

# Psoriasis &... sphère génitale

J.-N. DAUENDORFFER

Service de Dermatologie, Hôpital Saint-Louis, PARIS.

L'atteinte génitale au cours du psoriasis est fréquente, 33 à 63 % des patients déclarent en effet avoir présenté des lésions génitales de psoriasis au cours de leur histoire [1]. La prévalence instantanée du psoriasis génital en France a été évaluée au cours de l'étude GENIPSO : 43 % des patients, traités ou non, consultant pour un psoriasis extragénital et examinés par un dermatologue, présentaient une atteinte génitale [2]. Seuls 40 % d'entre eux déclaraient avoir déjà eu un examen de la région génitale par leur dermatologue.

Le psoriasis génital est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il est symptomatique chez 70 % des patients, plus souvent chez les femmes que chez les hommes [2]. Le prurit est le symptôme le plus fréquent, suivi par les brûlures et les dyspareunies.

### ■ Aspects cliniques

Chez l'homme, la localisation la plus fréquente est le fourreau du pénis, suivie du scrotum et du gland. Chez la femme, l'atteinte des grandes lèvres est suivie par celle du périnée et des petites lèvres. Il est à noter que la localisation du psoriasis sur la muqueuse vestibulaire n'a jamais été décrite chez la femme.

Dans les cas typiques, le psoriasis génital se caractérise par des plaques érythémateuses aux contours nets. La présence de squames est inconstante du fait de l'humidité locale. Elles sont habituellement présentes sur les zones pileuses (pubis, face externe des grandes lèvres) (**fig. 1 et 2**). Chez la femme, le psoriasis de la

face interne des grandes lèvres et des petites lèvres a l'aspect d'une plaque érythémateuse, non squameuse et bien



Fig. 1 : Psoriasis du pubis.



Fig. 2 : Psoriasis du pubis et grandes lèvres (Dr S. Ly).



Fig. 3 : Psoriasis vulvaire en zone humide (Dr S. Ly).

limitée (**fig. 3**). Le psoriasis du gland est souvent érythémato-squameux chez l'homme circoncis et non squameux chez le non circoncis (**fig. 4 et 5**).

L'atteinte périgénitale, du sillon interfessier en particulier (**fig. 6**), très fréquemment associée et fissurée permet de conforter le diagnostic ainsi que certaines localisations extragénitales, significativement associées au psoriasis



Fig. 4 : Psoriasis du gland chez un homme circoncis.



Fig. 5 : Psoriasis du gland chez un homme non circoncis.

général, telles que les autres plis (ou “psoriasis inversé”) (fig. 7), le cuir chevelu, le conduit auditif externe ainsi que les ongles.

Des atteintes cliniques inhabituelles de psoriasis génital sont possibles comme les formes lichénifiées (fig. 8), papuleuses (fig. 9), micropapuleuses (fig. 10), pustuleuses (fig. 11), annulaires (fig. 12) ou prenant l’aspect d’un phimosis (fig. 13).

L’évaluation de la sévérité de l’atteinte génitale est mise en défaut par les scores habituels basés sur la surface de peau atteinte, à savoir le PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) et le BSA (*Body Surface Area*) puisque la zone génitale ne représente que 1 % de la surface cutanée. En revanche, la sévérité peut être objectivée par différents outils développés et utilisés principalement dans le cadre d’études



Fig. 6 : Psoriasis du sillon inter-fessier.



Fig. 7 : Psoriasis des plis inguinaux.



Fig. 8 : Psoriasis lichénifié (Dr S Ly).



Fig. 9 : Psoriasis papuleux.



Fig. 10 : Psoriasis micropapuleux.



Fig. 11 : Psoriasis pustuleux.



Fig. 12 : Psoriasis annulaire.



Fig. 13 : Phimosis psoriasique.

thérapeutiques : “*Modified Genital Psoriasis Area and Severity index*” [3], “*Static Physician’s Global Assessment of Genitalia*” (sPGA-G) [4], “*Genital Psoriasis Symptoms Scale*” (GPSS) [5].

