

Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

Pénodynies et autres causes de douleurs péniennes chroniques

RÉSUMÉ : La pénodynie, analogue chez l'homme de la vulvodynie féminine, correspond à une sensation de douleur ou de brûlure cutanée du pénis contrastant avec un examen physique cutané strictement normal.

Le diagnostic repose sur l'exclusion des autres causes de douleurs péniennes chroniques.

Le traitement est rendu difficile par l'efficacité inconstante des antalgiques proposés habituellement dans la prise en charge des douleurs neuropathiques.



J.-N. DAUENDORFFER
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Le syndrome douloureux pénienn est défini par l'Association européenne d'urologie comme une douleur située au niveau du pénis dont l'origine n'est pas urétrale, sans infection prouvée ni autre étiologie évidente. Le terme de pénodynie a été proposé par Markos en 2002 pour désigner ce syndrome douloureux pénienn par analogie à la vulvodynie féminine [1]. Si le dermatologue est désormais familiarisé avec la notion de vulvodynie, il l'est moins avec les pénodynies. Or, de par son rôle dans la prise en charge des dermatoses génitales et des infections sexuellement transmissibles, il est, au même titre que l'urologue, susceptible de rencontrer cette pathologie de description récente.

■ Définition

La pénodynie se définit par une sensation de douleur ou de brûlure cutanée génitale contrastant avec un examen physique cutané normal. Cette définition n'est pas sans rappeler celle de la vulvodynie, précisée par l'*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* [2]. La méconnaissance de cette pathologie par de nombreux médecins

laisse supposer une sous-notification des cas. Aucune étude de prévalence n'a été publiée.

On distingue, d'une part, les pénodynies généralisées (ou pénoscrotodynies) lorsque la sensation douloureuse concerne le scrotum et le pénis et, d'autre part, les pénodynies localisées, dénommées pénodynie, scrotodynie ou glandodynie selon que la douleur concerne électivement le pénis, le scrotum ou le gland [3].

■ Étiologie et physiopathologie

En l'absence de facteur causal clairement identifié, on parle de pénodynie dysesthésique [3]. De rares cas de pénodynie induite ont été décrits, en rapport avec une consommation d'alcool ou de caféine [4]. Un cas associant pénodynie et stomatodynie a été rapporté [5].

Différentes hypothèses physiopathologiques ont été proposées, dont un mécanisme neurovasculaire sous-tendu d'une part par une réponse, quoique inconstante, aux molécules actives sur les douleurs neuropathiques (antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture

Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

de la sérotonine, antiépileptiques) et, d'autre part, par analogie au caractère algique du "red scrotum syndrome" [6].

Une étude récente suggère un lien possible entre la survenue d'une pénodynie et un terrain psychopathologique sous-jacent [7].

Diagnostic

Il repose sur l'interrogatoire du patient (qui confirme le caractère douloureux de la symptomatologie, à type de brûlure le plus souvent, et qui exclut un prurit génital), la normalité de l'examen clinique (en dehors de rares cas de cyanose ou d'hyperhémie du gland décrits au cours des épisodes douloureux) et l'exclusion des autres causes de douleurs génitales chroniques.

Il peut être demandé au patient de tenir un journal des épisodes douloureux, permettant de préciser leur fréquence et leur intensité, afin de définir la sévérité de la pathologie et les facteurs déclenchants alimentaires possibles (caféine, alcool). La réalisation d'une biopsie cutanée n'est pas recommandée.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de pénodynie est un diagnostic d'élimination [8]. Il nécessite d'éliminer les autres causes de douleurs péniennes chroniques :

>>> **Les dermatoses infectieuses ou inflammatoires chroniques** (lichen scléreuseux, lichen plan érosif) pour lesquelles l'examen dermatologique génital est anormal (fig. 1).

>>> **La maladie de Lapeyronie** (fibrose des corps caverneux) et **les anomalies anatomiques** (adhérences préputiales, phimosis, brièveté du frein du prépuce, déformations congénitales de la verge) : les douleurs surviennent lors de l'érection ou des rapports sexuels (dyspareu-



Fig. 1 : Lichen plan érosif du gland et du prépuce.



Fig. 2 : Adhérences balano-préputiales séquellaires d'un lichen scléroseux.



Fig. 3 : Phimosis lié à un lichen scléroseux.



Fig. 4 : Frein du pénis court.

nie) (fig. 2 à 4). Une échographie du pénis à la recherche de plaques infracliniques de maladie de Lapeyronie peut être utile.

>>> **Les douleurs post-traumatiques** (après rupture des corps caverneux, encore appelée fracture du pénis).

>>> **Les douleurs projetées**, perçues sur le pénis mais trouvant leur origine dans la vessie (syndrome douloureux vésical) ou la prostate (prostatite chronique, syndrome douloureux pelvien chronique), souvent associées à des troubles mictionnels ou encore d'origine musculo-squelettique (souvent accompagnées de douleurs testiculaires). Une imagerie (échographie, scanner ou IRM) sera réalisée en cas de doute clinique.

