

# DEV KONDİLOMA AKÜMİNATA (BUSCHKE-LÖWENSTEIN HASTALIĞI): OLGU SUNUMU

Orhan ŞAD, Nejdet BİLDİK, Ayhan ÇEVİK, Hüseyin EKİNCİ, Mehmet ALTINTAŞ, Mustafa GÜLMEN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

Kondiloma en sık perianal ve genital bölgede izlenen human papilloma virüs ile bulaşan veneral bir hastalıktır. Bu yazıda sunduğumuz şekilde dev kondilomalar ise Buschke-Löwenstein hastalığı veya verrüköz karsinoma olarak adlandırılmaktadır. Anal mukokutanöz hattın sol gluteusa uzanan, 18 cm çapında, ülser ve pürülan akıntılı kitle ile başvuran 42 yaşındaki hasta ağrı, yürümede güçlük ve kötü kokudan yakınmaktaydı. Hastaya rektum ve sfinkterleri koruyacak şekilde cerrahi geniş eksizyon ve geçici kolostomi uygulandı. Ameliyat sonrası iki kez yara debridmanı uygulanan ve yarası sekonder iyileşen hastanın ameliyat sonrası 5. ayda iki adet nüks lezyonu eksize edilerek kolostomisi kapatıldı. Ameliyat sonrası takipte tutulan hastanın senelik kontrolünde nüks saptanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Anüs hastalıkları/cerrahi; kondiloma aküminata/tanı/tedavi.

## GIANT CONDYLOMATA ACUMINATA (BUSCHKE-LOWENSTEIN DISEASE): CASE REPORT

*Condylomata acuminata is a sexually transmitted disease caused by human papilloma virus. It is frequently seen on perianal regions and genitalia. A giant form of this disease that we have presented in this paper is called (Buschke-Löwenstein disease) as verrucous carcinoma. Male patient was admitted to our clinic with an ulcerated mass of 18 centimeters in diameter extending from mucocutaneous line of the anus to the left gluteal region. He was complaining of pain, difficulty in walking and foul odor. An extended surgical excision and temporary colostomy were performed by sparing rectum and anal sphincters. Two more debridments were performed. Five months later following the surgery two recurrent lesions have been excised and the stoma has been closed. During a year of follow-up, no recurrence has been observed.*

**Key Words:** Anus disease/surgery; condylomata acuminata/diagnosis/therapy.

Milattan önce 1. yüzyılda *Condylomata Acuminata* adıyla Roma'da tarif edilen genital siğiller günümüzde cerrahide en sık karşılaşılan veneral hastalıktır.<sup>[1,2]</sup> Koutsky ve ark.'nın<sup>[3]</sup> tahminlerine göre A.B.D.'de cinsel yönden aktif yetişkinlerin %1'inde görülebilir genital siğil vardır. Avrupa toplumunda ise kondilomata aküminata insidansı %7-10 arasındadır.<sup>[4]</sup> Pruritus ani, ağrı, akıntı, kanama ve ısı-

laklık yakınmaları ile başvurabilen hastalarda kondilomata aküminatanın tipik görünümü nedeniyle tanısı kolaylıkla konulabilir.<sup>[5]</sup> Bu yazıda sunulan olguda görülen tarzda dev kondilomata aküminata ise ilk kez 1925 yılında bildirilen penis kondilomu olgusunun yazarlarına ithafen Buschke-Löwenstein tümörü (veya "verüköz karsinoma") olarak adlandırılmıştır.<sup>[6]</sup>

Başvuru tarihi: 30.12.2004 Kabul tarihi: 6.2.2006

İletişim: Dr. Orhan Şad, Yalı Mah., Gürsel Sok., No: 21/21, 34844 Maltepe, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 305 24 68 e-posta: orhansad@superonline.com

Kondiloma aküminata etyolojisinde *Human papillomavirus*'un (HPV) en az 66 tipi tanımlanmış, ancak bunlardan sadece 12'si genital kondilomlardan izole edilebilmiştir. Bunlardan tip 6, 11, 16, 18 en sık karşılaşılan etkidir. Tip 16 ve 18'in yanı sıra tip 31, 33, 34, 35'in etken olduğu durumlarda displazi ve malign dönüşüm ile karşılaşılabilmektedir.<sup>[7,8]</sup> Hastalık perianal bölgeye ek olarak penis, vulva, vajina, serviks uteri ve distal üretrada da izlenebilmektedir. Perianal lezyonların %50-90'ında anal kanal ve distal rektumun tranzisyonel epitelinde tutulum vardır.<sup>[2]</sup>

