

***Recommandations diagnostiques et thérapeutiques
pour les
Maladies Sexuellement transmissibles***

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie



BALANITE

M. Janier, I. Maatouk, N. Dupin, B. Milpied, N. Spenatto, C. Vernay-Vaisse

et la Section MST de la SFD

Février 2016

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 (moins de 4 semaines) ou d'une balanite chronique (plus de 4 semaines).

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 scléreux), 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 %), 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 (on ne méconnaîtra pas toutefois un psoriasis pustuleux localisé). 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 filamment, 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 récives, 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 % 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.

Principales balanites chroniques

Lichen scléreux : fréquent, risque de transformation en carcinome épidermoïde,

Lichen plan : fréquent, parfois érosif,

Balanite de Zoon : fréquent chez les hommes âgés, aspect caractéristique, traitements locaux peu efficaces,

Psoriasis du gland : fréquent, parfois isolé, hyperkératosique chez les sujets circoncis, érythémateux chez les non-circoncis,

Dermatite séborrhéique du gland : fréquente, aspect psoriasiforme du gland avec plaques bien limitées, superficielles, rarement isolée,

Balanite circinée : rare, érosive, périméatique, dans le cadre d'un syndrome de Fiessinger-Leroy (Reiter),

Balanite allergique (dermatite atopique ou eczéma/dermite de contact : caoutchouc, spermicides, lubrifiants, allergènes manuportés...) aigüe ou chronique,

Les toxidermies (érythème pigmenté fixe du gland) sont en règle bulleuses/érosives et aigües, de même que **l'érythème polymorphe**. Parfois isolées, parfois récidivantes,

Balanites à PVH (maladie de Bowen, érythroplasie de Queyrat) PVH 16 et 18 (voir ce chapitre)

De nombreuses dermatoses peuvent se localiser sur le gland : maladie de Paget, maladie de Kaposi, lichen nitidus, granulome annulaire, aphotose, porokératose, pyoderma gangrenosum, maladies bulleuses auto-immunes, sans oublier les balanites caustiques et les pathomimies.

Tableau 1: Eléments dermoscopiques de débrouillage devant certaines dermatoses génitales

	Eléments de dermoscopie
Lichen plan	Stries de Wickham
Balanite de Zoon	*Zones sans structures, pigmentées (projections "rouillées) qui correspondent au dépôt d'hémosidérine *Vaisseaux sinueux fins (spermatozoides-like) qui correspondent à la dilatation et à la prolifération vasculaire
Psoriasis	*Vaisseaux réguliers homogènes *Vaisseaux tortueux dilatés, "touffus"
Erythroplasie de Queyrat	Vaisseaux glomérulaires
Papulose bowénoïde	Points brun-grisâtres d'arrangement linéaire
Dermatite séborrhéique	Vaisseaux flous linéaires irréguliers

La dermoscopie peut être un outil d'orientation diagnostique dans les cas où la malignité est difficile à exclure cliniquement. Bien qu'inférieurs à l'examen anatomo-pathologique, certains éléments de dermoscopie permettent un « débrouillage »

Tableau 2: Résumé des principales étiologies des balanites

Principales étiologies des balanites		Exemples
1	Balanites infectieuses	<i>Candida</i> spp
		<i>Staphylococcus</i> spp
		<i>Streptococcus</i> spp
		<i>Gardenella</i>
2	Balanites dont l'origine est une MST	Herpes simplex virus
		<i>Treponema pallidum</i>
		<i>Trichomonas vaginalis</i>
		<i>Mycoplasma genitalium</i>
3	Balanites dont l'origine est une dermatose de localisation génitale	Lichen scléro-atrophique
		Lichen plan
		Balanite de Zoon
		Psoriasis/balanite circinée
		Balanite allergique/irritative et dermatite séborrhéique
		Balanite non spécifique
4	Balanites médicamenteuses	Erythème pigmenté fixe
		Stevens-Johnson; Lyell
5	Balanites pré-malignes	Erythroplasie de Queyrat
		Maladie de Bowen
6	Autres causes de balanite	Maladies bulleuses auto-immunes, Kaposi, porokératose, ...

RÉFÉRENCES :

1. Abdennader S, Casin I, Janier M, Zavaro A, Vendeuil MO, Traoré F, Morel P : 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

3. Edwards S, Bunker C, Ziller F, van der Meijden WJ. 2013 European guideline for the management of balanoposthitis. *Int J STD AIDS*. 2014;25:615-626.
4. Edwards S, Bunker C Other conditions affecting the male genitalia. In: Rogstad K (ed). *ABC of sexually transmitted infections*, 6th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011, pp. 35–41
5. Heller DS. Lesions and Neoplasms of the Penis: A Review. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;20:107-11
6. Dauendorffer JN, Bagot M, Bachelez H, Cavelier-Balloy B. Psoriasis pustuleux genital localisé. *Ann Dermatol Venereol* 2013; 140:386-7.