### ■ Aspects histologiques

Le diagnostic de psoriasis génital est habituellement clinique lorsqu’il existe des atteintes extragénitales typiques

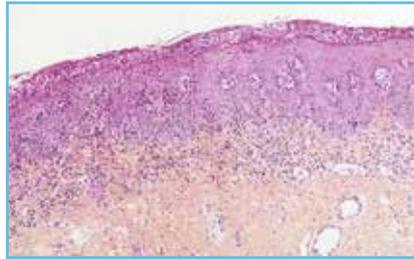
(cutanées, unguéales ou articulaires) et/ou des antécédents familiaux de psoriasis. Dans les autres cas, à savoir en cas d'atteinte génitale exclusive (2 à 5 % des patients psoriasiques), la biopsie cutanée ou muqueuse peut s'avérer nécessaire.

Sur le plan histologique, le psoriasis des zones génitales cutanées est identique au psoriasis cutané habituel : hyperkératose parakératosique, hyperacanthose psoriasiforme avec allongement des papilles dermiques, infiltrat dermique lymphocytaire, micro-abcès épidermiques de Munro-Sabouraud à polynucléaires neutrophiles. Sur les zones muqueuses, où l'épiderme et le derme laissent place respectivement à l'épithélium et au chorion, on observe une parakératose constante, une exocytose de polynucléaires neutrophiles formant parfois des pustules, une acanthose psoriasiforme et un infiltrat lymphocytaire dermique d'intensité variable parfois associé à des plasmocytes (**fig. 14**).

### ■ Diagnostic différentiel

La variété des aspects cliniques du psoriasis génital explique la diversité des diagnostics différentiels à envisager : dermatite séborrhéique, dermatite atopique, dermatite de contact, lichen plan, lichen scléreux, néoplasie intra-épithéliale (**fig. 15**), maladie de Paget génitale, infection candidosique (**fig. 16**), bactérienne ou dermatophytique. Plus particulièrement chez l'homme, on éliminera une balanite non spécifique (**fig. 17**) et un syndrome de Fiessinger-Leroy en cas de balanite circonscrite. On pourra s'aider de l'examen histologique d'une biopsie cutanée ou muqueuse, notamment en cas de résistance au traitement dermocorticoïde rendant le diagnostic de psoriasis génital moins probable.

Les prélèvements mycologique et bactériologique sont indiqués devant une balanite érythémateuse ou pustuleuse afin d'éliminer une cause infectieuse



**Fig. 14 :** Aspects histologiques du psoriasis génital (Dr Cavalier-Balloy).



**Fig. 15 :** Néoplasie intra-épithéliale HPV induite (maladie de Bowen) du gland.



**Fig. 16 :** Vulvite candidosique récidivante simulant un psoriasis (Dr S Ly).



**Fig. 17 :** Balanite non spécifique.

streptococcique ou candidosique notamment chez l'homme, certaines formes de vulvo-vaginite candidosique récidivante ou de dermatophytose parfois particulièrement trompeuses chez la femme, ou encore en cas de suspicion de "surinfection" d'un psoriasis génital connu, bien que cette dernière éventualité soit rare en pratique.

### ■ Psoriasis génital, qualité de vie et sexualité

La présence d'une atteinte génitale au cours du psoriasis altère la qualité de vie générale des patients, hommes comme femmes, comme l'objective l'élévation significative du DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) de ces patients par rapport à celui des patients indemnes d'atteinte génitale [2].

La qualité de vie sexuelle est un sujet rarement abordé en consultation, or il a été montré que 43 % des patients souhaiteraient que leur médecin accorde plus d'attention à leurs difficultés sexuelles et les questionne à ce propos [6].

Le psoriasis "en général", non spécifiquement génital, est associé à une dysfonction sexuelle chez 22,6 % à 71,3 % des patients [7, 8]. Chez les hommes psoriasiques, le risque de dysfonction érectile est augmenté dans la plupart des études utilisant le score IIEF (*International Index of Erectile Function*). Chez les femmes psoriasiques, chez qui le nombre d'études consacrées à la dysfonction sexuelle est moindre, il existe une altération du FSFI (*Female Sexual Function Index*).

Le psoriasis génital quant à lui a un impact négatif sur la qualité de vie sexuelle, chez les hommes et les femmes, ou uniquement chez les femmes selon les études et les échelles de qualité de vie sexuelle utilisées [8], certaines évaluant le retentissement psychologique (le vécu) du psoriasis sur la sexualité, d'autres évaluant la fonction sexuelle au sens strict du terme (fonction érectile notamment).

## Traitement

Il n'existe actuellement pas de recommandations spécifiques concernant le traitement du psoriasis génital. Toutefois, cette atteinte, au même titre que d'autres localisations particulières, doit être prise en compte dans le choix et l'évaluation de l'efficacité d'un traitement [9, 10].

