



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE/MASCULINOPATHIE

Lichen plan génital chez l'homme



Male genital lichen planus

J.-N. Dauendorffer^{a,*}, B. Cavelier-Balloy^b,
B. Halioua^c, C. Renaud-Vilmer^a

^a Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, AP-HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service d'anatomie et cytologie pathologiques, hôpital Saint-Louis, AP-HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Reçu le 26 décembre 2014 ; accepté le 4 février 2015

Disponible sur Internet le 23 mars 2015

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique, pouvant se localiser à la peau et/ou aux 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 [1]. L'atteinte génitale peut cependant être isolée, sans atteinte cutanée associée.

Aspects cliniques

Dans les formes typiques, l'examen clinique montre soit des papules érythémateuses ou violacées, parfois de disposition linéaire, soit une ou plusieurs plaques érythémateuses annulaires, obtenues par confluence de lésions élémentaires multiples ou guérison centrale de plaques. Des lésions papuleuses et annulaires peuvent coexister (Fig. 1). Les lésions,

plus ou moins prurigineuses, sont localisées au fourreau, mais parfois aussi sur le gland, le prépuce ou le scrotum. Sur le versant cutané génital (fourreau et scrotum), elle peuvent avoir un aspect typique de papules violacées recouvertes de stries de Wickham (Fig. 2). Un réseau lichénien blanchâtre peut constituer l'unique manifestation clinique et se localiser sur le gland, le prépuce ou le fourreau (Fig. 3). Il peut prendre une disposition annulaire (Fig. 4). La coexistence d'un réseau lichénien et de papules érythémateuses est possible (Fig. 5). 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 [2]. L'évolution peut être spontanément favorable, avec possible hyperpigmentation secondaire, ou devenir chronique sous une forme continue ou récidivante.

Dans une étude réalisée au Royaume-Uni portant sur 357 hommes consultant pour une dermatose pénienne, 39 présentaient un lichen plan génital, parmi lesquels

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jn.dauendorffer@free.fr (J.-N. Dauendorffer).



Figure 1. Lichen plan : lésions papuleuses et annulaires du gland.



Figure 2. Lichen plan : papules violacées du scrotum recouvertes de stries de Wickham.

69 % n'étaient pas circoncis. Dans la population témoin, constituée de 305 hommes consultant pour une dermatose non génitale, 52,2 % n'étaient pas circoncis. Ces résultats tendent à penser que le lichen plan génital est plus fréquent chez l'homme non circoncis [3].



Figure 3. Lichen plan : réseau lichénien du gland et du prépuce.

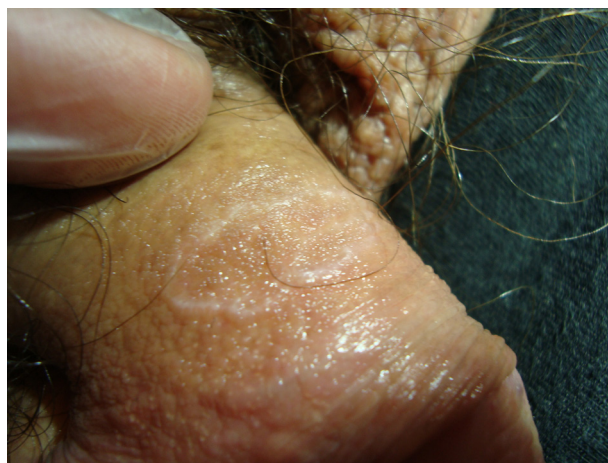


Figure 4. Lichen plan : réseau lichénien annulaire du fourreau.



Figure 5. Lichen plan : papules érythémateuses et réseau lichénien du sillon balano-préputial.

Des cas de lichen plan génital induits par des prises médicamenteuses (toxidermies lichénoïdes) ayant été décrits, un interrogatoire portant sur les prises médicamenteuses est justifié [4].

Le lichen plan préputial peut avoir une évolution fibrosante, sous la forme d'un phimosis, quoique de façon moins fréquente que le lichen scléreux [5]. Une dyspareunie est d'ailleurs possible dans les formes fibrosantes avec phimosis mais aussi dans les formes érosives. De même, des troubles sexuels peuvent apparaître, en rapport avec une dyspareunie, une modification de l'image corporelle ou une crainte injustifiée de transmettre la dermatose.

Enfin, le lichen plan génital peut se compliquer de lésions pré-cancéreuses (néoplasie intra-épithéliale différenciée et hyperplasie épithéliale verruqueuse), des carcinomes épidermoïdes péniens ayant été décrits sur des lichens plans génitaux d'évolution chronique [6].