### OLGU SUNUMU

Sol gluteusda ağrılı, kötü kokulu ve yürümede güçlük oluşturan yara ve sertlik yakınmasıyla başvuran 42 yaşındaki erkek hasta; son iki yıl içinde üç kez kondilomata aküminata tanısıyla ameliyat olduğunu ifade ediyordu. Fizik muayenede mukokutanöz bölgeden başlayarak sol gluteusa uzanan 18 cm çapında, ülser ve pürülan akıntılı kitle saptandı (Şekil Ia, b).

Rektoskopide lezyon saptanmayan hastanın pelvis bilgisayarlı tomografisinde anal sfinkter seviyesine uzanan düzensiz konturlu kitle ile perianal obturator internus, gluteus maksimus kası arasında yağlı planların açık olduğu izlendi. Bu lezyondan alınan insizyonel biyopsilerde malignite veya displazi saptanmadı. Kitle genel anestezi altında yüzüstü pozisyonda anal sfinkterler ve rektum duvarı korunarak total olarak eksize edildikten (Şekil Ic) sonra hastaya tekrar pozisyon verilerek batın sol alt kadrandan "sigmoid loop kolostomi" açıldı. Cilt defekti ikincil iyileşmeye bırakıldı. Ameliyat sonrası sağlam gluteal, perineal ve perianal cilde podofilinli pomad uygulandı ve 4. günde taburcu edildi.

Hastaya ameliyat sonrası 8. ve 15. günlerinde genel anestezi altında yara debridmanı yapıldı (Şekil Id). Haftalık kontrollerle hasta takibe alındı (Şekil Ie). Ameliyat sonrası 4. ayda gluteal ve perianal defekti tam olarak iyileşen hastanın rektoskopik kontrolünde anorektal lezyon saptanmamasına rağmen mukokutanöz hatta iki adet 6 mm çapında kondilom izlenerek (Şekil If) koter ile eksizyon uygulandı. Bundan iki hafta sonra ise hastanın kolostomisi genel anestezi altında kapatıldı. Halen polikliniğimize kontrollere gelmekte olan hastanın ameliyat sonrası senelik kontrolünde nüks lezyon izlenmemiştir. Hastanın sfinkter fonksiyonları ve kontinensi doğaldır.

### TARTIŞMA

Von Krogh<sup>[9]</sup> 1991 yılında kondilom tedavisindeki yaklaşımı şu şekilde belirlemiştir:

1. Hastalısız periyodların sağlanması.
2. Hastalıktan daha kötü olmayacak bir tedavi.
3. Eşlik edebilecek maligniteye bağlı morbidite ve mortalitenin en aza indirgenmesi.

Bu amaçla tedavide birçok yöntem kullanılmaktadır. Kostik veya sitotoksik ajanlar, kriyoterapi, bitkisel ilaçlar gibi topikal, immünolojik yöntemler, koterizasyon, lazer ve cerrahi eksizyon gibi daha invaziv yöntemler tedavi repertuarına katılmıştır. Ama tüm bunların sonucunda nüks oranları yine de oldukça yüksektir (%10-65).<sup>[2]</sup>

En çok bilinen topikal ilaçlardan olan podofilin, podofilotoksin, bikloroasetik asid ve trikloroasetik asit 1-2 mm'lik küçük lezyonlarda etkili olabilmektedir. Ama %30-65 oranında nüks oranı bu tedaviler sonrasında beklenmelidir.<sup>[1]</sup> Pareek ve ark.<sup>[10]</sup> %5'lik 5-fluorourasil pomadları ile 3-7 günlük topikal tedavi sonrasında 41 hastada 1-1.5 ay içerisinde iyileşme gözlediklerini belirtmişlerdir. Bir immünomodülatör olan "imiquimod"un topikal kullanımı ile de hafif-orta dereceli enflamasyon dışında yan etki olmaksızın tedavi sağlandığı bildirilmektedir.<sup>[11]</sup> "Imiquimod" ile %70 üzerinde tam iyileşme ve %13 civarında relaps bildirilmektedir.<sup>[12,13]</sup> İmmünoterapiler grubundan interferon ile %82 oranında başarı sağlanmakta ve cerrahi tedaviye adjuvan olarak kullanıldığında nüksü %19'den %6'ya indirmektedir.<sup>[14,15]</sup> HPV aşısı tedavi ve korunma amacıyla kullanılmakta ve yeni aşılar geliştirilmektedir.<sup>[16,17]</sup>

