

**PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUMEUR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN : à propos d'un cas et revue de la littérature**

**PLACE OF SURGERY IN THE TREATMENT OF BUSCHKE-LOWENSTEIN TUMOR: about a case and review of the literature**

SECK<sup>1</sup> M, TOURE<sup>1</sup> A.O, GUEYE<sup>1</sup> M.L, CISSE<sup>1</sup> M, KA<sup>1</sup> O, DIENG<sup>1</sup> M.

1. Service de Chirurgie Générale - CHU Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal)

Auteur correspondant : Mamadou Seck– Mail : [seckmed3@yahoo.fr](mailto:seckmed3@yahoo.fr)

---

**Résumé**

La tumeur de Buschke Löwenstein est une maladie vénérienne caractérisée par son risque dégénératif et récidivant. La chirurgie reste le dernier recours thérapeutique, mais s'impose comme le seul traitement des formes volumineuses. L'objectif de cette étude était de rapporter un cas de chirurgie sans reconstruction pour un condylome géant acuminé. **Observation:** il s'agit d'une patiente de 54 ans, sans antécédents pathologiques, adressée de la dermatologie pour la prise en charge d'un condylome géant acuminé périnéo-vulvaire. La sérologie HIV était négative. Une exérèse de la masse a été réalisée, suivie d'une suture simple sans interposition musculo-cutanée. Les suites étaient simples avec une sortie à J6. Avec un recul de 1 an, elle n'a pas présenté de récurrence. **Conclusion:** le résultat de la chirurgie du condylome géant acuminé est suspendu à une très probable perte de substance, rendant aléatoire une suture simple.

**Mots-clés :** condylome géant acuminé, exérèse, suture simple.

**Abstract**

*Buschke Löwenstein tumor is a venereal disease characterized by its degenerative and recurrent risk.. Surgery remains the last therapeutic remedy, but it is the only treatment of voluminous forms. The objective of this study was to report a case of surgery without reconstruction for acuminate giant condyloma. **Observation:** this patient is 54 years old, without a history of pathology, addressed by dermatology for the management of a giant perineo-vulvarcondyloma. HIV serology was negative. Mass excision was performed followed by a simple suture without muscular-cutaneous interposition. The postoperative course was uneventfull with a discharge on Day6. After 1-year follow-up, there was no recurrence. **Conclusion:** result of giant condyloma acuminate surgery is suspended to a very probable loss of substance, making random a simple suture.*

**Keywords:** giant condyloma acuminate, excision, simple suture.

---

**INTRODUCTION**

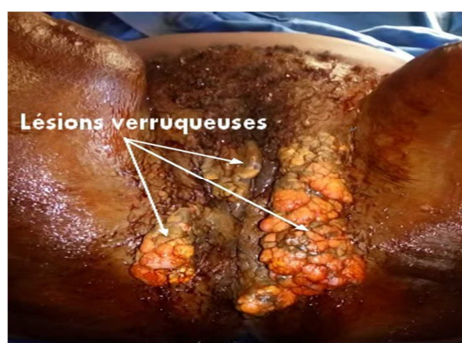
La tumeur de Buschke-Löwensteinou condylomeacuminé géant est une bénigne cutanée, en rapport avec une infection par le virus du papillome humain (HPV). Elle siège surtout dans la région péri-anale sous forme de verrues génitales et est caractérisée par un risque d'envahissement local et dégénératif [1 - 5]. La chirurgie est

le dernier recours thérapeutique. Il s'agit d'une exérèse large pouvant occasionner une perte de substance plus ou moins importante, nécessitant une reconstruction et une colostomie de protection. [1,6, 7]. Nous rapportons un cas d'exérèse large d'un condylome géant acuminé périnéo-

vulvaire, avec suture simple et sans colostomie.

### OBSERVATION

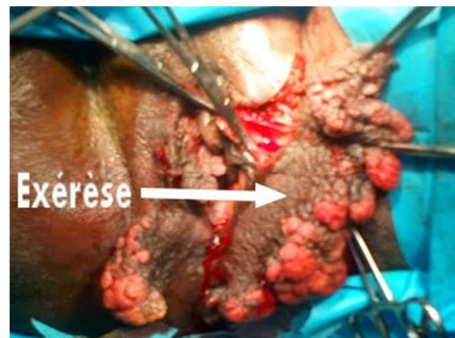
Il s'agissait d'une patiente de 54 ans, sans antécédents pathologiques, adressée de la dermatologie pour la prise en charge chirurgicale d'un condylome géant acuminé. L'histoire clinique remonterait à 10 ans, marquée par la survenue d'une tuméfaction vulvaire de petite taille, augmentant progressivement de volume, pour atteindre une taille importante avec une altération de la qualité de vie de la patiente, mais, avec un état général conservé. A l'examen, elle présentait un bon état général, des muqueuses normalement colorées, un abdomen souple et à l'examen ano-périnéal, une tumeur végétante, irrégulière, donnant un aspect en « chou-fleur », développée aux dépens des grandes lèvres et étendue à l'espace ano-vulvaire. La sérologie HIV était négative, le TPHA négatif et au bilan standard, l'hémoglobine était à 14,6g/dl, les Globules blancs à 7000/mm<sup>3</sup>, les plaquettes à 283000/mm<sup>3</sup>, le Taux de Prothrombine à 100% et l'Electrocardiogramme normal. L'indication chirurgicale a été posée. L'exploration sous rachianesthésie a retrouvé une tumeur verruqueuse, aux dépens de la grande lèvre gauche avec deux autres tumeurs du même aspect au niveau de la grande lèvre droite (Figure 1). Les lésions étaient infiltrantes.



