

<https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-3-243-247>



Случай гигантской кондиломы Бушке — Левенштейна

В.А. Белобородов^{1,2}, В.А. Воробьев^{1,2}, Б.К. Шаракшинов²

¹Иркутский государственный медицинский университет, Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

²Иркутская городская клиническая больница № 1, Россия, 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118

Контакты: Воробьев Владимир Анатольевич, тел. +7 (3952) 22-99-59, e-mail: terdenecer@gmail.com

Белобородов Владимир Анатольевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии, тел. +7 (3952) 24-38-25, e-mail: bva555@yandex.ru, orcid.org/0000-0002-3299-1924

Воробьев Владимир Анатольевич — врач-уролог отделения урологии, ассистент кафедры общей хирургии, тел. +7 (3952) 22-99-59, e-mail: terdenecer@gmail.com, orcid.org/0000-0003-3285-5559

Шаракшинов Батор Константинович — врач-уролог отделения урологии, тел. +7 (3952) 22-99-59, e-mail: uro.igkb1@gmail.com

Резюме

Введение. Опухоль Бушке — Левенштейна описана впервые в 1925 году как редко встречающаяся гигантская кондилома. Главной причиной возникновения этой патологии считается вирус папилломы человека, который внедряется в организм при благоприятных условиях. Возбудитель может передаваться половым путем. Новообразование обычно локализуется в аногенитальной области. Злокачественная трансформация и распространение его на половой член еще более редки.

Цели и задачи. Опухоль Бушке — Левенштейна является редкой патологией, особенности течения и лечения которого представляют существенный интерес для врачей-урологов.

Материалы и методы. В этой статье представлен клинический случай злокачественной гигантской кондиломы Бушке — Левенштейна с первичной локализацией на передней брюшной стенке и распространением на гениталии у мужчины 42 лет без сопутствующего иммунодефицита и урогенитальных инфекций. Анамнез постепенно прогрессирующего заболевания при отсутствии какого-либо лечения составил более 10 лет. При дооперационном цитологическом исследовании биоптата не было выявлено признаков злокачественного преобразования. Пациенту было выполнено одномоментное удаление всех очагов новообразования и реконструктивно-пластическая операция с использованием кожных лоскутов.

Результаты и обсуждение. Очаги опухоли удалены целиком без нарушений хирургических границ. При послеоперационном гистологическом исследовании выявили мелкие очаги плоскоклеточной карциномы в удаленных тканях. При послеоперационном наблюдении в течение 6 месяцев после операции не выявлено признаков рецидива заболевания.

Заключение. Опухоль Бушке — Левенштейна редко сопровождается малигнизацией. Тем не менее необходимо тщательное соблюдение онкологической настороженности. После удаления крупного новообразования особое значение в послеоперационном качестве жизни имеет выбор реконструктивно-пластического вмешательства. Для профилактики рецидива целесообразно проведение иммунотерапии в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: опухоль Бушке — Левенштейна, папилломавирусные инфекции, половые органы, остроконечная кондилома, восстановительные хирургические операции

Для цитирования: Белобородов В.А., Воробьев В.А., Шаракшинов Б.К. Случай гигантской кондиломы Бушке — Левенштейна. Креативная хирургия и онкология. 2018;8(3):243–247. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-3-243-247>

A Case of the Giant Buschke — Loewenstein Tumour

Beloborodov Vladimir Anatolievich —
Doctor of Medical Sciences,
Professor, Head of the
Department of General Surgery,
tel.: +7 (3952) 24-38-25,
e-mail: bva555@yandex.ru,
orcid.org/0000-0002-3299-1924

Vorobev Vladimir Anatolievich —
Urologist at the Department
of Urology, Assistant lecturer
of the Department of General
Surgery,
tel. +7 (3952) 22-99-59,
e-mail: terdenecer@gmail.com,
orcid.org/0000-0003-3285-5559

Sharakshinov Bator Konstantinovich —
Urologist at the Department
of Urology,
tel. +7 (3952) 22-99-59,
e-mail: uro.igkb1@gmail.com

