



Cas Clinique

Carcinome du Tractus Ano-génital in Situ de Type Bowen chez une Immunodéprimée au VIH: à propos d'un Cas au Mali

Bowen's disease in patient living with AIDS: a case report from Mali
 Kéita BS¹, Doucouré D¹, Sangaré S², Cissé A⁴, Traoré M⁵, Kéita MS³, Samaké D⁶,
 Konaté I^{7,8}, Dao S^{7,8,9}

1-Service de médecine et spécialités médicales de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes/Unité d'infectiologie
 2- Service de chirurgie et spécialités chirurgicales de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
 3- Cellule sectorielle de lutte contre le VIH/sida, les Hépatites et la Tuberculose du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
 4-Service de Dermatologie de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
 5- Service de médecine de l'Hôpital Régional de Sikasso
 6- Service de médecine de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti
 7- Service des maladies infectieuses du CHU du point G Bamako, Mali
 8- Faculté de médecine et d'odontostomatologie
 9- Centre de recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose (SEREFO/FMOS), USTTB, Bamako, Mali

Auteur correspondant, Email :
bakarysayonkeita@yahoo.fr

Mots clefs: maladie de Bowen, VIH, ARV, Mali.

Keywords: Bowen's disease, HIV, ARV, Mali.

RÉSUMÉ

Le carcinome épidermoïde in situ de la peau (maladie de Bowen) est une tumeur maligne intra épidermique courante à faible potentiel invasif se présentant comme une lésion plane rosée, parfois pigmentée, érythémateuse ou érythémato-squameuse. Toutefois, lorsque le papillomavirus humain (HPV) est responsable d'un carcinome épidermoïde du canal anal et/ou de la marge anale, il peut prendre l'aspect d'une ulcération ou d'une fissure atypique à bord irrégulier, infiltrée et inflammatoire, ou d'une lésion bourgeonnante plus ou moins ulcérée.

Nous décrivons le cas d'une patiente séropositive au VIH de type 1, présentant une ulcération anogénitale évoluant depuis quatre mois chez qui nous avons retenu le diagnostic d'une maladie de Bowen non invasive sur la base de l'aspect histologique, malgré indisponibilité de la recherche de comorbidités (HPV et de mycobactérie). La patiente était sous antirétroviraux (Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz). La modification de schéma en association Abacavir/Lamivudine/ (ABC/3TC), associée aux soins locaux, a permis une cicatrisation totale des lésions. Ce cas suggère que la restauration de l'immunité associée aux soins locaux peut entraîner une cicatrisation des lésions de la maladie de Bowen chez les immunodéprimés au VIH.

ABSTRACT

Bowen's disease (in situ epidermoid carcinoma of the skin) is a common intra-epidermal malignant skin tumor with low invasive potential. It presents as a pinkish, sometimes pigmented, erythematous or erythematous-scaly lesion. However, when human papillomavirus (HPV) is responsible for squamous cell carcinoma of the anal canal and / or anal margin, the lesion may appear as an atypical ulceration or fissure with an irregular, infiltrated and inflammatory edge, or a more or less ulcerating budding lesion.

We report the case of a patient with HIV type 1 who had an anogenital ulceration evolving for four months. Based on the histological findings, our working diagnosis was non-invasive Bowen's disease, although we could not obtain results for comorbidity (HPV and mycobacteria). We modified the previous HAART regimen (Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz) to a new one including Abacavir / Lamivudine / (ABC / 3TC). The new treatment, combined with local care, enabled total healing of lesions. This case suggests that restoration of immunity associated and local care can lead to cure of Bowen's disease lesions in immunocompromised HIV patients.

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde in situ de la peau (maladie de Bowen) est une tumeur maligne intra épidermique courante à faible potentiel invasif et se présente comme une lésion plane rosée, parfois pigmentée, érythémateuse ou érythémato-squameuse. Lorsque le Papillomavirus humain (HPV) est responsable d'un carcinome épidermoïde du canal anal et/ou de la marge anale, il peut prendre l'aspect d'une ulcération ou d'une fissure atypique à bord irrégulier, infiltré et inflammatoire, ou d'une lésion bourgeonnante plus ou moins ulcérée. Le pronostic de la maladie de Bowen est bon. Le risque de progression en carcinome invasif est de l'ordre de 3 à 20% des cas. Le traitement de choix repose sur l'exérèse chirurgicale précoce et complète avec des marges latérales de 5mm. Nous rapportons un traitement réussi de la maladie de Bowen du tractus ano-génital chez une immunodéprimée au VIH en échec thérapeutique avec la restauration de l'immunité associée aux soins locaux.

