



HEALTH RESEARCH IN AFRICA

High Quality Research with Impact on Clinical Care



Cas Clinique

Vulvectomie Associée à une Anoplastie avec Technique de Lambeau Fessier chez une Patiente Atteinte de Tumeur de Busckle Loweinsten Anovulvaire

Vulvectomy Associated with Anoplasty with Buttle Flap Procedure in a Patient with Anovulvar Busckle Loweinsten Tumor

Dianessy Yély¹, Dembelé B Souleymane¹, Samaké Moussa¹, Guiré Abdou¹, Yede Dorcasse¹, Sacko Oumar², Sissoko Moussa², Ramos Rodriguez. Yusimi³, Bakary Tientigui Dembelé⁴, Sekou Koumaré², Samba Konaré⁵, alhassane Sanogo⁶

Affiliations

1. Service de chirurgie Générale. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali
2. Service de chirurgie A. Centre hospitalo-universitaire du Point G de Bamako. Mali
3. Service de Gynéco-obstétrique de la Clinique Médicale LATINO. Bamako. Mali
4. Service de Chirurgie générale. Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré de Bamako. Mali
5. Service de Néphrologie. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali
6. Service d'anesthésie et Réanimation. Centre de santé de Référence de la commune V de Bamako. Mali

Auteur correspondant

Dianessy Yély, Chirurgien Proctologue Enseignant-chercheur, Service de chirurgie Générale, Hôpital du District de la Commune IV de Bamako
Tel: 0022376246983

Email : dianessyyely@gmail.com

Mots clés : Vulvectomie, Anoplastie, Tumeur de Buscke Lowenstein, Lambeau

Key words: Vulvectomy, Anoplasty, Buscke Lowenstein tumor, Flap

RÉSUMÉ

La tumeur de Buschke-Löwenstein (BLT), est une maladie sexuellement transmissible qui affecte la région ano-génitale, localement agressive et destructrice, avec une transformation maligne dans 40 à 60 % des cas. Nous présentons un cas de BLT chez une femme de 61 ans présentant des antécédents d'hypertension artérielle (HTA) sous traitement avec Amlodipine 10mg et Diabète Mellites type II depuis 10 ans sous traitement avec Glucovance 500 mg/2,5 mg (metformine chlorhydrate/ glibenclamide). Le début de la symptomatologie remonterait à 5 ans, marqué par l'apparition progressive des excroissances type crêtes de coqs indolores prurigineuses au niveau vulvaire qui au fil de temps prenaient le périnée et le canal anal s'accompagnant de rectorragie, de douleur anale, constipation et une dyspareunie. Le diagnostic de tumeur de Busckle Loweinsten ano-vulvaire est posé d'où l'indication de chirurgie. Une vulvectomie associée à une anoplastie avait été réalisée. Les suites opératoires se sont émaillées de désunion de la plastie, mais grâce aux soins et la cicatrisation dirigée, nous n'avons pas constaté de sténose vaginale ou anale. Notre objectif était de souligner l'importance de la vulvectomie associée à l'anoplastie dans la prise en charge de la BLT de localisation Ano-génitale.

ABSTRACT

Buschke-Löwenstein tumor (BLT) is a sexually transmitted disease that affects the anogenital region, locally aggressive and destructive, with malignant transformation in 40 to 60% of cases. We present a case of BLT in a 61-year-old woman with a history of high blood pressure (HBP) treated with Amlodipine 10mg and Type II Diabetes Mellitus for 10 years treated with Glucovance 500 mg/2.5 mg (metformin hydrochloride/glibenclamide). The onset of symptoms dates back to 5 years ago, marked by the progressive appearance of painless pruritic cock's comb-like growths on the vulva which over time spread to the perineum and anal canal accompanied by rectal bleeding, anal pain, constipation, and dyspareunia. The diagnosis of ano-vulvar Buschke-Löwenstein tumor was made, leading to surgery. A vulvectomy associated with anoplasty was performed. The postoperative course was complicated by dehiscence of the anoplasty, but thanks to care and directed healing, no vaginal or anal stenosis was observed. Our goal was to emphasize the importance of vulvectomy associated with anoplasty in the management of BLT with ano-genital localization.

