

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 27 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Evaluation des enseignants du département mère-enfant par les étudiants de la faculté de médecine de l'université de Parakou (Bénin)**
NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubrege, F Raphael.....45 - 50
- Evaluation de l'offre en soins obstétricaux et néonataux d'urgence selon les indicateurs de l'OMS au district sanitaire-ouest de Dakar**
Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....51 - 58
- Pronostic maternel et perinatal des grossesses non suivies en milieu rural malien.**
Théra T, Traoré Y, Tégoué I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....59 - 63
- Pronostic materno-fœtal du paludisme chez les gestantes sans traitement préventif intermittent admises au service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.64 - 69
- Acceptabilité du dépistage de l'infection à VIH à l'initiative du prestataire dans le département de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso**
H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....70 - 74
- Aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de l'éclampsie au centre de santé Nabil Choucair en banlieue dakaraise : a propos de 59 cas**
O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau75 - 79
- Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou**
Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....80 - 85
- Vie sexuelle a moyen terme après hystérectomie : Aspects gynécologiques. Expérience du CHU de Cocody**
Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S..... 86 - 88

CAS CLINIQUE

- Condylome ano-vulvaire géant et découverte inopinée d'une infection à VIH : un cas et revue de la littérature**
Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....89 - 93

Contents

ORIGINAL PAPERS

Evaluation of the teachers of department mere-enfant by the students of the medical college of the university of Parakou (Benin)

NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubregé, F Raphael.....45 - 50

Assessment of emergency obstetric and neonatal care offer in west helthcare facilities of Dakar

Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....51 - 58

Maternal and perinatal prognosis of not prenatal cares's pregnancies in Malian rural environment

Théra T ,Traoré Y, Tégoué I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....69 - 63

Materno fetal prognosis of malaria among pregnant without intermittent preventive treatment at gynaecology and obstetrics service of N'djamena mother and child hospital.

Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.....64 - 69

Receptiveness of provider-initiated hiv screening test in the department of gynecology and obstetrics at Yalgado Ouedraogo university hospital

H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....70 - 74

Epidemiological, diagnostic, prognostic and therapeutic aspects of eclampsy at Nabil Choucair health center, in the suburbs of Dakar (Sénégal): about 59 cases

O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau75 - 79

Prognosis of illegal induced abortions at the yalgado ouedraogo teaching hospital (YOTH).

Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....80 - 85

Sexual live at post operative time after hysterectomy: gynaecologic aspects. Experience of cocody university hospital

Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S..... 86 - 88

CASE REPORT

Unexpectedly positive HIV serology discovered by a giant ano-vulvar condylomata acuminata : case report and litterature review

Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....89 - 93

CONDYLOME ANO-VULVAIRE GEANT ET DECOUVERTE INOPINEE D'UNE INFECTION A VIH: UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

UNEXPECTEDLY POSITIVE HIV SEROLOGY DISCOVERED BY A GIANT ANO-VULVAR CONDYLOMATA ACUMINATA : CASE REPORT AND LITTERATURE REVIEW

MIAN DB*, GUIE P**, N'GUESSAN KLP*, ABAULETH YR*, KOUAKOU F*, BONI S*

*Service de gynécologie et d'obstétrique - CHU de Cocody (Abidjan, RCI) - (Boni Serge: chef de service)°

** Service de gynécologie et d'obstétrique - CHU de Treichville (Abidjan, RCI) (Guié Privat: chef de service)

Correspondances : Dr Mian Dehi Boston

BPV 13 ABIDJAN Cél : +(225)07963911/41399454 - E-mail : bostondehimian@yahoo.fr

RESUME

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant est une entité clinique rare. Très peu de publications ivoiriennes en font référence. C'est une affection virale à transmission sexuelle de plus en plus observée en raison de la recrudescence de l'infection à VIH. Cette observation est le premier cas répertorié dans notre service en trois décennies. Le traitement est résolument chirurgical, dans notre contexte de sous médicalisation, en l'absence des autres moyens thérapeutiques. L'évolution le plus souvent favorable, le pronostic étant ici grevé par celui du VIH. A travers cette observation les auteurs insistent sur la prévention de toutes les IST en particulier au HPV et au VIH par une éducation sexuelle (abstinence, fidélité, port de préservatif) et la vaccination systématique avant toute activité sexuelle.

