

■ Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

Dermatoses génitales spécifiques de l'homme

RÉSUMÉ : Certaines dermatoses génitales sont spécifiques à l'homme. Parmi elles, la lymphangite sclérosante et la maladie de Mondor du pénis ne doivent pas être confondues, chacune nécessitant un bilan étiologique et une prise en charge spécifiques. Le kyste du raphé médian, de diagnostic clinique facile, peut nécessiter une exérèse chirurgicale. Enfin, les balanites non spécifiques, qu'elles soient chroniques ou récidivantes, constituent un motif fréquent de consultation, source d'anxiété pour le patient et de difficulté diagnostique et thérapeutique pour le dermatologue.



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

Si la plupart des dermatoses génitales sont présentes chez la femme et chez l'homme, certaines sont spécifiques à ce dernier, comme la lymphangite sclérosante, la maladie de Mondor du pénis, les kystes du raphé médian et les balanites non spécifiques.

■ Lymphangite sclérosante

La lymphangite sclérosante du pénis a été décrite pour la première fois en 1923 par Hoffmann [1]. Considérée dans sa description initiale comme secondaire à une infection sexuellement transmissible (IST), il est désormais admis qu'elle survient le plus souvent en dehors de tout épisode infectieux [2]. Elle serait plutôt secondaire à une activité sexuelle intense (rapports sexuels prolongés ou multiples), la lésion apparaissant 24 ou 48 heures plus tard.

L'origine veineuse plutôt que lymphatique de la lésion prévaut actuellement en raison de l'absence de vaisseau lymphatique de taille importante à proximité du sillon balano-préputial et de l'existence d'un plexus veineux rétrocoronal circonférentiel se drainant dans la veine dorsale profonde du pénis.

Cliniquement, on observe une lésion d'installation aiguë, sous-cutanée, ferme à la palpation, linéaire ou serpigineuse, mesurant 2 à 4 cm de longueur, partiellement circonférentielle, située sous le sillon balano-préputial et parallèle à celui-ci, le plus souvent sur la face dorsale du pénis (**fig. 1**). La lésion est mobile par rapport à la peau sus-jacente. Elle est le plus souvent asymptomatique mais peut être sensible ou douloureuse lors de l'érection.

Les diagnostics différentiels à évoquer devant une lymphangite sclérosante sont la maladie de Mondor du pénis en premier lieu mais aussi un œdème vénérien du pénis, un kyste épidermique rompu, un corps étranger récréatif introduit



Fig. 1 : Lymphangite sclérosante.

volontairement sous le prépuce, une maladie de Lapeyronie (fibrose segmentaire de l'albuginée des corps caverneux pouvant se présenter initialement sous la forme d'un nodule douloureux) ou encore une localisation pénienne de granulome annulaire, de sarcoïdose ou de métastases.

Le diagnostic de lymphangite sclérosante est essentiellement clinique, après avoir éliminé par l'interrogatoire et l'examen clinique les diagnostics différentiels précités. En cas de doute, on peut faire pratiquer une échographie-Doppler du pénis, qui permet d'une part d'éliminer une thrombose de la veine dorsale superficielle du pénis et, d'autre part, de montrer en regard de la lésion des images hypoéchogènes incompressibles. La biopsie est rarement nécessaire pour établir le diagnostic.

Selon le contexte, un bilan à la recherche d'une IST pourra être réalisé, comportant sérologies VIH, VHC, VHB, TPHA-VDRL et recherche de *Chlamydia trachomatis* sur premier jet d'urine.

La régression spontanée de la lésion se fait habituellement en 1 à 2 mois, autorisant l'abstention thérapeutique. Aussi convient-il d'en informer le patient et de le rassurer en insistant sur l'absence d'IST associée et de complication à long terme. L'abstinence semblerait accélérer la guérison. Certains auteurs suggèrent la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [3]. L'exérèse chirurgicale d'une lésion non spontanément résolutive peut être proposée. Si une IST est détectée, celle-ci est évidemment traitée quoique ce traitement spécifique ne semble pas accélérer la régression spontanée de la lymphangite sclérosante associée.

■ Maladie de Mondor du pénis

Il existe une confusion dans la littérature entre la lymphangite sclérosante et la maladie de Mondor du pénis (ou throm-

biose de la veine dorsale superficielle du pénis), ces deux entités étant distinctes pour certains auteurs ou se chevauchant pour d'autres.

Par analogie à la maladie de Mondor décrite initialement comme une thrombose veineuse superficielle survenant sur une veine saine de la paroi thoracique antérolatérale, la maladie de Mondor du pénis correspond à une thrombophlébite de la veine dorsale superficielle du pénis [4]. Elle se traduit par une lésion linéaire et souvent douloureuse cheminant le long de la face dorsale du fourreau de la verge.

