

# Pathologie génitale masculine

Pr Nicolas Dupin  
Service de Dermatologie  
Pavillon Tarnier, Hôpital  
Cochin, APHP



# Dogme

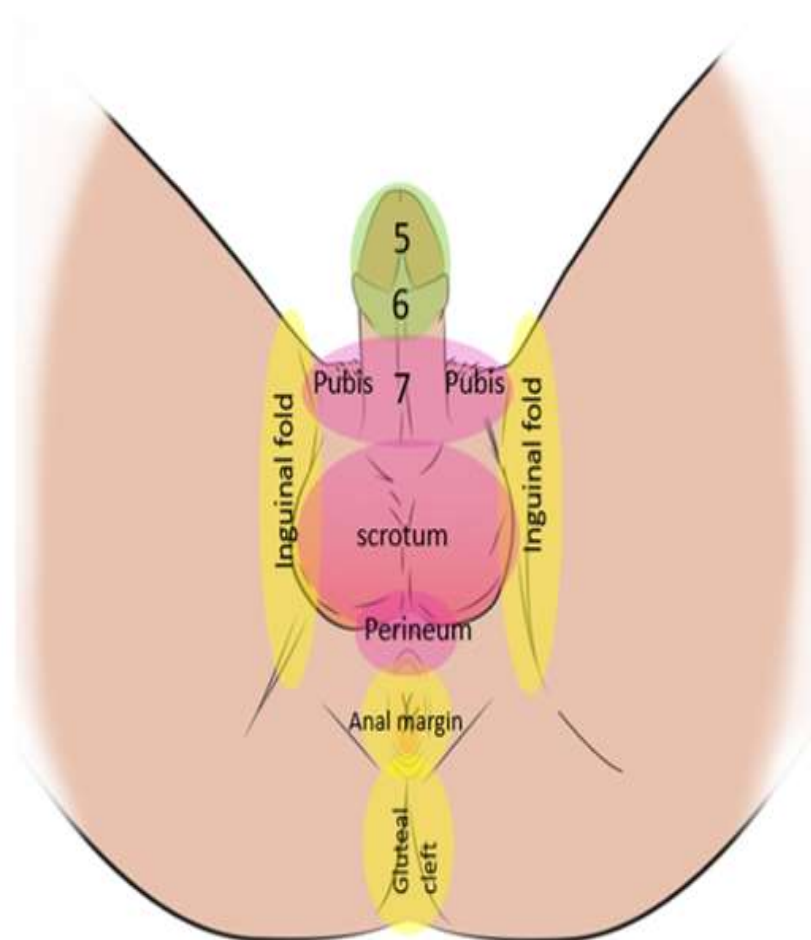
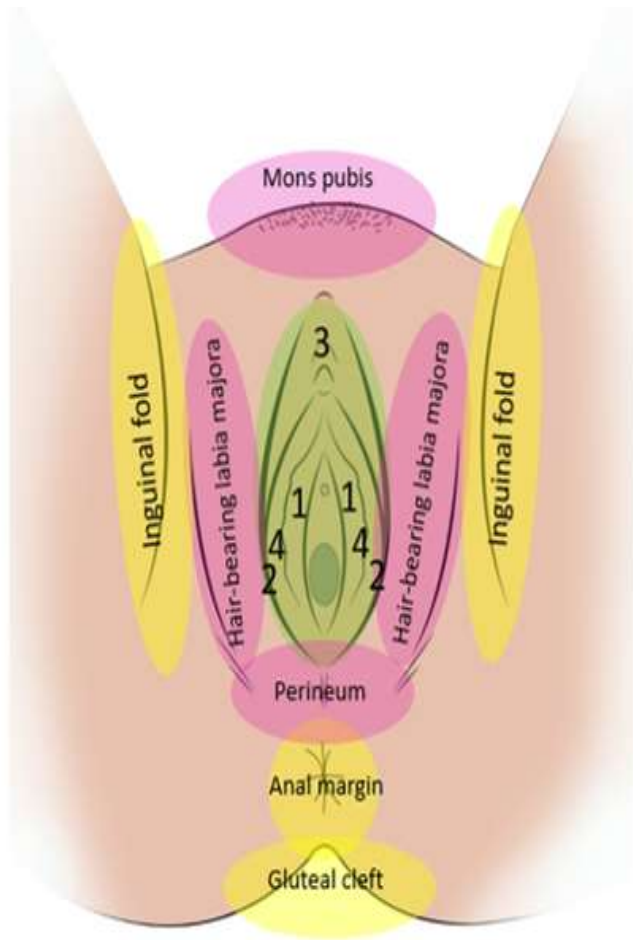
- Toute dermatose génitale est une MST et en particulier une syphilis
- Mais aujourd'hui, on laisse les MST de côté...



# Plan

- Aspects morphologiques normaux
- Localisation génitale de dermatoses communes
- Infections balano-préputiales
- Affections spécifiques

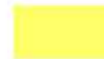




Genital lesions:

- Mucosal genital
- Cutaneous genital

Perigenital lesions:



1-Labia minora 2-Hairless labia majora 3-Anterior commissure 4-Interlabial groove 5-Glans penis 6-Foreskin 7-Shaft of penis



