



Cas Clinique

Lichen Plan Isolé de la Verge chez un Patient Séropositif au VIH

Isolated Penile Lichen Planus in an HIV-Positive Patient

Dimi Nyanga Y.I¹, Ondziel Opara S¹, Mouamba F², Ondongo Atipo M.A¹, Banga Mouss R.B¹, Onguele Okemba G¹, Ondze Opongy C¹, Odzebe AWS¹, Bouya P.A¹

1. Service d'Urologie Andrologie du CHU de Brazzaville
2. Service d'anatomo-pathologie du CHU de Brazzaville

Auteur correspondant :

Dimi Nyanga Yannick Ijosdi
Service d'Urologie Andrologie du CHU de Brazzaville
Email : dimiyannick@yahoo.fr
Tel : 00242 06 662 38 87

Mots clés : lichen plan, verge, isolé, VIH

Keywords: lichen planus, penis, isolated, HIV

ABSTRACT

Le lichen plan (LP) est une maladie inflammatoire chronique cutanéomuqueuse dont les facteurs étiopathogéniques sont incertains. Il est rare dans la population générale et présente une multitude d'expressions cliniques ainsi qu'une diversité de localisations topographiques pouvant être isolées ou associées. La localisation unique et isolée du LP au niveau de la verge est rare, et son association avec l'infection à VIH n'est commune. Nous rapportons un cas de lichen plan hypertrophique de la verge chez un adulte de 66 ans séropositif au VIH qui a présenté une récurrence de LP de la verge. Le LP se présentait comme une vaste lésion hypertrophique, hypochromique, siégeant au niveau de la face ventrale de la verge allant du gland jusqu'à la racine de la verge, enduite de plaques blanchâtres en sa périphérie. L'examen histologique a confirmé le diagnostic. La prise en charge en charge médico-chirurgicale a donné des résultats satisfaisants Cette observation souligne le fait que les lésions hypertrophiques de la verge doivent faire évoquer un LP, surtout chez le sujet immunodéficent.

RÉSUMÉ

Lichen planus (LP) is a chronic cutaneous-mucosal inflammatory disease whose etiopathogenic factors are uncertain. It is rare in the general population, and presents with a multitude of clinical expressions, as well as a diversity of topographical localizations that may be isolated or associated. Isolated, single localization of LP on the penis is rare, and its association with HIV infection is uncommon. We report a case of hypertrophic lichen planus of the penis in a 66-year-old HIV-positive adult who presented with a recurrence of LP of the penis. The LP presented as a large, hypertrophic, hypochromic lesion on the ventral surface of the penis, from the glans to the root of the penis, with whitish plaques around the periphery. Histological examination confirmed the diagnosis. This observation underlines the fact that hypertrophic lesions of the penis should raise the suspicion of LP, especially in immunodeficient subjects.

INTRODUCTION

Le lichen plan (LP) est une dermatose inflammatoire chronique d'origine peu connue qui affecte la peau, les ongles, les cheveux ainsi que les muqueuses [1]. C'est une pathologie relativement rare dont l'incidence est estimée entre 0.1 et 1.27 % dans la population générale [2]. Il revêt un polymorphisme clinique et histologique important. De nombreuses variantes cliniques, telles que les formes atrophiques, hypertrophiques, éruptives, linéaires et annulaires, ont été décrites dans la littérature [3]. L'atteinte des organes génitaux masculins est fréquente, mais est souvent associée à d'autres localisations entrant dans le cadre d'un LP diffus. Sa localisation unique à la verge est rare [4]. Les manifestations cutanées, fréquentes au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

(VIH), sont souvent plus graves et plus atypiques que celles observées chez un sujet non infecté. Certaines d'entre elles sont caractéristiques du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), d'autres en revanche peuvent par contre se manifester de manière exagérée ; et le LP n'en fait pas exception [5]. Nous rapportons ici un cas de LP isolé et récidivant de la verge chez un patient séropositif au VIH.

OBSERVATION

Un patient de 66 ans, a consulté pour une lésion de la verge évoluant depuis 5 ans sans autre signe associé, récidivant après deux chirurgies d'exérèse. La lésion initiale était une petite papule d'apparition spontanée, prurigineuse, violacée, indolore, sous coronale qui s'est lentement étendue à la face dorsale de la verge, devenant

hypertrophique et hypochromique. Il n'y avait pas de notion de fièvre ni d'autres signes associés. L'analyse histologique des pièces d'exérèse antérieure était en faveur d'une dermatose lichénoïde du pénis sans signe de malignité.

Il est séropositif au VIH-1 depuis 6 ans et traité par dolutégravir, lamuvidine et tenofovir (DGT/3TC/TDF). La valeur des CD4 et la charge virale n'étaient pas connues. Il n'est pas diabétique ni hypertendu.

