



Condylome acuminé géant au cours de la grossesse : un cas clinique

Giant condyloma acuminata in pregnancy: A case report

Hamidou Soumana Diaouga¹, Yves Zakari
Kossi Odjo Dogbe², Rahamatou Madeleine
Garba¹, Madi Nayama¹

Auteur correspondant

Soumana Diaouga Hamidou
Courriel : hamidousoumana21@gmail.com
B.P. 10813. Téléphone : +227 97 82 35 80
ORCID ID : 0000-0001-6326-161X
Service de Gynécologie obstétrique/Maternité
Issaka, Université Abdou Moumouni de
Niamey, Gazobi de Niamey, Niger

Summary

Giant condyloma acuminatum, also known as Buschke–Löwenstein tumor, is a rare sexually transmitted infection associated with the human papillomavirus. Its occurrence during pregnancy is unusual, but it may be accompanied by rapid growth driven by hormonal and immunological changes. We report the case of a 20-year-old patient, 19 weeks pregnant, admitted for a rapidly growing vulvar mass causing pain, bleeding, and functional discomfort. Clinical examination revealed a large, cauliflower-like lesion covering the entire vulva and obstructing the vaginal opening. Histological examination confirmed a condyloma acuminatum. A conservative management approach was adopted during pregnancy, combining antibiotic therapy, analgesics, local care, blood transfusions, and treatment of comorbidities. At 32 weeks' gestation, a retro placental hematoma led to an emergency cesarean section. Surgical excision of the tumor was performed three months after delivery with satisfactory functional and cosmetic results. No recurrence was observed after six months of follow-up.

Keywords: Human papillomavirus (HPV), giant condyloma acuminatum, pregnancy

Received September 29, 2025

Accepted April 4, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.18>

1. Service de Gynécologie obstétrique/Maternité Issaka, Université Abdou Moumouni de Niamey, Gazobi de Niamey, Niger
2. Service d'Anesthésie Réanimation et Urgence, Hôpital National de Niamey, Université Abdou Moumouni, Niger.

Résumé

Le condylome acuminé géant, également appelé tumeur de Buschke–Löwenstein, est une infection sexuellement transmissible rare liée au papillomavirus humain. Sa survenue au cours de la grossesse est inhabituelle, mais peut s'accompagner d'une croissance rapide favorisée par les modifications hormonales et immunologiques. Nous rapportons le cas d'une patiente de 20 ans, enceinte de 19 semaines d'aménorrhée, admise pour une masse vulvaire d'évolution rapide, responsable de douleurs, de saignements et d'une gêne fonctionnelle. L'examen clinique objectivait une volumineuse lésion en chou-fleur recouvrant l'ensemble de la vulve et obstruant l'orifice vaginal. L'étude histologique confirmait un condylome acuminé. Une prise en charge conservatrice a été adoptée pendant la grossesse, associant antibiothérapie, antalgiques, soins locaux, transfusions sanguines et traitement des comorbidités. À 32 semaines d'aménorrhée, un hématome rétroplacentaire a conduit à une césarienne en urgence. L'exérèse chirurgicale de la tumeur a été réalisée trois mois après l'accouchement avec des résultats fonctionnels et esthétiques satisfaisants. Aucune récurrence n'a été observée après six mois de suivi.

Mots-clés : Papillomavirus humain (PVH), condylome géant, grossesse

Reçu le 29 septembre 2025

Accepté le 4 avril 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.18>



Introduction

Le condylome acuminé géant est une pathologie sexuellement transmissible causée par le papillomavirus humain (PVH), principalement les PVH 6 et 11 (1-2). Il se caractérise par une lésion exophytique à croissance rapide et localement agressive, avec un risque élevé de récurrence et un potentiel de transformation maligne (3-5). Au cours de la grossesse, les modifications hormonales et l'immunodépression physiologique peuvent favoriser la prolifération rapide des lésions condylomateuses, aboutissant parfois à des formes géantes. Ces tumeurs peuvent entraîner des troubles fonctionnels importants, majorer le risque infectieux et hémorragique, et compliquer la prise en charge obstétricale (1). En raison de sa rareté chez la femme enceinte et de l'absence de recommandations standardisées, la prise en charge demeure individualisée. Nous rapportons un cas de condylome acuminé géant vulvaire diagnostiqué au cours de la grossesse, illustrant les défis diagnostiques et thérapeutiques dans un contexte de ressources limitées.