Atteinte  
génitale

**Atteinte génitale  
muqueuse:**

- prépuce
- gland

**Atteinte génitale  
cutanée:**

- pubis
- scrotum
- fourreau de la verge
- périnée

Atteinte péri-  
génitale

**Atteinte péri-génitale:**

- plis interfessier
- marge anale
- plis inguinaux



# Rappel anatomique



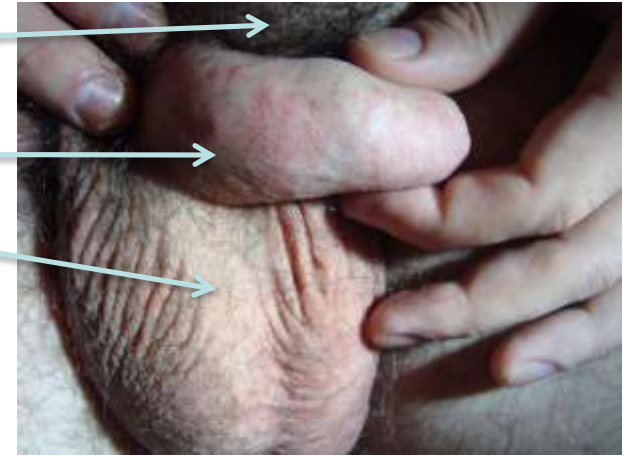
Pubis

Fourreau

Scrotum

Gland

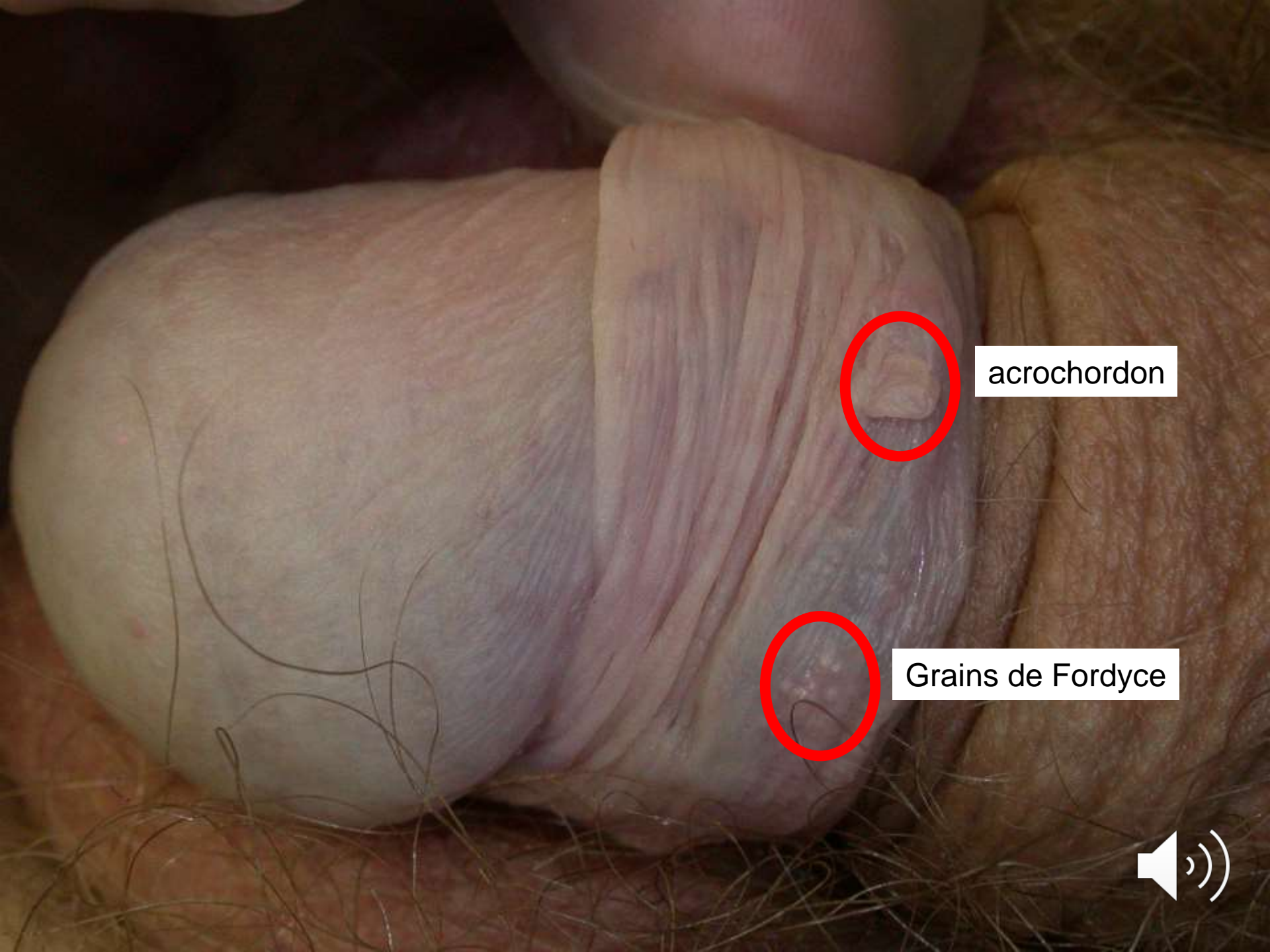
Prépuce



Plis inguinaux

Périnée





acrochordon

Grains de Fordyce





Hyperplasie sébacée (grains de Fordyce)



Perles péniennes ou angiofibromes



Hyperplasie sébacée (grains de Fordyce)



Perles péniennes ou angiofibromes

condylomes, verrues génitales, PVH6/11



# Observation 1

- Homme de 54 ans
- Lésions scrotales depuis plusieurs mois
- Pas d'antécédent notable





