

Une lésion très intime, et perturbante

par les Drs Pierre FRANCES*, Aïda TALL**, Charlotte CORDIER*** et Alexandra FREY****

* Médecin généraliste
F - 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com

** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

*** Externe
F - 34000 Montpellier

**** Externe
F - 67000 Strasbourg

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je connais bien Eric, 68 ans, qui me consulte assez régulièrement lorsqu'il vient en villégiature dans notre station balnéaire. Cette fois, il vient me voir car il est très soucieux du fait d'une lésion prurigineuse au niveau du gland.

Cette formation est apparue il y a deux mois et le généraliste attiré de ce patient lui a prescrit différents traitements locaux antifongiques.

Malheureusement, la lésion persiste et Eric est très inquiet car il a peur d'une infection sexuellement transmissible.

En effet, ce dernier avoue avoir eu des relations extra-conjugales.

ABSTRACT

History of a patient with an itching tip dermatosis.

Keywords : penile dermatosis, lichen planus, Wickham striations

RÉSUMÉ

Histoire d'un patient ayant une dermatose prurigineuse du gland.

Mots-clés : dermatoses du pénis, lichen plan, stries de Wickham



Quel est votre diagnostic ?
Quel traitement allez-vous lui prescrire ?

Réponse

Les lésions observées au niveau du gland sont des papules planes qui semblent avoir une conformation géométrique.

De plus, en regardant plus précisément, on a l'impression que ces lésions brillent à la lumière.

Cette description clinique est caractéristique d'un lichen plan du pénis.

Le lichen plan se caractérise par une lésion initiale qui est une papule aplatie de 1 à 10 mm avec une bordure qui est fréquemment irrégulière.

La couleur de ces lésions est au départ rose ou blanche et devient secondairement rouge foncé.

Au niveau de la surface, il est possible d'observer un motif en dentelle (les stries de Wickham) et le patient se plaint fréquemment d'un prurit qui est très variable en fonction des patients et des lésions observées.

La localisation des lésions est souvent en rapport avec un phénomène de Koebner (zone de friction).

On doit différencier le lichen plan du gland avec d'autres pathologies comme :

- Un érythème polymorphe. Cette dermatose survient le plus souvent chez un patient ayant des antécédents de récurrence herpétique. La lésion est différente avec un aspect en cocarde (zone centrale érythémateuse parfois vésiculeuse entourée par une zone claire ou atrophique, le tout étant cravaté par un bourrelet érythémateux).
- Une pemphigoïde du gland avec une lésion qui a un caractère bulleux.
- Un lichen scléro-atrophique qui est une entité assez fréquente au niveau génital. Le plus souvent, on observe une infiltration du revêtement cutané. La localisation préférentielle chez les hommes est le méat et cette forme de lichen évolue fréquemment en donnant une sténose du méat car la lésion est le plus souvent circonscrite au niveau de cette zone.
- Le psoriasis qui donne des placards érythémateux bien limités. La recherche d'une localisation à d'autres niveaux (coudes, ongles et cuir chevelu) est fréquente.

Sur un plan histologique, nous retrouvons une hyperacanthose épidermique orthokératosique avec un infiltrat lymphohistiocytaire.

Une hypergranulomatose localisée est parfois rencontrée (zone des stries de Wickham).

La **prise en charge** est simple. Elle consiste à prescrire des dermocorticoïdes ayant une activité forte ou très forte.

Cependant, il est important d'avertir le patient que ce traitement devra être interrompu dès lors que les lésions disparaissent (ce qui est la règle dans la très grande majorité des cas).

En effet, il est possible d'observer dans certains cas des troubles pigmentaires en relation avec une application trop soutenue.

Si les lésions persistent ou s'avèrent très importantes, il est possible d'administrer de la ciclosporine ou des rétinoïdes en topique.

Si les lésions observées se révèlent très hypertrophiques, il est possible de recourir à des injections intra-lésionnelles de triamcinolone.

Bibliographie

1. Bologna JL. Dermatologie: l'essentiel. Ed. Elsevier Masson 2018.
2. Bunker CB, Barete S. Dermatologie génitale masculine. Ed. Elsevier 2005.
3. Habif T. Maladies cutanées. Diagnostic et traitement. France. Ed. Elsevier 2008.
4. Saurat JH, Lipsker D, Thomas L, Borradori L, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Ed. Elsevier-Masson 2017.
5. Fitzpatrick TB. Atlas en couleurs de Dermatologie clinique. Ed. Flammarion Médecine-Sciences 2007.