>>> **Les douleurs neuropathiques**

● **Le syndrome de compression du nerf dorsal du pénis** : le nerf dorsal du pénis, issu du nerf pudendal, peut être comprimé sur le trajet situé entre le canal d'Alcock et la face dorsale du pénis, au niveau d'un sillon (*Sulcus nervi dorsalis penis*) situé après le passage du diaphragme urogénital et constitué par le bord inférieur du pubis, un ligament issu du corps caverneux et le ligament suspenseur du pénis [9]. Le syndrome de compression du nerf dorsal est favorisé par le diabète et le cyclisme. Il se traduit par des douleurs péniennes, une diminution de la sensibilité du gland ou du fourreau, des paresthésies génitales et parfois des troubles de l'érection. Le diagnostic de compression du nerf dorsal de la verge est confirmé par la disparition de la douleur lors d'un bloc anesthésique du nerf dorsal, dans la région sous-pubienne.

● **La névralgie pudendale** par compression du nerf pudendal (ou nerf honteux interne) dans le canal d'Alcock doit être évoquée lorsque la symptomatologie est unilatérale, à type de brûlure. L'atteinte peut s'étendre à l'ensemble du territoire innervé par le nerf pudendal, allant du pénis à l'anus. Le toucher rectal peut déclencher une douleur exquise à la

palpation de la région de l'épine ischiatique. Le bilan neurophysiologique (vitesse de conduction sensitive du nerf dorsal du pénis, latence du réflexe bulbo-caverneux) manque de sensibilité et de spécificité. Le diagnostic positif repose sur les critères de Nantes comprenant notamment le soulagement de la douleur après infiltration anesthésique du nerf pudendal (*block test*). Une exploration neuroradiologique (IRM rachidienne et pelvienne) doit être réalisée en cas de paresthésies, de troubles sphinctériens et d'anomalies à l'examen neurologique clinique (hypoesthésie, anomalies des réflexes ostéo-tendineux, syndrome pyramidal) afin d'éliminer une neuropathie périphérique radiculaire (syndrome de la queue de cheval, canal lombaire étroit...), plexique (atteinte du plexus pudendal après amputation du rectum, après étirement sur une table de chirurgie orthopédique...) ou tronculaire autre que la compression du nerf pudendal dans le canal d'Alcock (neuropathie métabolique, toxique ou infectieuse).

● **Les douleurs d'origine psychologique ou psychiatrique** : traumatismes répétés par des activités sexuelles multiples ou par des auto-examens répétés lors de troubles obsessionnels compulsifs.

■ Traitement

Confirmer l'existence d'une pathologie et la nommer de même que rassurer quant à l'absence de maladie sexuellement transmissible et de cancer sous-jacent constituent la première étape de la

prise en charge des pénodynies. Le traitement médicamenteux est inconstamment efficace et repose sur la description de cas isolés rapportés et par analogie au traitement des vulvodynies : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline), inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (paroxétine), de la noradrénaline, carbamazépine, prégabaline, gabapentine. Les traitements potentiellement sédatifs seront administrés de préférence le soir, à la dose minimale efficace. Des thérapies cognitivo-comportementales peuvent être proposées.

■ Conclusion

Le dermatologue peut être amené à diagnostiquer une pénodynie, notamment chez des hommes qui le consultent pour des douleurs péniennes leur faisant craindre une infection sexuellement transmissible. Son rôle sera alors complexe : reconnaître précocement l'affection en éliminant les diagnostics différentiels et assurer la prise en charge thérapeutique associée à un accompagnement psychologique. Ce dernier est rendu nécessaire par la chronicité de la pathologie, la difficulté du traitement mais aussi par le caractère symbolique du pénis pour l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

1. MARKOS AR. The male genital skin burning syndrome (Dysaesthetic peno/scrotodynia). *Int J STD AIDS*, 2002; 13:271-272.

2. BORNSTEIN J, GOLDSTEIN AT, STOCKDALE CK *et al.* 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of vulvodinia. *J Low Genit Tract Dis*, 2016;20:126-130.
3. MARKOS AR. Dysaesthetic penoscrotodynia: nomenclature, classification, diagnosis and treatment. *Int J STD AIDS*, 2011;22:483-487.
4. MARKOS AR. Alcohol-induced penodynia. *Int J STD AIDS*, 2004;15:492-497.
5. MANCUSO G, BERDONDI RM. Simultaneous occurrence of dysaesthetic peno/scroto-dynia and stomatodynia. *Int J STD AIDS*, 2005;16:830-831.
6. PREVOST N, ENGLISH JC. Red scrotal syndrome: a localized phenotypic expression of erythromelalgia. *J Drugs Dermatol*, 2007;6:935-936.
7. ANYASODOR MC, TAYLOR RE, BEWLEY A *et al.* Dysaesthetic penoscrotodynia may be a somatoform disorder: results from a two-center retrospective case series. *Clin Exp Dermatol*, 2016;41:474-479.
8. DELAVIERRE D, RIGAUD J, SIBERT L *et al.* Approche symptomatique des douleurs péniennes chroniques. *Prog Urol*, 2010; 20:958-961.
9. HRUBY S, EBMER J, DELLON L *et al.* Anatomy of pudendal nerve at urogenital diaphragm. New critical site for nerve entrapment. *Urology*, 2005;66:949-952.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.