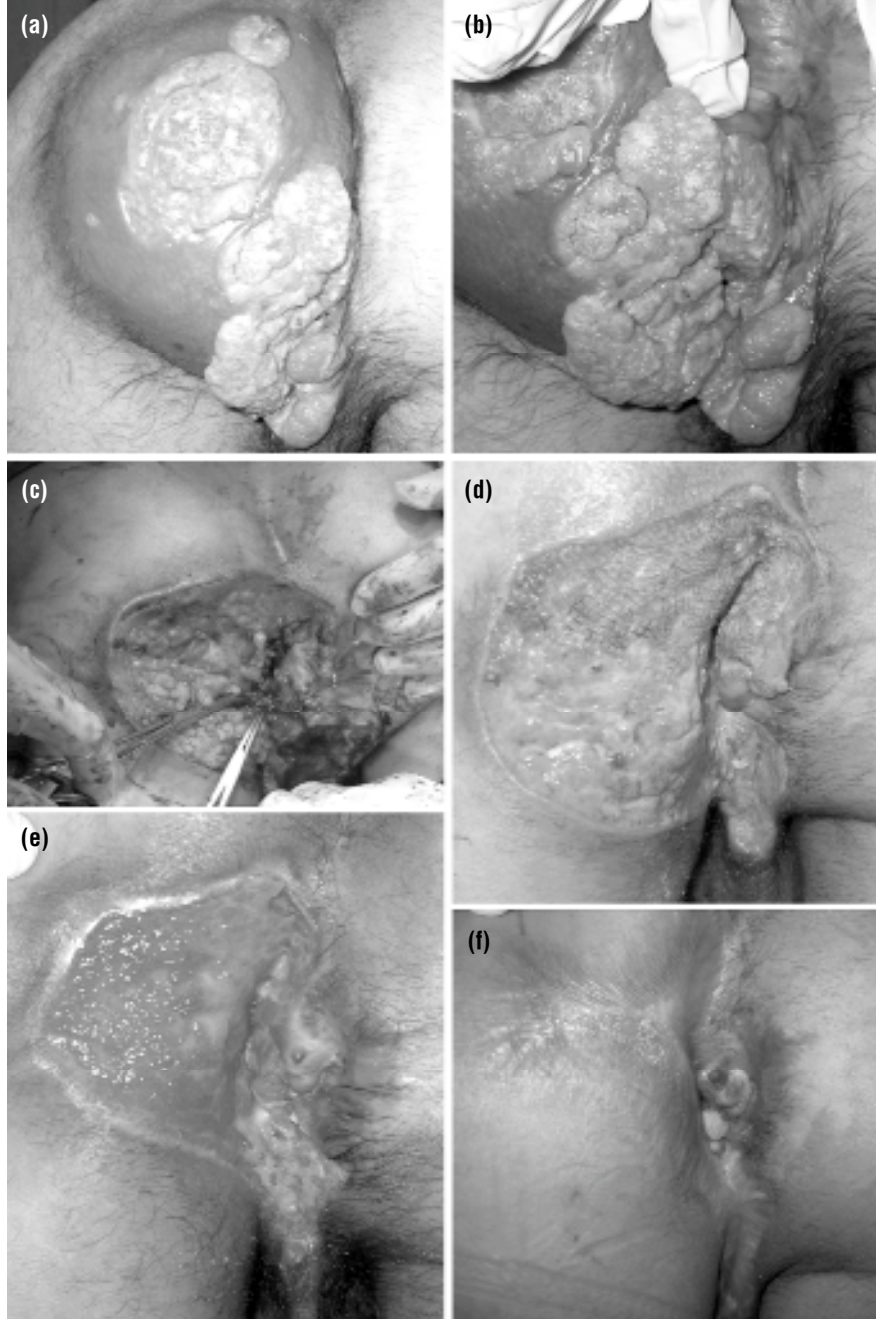
Kriyoterapi ve lazer yöntemleri ise pahalı donanımlar gerektirmektedir ve basit elektrokoterizasyona göre iki kat daha fazla oranda nüks bildirilmektedir.<sup>[2,18]</sup>

