Revues générales
Gynécologie

Les lésions dermatologiques de la vulve

RÉSUMÉ : Les principales causes de prurit diffus sont les candidoses chez la femme jeune et le lichen scléreux chez la femme plus âgée. Peuvent également être en cause : psoriasis, lichénification, lichen plan, dermites de contact, dermatite atopique. Nous discuterons dans cet article les lésions dermatologiques les plus fréquentes : lichen scléreux, psoriasis et lichen plan.

Une *check-list* précise, lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique, permet une orientation diagnostique très avancée. Un avis dermatologique et/ou une biopsie sera pratiqué(e) devant toute forme clinique atypique ou résistante à un traitement bien conduit. Il est toujours prudent d'éliminer une candidose par un prélèvement local avant d'instituer le traitement qui repose pour ces trois dermatoses sur l'application de dermocorticoïdes, de manière très prolongée pour les lichens.

→ C. DE BELILOVSKY
Institut Alfred-Fournier, PARIS.

Les candidoses vulvovaginales sont, de loin, la cause la plus fréquente de prurit vulvaire. 75 % des femmes présentent au moins un épisode de mycose génitale au cours de leur vie. Parmi elles, 10 à 20 % feront des récidives fréquentes. Le lichen scléreux (LS) est beaucoup plus rare : il affecte une jeune fille sur 900 et une femme âgée sur 30, et se manifeste le plus souvent après la ménopause (vers 55 ans) [1]. Cependant, il représente la plus fréquente des dermatoses à localisation vulvaire : 1,7 % des consultations gynécologiques et 39 % des patientes adressées à une consultation spécialisée de pathologie vulvaire.

Le lichen plan vulvaire (LP) est quatre fois moins fréquent que le LS. Il affecte 1/2 000-4 000 femmes de plus de 50 ans. Sa forme clinique la plus fréquente est le lichen plan érosif (LPE).

La fréquence du psoriasis vulvaire est sous-estimée : 29 à 40 % des patients atteints de psoriasis déclarent avoir une localisation génitale [2]. À l'inverse, l'atteinte vulvaire s'accompagne d'un psoriasis extragénital dans 65 % des cas.

En pratique, les biopsies doivent être pratiquées à l'aide de bistouris (classiques ou ronds) et non à la pince, et adressées à des laboratoires d'anatomopathologie spécialisés en dermatologie.

Démarche diagnostique

- Est-ce vraiment un prurit ? Envie de se gratter ? Ou plutôt des sensations de brûlure ?
- Est-ce aigu ou chronique ?
- Cela évolue-t-il par poussées ?
- Qu'est-ce qui influence l'évolution du prurit ?
- Quelle est la topographie exacte ? Y a-t-il d'autres localisations ?
- Est-ce contagieux ?

Le Lichen scléreux (LS)

Classiquement prurigineux, il peut être asymptomatique dans 30 % des cas. Les

aspects cliniques sont très variés : seule la blancheur semble être un élément constant. La forme typique présente sur les versants internes de la vulve (petites lèvres, espaces interlabiaux, capuchon clitoridien) une coloration blanche, brillante, nacrée et une atrophie variable des reliefs vulvaires (*fig. 1*). Les fissures sont un motif fréquent de consultation car douloureuses. Le périnée est très souvent atteint, formant une crête blanche saillante volontiers fissurée, ainsi que la peau périanale.

1. Quelle signification des troubles pigmentaires ?

Une plaque blanche, épaisse, localisée correspond à une leucoplasie, et doit toujours être biopsiée d'emblée à la recherche d'une néoplasie intra-épithéliale vulvaire différenciée (dVIN) (*fig. 2*), laquelle fait le lit des cancers invasifs vulvaires. En effet, 2/3 des carcinomes épidermoïdes invasifs se développent sur un LS.

Une rougeur localisée sous-cutanée lie-de-vin correspond souvent à une hémorragie sous-épithéliale. Une plaque rouge vif, chronique doit être biopsiée à la recherche d'une dVIN. Une plaque rouge-rouille, brillante, localisée sur les versants internes de la vulve, peut correspondre à une vulvite de Zoon surajoutée. Tout LS érythémateux diffus doit faire éliminer une candidose surajoutée. Une rougeur des grandes lèvres et de la région périanale est souvent liée à une dermite aux corticoïdes appliqués en trop grande quantité.