Vladimir A. Beloborodov^{1,2}, Vladimir A. Vorobev^{1,2}, Bator K. Sharakshinov²

¹ Irkutsk State Medical University, 1 Krasnogo Vosstania str., Irkutsk, 664003, Russian Federation

² Irkutsk City Clinical Hospital No. 1, 118 Baykalskaya str., Irkutsk, 664046, Russian Federation

Contacts: Vorobev Vladimir Anatolievich, tel.: +7 (3952) 22-99-59, e-mail: terdenecer@gmail.com

Summary

Introduction. The Buschke — Loewenstein tumour was described for the first time in 1925 as a rare giant condyloma. The main cause of this pathology is the human papillomavirus, which is introduced into the body under certain conditions. This pathogen can be transmitted sexually. The neoplasm is usually localised in the anogenital region. Malignant transformation and its spread to the penis are even more rare.

Aims. The Buschke — Loewenstein tumour is a rare pathology, whose course and treatment features are of considerable interest to urologists.

Materials and methods. This article presents a clinical case of the malignant giant Buschke — Loewenstein tumour with primary localisation on the anterior abdominal wall and spreading to the genitals of a 42-year-old man without accompanying immunodeficiency or urogenital infections. The anamnesis of the gradually progressive disease in the absence of any treatment was more than 10 years. When preoperative cytological examination of the biopsy did not reveal signs of malignant transformation, the patient underwent simultaneous removal of all neoplasm foci and reconstructive plastic surgery using skin grafts.

Results and Discussion. The foci of the tumour were removed entirely without disturbing surgical boundaries. A postoperative histological examination revealed small foci of squamous cell carcinoma in remote tissues. A postoperative observation conducted six months following surgery revealed no signs of recurrence of the disease.

Conclusion. Buschke-Loewenstein tumours are rarely accompanied by malignancy. Nevertheless, oncological vigilance forms a necessary element of postoperative procedures. Following removal of a large neoplasm, the choice of reconstructive plastic surgery is of particular significance for postoperative quality of life. For the prevention of relapse, it is advisable to conduct immunotherapy in the postoperative period.

Keywords: Buschke — Loewenstein tumour, papillomavirus infections, genitalia, condylomata acuminata, reconstructive surgical procedures

For citation: Beloborodov V.A., Vorobev V.A., Sharakshinov B.K. A Case of the Giant Buschke — Loewenstein Tumour. *Creative Surgery and Oncology*. 2018;8(3):243–247. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-3-243-247>

Введение

Опухоль Бушке — Левенштейна (ОБЛ) является очень редкой гигантской кондиломой, формирующейся вследствие внедрения вируса папилломы человека, в том числе и при передаче половым путем [1, 2]. Эта опухоль напоминает вид «цветной капусты» и обычно поражает аногенитальную область [3]. Хотя это доброкачественная опухоль с длительным периодом развития при отсутствии сопутствующего иммунодефицита, но имеет разрушительные локальные особенности [2]. Кроме того, ОБЛ обладает потенциалом злокачественного перерождения, в основном в плоскоклеточную карциному [3]. В статье описан крайне редкий случай успешного лечения ОБЛ при поражении полового члена с ее частичной злокачественной трансформацией.

Клинический случай

Пациент К., 42 лет, был госпитализирован в клинику с жалобами на опухолевидные образования на коже лобковой области и половых органах. Заболевание медленно прогрессировало в течение 10 лет. За медицинской помощью ранее пациент не обращался, лечения не проводилось. Анамнестический поиск позволил предположить возможную причину развития заболевания — инфицирование при случайном половом контакте. При лабораторных исследованиях не выявлено наличия папилломовирусной инфекции (ВПЧ) и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

При осмотре у пациента выявлено 14 новообразований на передней брюшной стенке, левом бедре, половом члене, мошонке и аногенитальной области максимальным размером до 20 × 10 см (рис. 1). Головка полового члена у пациента не обнажалась из-за распространенного поражения очагами ОБЛ.

