

┌

LA DEGENERESCENCE DES CONDYLOMES ACUMINES ANO-PERIANEAUX A PROPOS DE 3 CAS

M. MERZOUK*, M. MOUMEN**, M.CH. BIADILLAH*

RESUME

Nous rapportons 3 cas de C.A. dégénérés : l'un simple, les 2 autres géants à localisation ano-périanales sur un ensemble de 87 cas de C.A. ano-périanaux dont 7 sont géants, soit une incidence globale de 3,4 %. Nos 3 malades sont des hommes dont l'âge varie de 35 ans à 65 ans. L'histologie a révélé un carcinome épidermoïde. Le traitement chirurgical a été refusé par tous nos malades dont un a bénéficié d'une radiothérapie externe.

SUMMARY

We report 3 cases of degenerate acuminated condylomas, one plain and the others are of ano-perineal location among 87 anoperineal acuminated condylomas 7 of them are giant, making an incidence rate of 3,4 % our 3 patients are males, their age vary from 35 to 65 years. Histology has revealed an epidermoid carcinoma.

Surgical treatment has been refused by all the patients and only one was treated by external radiotherapy.

Les condylomes acuminés, encore appelés végétations virales, sont des proliférations épithéliales bénignes, verruciformes, des replis ano-génitaux d'origine virale, contagieuses, auto-inoculables, volontiers récidivantes et vraisemblablement en recrudescence à l'état actuel. Ils peuvent dégénérer au cours de leur évolution (9, 13).

Le but de ce travail est d'apprécier la fréquence de cette dégénérescence, de faire une approche étiopathogénique et de mettre en exergue les difficultés diagnostiques et thérapeutiques à la lumière de nos 3 observations, colligées en 12 ans et d'une revue de la littérature.

NOS OBSERVATIONS

Obs. 1 : M. B.L. âgé de 35 ans, sans notion de sodomie, fut

* Service de gastro-entérologie CHU Ibnou Rochd, Casablanca, Maroc.

** Service de chirurgie viscérale aile.

admis en 1983, pour tuméfactions anales apparues depuis 5 ans, accompagnées de suintement, de rectorragies intermittentes et de prurit. A l'examen, on a trouvé une énorme tumeur ano-périanales évoquant un condylome géant accompagné de nombreux éléments condylomateux intéressant le pénis, le scrotum et les plis inguinaux. Un paquet hémorroïdaire a été retrouvé par ailleurs. L'examen somatique était normal notamment absence d'adénopathies inguinales. Une exérèse de la tumeur a été pratiquée ainsi qu'une électrocoagulation des autres éléments condylomateux et une hémorroïdectomie. L'examen histologique n'a pas été réalisé. Les suites opératoires étaient simples et le malade était contrôlé régulièrement durant un an.

En 1986 : récurrence du condylome acuminé sur 3 cm au niveau de la région périanales droite, surinfectée. Il a été résectionné et l'examen histologique n'a pas montré de signes de malignité.

En 1989 : nouvelle récurrence locale accompagnée de douleurs, de suintement fétide et de rectorragies et l'examen a permis de découvrir une tumeur de 20 cm de diamètre, comblant le sillon interfessier, envahissant le canal anal, surinfectée dont la biopsie a révélé un épithélioma spino-cellulaire bien différencié invasif.

La recherche des anticorps anti-HIV s'est révélée négative. Sur le plan thérapeutique, le malade a refusé l'amputation abdomino-périnéale et a été perdu de vue.

Obs. 2 : M. H.M. âgé de 50 ans, admis en 1987, pour tuméfaction anale, avait des habitudes sodomiques à l'âge de 14 ans. La tumeur est apparue depuis 20 ans, cependant, le malade a remarqué une croissance de la tumeur plus rapide depuis 5 ans, accompagnée de douleur, de prurit, d'écoulement purulent et de saignement.

A l'examen on a découvert une énorme tumeur de la marge anale, étendue à la région périanales, circonférentielle, grisâtre, dure par endroits. Les aires ganglionnaires inguinales étaient libres. Quant à la biopsie du condylome acuminé, elle a montré une structure tumorale, papilloma-teuse et kératinisée, concluant à un carcinome verruqueux.

La recherche des anticorps anti-HIV est négative. De point de vue thérapeutique, ce patient a refusé l'anus iliaque.

Obs. 3 : Mr M.M. âgé de 65 ans, diabétique connu, sans notion de sodomie, est admis en novembre 90 pour condylome acuminé dont l'apparition remonte à 2 ans. Ce malade a constaté depuis 2 mois la survenue de rectorragies, d'écoulement purulent et une augmentation du volume de la tumeur dans un contexte d'amaigrissement important. A noter que ce patient a bénéficié de 2 biopsies en privé un an auparavant, qui ont montré une hyperplasie papillomateuse épithéliale sans signes de malignité. Pendant son hospitalisation, l'examen montre une tumeur papillomateuse, ulcéro-bourgeonnante, surinfectée, périanale et intracanalair de 7 cm de diamètre, de consistance dure. De petites adénopathies inguinales bilatérales ont été également retrouvées. Les biopsies de la tumeur faites à 2 reprises n'ont montré qu'un condylome acuminé sans signes de malignité. La 3ème biopsie a montré un carcinome épidermoïde bien différencié invasif. Le bilan d'extension n'a pas montré d'autres lésions et le traitement a consisté en une radiothérapie première qui a entraîné une disparition des signes fonctionnels et une diminution du volume de la tumeur. Le traitement chirurgical a été refusé par le malade.

