

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Rôle des lambeaux régionaux dans la reconstruction fessière après exérèse d'un carcinome verruqueux d'origine condylomateux du sillon inter fessier ; à-propos d'un cas

DOI: 10.70780/medpeer.000QGTR

AUTEUR ET AFFILIATION

Kibbou Mostafa¹, Attar Mohammed², Kartite Driss³, Errabi Mohammed Nizar⁴, Sinaa Mohamed⁵, Taleb Meryem⁶, Ennouhi Mohammed amine⁷

¹ médecin résident au service de chirurgie réparatrice et esthétique hôpital militaire Molay Ismail (HMMI) MEKENES

² médecin résident au service de chirurgie réparatrice esthétique HMMI MEKENES

³ médecin résident au service de chirurgie réparatrice esthétique HMMI MEKENES

⁴ spécialiste en chirurgie viscérale A HMMI MEKENS

⁵ Professeur chef de service anatomie pathologique HMMI MEKNES

⁶ Spécialiste en anatomie pathologique hôpital ELGHASSAN FES

⁷ Professeur chef de service chirurgie réparatrice et esthétique HMMI MEKNES

Corresponding author: Kibbou Mostafa.

RÉSUMÉ

Le condylome de la marge anale est une infection virale fréquente, caractérisée par un potentiel récidivant, particulièrement chez les patients tabagiques ou avec antécédents de lésions liées au HPV. Nous rapportons le cas d'un patient de 59 ans pris en charge par une équipe multidisciplinaire incluant chirurgie viscérale, chirurgie plastique et anatomopathologiste. L'exérèse chirurgicale a permis l'élimination complète des lésions, et la reconstruction par lambeaux multiples a assuré une couverture fiable de la perte de substance tout en préservant la fonction sphinctérienne. L'examen histologique a confirmé la transformation maligne en carcinome verruqueux, soulignant l'importance d'une surveillance attentive. Une prise en charge éducative, incluant conseils d'hygiène et sevrage tabagique, a été instaurée pour limiter le risque de récurrence. Ce cas illustre l'intérêt d'une approche combinée chirurgicale et reconstructive dans la prise en charge des condylomes anogénitaux géants et leur potentiel de dégénérescence maligne.

MOTS-CLÉS

Condylome péri anal, carcinome verruqueux lambeaux multiples, reconstruction, récurrence.

ARTICLE PRINCIPAL

INTRODUCTION :

Les condylomes anogénitaux sont des lésions bénignes fréquentes, secondaires à une infection par le papillomavirus humain (HPV), principalement les génotypes 6 et 11. La transmission est essentiellement sexuelle, et leur persistance virale favorise les récurrences, notamment chez les patients tabagiques ou ayant des antécédents de lésions HPV. Le traitement repose sur l'exérèse complète des lésions, particulièrement dans les formes volumineuses ou récurrentes. Cependant, cette exérèse peut entraîner des pertes de substance importantes, notamment au niveau anal ou périnéal, nécessitant une prise en charge reconstructive. La couverture chirurgicale par lambeaux fasciocutanés ou autres techniques de chirurgie plastique permet de restaurer la continuité cutanée, de préserver la fonction sphinctérienne et de limiter le risque de récurrence. Dans notre observation, la **dégénérescence en carcinome verruqueux a été découverte à l'histologie**, soulignant l'importance d'une surveillance attentive et d'une approche combinée excision-reconstruction, où la chirurgie plastique joue un rôle central pour la couverture des pertes de substance après exérèse de lésions étendues. [1]

OBSERVATION CLINIQUE :

Il s'agit d'un patient âgé de 59 ans, originaire et résidant à **Ouatât El Haj**, retraité des **Forces Armées Royales**, tabagique chronique depuis 30 ans à raison d'un paquet par jour, marié et sans enfants. Sur le plan des antécédents, le patient présente une infertilité suivie depuis plus de 20 ans, a été opéré pour un **condylome inguinal droit** il y a 3 ans, et pour une **varicocèle** il y a 5 ans. Aucun autre antécédent médical notable n'a été rapporté.