L'échographie-Doppler assure le diagnostic en montrant une structure échogène en regard de la veine dorsale superficielle du pénis, dilatée et incompressible. Elle permet également de vérifier ultérieurement la reperméation de la veine thrombosée. Différents facteurs étiologiques doivent être recherchés : activité sexuelle intense récente, traumatisme, infection (herpès génital), maladie de système (périartérite noueuse, maladie de Buerger), cancer (thrombophlébite migratrice paranéoplasique), injection de drogue dans la veine dorsale superficielle, compression veineuse par une tumeur ou un globe vésical, complication de chirurgie de hernie inguinale, extension d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur, hémopathies, thrombophilie (déficit en protéines C et S, en antithrombine III...).

Le traitement n'est pas codifié. Pour certains auteurs se discutent les AINS par voie topique ou les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) [4].

■ Kyste du raphé médian

Le raphé médian s'étend chez l'homme du frein du prépuce antérieurement jusqu'au coccyx postérieurement. Il est formé à l'avant du raphé pénoscrotal et à l'arrière du raphé ano-coccygien. L'hyperpigmentation du raphé médian

est plus fréquente dans sa partie scrotale que pénienne, sous la forme d'une bande pigmentée asymptomatique cheminant longitudinalement sur la partie médiane et ventrale du fourreau du pénis et sur la partie médiane du scrotum. Elle est fréquente et correspond à une variation physiologique. Ainsi, dans une étude portant sur 400 hommes consultant pour une lésion génitale sans rapport avec le raphé médian, elle a été observée dans 86 % des cas [5].

Les kystes du raphé médian peuvent apparaître tout au long du raphé médian, du méat urétral jusqu'à l'anus (fig. 2). Ils sont uniques ou multiples et, dans ce cas, contigus ou séparés (fig. 3). Rarement visibles à la naissance, leur taille est croissante de l'enfance à l'âge adulte, constituant un motif de consultation parfois tardif notamment du fait de la gêne esthétique ou des complications possibles (gêne mécanique lors des rapports sexuels, inflammation, surinfection). Cliniquement, on observe une papule ou un nodule de surface lisse, couleur peau normale ou légèrement



Fig. 2 : Kyste du raphé médian.



Fig. 3 : Kystes multiples du raphé médian.

Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

translucide. D'exceptionnels cas de kystes pigmentés ont été rapportés [6]. Le diagnostic différentiel doit éliminer un diverticule urétral (pouvant justifier en cas de doute la réalisation d'une échographie pénienne), un hydrocyste et un pseudokyste smegmatique.

N'étant jamais lié à l'urètre sous-jacent, la prise en charge thérapeutique est réalisée par exérèse chirurgicale simple puis suture directe de la perte de substance. En cas de kyste de petite taille et non gênant, on peut proposer une simple incision du kyste ou une abstention thérapeutique.

L'examen histologique sur pièce d'exérèse montrera une paroi constituée soit d'un épithélium stratifié (kyste épidermoïde dérivant de résidus d'épithélium ectodermique), soit un épithélium pseudostratifié de type urothélium (kyste mucoïde ou urétral dérivant de résidus urétraux embryonnaires endodermiques), soit d'une association de ces deux types d'épithélium (kyste mixte) (**fig. 4**). Les kystes urothéliaux sont plus fréquents que les kystes épidermoïdes [7]. Les kystes du raphé médian se développeraient à partir d'un résidu d'épithélium embryonnaire secondaire à une fusion anormale des plis urogénitaux (kyste de la face ventrale du pénis) ou des bourrelets labio-scrotaux (kystes du scrotum).

D'autres anomalies du raphé médian, plus rares (déviation, bifurcation, sinus, raphé proéminent, raphé court

[pénis palmé], élargissement du raphé, absence de raphé et scission du raphé) peuvent être associées à des anomalies du développement des organes génitaux externes (hypospadias) ou à des anomalies rénales (syndrome de la jonction pyélo-urétérale) justifiant une échographie rénale [8].

Une fois le diagnostic établi, si une prise en charge chirurgicale est décidée, celle-ci pourra être réalisée par le dermatologue en ce qui concerne le kyste du raphé médian, les autres anomalies du raphé relevant d'une prise en charge par l'urologue

Balanite non spécifique

Une balanite correspond à une inflammation du gland, chronique ou aiguë, d'origine infectieuse (*Candida albicans*, streptocoque du groupe B...), inflammatoire (balanite de Zoon, lichen scléreux, lichen plan, psoriasis...), allergique ou irritative. L'atteinte du prépuce peut être associée, réalisant une balanoposthite. Lorsqu'aucune étiologie ne peut être identifiée, on conclut au diagnostic de balanite (ou balanoposthite) non spécifique qui correspond donc à un diagnostic d'exclusion reposant sur un aspect clinique compatible et un bilan étiologique microbiologique et histologique négatif. Il s'agit d'un motif fréquent de consultation qui contraste avec la pauvreté de la bibliographie sur le sujet.

La physiopathologie pourrait reposer sur un dysfonctionnement de la dynamique balano-préputiale. Elle est fréquente chez les sujets âgés non circoncis, du fait de la macération de l'urine entre le gland et le prépuce. La macération locale peut être favorisée par un prépuce long, un frein court ou un prépuce serré. Elle peut aussi être liée à une hygiène excessive (toilette pluriquotidienne, utilisation abusive d'antiseptiques...).