Psoriasis vulgaire avec psoriasis des plis

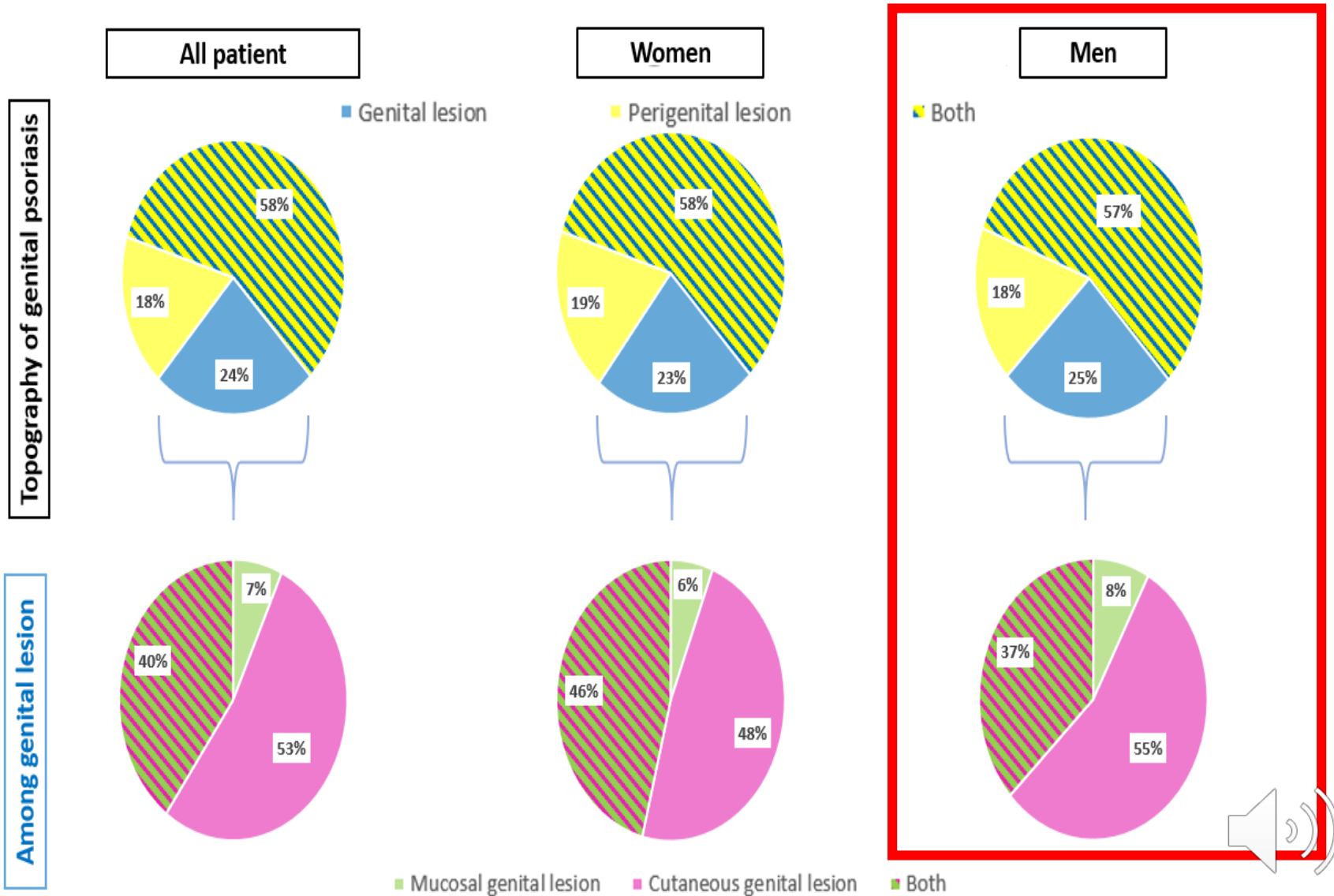


# Psoriasis génital

- Peut s'intégrer dans un psoriasis vulgaire (environ 40%), mais seulement 40% ont été examinés (*Larsabal et al. BJD 2018*)
- Peut s'intégrer dans un psoriasis inversé
- Peut être isolé de diagnostic beaucoup plus difficile
  - Rechercher des atteintes extra-génitales
  - Atteintes unguéales
  - Atteinte du cuir chevelu
  - La biopsie peut être nécessaire



# Distribution of topography of genital lesion among patients with genital psoriasis



# Plaques bien limitées érythémato-squameuses



*Les lésions psoriasiques du gland sont habituellement finement squameuses chez les hommes circoncis.*

























# Plaques bien limitées érythémateuses



*Les lésions psoriasiques du gland et du prépuce perdent leur caractère squameux chez l'homme non circoncis du fait de l'humidité locale.*

# Plaques bien limitées érythémateuses



*Le psoriasis du fourreau se présente le plus souvent sous la forme de plaques érythémateuses bien limitées.*



# Erythème squameux mal limité



*Le psoriasis réalise volontiers une balanite diffuse chez l'homme circoncis alors que l'atteinte se limite fréquemment au prépuce et à la partie proximale du gland chez l'homme non circoncis.*

# Erythème mal limité



*Le psoriasis du scrotum se présente sous la forme de plaques bien limitées, voire d'un érythème diffus. Il peut s'associer à une lichénification.*



# Pustules



*Le psoriasis génital pustuleux est exceptionnel. Le diagnostic nécessite de réaliser une biopsie cutanéomuqueuse et d'éliminer une balanite candidosique.*





**Psoriasis pustuleux**



# Micropapules



*Sur peau noire, les lésions de psoriasis génital perdent leur caractère érythémateux et peuvent prendre un aspect plus lichénien.*



# Psoriasis péri-génital



**Pli inguinal**



**Pli interfessier**

*Le psoriasis génital peut être isolé ou associé à un psoriasis péri-génital (involé) intéressant les plis inguinaux et/ou interfessier.*





# Traitement du psoriasis génital

- Dermocorticoïdes de classe 3
- Dérivés de la vitamine D
- Pas de photothérapie, risque carcinogène
- Dans les formes invalidantes discuter tt systémique, en particulier le méthotrexate



# Diagnostics différentiels



# Candidose



*La candidose est la plus fréquente de balanite pustuleuse. Il faut noter que la balanite candidosique et la balanite psoriasique présentent la même histologie.*



# Syndrome de Fiessinger Leroy ou syndrome oculo-uréthrosynovial



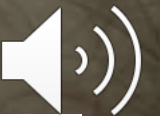
*L'atteinte génitale au cours du syndrome de Fiessinger Leroy peut être circinée ou pustuleuse.*



# Balanite circonécée du FL

- La présence d'une balanite est rapportée de façon variable dans le FL, 10 à 80% des cas
- Rechercher infection uro-génitale, digestive
  - *Chlamydia trachomatis*, autres germes *Mycoplasma genitalium* ?, autres digestifs: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*....
- Balanite circonécée, avec des tâches rouge sombre et humide
- Balanite plus hyperkératosique notamment chez les circoncis
- Rechercher des lésions extra-génitales (KPP, atteinte conjonctivale, oligoarthrite, atteinte axiale, pseudo-SPA...)
- Difficile à traiter +++






Balanite circonée du syndrome de Fiessinger-Leroy (agent *Mycoplasma genitalium*)





Balanite circinée au cours d'un syndrome de Fiessinger-Leroi chez un patient sous Prep (agent microbien, Campylobacter, gonocoque) 





Syndrome de FL  
Homme de 26 ans  
Sous prep  
Avec balanite circonée  
Oligoarthritis invalidante +++

HLA B27

Sous Enbrel + Diprosone



# Eczema de contact



*L'eczéma de contact génital peut être squameux dans sa forme chronique ou suintant et associé à un œdème du prépuce dans sa forme aigue.*

