

Le lichen scléreux (LS) vulvaire

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

Quel bilan minimal?

Les formes familiales représentent 12 % des cas de LS. Il semble que le risque carcinologique soit alors plus élevé: 4,1 % vs 1,2 % [1]. Le risque de pathologie thyroïdienne est augmenté en cas de LS: les chiffres varient de 16 à 18 % selon les études, alors que la fréquence est de 8 % chez les contrôles. La présence d'anticorps antiperoxydase et/ou thyroglobuline a été dépistée dans 22 % des cas et une thyroïdite de Hashimoto constatée à l'échographie dans 19 % des cas [2].

Quelles significations pour les différentes couleurs sur LS?

Une plaque blanche, épaisse, localisée correspond à une leucoplasie, et doit toujours être biopsiée d'emblée à la recherche d'une néoplasie intraépithéliale vulvaire différenciée (dVIN).

Une rougeur localisée sous-cutanée lie-de-vin correspond souvent à une hémorragie sous-épithéliale. Une plaque rouge vif, chronique doit toujours 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 sur ajoutée. Tout LS érythémateux diffus doit faire éliminer

une candidose surajoutée. Une rougeur des grandes lèvres et de la région périanales est souvent liée à une dermatite aux corticoïdes appliqués en trop grande quantité.

Les pigmentations sur LS sont généralement post-inflammatoires. Cependant, une biopsie est recommandée en cas de doute diagnostique ou d'aspect atypique afin d'éliminer un mélanome.

Quelles localisations particulières du LS?

Il est classique de lire que le LS est une pathologie purement vulvaire. Cependant, plusieurs publications font état de localisations vaginales [3]. Elles sont favorisées par les prolapsus et les incontinences urinaires. Des localisations anales ne sont pas exceptionnelles et peuvent faire le lit de carcinomes épidermoïdes.

Quel traitement à court terme?

Un corticoïde classe très forte sera appliqué tous les jours pendant 1 à 3 mois, puis 2 à 3 fois/semaine pendant 6 à 12 mois, souvent plus longtemps. Il a été démontré que le propionate de clobétasol est supérieur au tacrolimus et au pimécrolimus [4]. Des corticoïdes

de classe forte ont également démontré leur efficacité. Les résistances au traitement sont le plus souvent dues à un traitement mal appliqué. Une lésion résistante isolée doit être biopsiée.

Quel traitement à long terme?

Les taux de rémission après la ménopause sont seulement de 25 %. Les récurrences sont très fréquentes: 50 % à 16 mois et 84 % à 4 ans [5]. C'est pourquoi un traitement d'entretien est recommandé, à raison de deux applications par semaine. Une étude récente a montré une absence de récurrence à 6 mois contre 50 % avec un hydratant seul [6]. Les traitements à la demande n'empêchent pas les récurrences (27 % à un an) [7].

Bibliographie

1. SHERMAN SV. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:1031-1034.
2. KAZANDI M. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2010;31:555-558.
3. ZENDELL K. *JAMA Dermatol*, 2014;149:1199-1202.
4. FUNARO D. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:84-91.
5. RENAUD-VILMER C. *Arch Dermatol*, 2004;140:709-712.
6. VIRGLI A. *Br J Dermatol*, 2013;168:1316-1324.
7. MURINA F, LOW J. *Genit Tract Dis*, July 2014.

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