Le dossier
Pathologies génitales

Psoriasis génital chez les hommes

RÉSUMÉ : Le psoriasis génital est responsable d'un retentissement important sur la qualité de vie et sur la sexualité. Elle survient plus fréquemment chez les hommes qui ne sont pas circoncis. On distingue deux formes cliniques en fonction de l'absence ou non de circoncision.

La localisation génitale est parfois la seule et unique manifestation cutanée du psoriasis, ce qui peut poser des problèmes diagnostiques. La localisation génitale est souvent associée à un psoriasis inversé touchant les plis inguinaux et le pli interfessier. Une biopsie avec réalisation d'un examen anatomopathologique peut être utile en cas de doute diagnostique, en particulier en l'absence d'autres lésions cutanées évocatrices extragénitales.

Le traitement de première intention repose sur l'application quotidienne de dermocorticoïdes d'activité modérée ou forte sous la forme de crème. Il doit être associé à un certain nombre de mesures non médicamenteuses (port de vêtements non serrés, de sous-vêtements en coton, l'arrêt des topiques irritants et la réalisation d'une toilette avec un savon surgras).

B. HALIOUA
Institut Alfred-Fournier, PARIS.

Le psoriasis génital est rapporté chez 29-40 % des hommes souffrant de psoriasis [1]. L'atteinte génitale au cours du psoriasis serait plus fréquente chez l'homme, avec un sex-ratio compris entre 1,3 et 2,4 [1]. Selon Meeuwis *et al.*, l'âge moyen d'apparition du psoriasis génital est de 35,3 ans avec un délai de 8-10 ans après le début de survenue du psoriasis [2].

La localisation génitale qui correspond à 1 % de la surface corporelle – selon le *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), le *Body Surface Area* (BSA) et le *Physician Global Assessment* (PGA) – peut entraîner un retentissement important sur la qualité de vie et sur la sexualité [1, 3-6]. 45,8 % des patients souffrant de psoriasis génital n'osent pas en parler à leur médecin, 25 % considèrent que leur médecin ne s'intéresse pas à leur psoriasis génital et 67,8 % n'appliquent jamais de traitement local sur leur psoriasis génital [7]. Le psoriasis génital survient plus fréquemment chez les hommes qui ne sont pas circoncis [8].

Reconnaître

On distingue deux types de manifestations en fonction de l'existence d'une circoncision :
– chez l'homme circoncis, le psoriasis génital se manifeste par la survenue de plaques érythémato-squameuses bien délimitées, principalement au niveau du gland et moins souvent au niveau du fourreau du pénis [9] ;
– chez l'homme non circoncis (***fig. 1***), le psoriasis du gland, de la face interne du prépuce, du sillon balanopréputial

Fig. 1.

	Terrain	Aspect	Symptômes	Siège	Évolution
Lichen plan	À partir de 20 à 30 ans	Groupe de papules rouges violacées ayant une disposition annulaire. Une seule grande papule avec une bordure active et un centre atrophique.	Prurit important.	Le plus souvent sur le fourreau. Moins fréquemment sur le gland, le prépuce, le scrotum et le périnée.	Évolution spontanée le plus souvent favorable mais parfois chronique et récidivante. Risque de dégénérescence carcinomateuse exceptionnel (formes muqueuses érosives chroniques).
Balanite de Zoon	Non circoncis entre 40 et 80 ans	Plaque unique aux contours irréguliers dont la surface est lisse, brillante, humide, vernissée "comme un vernis en train de sécher", brune chocolat ou rouge orangé avec une moucheture de points rouges couleur "poivre de Cayenne". Parfois formes végétantes, érosives et multiples.	Douleur et prurit modéré, inconstant.	Face dorsale du gland avec image en miroir sur le feuillet interne du prépuce. L'atteinte du sillon balanoprépucial est rare.	L'évolution chronique parfois sur plusieurs dizaines d'années. Absence de risque de dégénérescence maligne.
Lichen scléreux	Hommes d'âge moyen	Plaques blanches porcelainées, bleutées, parfois indurées à la palpation. Parfois des formes initiales trompeuses sous forme de macules érythémateuses et prurigineuses.	Brûlure ou prurit. Rarement des douleurs lors de l'érection.	Prépuce et/ou du gland mais parfois au niveau du sillon balanoprépucial, du frein, du méat et de l'urètre antérieur.	Évolution vers l'atrophie, le phimosis ou le paraphimosis, ou vers la formation de synéchies balanoprépuciales.
Maladie de Bowen (carcinome épidermoïde *in situ*)	Après 50 ans	Macule et parfois maculopapule rouge vif, lisse, luisante, bien limitée, unique ou multiple.		Gland, couronne du gland ou face interne du prépuce	Extension progressive de façon centrifuge. En l'absence de traitement spécifique, la MB évolue, lentement mais inexorablement, vers un CE invasif.

Tableau I.

perd son caractère kératosique du fait de l'humidité et de la macération, et se manifeste par la survenue de plaques rouge vif brillantes bien limitées, parfois douloureuses [4].

Il a été rapporté une prévalence accru du psoriasis génital chez les non circoncis qui serait lié à un phénomène de Koebner dû à la macération de débris épithéliaux, de sécrétions glandulaires et d'urine entre le gland et le prépuce [8].

Les lésions sont parfois prurigineuses avec fréquemment une sensibilité accrue au cours des rapports sexuels. Il existe parfois une atteinte du méat, sans écoulement urétral, entraînant des signes fonctionnels à type de gêne au cours de la miction, voire de douleur.