Mots-clés : condylome ano-vulvaire géant, VIH, HPV

SUMMARY

Buschke-Lowenstein tumour (TBL) or giant condylomata acuminata is a rare clinical entity. Very few Ivorian publications refer to it. No such case report in our service. Viral disease sexually transmitted, there's an increasingly rate observed in combination with HIV infection. Surgical treatment is definitely in our practice in the absence of other therapeutic means. Usually favorable evolution and prognosis here being burdened by the HIV infection. Through this observation the authors emphasize prevention of all sexually transmitted infections sexual education, and HPV vaccination.

Keywords: giant ano-vulvar condyloma, HIV, HPV

INTRODUCTION

Le condylome acuminé géant (CAG) ou tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) est une entité clinique bénigne et rare, d'origine virale à transmission sexuelle exclusive [1,2]. Son aspect macroscopique lui donne souvent l'allure d'une lésion maligne. C'est une tumeur locale destructrice et infiltrante, d'un aspect de « chou-fleur », induite par une infection latente au Virus du Papillome Humain (VPH), notamment les souches 6 et 11 et accessoirement les phénotypes 16 et 18 [3-6]. Les premières observations ont été faites par Buschke en 1896 [7]. Buschke et Lowenstein en 1925, ont ensuite fait une description assez précise de son caractère volumineux qu'ils avaient alors assimilé à un « condylome acuminé proche des lésions cancéreuses » développé aux dépens pénis [7]. En effet, même si la TBL présente les caractéristiques histologiques d'une tumeur totalement bénigne, se présente sous un aspect macroscopique lui donnant l'allure d'une lésion maligne infiltrante. En outre, son potentiel évolutif vers la malignité doit imposer une étude histologique soignée après une excision chirurgicale devant impérativement passer en tissus sains, afin de ne pas méconnaître une carcinome épidermoïde sous-jacent pour lequel la chirurgie devra être plus radicale [8]. Dans la genèse de cette prolifération tumorale bénigne, l'infection à VIH semble de plus en plus tenir une place prépondérante [9,10,11]. Nous nous proposons à partir de cette observation d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques, évolutifs et d'insister sur les possibilités thérapeutiques de cette affection dans nos pays à ressources limitées.

OBSERVATION

Madame MDB, âgée de 30 ans, célibataire aux multiples partenaires sexuels. Les antécédents pathologiques sont dominés par des infections génitales basses à répétition traitées par des antiseptiques locaux. Elle consulte pour une volumineuse tuméfaction indolore de la vulve et du périnée d'installation lente et progressive. Le début de la symptomatologie remonterait à six mois par l'apparition de démangeaisons vulvaires intenses associées à des écoulements verdâtres. La prise d'antiseptiques locaux n'a pas eu d'effets bénéfiques sur la symptomatologie clinique. Il s'en est suivi l'apparition progressive d'éruptions vulvaires disséminées qui ont envahi toute la vulve. Ces éruptions vont ensuite confluer pour donner un volumineux bourgeon progressivement extensif. Après des consultations diverses (guérisseur,

religieux, tradithérapeute ...), elle nous est amenée pour avis et prise en charge. L'examen a permis de noter un état général conservé, une volumineuse tumeur, d'environ 20 cm X 15 cm, végétante bourgeonnante occupant toute la région vulvaire, étendue au pubis à la région périanale et au sillon interfessier. Cette tumeur présentait un aspect en « chou-fleur », il n'y avait ni douleur provoquée, ni induration, ni saignement au contact (figure 1).



Figure 1: Condylome inguino-pubo-ano-vulvaire géant

Les aires ganglionnaires inguino-crurales étaient libres de toutes adénopathies. Le bilan d'IST a mis en évidence une infection à VIH de type I avec une altération du statut immunitaire (le taux de CD4 était égal à 200/mm³). Il n'y avait pas d'autres IST décelable (syphilis). La cytologie du col utérin était normale. Une exérèse chirurgicale par cautérisation au bistouri électrique était décidée d'emblée, à défaut de laser CO₂ ou yag. L'examen histologique de la pièce opératoire mettait en évidence un aspect papillaire, un épithélium malpighien épaissi et hyperacanthosique, des altérations cytonucléaires des cellules malpighiennes (koilocytose, binucléation, pycnose nucléaire) sans lésion dysplasique, confirmant le condylome géant sans signes de malignité (figure 2).