Histoire de maladie Le patient consultait pour une lésion périnéale évoluant depuis environ huit mois, associée à un prurit anal intermittent, une gêne locale majorée en position assise ainsi que des épisodes de saignement minime au contact. Il ne rapportait ni troubles du transit ni altération de l'état général. Cette symptomatologie a motivé sa consultation dans un centre de chirurgie, où une biopsie initiale, réalisée environ sept mois auparavant, était en faveur d'un condylome géant. Le patient a été ensuite perdu de vue avant d'être secondairement référé dans notre service de chirurgie plastique pour une prise en charge spécialisée.

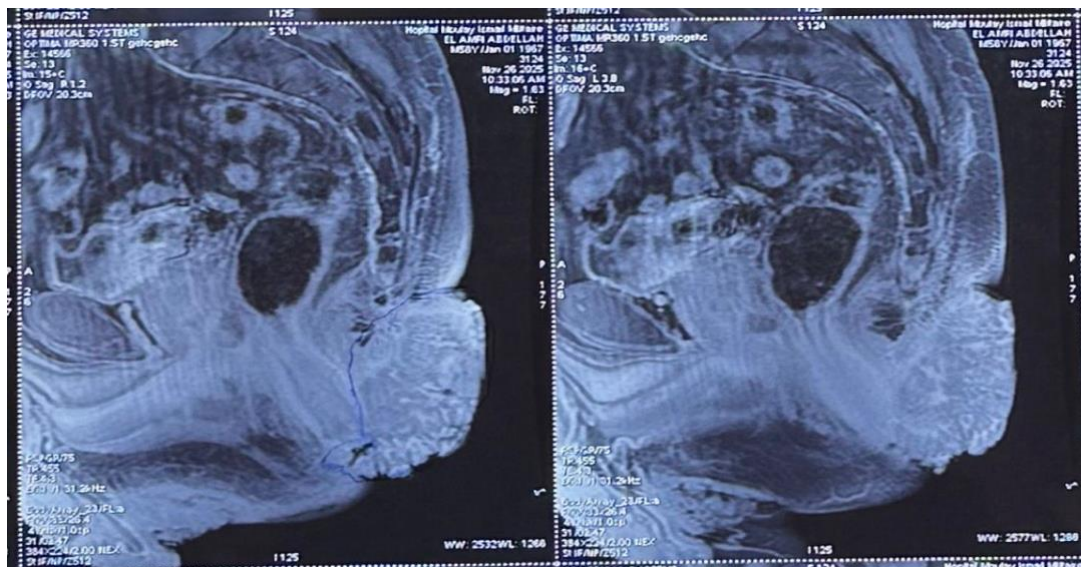
Examen clinique : Le patient était admis dans un contexte d'état général conservé, conscient, apyrétique, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen proctologique retrouvait à l'inspection une lésion géante siégeant au niveau du sillon inter fessier, mesurant environ 5 à 7 cm de diamètre. Il s'agissait d'une formation bourgeonnante, ulcérée, à surface irrégulière, associée à une odeur fétide. Les berges étaient inflammatoires avec macération locale, sans signes évidents d'extension intra-anales à l'examen clinique. Aucune adénopathie inguinale palpable n'était notée. Le toucher rectal demeurait indolore et ne retrouvait pas de masse intra-canalaires, et l'anuscopie ne mettait pas en évidence de lésions endo-anales visibles.



Figure N°1 : projection cutanée du bourgeon condylomateux au niveau du pli inter fessier

Bilan complémentaire : Un dépistage des infections sexuellement transmissibles (VIH, syphilis, hépatites B et C) a été réalisé dans le cadre du bilan étiologique. Les explorations biologiques ont mis en évidence une anémie hypochrome microcytaire, associée à une hyperleucocytose modérée et à une élévation discrète de la CRP, en faveur d'un syndrome inflammatoire biologique. Aucune anomalie sérologique n'a été retrouvée. Par ailleurs, le patient a bénéficié d'une biopsie cutanée, dont l'étude anatomopathologique initiale était en faveur d'un condylome géant.