L'examen a noté un patient circoncis, présentant au niveau de la face ventrale de la verge une vaste lésion hypertrophique, hypochromique, souple, ulcérée à quelques endroits, allant du sillon balano-préputial jusqu'à la racine de la verge. En périphérie, la lésion était entourée de plaques blanchâtres, surélevées et irrégulières. La peau en regard était saine dépourvue de plaques de nécroses et de pus (Fig 1). Les cheveux, les ongles, les muqueuses buccales et génitales étaient cliniquement sans anomalie. Il n'y avait pas d'adénopathies au niveau des aires ganglionnaires inguinales.



Figure 1 : image clinique du lichen plan pénien

Les examens paracliniques ont révélé une élévation de la vitesse de sédimentation. La glycémie était normale, les fonctions rénale et hépatique également. Les sérologies syphilitique et herpétiques étaient négatives. Les sérologies hépatitiques n'ont pas été réalisées ainsi que la recherche d'anticorps antinucléaires. L'imagerie par résonance magnétique et nucléaire décrit une lésion d'allure tissulaire hétérogène du gland d'environ 25mm de grand axe d'aspect non spécifique, sans atteinte des corps caverneux ni spongieux.

Une troisième exérèse a été réalisée jusqu'en zone saine. Les corps caverneux ne sont pas atteints ainsi que les différents fascias.

L'analyse histologique de la pièce opératoire objective une peau dont l'épiderme focalement exulcéré, est le siège d'une ortho kératose et d'une discrète hypergranulose. Les cellules épithéliales sont dépourvues d'atypies cytonucléaires avec une membrane basale bien soulignée. Le derme présente un infiltrat inflammatoire modéré, diffus, lymphocytaire le long de la membrane basale

associé à une fibrose du derme papillaire réalisant un aspect de lichen plan focalement exulcéré (Fig 2).

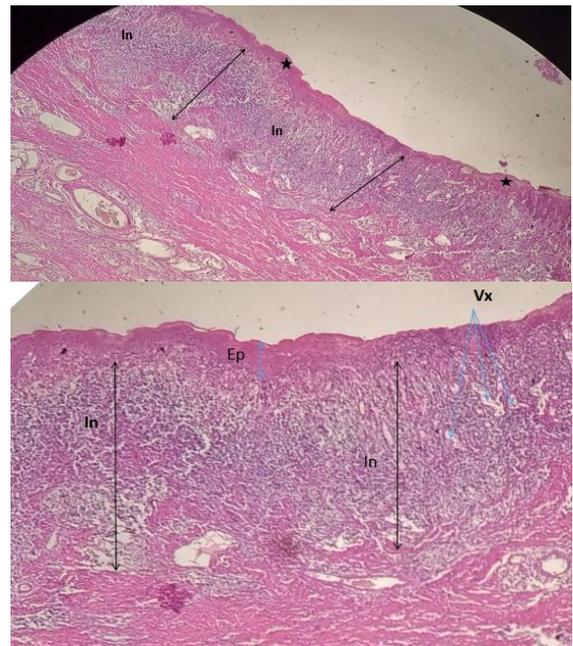


Figure 2 : Micrographie de lichen plan de la verge (HEX100). On voit une peau faite d'un épithélium malpighien kératinisé, correspondant à l'épiderme (Ep) sous-tendu par le derme. Le derme papillaire est le siège sur une certaine épaisseur (flèche noire) d'un infiltrat inflammatoire lichénoïde disposé en bande le long de la basale (In), associé à de nombreux petits vaisseaux (Vx)

La prise en charge post opératoire a consisté en des soins locaux, une antibioprofylaxie. L'évolution au troisième mois post opératoire est marquée par la présence d'une plaie en voie de cicatrisation, propre rougeâtre (Fig 3).



Figure 3 : Aspect de la verge au 3^{ème} mois post opératoire de l'exérèse de la lésion

DISCUSSION

Le LP est une maladie inflammatoire chronique intéressant les téguments et les muqueuses. Une ou plusieurs zones peuvent être touchées, soit de manière concomitante ou séquentiellement. Sa présentation clinique varie en fonction de la zone concernée [1].

L'étiologie et la pathogénie du LP restent floues. L'hypothèse selon laquelle une réaction auto-immune dans laquelle les lymphocytes T CD8+ attaquent les kératinocytes basaux, entraînant l'apoptose des cellules, a été privilégiée. Divers déclencheurs potentiels, tels que des antigènes viraux ou bactériens, des ions métalliques, des médicaments ou des facteurs physiques, pourraient initier le processus auto-immun [3, 4]. Néanmoins, le rôle d'autres facteurs déclencheurs est controversé. Ceci est particulièrement vrai pour les virus de l'hépatite, dont l'importance dans l'étiologie du LP n'a pas été déterminée de manière concluante. Des facteurs psychologiques qui ont également été associés au LP comprennent le stress, la dépression et l'anxiété [6].

Le LP affecte généralement les adultes de tout âge avec une légère prédilection pour les femmes ; rarement il affecte l'enfant [1].

La lésion primaire typique du LP dans sa forme classique est une papule polygonale violacée de quelques millimètres de diamètre avec des bords nets avant de s'étendre individuellement ou confluer en groupe [3]. Il en est de même dans ce rapport de cas.