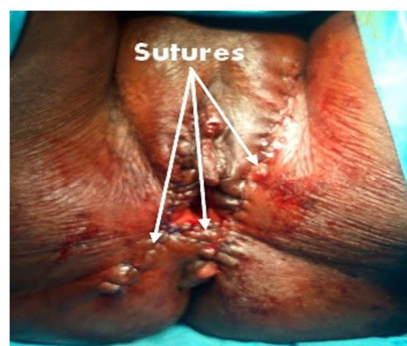
**Figure 1** : Aspect macroscopique des condylomes

Une exérèse des lésions, en passant en zones saines, a été réalisée (Figure 2).

La réparation a été faite par suture simple, sans interposition musculo-cutanée (Figure 3).

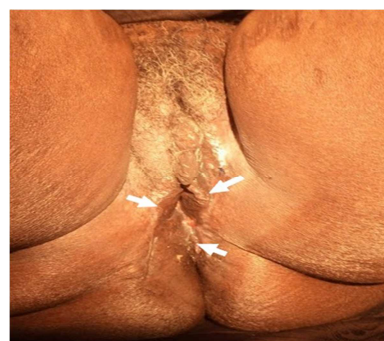


**Figure 2** : Exérèse large passant en zones saines



**Figure 3** : zones de sutures

Les suites étaient simples avec un retour à domicile à J6. L'anatomopathologie de la pièce opératoire était en faveur d'un condylome géant acuminé, sans signes de malignité. La plaie a cicatrisé à J25 postopératoire (Figure 4). Avec un recul de 1 an, aucune récurrence n'a été notée.



**Figure 4** : zones cicatrisées (Flèches)

## DISCUSSION

La tumeur de Buschke-Löwenstein, du fait de son caractère géant, offre peu de chance aux traitements médicaux[8]. Notre patiente n'a pas bénéficié d'un traitement médical, du fait des résultats médiocres. Néanmoins, **Pinto-Gouveia** et al. ont rapporté un succès du traitement médical avec la doxycycline. La durée du traitement était de 14 jours, avec une résolution complète des lésions périnéales après 3 mois [5]. Les traitements locaux, tels que la cryothérapie, l'électrocautérisation, l'excision et la vaporisation laser sont plus ou moins efficaces. Ils sont cependant coûteux et présentent des taux de récurrences plus ou moins importants [8]. La chirurgie reste le standard dans la littérature. En effet, elle constitue le traitement le plus approprié à cause du risque de dégénérescence maligne [4, 6, 7, 9, 10]. Cela est corroboré par l'équipe de **Chao** qui a rapporté 1 cas de dégénérescence en *Squamous Cell Carcinoma (SCC)*[3]. En outre, la chirurgie d'exérèse permet le traitement d'un éventuel condylome dégénéré, même si la biopsie n'a pas révélé de signes de malignité. **Njomi** et al. ont rapporté 2 cas de condylome dégénéré, après examen de la pièce opératoire, alors que les lésions étaient bénignes à la biopsie [7]. Dans la littérature, la plupart des équipes recommandent une exérèse large, voire mutilante pour deux raisons. D'une part, pour le caractère complet de l'exérèse, afin de réduire le risque de récurrence et d'autre part pour un résultat carcinologique [7, 11, 12, 13]. Cette attitude agressive peut entraîner une perte de substance et faire appel à une chirurgie de recouvrement plus ou moins complexe [2, 7, 14]. **El Mejjad** et al. ont rapporté 2 cas de chirurgie d'exérèse de condylome scrotal, avec recouvrement par la peau scrotale controlatérale [9]. Cette réparation est facilitée par le caractère élastique du scrotum. La chirurgie est beaucoup plus mutilante dans les condylomes ano-

