

# Tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN.

## A propos de deux cas vus à Cotonou, Bénin.

H.G. Yedomon (1), R. Hodonou (2), F. Do Ango-Padonou (1), C. Akpo (2), E. Goudote (3), A. Bourlond (4) (5)

(1) Service de dermatologie ,c.n.h.u.,Cotonou,Bénin

(2) Service d'urologie ,c.n.h.u.,Cotonou,Bénin

(3) Service de chirurgie pédiatrique , Cotonou,Bénin

(4) Service de dermatologie ucl,Bruxelles, Belgique

(5) Courte note n°1774.«Clinique».Accepté le 4 avril 1997.

**Summary:** BUSCHKE-LOEWENSTEIN tumor : study of two cases seen in Cotonou,Bénin.

About two cases of Buschke-Loewenstein tumor - one of the penis in man infected with HIV and another of perianal area -, the authors insist on the relative frequency of BUSCHKE-LOEWENSTEIN tumor in non-circumcised and homosexual groups.

They emphasize the continuous precancerous spectrum of BUSCHKE-LOEWENSTEIN tumor.

**Résumé :**

Les auteurs rapportent deux cas de tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN, dont l'une localisée à la verge, chez un sujet VIH positif et l'autre à la région anale. Ils soulignent la fréquence de l'affection chez les sujets non circoncis et les homosexuels.

Ils insistent sur le spectre évolutif et continu de l'affection pouvant aboutir à un carcinome épidermoïde.

**Key-words:** BUSCHKE-LOEWENSTEIN tumor - Verrucous carcinoma - Human Immunodeficiency Virus (HIV)

**Mots-clés :** Tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN - Carcinome verruqueux - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

## Introduction

La tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN (TBL), est définie dans sa description princeps en 1896, comme une prolifération bourgeonnante exclusivement localisée à la verge. Cette affection est relativement rare. Environ 200 cas ont été publiés en 100 ans.

Avec l'évolution des idées sur le plan anatomo-clinique, la TBL désigne actuellement toute prolifération bourgeonnante et pseudo-carcinomateuse de la région ano-génitale. Les rapports de cette affection avec les condylomes acuminés et les carcinomes invasifs ano-génitaux présentent encore quelques zones d'ombre, notamment sur les plans nosologique et clinique.

Nous rapportons deux cas de TBL, dont l'un localisé à la verge chez un sujet infecté par le VIH et l'autre à la marge anale chez un sujet non infecté par le VIH.

## Observations

Cas n°1

N'K ... R. âgé de 38 ans est béninois, marié, père de 3 enfants et militaire de profession. Il consultait en avril 1994 pour une tumeur végétante du gland. Cette tumeur avait débuté par de petites papules planes, digitiformes au tronc de la verge et au sillon balano-prépuce. L'évolution rapide et extensive de ces lésions réalisa en l'espace de 8 mois une tumeur géante en chou-fleur recouvrant tout le gland et le sillon balano-prépuce, avec des sensations de douleurs fugaces. M. N'K ... R. n'était pas circoncis.

La tumeur était faite de volumineuses exubérances séparées par des anfractuosités à surface bosselée, kérato-verruqueuse et pigmentée. Elle mesurait 25 cm de circonférence et recouvrait le gland, le sillon balano-prépuce avec respect du méat urinaire. Cette tumeur en

chou-fleur refoulait le prépuce et débordait sur son versant cutané. Certaines anfractuosités étaient le siège de lésions ulcéro-purulentes dégageant une odeur nauséabonde. Dans les plis inguinaux, on notait des adénopathies inflammatoires et peu volumineuses. Le reste de l'examen était sans particularité. Les muqueuses buccale et anale ne présentaient pas de lésions végétantes.

Le diagnostic de tumeur de BUSCHKE-LOEWENSTEIN évoqué à la clinique fut confirmé par l'histologie qui souligna par ailleurs l'absence d'atypies cellulaires en faveur d'une malignité. Les examens sérologiques avaient révélé un TPHA positif à 1/1250 et un Elisa positif pour le VIH, confirmé par le Western blot qui précisa une infection par le VIH1.

Notre patient avait préféré un traitement traditionnel au traitement chirurgical qui lui fut proposé. Revu 7 mois plus tard, on notait une extension de la tumeur de Buschke-Loewenstein à la région anale.

Figure 1.

Tumeur de Buschke-Lowenstein : lésion en chou-fleur kérato-verruqueuse du gland et du prépuce.



## Cas n°2

Monsieur T ... V., 42 ans, consultait dans le service en décembre 1994 pour une masse végétante de la région anale. Les premières lésions étaient apparues il y a 2 ans. Elles étaient faites de petites papules périanales qui avaient progressivement augmenté de taille. Notre patient, marié, père de 2 enfants, n'avait pas signalé de pratiques homosexuelles.

L'examen clinique notait une tumeur papulo-végétante, périanales de la taille d'un citron, à surface mamelonnée et érodée par endroits. Cette tumeur en chou-fleur était fort gênante pour le patient, aussi bien en position debout qu'assise. Les aires ganglionnaires étaient libres. Les sérologies syphilitique et VIH étaient négatives.