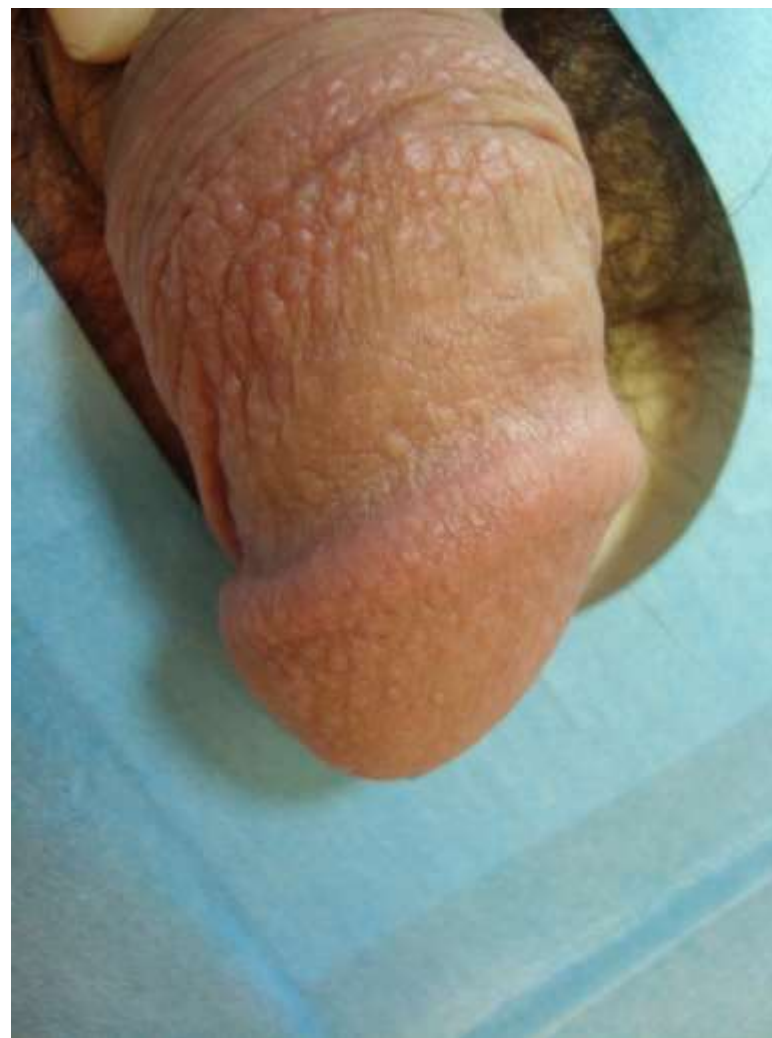


# Dermatite atopique



*La dermatite atopique génitale peut être squameuse ou suintante. Elle est rarement isolée et s'accompagne habituellement de lésions extra-génitales de dermatite atopique.*

# Lichen plan



*Le lichen plan génital réalise fréquemment des lésions micropapuleuses ou annulaires.*



# Lichen plan

- Peut prendre un aspect circiné
- Érosif
- S'associer à des lésions buccales +++, véritable maladie bipolaire: **cessons de compartimenter les muqueuses!**
- Syndrome pénogingival









Lichen plan















# Traitement du lichen plan génital

- Dermocorticoïdes de classe 3
- Autres plus rarement nécessaire (Protopic 0,1%...)
- Surveillance car risque de transformation mais rare ++



# Lichénification



*Une lichénification du scrotum peut être isolée ou compliquer un psoriasis sous-jacent.*



# Maladie de Bowen



*Toute plaque érythémateuse chronique du gland, résistante au traitement dermocorticoïde, doit faire l'objet d'une biopsie afin d'éliminer une néoplasie intra-épithéliale, voire un carcinome épidermoïde.*



# Syphilis secondaire



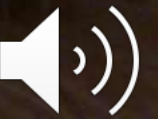
*Une syphilis secondaire (de type condylomalata) peut prendre l'aspect d'un psonasis papuleux du gland.*



# Observation 4

- Homme de 36 ans
- Démangeaisons de plus en plus invalidantes du pénis depuis des mois
- Douleurs lors des rapports sexuels
- Antécédents d'herpès génital chez sa compagne actuelle





# Lichen scléro-atrophique

- Peut débuter dans l'enfance, phimosis aigu
- Diagnostic différentiel:
  - Papulose à cellules claires
  - Vitiligo et autres achromies
  - Morphées (association morphée et LSA, sclérolichen)
  - Lichen plan (n'est pas atrophique)
  - Posthite scléreuse (dysurie, incontinence urinaire)
- Risque de transformation, fréquence <5%
- Tt par dermocorticoïdes de classe 4
- Circoncision...



# Lichen scléro-atrophique

- Au début, tâches blanches porcelainées
- Disséminées sur le gland ou péri-méatique
- Peut être responsable d'un rétrécissement péri-méatique nécessitant des dilatations
- Le rétrécissement à l'anneau préputial va être responsable d'un phimosis qui nécessitera une circoncision
- Chez les sujets âgés, le diagnostic différentiel est la posthite scléreuse secondaire à une incontinence urinaire











Refoulement maniaque de la cuticule





Balanitis xerotica obliterans







# Traitement du lichen scléro-atrophique

- Dermocorticoïdes de classe 4
- Si phimosis récalcitrant, circoncision
- Surveillance car risque de transformation, rare mais possible (moins de 5%)



