

## La maladie de Bowen vulvaire: A propos d'un cas

### [ Vulvar Bowen's disease: A case report ]

*Zineb Benkerroume<sup>1</sup>, Ayman Hachi<sup>1</sup>, Rachid Frikh<sup>2</sup>, Jaouad Kouach<sup>1-3</sup>, Abdellah Babahabib<sup>1</sup>, Moulay Elmehdi Elhassani<sup>1</sup>,  
Driss Rahali Moussaoui<sup>1-3</sup>, and Mohammed Dehayni<sup>1-3</sup>*

<sup>1</sup>Service de gynécologie obstétrique, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Service de dermatologie, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

<sup>3</sup>Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

---

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Bowen vulvar disease is defined as squamous cell carcinoma strictly intraepithelial, it's a viral infection which mostly affects postmenopausal women. It can be associated to other lesions specially gynecological cancers. The diagnosis is essentially histological. The evolution can go to invasion. Its treatment is based on surgery. We report the case of a female patient of 46 years, who consulted for a vulvar ulceration range of 5 cm in diameter, treated with wide excision, the histological examination is in favor of Bowen's disease. Through a review of literature, we focus on the clinical, evolutionary and therapeutic features of this pathology.

**KEYWORDS:** Bowen's Disease vulvar, VIN 3, papillomavirus, treatment, prognosis.

**RÉSUMÉ:** La maladie de Bowen vulvaire (MBV) est définie comme un carcinome épidermoïde strictement intra-épithélial, d'origine virale, qui affecte surtout la femme ménopausée. Elle peut être associée à d'autres lésions en particulier un cancer gynécologique. Son diagnostic est essentiellement histologique. L'évolution peut se faire vers l'invasion. Son traitement est basé sur la chirurgie. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 46 ans, ayant consulté pour une ulcération de la fourchette vulvaire de 5 cm de diamètre, traitée par une exérèse large, l'étude histologique est en faveur de la maladie de Bowen. À travers une revue de la littérature, nous mettons le point sur les particularités cliniques, évolutives et thérapeutiques de cette pathologie.

**MOTS-CLEFS:** Maladie de Bowen vulvaire, VIN 3, papillomavirus, traitement, pronostic.

#### INTRODUCTION

La maladie de Bowen vulvaire (MBV) correspond à une néoplasie intra-épithéliale sévère (VIN III) dont l'origine virale à papillomavirus oncogène est maintenant admise (1,2, 3). Elle peut évoluer en l'absence de traitement vers un carcinome épidermoïde invasif (1,2, 4). Les auteurs rapportent un nouveau cas et essayent à travers une revue de la littérature de faire le point sur les aspects cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

## OBSERVATION

Madame HC..., âgée de 46ans, multipare, suivie pour valvulopathie mitro-aortique depuis 10ans, sans antécédent de néoplasie dans la famille. Le début de sa maladie remonte à un an par un prurit vulvaire traité à plusieurs reprises par des dermocorticoïdes et des antimycosiques sans amélioration. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une petite ulcération vulvaire augmentant progressivement de volume. L'examen à l'admission trouve une ulcération de 5 cm de grand axe au niveau de la fourchette vulvaire qui s'étend jusqu'au tiers inférieur des petites lèvres, intéressant également le sillon interlabial (Figure 1). L'examen du reste du vagin, du col de l'utérus et de la marge anale est sans anomalie. La biopsie au niveau de la lésion a révélé à l'examen anatomopathologique une muqueuse vaginale tapissée par un épithélium malpighien montrant en quelques endroits des cellules aux noyaux augmentés de taille, hyperchromatiques et anisocaryotiques pourvus de nombreuses figures de mitose, ces atypies intéressent toute la hauteur de l'épithélium. Le chorion abrite un infiltrat inflammatoire dense et superficiel à prédominance lympho-plasmocytaire, sans signe d'infiltration. L'aspect est en faveur de la maladie de Bowen. Le frottis cervicovaginal a objectivé la présence d'atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminée, une colposcopie et anoscopie avec biopsie ont été réalisées revenant sans signe de malignité. La patiente est traitée chirurgicalement par exérèse large de la tumeur (Figure 2). L'examen de la pièce opératoire n'a pas montré d'invasion et les limites d'exérèses étaient saines. Les suites postopératoires étaient simples, avec bonne cicatrisation (Figure 3). Un contrôle colposcopique et vulvo-anoscopique est prévu dans 3 mois.

