

Mises au point interactives – Pathologies des muqueuses



J.-N. DAUENDORFFER
Centre de Pathologie
génitale et IST, service
de Dermatologie,
Hôpital Saint-Louis,
PARIS.



S. LY
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-André,
BORDEAUX.

Lichen scléreux génital homme et femme : regards croisés

d'érosions, ou encore lors de certaines modifications anatomiques (phimosis, accolement vestibulaire, encapuchonnement clitoridien). Certains LS peuvent enfin être totalement asymptomatiques.

Chez la femme comme chez l'homme, l'hypochromie (ou pâleur) est le signe caractéristique du LS génital (**fig. 1**), à laquelle peuvent s'associer de façon variable :

- des modifications de texture : atrophie ou au contraire hyperkératose ;
- des fissures et des érosions liées au grattage ou à la sclérose ;
- des ecchymoses ou des décollements bulleux ;
- des remaniements anatomiques (**fig. 2**) liés à l'accolement des surfaces inflammées : fusion des petites et des grandes lèvres, encapuchonnement clitoridien, phimosis ;
- une pigmentation post-inflammatoire, très fréquente après traitement.

Les sites les plus fréquemment touchés chez la femme sont les zones non pileuses, à savoir les petites lèvres,

Le lichen scléreux (LS) est une dermatose inflammatoire chronique, touchant avec prédilection la région génitale. Les synonymes anciens sont à abandonner : *kraurosis vulvae*, *balanitis xerotica obliterans*, lichen scléro-atrophique, balanite scléreuse oblitérante.

La prévalence du LS génital est estimée à 3 % ou plus chez les femmes et à 0,07 % chez les hommes [1]. Les femmes sont donc plus souvent atteintes que les hommes, avec un sex-ratio variant de 3 à 10:1 selon les études [2].

L'étiologie du LS génital n'est pas connue et débattue. Chez la femme, la maladie est considérée comme auto-immune, le LSV étant significativement associé à d'autres pathologies auto-immunes [3]. Chez l'homme, au contraire de la femme, la physiopathologie du LS reposerait moins sur des facteurs auto-immuns que sur le rôle irritatif de l'urine macérant entre le gland et le prépuce [4].

Le prurit est le signe d'appel majeur du lichen scléreux vulvaire (LSV), alors qu'il est en général absent en cas de LS du pénis. Douleurs et dyspareunie peuvent survenir, en cas de fissures ou



Fig. 1 : Lichen scléreux vulvaire typique avec ecchymoses de la fourchette.



Fig. 2 : Lichen scléreux vulvaire avec remaniements anatomiques : fusion complète des petites lèvres et encapuchonnement clitoridien.



Fig. 3 : Lichen scléreux du gland : hypochromie scléreuse du gland.



Fig. 4 : Lichen scléreux du prépuce : constriction hypochrome et scléreuse du prépuce.

■ Mises au point interactives – Pathologies des muqueuses

la face interne des grandes lèvres et les sillons interlabiaux, le clitoris et le périnée. Une extension aux plis inguinaux est possible. Il existe une atteinte péri-anale dans 30 % des cas, la localisation concomitante vulvaire et péri-anale réalisant l'atteinte en "8" ou en "sablier" caractéristique. Chez l'homme, le LS affecte le gland (**fig. 3**) et/ou le prépuce (**fig. 4**), et survient quasiment exclusivement chez l'homme non circoncis. Une atteinte limitée au frein ou au méat urétral (sténose) est possible. Une atteinte anale concomitante est exceptionnelle.

L'évolution du LS est chronique, marquée par des périodes de rémission et d'activité. L'apparition d'un carcinome épidermoïde représente l'une des principales complications évolutives du LS génital, survenant dans moins de 5 % des cas [1, 5]. Les lésions précancéreuses classiquement décrites comme compliquant un LS sont au nombre de deux : les néoplasies intra-épithéliales (NIE) différenciées et les hyperplasies épithéliales verruqueuses (HEV) mais, en pratique, une NIE HPV-induite (ou *High-grade Squamous Intraepithelial lesion* [HSIL]) peut également survenir sur un LS.