INTRODUCTION

Le condylome acuminé géant, également connu sous le nom de tumeur de Buschke-Löwenstein (BLT), est une maladie sexuellement transmissible très rare qui affecte la région ano-génitale. Elle a une tendance à infiltrer les tissus adjacents, un taux de récurrence élevé et un potentiel de transformation maligne [1]. Le traitement chirurgical est le traitement de référence de ces types de lésions. La Vulvectomie totale pour les lésions plus étendues ou

multifocales, est rapide et efficace mais peut entraîner des séquelles locales importantes avec un retentissement psychologique et sexuel notamment chez les patientes jeunes chez qui ce geste doit être d'indication limitée. Les complications de cicatrisation à type de désunion sont fréquentes en raison de la tension des tissus lors de la station assise et à la marche. Les patientes doivent être prévenues de ce risque et de la prise en charge avec une cicatrisation dirigée comprenant méchage et soins locaux quotidiens. Notre objectif était de souligner l'importance

de la vulvectomy associée à l'anoplastie dans la prise en charge de la BLT de localisation Ano-génitale réalisée chez une patiente de 61 ans dans notre centre

OBSERVATION

Il s'agissait de la patiente D. S. âgée de 61 ans actrice mariée dans un régime monogame et mère de 3 enfants, Elle avait un antécédent de Hypertension artérielle (HTA) sous traitement avec Amlodipine 10mg et Diabète Mellites type II depuis 10 ans sous traitement avec Glucovance 500 mg/2,5 mg (metformine chlorhydrate/glibenclamide). La patiente est reçue en consultation dans le service de chirurgie générale de l'hôpital du district de la commune IV le 03 Octobre 2023 pour tuméfaction Ano-vulvaire.

Interrogatoire

Le début de la symptomatologie remonterait à 5 ans, marqué par l'apparition progressive des excroissances type crêtes de coqs indolores prurigineuses au niveau vulvaire qui au fil de temps prenaient le périnée et le canal anal. Cela s'accompagnait de rectorragie, de douleur anale, constipation et une dyspareunie. Devant cette situation, plusieurs traitements médicaux et traditionnels avaient été réalisés mais sans succès.

Examen physique

Signes généraux: Conjonctives bien colorées, Tension artérielle était de : 130/90mmhg, Fréquence cardiaque était de 88 battements /mn, il n'y avait pas des râles pulmonaires.

Abdomen: on n'avait pas noté de cicatrices de laparotomie, il était souple, et sans organomégalie, ni de douleur à la palpation.

Périnée: il y'avait des multiples excroissances de plusieurs millimètres d'épaisseur en forme de chou-fleur ou de "crêtes de coq" avec des zones ulcérées, allant du Mont de Vénus jusqu'à l'anus prenant les grandes lèvres, petites lèvres, région péri anale et canal anal. Le sphincter anal était tonique. Il y avait quelques adénopathies inguinales bilatérales non douloureuses.

Examen avec le speculum : il n'y avait pas de lésion cervicale, la muqueuse vaginale était sans particularité.

Examens complémentaires:

Le taux d'hémoglobine était de 10g/dl, la glycémie à jeun : 8,1 mmol. Groupe A rhésus positif.

Anorectoscopie: les condylomes sont limités au canal anal ne dépassant pas la ligne pectiné

Diagnostic retenu: Tumeur de Busckle Loweinsten Ano-Vulvaire. Après avoir passée par consultation d'anesthésie, la patiente était programmée et opérée le 19/10/2023.

Geste réalisé : vulvectomy associée à une anoplastie avec de technique de lambeau fessier.

L'examen histologique de la pièce d'exérèse a retrouvé une importante hyperplasie papillomateuse de l'épiderme et quelques koilocytes en faveur d'un condylome géant.

Technique opératoire

Notre article s'articule autour d'une patiente de 61 ans atteinte de TBL de localisation ano-vulvaire prise en charge chirurgicalement dans notre service chez qui une

vulvectomy totale et une anoplastie associée à une reconstruction à l'aide des lambeaux fessiers avait été réalisée.

Installation

La patiente est installée en position gynécologique, Jambes sur jambières. Sous anesthésie locorégionale. Une sonde urinaire est mise en place pour éviter une lésion urétrale.

Exérèse de la lésion

Incision en M sus-clitoridienne à l'aide du bistouri a froid pour la peau puis bistouri électrique afin de limiter les saignements. Elle a concerné en monobloc le capuchon clitoridien, les grandes et petites lèvres, muqueuse vaginale, la peau péri-anal et le canal anal. Le méat urétral était conservé (Figure 1).

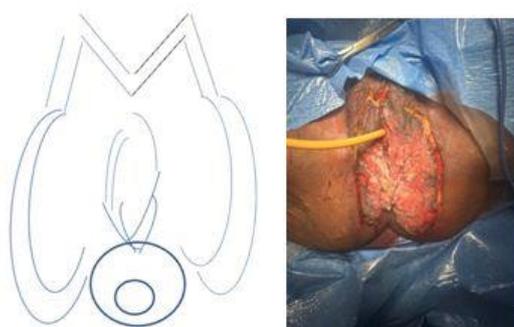


Figure 1. Incision en M susclitoridienne et respectant le méat urinaire

Au niveau de la fourchette vulvaire les marges de résections latérales étaient de 1 cm. La muqueuse vaginale saine est décollée et fixée à la peau avec Vicryl 2/0 en points séparés. Au niveau du canal anal, l'exérèse dépassait la ligne pectinée sans lésion sphinctérienne (Figure 2). Un abaissement de la muqueuse rectale avec plastie au Vicryl 3/0 était réalisée (Figure 3).