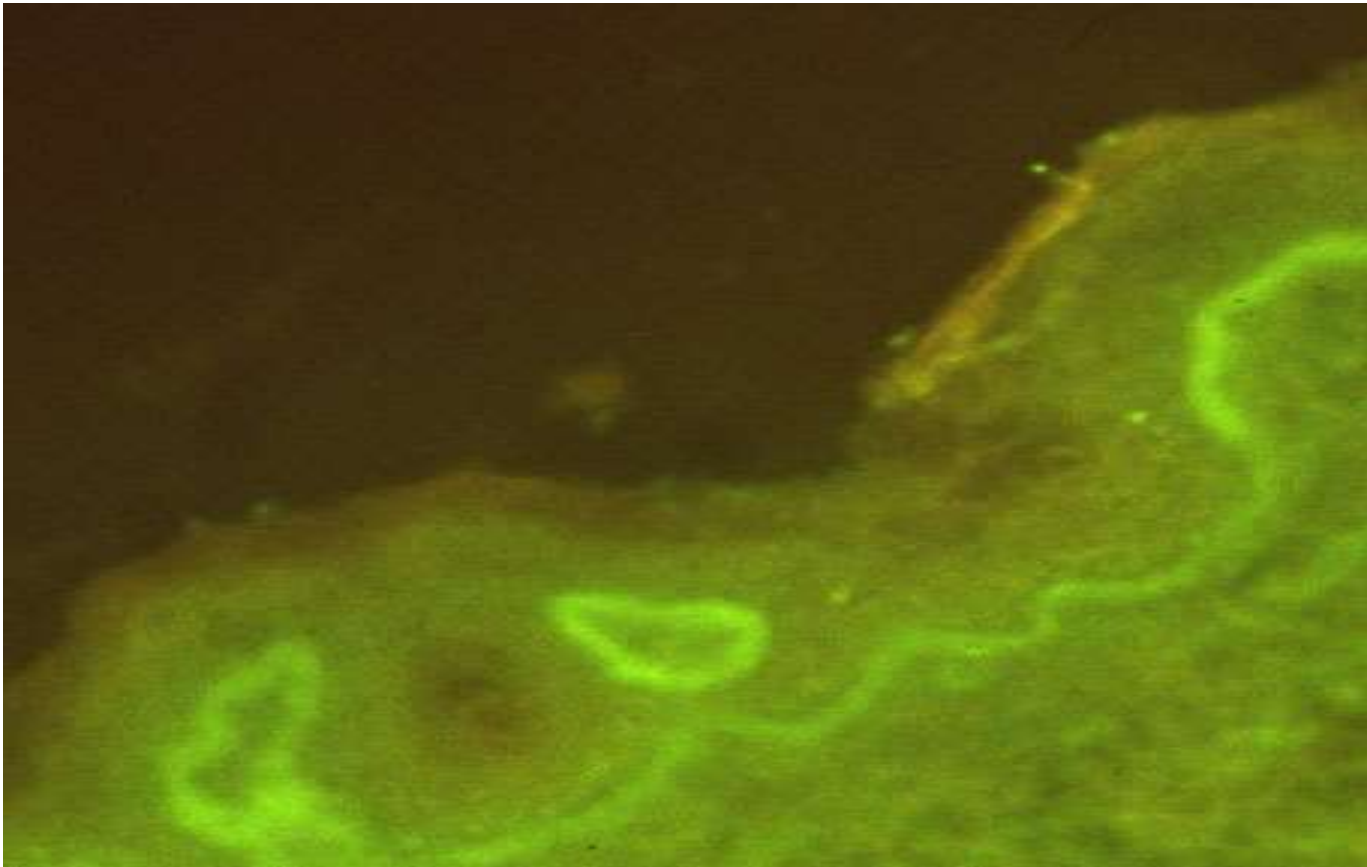
# Observation

- Homme 70 ans
- Antécédent de néo de la prostate en 2006, tt chirurgical
- Pas de traitement
- Début par une irritation scrotale en Août 2009
- Consulte un MG, tt local antiseptique et acide fusidique
- Mi-Août, apparition de bulles scrotales
- En septembre, mis sous diprosone qu'il applique irrégulièrement
- En Octobre mis sous dermoval qu'il applique irrégulièrement





# Solution



Pemphigoïde bulleuse scrotale, Histo et IFD +++





# Observation 5

- Homme, 35 ans
- Antécédent de dermite séborrhéique et de psoriasis
- Début Septembre 2009, symptomatologie d'urétrite avec brûlures et prurit intra-canalair sans écoulement
- Bilan IST négatif
- Tt par azithromycine DU
- 6 semaines plus tard, réapparition de la symptomatologie urétrale. Nouveau bilan IST négatif
- Mis sous doxycycline pendant 10 j le 16/11/09
- Consulte à nouveau le 18/11/09 pour apparition de lésions génitales







Érythème pigmenté fixe bulleux







# Érythème pigmenté fixe

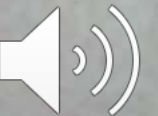
- Diagnostic différentiel
  - Autre toxidermie
  - Psoriasis
- Médicaments
  - Tétracyclines
  - Phénolphtaléine (laxatifs)
  - Sulfamides
  - Barbituriques
  - Amoxicilline
  - Quinine...



# Observation 6

- Homme de 48 ans
- Lésions prurigineuses des plis inguinaux depuis de nombreuses années volontiers récidivantes
- Plusieurs traitements dont des antifongiques efficaces sur le prurit et l'érythème mais n'empêchant pas les récurrences
- A eu également des corticoïdes qui sont peu efficaces











Maladie de Darier

# Maladie de Darier

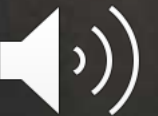
- Papules kératosiques dans les zones des plis
- Lésions des mains et onychopathie
- Transmission autosomale dominante
- Mutation du gène ATPA2 codant pour la pompe à calcium SERCA2
- Diagnostic différentiel
  - Maladie de Hailey-Hailey
  - Dermatose acantholytique papuleuse inguino-crurale
- Surinfection herpétique et impétiginisation
- Histologie très évocatrice
- Tt par rétinoïdes (acitrétine, isotrétinoïne)
- Vaporisation au laser CO<sub>2</sub>



# Observation 7

- Homme de 35 ans, surcharge pondérale
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral à l'âge de 32 ans
- Léger retard mental
- Prise de poids anormale depuis 2 ans en cours d'exploration
- Adressé par son médecin traitant pour des lésions pigmentées du gland















# La Solution, Complexe de carney

Néoplasie endocrinienne multiple (NEM)

2 gènes retrouvés

- chromosome 2p16 ⇒ ?
- chromosome 17q22-24 ⇒ *PRKAR1A*

*Mateus, JAAD 2009*





# CRITERES DIAGNOSTIQUES

## CRITERES MAJEURS

1	<b>Lentigines et éphélides avec une distribution caractéristique (lèvres, conjonctives, canthus, génital)</b>
2	<b>Myxomes (cutanéomuqueux)</b>
3	Myxomes cardiaques
4	Myxomatose mammaire ou image en IRM caractéristique
5	Primary Pigmented Nodular Adrenocortical Disease (PPNAD) ou réponse positive paradoxale des glucostéroïdes urinaires à l'injection de dexaméthasone au cours du test de Liddle.
6	Acromégalie due à un adénome à GH
7	Tumeur de Sertoli ou calcifications caractéristiques à l'échographie testiculaire
8	carcinome thyroïdien ou multiples nodules hypoéchogènes chez un jeune patient
9	schwannome melanocytique Psammomatous
10	<b>naevus bleu, naevus bleu épithéloïdes</b>
11	adénome ductal mammaire
12	Ostéochondromyxome