OBSERVATION

Nous décrivons le cas d'une patiente séropositive pour le VIH de type 1 de 35 ans suivi à l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes sous traitement antirétroviral (ARV) depuis 2014 à base de Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz (TDF/3TC/EFV) qui nous avait été adressée le 28/03/2019 par le service de gynéco-obstétrique pour ulcération vulvaire. Par ailleurs quatre mois plus tôt soit le 22/11/2018, la patiente avait été vue en consultation pour renouvellement ARV et se plaignait d'une ulcération vulvaire sans autres signes associés dont l'examen physique notait une ulcération linéaire unique, indolore à fond propre au niveau vulvaire (grande lèvre à droite) d'environ 1 cm pour laquelle la patiente a été mise sous doxycycline et ciprofloxacine pour un traitement présomptif de syphilis et de chancre mou selon les recommandations de l'approche syndromique devant une ulcération génitale avec un rendez-vous à la fin de ce traitement ou si aggravation de la symptomatologie sous traitement.

L'examen de la vulve a objectivé une ulcération indolore à fond propre, bords nets, contours irrégulier recouvrant la vulve [photo 1].



Photo 1 : Avant Biopsie (28/03/2019)

Aucune autre anomalie des organes génitaux externes ou des ganglions inguinaux n'a été mise en évidence. L'utérus et les annexes avaient un aspect normal au toucher rectal.

Une première biopsie a été réalisée le 28/03/2019 pour l'examen anatomopathologique, un écouvillonnage pour l'examen bactériologique, un traitement à base de bain de siège avec le Dakin solution et Fucidine crème avec renforcement thérapeutique. La patiente a été vue le 24/04/2019 avec le résultat de l'examen Anatomopathologique. A l'examen clinique nous avons constaté une extension de l'ulcération à tout le tractus ano-génital [Photo 2].



Photo 2: avant 2^{ème} biopsie (24/04/2019)

Une seconde biopsie pour la recherche d'invasion et de comorbidités (HPV et de mycobactéries), l'échographie abdominale et pelvienne, la radiographie de thorax de face, la charge virale et le taux de CD4 ont été réalisées le 26/04/2019.

L'échographie abdominopelvienne et la radiographie de thorax de face étaient sans particularité.

La charge virale est revenue à **262 925** copies pour un taux de CD4 à 02 cell. / μ l.

La première biopsie a mis en évidence un épithélium malpighien acanthosique et vascularisé avec des cellules présentant une anisocaryose et un hyperchromatisme ; le chorion est infiltré de nombreux lymphoplasmocytes et de polynucléaires neutrophiles avec des aspects de pseudo-invasion et conclu à un aspect histologique de carcinome in situ de type Bowen et intérêt d'une seconde biopsie pour la recherche d'invasion.

La seconde biopsie a mis en évidence un épithélium malpighien avec une anisocaryose et de nombreuses mitoses, un derme infiltré de lymphoplasmocytes et de polynucléaires neutrophiles en regard des zones d'ulcération et conclu à un aspect histologique d'une maladie de Bowen avec absence d'invasion à la limite des fragments examinés, la recherche d'HPV et de mycobactérie n'a pas pu être réalisée par le laboratoire compte tenu du plateau technique insuffisant.

Au vu de ces résultats nous avons conclu à un échec thérapeutique et la patiente a été mise sur deuxième ligne thérapeutique à base de Abacavir/Lamivudine/(ABC/3TC) 1 comprimé à 08 Heures et Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en raison de 2 comprimés à 08heures et 2 comprimés à 20 heures et un traitement local à base de bain de siège avec le Dakin solution et Fucidine crème. L'évolution a été favorable marqué par la cicatrisation après environ 2 mois de traitement [Photo 3].

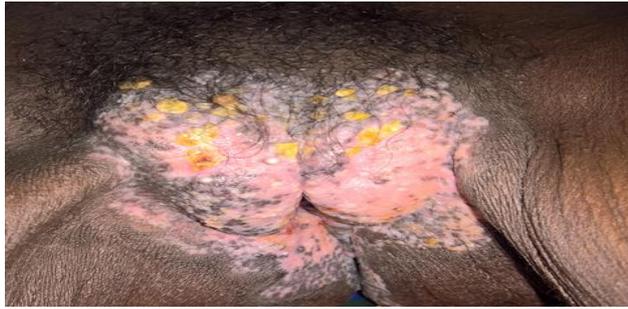


Photo 3: Après mise sous deuxième ligne (01/07/2019)

DISCUSSION

L'âge de notre patiente était de 35ans compris dans la tranche d'âge de l'étude de Kaushal . et al [1] qui était de 29 et 41 ans et de Yuan et al [2] qui était de 23 à 64 ans, mais supérieur à celui de Heller et al [3] qui était de 28 ans et de Godfrey et al [4] 09 ans. Ces résultats montrent que la maladie de Bowen peut survenir à tout âge.