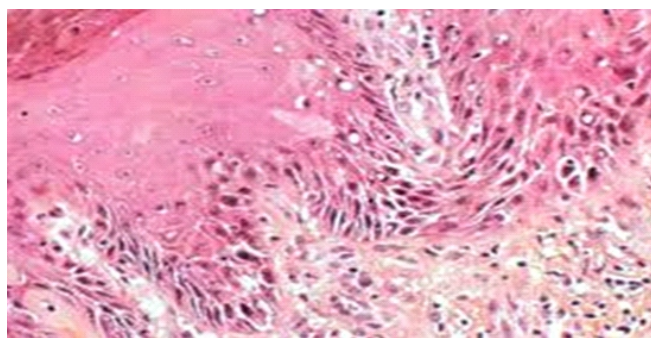


Figure 2: Aspect anatomo-pathologique G x 100. Hématéine éosine. Importante hyperplasie papillomateuse avec des koilocytes étendue sur le revêtement malpighien

Les soins locaux quotidiens ont permis une cicatrisation plus ou moins lente mais complète au bout de trois semaines. Un traitement antirétroviral (TAR) a également été prescrit à vie. Il comportait une association zidovudine, didanosine, efavirenz. L'évaluation à six mois a noté une rétention bonne, une absence de récurrence et un statut immunitaire amélioré (taux de CD4 supérieur à 350/mm³).

DISCUSSION

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant (CAG) est une tumeur très rare de la région ano-vulvaire. Son incidence est estimée à 0,1% de la population générale [4,5]. Il s'agit d'une maladie à transmission sexuelle, caractérisée par son potentiel dégénératif et son caractère envahissant et récidivant après le traitement [1,4,5]. Cette affection touche préférentiellement les hommes que les femmes avec un ratio de 3 pour 1, et un âge moyen d'apparition se situant autour de 50 ans [12,13]. Dans le cas rapporté, le jeune âge d'apparition serait en rapport avec la forte dépression immunitaire due à l'infection à VIH. La TBL est une affection virale due principalement au VPH 6 et 11 à faible pouvoir oncogène, mais également ceux de types 16, 18, 31, 33, réputés oncogènes et retrouvés en cas de transformation néoplasique [14,15]. Le statut viral VPH de notre patiente n'a pu être précisé en raison de l'absence de laboratoires spécialisés. Cependant l'histologie de la pièce d'exérèse a mis en évidence la présence de koilocytose lésion hautement pathognomonique, mais non spécifique, de l'infection à VPH. L'infection à VPH est fréquente chez les femmes sexuellement actives de 45 ans en moyenne [13]. C'est le principal facteur favorisant l'apparition de condylome acuminé. Cependant d'autres facteurs ont pu être incriminés notamment la promiscuité, l'hygiène précaire, le tabac et l'immunosuppression. Ces états d'immunosuppression dont fait partie l'infection à VIH, le diabète, l'éthylisme ou les chimiothérapies peuvent être responsables du caractère extensif [1,3,4]. Certains facteurs comme l'absence de circoncision et la résurgence d'un herpès génital pouvait favoriser l'apparition chez l'homme [6,16]. La multiplicité des partenaires, la prostitution, l'homosexualité font également partie, pour certains, des co-facteurs de l'infection par le VPH [17,18].

La localisation génitale est essentielle et le plus souvent asymptomatique [13]. Chez l'homme, la TBL se localise dans 81% à 94% des cas au pénis et

dans 10 à 17% des cas à la région ano-rectale [17,18]. Elle peut également, siéger au niveau urétral dans 5% des cas dans certaines séries [18,19]. Chez la femme, la localisation est surtout vulvaire (90%) contrairement au siège ano-rectal qui reste moins fréquent [17,18]. Dans notre cas il s'agissait d'une tumeur très étendue, qui occupait toute la région inguino-pubo-ano-génitale (figure 1). La TBL débute le plus souvent par des lésions arrondies ou filiformes rosées ou de couleur de peau normale. L'évolution spontanée peut être variable allant de quelques mois à plusieurs années [17]. La phase d'état qui fait suite à l'invasion, est caractérisée par l'apparition d'une tumeur de grande taille (10-15 cm de grand axe) papillomateuse, irrégulière, à surface hérissée de digitations, bourgeonnante, en chou-fleur, de couleur souvent blanchâtre ou jaunâtre, présentant souvent des ulcérations superficielles et des lésions infectieuses surajoutées [17,20]. Dans le cas rapporté, la lésion était d'aspect noirâtre, nécrotique, probablement en rapport avec le manque d'hygiène locale ou l'ancienneté des lésions, qui dans notre contexte d'analphabétisme peut s'expliquer par le retard à la consultation. La présence de saignement, d'infiltration de la base ou d'adénopathies devra faire évoquer la dégénérescence [17,21].