L'IRM pelvienne a objectivé une formation lésionnelle des parties molles sous-cutanées fessières, bourgeonnante au niveau du pli interfessier, à contours lobulés, mesurant $48 \times 57 \times 79$ mm Elle apparaît en **isosignal T1**, **signal hétérogène en T2**, avec **restriction en diffusion** et un **rehaussement hétérogène intense après injection de produit de contraste**. Sur le plan topographique, la lésion est en **contact étroit avec l'extrémité inférieure du sphincter anal externe avec perte focale du liséré**, tout en restant à **distance des muscles fessiers et des muscles élévateurs de l'anus**. Aucune **fistule périnéale, collection pelvienne ou adénopathie pelvienne** n'a été mise en évidence.



**Figure N° 2 coupes d'une IRM montrant les rapports du condylome inter-fessier :
l'étendue et la profondeur**

Prise en charge : Devant la lésion condylomateuse cliniquement et radiologiquement suspect, un bilan d'extension a été réalisé comprenant une **TDM thoraco-abdomino-pelvienne**, revenue **sans anomalie**, ainsi qu'une **IRM pelvienne** ne montrant pas d'extension locorégionale significative. Un bilan d'opérabilité a également été mené afin d'évaluer les conditions anesthésiques et chirurgicales. La prise en charge chirurgicale a été réalisée en **deux temps opératoires espacés de 10 jours** : un premier temps d'**exérèse tumorale**, suivi d'un second temps de **couverture**

Premier temps : L'exérèse complète de la lésion a été réalisée sous **anesthésie générale**, en **décubitus ventral**, selon un **tracé préétabli** respectant une **marge latérale d'environ 1 cm** et une dissection **en profondeur jusqu'à l'aponévrose du muscle grand fessier**, afin d'assurer une exérèse complète tout en préservant les structures anatomiques sous-jacentes. L'exploration **peropératoire du canal anal** n'a révélé aucune extension endocanalaire. Une **préparation colique** a été instaurée en préopératoire pour réduire le risque infectieux et faciliter la gestion du canal anal. Une **stomie de propreté élective**, associée à une **sonde rectale**, a été mise en place afin de prévenir une **sténose rectale**, d'assurer la perméabilité du canal anal et de faciliter la surveillance post-opératoire.

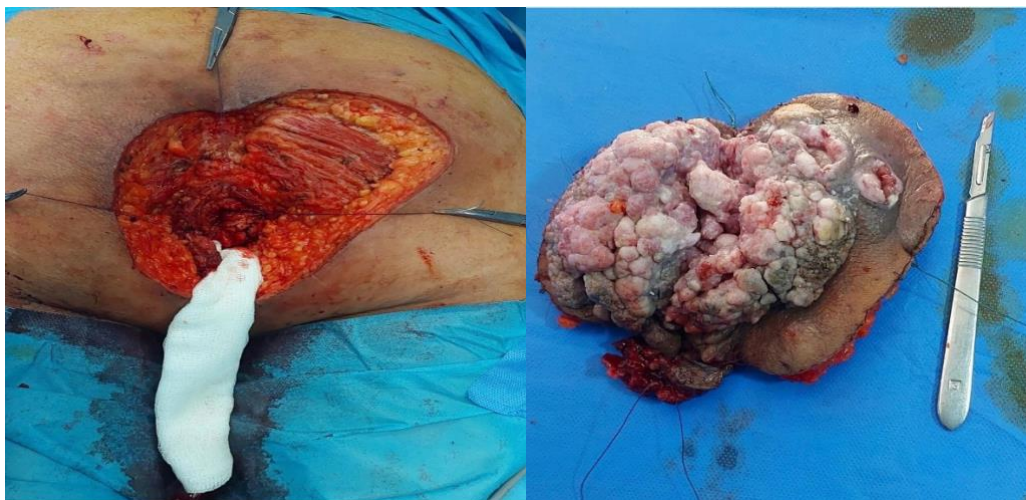


Figure N°2 : le temps d'exérèse chirurgicale du bourgeon condylomateux

Après l'**exérèse chirurgicale du carcinome**, un **plan de soins quotidien** a été mis en place, comprenant des **pansements à base de Bétadine** et une **antibiothérapie adaptée** aux résultats bactériologiques d'un écouvillonnage préalablement réalisé. Une **surveillance infectieuse stricte**, à la fois **clinique et biologique**, a été instaurée afin de garantir une **plaie propre**, sans stigmatisme d'infection, et facilement recouvrable, dans le cadre d'obtenir une cicatrisation optimale.