Diagnostics différentiels

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

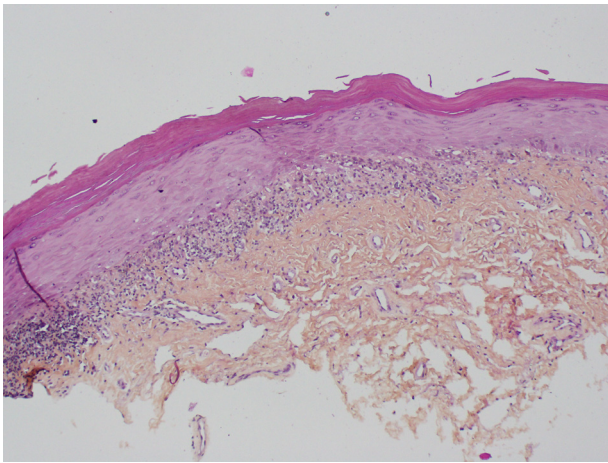


Figure 6. Aspect histologique du lichen plan génital (coloration standard HE).

lichen plan et lichen scléreux), la balanite de Zoon, la maladie de Bowen, le psoriasis et l'eczéma. Un pemphigus et une pemphigoïde cicatricielle doivent être éliminés devant une forme érosive de lichen plan génital. Un érythème pigmenté fixe peut être discuté devant un lichen plan génital pigmentogène.

Examens complémentaires

La biopsie cutanéomuqueuse génitale est inutile en cas de lésion génitale isolée typique ou d'atteinte extragénitale (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 une lésion pré-cancéreuse (néoplasie intra-épithéliale différenciée et hyperplasie épithéliale verruqueuse) voire 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 lymphocytaire en bande, pouvant comporter des plasmocytes, venant au contact de la basale avec exocytose lymphocytaire basale et parfois des cellules apoptotiques (Fig. 6). On peut noter une hyalinisation focale du collagène dans les formes de chevauchement entre lichen plan et lichen scléreux. En cas de lichen érosif, l'aspect histologique est souvent peu spécifique, rendant difficile le diagnostic car la dermite d'interface lichénoïde et l'apoptose sont inconstantes et l'infiltrat lymphocytaire de densité variable n'est que grossièrement horizontalisé. Un clivage dermo-épidermique ou chorio-épithélial peut s'observer, ce qui justifie la réalisation d'une immunofluorescence directe afin d'éliminer une dermatose bulleuse auto-immune.

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 facteur de risque avéré d'hépatite C (usage de drogues par voie intra-veineuse) [7].

Aucun bilan auto-immun systématique n'est justifié, celui-ci devant être orienté en fonction des points d'appel cliniques (dysthyroïdie) [8].

Traitement

L'absence de contagiosité doit être rappelée au patient, celui-ci étant souvent persuadé d'avoir contracté une infection sexuellement transmissible et de pouvoir à son tour la transmettre. Une abstention thérapeutique, sous surveillance clinique, peut se discuter en cas d'absence de signe fonctionnel et d'évolution fibrosante. Dans les autres cas, le traitement de première intention repose sur une corticothérapie locale par 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 totale (circoncision) se discute en cas d'échec du traitement, mais peut s'avérer inefficace sur l'atteinte du gland, du fait de l'entretien du lichen plan par effet Koebner sur le gland ainsi mis à nu. La plastie du frein peut être indiquée en l'absence d'évolution fibrosante du prépuce.

Du fait du risque de survenue de lésions pré-cancéreuses, et plus rarement de carcinome épidermoïde, une surveillance au long cours s'impose.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Buechner SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int* 2002;90:498–506.
- [2] Cribier B, Ndiaye I, Grosshans E. Syndrome péno-gingival syndrome. Un équivalent masculin du syndrome vulvo-vagino-gingival? *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1993;94:148–51.
- [3] Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, Francis N, Fearfield L, Newson R, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol* 2000;136:350–4.
- [4] Massa MC, Jason SM, Gradini R, Welyhyj S. Lichenoid drug eruption secondary to propranolol. *Cutis* 1991;48:41–3.
- [5] Itin PH, Hirsbrunner P, Büchner S. Lichen planus: an unusual cause of phimosis. *Acta Derm Venereol* 1992;72:41–2.
- [6] Renaud-Vilmer C, Cavelier-Balloy B. Les lésions pré-cancéreuses du pénis. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:486–92.
- [7] Shengyuan L, Songpo Y, Wen W, Wenjing T, Haitao Z, Binyou W. Hepatitis C virus and lichen planus: a reciprocal association determined by a meta-analysis. *Arch Dermatol* 2009;145:1040–7.
- [8] Le Cleach L, Chosidow O. Lichen Planus. *New Engl J Med* 2012;366:723–32.