tissu sain confirmée par un examen anatomopathologique. La chirurgie est le traitement le plus efficace, notamment aux stades précoces, car elle permet également une analyse histologique complète de la lésion. En cas de tumeur infiltrante, une amputation totale d'un organe, comme le rectum ou la vulve, peut être nécessaire [15, 16]. Si l'exérèse est incomplète, une reprise chirurgicale est indispensable. Le curage lymphatique n'est indiqué qu'en cas de dégénérescence maligne. La fréquence des récurrences locales est élevée, estimée à plus de 60 %, nécessitant une surveillance clinique et histologique prolongée [17]. Des traitements non chirurgicaux ont également été utilisés, tels que le laser CO₂, l'électrocoagulation, l'injection intra tumorale d'interféron alpha, ainsi que l'application d'imiquimod [18–19]. Toutefois, leur place reste à définir.

La prise en charge de la TBL pendant la grossesse est plus complexe. Il faut prendre en compte à la fois la mère et le fœtus. Le risque de transmission verticale du HPV et les complications potentielles de la chirurgie, comme le risque d'accouchement prématuré, doivent être évalués. Une césarienne programmée peut être envisagée en cas de risque de transmission materno-fœtale ou de déchirure périnéale sévère [20-21]. Lorsque la chirurgie est réalisable avant l'accouchement et que les lésions sont simples, l'accouchement par voie vaginale peut être envisagé.

Pour prévenir la TBL, la vaccination contre le HPV est une mesure clé qui pourrait réduire l'incidence de cette pathologie potentiellement grave.

4. CONCLUSION

La tumeur de Buschke-Löwenstein est une maladie sexuellement transmissible rare, nécessitant un traitement chirurgical précoce et étendu, ainsi qu'une surveillance clinique et histologique régulière après l'intervention. En cas de grossesse, la décision de procéder à une intervention doit

prendre en compte les risques associés à la chirurgie, tels que le risque de saignement, l'infection, et les effets possibles sur le fœtus. Dans certains cas, le traitement peut être différé jusqu'à après l'accouchement, surtout si les lésions ne sont pas envahissantes et que l'évolution de la tumeur est jugée stable.

En résumé, la gestion de la tumeur de Buschke-Löwenstein chez la femme enceinte nécessite une approche multidisciplinaire, impliquant des gynécologues, des chirurgiens, et des spécialistes des maladies infectieuses, pour assurer la meilleure prise en charge possible tant pour la mère que pour l'enfant.

5. REFERENCES

- [1] Buschke A, Loewenstein L. Ueber carcinomahnliche Condylomata Acuminata des Penis. *Klin Wochenschr* 1925;4:726-8.
- [2] Dianzani C, Bucci M, Pierangeli A, Calvieri S, Degener AM. Association of human papillomavirus type 11 with carcinoma of the penis. *Urology* 1998;51:1046-8.
- [3] Gissmann L, deVilliers EM, zur Hausen H. Analysis of human genital warts (condylomata acuminata) and other genital tumors for human papillomavirus type 6 DNA. *IJC* 1982;29:143-6.
- [4] Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: Trends in epidemiology and management: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1878-86.
- [5] Kreuter A, Potthoff A, Brockmeyer NH, Gambichler T, Swoboda J, Stücker M, et al. Anal carcinoma in human immunodeficiency virus-positive men: Results of a prospective study from Germany. *BJD* 2010;162:1269-77.
- [6] Chu QD, Vezeridis MP, Libbey NP, Wanebo HJ. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum* 1994;37:950-7.
- [7] Hahn HS, Kee MK, Kim HJ, Kim MY, Kang YS, Park JS, et al. Distribution of maternal and infant human papillomavirus: Risk factors associated with vertical transmission. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;169:202-6.
- [8] Lee SM, Park JS, Norwitz ER, Koo JN, Oh IH, Park JW, et al. Risk of vertical transmission of human papillomavirus throughout pregnancy: A prospective study. *PLoS One* 2013;8:e66368.
- [9] Larson DA, Derkey CS. Epidemiology of recurrent respiratory papillomatosis. *APMIS* 2010;118:450-4.
- [10] Niyibizi J, Rodier C, Wassef M, Trottier H. Risk factors for the development and severity of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis: a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:186-97.
- [11] Bocquet H, Bagot M. Tumeurs bénignes d'origine virale. *Encycl Med Chir Dermatologie* 1998 [12-725-A-10, 9p].
- [12] 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.
- [13] Villote J, Benhamou G, Alacabes G, Vissuzaine C, Toublanc M, Giraud T. Tumeur de Buschke Lowenstein anorectale (condylomatose géante) nécessitant une amputation du rectum. *Gastroenterol Clin Biol* 1989;13:105-7.
- [14] Valerie R, Yanofsky BS, Rita V. Patel, Gary Goldenberg. Genital Warts A Comprehensive Review. *The Journal of clinical and Aesthetic Dermatology*. 2012 Jun;5(6): 25-36.
- [15] Villote J, Benhamou G, Alacabes G, Vissuzaine C, Toublanc M, Giraud T. Tumeur de Buschke Lowenstein anorectale (condylomatose géante) nécessitant une amputation du rectum. *Gastroenterol Clin Biol* 1989;13:105-7.
- [16] Dautre M, Beylot C, Bioulac P, Baudet J. Tumeur de Buschke Lowenstein. Deux cas féminins. *Ann Dermatol Venerol* 1979;10:1031-4.
- [17] El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A, et al. Tumeur de Buschke Lowenstein, condylome acuminé géant, diagnostic, traitement. *Prog Urol* 2003;13:513-7.
- [18] Akpadjan F, Adegbidi H, Attinsounon CA, Koudoukpo C, Degboe B, Agbessi N, et al. A case of recurring giant condyloma of vulva in infant without sexual abuse successfully treated with electrocoagulation in Benin. *PAMJ* 2017;27:159.
- [19] Skowron C, Raoulx M, Skowron F. Topical imiquimod for the treatment of anogenital warts in an infant. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:622-5.
- [20] Park H, Lee SW, Lee IH, Ryu, Cho A, Kang Y, et al. Rate of vertical transmission of human papillomavirus from mothers to infants: Relationship between infection rate and mode of delivery. *Virology Journal* 2012;9:80.
- [21] Dassi L, Annunziata C, Botti C, Micillo A, Cerasuolo A, Starita N, et al. Detection of Human Papillomaviruses in the Nasopharynx of Breastfed Infants: New Findings and Meta-Analysis. *Viruses* 2020;12:1119.