DISCUSSION

La possibilité de transformation maligne d'un condylome acuminé (C.A.) n'est plus à en douter. Néanmoins, il faut noter l'extrême rareté de la dégénérescence maligne d'un condylome acuminé banal à l'opposé des formes d'évolution gigantesque. Ainsi, sur 330 cas de C.A. périanaux colligés en 7 ans par PRASARD et ABCARIAND (9) ils ont trouvé 6 cas de dégénérescence maligne soit 1,82 % alors que VILOTIE (13) en a trouvé une fréquence de 23,8 % d'une série de 113 cas de C.A. géants.

Nos 3 cas sont colligés de 1978 à 1990, l'un étant simple, les 2 autres géants, sur un ensemble de 87 cas de même localisation dont 7 sont des formes géantes soit une fréquence de dégénérescence de 28,5 % dans les formes géantes et de 1,25 % dans les cas simples, ce qui rejoint les données de la littérature.

Selon l'étude de l'ensemble des 35 cas de C.A. dégénérés de la région ano-périanale, recueillis à travers la littérature internationale, l'âge moyen des patients est de 48 ans et la prédominance masculine est très nette avec un sex-ratio de

6. Nos 3 cas sont des hommes dont l'âge varie de 35 ans à 65 ans.

De point de vue pathogénique, parmi les 40 types d'Human papilloma virus de la famille des papovavirus, seulement les types 6, 11, 16 et 18 sont les plus communément rencontrés au niveau de la sphère anogénitale, et l'on pense que les types 16 et 18 ont un haut potentiel oncogénique (12). Cependant, WELLS (14) rapporte un cas où le processus malin était induit par les types 6 et 11, ce qui est en général très rare. L'homosexualité favorise de façon très importante l'apparition des C.A. ano-périanaux (10) de même que le développement des cancers anaux et l'installation du SIDA (2, 11). D'après l'étude menée par CROXON (1), et celle menée par LONGO (6), il a été constaté que chez le groupe des patients connus atteints de SIDA, la période séparant le début des symptômes et la découverte du cancer était très courte, alors qu'elle est plus longue chez les gens qui en sont indemnes. Notons également que l'exposition des C.A. à d'autres facteurs, cliniques ou physiques tel que l'irradiation (7) ou la simple irritation et/ou infection locales et la mauvaise hygiène influent certainement sur la dégénérescence maligne de ces C.A. (5, 8) qui peut s'installer dès la première récurrence (4), comme elle peut ne survenir qu'après des récurrences multiples. Un de nos malades a présenté deux récurrences sur une période de 6 ans. Cliniquement, la douleur peut être ressentie lors de la défécation ou au sein de la tumeur elle-même. D'autres signes peuvent être retrouvés tel un saignement local, une surinfection pouvant s'accompagner d'adéno-pathies satellites, un prurit ou une augmentation rapide du volume de la tumeur sans métastases viscérales. L'intervalle de temps qui sépare le début du C.A. de sa dégénérescence s'échelonne de 8 mois à 24 ans dans la littérature avec une moyenne de 6 ans sauf lorsqu'il s'agit de malades porteurs de SIDA, cet intervalle peut être alors de quelques semaines (1).

Pour nos 3 malades, cette période est de 2 ans, 5 ans et 20 ans. Le siège de la tumeur est périanal dans 80 % des cas, anal dans 13 % des cas et enfin, ano-périanal dans 7 % des cas. Sa taille est variable de 1 à 20 cm. Le condylome dégénéré peut revêtir différents aspects morphologiques (4) : une simple ulcération de la marge anale, un aspect de noisette pédiculée, un aspect verruqueux à surface irrégulière.

Sur le plan biologique, la présence de particules virales au niveau des lésions au microscope électronique a été signalée chez l'unique cas d'ORIEL et WHIMSTER (in 13). L'intérêt porté à la recherche des stigmates du SIDA ne

s'est fait sentir qu'à partir de 1984.

Ainsi, CROXON (1) signale la présence de 5 cas de SIDA dans sa série de 14 malades. La recherche des HIV chez nos 3 malades s'est révélée négative.

