

LE PSORIASIS GENITAL CHEZ LA FEMME

Dr S Ly et Dr JN DAUENDORFFER pour le Groupe MAG (Maladies Ano-Génitales)
de la Société Française de Dermatologie

Mise à jour : avril 2018

Le psoriasis, dont les atteintes typiques des coudes et des genoux sont bien connues, peut aussi être localisé aux organes génitaux. Cette atteinte génitale est parfois différente de la présentation habituelle du psoriasis :

- Les lésions du psoriasis génital ne ressemblent pas toujours aux plaques rouges recouvertes de squames telles qu'on les observe sur les coudes, les genoux ou le cuir chevelu.
- D'où le risque de confondre le psoriasis génital avec d'autres maladies des organes génitaux comme par exemple une mycose, une simple irritation liée au grattage ou plus rarement de l'eczéma.
- La finesse de la peau génitale augmente le risque d'irritation par les savons, les crèmes et le risque d'effets secondaires des traitements locaux. Il faut donc choisir des traitements adaptés au psoriasis génital.
- Le psoriasis génital peut être pénible et parfois gêner la vie, en particulier la vie sexuelle.
- Or, on ne pense pas toujours à relier ses lésions génitales avec son psoriasis. Ainsi, malgré une pudeur bien naturelle et compréhensible, il ne faut pas hésiter à en parler avec son dermatologue.

Comme le psoriasis de la peau, le psoriasis génital n'est pas contagieux !

Le psoriasis génital est-il fréquent chez la femme?

Oui le psoriasis génital est fréquent chez les patientes psoriasiques mais moins que chez les hommes !

Il est présent chez plus du tiers des femmes présentant un psoriasis cutané dans une étude menée récemment en France. Il est encore plus fréquent si le psoriasis touche les plis (aisselles, pli fessier, racine des cuisses).

Très rarement, le psoriasis se limite à une atteinte de la zone génitale (pubis, grandes lèvres) sans autre atteinte cutanée.

Comment se manifeste le psoriasis génital ?

Le psoriasis génital entraîne très souvent des démangeaisons (ou prurit), des brûlures, ou des douleurs. Ainsi, 80% des femmes présentent au moins une de ces 3 manifestations. Des petites plaies (fissures ou érosions) sont possibles et peuvent rendre les rapports sexuels douloureux.

Sur les organes génitaux, les lésions de psoriasis sont des plaques rouges aux limites nettes. Les squames blanches habituellement retrouvées sur les plaques du corps sont souvent absentes du fait de l'humidité locale de la peau. Ces plaques rouges intéressent le plus souvent les zones pileuses : le pubis et les grandes lèvres. L'atteinte des plis de l'aîne et/ou inter-fessier est très fréquente : on parle dans ce cas de psoriasis ano-génital.

Le phénomène de Koebner correspond à une aggravation ou un entretien du psoriasis par un frottement ou une irritation. Dans le psoriasis génital, ce phénomène correspond à une aggravation des lésions essentiellement par le grattage, parfois par le contact avec l'urine, les produits de toilette non adaptés ou le port de vêtements serrés.

Le diagnostic de psoriasis génital est clinique, c'est-à-dire qu'il se fait par l'examen visuel des lésions. Il est facilité par l'existence d'antécédents familiaux de psoriasis ou d'une atteinte extra-génitale c'est-à-dire du psoriasis localisé sur la peau en dehors des organes génitaux, sur le cuir chevelu ou sur les ongles ou s'il provoque des douleurs articulaires (rhumatisme psoriasique).

Dans de rares cas, il peut être nécessaire de réaliser une biopsie cutanée des lésions génitales, afin d'analyser la peau au microscope. Cet examen permettra de poser de façon certaine un diagnostic de psoriasis, et d'éliminer les autres maladies dermatologiques responsables de lésions génitales.

La biopsie des organes génitaux se fait sous anesthésie locale et elle n'est pas plus douloureuse que n'importe quelle biopsie cutanée.

Comment le traiter ?

Le traitement du psoriasis génital repose d'abord sur les traitements locaux (ou topiques). On utilise surtout des crèmes, plus rarement des lotions non alcooliques ou des pommades. Les lotions ou les gels alcooliques sont à bannir car ils sont irritants pour la peau et surtout les muqueuses.

- Les corticoïdes locaux (ou dermocorticoïdes) : c'est le principal traitement local du psoriasis génital. Le plus souvent, on débutera par un dermocorticoïde modéré à fort appliqué tous les jours, suivi d'un traitement d'entretien, avec une application 1 à 2 fois par semaine. Ils ne sont pas dangereux lorsqu'ils sont appliqués 1 fois par jour, sur une surface de peau limitée.

- Les dérivés de la vitamine D sont utilisés soit d'emblée en association avec les dermocorticoïdes, soit en cas d'échec de ces derniers. Ils peuvent parfois être responsables d'une irritation locale.

Les traitements dits « systémiques » en comprimés (acitrétine, ciclosporine, méthotrexate, aprémilast) ou injectables (méthotrexate, biothérapies) sont efficaces sur les lésions génitales lorsqu'ils sont administrés à des patients présentant par ailleurs un psoriasis.

La photothérapie (traitement par les ultra-violets, en cabine, sous contrôle médical) est contre-indiquée pour les lésions génitales, car elle pourrait favoriser le développement ultérieur de lésions génitales pré-cancéreuses ou cancéreuses. Ce risque justifie du reste, le port de sous-vêtements lors des séances de photothérapie.

En cas d'aggravation ou de mauvaise réponse au traitement habituellement efficace : il faut rechercher et traiter une surinfection éventuelle des lésions de psoriasis par des bactéries ou des champignons (mycose), ce qui est rare.

Il faut aussi éviter tout ce qui est irritant :

- Eviter les produits de toilette détergents et préférer des syndets ou les huiles de douche ne contenant pas de savon
- Eviter les sous-vêtements synthétiques qui retiennent la transpiration et choisir le coton
- Eviter le séchage trop agressif et tamponner avec la serviette au lieu de frotter vigoureusement, voire sécher en utilisant un sèche-cheveux.

Quel impact sur la qualité de vie et la sexualité ?

La peau tient une place capitale dans la construction de l'image de soi, dans l'estime de soi, dans la vie affective, familiale et sociale, et enfin dans la sexualité. Cela explique l'impact sur la qualité de vie des maladies de peau chroniques comme le psoriasis. Ceci est encore plus vrai pour certaines localisations, comme le visage ou les organes génitaux.

25 à 70% des patients psoriasiques décrivent un impact du psoriasis sur leur sexualité, responsable parfois d'une baisse de la libido. Les patients ne déclarant pas toujours spontanément une atteinte génitale, par méconnaissance ou par pudeur, il est donc important que le dermatologue, tout en faisant preuve de tact et en respectant la pudeur de son patient, s'enquiert de l'existence d'une atteinte génitale et de son retentissement sur la sexualité.

En conclusion, osez parler à votre dermatologue de votre psoriasis génital ! Car il s'agit d'une localisation qui peut être particulièrement invalidante physiquement et psychologiquement, et qui nécessite un traitement adapté.