Les **résultats anatomopathologiques** ont montré une prolifération papillomateuse de l'épithélium malpighien avec **acanthose, hyperkératose** et présence de **koilocytes**, compatible avec un **carcinome épidermoïde de type verruqueux**, sans **embolie vasculaire**, et avec des **limites chirurgicales indemnes**, confirmant la **sécurité de l'exérèse**.

Deuxième temps : Reconstruction par lambeaux fasciocutanés multiples

Après validation de l'absence d'infection et confirmation de marges d'exérèse saines à l'examen anatomopathologique, l'indication de reconstruction a été retenue.

Le patient a été installé en décubitus ventral sous anesthésie générale. Un parage chirurgical méticuleux a été réalisé, emportant les tissus fibreux et inflammatoires résiduels jusqu'à obtention d'un lit receveur bien vascularisé et saignant. Les berges ont été régularisées afin d'obtenir un défaut aux contours nets et géométriquement favorable à la reconstruction.

La reconstruction des pertes de substance inter fessières a été réalisée à l'aide de lambeaux fasciocutanés inférieurs en îlot, basés sur des perforantes de l'artère glutéale inférieure, dessinés de part et d'autre de la perte de substance selon un tracé triangulaire. La couverture du pôle supérieur a été assurée par des lambeaux de rotation fessiers fasciocutanés à pédicule supérieur, vascularisés par des perforantes de l'artère glutéale supérieure. Chaque lambeau a été individualisé en identifiant et en respectant soigneusement son pédicule perforant, permettant une vascularisation fiable. La dissection des lambeaux inférieurs a été menée en plan sous-fascial, incluant le fascia du muscle grand fessier afin de sécuriser l'apport vasculaire et d'optimiser la solidité du lambeau. Les lambeaux supérieurs ont été mobilisés en préservant leur pédicule perforant supérieur, autorisant un mouvement de rotation et un avancement sans tension. Après mobilisation, les lambeaux inférieurs ont été **avancés médialement** pour combler le défaut central, et la fermeture du site donneur a été effectuée selon un **schéma en V-Y**, transformant le tracé triangulaire initial en fermeture longitudinale, ce qui permet un **gain de longueur tissulaire**, une **diminution des tensions sur la ligne médiane** et une bonne **répartition des forces de traction**. La fermeture a été réalisée en **plans anatomiques**, avec des **points profonds résorbables au Vicryl 0** complétés des points cutanés séparés à l'aide d'une agrafeuse. Un **drain de Redon aspiratif** a été mis en place.

Le résultat peropératoire a montré une **fermeture complète et stable de la perte de substance**, un **comblement efficace des espaces morts**, le respect des reliefs fessiers et une **vitalité des lambeaux satisfaisante**, confirmant la fiabilité de l'association de lambeaux fasciocutanés inférieurs en îlot et de lambeaux de rotation fessiers supérieurs dans ce type de reconstruction par lambeaux multiples.

Les suites opératoires ont été simples, avec des douleurs modérées bien contrôlées par les antalgiques,



FigureN°3 : résultat final après la mobilisation des lambeaux fesciocutanne fessiers

Suivi postopératoire : Le suivi post-opératoire a été réalisé de manière rigoureuse, avec des soins quotidiens, le maintien de positions alternées en décubitus latéral et ventral, et un parage régulier des zones de macération. Une antibiothérapie prophylactique à large spectre a été instaurée dès la phase initiale, puis ajustée en fonction des résultats microbiologiques et de l'évolution clinique. Cette stratégie a permis une cicatrisation progressive et complète, sans infection, illustrant l'importance d'une surveillance attentive et d'une prise en charge individualisée après exérèse d'un condylome géant.