## DISCUSSION

La MBV est définie comme un carcinome épidermoïde strictement intra-épithélial (2, 3). Elle est décrite pour la première fois sur les muqueuses génitales sous le nom d'érythroplasie de Queyrat en 1979 (5). Comme les CIN III, ces lésions sont dues à une infection à papillomavirus humain (PVH). Les études virologiques ont permis de mettre en évidence la présence de certains HPV de type 16, 18, 31, 33, 39, etc. (4, 5, 6). Elle atteint le plus souvent la femme ménopausée (moyenne d'âge 56 ans avec des extrêmes de 29 à 88 ans) (1,5, 6). L'association de la maladie de Bowen à des condylomes est fréquente, ainsi que l'association avec d'autres cancers. Elle peut aussi précéder un autre cancer (15 % des cas) (5, 6), ou être découverte simultanément avec un cancer dans 12 à 27 % des cas. Un carcinome intraépithéliale du col est retrouvé dans 4,3 % des cas de maladie de Bowen (5, 6, 7, 8). Elle peut être découverte par un examen gynécologique systématique, souvent elle se manifeste par un prurit vulvaire localisé ou par des brûlures, des fissures ou une dyspareunie. La lésion est ubiquitaire, mais elle a un tropisme particulier pour la zone vestibulaire postérieure (3, 5, 7, 8). La MBV classique a des aspects cliniques variés, mais elle est généralement uni- ou paucifocale (86 % des cas). La lésion peut être muqueuse et/ou cutanée. Elle réalise une plaque d'un à plusieurs centimètres de diamètre, en relief par rapport au tégument normal avoisinant, bien limitée, aux contours nets, arrondis, polycycliques, de couleur blanche, rouge et/ou pigmentée (5, 9, 10). L'aspect clinique le plus fréquent est celui d'une leucoplasie bien limitée à bords irréguliers ou polylobés nets (55,5 % des cas).

Dans 20 % des cas ces lésions sont érythroleucoplasiques, et dans 15 % des cas, la MB revêt l'aspect d'érythroplasie. Enfin ces lésions peuvent avoir aussi un aspect verruqueux (1,3, 5, 7). Si la biopsie n'est pas réalisée d'emblée, c'est le caractère fixe et rebelle aux traitements médicaux locaux de ces lésions qui impose sa mise en oeuvre. Puisqu'il s'agit d'une lésion à HPV, un bilan s'impose, à la recherche d'une lésion du même type ou déjà invasive de l'ensemble de la muqueuse génito-anale associée (5, 9). Ces examens comprennent un examen gynécologique avec frottis, colposcopie, et biopsie au moindre doute, ainsi qu'une anoscopie en cas de lésions péri-anales (9). Chez notre patiente ce bilan s'est avéré normal. Si la patiente a un partenaire sexuel, on propose l'examen de celui-ci, tout en sachant, que le traitement du partenaire ne modifie pas le risque de récurrence de l'infection à HPV, de la patiente, puisque celui-ci reste à l'état latent dans les muqueuses infectées (5, 10). L'aspect histologique de la MBV associe des atypies architecturales et cytonucléaires. La maturation normale des cellules est perturbée, on note en particulier une persistance de la basophilie jusque dans les assises superficielles de l'épiderme. Les atypies nucléaires se traduisent par des noyaux volumineux, voire multiples, leur chromatine étant plus dense qu'habituellement. Il existe une perte de polarité des cellules : les mitoses sont nombreuses et surtout anormales, les images de dyskératose sont assez rares. Par définition, ces anomalies intéressent la totalité de l'épithélium et sont donc étagées sur toute la hauteur du corps muqueux. En superficie, dans la couche granuleuse, on retrouve assez fréquemment des images koïlocytaires à type de cavitation périnucléaire, les noyaux étant boursoufflés ou au contraire rétractés, témoins d'une infection à papillomavirus humain (3, 4, 5, 6). Le diagnostic différentiel histologique se pose avec la papulose bowénoïde qui correspond à une image histologique semblable, mais qui atteint préférentiellement la femme jeune (moyenne d'âge de 30 ans) et qui se manifeste par des lésions bien différentes : papules, volontiers multifocales et polymorphes en taille et en couleur (11). L'évolution se fait, en l'absence de traitement, vers une extension lente en superficie et pouvant aboutir à une atteinte diffuse de la vulve et déborder sur la peau avoisinante et en profondeur (1,5, 6,