Du point de vue histologique, sur l'ensemble des 35 cas de la littérature, 31 sont des carcinomes épidermoïdes, un carcinome basaloïde périanal, deux carcinomes verruqueux périanaux et un cas non précisé. Le degré de différenciation cellulaire des carcinomes épidermoïdes n'a été mentionné que dans 13 cas et sont tous de type spino-cellulaire. Ce carcinome était "in situ" dans 13 cas, invasif dans 15 cas et non précisé dans 3 cas. Nos malades présentent un carcinome épidermoïde. Quant au traitement, il est fonction de l'extension et du type histologique. Ainsi, dans la littérature (3, 4, 13), l'excision simple a été réalisée pour les carcinomes "in situ", l'amputation abdomino-périnéale pour les carcinomes invasifs, la radiothérapie pour les carcinomes épidermoïdes spino-cellulaires suivie dans certains cas d'amputation abdomino-périnéale. L'association radiothérapie, chimiothérapie à base de 5 fluorouracile et chirurgie est indiquée en cas de métastases ganglionnaires ou d'envahissement scrotal. Nos 3 malades ont refusé l'amputation abdomino-péri-

néale. Un seul a bénéficié d'une radiothérapie externe qui a entraîné une diminution du volume de la tumeur.

L'évolution a été précisée chez 17 malades, dont 12 n'ont pas présenté de récurrence sur une durée allant de 8 mois à 44 mois soit une moyenne de 2 ans ; durée insuffisante pour avoir une appréciation correcte du pronostic de cette affection. On rapporte par ailleurs, une récurrence périnéale après 7 mois, un cas a présenté des métastases et est décédé après 6 mois, et 3 autres sont morts par des affections diverses, dans un délai ne dépassant pas un mois (3, 6, 13).

CONCLUSION

La dégénérescence des C.A. ano-périanaux est plus fréquente dans le cas des condylomes géants que lorsqu'ils sont simples (9). Le type épidermoïde spino-cellulaire est le plus fréquent.

L'amputation abdomino-périnéale associée ou non à la radiothérapie est le moyen thérapeutique le plus employé d'où l'intérêt de traiter les C.A. dès leur apparition, de faire systématiquement l'examen anatomo-pathologique des pièces d'exérèse et de procéder à une surveillance locorégionale régulière afin de détecter une récurrence responsable de la cancérisation des C.A.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CROXON T., CHABON A.B., RORAT E., BARASH T.M.
Intra-épithélial carcinoma of the anus in homosexual men.
Dis. Colon rectum 1984, 27, 325-330.
- 2 - EFTAIHA M.S., AMSHEL A.L., SHONBERG I.L.
Concylomata acuminata in an infant and mother : report of a case.
Dis. Colon and rectum 1978 Jul-Aug. 21 (5) : 369-71.
- 3 - GAL A.A., MEYER P.R., TAYLOR C.V.
Papilloma virus antigens in Anorectal condyloma and carcinoma in Homosexual men.
Jam, Jan. 16, 1987 - Vol. 257, n°3.
- 4 - GILLAT D.A. TEASDALE C.
Squamous cell carcinoma of the anus arising within condyloma acuminatum.
European Journal of surgical oncology 1985, 11 : 369-371.
- 5 - LAURENT R.
Tumeurs bénignes infectieuses.
Encycl. Méd. Chir. Dermatologie, 127 25 A 10, 9 - 1987, 10 P.
- 6 - LONGO W.E., BALLANTYNE G.H., MODLIN IM
Squamous cell carcinoma in situ in condyloma acuminatum.
Dis. Colon rectum 1986, 29 : 503-506.
- 7 - MESNIER J.M.
Condylomes acuminés : maladie précancéreuse ?
Thèse Paris (Xavier-Bichat), 10 avril 1974.
- 8 - PFISTER HERBERT
Human papillomavirus and genital cancer.
Advances in cancer research 1987, Vol. 48.
- 9 - PRASARD M.L., ABCARIAN H.
Malignant potential of perianal condyloma acuminatum.
Dis. Colon rectum, 1980, 23 : 191-197.
- 10 - SAING H. LEE, DOUGLAS H. MC GREGOR, MOHAMMED N., KUZIEZ
Malignant transformation of perianal condyloma acuminatum, report with review of the literature.
Dis. Colon and rectum, 1981, 24, 462-467.
- 11 - SCOTT R.S., CASTRO D.J.
Treatment of condyloma acuminata with carbon dioxide - Laser : a prospective study.
Lasers in surgery and medicine, 1984 : 4 (2) : 157-62.
- 12 - VALLEJOS H., DEL MISTRO A., KLEINHAUS S., BRAUNSTEIN J.D., HALWER M., KOSS L.G.
Caracterization of human papilloma virus types in condylomata acuminata in children by in situ hybridization.
The united states and canadian academy of pathology laboratory investigation. 1987, Vol. 56, n°6, 611-615.
- 13 - ILOTTE J.
Papillomes de l'anus (condylomes acuminés) et cancer.
Rev. Prat. 1982, 1, 47-52.
- 14 - WELLS M., ROBERTSON S., LEWIS F., DIXON M.F.
Squamous carcinoma arising in a giant perianal condyloma associated with human papilloma virus type 6 and 11.
Histopathology 1988, 12, 319-323.