Выполнена дооперационная мультицентричная биопсия из пигментированных и розово-красных областей ОБЛ. По данным последующего цитологического исследования не выявлено признаков злокачественного преобразования. По данным МРТ признаков паховой лимфаденопатии не было.

В марте 2018 г. выполнено одномоментное хирургическое вмешательство, при котором удалены все очаги распространения ОБЛ с подлежащими тканями и реконструктивно-пластическая коррекция послеоперационных дефектов. Наиболее крупное удаленное образование находилось на лобковой области, размером 20 × 10 см, массой 800 грамм, имело разветвленную сеть питающих сосудов крупного диаметра. Этот очаг был удален с отступлением от видимого края новообразования на 3 см вместе с подлежащей жировой тканью. Раневой дефект закрыт методом транспозиции кожи передней брюшной стенки.

Множественные новообразования передней поверхности левого бедра, мошонки, кожи полового члена и аноректальной области удалены с последующим ушиванием раневого дефекта.

Для адекватной визуализации головки полового члена выполнено рассечение крайней плоти. При ревизии

выявлено тотальное распространение очагов ОБЛ на крайней плоти и головке полового члена (рис. 2).

Пациенту выполнено иссечение крайней плоти, венечной борозды и опухолевых очагов головки полового члена. В связи с большим объемом удаленных тканей на головке полового члена выполнена одномоментная пластика с использованием перемещенного кожного лоскута. Окончательный вид представлен на рисунке 3.



Рисунок 1. Дооперационное состояние пациента
Figure 1. Preoperative patient condition

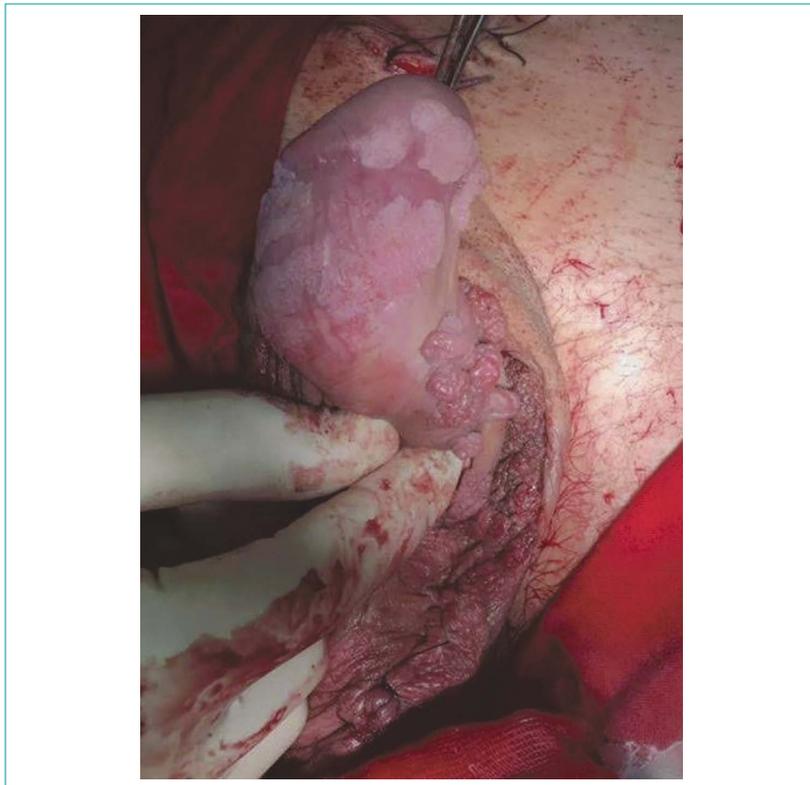


Рисунок 2. Картина поражения крайней плоти и головки полового члена
Figure 2. Photograph of the lesion of the foreskin and penis glans



Рисунок 3. Окончательный вид после удаления новообразований и кожной пластики
Figure 3. Final appearance after removal of tumours and skin grafting