■ Quels examens complémentaires réaliser ?

Le diagnostic de lichen scléreux génital, que ce soit chez la femme ou chez l'homme, est le plus souvent clinique. La biopsie n'est pas indispensable lorsque l'aspect réalisé est typique. Elle est, en revanche, indiquée dans les formes atypiques, érosives par exemple, ou lorsque l'on suspecte une complication. Les signes histopathologiques typiques sont un œdème hyalin en bande sous-épidermique surmontant un infiltrat lymphocytaire dermique, en coloration standard et une raréfaction des fibres élastiques dermiques à la coloration spéciale par l'orcéine.

Aucun bilan auto-immun systématique n'est indiqué. La recherche d'une mala-

die auto-immune se justifie s'il existe des signes d'appel cliniques.

■ Comment traiter ?

Si les objectifs de la prise en charge du LS sont d'améliorer les symptômes ainsi que les signes cliniques objectifs de LS, ils doivent aussi prendre en compte la qualité de vie générale et sexuelle des patient(e)s, parfois sévèrement altérée [6]. Il est ainsi important d'évoquer avec eux leurs éventuelles difficultés sexuelles.

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de référence du LS génital, que ce soit chez l'homme ou la femme et l'enfant [1, 7]. On distinguera deux phases thérapeutiques :

- **La phase initiale du traitement** consistant en une application quotidienne, habituellement le soir, de clobétasol dipropionate 0,05 % en crème selon des modalités différentes :

- chez la femme : soit une application quotidienne pendant 1 mois, puis un soir sur deux pendant 1 mois, puis un soir sur trois pendant 1 mois [1], soit une application quotidienne pendant 3 mois [7, 8], puis espacement des applications selon le schéma précédent ;
- chez l'homme, avec ou sans phimosis : une application quotidienne pendant 1 à 3 mois [1].

- **La phase d'entretien du traitement**, avec des modalités elles aussi variables [1, 8] :

- soit le maintien d'un traitement "pro-actif" avec une application de clobétasol dipropionate 0,05 %, de 1 à 3 fois par semaine. En l'absence de recommandation précise, le rythme d'application ainsi que la durée de ce traitement, de plusieurs semaines à plusieurs mois, seront adaptés "au cas par cas" afin de maintenir une rémission des signes fonctionnels, la disparition des plaques et des ecchymoses, une certaine pâleur pouvant persister [1] ;

- soit l'arrêt du traitement chez les patient(e)s asymptomatiques et ne présentant plus de LS cliniquement actif et la reprise "à la demande", en fonction des poussées du LS [1, 8].

Toute zone de résistance au traitement sera impérativement biopsiée afin d'éliminer une néoplasie intra-épithéliale ou un carcinome épidermoïde dont le traitement est chirurgical. Si la biopsie confirme qu'il s'agit d'une lésion hyperkératosique de LS (LS hyperplasique), une injection intra-lésionnelle de triamcinolone ou une destruction par laser peuvent être envisagées [1, 14].

■ Existe-t-il une alternative aux dermocorticoïdes ?

Toutes les études contrôlées randomisées montrent que le clobétasol propionate est significativement plus efficace que le tacrolimus et le pimécrolimus chez la femme [9]. De plus, il n'existe pas d'étude à long terme permettant d'évaluer la sécurité carcinologique de leur utilisation hors AMM au cours du LS [8]. Les recommandations anglaises de 2018 [1] ne retiennent pas les inhibiteurs de la calcineurine dans le traitement du LS mais ceux-ci sont proposés en 2^e intention en cas d'échec des dermocorticoïdes dans les dernières recommandations européennes [15].

■ Quand recourir à la chirurgie ?

Chez la femme, les indications de la chirurgie sont limitées aux modifications anatomiques, uniquement lorsqu'elles sont responsables de dysfonctionnements sexuel ou urinaire [1, 8].

- **La périnéoplastie** (ou vestibuloplastie postérieure) consiste en une excision de la zone de synéchie postérieure suivie d'un avancement de la muqueuse vaginale.

- **La périnéotomie**, consistant à traiter les synéchies labiales par simple libération,

doit être précédée et suivie d'un traitement de dermocorticoïde intensif [16].