Les pigmentations sur LS sont généralement postinflammatoires et donc sans danger (*fig. 3*). Cependant, une biopsie est recommandée en cas de doute diagnostique ou d'aspect atypique afin d'éliminer un mélanome. Les pigmentations ne disparaîtront pas totalement sous traitement

2. Quels principaux diagnostics différentiels ?

La seule autre dermatose blanche de la vulve est le vitiligo, qui représente une simple dépigmentation asymptomatique sans altération de la qualité de la muqueuse ni des reliefs vulvaires.

L'atrophie vulvaire postménopausique peut provoquer atrophie et dépigmentation proches du LS. Parfois, seuls le traitement d'épreuve et/ou la biopsie peuvent les différencier. Il est parfois difficile de différencier LS et lichen plan (QS)

3. Quel traitement à court terme ?

Un corticoïde classe très forte (propionate de clobétasol) sera appliqué tous les jours pendant 1 à 3 mois puis 2 à 3 fois/semaine pendant 6 à 12 mois, souvent plus longtemps [3]. Des corticoïdes de classe forte ont également démontré leur efficacité. Les résistances au traitement sont souvent dues à un traitement mal appliqué. Cependant, une lésion résistante isolée doit être biopsiée.

4. Quel traitement à long terme ?

Les taux de rémission après la ménopause sont seulement de 25 %. Les récidives sont très fréquentes : 50 % à 16 mois et 84 % à 4 ans [4]. C'est pourquoi un traitement d'entretien est recommandé, à raison de deux applications par semaine. Une étude récente a montré une absence de récidive à 6 mois contre 50 % avec un hydratant seul [5]. Les traitements à la demande n'empêchent pas les récidives (27 % à 1 an).

FIG. 1 : Lichen scléreux typique.

FIG. 2 : Leucoplasie sur lichen scléreux. Histologie : dVIN.

FIG. 3 : Lichen scléreux pigmentogène.

Revues générales
Gynécologie

Le psoriasis

L'atteinte vulvaire du psoriasis est sous-estimée, et les poussées de prurit qu'elle entraîne souvent confondues avec des poussées de candidoses. L'âge moyen de début est de 38 ans chez l'adulte et la durée moyenne des symptômes de 4,5 ans. Le prurit est souvent très intense et la dyspareunie souvent présente, le psoriasis génital ayant un impact majeur sur la qualité des rapports sexuels et la qualité de vie en général.

1. Quelle topographie des plaques vulvaires ?

L'occlusion modifie l'aspect des plaques qui ne sont plus érythématosquameuses comme sur le reste du corps, mais uniquement rouge vif, brillantes. Ce sont alors l'aspect uniforme, la symétrie et la parfaite limitation des plaques qui aident au diagnostic (*tableau I*). On distingue la forme des convexités (pubis, grandes lèvres) (*fig. 4*) et l'atteinte des plis (génito-cruraux, interfessiers…) (*fig. 5*). Les atteintes du pubis avec une fissure sus-clitoridienne douloureuse et du pli interfessier avec fissure du fond du pli (*fig. 6*) sont typiques. Les atteintes cutanées typiques des coudes et des genoux, mais surtout l'atteinte du cuir chevelu ou des autres plis (sous-mammaires, axillaires…) doivent être recherchées.

2. Quelle conduite à tenir ?

Le diagnostic de psoriasis peut être uniquement clinique ; cependant, nous recommandons la recherche systéma-