Observation clinique

Il s'agissait d'une patiente de 20 ans sans antécédent morbide médicochirurgical connu, troisième geste, une parité antérieure et mère

d'un enfant vivant. Elle a été admise pour une masse vulvaire bourgeonnante sur une grossesse évolutive et non suivie de 19 SA. La patiente est mariée et déclare ne jamais avoir eu de relations sexuelles en dehors de son union. Il n'y avait pas des lésions similaires chez son mari qui était en bonne santé apparente. La patiente a d'abord constaté l'apparition d'une petite excroissance au cours de la 13^e semaine d'aménorrhée. Cette lésion a connu une croissance rapide, entraînant un envahissement de la vulve et une obstruction de l'orifice vaginal. À ce stade, elle éprouvait des difficultés à marcher et à uriner. Les lésions étaient associées à des douleurs et à des saignements diffus. À son admission, son état général était altéré par une asthénie, une pâleur cutanéomuqueuse, une pression artérielle à 92/52mmHg, et une tachycardie (135bpm) non fébrile. Le poids était de 52kg. L'examen obstétrical était normal. À l'examen gynécologique, on notait une énorme masse en chou-fleur qui prenait toute la vulve, ne permettait pas d'individualiser les lèvres et le clitoris. L'orifice vaginal était inaccessible et avait rendu impossible l'examen au spéculum. La tumeur était œdémateuse, hyperémique et exophytique papillomateuse (Figure 1).

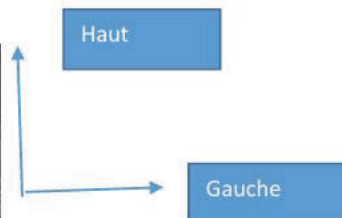


Fig. 1 Condylome acuminé géant à 19 semaines d'aménorrhées.

Le contact avec la masse provoquait un saignement. Nous avons évoqué le diagnostic d'un condylome acuminé géant ou et/ou d'un

carcinome vulvaire. L'examen de la pièce biopsique était revenu en faveur d'un condylome acuminé.



Afin de remédier à la difficulté urinaire, la patiente a été immédiatement sondée.

Dans le cadre de l'examen paraclinique, l'échographie obstétricale a permis de confirmer la présence d'une grossesse monofoetale évolutive de 19SA+6 jours, sans anomalie décelable. L'hémogramme a révélé une leucopénie ($1,3 \times 10^3 / \mu\text{l}$ de globules blancs), une anémie sévère macrocytaire (taux d'hémoglobine = 3,2 g/dl, volume globulaire moyen = 113 fl) et une thrombopénie sévère (plaquettes = $26 \times 10^3 / \mu\text{l}$), le tout indiquant une pancytopenie sévère. Elle avait également un paludisme avec une parasitémie à 200 parasites/ μL . Les analyses de glycémie, de bilan rénal et hépatique étaient normales. Un dépistage complet d'autres IST (hépatite virale B et C, syphilis, VIH, gonococcie) a révélé l'absence de ces infections. Ce bilan n'était pas réalisé chez le partenaire.

Le traitement chirurgical du condylome a été différé jusqu'après l'accouchement. La patiente a été traitée avec des antibiotiques par voie parentérale (ceftriaxone 2 g/24 h et métronidazole 500 mg/8 h pendant 5 jours), des analgésiques (paracétamol 500 mg/12 h) et des soins locaux (permanganate de potassium : 250mg dilué dans un litre d'eau pour bain de siège et povidone iodée pour toilette intime). Le traitement complémentaire était contre le paludisme (l'artesunate injectable), l'anémie (transfusion sanguine multiple,

supplémentation-en fer et en acide folique par voie orale). L'évolution immédiate était favorable, avec une amélioration clinique et biologique.

Au terme d'une période d'hospitalisation de trois mois, la patiente a été confrontée à la survenue d'un hématome rétroplacentaire à 32 semaines d'aménorrhée, nécessitant une césarienne en urgence. L'accouchement a permis la naissance d'un nouveau-né vivant de sexe féminin, Apgar 6-8, pesant 1750 g. Le poids de l'hématome a été mesuré à 150 grammes. Les suites opératoires se sont avérées simples. La patiente et son enfant étaient sortis de l'hôpital à J30 post césarienne en bonne santé. Trois mois après l'accouchement, la tumeur a été retirée par bistouri froid et électrocoagulation. Les suites opératoires étaient simples.

Après exérèse chirurgicale, les parents ont enterré la pièce opératoire pour des raisons culturelles, ce qui a entravé le renvoi de la masse en anatomie pathologie afin de préciser la profondeur cutanée de celle-ci et de conforter les observations du chirurgien en per opératoire. À l'issue de six mois de suivi post-opératoire, le condylome n'a pas fait de récurrence.

La patiente a donné son consentement pour la publication de son cas avec des images qui l'accompagnent, tout en préservant son anonymat.

Discussion

Cette observation décrit un cas de condylome géant diagnostiqué à 19SA chez une paucigeste de 20 ans qui présentait en plus une pancytopenie sévère et un accès palustre. La prise en charge a été d'abord conservatrice mais l'évolution était marquée par la survenue d'un hématome rétroplacentaire ayant conduit à une prématurité induite pour sauvetage maternel et fœtal.