● **L'encapuchonnement clitoridien** peut être responsable d'un pseudo-kyste par rétention de smegma.

Chez l'homme, le recours à la chirurgie est beaucoup plus fréquent :

● **Une posthectomie totale** avec analyse histologique de la pièce opératoire est indiquée en cas de phimosis résistant à 1 à 3 mois de corticothérapie locale bien conduite, et suivie d'une corticothérapie locale pendant 1 à 3 mois sur le gland ainsi mis à nu.

● **Une prise en charge chirurgicale** des séquelles anatomiques d'un LS en rémission sera discutée en cas de sténose du méat responsable d'une dysurie et récidivant après dilatation à la bougie et en cas d'adhérences balanopréputiales responsables d'érections douloureuses ou de dyspareunie.

■ Quelle surveillance ?

Après un suivi rapproché initial, à 3 mois lors de la mise en route du traitement, la surveillance bisannuelle puis annuelle d'un LS génital qui répond au traitement est habituellement suffisante. En revanche, un LS compliqué d'une néoplasie intra-épithéliale doit être surveillé de façon rapprochée en raison du risque de récurrence et d'évolution vers un carcinome épidermoïde.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEWIS FM, TATNALL FM, VELANGI SS *et al.* British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus. *Br J Dermatol*, 2018; 178:839-853.
2. KIRTSCHIG G, BECKER K, GÜNTHERT A *et al.* Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. *JEADV*, 2015;29:e1-e43.
3. COOPER SM, ALI I, BALDO M *et al.* The association of lichen sclerosus and lichen planus with auto-immune disease: A case-control study. *Arch Dermatol*, 2008; 143:1432-1435.
4. BUNKER CB, PATEL N, SHIM TN. Urinary voiding symptomatology (micro-incontinence) in male genital lichen sclerosus. *Acta Derm Venereol*, 2013;93:246-248.
5. NASCA MR, INNOCENZI D, MICALI G. Penile cancer among patients with genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*, 1999;41:911-914.
6. VAN CRANENBURGH OD, NIJLAND SBW, LINDEBOOM R *et al.* Patients with lichen sclerosus experience moderate satisfaction with treatment and impairment of quality of life: results of a cross-sectional study. *Br J Dermatol*, 2017;176:1508-1515.
7. VAN DER MEIJDEN WI, BOFFA MJ, TER HARMSSEL WA *et al.* 2016 European guideline for the management of vulvar conditions. *JEADV*, 2017;31:925-941.
8. MOYAL-BARRACCO M, WENDLING J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014;28:946-958.
9. CHI CC, KIRTSCHIG G, BALDO M *et al.* Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*, 2012;67:305-312.
10. PRETI M, VIEIRA-BAPTISTA P, DIGESU GA *et al.* The clinical role of LASER for vulvar and vaginal treatments in gynecology and female urology: An ICS/ISSVD best practice consensus document. *Neurourol Urodyn*, 2018;38:1009-1023.
11. GOLSTEIN AT, MITCHELL L, GOVIND V *et al.* A randomized double-blind placebo-controlled trial of autologous platelet-rich plasma intradermal injections for the treatment of vulvar lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:1788-1789.
12. COOPER SM, GAO XH, POWELL JJ *et al.* Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? *Arch Dermatol*, 2004;140:702-706.
13. RENAUD-VILMER C, CAVELIER-BALLOY B, PORCHER R *et al.* Vulvar lichen sclerosus: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol*, 2004;140:709-712.
14. HOBSON JG, IBRAHIM SF, GAIL MERCURIO M. Recalcitrant vulvar lichen sclerosus treated with Erbium YAG Laser. *JAMA Dermatol*, 2019;155:254-256.
15. KIRTSCHIG G, KINBERGER M, KREUTER A *et al.* EuroGuiderm guideline on lichen sclerosus – Treatment of lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2024.
16. BRADFORD J, FISCHER G. Surgical division of labial adhesions in vulvar lichen sclerosus and lichen planus. *J Low Genit Tract Dis*, 2013;17:48-50.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.