Cliniquement, elle consiste en un érythème, tantôt diffus et mal limité,



Fig. 5 : Balanoposthite non spécifique.

tantôt bien limité, du gland et/ou du prépuce, peu spécifique, souvent asymptomatique, parfois prurigineux (**fig. 5**). L'évolution est volontiers chronique chez le sujet âgé, sous la forme d'une érythroplasie justifiant une biopsie afin de ne pas méconnaître une néoplasie intraépithéliale, ou récidivante chez le sujet jeune, parfois rythmée par les rapports sexuels, source d'anxiété pour le patient du fait de la crainte d'une infection sexuellement transmissible.

L'histologie est peu spécifique, montrant essentiellement des signes négatifs (**fig. 6**). Il existe habituellement un infiltrat inflammatoire non spécifique, d'abondance variable, composé de lymphocytes parfois associés à quelques plasmocytes et/ou polynucléaires neutrophiles. Le dermatopathologiste doit vérifier l'absence de signes en faveur d'un lichen plan (altérations de la membrane basale, cellules apoptotiques, infiltrat en bande), d'une balanite de Zoon (infiltrat riche en plas-

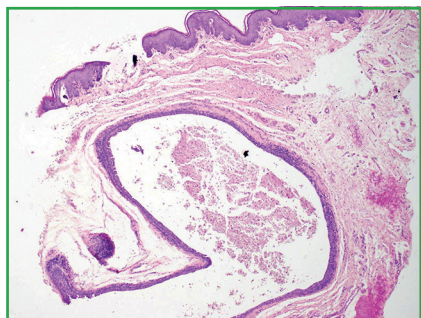


Fig. 4 : Aspects histologiques d'un kyste urothélial du raphé médian (coll. Dr B. Cavalier-Balloy).

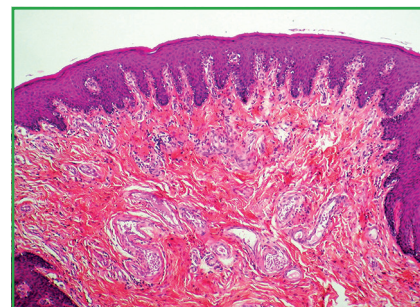


Fig. 6 : Aspects histologiques d'une balanite non spécifique (coll. Dr B. Cavalier-Balloy).

Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

mocytes, dépôts de fer), d'une néoplasie intraépithéliale et d'une dermatose bulleuse auto-immune. La coloration par le PAS doit éliminer une candidose, mais cette coloration peut être faussement négative en cas d'application préalable d'antifongiques.

Son traitement, souvent difficile et non codifié, repose sur le respect de règles d'hygiène simples (toilette quotidienne utilisant un produit doux, décalottage au cours de la miction, séchage du gland après la miction, éviction des topiques irritants). L'utilisation de topiques médicamenteux (ciclopirox olamine crème, dermocorticoïdes) peut s'avérer efficace chez certains patients. Une étude portant sur 26 patients suggère l'intérêt du pimecrolimus en crème à 1 % (non disponible en France) dans la prise en charge des balanites non spécifiques récidivantes.

En dernier recours, une posthectomie peut être proposée, ou plus simplement une plastie du frein en cas de frein court ou une plastie dorsale du prépuce (plastie de Duhamel) en cas de prépuce serré.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOFFMANN E. Vortauschung primärer syphilis durch gonorrheische lymphangitis (gonorrheischer pseuprimaraffekt). *Munchen Med Wschr*, 1923; 70:1167-1168.
2. ROSEN TR, HWONG H. Sclerosing lymphangitis of penis. *J Am Acad Dermatol*, 2003;49:916-918.
3. BONNETBLANC JM. Lymphangite sclérosante de la verge (maladie de Mondor du pénis? *Ann Dermatol Venereol*, 2008;135:427-428.
4. ZIDANI H, FOUGHALI M, LAROCHE JP. Thrombose veineuse superficielle au

niveau de la verge : maladie de Mondor ? A propos d'un cas et revue de la littérature. *J Mal Vasc*, 2010;35:352-354.

5. MICHAJLOWSKI I, SOBJANEK M, MICHAJLOWSKI J *et al*. Normal variants in patients consulted in the Dermatology Clinic for lesions of the male external genitalia. *Cent European J Urol*, 2012;65:17-20.
6. URAHASHI J, HARA H, YAMAGUCHI Z *et al*. Pigmented median raphe cysts of the penis. *Acta Derm Venereol*, 2000;80:297-298.
7. LOPEZ-CANDEL E, ROIG ALVARO J, LOPEZ-CANDEL J *et al*. Median raphe cysts of the perineum in childhood. *Ann Esp Pediatr*, 2000;52:395-397.
8. BAKY FAHMY MA. The Spectrum of genital median raphe anomalies among infants undergoing ritual circumcision. *J Pediatr Urol*, 2013;9:872-877.

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