La prévalence globale de l'infection au PVH sous forme de condylome génital visible est estimée à environ 1 % des adultes sexuellement actifs. Environ 15 % des femmes sexuellement actives présentent une infection subclinique ou latente, et au moins 80 % ont été infectées par un ou plusieurs types de PVH à un moment donné de leur vie. (6). Le condylome acuminé géant chez la femme enceinte est une situation rare. Seule quelques cas sporadiques ont été rapportés dans la

littérature (1, 3,6-9). L'immunodépression physiologique et les modifications hormonales qui accompagnent la grossesse entraînent le développement et la croissance rapide des condylomes jusqu'à la subcliniques ou latents. Les risques de développer un condylome géant sont accrus en cas de mauvaise hygiène, d'irritation locale, d'immunosuppression, d'infection par le VIH, de partenaires sexuels multiples et de rapports sexuels anaux (9). Chez notre patiente, les résultats de ses analyses de sang ont révélé une sérologie VIH négative. Cependant nous n'avons pas assez d'information concernant son partenaire.

Dans notre observation l'atteinte vulvaire était isolée. D'autres auteurs rapportent une atteinte vaginale, cervicale et anale isolée ou associée à l'atteinte vulvaire (3, 6, 8-10).

Sur le plan clinique ; les condylomes génitaux sont généralement indolores, mais peuvent être source d'irritation et de gêne fonctionnelle ou



esthétique. Elles peuvent également provoquer des saignements spontanés ou lors des rapports sexuels. Parfois, en présence des facteurs de risque suscités ou lors de la grossesse un condylome se développe et s'aggrave rapidement pour aboutir à un condylome acuminé géant (6), comme dans le cas présent. D'autres complications observées dans le présent cas étaient le problème esthétique (tuméfaction vulvaire), fonctionnel (trouble de la marche et une impossibilité de rapport sexuel), psychologique (tabou sexuel, perte d'estime de soi entraînant le retard de consultation) la surinfection et le saignement chronique. Ces saignements ont conduit à une pancytopenie sévère, probablement aggravée par une carence en fer et en folate liée à la grossesse. Par ailleurs, l'établissement d'un lien de causalité entre la survenue de l'hématome rétroplacentaire et le condylome géant chez notre patiente s'avère complexe.

Au cours des condylomes chez la femme enceinte, le nouveau-né est également exposé au risque de transmission mère-enfant du PVH pendant l'accouchement, conduisant à la papillomatose laryngée qui peut nécessiter une intervention chirurgicale afin de maintenir les voies respiratoires dégagées (6).

Concernant la prise en charge du condylome géant pendant la grossesse ; elle est plus complexe, car les cliniciens doivent tenir compte à la fois la mère et le fœtus. Dans le choix du traitement approprié, il convient de considérer un ensemble de facteurs déterminants, incluant la dimension de la lésion, la densité et la disposition topographique des lésions, le statut immunitaire de la patiente, les préférences individuelles tant de la patiente que du praticien, ainsi que le coût et la disponibilité du traitement (3). Plusieurs options thérapeutiques sont possibles chez la femme enceinte. Les options de traitement topique comprennent les solutions et crèmes de podophylotoxine, la crème d'imiquimod, la pommade aux sinécatechines et l'application d'une solution d'acide trichloracétique. Néanmoins, il convient de noter que le taux de récurrence après un traitement topique demeure significativement élevé (3, 9). L'exérèse chirurgicale est donc le traitement de référence. Elle permet l'examen histologique de la pièce opératoire et la recherche d'un carcinome qui constitue le principale diagnostic différentiel (3, 9). Néanmoins,

l'exérèse chirurgicale d'un condylome géant (tumeur hémorragique) au cours de la grossesse s'accompagne d'un risque hémorragique significatif. Par ailleurs, il convient de prendre en compte les risques d'avortement spontané, d'hémorragie intrapartum, d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance, qui ne peuvent être négligés (3). Il est communément admis, dans la littérature, de préconiser le report de l'exérèse chirurgicale après l'accouchement (3). Dans le cas présent, l'exérèse chirurgicale du condylome a été différée postérieurement à l'accouchement. Cependant, la patiente a développé un hématome rétroplacentaire et une aggravation de l'anémie et de la thrombopénie, malgré les soins locaux, l'antibiothérapie et une polytransfusion de sang total. Ces éléments ont été à l'origine d'un accouchement prématuré, réalisé par césarienne en situation d'urgence. La résection de la tumeur a été réalisée ultérieurement en tenant compte de l'état clinique de la patiente, de son état de coagulabilité sanguine, ainsi que de la taille du condylome.

