

## Buscke-Löwenstein Tümörü (Dev Kondiloma Akuminata): Cerrahi Eksizyon ile Tedavi

### Giant Condyloma Acuminatum of Buscke-Löwenstein: Successful Treatment With Surgery

Şimşir A<sup>1</sup> Bilkay U<sup>2</sup> Demiray Ö<sup>1</sup> Günaydın G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### Özet

Dev kondiloma akuminata özellikle genital ve perianal alanı tutan, nadir görülen ve cinsel ilişki ile bulaşan bir hastalıktır. Human papilloma virüs enfeksiyonu A.B.D. ve Avrupa'da cinsel aktif populasyonda en sık görülen cinsel yolla bulaşan hastalıktır. Dev kondiloma akuminata benign histolojik tipte olmasına rağmen lokal olarak agresif seyreden bir kondilom çeşitidir. Düşük de olsa skuamoz hücreli kanser gelişme riski taşır. Çok çeşitli tedavi yöntemleri geliştirilmesine rağmen yanıt genellikle düşük ve nüks sık izlenmektedir. Bu olgu sunumunda dev kondiloma akuminatalı bir hastanın cerrahi eksizyon sonrası başarılı tedavisi sunuldu.

**Anahtar Sözcükler:** Buscke-Löwenstein tümör, kondiloma akuminata, HPV, tedavi.

#### Summary

*Giant condyloma acuminatum is a rare sexually transmitted disease which primarily affects genital and perianal areas. Human papilloma virus (HPV) is the most common sexually transmitted disorder in young, sexually active populations in the USA and Europe. Giant condyloma acuminatum is a unique variant of condyloma acuminata, characterized by local aggressive behaviour despite benign histology. It carries a substantial risk of squamous cell carcinoma. Various treatments have been used, but response is often poor and recurrence rates high. We present a case of giant condyloma acuminata successfully treated with surgical excision.*

**Key Words:** Buscke-Löwenstein, condyloma acuminata, HPV, treatment.

#### Giriş

Dev kondiloma akuminata (DKA) nadir görülen genital bir lezyon olup, ilk olarak Buschke ve Löwenstein tarafından penis cildinde tanımlanmıştır (1,2). DKA'nın en belirgin özelliği agresif lokal büyümeye bağlı olarak çevre dokulara bası, infiltrasyon ve kendiliğinden gerilemenin izlenmemesi ile görülen malign seyridir(1,3). Bu seyir benign histolojik özelliği ile çelişir. Buna ek olarak DKA'da yüksek lokal nüks oranları ve skuamoz hücreli kansere dönüşme olasılığı mevcuttur(4). Tedavi konusu hala çelişki olmakla birlikte nüks oranı %60'ın üzerinde ve ölüm oranı %20-30 arasında rapor edilmiştir (1-3).

Yazışma Adresi: Adnan ŞİMŞİR  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 08.04.2010 Kabul Tarihi:24.05.2010

#### Olgu Sunumu

50 yaşında sünnetli heteroseksüel erkek hasta, anogenital bölgede, 10 yıl önce cinsel ilişkiyi takiben ortaya çıkıp, giderek büyüyen kitlesel lezyon şikayeti ile başvurdu. Kitlenin ilk olarak penis kökünde başladığı ve özellikle son 2 yılda büyük boyutlara ulaştığı hasta tarafından bildirildi. Hastanın bağışıklık sistemini baskılayacak herhangi bir dahili hastalığı veya ilaç kullanma öyküsü bulunmamaktaydı.

Fizik muayenede suprapubik bölgede 35X15 cm, penis dorsalinde 4X3 cm, her iki inguinokrotal alanda 3X4 cm ve perianal ve skrotal alanda 4X5 cm boyutlarında kondilom kitlesi izleniyordu (Resim-1). Anoskopide intraanal lezyon izlenmezken her iki inguinal bölgede yaygın lenfadenomegali palpe ediliyordu. Hastanın tüm laboratuvar testleri olağan sınırlardaydı ve ELISA ile bakılan HIV-1 testi negatif izleniyordu.

Hasta bu bulgular ile litotomi pozisyonunda, genel anestezi altında, foley sonda ile üretral kateterizasyon sonrasında, 1 cm güvenlik sınırı bırakılarak opere edildi. Eksizyon sonrasında skrotal, inguinal ve pubik bölgede oldukça geniş cilt defekti izlendi (Resim-2). Bu defekt sağ bacak uyluk bölgesinden alınan, 30X20 cm boyutlarındaki tam kat cilt greftinin absorbe edilebilen ve edilemeyen sutur materyalleri yardımıyla çift tabaka halinde implante edilmesiyle kapatıldı. Hasta 7 gün, düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi ile birlikte mutlak yatak istirahatinde izlendi. Operasyon sonrası dönemde hastada lokal veya sistemik komplikasyon izlenmedi. Eksize edilen materyalin histopatolojik incelenmesi neticesinde Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonuna sekonder gelişmiş olan kondiloma akuminata lezyonu olduğu ve malign karakter içermediği görüldü. Doku PCR çalışması sonucunda HPV Tip 11 etken olarak saptandı. Operasyon sonrası düzenli kontrolü yapılan hastada nüks lezyona rastlanmadı ve greftin oldukça iyi uyum sağladığı izlendi. Hasta post operatif 7.yılında takip edilmektedir (Resim-3).