En raison de sa rareté, différentes mesures thérapeutiques ont été proposées devant une TBL [12]. Dans les pays à revenus limités, le traitement de référence est l'ablation chirurgicale par bistouri électrique, en absence de Laser CO₂ [13]. La pièce doit ensuite être impérativement analysée afin de déterminer la nature histologique. En microscopie optique, la TBL se présente comme une tumeur malpighienne bien limitée, caractérisée par une hyperplasie épithéliale importante souvent pseudo-papillomateuse dont la membrane basale est toujours intacte. On note également la présence d'une hyperacanthose, une hyperpapillomatose et de koilocytes, marqueurs pathognomoniques de la présence du VPH [17]. L'identification du VPH peut se faire par la microscopie électronique, les méthodes immuno-histochimiques et enfin par la technique de biologie moléculaire soit par hybridation ou par PCR [22]. Tous ces procédés diagnostiques ne sont pas disponibles dans nos structures sanitaires rendant ainsi difficile la recherche et le typage VPH. La recherche d'IST devra être systématique (HIV, chlamydia trachomatis, syphilis) en raison de certaines co-infection. Le choix du traitement dépend de multiples facteurs, dont la localisation, l'extension

en surface ou profonde, la taille tumorale, l'échec de thérapies antérieures [12]. Tying *et al* avait proposé en première intention l'usage de podophylline en solution ou gel [23,24]. La podophylline est un antimitotique qui a pour effet la nécrose des tissus traités et reste ainsi efficace sur les TBL jeunes [24]. Les effets neurotoxiques et hématotoxiques de la podophylline en limitent l'utilisation. Devant une TBL de petite taille, certains proposaient l'association cryothérapie-5FU en topique [18,25,26]. Pour d'autre, le 5FU, antimitotique intralésionnel, est sans effets sur la TBL [18,27], cependant il peut être utilisé comme traitement adjuvant après destruction par l'électrocoagulation [18,28,29] ou par le laser CO₂. L'électrocoagulation devrait être réservée au traitement des TBL dans ses formes mineures car le risque hémorragique est majeur dans les formes évoluées [18]. La vaporisation au laser CO₂ a été également décrite comme procédé thérapeutique dans les CAG [2,30]. Il existe deux types de laser utilisés dans les condylomes avec des taux de guérison de 70% pour une seule séance. Le laser Yag semble être plus efficace [31]. Les interférons peuvent être employés en intralésionnel ou par voie parentérale. Mais leur évaluation en pratique courante reste encore sous estimée dans notre contexte en raison de leur coût élevé. Certains leur trouvaient une certaine efficacité dans le traitement des condylomes anciens et récidivants [32]. La chimiothérapie par Bléomycine ou Méthotrexate par voie systémique est une alternative thérapeutique, même si elle n'entraîne qu'une régression incomplète. Tous ces moyens thérapeutiques suscités n'ont pas été utilisés dans l'observation rapportée, soit en raison de leur indisponibilité, ou bien leur caractère onéreux. Le traitement de choix ici a été chirurgical car plus efficace en cas de stade précoce de la maladie [21,32]. En cas de TBL infiltrante, L'exérèse doit être plus large possible, emportant pour certains, le rectum [20,33], ou la vulve [34]. Nous nous sommes limité à une électrocautérisation superficielle dont l'hémostase a été laborieuse mais satisfaisante. Le curage ganglionnaire inguino-crural n'est pas indiqué sauf dégénérescence. Dans certains cas, la réparation peut nécessiter un lambeau cutané ou musculaire de voisinages. La fréquence des récidives et le risque de survenue de carcinome épidermoïde imposent une surveillance prolongée, clinique et histologique [35]. Outre la chirurgie, notre patiente a bénéficié d'un traitement antirétroviral contre le VIH qu'elle devra prendre à vie. Le volet psychiatrique de la prise en charge est