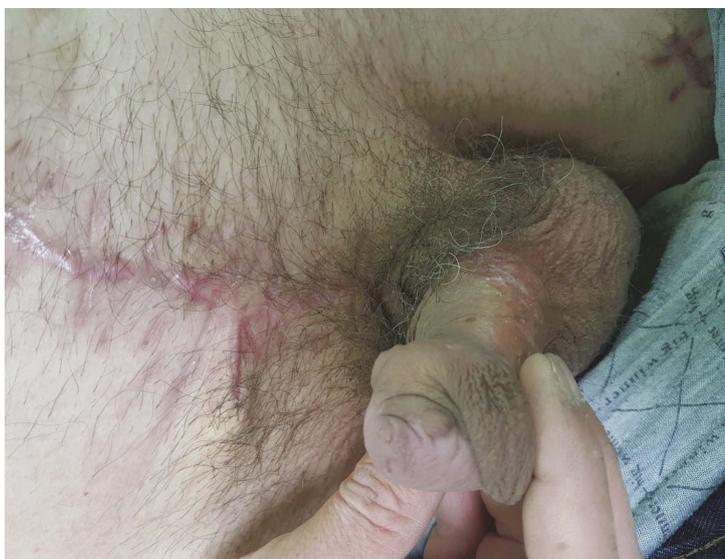


Рисунок 4. Вид половых органов через полгода после операции
Figure 4. View of the genital area six months following surgery

Очаги опухоли удалены целиком без нарушений хирургических границ. При послеоперационном гистологическом исследовании крупной ОБЛ из лобковой области выявили мелкие очаги плоскоклеточной карциномы. В отдаленном послеоперационном периоде пациент длительно получал противовирусную терапию препаратом интерферона $\alpha 2A$. При послеоперационном наблюдении в течение 6 месяцев после операции не выявлено признаков рецидива заболевания (рис. 4). Пациент удовлетворен качеством реконструктивной операции. Эректильная функция через 3 месяца после операции была оценена по шкале МИЭФ-5 нормальной.

Результаты и обсуждение

ОБЛ была описана авторами в 1925 году [4] на примере случая гигантской кондиломы с поражением полового члена. Известно, что заболевание обычно протекает с развитием локального поражения и редко склонно к метастазированию. Крайне редко при нем выявляются случаи формирования плоскоклеточного рака [1, 2]. Вне зависимости от появления очагов изъязвлений или контактно кровоточащих тканей необходимо исключить злокачественное перерождение. ОБЛ ассоциируется с ВПЧ-инфекцией, а злокачественная трансформация распространена у ВИЧ-позитивных пациентов. Однако на представленном примере подтверждено, что малигнизация возможна и при отсутствии иммунодефицита [5]. В анализируемых нами литературных источниках часто описывается аногенитальная область как наиболее типичная локализация ОБЛ [6, 7]. Множественное распространение на половые органы делает этот случай особенно редким.

Роль предоперационной биопсии ограничена из-за неоднородности гистологических изменений в опухоли. Дооперационная биопсия позволила доказать лишь дисплазию в новообразовании, в то время как при послеоперационном гистологическом исследовании удаленных тканей была обнаружена дифференцированная плоскоклеточная карцинома.

ОБЛ является редким заболеванием со сложными вариантами, которые не могут быть стандартизованы. Варианты лечения данного заболевания включают криохирургию, применение подофиллина и иммунотерапию интерфероном. Однако эти методы более применимы при непротяженных поражениях [5]. При локально распространенной, многоочаговой и злокачественной формах ОБЛ показано выполнение хирургического удаления [5]. При подозрении на злокачественное перерождение иссечение опухоли должно выполняться с соблюдением принципов онкологической безопасности для предотвращения рецидивов. Учитывая то, что даже при озлокачествлении ОБЛ обычно имеется локальный вариант без метастатического распространения, радикальное иссечение опухоли остается золотым стандартом лечения. При этом необходимость дополнительного применения химиотерапевтических и лучевых методов остается спорной. Дополнительное применение лучевой терапии на глубокорасположенные ткани возможно лишь при абсолютной уверенности в распространении злокачественной ОБЛ [8]. В то же время имеются сведения о риске ухудшения течения заболевания после лучевой терапии [9, 10].