	Candidose	Psoriasis	Lichen scléreux	Lichen plan
Fréquence	75 %	40 % si atteinte cutanée	1/500-1/900	1/2 000-4 000
Âge	Jeunes	Tous âges	Ménopause (+ enfants)	Tous âges
Clinique				
Leucorrhées	+	–	–	–
Couleur	Rougeur interne et postérieure	Rougeur externe et antérieure	• Blancheur nacrée diffuse • Blancheurs localisées épaisses (VIN) • Rougeurs localisées (hémorragies, VIN) • Rougeur diffuse (surinfection) • Taches pigmentaires	• Violine parsemée de stries blanches ramifiées • Taches pigmentaires • Érythème vestibulaires (LPE)
Œdème	+ Candidoses aiguës	–	+ Parfois : infiltration petites lèvres	–
Vestibule	+++	–	Rare	Rare (sauf LPE)
Atteinte vaginale	+	–	–	+ (LPE)
Atteinte périanale	Peu fréquente, macérée	Fréquente, érythème bien limité centré par une fissure	Fréquente : blancheur périanale avec fissures radiaires	Peu fréquente
Reliefs	Normaux	N	• Atrophies petites lèvres, clitoris • Synéchies petites lèvres, vestibule antérieur et postérieur, capuchon clitoridien	Atrophies et synéchies (surtout LPE)
Bordure des lésions	• Mal limitée • Décollée (pustules périphériques)	Bien limitée	Bien limitée	Bien limitée
Atteinte extragénitale	Rare, atteinte d'autres plis	Fréquente (coudes, genoux, cuir chevelu)	Rare, disséminée	• Fréquente, disséminée (poignets) • Atteinte buccale
Évolution				
Poussées	+ Cycle menstruel	+	–	±
Contagiosité	+	–	–	–
Facteurs favorisants	Stress, antibiotiques, diabète, corticoïdes	Stress, génétique	Maladies auto-immunes	Stress, maladies auto-immunes

TABLEAU I : Critères cliniques diagnostiques candidose/psoriasis/lichen scléreux/lichen plan.

FIG. 4 : Psoriasis des convexités.

FIG. 5 : Psoriasis des plis.

FIG. 6 : Psoriasis périanal.

tique d'une candidose avant de débuter un traitement corticoïde local. Dans les formes atypiques, la biopsie cutanée vulvaire confirme le diagnostic comme sur le reste de la peau.

3. Quels traitements topiques ?

Le traitement de première intention repose sur les corticoïdes locaux : de courtes cures d'un corticoïde puissant, suivies d'applications intermittentes et prolongées de corticoïdes modérés à légers, semblent très efficaces. Il est possible d'adjoindre des dérivés de la vitamine D. Le calcitriol semble plus efficace et mieux toléré que le calcipotriol pour l'atteinte des plis [6]. L'adjonction d'émollients est utile afin de limiter le phénomène de Koebner (aggravation des plaques par le grattage) et d'améliorer la sécheresse cutanée.

Le lichen plan (LP)

Le LP est une dermatose inflammatoire d'évolution chronique et récidivante. Dans sa forme non érosive, le lichen plan réalise des lésions comparables aux autres localisations cutanées : papules violines sur les grandes lèvres, stries blanchâtres disposées en réseau (stries de Wickham), ou regroupées en petites plaques dans les espaces interlabiaux sur les petites lèvres et le vestibule (*fig. 7*). Le symptôme est alors un prurit.

1. Comment diagnostiquer un lichen plan érosif (LPE) ?

C'est la forme clinique la plus fréquente (*fig. 8*). Les atteintes extravulvaires y sont principalement orales (59 %) et vaginale (26 %) [7]. À l'inverse, devant un LP oral, on retrouve 75 % d'atteinte génitale dont 44 % asymptomatique. Cliniquement, les critères suivants sont proposés : zones érosives/érythémateuses bien limitées à l'entrée du vagin (vestibule), présence d'une bordure hyperkératosique et/ou de stries de Wickham sur la peau adjacente, symptômes de douleurs/brûlures, cicatrisation/perte de l'architecture normale, présence d'une inflammation vaginale, atteinte d'autres surfaces muqueuses. Il existe également des critères histologiques (biopsie du bord des érosions) [8].

2. Quelle évolution du LPE ?

L'évolution de ce syndrome est chronique et récidivante, résistant souvent aux dermocorticoïdes. La complication fonctionnellement majeure est la formation de synéchies, en particulier vaginales, avec des récidives post-chirurgicales fréquentes. L'évolution chronique de certains lichens plans érosifs peut aboutir à un état scléreux et atrophiant tout à fait comparable à celui d'un LS (*fig. 9*). Souvent, l'histologie ne permet pas de différencier ces deux affections. L'association possible de ces deux affections chez une même malade rend encore plus difficile le diagnostic (généralement, il s'agit d'un lichen plan buccal et d'un LS vulvaire).

La survenue d'un carcinome épidermoïde sur des lésions de LP génital est estimée à 2 % [9, 10].