capital pour Adela *et al* [12] en raison de l'impact négatif de la TBL sur la vie sexuelle et psychosociale de ces patientes [12]. Ce volet psychologique est souvent négligé voire refusée dans notre contexte eu égard à certaines croyances socio-culturelles. L'immunothérapie par autovaccination est une avancée remarquée depuis la commercialisation des vaccins anti-HPV. Ces vaccins sont actifs sur les principales souches de HPV responsables des condylomes (6 et 11). La prévention primaire doit également reposer sur l'information, éducation des populations à la lutte contre les IST pour un changement de comportement (par la fidélité ou l'abstinence sexuelle), l'usage des préservatifs et la vaccination des enfants avant toute activité sexuelle.

CONCLUSION:

La tumeur de Buschke-Lowenstein ou condylome acuminé géant est une tumeur extrêmement rare nécessitant un traitement chirurgical précoce et large avec une surveillance post chirurgicale rigoureuse et régulière. L'association HPV et VIH est très fréquente et morbide. Le pronostic fonctionnel et vital peut être engagé en cas de dégénérescence, d'où la nécessité d'une prévention par la vaccination anti HPV systématique avant toute activité sexuelle et la lutte contre les IST (dépistage de l'infection à VIH, éducation sexuelle).

RÉFÉRENCES

- Balik E, Eren T, Bugra D.** A surgical approach to anogenital Buschke Loewenstein tumours (giant condyloma acuminata). *Acta Chir Belg* 2009, 109(5):612–616.
- Frega A, Stentella P, Tinari A, Vecchione A, Marchionni M.** Giant condyloma acuminatum or buschke-lowenstein tumor : review of the literature and report of three cases treated by CO₂ laser surgery. A long-term follow-up. *Anticancer Res.* 2002 ; 22 : 1201-1204.
- Nthumba PM, Ngure P, Nyoro P.** Giant condiloma acuminatum of the scrotum in a man with AIDS: a case report. *J Med Case Rep* 2011, 5:272.
- Yaman I, Bozdogan AD, Deric H, Tansug T, Reyhan E.** Verrucous carcinoma arising in a giant condyloma acuminata (Buschke Lowenstein Tumour): ten-year follow-up. *Ann Acad Med Singapore* 2011, 40(2):104–105.
- Gole GN, Shekhar T, Gole SG, Prabhala S.** Successful treatment of Buschke–Löwenstein tumour by surgical excision alone. *J Cutan Aesthet Surg* 2010, 3(3):174–176.
- Boshart M, zur Hausen H.** Human

papillomaviruses in Buschke–Löwenstein tumors: physical state of the DNA and identification of a tandem duplication in the noncoding region of a human papillomavirus 6 subtype. *J Virol* 1986, 58(3): 963–966.

7. Buschke A, Löwenstein L. Über carcinomähnliche condylomata acuminata des penis. *Klin Wochenschr* 1925, 36:1726–1728.

8. Tripoli M, Cordova A, Maggi F, Moschella F. Giant condylomata ?(Buschke–Löwenstein tumours): our case load in surgical treatment and review of the current therapies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012, 16(6):747–751.

9. Frazer IH. The role of the immune system in anogenital human papillomavirus. *Australas J Dermatol* 1998; 39 Suppl 1:S5-7.?

10. Clifford GM, Goncalves MA, Franceschi S. Human papillomavirus types among women infected with HIV: a meta-analysis. *Aids* 2006; 20:2337-44.

11. Gormley RH, Kovarik CL. Dermatologic manifestations of HPV in HIV- infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep* 2009; 6:130-8.

12. Ciobanu AM, Popa C, Marcu M, Ciobanu CF. Psychotic depression due to giant condyloma Buschke– Löwenstein tumors. *Rom J Morphol Embryol* 2014, 55(1):189–195

13. Ondounda M, Pither Antchoue S, Zamba C. Condylome anovulvaire géant chez une femme gabonaise infectée par le VIH. *Médecine et Santé Tropicales* 2012; 22 : 12

14. Dupin N. Genital warts, *Clin Dermatol* 2004, 22(6):481–486. [15]

15. Braga JCT, Nadal SR, Stiepcich M, de Souza Framil VM, Muller H. Buschke–Loewenstein tumor: identification of HPV type 6 and 11 (Condiloma acuminado gigante de Buschke–Löwenstein: identificação dos HPV 6 e 11). *An Bras Dermatol* 2012, 87(1):131–134.