Les dermocorticoïdes, pierre angulaire du traitement local, sont à proposer en première intention. Leur puissance doit être adaptée à la topographie précise de l'atteinte génitale : dermocorticoïde puissant ou très puissant pour des lésions des zones cutanées prurigineuses afin de limiter le phénomène de Koebner lié au grattage ainsi que sur les muqueuses, dermocorticoïde d'activité plus modérée dans les plis.

Si l'association bétaméthasone/calcipotriol est proposée, elle doit être limitée à l'atteinte cutanée du fait du caractère potentiellement irritant des dérivés topiques de la vitamine D.

Le tacrolimus topique, s'il est toléré, peut être utile en traitement d'attaque ou d'entretien, sa prescription étant hors AMM dans cette indication.

Enfin, il ne faut pas hésiter, comme sur les lésions extragénitales, à conseiller l'application d'un émoullient.

L'efficacité spécifique sur l'atteinte génitale des traitements systémiques du psoriasis, qu'ils soient conventionnels ou biologiques, a fait l'objet de peu d'études.

Une biothérapie a montré sa supériorité significative *versus* placebo sur des lésions de psoriasis génital modérées à sévères, mais aussi sur les symptômes fonctionnels liés à cette atteinte [11, 12].

## Conclusion

Étant donné sa fréquence et son retentissement sur la qualité de vie générale et sexuelle, il est important de rechercher et traiter une atteinte génitale chez tout(e) patient(e) consultant pour un psoriasis extragénital.

## BIBLIOGRAPHIE

1. MEEUWIS KAP, POTTS BLEAKMAN A, VAN DE KERKHOF PCM *et al.* Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *J Dermatolog Treat*, 2018;29:754-760.
2. LARSABAL M, LY S, SBIDIAN E *et al.* GENIPSO : A french prospective study assessing instantaneous prevalence, clinical features and impact of quality of life of genital psoriasis among patients consulting for psoriasis. *Br J Dermatol*, 2019;180:647-756.
3. BISSONNETTE R, NIGEN S, BOLDOC C. Efficacy and Tolerability of Topical Tacrolimus Ointment for the Treatment of Male Genital Psoriasis. *J Cutan Med Surg*, 2008; 12:230-234.
4. MEROLA JF, BLEAKMAN AP, GOTTLIEB AB *et al.* The Static Physician's Global Assessment of Genitalia: A Clinical Outcome Measure for the Severity of Genital Psoriasis. *J Drugs Dermatol*, 2017;16:793-799.
5. GOTTLIEB AB, KIRBY B, RYAN C *et al.* The Development of a Patient-Reported Outcome Measure for Assessment of Genital Psoriasis Symptoms: The Genital Psoriasis Symptoms Scale (GPSS). *Dermatol Ther*, 2017;8:45-56.
6. MEEUWIS KA, DE HULLU JA, VAN DE NIEUWENHOF HP *et al.* Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2011;164:1247-1255.
7. MOLINA-LEYVA A, JIMÉNEZ-MOLEÓN JJ, NARANJO-SINTES R *et al.* Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015; 29:649-655.
8. DAUENDORFFER JN, LY S, BEYLOT-BARRY M. Psoriasis et sexualité masculine. *Ann Dermatol Venereol*, 2019;146:273-278.
9. MROWIETZ U, KRAGBALLE K, REICH K *et al.* Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res*, 2011; 303:1-10.
10. AMATORE F, VILLANI AP, TAUBER M *et al.* Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019; 33:464-483.
11. RYAN C, MENTER A, GUENTHER L *et al.* IXORA-Q Study Group. Efficacy and safety of ixekizumab in a randomized, double-blinded, placebo-controlled phase IIIb study of patients with moderate-to-severe genital psoriasis. *Br J Dermatol*, 2018;179:844-852.
12. YOSIPOVITCH G, FOLEY P, RYAN C *et al.* Ixekizumab Improved Patient-Reported Genital Psoriasis Symptoms and Impact of Symptoms on Sexual Activity vs Placebo in a Randomized, Double-Blind Study. *J Sex Med*, 2018;15:1645-1652.

Remerciements au Dr Sandra Ly (CHU de Bordeaux) et au Dr Bénédicte Cavellier-Balloy (Hôpital Saint-Louis Paris) pour leur apport iconographique.