Cerrahi eksizyonel teknikler, makas (%80) veya elektrokoter eksizyonu (%94), bildirilen başarılı kür oranları nedeniyle tercih nedenidir.<sup>[8]</sup> Tedavi seansları perianal-anal bölge hastalıktan tamamen temizleninceye kadar 4 haftada bir tekrarlanmalı ve sonrasında 6 ay boyunca hastanın 6-8 hafta arayla kontrolleri yapılmalıdır.<sup>[2]</sup>

Kondilomata aküminatanın dev formu olan Buschke-Löwenstein hastalığı ise ender görülür ve invaz-

yon, fistül gelişimi gösterebileceği gibi skuamöz karsinomla birlikte olabilir.<sup>[5]</sup> Yüksek nüks oranı (%66), malign transformasyon ihtimali (%30-56) nedeniyle temiz cerrahi sınır ile geniş eksizyon tercih edilen tedavidir.<sup>[19,20]</sup> Sfinkter tutulumu olmadıkça abdominoperineal rezeksiyon önerilmemekle be-

haber, hastalık bunu gerektirecek kadar ilerlemiş ve invaziv olabilir.<sup>[21,22]</sup> Hastaların kontinensini korumak amacıyla konservatif cerrahi ve/veya V-Y plasti, kas flepleri gibi tekniklerin yanı sıra adjuvan ve neoadjuvan kemoradyoterapi uygulamaları da bildirilmiştir.<sup>[21-28]</sup>



**Şekil 1.** (a) Perianal ve gluteal bölgeyi tutan lezyonun ameliyat öncesi görünümü ve (b) anüse ilişkisi. (c) Ameliyat sırasında kitle eksize edildikten sonraki görünüm. (d) Ameliyat sonrası 15. günde yaranın debridman sonrası görünümü. (e) 45. gün kontrolünde yaranın durumu. (f) Dördüncü ayda iki adet nüks lezyon ve tamamen iyileşmiş yara.

Mestrovic ve ark.<sup>[21]</sup> radikal eksizyon sonrası 6 hastada tedavide cilt grefti uyguladıklarını belirtmektedirler. Biz tek vakamızda greft düşünmedik, retrospektif olarak incelediğimizde greftleme ikincil iyileşmeden daha kısa sürede sosyal aktiviteye dönüş sağlayacaktır.

Sunduğumuz olguda uygulanan tedavi yöntemi her ne kadar von Krough'un ikinci kuralı ile çelişiyor gözükse de; hastanın yürümekte zorlanması nedeniyle çalışamaz halde olması, hatta rahatsız edici koku nedeniyle toplu taşıma araçları gibi kalabalık yerlere dahi giremediği göz önüne alındığında yaklaşımlarımızın bu kuralla çalışmadığını düşünmekteyiz. Bunun yanı sıra malignite potansiyeli de düşünüldüğünde, kolostomiye varan agresif yaklaşımların bu hastaların tedavisinde göze alınmaya değer olduğu kanaatindeyiz.

