

LE DOSSIER

Pathologies génitales

Lichen scléreux et lichen plan génital chez l'homme

RÉSUMÉ : Le lichen scléreux et le lichen plan sont deux dermatoses inflammatoires fréquemment rencontrées en pathologie génitale masculine. Distinctes sur les plans clinique et histologique (malgré l'existence de formes de chevauchement entre ces deux entités), elles ont en commun :

- une localisation génitale exclusive possible (prédominante pour le lichen scléreux, plus inconstante pour le lichen plan) ;
- un risque d'évolution fibrosante du prépuce avec formation d'un phimosis ;
- un plan de traitement faisant intervenir une corticothérapie locale très forte en première intention et une posthextomie en seconde intention ;
- un caractère prénéoplasique avec un risque accru de survenue d'un carcinome épidermoïde du pénis.



J.N. DAUENDORFFER

Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Louis, PARIS.

Lichen scléreux

Le lichen scléreux génital est une dermatose inflammatoire chronique, affectant l'homme avec deux pics de fréquence : chez le garçon et l'homme adulte [1]. Il ne survient qu'exceptionnellement chez l'homme circoncis. Sa physiopathologie reste débattue, mais l'hypothèse d'une origine auto-immune prévaut actuellement.

1. Reconnaître

L'affection atteint le plus souvent le gland et/ou le prépuce, mais peut aussi concerner le frein du prépuce, le méat urinaire ou l'urètre antérieur.

Les signes fonctionnels sont le plus souvent absents mais parfois représentés par un prurit, une sensation de brûlure, des douleurs lors de l'érection ou des rapports sexuels (dyspareunie) liées à la formation de fissures, voire une dysurie en cas d'atteinte méatique ou urétrale (déviation du jet urinaire ou rétention urinaire).



FIG. 1 : Lichen scléreux méatal.

À l'examen clinique, on note des plaques hypochromes "porcelainées" du gland et/ou du prépuce, parfois indurées à la palpation. Une atteinte associée ou isolée du méat est possible (**fig. 1**). Des érosions ou fissures par fragilité épidermique sont possibles. Les hémorragies sous-épithéliales sont rares. Une atteinte initiale trompeuse peut consister en des macules ou papules érythémateuses prurigineuses, qui évolueront ensuite vers l'aspect scléreux hypochrome. Une atteinte anale et une atteinte cutanée extragénitale sont rarement associées. Les diagnostics différentiels à éliminer sont le lichen



FIG. 2 : Lichen scléreux érosif du gland.



FIG. 3 : Synéchie balanopréputiale sur lichen scléreux.



FIG. 4 : Phimosus sur lichen scléreux.

plan et la lichénification, ainsi qu'une pemphigoïde cicatricielle devant un tableau de lichen scléreux érosif (fig. 2).

En l'absence de traitement, le lichen scléreux évolue progressivement vers la formation de synéchies balanopréputiales ou d'un phimosis par sclérose circonscrite du prépuce (fig. 3 et 4). Il peut par ailleurs faire le lit d'une néoplasie intraépithéliale (NIE) différenciée (à la différence des néoplasies intraépithéliales bowénoïdes HPV induites qui sont histologiquement indifférenciées), pouvant évoluer vers un carcinome épidermoïde (CE) invasif. Cette évolution est rare, bien que des lésions histologiques de lichen scléreux sont mises en évidence chez environ 40 à 50 % des hommes présentant un CE invasif pénien en Europe [2, 3].

Une étude multicentrique portant sur le suivi de 130 hommes présentant un lichen scléreux a ainsi permis d'identifier 10 cas de CE invasif et 1 cas de CE *in situ* [4]. Ce risque évolutif impose le traitement de tout lichen scléreux génital puis la surveillance au long cours, mais aussi la biopsie de toute lésion cliniquement suspecte de NIE, voire un CE invasif, à savoir toute zone bourgeonnante, verrueuse (leucoplasie), érythroplasique, ulcérée ou infiltrée.