Critères Supplémentaires :

1. Parent du premier degré atteint
2. Mutation du gène *PRKAR1A*



# Pigmentation du pénis

- Causes fréquentes:
  - Tatouages, purpura, hyperpigmentation du raphé médian, hyperpigmentation post-inflammatoire (lichen plan, L scléreux, EPF)
- Hyperpigmentation mélanocytaire essentielle des muqueuses
- Mélanose/Lentiginose
  - **Syndrome de Laugier** (elle n'est pas lentigineuse, car l'hyperpigmentation résulte d'une augmentation de la mélanine dans les kératinocytes basaux)
  - **Syndrome de Peutz-Touraine-Jeghers** (atteinte buccale, polypes hamartomateux intestinaux)
  - **Syndrome Lamb** (Carney ?)
  - **Syndrome Leopard** (lentigines, anomalies ECG, hypertélorisme, sténoses pulmonaires, anomalies génitales, retard de croissance, surdité)
  - **Syndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba** (macrocéphalie, polypes hamartomateux intestinaux, angioliipomes, myopathie lipidique...)



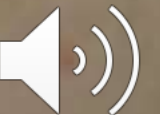


Purpura ecchymotique, traumatique



Lentiginose du pénis



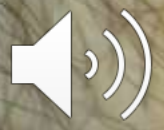


Maladie de Laugier





Vitiligo





Vitiligo



Verrues génitales



Vitiligo





naevus



naevus

# Naevus mélanocytaire acquis

- Grande fréquence entre 3% chez les noirs à 10% chez les blancs
- Plus fréquent en cas de syndrome des naevus atypiques
- Risque de transformation 1/1000000
- 50% des mélanomes apparaissent sur une peau normale



# Mélanome

- Rare dans cette localisation
- De type lentigineux
- 1% des mélanomes de l'homme
- 1% des tumeurs malignes péniennes
- Localisation dans la majorité des cas:
  - Gland
  - prépuce





Mélanome achromique

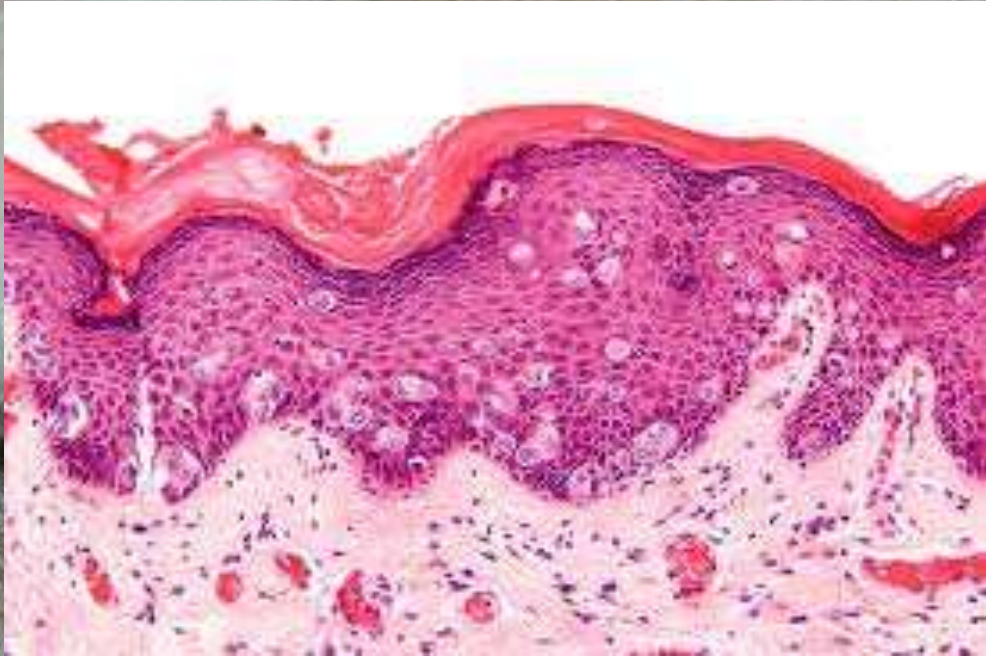




# Observation 8

- Homme de 85 ans
- Lésions endobuccales et conjonctivales
- Diagnostic de pemphigoïde des muqueuses
- Mis sous endoxan avec une bonne efficacité
- Revu deux ans plus tard avec des lésions du fourreau







Maladie de Paget





# Maladie de Paget extra-mammaire

- Exceptionnel chez l'homme
- Doit être considéré comme un adénocarcinome qui naît dans l'épiderme
- Le diagnostic est histologique, présence de cellules pagétiques à cytoplasme clair et gros noyaux, positivité de la cytokératine 7
- Recherche de l'expression de HER-2



# Maladie de Paget extra-mammaire

- Diagnostic différentiel
  - Psoriasis
  - Bowen
- Peut-être associée à une affection maligne régionale (11%)
  - Vessie
  - Prostate
- Traitement est chirurgical
  - Classique exérèse
  - Mohs +/-
  - Vaporisation au laser CO2
- Alternative
  - Efudix
  - Aldara
- Surveillance ++



# Observation 9

- Un homme de 63 ans consulte pour cette lésion du frein et du prépuce
- Il ne sait pas dater le début de cette lésion mais cela doit faire plusieurs mois
- Il vit seul et n'a plus de rapports sexuels depuis plusieurs années







# Carcinome épidermoïde pénien

- Carcinome épidermoïde primitif
- Carcinomes sur dermatose préexistante et précurseurs PIN différenciés (LSA et LP érosif)
- Carcinomes secondaires à l'infection par HPV oncogène (16, 18...) et précurseurs PIN indifférenciés (immunodéprimés, VIH, sujets jeunes)