Reconstruction par lambeau

L'exérèse était trop étendue et pour la reconstruction du périnée postérieur (cloison Ano-vaginal) nous avons fait appel à des techniques de lambeaux cutanés de la base des grands fessiers de part et d'autre pour faire une suture juxtaposée en points séparés avec le Vicryl 2/0. Ainsi ces lambeaux solides bien vascularisés ont permis d'avoir un périnée (vagin-anus) de plus de 5 cm de distance (Figure 4).

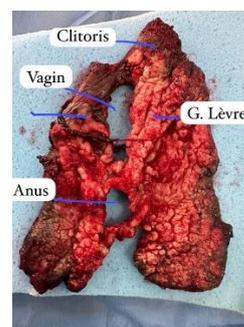


Figure 2. Pièce opératoire en monobloc

Post-opératoire immédiat

Un pansement compressif était mis en place. La patiente a reçu l'antibioprophylaxie avec 2 grammes de ceftriaxone, des antalgiques types palier 1 et 2. Les soins de la cicatrice se faisaient avec de solutions antiseptiques (Dakin) et le séchage de façon minutieuse. La sonde urinaire est retirée 48 heures après l'intervention.



Figure 3. Abaissement de la muqueuse rectale

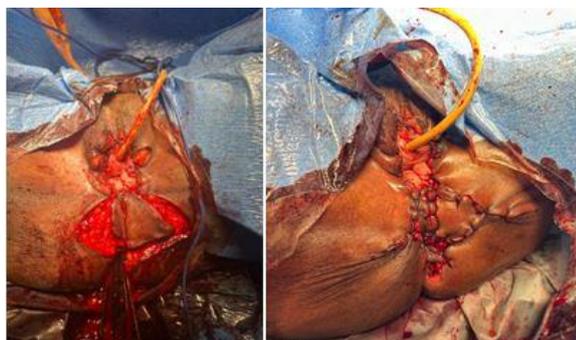


Figure 4. Confection des lambeaux

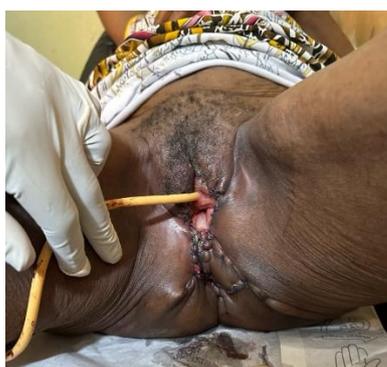


Figure 5. J3 postopératoire



Figure 6. J21 postopératoire. Cicatrisation dirigée

Suivi post opératoire

Entre l'hyperglycémie, et les mauvaises conditions hygiéniques la patiente avait présenté une infection des lambeaux avec désunion des sutures. Le pansement quotidien et les bains de siège ont permis d'avoir une cicatrisation dirigée sans sténose anale ni vaginale. La cicatrisation complète a été obtenue après 2 mois postopératoire (Figure 5,6).

DISCUSSION

Le condylome géant est une entité rare caractérisée par une lésion de croissance exophytique ressemblant à un chou-fleur avec une tendance à infiltrer les tissus adjacents, un taux de récurrence élevé et un potentiel de transformation maligne [1]. Le traitement chirurgical est le traitement de référence de ces types de lésions. Cette méthode permet à la fois le traitement efficace et l'analyse complète histologique de la lésion. En effet, la chirurgie d'exérèse vulvaire est le plus souvent perçue par la patiente comme une mutilation importante à l'origine d'une dépréciation de l'image corporelle. La réalisation d'une chirurgie reconstructrice permet ainsi d'améliorer le résultat esthétique et fonctionnel de la patiente [2]. Avant de réaliser une reconstruction pelvi-périnéale, plusieurs facteurs sont à prendre en compte : l'âge de la patiente, ses antécédents, comorbidités et son état général. La qualité des tissus peut être altérée par des antécédents de radiothérapie ou un tabagisme actif. Les autres facteurs de risque de désunion et retard de cicatrisation sont la dénutrition, l'anémie, l'obésité, le diabète ou une immunodépression [3]. La Vulvectomie totale pour les lésions plus étendues ou multifocales, est rapide et efficace mais peut entraîner des séquelles locales importantes avec un retentissement psychologique et sexuel notamment chez les patientes jeunes chez qui ce geste doit être d'indication limitée. Les complications de cicatrisation à type de désunion sont fréquentes en raison de la tension des tissus lors de la station assise et à la marche. Les patientes doivent être prévenues de ce risque et de la prise en charge avec une cicatrisation dirigée comprenant méchage et soins locaux quotidiens. Cette chirurgie est associée à un risque de complications majeures, dont des retards à la cicatrisation, des lymphorrhées et des lymphœdèmes impactant sur la qualité de vie [4]. Le lambeau de muqueuse vaginale postérieure est une technique permettant de couvrir les pertes de substances modérées du périnée postérieur. Il permet de réaliser une fermeture sans tension avec des