**Resim 1.** Tanı sırasında lezyonun görüntüsü.



**Resim 2.** Lezyon çıkarıldıktan sonra kalan defektif alan.



**Resim 3.** Operasyon sonrası 7. yıl kontrol görüntüsü.

### Tartışma

Buschke-Lowenstein tümörü ismi ile de bilinen ve anogenital bölgede lokalize olan DKA'lar ender görülen ve oldukça yavaş gelişim gösteren enfektif lezyonlardır. Vulva, skrotum, vajina, rektum, mesane ve perianal bölgeye lokalize olmakla birlikte en sık peniste izlenirler (5,6). En önemli ayırıcı tanı HPV tip 16 ve 18'in etken olduğu verrukoz karsinomlardır. Bazı araştırmacılar anogenital bölgedeki DKA'ların skuamoz hücreli karsinomun bir varyantı veya verrukoz karsinomların bir subtipi olduğunu savunmaktadır (7). Bir kısım otör ise DKA'ları benign kondiloma akuminata ile verrukoz kanser arasında geçiş lezyonu olarak tanımlamışlardır (1, 3). Neredeyse bütün DKA'lı olguların HPV tip 6 ve 11 ile enfekte olduğu bilinmektedir (3, 4, 5). HPV bulaşı için risk faktörleri çok eşlilik, homoseksüellik, kötü hijyen ve kronik genital enfeksiyonlardır. Klasik görüntü olarak ekzofitik, karnibahar benzeri yapıda ve benign karakterli olması şeklindeki metastazın hemen hemen hiç görülmemesi tipiktir. DKA'lar, genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda izlenirler ki bunlar için en güçlü adaylar HIV-1 ile enfekte veya transplantasyon sonrası bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi almış olanlardır (8).

Buschke-Löwenstein ile ilgili olarak literatürde kontrollü çalışmalar bulunmamakta bu nedenle tedavi şemaları oluşturulamamaktadır. Kırk iki yayınlanmış vaka üzerine yapılan araştırmada en etkin tedavinin temiz cerrahi sınırlar ile geniş eksizyon olduğu görülmüştür (9).

Cerrahi olmayan tedavi seçenekleri yetersiz tümör çıkarılmasına bağlı nüks oranlarını azaltmak veya cerrahi öncesi tümör hacmini küçültmek amacıyla kullanılabilir (1, 4, 6, 7). Topikal podofilin, topikal ve sistemik florourasil, cisplatin ve metotreksat ile kombine sistemik bleomisin ve kriyoterapi tedavi seçenekleri arasındadır (6-9). İntralezyonel interferon alfa-2b enjeksiyonu (haftada 3 kez 9 milyon ünite, 5 ay süresince) lezyonun tamamen çözülmesinde etkili olmaktadır (10,11).

Bu olgu sunumu ile böylesine büyük boyutlardaki bir kondiloma akuminatanın dahi 7 yıl boyunca nüks etmemesi ile DKA olgularında boyut ne olursa olsun ilk tedavi seçeneğinin cerrahi eksizyon olması gerekliliği hatırlatılmak istenmiştir.

## Kaynaklar

1. Renzi A, Giardona P, Renzi G ve ark. Buschke-Lowenstein tumor succesful treatment by surgical excision alone: a case report. *Surg Innov* 2006; 13: 69-72.
2. Chaidemenos G, Koiga M, Souparis A ve ark. Radical excision and mesh-skin grafting for giant anorectal condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 2006; 32: 324-8.
3. Geusau A, Heinz-Peer G, Volc-Plazter B ve ark. Regression of deeply infiltrating giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) following long-term intralesional interferon-alfa therapy. *Arch Dermatol* 2000; 136: 707-10.
4. Antony FC, Ardern-Jones M, Evans AV ve ark. Giant condyloma of Buschke-Lowenstein in association with erythroderma. *Clin Exp Dermatol* 2003; 28: 46-9.
5. Gilbert SM, Lambert SM, Weiner D. Extensive condylomata acuminata of the penis: medical and surgical management. *Infect Urol* 2003; 16: 65-76.
6. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management. Report of case and rewiev of literature. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1878-86.
7. Cintron JR. Buschke –Lowenstein tumor of the perianal anorectal region. *Semin Colon Rectal Surg.* 1995; 6: 135-139.
8. Ergün SS, Kural YB, Büyükbabani N ve ark. Giant condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 2003; 29: 300-3.
9. Ilkay AK, Chodak GW, Vogelsang NJ, Gerber GS. Buschke-Loewenstein tumor: therapeutic options including systemic chemotherapy. *Urology.*1993; 42: 599-601.
10. Paraskevas KI, Kyriakos E, Poullos EE ve ark. Surgical management of giant condyloma acuminatum (Burschke-Lowenstein tumor) of the perianal region. *Dermatol Surg* 2007; 33: 638-44.
11. George A, Hahn MD. Carbon dioxide laser surgery in treatment of condyloma. *Am J Obstet Gynecol.* 1981; 141: 1000-1008.