### KAYNAKLAR

- Oriel JD. Natural history of genital warts. *Br J Vener Dis* 1971;47(1):1-13.
- Billingham RP, Isler JT, Kimmins MH, Nelson JM, Schweitzer J, Murphy MM. The diagnosis and management of common anorectal disorders. *Curr Probl Surg* 2004;41(7):586-645.
- Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Epidemiol Rev* 1988;10:122-63.
- Hengge UR. Papillomavirus diseases. [Article in German] *Hautarzt* 2004;55(9):841-54. [Abstract]
- Nelson H. Anus. In: Townsend CM, editor. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004. p. 1483-512.
- Buschke A, Lowenstein L. Uber carcinomahnliche condylomata acuminata des penis. *Klin Wochenschr* 1925;4:1726-8.
- zur Hausen H. Papillomaviruses in human cancer. *Appl Pathol* 1987;5(1):19-24.
- Kraus SJ, Stone KM. Management of genital infection caused by human papillomavirus. *Rev Infect Dis* 1990;12 Suppl 6:S620-32.
- von Krogh G. Genitoanal papillomavirus infection: diagnostic and therapeutic objectives in the light of current epidemiological observations. *Int J STD AIDS* 1991;2(6):391-404.
- Pareek S. Treatment of condyloma acuminatum with 5% 5-fluorouracil. *Br J Vener Dis* 1979;55(1):65-6.
- Beutner KR, Tyring SK, Trofatter KF Jr, Douglas JM Jr, Spruance S, Owens ML, et al. Imiquimod, a patient-applied immune-response modifier for treatment of external genital warts. *Antimicrob Agents Chemother* 1998;42(4):789-94.
- Arıcan O, Güneri F, Bilgic K, Karaoglu A. Topical imiquimod 5% cream in external anogenital warts: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Dermatol* 2004;31(8):627-31.
- Lafuma A, Monsonego J, Moyal-Barracco M, Pribil C. A model-based comparison of cost effectiveness of imiquimod versus podophyllotoxin for the treatment of external anogenital warts in France. [Article in French] *Ann Dermatol Venereol* 2003;130(8-9 Pt 1):731-6. [Abstract]
- Friedman-Kien AE, Eron LJ, Conant M, Growdon W, Badiak H, Bradstreet PW, et al. Natural interferon alfa for treatment of condylomata acuminata. *JAMA* 1988;259(4):533-8.
- Schonfeld A, Nitke S, Schattner A, Wallach D, Crespi M, Hahn T, et al. Intramuscular human interferon-beta injections in treatment of condylomata acuminata. *Lancet* 1984;1(8385):1038-42.
- Stanley MA. Progress in prophylactic and therapeutic vaccines for human papillomavirus infection. *Expert Rev Vaccines* 2003;2(3):381-9.
- Reinis M. Technology evaluation: HPV vaccine (quadrivalent), Aventis Pasteur MSD/CSL. *Curr Opin Mol Ther* 2004;6(2):206-11.
- Billingham RP, Lewis FG. Laser versus electrical cautery in the treatment of condylomata acuminata of the anus. *Surg Gynecol Obstet* 1982;155(6):865-7.
- Facklis K, Fleshner P. Condyloma acuminata. In: Cameron JL, editor. *Current surgical therapy*. St. Louis: Mosby; 2001. p. 309-12.
- Creasman C, Haas PA, Fox TA Jr, Balazs M. Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). *Dis Colon Rectum* 1989;32(6):481-7.
- Mestrovic T, Cavcic J, Martinac P, Turcic J, Zupancic B, Cavcic AM, et al. Reconstruction of skin defects after radical excision of anorectal giant condyloma acuminatum: 6 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17(5):541-5.
- Dolanc R, Kocher T, Langer I, Marti WR, Pierer G, Harder F. Malignant transformation of perianal Buschke-Lowenstein tumor. Extensive abdominoperineal rectum excision and reconstruction with transpelvic myocutaneous rectus abdominis muscle flap. [Article in German] *Chirurg* 2002;73(4):370-4. [Abstract]
- el Mejjad A, Dakir M, Tahiri M, Attar H, Cherkaoui A, Araki A, et al. Giant condyloma acuminata -- Buschke Lowenstein tumor (report of 3 cases). [Article in French] *Prog Urol* 2003;13(3):513-7. [Abstract]
- Parise P, Sarzo G, Finco C, Marino F, Savastano S, Merigliano S. Giant condyloma acuminatum of the anorectum (Buschke-Lowenstein tumour): a case report of conservative surgery. *Chir Ital* 2004;56(1):157-61.
- Renzi A, Bruscianno L, Giordano P, Rossetti G, Izzo D, Del Genio A. Buschke-Lowenstein tumor. Successful treatment by surgical electrocautery excision alone: a case report. *Chir Ital* 2004;56(2):297-300.
- Vilotte J, Benhamou G, Alcibes G, Vissuzaine C,

- Toublanc M, Giraud T. Anorectal Buschke-Lowenstein tumor (giant condylomatosis) requiring amputation of the rectum. [Article in French] Gastroenterol Clin Biol 1989;13(1):105-6. [Abstract]
27. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2001;44(12):1878-86.
28. Bonnichon P, Bellouard A, Richardson A, Bordier C, Diner P, Chapuis Y. Anal plasty after excision of giant condyloma acuminata. [Article in French] Presse Med 1988;17(2):74-6. [Abstract]