L'histologie de la lésion confirma le diagnostic de condylome acuminé géant de BUSCHKE-LOEWENSTEIN avec absence d'élément en faveur d'une dégénérescence.

Une exérèse a été faite par électro-chirurgie ; le patient a ensuite été mis sous inosine-acédobène-dimépranol (Isoprinosine<sup>®</sup>) par voie orale, à la dose de 10 mg/kg/j ; 5 jours/mois. Après 8 mois de traitement, il n'y avait pas de récurrence de la TBL anale.

Figure 1.

Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anale.



## Commentaires

### Épidémiologie

La rareté de la TBL contraste avec le nombre sans cesse croissant des condylomes acuminés, considérés comme des pré-curseurs de la TBL : sur un échantillon de 330 cas de condylomes acuminés, observés en 7 ans, PRASAD et coll (4) n'ont diagnostiqué que 6 cas de TBL. Dans une série de 291 cas de condylomes acuminés colligés en 10 ans dans le service de dermatologie du CNHU de Cotonou, seulement deux cas de TBL ont été signalés. La TBL de la verge survient principalement chez les sujets non circoncis. Tel est le cas d'un de nos patients (Obs. n°1).

Quant à la TBL péri-anale, elle est plus fréquente chez l'homme. L'homosexualité en est la principale cause. Cette pratique sexuelle n'a pas été retrouvée à l'interrogatoire chez nos deux patients.

### Étude anatomo-clinique

L'aspect cliniquement inquiétant de la TBL contraste souvent avec les données apparemment bénignes de l'histopathologie. Celle-ci montre au stade de bénignité :

- une hyperpapillomatose exo et endophytique avec acanthose, sans anomalies cytonucléaires.

- des koilocytes dans les couches superficielles épithéliales.

- un respect de l'intégrité de la membrane basale.

Toutefois, la transformation maligne constitue un des risques évolutifs de la TBL. Elle est marquée histologiquement par la rupture de la membrane basale et l'envahissement de la *lamina propria* sous-jacente par des nids irréguliers de cellules épithéliales kératinisées, présentant des atypies cytonucléaires.

Le taux de transformation maligne varie de 30 à 60% selon les auteurs (4). Cette évolution maligne se fait selon un spectre continu (1) où seule une biopsie répétée dans le temps et à divers points de la tumeur pourrait surprendre les différents stades évolutifs de la TBL.

Ce spectre évolutif continu pose essentiellement deux problèmes :

- sur le plan nosologique, le terme de carcinome verruqueux est indifféremment utilisé à la place de TBL ;

- sur le plan clinique, la TBL est souvent prise pour un carcinome invasif, en raison de son aspect clinique mais aussi de son potentiel évolutif. Ainsi, dans une étude rétrospective de 100

cas de carcinome de la verge traité par amputation, DAVIES (2) découvrit 24 cas de condylomes acuminés géants.

### Étude virologique

L'étiologie virale de la TBL est confirmée par la mise en évidence d'ADN de *Papillomavirus* humains (PVH) au sein de la tumeur. Grâce aux méthodes modernes d'hybridation moléculaire, une vingtaine de types de PVH sont détectés dans les lésions anogénitales. Les types 6 et 11 sont particulièrement fréquents dans les condylomes acuminés. Nos patients n'avaient pas pu bénéficier de cet examen.

### Rapport TBL et VIH

La TBL ne constitue pas un marqueur clinique de l'infection à VIH mais elle doit cependant faire évoquer l'infection rétrovirale. Selon Mc MILLAN (3), la résistance thérapeutique et les risques de dissémination de la TBL sont fréquents sur un terrain d'immunodépression. Notre patient VIH positif (obs. n°1) avait présenté une dissémination rapide en 7 mois de sa TBL de la verge à la marge anale.

### Traitement

Le traitement de la TBL repose essentiellement sur une exérèse chirurgicale large, voire une amputation en cas de carcinome invasif de la verge. Sur un terrain immunodéprimé, l'interféron par voie systémique semble efficace.

## Références bibliographiques

- 1 - BOGOLOMETZ WV, POTET F & MOLAS G - *Condylomata acuminata* giant condyloma acuminatum (LOEWENSTEIN-BUSCHKE tumor) and verrucous squamous carcinoma of the perianal and anorectal region : a continuous precancerous spectrum ? *Histopathology* 1985, **9**, 1159-1169.
- 2 - DAVIES SW - Giant condyloma acuminata : incidence among cases diagnosed as carcinoma of the penis. *J Chir Pathol* 1965, **18**, 142-149.
- 3 - Mc MILLAN A & BISHOP PE - Clinical course of anogenital warts in men infected with human immunodeficiency virus. *Genitourin Med*, 1989, **65**, 225-228.
- 4 - PRASAD ML & ABCARIAN H - Malignant potential of perianal condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1980, **23**, 191-197.