Le LP peut se présenter sous diverses manifestations cutanées, seul ou en association avec une atteinte des muqueuses [1]. Bien que la distribution soit variable, le visage, le cou, les membres et la région génitale sont les sites où les lésions sont plus fréquemment retrouvées. Plus rarement, les zones de flexion sont touchées, c'est-à-dire les aisselles, l'aîne et les régions inframammaires [2]. Les lésions génitales sont présentes chez environ 1 sur 4 patients atteints de LP, entrant dans le cadre d'une atteinte plus diffuse et touchent aussi bien la peau glabre que les muqueuses (surtout chez la femme). Cependant, le LP génital isolé, tel qu'observé chez notre patient, est rarement rapporté. En région phallique, les lésions siègent généralement au niveau du prépuce et du fourreau [4]. Chez notre patient la lésion était sous balanique tout en s'étendant sur la face ventrale jusqu'à la racine de la verge.

Selon la morphologie des lésions, le LP présente des formes dites atrophiques, hypertrophiques, éruptives, linéaires, annulaires et bien d'autres. Quand bien même que le LP soit génital, il est volontiers annulaire, rarement hypertrophique tel que décrit chez notre patient [7].

Le LP est considérée comme une dermatose autolimitée ; sa durée moyenne est de 1 à 2 ans. Néanmoins, des évolutions plus longues et chroniquement récurrentes sont possibles, de sorte que le pronostic dans chaque cas ne peut être prédit [3]. Notre patient a initialement présenté la lésion persistante au-delà d'une année sans rémissions, avec un intervalle équivalant entre les récives.

Le diagnostic peut être établi par l'évaluation clinique, bien qu'une évaluation histopathologique puisse permettre de faire le diagnostic de certitude. L'analyse histologique se fait souvent à la suite de biopsie des lésions [7]. Dans notre cas, une résection complète de la lésion avait été réalisée, du fait du caractère très hypertrophique et

inesthétique de celle-ci. Aucune donnée de la littérature allant dans ce sens n'a été retrouvée.

Les données de la littérature quant au traitement restent imprécises. La corticothérapie locale et/ou générale demeure souvent privilégiée et conseillée [4]. Chez notre patient, aucun usage de dermocorticoïdes n'a été fait. Il est également rapporté l'usage de la photothérapie au psoralène et à l'ultraviolet A, des immunosuppresseurs et des immunomodulateurs, ainsi que des antibiotiques [1]. L'association entre le LP et l'infection par le VIH n'est pas commune dans la littérature. Il est bien connu que plusieurs dermatoses, sont plus étendues et plus graves chez les patients infectés par le VIH [5]. Nous n'avons pas déterminé si l'altération du statut immunitaire chez notre patient se reflétait dans la nature de l'infiltrat dans le LP. Nous ne pouvant donc pas conclure de l'influence de l'infection par le VIH sur les caractéristiques du LP chez notre patient, tel que l'a fait Rippis et al. [8]. Une prédominance particulièrement prononcée de la localisation génitale dans un contexte d'infection par le VIH n'a aucunement été retrouvée dans la littérature.

Le risque de dégénérescence cancéreuse d'un LP pénien est très peu documenté. Des cancers in situ et des carcinomes épidermoïdes ont été rapportés, mais le lien réel n'est pas établi. Il s'agissait surtout dans ces observations de lichen hypertrophique, d'où une attention particulière doit être portée sur les patients présentant ce type de lésions [4].

CONCLUSION

Bien que rare, Le LP génital doit être considéré comme l'un des diagnostics potentiels des lésions génitales hypertrophiques isolées. Son association avec l'infection à VIH reste encore mal connue de la littérature.

RÉFÉRENCES

1. Le Cleach L, Chosidow O. Clinical practice. Lichen planus. *N Engl J Med*. 2012 ; 366 (8) : 723-32.
2. Solimani F, Forchhammer S, Schloegl A, Ghoreschi K, Meier K. Lichen planus a clinical guide. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2021 ; 19 (6) 864-82.
3. Wagner G, Rose C, Sachse MM. Clinical variants of lichen planus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013 ; 11 (4) : 309-19.
4. Bonnetblanc JM. Lichen plan. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2008 ; 135 : 84-5.
5. Shah PM, Dhakre VW. The rare occurrence of cutaneous and mucosal lichen planus in HIV infection. *BMJ Case Rep*. 2017 ; 2017 : bcr2017222625.
6. Krasowska D, Pietrzak A, Surdacka A, Tuszyńska Bogucka V, Janowski K, Rolinski J. Psychological stress, endocrine and immune response in patients with lichen planus. *Int J Dermatol*. 2008 ; 47 : 1126-34.
7. Tziotzios C, Lee JYW, Brier T, Saito R, Hsu CK, Bhargava K, Stefanato CM, Fenton DA, McGrath JA. Lichen planus and lichenoid dermatoses: Clinical overview and molecular basis. *J Am Acad Dermatol*. 2018 ; 79 (5) : 789-804.
8. Rippis GE, Becker B, Scott G. Hypertrophic lichen planus in three HIV positive patients: A histologic and immunological study. *J Cutan Pathol* 1994 ; 21 : 52-8