Il a été rapporté chez des patients ayant été traités par puvathérapie la survenue de carcinomes spinocellulaires [4].

Le diagnostic de psoriasis génital est habituellement porté devant la présence de lésions cutanées. La localisation génitale est parfois la seule et unique manifestation cutanée du psoriasis dans 2-5 % des cas [10]. Dans ce cas précis, la notion d'antécédents familiaux et une atteinte unguéale évocatrice peuvent constituer une aide au diagnostic [11]. La localisation génitale est souvent associée à un psoriasis inversé touchant les plis inguinaux et le pli interfessier

Le dossier
Pathologies génitales

Fig. 2 : Lichen plan.

Fig. 3 : Lichen scléreux.

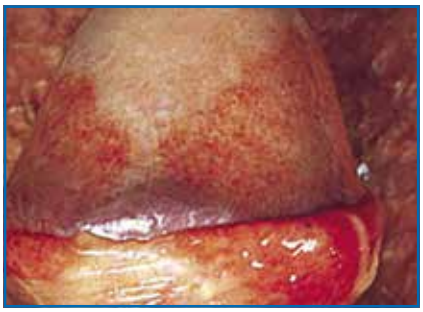

Fig. 4 : Balanite de Zoon.

dans 79 % des cas [12]. La survenue de fissures douloureuses du sillon ou des plis est alors très évocatrice.

Il a été rapporté des formes de psoriasis pustuleux limité au pénis [13]. En cas de suspicion de psoriasis génital, il convient d'envisager les autres causes de balanite chroniques (***tableau I***) [14] :
– le lichen plan (***fig. 2***) ;
– le lichen scléreux (***fig. 3***) ;
– le carcinome épidermoïde *in situ* (ou maladie de Bowen) ;
– la balanite à plasmocytes de Zoon (***fig. 4***).

Explorer

Une biopsie avec réalisation d'un examen anatomopathologique peut être utile en cas de doute diagnostique, en particulier en l'absence d'autres lésions cutanées évocatrices extragénitales. L'examen met en évidence en cas de lésion du prépuce et du fourreau à des aspects évocateurs du psoriasis : hyperkératose parakératosique, hyperacanthose psoriasiforme avec allongement des papilles dermiques, infiltrat dermique lymphocytaire, microabcès épidermiques de Munro-Sabouraud à polynucléaires neutrophiles [4]. Un examen mycologique peut être nécessaire en cas de doute diagnostique.

Traiter

Le traitement de première intention repose sur l'application quotidienne de dermocorticoïdes d'activité modérée ou forte, sous la forme de crème à appliquer quotidiennement le soir jusqu'à disparition des lésions suivie d'une diminution progressive du rythme d'application.

L'application de l'association fixe en gel du calcipotriol/bétaméthasone dipropionate peut présenter un intérêt pour traiter la région pubienne. Le traitement par dermocorticoïdes peut être associé à un traitement antimyosique en cas de surinfection candidosique associée. L'application d'immunomodulateurs topiques, en particulier de tacrolimus, a été proposée avec succès à court terme dans le psoriasis inversé [15]. Il convient d'éviter l'application de dérivés de la vitamine A (tazarotène) en raison de leur caractère irritant et du risque de survenue d'ulcérations génitales.

La photothérapie UVA ou UVB est contre-indiquée au niveau génital du fait du risque de survenue d'un carcinome épidermoïde génital. Il est important de rappeler au patient l'importance d'adopter un certain nombre de mesures non médicamenteuses telles que le port de vêtements non serrés, de sous-vêtements en coton, l'arrêt des topiques irritants et la réalisation d'une toilette avec un savon surgras suivi d'un séchage soigneux.

Bibliographie

1. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF *et al.* Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*, 2011;91:5-11.
2. Meeuwis KA, de Hullu JA, de Jager ME *et al.* Genital psoriasis: a questionnaire-based survey on a concealed skin disease in The Netherlands. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:1425-1430.
3. Meeuwis KA, de Hullu JA, Inthout J *et al.* Genital Psoriasis Awareness Program: Physical and Psychological Care for Patients with Genital Psoriasis. *Acta Derm Venereol*, 2014 May 7. doi: 10.2340/00015555-1885. [Epub ahead of print]
4. Dauendorffer JN, Renaud-Vilmer C, Cavelier-Balloy B. Le psoriasis génital chez l'homme. *Ann Dermatol Venereol*, 2014;141:466-472.
5. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A *et al.* European patient perspectives on theimpact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *Br J Dermatol*, 2006;155:729-736.
6. Meeuwis KA, de Hullu JA, van de Nieuwenhoh HP *et al.* Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2011;164:1247-1255.
7. Meeuwis KA, van de Kerkhof PC, Massuger LF *et al.* Patients' experience of psoriasis in the genitalarea. *Dermatology*, 2012;224:271-276.
8. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M *et al.* Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol*, 2000;136:350-354.
9. Buechner SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int*, 2002;90:498-506.
10. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2001;15:16-17.
11. Andreassi L, Bilenchi R. Non-infectious inflammatory genital lesions. *Clinics in Dermatology*, 2014;32:307-314.
12. Wang G, Li C, Gao T *et al.* Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: a hospital-based study. *Eur J Dermatol*, 2005;15:176-178.
13. Quan MB, Ruben BS. Pustular psoriasis limited to the penis. *Int J Dermatol*, 1996;35:202-204.
14. Bunker C. Skin conditions of the male genitalia. *Medicine*, 2014;42:372-377.
15. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ *et al.* Treatment of intertriginous psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*, 2009;60:120-124.

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