Chez les femmes immunodéprimées séropositives, l'infection persistante au VPH prédispose non seulement le col utérin, mais aussi l'épithélium épidermoïde vulvaire à la dysplasie et au cancer [1] cependant dans notre cas rapporté nous n'avions pas pu faire la recherche de VPH compte tenu du plateau technique. Cela témoigne la nécessité du renforcement du plateau technique dans notre structure. Le taux de CD4 était de 02 cellule chez notre patiente tandis qu'il était respectivement entre 676 et 734 / mm³ et 212-318 / mm³ chez les deux cas rapportés par Kaushal et al [1] et respectivement 8 cells/μL et 76 CD4+ cells/μL chez les deux cas de Fernandez-Sánchez et al [5]. Nous pouvons donc conclure que la maladie de Bowen peut survenir quelque soit le taux de CD4. Notre patiente avait une charge virale

à 262 925 copies nettement élevée à celui de Fernandez-Sánchez et al [5] dont le cas ayant réalisé la charge virale était à 14 636 copies/μl. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre patiente avait un taux de CD4 plus effondré (2 contre 8 CD4). Tout comme notre patiente était sous ARV au moment du diagnostic les deux cas rapportés par Fernandez-Sanchez et al [5] l'étaient aussi à la différence de notre patiente qui était à 5 ans de traitement antirétroviral, eux ils étaient respectivement à 2 et 6 mois de traitement antirétroviral. Cela pourrait expliquer le non changement de leur schéma ARV.

La maladie de Bowen non traitée peut devenir invasive et doit donc être traitée [1] chez notre patiente nous notons une absence d'invasion contrairement au cas rapporté par Heller et al [3] où c'était invasive et associé à la grossesse mais cependant elle était séronégative au VIH. Cela pourrait s'expliquer par la prise en charge précoce et l'absence de grossesse chez notre patiente.

Il existe plusieurs options de traitement, notamment les suivantes : les traitements topiques, tels que les crèmes à base de 5-fluorouracile (5-FU) et les crèmes à base d'imiquimod ; les interventions chirurgicales, telles que l'excision et la chirurgie micrographique de Mohs ; les

traitements destructeurs, tels que la cryothérapie (congélation) et les lumniothérapies, telles que la thérapie photodynamique (où une crème photosensible est utilisée en combinaison avec la lumière visible) [6] dans notre cas le traitement a consisté à la mise sous deuxième ligne thérapeutique à base de Abacavir/Lamivudine/ (ABC/3TC) 1 comprimé à 08 Heures et Lopinavir/ritonavir (LPV/r) en raison de 2 comprimés à 08heures et 2 comprimés à 20 heures et un traitement local à base de bain de siège avec le Dakin solution et Fucidine, Kaushal S. et al [1] par utilisation prolongée d'imiquimod après excision. Cependant Bath Hextall FJ et al [6] ont tenté de déterminer quel était le traitement le plus efficace contre la maladie cutanée de Bowen, avec le moins d'effets secondaires à travers une revue sans pouvoir fournir de conclusions solides concernant l'efficacité comparative des traitements.

CONCLUSION

Ce cas démontre que la restauration de l'immunité associée aux soins locaux peut entraîner une cicatrisation des lésions de la maladie de Bowen chez les immunodéprimés au VIH.

RÉFÉRENCES

1. Kaushal S, Merideth M, Koppa P, Pulanic TK, Stratton P. Treatment of multifocal Bowen's disease in immunocompromised women with surgery and topical imiquimod. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb;119(2 Pt 2):442-4.
2. Yuan GW, Wu LY, Zhang R, Li XG. Clinical analysis for 18 cases of vulvar Bowen's disease. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2013 Dec;48(12):925-8.
3. Heller DS, Cracchiolo B, Hameed M, May T. Pregnancy-associated invasive squamous cell carcinoma of the vulva in a 28-year-old, HIV-negative woman. A case report. *J Reprod Med.* 2000 Aug;45(8):659-61
4. Godfrey JC, Vaughan MC, Williams JV. Successful treatment of bowenoid papulosis in a 9-year-old girl with vertically acquired human immunodeficiency virus.. *Pediatrics.* 2003 Jul;112(1 Pt 1):e73-6. Review.
5. Fernández-Sánchez M, Charli-Joseph Y, Domínguez-Cherit J, Guzman-Herrera S, Reyes-Terán G. Acral and Multicentric Pigmented Bowen's Disease in HIV-Positive Patients: Report on Two Unusual Cases. *Indian J Dermatol.* 2018;63(6):506-8. doi:10.4103/ijd.IJD_47_17
6. Bath-Hextal FJ, Matin RN, Wilkinson D, Leonardi-Bee J. Interventions for cutaneous Bowen's disease. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.:CD007281.DOI: 10.1002/14651858.CD007281.pub2.