8, 9). La maladie de Bowen est en effet, dans 30 % des cas, le siège d'un foyer invasif (carcinome épidermoïde). Le pronostic, même dans les formes peu étendues, est alors compromis (4, 5, 7, 8). Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète des lésions. Les traitements destructeurs, comme la vaporisation au laser, sont totalement contre-indiqués en raison du risque d'invasion qui passerait inaperçu (5). L'exérèse doit être superficielle, passant par le tissu cellulaire sous-cutané, puisque la lésion est intra-épithéliale, et elle doit être complète pour éviter les risques de récurrence (5 mm minimum en dehors des lésions et en profondeur). L'exérèse dépend principalement de l'étendue des lésions allant de l'excision simple à l'hémivulvectomie voire la vulvectomie totale superficielle. Lorsque l'examen histologique de la pièce décèle une microinvasion inférieure ou égale à 1 mm, aucun traitement complémentaire n'est nécessaire. En revanche, lorsqu'il décèle une invasion franche, une reprise du lit tumoral et un curage inguinal uni ou bilatéral, selon le siège de la lésion, sont réalisés (5, 8, 9, 10). Par la suite, même en l'absence d'invasion, une surveillance régulière de ces patientes s'impose, car les récurrences locorégionales ne sont pas rares (2, 5, 10). La plupart des auteurs proposent une surveillance annuelle qui associe un examen dermatologique, gynécologique et une anoscopie (si les lésions étaient initialement péri- et ou endo-anales) (5, 6, 7, 8).

## CONCLUSION

La maladie de Bowen est une néoplasie intraépithéliale unifocale de la vulve qui affecte surtout la femme ménopausée, se révélant habituellement par un prurit à la zone pathologique. L'évolution se fait vers l'invasion. Le traitement est chirurgical. La possibilité d'association avec d'autres néoplasies notamment cervicales et vaginales, impose un bilan comportant au minimum des frottis cervicovaginaux, une colposcopie et une anoscopie en cas de lésions péri-anales. Les récurrences ne sont pas rares et imposent une surveillance régulière.

## REFERENCES

- [1] Kouach J., Moussaoui D., Qamouss O. " la maladie de Bowen vulvaire : à propos d'un cas " GENESIS, juin 2005;117 : 22-23
- [2] Jones R.W., Tavassoli F.A. "Spontaneous regression of the vulvar intra-epithelial neoplasia 2-3". *Obstet. Gynecol.*, 2000; 96: 470-72.
- [3] Tomas P., Bénédicte C.B., Catherine V., Jacqueline R., Olivier V., Anne J. "Lésions pigmentées vulvaires : diagnostic histologique". *Ann. Pathol.*, 2002; 22: 183-93.
- [4] De Belilovsky C., Lessana-Leibovitch M. "Bowen's disease and bowenoid papulosis : comparative clinical, viral, and disease progression aspects". *Contracept. Fertil. Sex.*, 1993; 21: 231-36.
- [5] Faure M., Pellisse M. "Néoplasies intraépithéliales de la vulve". *Encycl. Méd. Chir., Gynécologie*, 2001; 510A-25; 5 p.
- [6] Belilovsky C., Lessana M., Leibowitch M. "Maladie de Bowen et papulose bowénoïde: données cliniques, virologiques et évolutives comparatives". *Contracept. Fertil. Sex.*, 1993; 21: 231-36.
- [7] Basta A., Adamek K., Pitinski K. "Intraepithelial neoplasia and early stage vulvar cancer. Epidemiological, clinical and virological observations". *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*, 1999; 20 (2): 111-14.
- [8] Chang D.Y., Wu M.Y., Huang S.C. "Bowen's disease and Bowenoid papulosis of the vulva". *International journal of gynecology and obstetrics*, 1995; 48; 227-29.
- [9] Renaud-Vilmer C., Dehen H. "Lésion vulvaire érythroplasique unique chez une femme de 70 ans: maladie de Bowen". *Ann. Dermatol. Venereol.*, 2001; 128: 1361-62.
- [10] Jones R.W., Rowan D.M. "Vulvar intraepithelial neoplasia: III. A clinical study of the outcome in 113 cases with relation to the later development of invasive vulvar carcinoma". *Obstet. Gynecol.*, 1994; 84: 741-45.
- [11] Dehen L. "Papulose bowénoïde". *Ann. Dermatol. Venereol.*, 1999; 126: 267-69.

ANNEXES



*Figure 1 : Ulcération de 5 cm de grand axe au niveau de la fourchette vulvaire*



*Figure 2 : Aspect postchirurgical immédiat après exérèse large de la tumeur*



*Figure 3 : Aspect post opératoire tardif à 2mois de l'intervention*