2. Explorer

Si l'aspect clinique est le plus souvent évocateur, une confirmation histologique du diagnostic sur biopsie du

prépuce ou du gland est souhaitable chez l'homme adulte car il s'agit d'une dermatose nécessitant une surveillance au long cours du fait du risque de développement d'une néoplasie, ou imposant un traitement chirurgical (posthectomie) en cas de résistance au traitement topique. Elle est indispensable en cas de doute clinique ou de suspicion de lésion préneoplasique. À l'inverse, la biopsie n'est pas indispensable en cas de phimosis de l'enfant chez qui le recours rapide à la posthectomie permettra un diagnostic histologique sur pièce opératoire. Elle doit être réalisée au minimum 2 mois après l'arrêt de toute corticothérapie locale.

À l'histologie, dans les formes typiques, on observe en coloration standard HE (hématoxyline éosine) un épithélium initialement hypertrophique puis devenant atrophique et, surtout, un corps muqueux superficiel hyalinisé et œdémateux, surmontant un infiltrat lymphocytaire dermique. La coloration par l'orcéine fait apparaître une raréfaction des fibres élastiques dermiques.

Aucun bilan auto-immun systématique n'est indiqué; seul un bilan orienté est réalisé en cas de point d'appel clinique (dysthyroïdie).

3. Traiter

>>> Le traitement de première intention repose sur la corticothérapie locale très forte (propionate de clobétasol 0,05 % crème), à raison d'une application

quotidienne pendant une durée de 1 à 3 mois [5]. Les signes fonctionnels (prurit) disparaissent rapidement en quelques jours alors que l'amélioration des signes physiques est plus lente (plusieurs semaines). À l'issue du traitement d'attaque, un traitement d'entretien est nécessaire mais non codifié, basé sur un corticoïde de très forte activité, appliqué avec une moindre fréquence (1 jour sur 2 à une fois par semaine), pendant une durée de plusieurs mois.

>>> La circoncision (posthectomie totale) représente le traitement de seconde intention du lichen scléreux, après échec du traitement topique bien conduit. En effet, en cas de lichen scléreux affectant le gland et le prépuce, le phimosis rend difficile l'application du dermocorticoïde sur le gland, d'où une résistance apparente au traitement. L'exérèse du prépuce fibreux facilitera ainsi la corticothérapie locale qui devra être poursuivie au décours de la circoncision, afin de traiter l'atteinte lichénienne du gland.

En cas de lichen scléreux localisé au prépuce, la circoncision sera proposée si échec du traitement dermocorticoïde mais ne protégera pas d'une possible survenue ultérieure d'un lichen scléreux du gland, justifiant une surveillance clinique, voire une corticothérapie locale postopératoire afin de prévenir la survenue par effet Koebner d'une atteinte lichénienne du gland, notamment au niveau de la couronne. La posthectomie partielle

LE DOSSIER

Pathologies génitales

(exérèse limitée à la zone préputiale atteinte) n'est pas indiquée du fait du risque de récurrence sur le prépuce résiduel. Les adhérences balanopréputiales seront, elles aussi, traitées chirurgicalement (libération d'adhérences associée à une posthécotomie) en cas de résistance au traitement dermocorticoïde. Une méatoplastie peut être indiquée en cas d'atteinte sténosante du méat urétral.

>>> Le tacrolimus topique, inhibiteur de la calcineurine, a montré son efficacité dans une étude portant sur 84 patients dont 32 hommes [6]. Cependant, la tolérance au long cours reste incertaine, avec notamment la crainte d'une augmentation du risque de transformation néoplasique liée à son effet immunosuppresseur. En l'absence d'étude garantissant sa bonne tolérance à long terme, il n'est donc pas recommandé dans le traitement du lichen scléreux. Le gel d'androstanolone – un anti-androgène topique toujours commercialisé (Andractim) et disposant d'une AMM pour le traitement du "lichen sclérotrophique balanopréputial" – ne doit plus être utilisé par manque d'efficacité.