Figure N°4 : aspect des lambeaux après 1 mois de suivie

DISCUSSION :

Les condylomes anogénitaux sont des lésions bénignes d'origine virale, secondaires à une infection par le papillomavirus humain (HPV), principalement les génotypes **6 et 11**, identifiés comme responsables de la grande majorité des formes non dysplasiques. La transmission est essentiellement sexuelle, par contact direct cutanéomuqueux lors des rapports, ce qui explique leur prédominance chez les sujets jeunes et sexuellement actifs. La contagiosité élevée du virus, associée à la possibilité d'infections asymptomatiques, contribue à sa large diffusion et au risque de récurrence [2]

Notre patient présentait plusieurs facteurs favorisants, notamment un tabagisme chronique, reconnu pour son effet délétère sur l'immunité locale et son rôle dans la persistance de l'infection par le papillomavirus humain (HPV), ainsi qu'un antécédent de condylome inguinal, témoignant d'une infection antérieure par le HPV et traduisant un terrain propice aux récurrences ou à l'apparition de nouvelles localisations anogénitales. L'association de ces éléments constitue un contexte à risque, justifiant une surveillance clinique rapprochée et prolongée [3]

Particularités de la localisation anale : La marge anale est une zone de macération et de microtraumatismes favorisant l'inoculation virale. La présence de lésions externes doit toujours faire rechercher une atteinte intra-anale associée par anoscopie [4]

Le diagnostic différentiel des condylome dégénérés anogénitaux inclut plusieurs entités cliniques pouvant mimer leur aspect : **les marisques hémorroïdaires**, qui se présentent comme des excroissances périnéales ou anales, **le molluscum contagiosum**, caractérisé par de petites papules perlées parfois confondues avec des condylomes, **la néoplasie intraépithéliale anale (AIN)**, lésion précancéreuse nécessitant une prise en charge spécialisée, et le carcinome épidermoïde anal, plus rare mais à éliminer systématiquement, surtout chez les patients présentant des facteurs de risque. Chez un patient de plus de 50 ans et tabagique, l'examen histologique demeure incontournable pour écarter toute lésion précancéreuse ou maligne. Le diagnostic est souvent retardé en raison de la localisation intime des lésions, générant gêne et consultation tardive, de la crainte des risques chirurgicaux et d'une orientation tardive vers des spécialistes compétents. Ces facteurs expliquent la complexité de la prise en charge et soulignent l'importance d'une vigilance clinique et d'une intervention précoce [5]

Traitement : La chirurgie reste le traitement de référence pour les lésions volumineuses ou multiples. Elle permet une exérèse complète et une analyse anatomopathologique [6]

Problématique de la couverture : La reconstruction des pertes de substance de la région inter-fessière/Ano glutéale représente un véritable défi en chirurgie réparatrice Vu les contraintes mécaniques importantes (pression, macération, contamination microbienne), et un rapport anatomique étroit avec les structures sphinctériennes. L'objectif reconstructif ne se limite donc pas à une **simple fermeture cutanée, mais doit répondre à trois questions : assurer une couverture durable, préserver la continence anale et limiter le risque de récidive.**

Après exérèse tumorale avec marges soi-disant saines, la perte de substance obtenue est souvent profonde et large, exposant les plans musculaires, voire le fascia. Une fermeture directe est généralement impossible ou délétère en raison des tensions excessives qu'elle engendrerait, exposant à un risque de désunion, de nécrose ou de cicatrice rétractile.

Dans ce contexte, **les lambeaux fasciocutanés** constituent une option de choix. Contrairement à une greffe cutanée, inadaptée sur un lit peu vascularisé ou soumis aux frottements, le lambeau apporte un tissu bien vascularisé, épais et résistant. Le recours à des lambeaux en îlot à pédicule inférieur avec fermeture en V-Y permet un avancement tissulaire efficace, une redistribution harmonieuse des tensions et des cicatrices de bonne qualité. Cette stratégie offre également l'avantage de préserver les reliefs anatomiques et de maintenir une bonne trophicité locale.