# Carcinome épidermoïde primitif

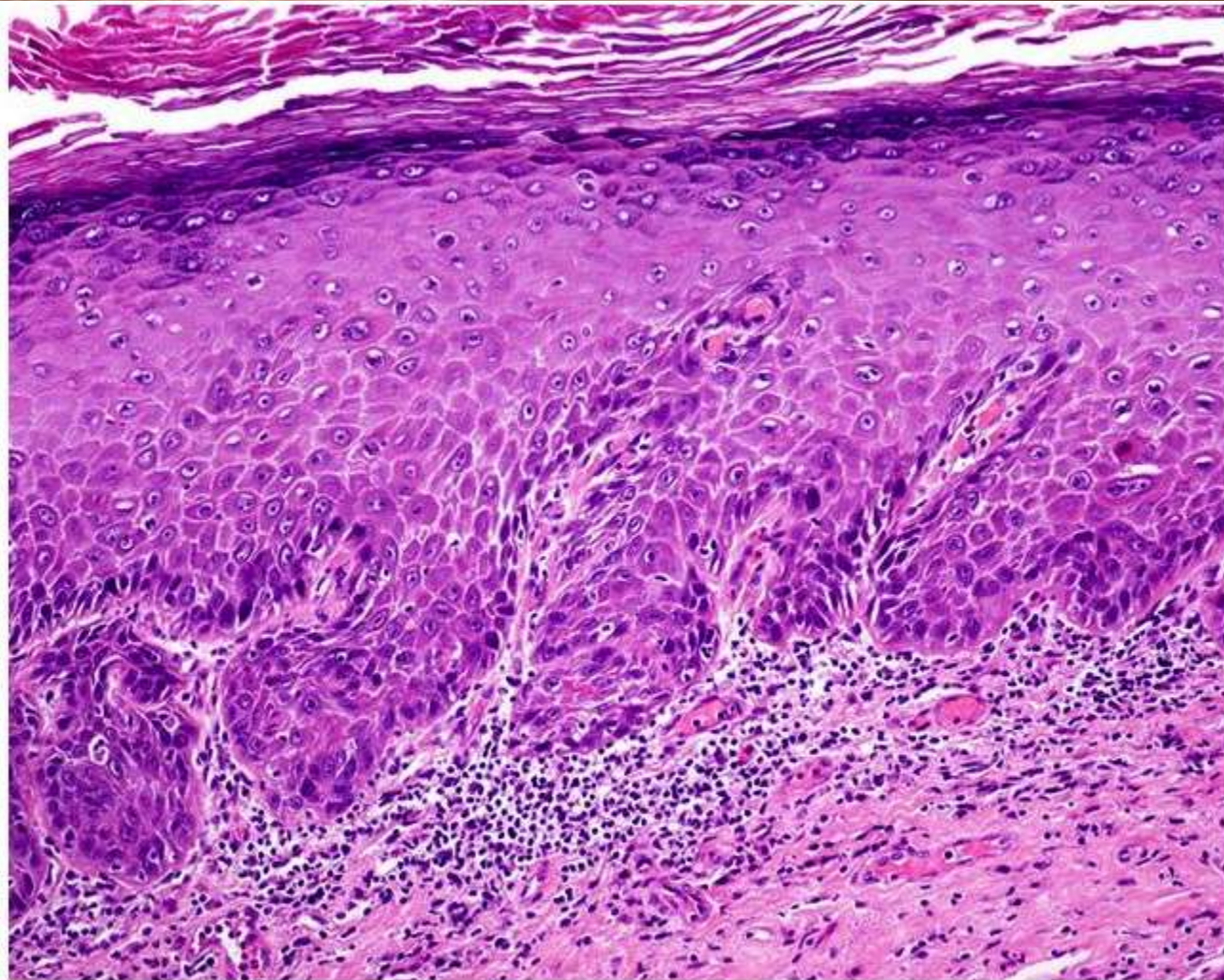
- Rare
- Forme ulcéro-bourgeonnante
- Plus fréquent chez les hommes non circoncis
- Favorisé par la macération et la mauvaise hygiène
- Exploration systématique par une IRM pour vérifier l'absence d'atteinte des corps caverneux
- Le traitement repose sur la chirurgie



# Néoplasie intra-épithéliale pénienne (PIN) et carcinome invasif

- 2 profils d'incidence des PIN et carcinomes invasifs
  - Faible incidence: Amérique du Nord, Japon, Europe (0,2-0,8/100 000)
  - Forte incidence: Afrique, Asie, Amérique du Sud
- Rôle des HPV dans 20 à 50% des cas quelle que soit la région
- Les PIN « viraux », indifférenciés sont les lésions majoritairement observées en France (80% vs 35%) alors que les PIN différenciés sont plus fréquemment observés au Paraguay (pays à forte incidence) (65% vs 20%)
- La prévalence du LSA dans les carcinomes *in situ* péniens et cancers invasifs représente 32,5% au Paraguay vs 13% en France (Soskin, Human Pathol 2012)