Une attention doit être portée au retentissement psychosexuel de cette affection, lié à la douleur possiblement ressentie lors des rapports sexuels (phimosis, fissures) et à la crainte injustifiée de la partenaire de contracter la dermatose. En cas de dyspareunie, on conseillera l'usage de lubrifiants lors des rapports sexuels.

Le suivi clinique comportera une consultation à 3 mois destinée à évaluer l'efficacité du traitement topique, une consultation 6 mois plus tard visant à s'assurer de l'observance du traitement d'entretien, puis un suivi annuel. Dans l'intervalle, entre deux consultations de suivi, on recommandera au patient de consulter rapidement en cas d'apparition de lésions cliniques faisant suspecter une lésion précancéreuse.

Lichen plan

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire cutanéomuqueuse chronique, affectant la peau et les muqueuses. L'atteinte de la muqueuse buccale prédomine, la muqueuse génitale n'étant atteinte que dans 25 % des cas de lichen plan chez l'homme [7]. L'atteinte génitale peut être isolée, sans atteinte cutanée associée. Sa physiopathologie, encore méconnue, pourrait faire intervenir des phénomènes auto-immuns, rarement induits par des prises médicamenteuses.

1. Reconnaître

Dans les formes typiques, l'examen clinique montre soit des papules érythémateuses ou violacées de disposition linéaire, soit une plaque érythémateuse unique annulaire, obtenue par confluence de lésions élémentaires multiples ou guérison centrale d'une plaque unique (fig. 5 et 6). Les lésions, plus ou moins prurigineuses, sont localisées au

fourreau mais parfois aussi sur le gland, le prépuce ou le scrotum (fig. 7). Un réseau lichénien blanchâtre peut être associé ou constituer l'unique manifestation clinique (fig. 8).

Il faut savoir rechercher également des lésions de lichen plan, parfois plus typiques, sur la peau, la muqueuse buccale (réseau lichénien blanchâtre) ou les ongles. Une atteinte érosive est possible, entrant dans le cadre d'un syndrome pénogingival en cas d'atteinte buccale (gingivite) associée [8]. L'évolution peut être spontanément favorable, avec possible hyperpigmentation secondaire, ou devenir chronique sous une forme continue ou récidivante.

Les diagnostics différentiels cliniques à évoquer sont représentés par le lichen scléreux (à noter l'existence de formes de chevauchement clinique mais aussi histologique entre lichen plan et lichen scléreux), la balanite de Zoon, la maladie de Bowen, le psoriasis et l'eczéma. Un



FIG. 5: Lichen plan: micropapules érythémateuses du gland et du prépuce.



FIG. 6: Lichen plan annulaire du gland.



FIG. 7: Lichen plan: papules du scrotum.



FIG. 8: Lichen plan balanopréputial: réseau lichénien blanchâtre.

pemphigus et une pemphigoïde cicatricielle doivent être éliminés devant une forme érosive de lichen plan génital.

Le lichen plan génital constitue une dermatose précancéreuse, quoique de façon moins évidente que le lichen scléreux génital. En effet, des carcinomes épidermoïdes péniens ont été décrits sur des lichens plans génitaux d'évolution chronique [9].

2. Explorer

La biopsie cutanéomuqueuse génitale est inutile en cas de lésions génitales isolées typiques ou d'atteintes extragénitales (cutanée, buccale ou unguéale évocatrice). Elle reste nécessaire dans les cas de diagnostic incertain, et en cas de lésion cliniquement suspecte ou ne disparaissant pas sous traitement, afin d'éliminer un carcinome épidermoïde survenant sur lichen plan chronique. Les aspects histologiques typiques d'un lichen plan consistent en une hyperkératose orthokératosique, une hypergranulose ainsi qu'un infiltrat dermique lymphohistiocytaire en bande sous-épithéliale, venant grignoter la membrane basale dermo-épidermique.