Enfin, le choix de la technique reconstructive doit toujours intégrer le risque carcinologique. Une reconstruction trop complexe ou trop profonde pourrait compromettre une surveillance ultérieure en cas de récidive. Les lambeaux locaux d'avancement représentent ainsi un compromis optimal entre fiabilité vasculaire, simplicité technique et respect des principes oncologiques en préservant un capital cutané à gérer en cas de récidive des les lésions .

Les récidives : Les récidives du carcinome verruqueux ano-génital sont relativement fréquentes, en raison de sa croissance infiltrante locale, de la persistance virale liée au HPV et

de la possibilité de foyers résiduels microscopiques. Leur incidence est majorée chez les patients tabagiques et chez ceux présentant des antécédents de lésions condylomateuses. Dans notre cas, un protocole de surveillance structuré a été instauré, associant des soins locaux réguliers, une éducation du patient aux règles d'hygiène et une forte sensibilisation à l'arrêt du tabac. Cette démarche vise à limiter les facteurs de risque et à permettre une détection précoce d'une éventuelle récurrence. Celle-ci pourrait s'avérer particulièrement complexe à prendre en charge sur le plan reconstructif, compte tenu du capital cutané déjà sollicité lors de la reconstruction initiale.

Éthique : défis et risques pour l'équipe chirurgicale

La chirurgie des condylomes ano-génitaux géants est complexe en raison de l'anatomie et du risque de contamination par le HPV. Le personnel opératoire doit adopter des mesures strictes de protection pour limiter l'exposition virale. La prise en charge exige un engagement important du staff pour garantir la sécurité tout en optimisant le résultat fonctionnel et esthétique du patient. Cette situation illustre le **sacrifice nécessaire au bénéfice du patient**. Elle souligne enfin l'importance d'une approche pluridisciplinaire et rigoureusement préparée.

Conclusion : Le carcinome verruqueux de la marge anale est une tumeur rare, à croissance lente, souvent associée à une infection par le HPV, et pouvant survenir sur un terrain de condylomatose chronique. Il se caractérise par une agressivité locale avec un faible potentiel métastatique. Le traitement repose essentiellement sur une exérèse chirurgicale large, visant un contrôle carcinologique optimal. La prise en charge multidisciplinaire, impliquant le chirurgien plasticien, le viscéraliste et l'anatomopathologiste, est fondamentale. La reconstruction par lambeaux locorégionaux multiples permet d'assurer une couverture fiable des pertes de substance tout en préservant la fonction sphinctérienne. Une surveillance prolongée est indispensable en raison du risque de récurrence locale.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Tekumalla S, Bhari N, Gupta S. Recommandations asiatiques pour la prise en charge des condylomes acuminés. *J Infect Chemother*. 2022 juill;28(7):845-852.
doi:10.1016/j.jiac.2022.03.004.
<https://doi.org/10.1016/j.jiac.2022.03.004>
2. Doorbar J, Egawa N, Griffin H, Kranjec C, Murakami I. Biologie moléculaire du papillomavirus humain et association aux maladies. *Rev Med Virol*. 2015;25(Suppl 1):2-23.
<https://doi.org/10.1002/rmv.1822>
3. Kaderli R, Schnüriger B, Brügger LE. Impact du tabagisme sur l'infection à HPV et le développement des verrues anogénitales. *Int J Colorectal Dis*. 2014 août;29(8):899-908.
doi:10.1007/s00384-014-1922-y.
<https://doi.org/10.1007/s00384-014-1922-y>
4. McCutcheon T. Condylome acuminé anal. *Gastroenterol Nurs*. 2009 sept-oct;32(5):342-349.
doi:10.1097/SGA.0b013e3181b85d4e.
<https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e3181b85d4e>
5. Schaffer JV, Cerroni L. Infections à papillomavirus humain (verrues génitales et diagnostic différentiel). In : Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, éditeurs. *Dermatologie*. 4e éd. Elsevier; 2018.
6. Nieves-Condoy JF, Acuña Pinzón CL, Chavarría Chavira JL, et al. Condylome acuminé géant (tumeur de Buschke-Löwenstein) : revue d'une pathologie rare et difficile à prendre en charge. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2021;2021:9919446.