3. Quels traitements ?

Aucun traitement ne permet une guérison définitive. Le traitement du lichen plan repose sur les dermocorticoïdes très puissants (classe 1), tous les jours pendant 1 mois, puis à doses dégressives. Un relais peut être pris avec des dermocorticoïdes puissants (classe 2). L'atteinte vaginale se traite à l'aide d'une mousse corticoïde. Cependant, ces corticoïdes topiques ne sont pas totalement efficaces. Les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus) représentent une alternative ou un complément efficace (hors AMM). Des réponses rapides peuvent être obtenues (94 % de réponses en 1 mois) mais avec des récidives à 6 mois dans plus de 80 % des cas. Le tacrolimus peut également être appliqué pour l'atteinte vaginale avec des réponses partielles et complètes inférieures à 50 %.

Les traitements systémiques sont parfois nécessaires. La corticothérapie générale de courte durée (prednisone à la dose d'au moins 0,5 mg/kg/j) reste le

FIG. 7 : Plaques de lichen plan.

FIG. 8 : Lichen plan érosif.

FIG. 9 : LPE très atrophique.

POINTS FORTS

- Les candidoses vulvovaginales sont les causes les plus fréquentes mais non exclusives de prurit vulvaire.
- Le psoriasis vulvaire n'est pas exceptionnel. La recherche d'autres localisations et une éventuelle biopsie sont utiles au diagnostic.
- L'existence d'une pâleur ou d'une franche blancheur à l'examen oriente vers un lichen scléreux.
- La présence d'une atrophie oriente vers un lichen scléreux et, plus rarement, un lichen plan érosif.
- Une biopsie cutanée d'emblée est indispensable devant toute plaque leucoplasique isolée, c'est-à-dire toute plaque blanche épaisse localisée, ainsi que devant toute érosion ou ulcération persistante.
- L'examen clinique peut être faussé par des associations pathologiques : surinfection mycosique d'un lichen, lichénification d'une mycose ou d'un lichen.

traitement le plus efficace pour obtenir une rémission à court terme dans les formes étendues avec atteinte vaginale. L'étrétinate apporte une amélioration partielle à long terme avec rechute à l'arrêt. Plus rarement, des traitements immunosuppresseurs (azathioprine, ciclosporine, mycophénolate mofétil) sont utilisés.

Les règles d'or des dermocorticoïdes

- Indispensables pour les dermatoses inflammatoires (LS, LP).
- Lutter contre la corticophobie (pas d'effet général de la corticothérapie locale).
- Toujours éliminer une infection avant de les appliquer.
- Une seule application par jour.
- Revoir les patientes tous les mois au départ (1 fois/j).
- Surveiller le nombre de tubes utilisés (un tube de 10 G/mois d'un corticoïde très puissant dans le LS).
- Connaître les complications : surinfection staphylocoque ou mycosique, dermite aux corticoïdes, vergetures, candidose remaniée par les corticoïdes.

Bibliographie

1. KAZANDI M *et al.* Clinical evaluation of vulvar lichen sclerosus: case series. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2010;31:555-558.
2. MEELUWIS KAP *et al.* Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*, 2011;91:5-11.
3. NEILL S *et al.* British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol*, 2010;163:672-682.
4. RENAUD-VILMER C. 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.
5. VIRGILI A *et al.* Proactive maintenance therapy with a topical corticosteroid for vulvar lichen sclerosus: preliminary results of a randomized study. *Br J Dermatol*, 2013;168:1316-1324.
6. ORTONNE JP *et al.* Intra-individual comparison of the cutaneous safety and efficacy of calcitriol 3 microg g(-1) ointment and calcipotriol 50 microg g(-1) ointment on chronic plaque psoriasis localized in facial, hairline, retroauricular or flexural areas. *Br J Dermatol*, 2003;148:326-333.
7. HELGESEN A *et al.* Vaginal involvment in genital erosive lichen planus. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2010;89:966-970.
8. SIMPSON R *et al.* Diagnostic criteria for erosive lichen planus affecting the vulva: an international electronic-Delphi consensus exercise. *Br J Dermatol*, 2013;169:337-343.
9. SANTEGOETS L *et al.* Retrospective Study of 95 Women With a Clinical Diagnosis of Genital Lichen Planus. *J Low Genit Tract Dis*, 2010;14:323-328.
10. REGAUER S *et al.* Vulvar cancers in women with vulvar lichen planus: a clinicopathological study. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:698-707.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.