rectaux, du fait du sacrifice sphinctérien comme dans l'amputation abdomino-périnéale (AAP) et de la nécessité de réaliser une colostomie définitive [6, 7]. Cela a été le cas dans l'étude de deux équipes, celle de **Evelyn** et celle de **Gürbulak**, qui ont rapporté une reconstruction par un lambeau bilatéral des muscles glutéaux, après une exérèse large de condylome géant péri-anal [1, 14]. Notre patiente n'a pas eu de colostomie et a bénéficié d'une suture simple, du fait de la souplesse et de l'élasticité des structures musculo-cutanées périnéales. La chirurgie peut se compliquer de surinfection, comme dans l'étude de **Farouk** et al [2]. Néanmoins, la gangrène est la complication la plus redoutable de la chirurgie périnéale, comme c'est le cas dans l'étude d'**Agnew** et al. [15]. Au plan fonctionnel, la sténose anale peut compliquer la chirurgie conservatrice pour condylome périanal [7, 16]. L'AAP qui est une chirurgie agressive, avec sacrifice sphinctérien, est également une situation extrême qui expose les patients à une colostomie définitive pour une pathologie non cancéreuse [6]. L'autre problème que pose la chirurgie du condylome est la récurrence. Avec un recul de 1 an, nous ne l'avons pas notée chez notre patiente. Dans la littérature des récurrences, parfois dégénérées, ont été rapportées par certains auteurs, ce qui impose un traitement par radio-chimiothérapie [7, 16].

## CONCLUSION

L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix du condylome géant acuminé. Toutefois, elle peut être large et entraîner une perte de substance plus ou moins importante pouvant nécessiter une chirurgie réparatrice avec des lambeaux musculaires dont le résultat est suspendu au risque de surinfection et de gangrène. La suture simple reste une possibilité qui met à l'abri des problèmes vasculaires des lambeaux et diminue le risque d'infection locale et de complications fonctionnelles.

## RÉFÉRENCES

- 1. Evelyn H, Wittau M, Lemke J, Kornmann M, Henne-Bruns D.** Management of a giant perineal condylomata acuminata. *GMS Interdiscipl Plast Reconstr Surg* 2016; 5(7): 1-5.
- 2. Farouk S, Omar B, Suhail A, Mouied A, Taha M, Haytham E.** Management of peri-anal giant condyloma acuminatum—A case report and literature review. *Asian Journal of Surgery* 2013, 36 (1) : 43-52
- 3. Chao MWT, Gibbs P.** Squamous Cell Carcinoma Arising in a Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Lowenstein Tumour). *Asian journal of surgery* 2015; 28 (3) : 238-240
- 4. Yedomon HG, Hodonou R, Do Ango-Padonou F, Akpo C, Goudote E, Bourlond A.** Tumeur de Buschke-Loewenstein. A propos de deux cas vus à Cotonou, Bénin. *Bull Soc Path Ex* 1997 ; 90 : 184-5.
- 5. Pinto-Gouveia M, Pinho A, Reis JP.** Condylomata Lata Mimicking Buschke-Löwenstein Tumor. *Acta Med Port* 2016; 29(3): 231-231
- 6. Spînu D, Rădulescu A, Bratu O, ChecheriããIA, Ranetti AE, Mischianu D.** Giant Condyloma Acuminatum—Buschke-Löwenstein Disease – a Literature Review. *Chirurgia* 2014, 109 (4): 445-50.
- 7. Njouni N, Tarchouli M, Ratbi MB, Elochi MR, Yamoul R, Hachi H, Bougtab A.** La tumeur de Buschke-Lowenstein anorectale : à propos de 16 cas et revue de la littérature. *PanAfrican Medical Journal* 2013; 16:131
- 8. Lehmann V, Kiep E, Pobel C.** Prise en charge des condylomes acuminés externes: revue de la littérature. Management of external anogenital condylomas: a review. *J Pharm Clin* 2005 ; 24 (2) : 61-9
- 9. El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A et al.** Le condylome acuminé géant - tumeur de Buschke-Lowenstein (à propos de 3 cas). *Progrès en Urologie* 2003; 13 : 513-7
- 10. Buffet M, Aynaoud O, Piron D, Dupin N, Escande JP.** Tumeur pénienne de Buschke-Löwenstein. *Progrès en Urologie* (2002), 12, 332-336
- 11. Qarro A, Ait Ali A, Choho A, et al.** Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anorectale (À propos de trois cas). *Ann Chir* 2005; 130(2): 96-100.
- 12. Rabiil R, Jouall A, Bellabidia B, et al.** Condylome acuminé scrotal géant : A propos d'un cas. *Ann Urol* 2001; 35(1): 67-70.
- 13. Chang GJ, Welton ML.** Human Papillomavirus, Condylomata Acuminata, and Anal Neoplasia. *Clinics in colon and rectal surgery* 2004, 17(4) : 221-30
- 14. Gürbulak EK, Akgün IE, Ömeroğlu S, Öz A.** Giant perianal condyloma acuminatum: Reconstruction with bilateral gluteal fasciocutaneous V-Y advancement flap. *Ulus Cerrahi Derg* 2015; 31: 170-173
- 15. Agnew JL, Strombom PD, Fong CF, Kelly TJ and Martzb JE.** Perianal pyoderma gangrenosum after excision and fulguration of anal condyloma acuminatum. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 17: 51-4.
- 16. Schneider A, Lacreuse I, Devos M, Molinaro F, Moog R, Kauffmann I, Becmeur F.** Tumeur anale de Buschke-Lowenstein chez l'enfant : 2 observations. *Archives de Pédiatrie* 2008 ; 15 (5) : 887-922.