Dans la littérature, la prise en charge chirurgicale différée jusqu'après l'accouchement est l'approche thérapeutique la plus fréquemment rapportée (1,7,9). Par contre, Sujata *et al.*(3) en Inde, ont mené une large exérèse chirurgicale d'un condylome génital géant surinfecté par des asticots à 24 SA. Ils ont également pratiqué une vulvectomie et une ablation partielle du clitoris sans fermeture cutanée.

D'une manière générale, qu'elle soit réalisée pendant la grossesse ou après l'accouchement, l'exérèse chirurgicale d'un condylome géant doit permettre l'ablation de la totalité des lésions, jusqu'à atteindre le tissu sain en raison du taux élevé de récurrence post thérapeutique. Dans certains cas, il est préconisé de diminuer la taille de la tumeur par le biais de traitements tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie, en amont de l'intervention chirurgicale (3, 8-9). Concernant le mode d'accouchement, la césarienne prophylactique est l'option recommandée en raison de l'obstruction fréquente des voies génitales et du risque élevé de transmission mère-enfant du papillomavirus lors de l'accouchement par voie basse (1, 3, 6-9). Pour les mêmes raisons, l'accouchement par voie basse n'était pas une option envisageable chez notre patiente. En effet, le condylome avait obstrué l'orifice vaginal et envahi la



vulve, ce qui entraînait une dystocie mécanique et augmentait le risque de transmission verticale du papillomavirus humain au nouveau-né lors de son passage dans la filière vulvo-vaginale infectée.

Conclusion

Le condylome acuminé géant bien que rarement rencontrée dans notre pratique quotidienne, ne peut être ignorée. Les résultats de cette observation suggèrent que, chez la femme enceinte, cette pathologie peut être associée à une morbidité maternelle et périnatale significative. La chirurgie est le traitement de choix, et son efficacité est optimale aux stades précoces de la maladie. La régression spontanée est une occurrence rare, tandis que la récurrence après une exérèse incomplète est une tendance fréquente. Il est recommandé de surveiller étroitement les partenaires sexuels du patient afin d'éviter toute récurrence. Il est essentiel de mettre en lumière l'efficacité de la vaccination anti-PVH comme stratégie de prévention primordiale.

Cette approche préventive, lorsqu'elle est intégrée de manière systématique dans les programmes de vaccination nationaux, se révèle être un outil majeur pour la santé publique.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

HSD est le promoteur de l'article. HSD et YZKOD ont participé à la prise en charge de la patiente, la conception de l'étude, la collecte des données, la rédaction de la version initiale du manuscrit et la finalisation de l'étude.

RMG et MN ont participé à l'analyse et à l'interprétation des données, à la correction de la dernière version du manuscrit en y apportant une lecture critique.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Malek-Mellouli M, Ben Amara F, Fatnassi A, Reziga H. Giant

- condyloma in pregnancy. *Tunis Med.* 2013; **91** (6):422-423.
2. Buschke A, Lowenstein L. Uber carcinomahnliche condylomata acuminata des penis. *Klin Wochenschr* 1925; **4** (1):1726-1728.
3. Sujata M, Darshini G. Giant condyloma acuminata in a pregnant female complicated by maggots: A case report. *J Obstet Gynaecol India*, 2023; **73** (S2): S275-277.
4. Sarr A, Thiam A, Sow O, Ze-Ondo C, Sine B, Ndiaye M, *et al.* Les tumeurs de Buschke-Löwenstein: à propos de 8 cas. *PAMJ-CM* 2020; **4**:45.
5. Njoumi N, Tarchouli M, Brahim Ratbi M, Reda Elochi M, Yamoul R, Hafid Hachi, *et al.* La tumeur de Buschke-Löwenstein anorectale: à propos de 16 cas et revue de la littérature. *PAMJ.* 2013; **16**:131.
6. Nigam A, Mishra A. Condyloma acuminatum: atypical presentation during pregnancy. *Int. J. STD AIDS.* 2011 ; **22** (1) : 534-535.
7. Moutari SH, Fdili Alaoui FZ. Condylome acuminé vulvaire géant au cours de la grossesse. *PAMJ-CM.* 2020; **4**:118.
8. Michiels I, Tjalma WA. The rapid development of a giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; **86** (6):762-763.
9. Cui T, Huang J, Lv B, Yao Q. Giant condyloma acuminatum in pregnancy: A case report. *Dermatol. Ther.* 2019; e12972.
10. Parra-Herran C, Herfs M, Doria M, Crum C.P, Nucci M.R. Giant Condyloma of the Cervix An Uncommon Entity Associated with Low-risk Human Papilloma Virus Infection. *Am J Surg Pathol* 2013; **37** (2): 300-304.

Comment citer cet article : Diaouga HS, Dogbe YZKO, Garba RM, Nayama M. Condylome acuminé géant au cours de la grossesse : un cas clinique. *Ann Afr Med* 2026; **19** (3): e7184-e7188. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.18>