L'existence d'une association entre lichen plan cutané et/ou muqueux et hépatite C, démontrée par plusieurs études et méta-analyses, plaide pour la réalisation d'une sérologie VHC en cas

de découverte de lichen plan génital, soit de façon systématique, soit seulement en présence de facteurs de risque avéré d'hépatite C (usage de drogues par voie intraveineuse) [10].

Aucun bilan auto-immun systématique n'est justifié, celui-ci devant être orienté en fonction des points d'appel cliniques [11].

Des cas de lichen plan génital induits par des prises médicamenteuses (toxi-dermies lichénoïdes) ayant été décrits, un interrogatoire portant sur les prises médicamenteuses est justifié [12].

3. Traiter

>>> Une abstention thérapeutique, sous surveillance clinique, peut se discuter en cas d'absence de signe fonctionnel et d'évolution fibrosante pouvant conduire à un phimosis. Dans les autres cas, le traitement de première intention repose sur une corticothérapie locale très forte (propionate de clobétasol 0,05 % crème), à appliquer de façon quotidienne jusqu'à guérison, celle-ci nécessitant parfois un traitement d'entretien afin de garantir son maintien.

>>> Une posthectomie se discute en cas d'échec du traitement, mais peut s'avérer inefficace avec entretien du lichen plan par effet Koebner sur le gland ainsi mis à nu.

Bibliographie

1. LIPSCOMBE TK *et al.* A study of clinical and aetiological factors and possible associations of lichen sclerosus in males. *Australas J Dermatol*, 1997;38:132-136.
2. RENAUD-VILMER C *et al.* Analysis of alterations adjacent to invasive squamous cell carcinoma of the penis and their relationship with associated carcinoma. *J Am Acad Dermatol*, 2010;62:284-290.
3. NASCA MR, INNOCENZI D, MICALI G. Penile cancer among patients with genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*, 1999;41:911-914.
4. BARBAGLI G *et al.* Penile carcinoma in patients with genital lichen sclerosus. *J Urol*, 2006;175:1359-1363.
5. NEILL SM *et al.* British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol*, 2010;163:672-682.
6. HENGGE UR *et al.* Multicentre, phase II trial on the safety of topical tacrolimus ointment for the treatment of lichen sclerosus. *Br J Derm*, 2006;155:1021-1028.
7. BUECHNER SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int*, 2002;90:498-506.
8. CRIBIER B, NDIAYE I, GROSSHANS E. Peno-gingival syndrome. A male equivalent of vulvo-vagino-gingival syndrome? *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 1993;94:148-151.
9. RENAUD-VILMER C, CAVELIER-BALLOY B. Les lésions pré-cancéreuses du pénis. *Ann Dermatol Venereol*, 2010;137:486-492.
10. SHENGYUAN L *et al.* Hepatitis C virus and lichen planus. *Arch Dermatol*, 2009;145:1040-1047.
11. LE CLEACH L, CHOSIDOW O. Lichen Planus. *N Engl J Med*, 2012;366:723-732.
12. MASSA MC *et al.* Lichenoid drug eruption secondary to propranolol. *Cutis*, 1991;48:41-43.

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

Une application dédiée aux patients atteints de maladies autoinflammatoires

MAImoris-e est la première application gratuite, développée par le Laboratoire Novartis, qui permet aux patients de tenir un journal de suivi précis de leurs symptômes, quelle que soit la maladie autoinflammatoire qui les concerne. Cette application a été élaborée en collaboration avec trois spécialistes des maladies autoinflammatoires : le Dr Véronique Hentgen, le Pr Isabelle Koné-Paut et le Pr Thierry Schaeverbeke.

MAImoris-e permet de noter et évaluer les symptômes dès leur apparition, photographier les manifestations, visualiser et partager le journal de suivi avec le médecin, trouver un centre spécialisé dans les maladies autoinflammatoires (MAI) et préparer les prochains rendez-vous.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire Novartis