

Balanite

M. JANIER, N. DUPIN, B. MILPIED, S. VERRAES-DERANCOURT, B. HALIOUA,
CH. DERANCOURT ET LA SECTION MST DE LA SFD

La balanite (inflammation du gland) est, bien souvent, une balano-posthite (inflammation du gland et du prépuce). Les balanites ne sont pratiquement jamais des MST.

La prise en charge des balanites est totalement différente selon qu'il s'agit d'une balanite aiguë ou d'une balanite chronique.

Balanites aiguës et balanites récidivantes

Après avoir éliminé cliniquement (et éventuellement histologiquement) une dermatose localisée au gland (les plus fréquentes sont le psoriasis, le lichen plan et le lichen scléro-atrophique), les balanites aiguës peuvent être :

- non infectieuses : ce sont essentiellement les balanites allergiques et d'irritation dues à l'application de différents topiques ou à des erreurs d'hygiène (en moins et en plus). Elles sont beaucoup plus fréquentes chez le sujet non circoncis et chez l'atopique. Elles n'ont pas de caractère clinique très spécifique ;

- infectieuses : il s'agit essentiellement de balanites candidosiques (30 à 50 p. 100), plus rarement à streptocoque B ou à anaérobies. Ces balanites n'ont pas de caractère clinique spécifique, sauf la présence de pustules très bien corrélée à la balanite candidosique. Les balanites candidosiques ne sont pas plus fréquentes chez le sujet non circoncis. En revanche, les balanites streptococciques et à anaérobies sont plus fréquentes chez les non-circoncis.

Conduite à tenir

Lorsque l'on suspecte une balanite infectieuse et, en particulier, candidosique (caractère aigu ou récidivant, présence de pustules, notion d'une candidose vulvo-vaginale chez la partenaire), il convient de pratiquer trois examens par écouvillonnage du sillon balano-préputial (ou du gland), en l'absence de toute toilette, avec :

- un examen direct à la recherche de levures et de pseudo-filaments ;
- une culture sur milieu de Sabouraud ;
- une culture pour germes banals.

Ces examens complémentaires sont difficiles à interpréter. La présence de quelques colonies de *Candida albicans* sur le gland est normale et la richesse de la flore bactérienne commensale du sillon balano-préputial nécessite de ne retenir que les cultures pures avec de nombreuses colonies. La

présence à l'examen direct de nombreuses levures, surtout si elles filamentent, reste probablement le meilleur élément du diagnostic des balanites candidosiques.

Traitement

Il faut rassurer le patient sur le caractère non sexuellement transmis des balanites, vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreurs grossières d'hygiène, éliminer les topiques irritants et allergisants, conseiller une toilette au savon surgras avec rinçage soigneux.

On n'a recours qu'exceptionnellement aux antibiotiques (les rares balanites à streptocoques ou à anaérobies).

Quant au traitement antifongique des balanites candidosiques, il est souvent plus irritant que réellement efficace sur une pathologie guérissant spontanément. On peut, cependant, utiliser un topique imidazolé en lait ou suspension, en évitant les crèmes qui favorisent la macération. En dehors des exceptionnels cas de diabète déséquilibré associés à des balanites candidosiques souvent chroniques, la balanite candidosique pose essentiellement le problème des récurrences, si la partenaire a elle-même une candidose vulvo-vaginale récidivante. C'est donc essentiellement la partenaire qu'il faudra prendre en charge.

Balanites chroniques

Il peut s'agir, ici également, de psoriasis, lichens plans et lichens scléro-atrophiques nécessitant une prise en charge spécifique (avec éventuellement dans les cas difficiles, une confirmation biopsique) et un traitement dermocorticoïde (de niveau 2-3 pour le psoriasis et le lichen plan et de niveau 1 pour le lichen scléro-atrophique).

Les balanites chroniques ne sont, bien souvent, que des balanites d'irritation chez des sujets âgés. Elles sont favorisées par un prépuce long et par la macération de l'urine entre le gland et le prépuce. La modification des lésions dans le temps, voire la disparition intermittente des lésions sont des éléments très rassurants, permettant de ne pas effectuer de biopsie.

La prise en charge comporte des mesures simples : arrêt de tous les topiques irritants, lavage à l'eau et au savon surgras avec séchage soigneux. Éventuellement, on peut s'aider dans les balanites très macérées de nitrate d'argent à 1 p. 100 et de pâtes à l'eau. Une circoncision peut s'avérer nécessaire après échec de ces traitements de bon sens.

En fait, l'important est d'éliminer une maladie de Bowen, caractérisée par des plaques érythémateuses très bien limitées et fixes. Un tel tableau impose absolument une biopsie. Il en est de même dans la balanite de Zoon (orangée, en miroir, à cheval sur le gland et le prépuce), diagnostic différentiel de la maladie de Bowen, nécessitant une confirmation histologique et dont le traitement préférentiel est la circoncision.

Références

1. Abdennader S, Casin I, Janier M, Zavaro A, Vendeuil MO, Traoré F, *et al.* Balanites et agents infectieux. Étude prospective de 100 cas. *Ann Dermatol Venereol* 1995;122:580-4.
2. English JC, Laws RA, Keough GC, Wilde JL, Foley JP, Elston DM. Dermatoses of the glans penis and prepuce. *J Am Acad Dermatol* 1977; 37:1-26.