tissus de bonne qualité, de conserver une intégrité vaginale et urétrale sans rétrécissement ni déviation de la cavité vaginale, de restaurer une cloison ano-vaginale sans séquelle esthétique majeure, sans dysfonctionnement de la sexualité. L'utilisation de lambeaux doit permettre un recouvrement adéquat sans tension et en un seul temps de la région d'exérèse avec la conservation d'une vascularisation correcte. On distingue ainsi deux types de lambeau :

- les lambeaux de resurfaçage où l'apport de tissu cutané est en général suffisant, correspondant à une surface de recouvrement limitée inférieure à 20 cm² ;
- les lambeaux de recouvrement où l'apport de tissu vascularisé est indispensable, correspondant à une surface de recouvrement supérieure à 20–25 cm².

De nombreuses techniques de lambeaux ont été décrites depuis une vingtaine d'années avec des résultats parfois discordants selon les auteurs [5]. Concernant les suites postopératoires, Landoni et al. [6] retrouvent une diminution significative du nombre de désunions cicatricielles et de sténoses vaginales après reconstruction périnéale par rapport à une suture directe sans lambeau. La réussite de cette intervention bien que rapide dépend de l'expérience du chirurgien. Les études de S. Sanguin et collaborateurs ont montré que l'âge moyen des praticiens était de 44,8 ans. Le sex-ratio était d'une femme pour trois hommes. Concernant la spécialité exercée, 96,3 % des praticiens étaient des gynécologues obstétriciens, 2,5 % des chirurgiens oncologues et 1,2 % des chirurgiens généralistes [7].

CONCLUSION

La Tumeur de Busckle Loweinsten Ano-Vulvaire est une des situations cliniques rares et nécessite une formation spécifique pour améliorer leur prise en charge. Bien que le diagnostic est souvent facile, la prise en charge est parfois difficile. Le traitement chirurgical est la meilleure option et cela doit être faite par un chirurgien expérimenté. La connaissance de la vulvectomie associée à une

anoplastie permet l'exérèse chirurgicale complète avec des suites opératoires favorables tout en limitant les séquelles esthétiques et de sensibilité.

Conflits d'intérêt

Aucun

RÉFÉRENCES

1. W. Ben Kridis, I. Werda, N. Toumi Et Al., "Buschke — Lowenstein Anal Tumor: An Ambiguous Entity," *Experimental Oncology*, Vol. 41, No. 2, Pp. 182–184, 2019. View At: [Publisher Site](#) | [Google Scholar](#)
2. Y.G. Song *Et Al.* The Free Thigh Flap: A New Free Flap Concept Based On The Septocutaneous Artery Br J Plast Surg (1984 Apr)
3. A. Tuil *, V. Fourchette, J.-P. Binder, L. Pauly, T. Gaillard, N. Girard, E. Gauroy, L. Darrigues Comment Je Fais. . . Un Lambeau Musculaire De Gracilis Après` S Une Chirurgie D'exerese Vulvo-Vaginale. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* Volume 51, Issue 5, May 2023, Pages 289-293
4. M.P. Burger *Et Al.* The Importance Of The Groin Node Status For The Survival Of T1 And T2 Vulval Carcinoma Patients *Gynecol Oncol* (1995)
5. J. Dubuisson, F. Golfier, A. Bouillot, D. Raudrant. Reconstruction Vulvopérinéale Après Vulvectomie Radicale Elargie : A Propos De Deux Techniques De Lambeau. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Volume 36, Issue 3, March 2008, Pages 325-329
6. Y.G. Song *Et Al.* The Free Thigh Flap: A New Free Flap Concept Based On The Septocutaneous Artery Br J Plast Surg (1984 Apr)
7. S. Sanguin, E. Daraï, M. Brzakowski, J. Gondry, R. Fauvet. Cancer De La Vulve : Enquête De Pratique De La Prise En Charge Chirurgicale En France. Faut-Il Se Diriger Vers Des Centres De Références ?Vulvar Cancer: Survey Of Surgical Practice In France. Do Expert Centers Need? *Journal De Gynécologie Obstétrique Et Biologie De La Reproduction* Volume 41, Issue 4, June 2012, Pages 363-369.