Исходы лечения пациентов с ОБЛ в целом неудовлетворительные, так как риск локальных рецидивов составляет 67 %, а летальность при рецидиве заболевания достигает 30 % наблюдений [11].

Заключение

Опухоль Бушке — Левенштейна редко сопровождается малигнизацией. Тем не менее необходимо тщательное соблюдение онкологической настороженности. После

удаления крупного новообразования особое значение в послеоперационном качестве жизни имеет выбор реконструктивно-пластического вмешательства. Для профилактики рецидива целесообразно проведение иммунотерапии в послеоперационном периоде.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация о спонсорстве.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Прозрачность исследования.

Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Список литературы / References

- 1 Spinu D., Rădulescu A., Bratu O., Checheriță I.A., Ranetti A.E., Mischianu D. Giant condyloma acuminatum — Buschke — Lowenstein disease — a literature review. *Chirurgia (Bucur)*. 2014;109(4): 445–50. PMID: 25149605
- 2 Agarwal S., Nirwal G.K., Singh H. Buschke — Lowenstein tumour of glans penis. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(5):215–8. DOI: 10.1016/j.ijscr.2014.01.023
- 3 Indinnimeo M., Impagnatiello A., D'Ettoire G., Bernardi G., Moschella C.M., Gozzo P. et al. Buschke — Lowenstein tumor with squamous cell carcinoma treated with chemo-radiation therapy and local surgical excision: report of three cases. *World J Surg Oncol*. 2013;11:231. DOI: 10.1186/1477-7819-11-231
- 4 Buschke A., Lowstein L. Uber carcinomahnliche condylomata acuminata des penis. *Klin Wochenschr*. 1925;4:1726–8. DOI: 10.1007/BF01728480
- 5 Safi F., Bekdache O., Al-Salam S., Alashari M., Mazen T., El-Salhat H. Management of peri-anal giant condyloma acuminatum — a case report and literature review. *Asian J Surg*. 2013;36(1):43–52. DOI: 10.1016/j.asjsur.2012.06.013
- 6 Kim H.G., Kesey J.E., Griswold J.A. Giant anorectal condyloma acuminatum of Buschke — Löwenstein presents difficult management decisions. *J Surg Case Rep*. 2018;2018(4):rjy058. DOI: 10.1093/jscr/rjy05
- 7 Papapanagiotou I.K., Migklis K., Ioannidou G., Xesfyngi D., Kalles V., Mariolis-Sapsakos T. et al. Giant condyloma acuminatum-malignant transformation. *Clin Case Rep*. 2017;5(4):537–8. DOI: 10.1002/ccr3.863
- 8 Sporkert M., Rubben A. Buschke — Lowenstein tumor. *Hautarzt*. 2017;68(3):199–203. DOI: 10.1007/s00105-016-3924-x
- 9 Fukunaga M., Yokoi K., Miyazawa Y., Harada T., Ushigome S. Penile verrucous carcinoma with anaplastic transformation following radiotherapy: a case report with human papillomavirus typing and flow cytometric DNA studies. *Am J Surg Pathol*. 1994;18(5):501–5. PMID: 8172323
- 10 Sandhu R., Min Z., Bhanot N. A gigantic anogenital lesion: Buschke — Loewenstein tumor. *Case Rep Dermatol Med*. 2014;2014:650714. DOI: 10.1155/2014/650714
- 11 Safi F., Bekdache O., Al-Salam S., Alashari M., Mazen T. Giant condyloma acuminatum of Buschke — Lowenstein tumour: Disease development between 2000 and 2010. *Surg Pract*. 2014;18(1):27–36. DOI: 10.1111/1744-1633.12047