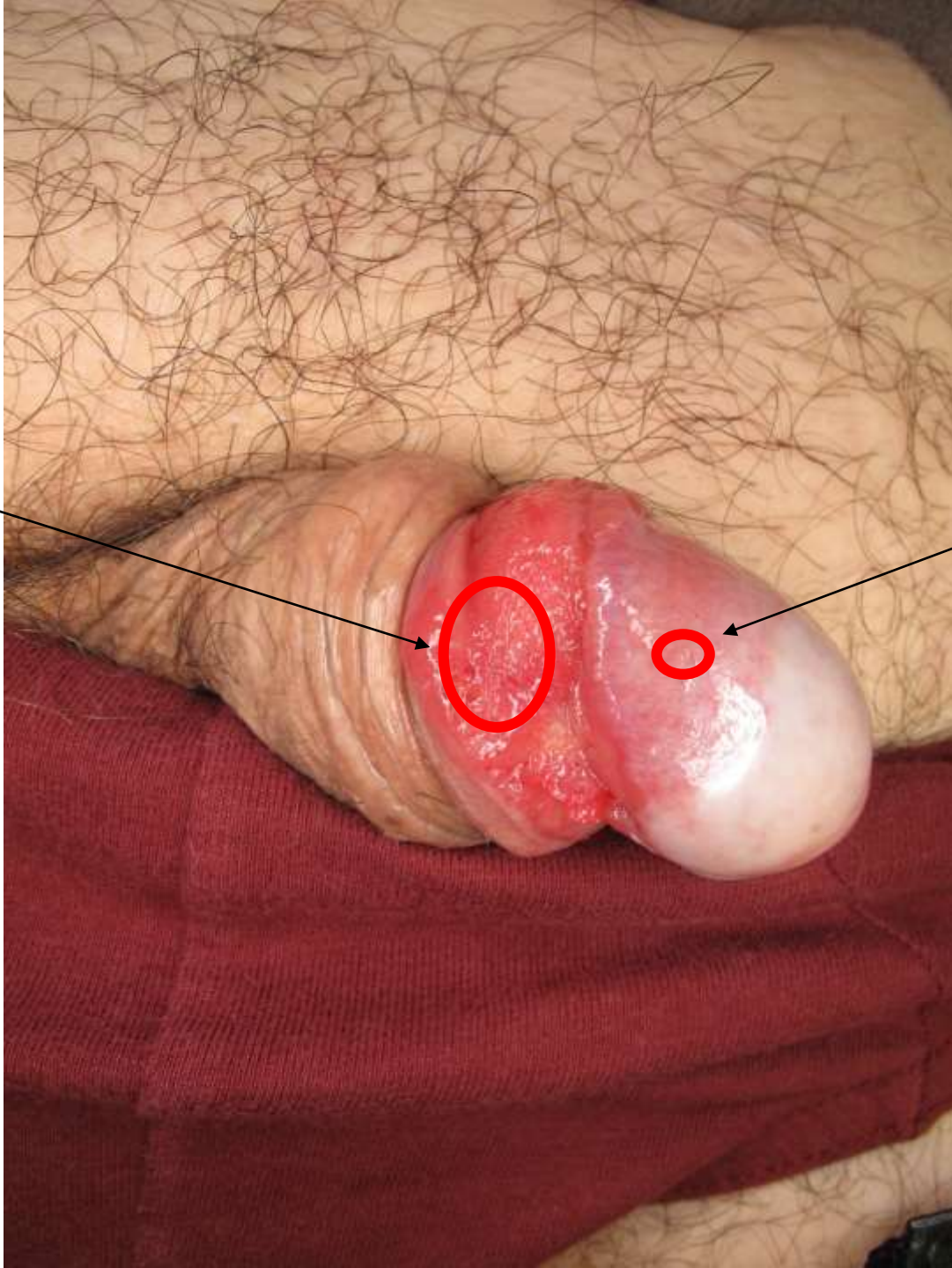
Penile intraepithelial neoplasia, differentiated type: characterized by atypical epithelial cells, more prominent at bottom layers, with retained squamous maturation, ample eosinophilic cytoplasm, well-defined cell borders, acanthosis, hyperkeratosis and irregular rete ridges.



Érythroplasie, carcinome *in situ*, bowen des muqueuses

Ce invasif

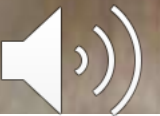
PIN3











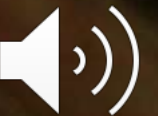
Papulose bowénoïde du fourreau

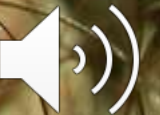


Papulose bowénoïde à HPV16



Carcinome épidermoïde sur LSA





# Carcinome épidermoïde

- Bilan clinique
- IRM pénienne, pour vérifier ou non l'intégrité des corps caverneux
- Amputation pénienne si atteinte des corps caverneux
- Exérèse limitée avec chirurgie de reconstruction plastique (équipe mixte Uroplasticien)
- Curithérapie ?
- Exploration du GS ?



# Observation 10

- Homme 52 ans
- Dermatite atopique très sévère évoluant depuis la petite enfance
- Syndrome dépressif
- Suivi depuis plusieurs années pour des hémorroïdes
- Consulte pour des lésions rouges du gland





# Balanite à plasmocytes de Zoon

- Sujets de 50 ans
- Plaque érythémateuse sombre
- Surface souvent brillante et humide
- Parfois image en décalque sur le feuillet interne du prépuce
- Histologie, infiltrat riche en lymphocytes et plasmocytes porteurs d'inclusions cytoplasmiques PAS+ avec dilatations vasculaires et dépôts d'hémosidérine (IgA+)
- Amélioration passagère par les DC
- La circoncision entraîne une guérison rapide







# Observation 11

- Un homme de 63 ans, obèse et diabétique consulte pour des lésions du gland douloureuses et prurigineuses
- Il dit que ce type de lésions survient fréquemment après un rapport sexuel et est persuadé que son épouse le trompe

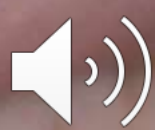




Balano-posthite candidosique



Balano-posthite candidosique





**Balanite candidosique**



# Balanites

- Penser systématiquement à une IST
- Balanite à *Trichomonas vaginalis*
  - Lésions érosives du gland et du prépuce
  - Plus fréquentes sur prépuce long
  - Possible phimosis
  - Examen direct
  - Tt par flagyl, 500 mg/j pendant 10j
- Balanite érosive circinée de **Berdal et Bataille**
  - Après un rapport sexuel
  - Érosives et à contours arrondis
  - Bien limités avec collerette
  - Assez proches de la balanite du FLR
  - Streptocoque B



# Observation 12

- Homme de 45 ans
- Présentant un lésion pénienne apparue 24h après un rapport sexuel assez énergique avec sa compagne au retour d'un séjour outre-mer de plusieurs mois





Lymphangite sclérosante de la verge



N Dupin



# Lymphangite sclérosante de la verge

- Souvent consécutive à une activité sexuelle intense (dans les 48h)
- 2 aspects pouvant coexister:
  - Œdème dur et indolore du prépuce entourant le sillon balano-préputial
  - Un cordon ferme débutant dans le sillon et remontant à la base de la verge
- Elle correspond à une lymphangiofibrose thrombotique oblitérante
- Essentiellement post-traumatique pourrait parfois être satellite d'une infection (gonococcie, herpès)
- Diagnostic différentiel: thrombose pénienne -> priapisme
- Régression spontanée en qqs semaines



# Observation 13



- Aphtes génitaux
- Diagnostic d'élimination (MST)
- Les aphtes sont volontiers plus souvent scrotaux que sur le gland ou le pénis
- Peuvent s'associer à une aphtose buccale récidivante et doivent faire discuter une maladie de Behçet
- Rechercher une infection VIH en cas d'aphtes de grande taille et récidivants
- Le tt repose sur la colchicine et si échec le thalidomide



# Pathologie génitale masculine

- Toute dermatose génitale est suspecte d'être une MST
- Motif fréquent de consultation et grande variété de la pathologie
- Fréquence des dermatoses spécifiques, les évoquer, les reconnaître, les traiter et les surveiller
  - Lichen plan et LSA, même si la transformation est rare
  - Le Zoon (spécificité de l'homme/ à la femme)
  - Néoplasies et précurseurs de néoplasie
  - Les balanites