16. Lévy A, Lebbe C. Buschke–Löwenstein tumour: diagnosis and treatment. *Ann Urol (Paris)* 2006, 40(3):175–178.

17. 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 : 491-495.

18. El Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A, Meziane RF. Le condylome acuminé géant - tumeur de Buschke Lowenstein (à propos de 3 cas). *Progrès en Urologie* (2003), 13, 513-517

19. Le Guillou M, Geniaux M, Mugnier C, Ferriere J, Texier L. : Localisation urétrales d'une maladie de Buschke Lowenstein et d'une tumeur de l'urètre. *J. Urol. Nephrol.* 1979 ; 85 : 175-176.

20. Villote J, Benhamou G, Alcabes G, Vissuzaine C, Toublanc M, Giraud T. : Tumeur de Buschke Lowenstein anorectale (condylomatose géante) nécessitant une amputation du rectum. *Gastroenterologie Clin. Biol.* 1989 ; 13 : 105-107.

21. Kabiri H, Albouzi A, Rachid K, Lezrek M, Bousselman N, Benomar S, Draoui D: Tumeur de Buschke Loewenstein scrotale dégénérée. *Progrès en urologie* 1996 ; 6 : 439- 442.

22. Euvrard S, Cardonnet Y. : Lésions anales et papillomavirus humains : aspects virologiques, épidémiologiques et carcinologiques. *Ann. Dermatol.Venerol.* 1991 ; 118 : 497-502.

23. Tyring SK, Arany I, Stanley MA, Tomai MA, Miller RL, Smith MH, McDermott DJ, Slade HB. A randomized, controlled, molecular study of condylomata acuminata clearance during treatment with imiquimod. *J Infect Dis*, 1998 178(2):551–555.

24. Maymon R, Bekerman A, Werchow M, Maymon B, Segal R, Factor J. : Clinical and subclinical condyloma: rates among sexual partners of women with genital human papillomavirus infection. *J. Reprod. Med.* 1995 ; 40 : 31-36.

25. Carson TE. Verrucous carcinoma of the penis. Successful treatment with cryosurgery and topical 5-fluorouracil therapy. *Arch Dermatol* 1978, 114(10):1546–1547.

26. Hughes PS. Cryosurgery of verrucous carcinoma of the penis (Buschke–Löwenstein tumor), *Cutis*, 1979, 24(1):43–45.

27. Pride G. Treatment of large lower genital tract condyloma acuminata with topical 5-fluorouracil. *J. Reprod. Med.* 1990 ; 35 : 384- 387.

28. Bocquet H., Bagot M. : Tumeurs bénignes d'origine virale. *Encycl. Med. Chir. Dermatologie.* 1998 ; 12-725-A-10, 9p.

29. Grosse G., Von Kroch G. : Therapy of anogenital HPV induced lesions. *Clin. Dermatol.* 1997 ; 15 : 457-470.

30. Perisic Z, Lazic JP, Terzic B, Perisic S, Rasic R. Condylomata gigantea in anal and perianal region: surgical and CO₂ laser treatment. *Arch Gynecol Obstet* 2003, 267(4):263–265.

31. Asch P. : Risque infectieux viral et laser Co2. *Ann. Dermatol. Venerol.* 1997 ; 124 : 557-558.

32. Asvesti C, Delmas V, Dauge Geffroy M, Grossin M, Boccon-Gibod L, Boquet L. : Condylomes multiples de l'urètre et de la vessie révélant une infection par HIV. *Ann. Urol.* 1991 ; 25 : 146-149.

33. Bouziani A. : Carcinome verruqueux de l'anus (tumeur de Buschke Lowenstein) : une observation avec revue de littérature. *Sem. Hop. Paris.* 1994 ; 9-10 : 287-291.

34. Doutre M, Beylot C, Bioulac P, Baudet J. : Tumeur de Buschke Lowenstein : 2 cas féminins. *Ann. Dermatol. Venerol.* 1979 ; 106 : 1031-1034.

35. Bergbranti M, Samuelsson L, Olofsson S, Jonassen F. : Polymerase chain reaction for monitoring HPV contamination of medical personnel during treatment of genital warts with Co2 laser and electrocoagulation. *Acta. Derm. Venerol.* 1993 ; 73 : 465-466.