Lichen sclerosus på penis

För rekommendationer gällande lichen sclerosus i vulva se SFOG.

Bakgrund och epidemiologi

Lichen sclerosus (LS) är en inflammatorisk hudsjukdom där orsaken ännu inte är klarlagd, men association finns med autoimmuna sjukdomar åtminstone hos kvinnor. Familjär förekomst är beskrivet. Sjukdomen kan debutera i alla åldrar, med en topp postpubertalt.

Det saknas säkra prevalens- och incidensdata gällande LS hos män och troligen är prevalensen underskattad. Tillgängliga data visar på en prevalens på 0,07%, att jämföra med LS i vulva där förekomsten kan vara upp till 10 gånger vanligare. LS förekommer väldigt sällan hos personer som genomgått circumcision i barndomen. Extragenital LS är ovanligt hos män.

Symtom och kliniska fynd

Det vanligaste symtomet är förhudsförträngning (fimosis) vilket kan leda till smärta vid erektion och samlag. Det förekommer också irritation, sprickbildning och sår. Klåda är mindre vanligt jämfört med hos kvinnor. Miktionsproblem kan uppstå både vid fimosis och vid urinrörsförträngning. LS kan vara helt asymtomatisk hos upp till 1/3 av männen.

Kliniska fynd är hypopigmenterad, sklerotisk hud på preputiet och/eller glans, ofta runt frenulum. Rodnad, fissurer och eckymoser är vanliga medan blåsbildning är ovanligt. Det förekommer även hyperkeratotiska lesioner. Varierande grader av trång förhud kan yttra sig i form av en stram ring distalt på preputiet eller som en midja vid retraktion av förhuden. På sikt kan sjukdomen leda till anatomiska förändringar, tex ärromvandling av frenulum eller utsuddad gräns mellan glans och preputiets inre blad. Engagemang kring meatus kan leda till stenos. Perianal utbredning är ovanligt hos män.

Differentialdiagnoser

Lichen planus

Penil intraepitelial neoplasi (PeIN)

Vitiligo

Lokaliserad morfea

Balanit

Diagnostik

Diagnosen är oftast klinisk. Biopsi rekommenderas frikostigt med tanke på långvarigt sjukdomsförlopp och bör alltid tas vid osäkerhet gällande diagnos eller vid dysplasimisstanke.

Histopatologiskt ses initialt ett förtjockat epidermis som därefter blir atrofiskt, en degeneration av basala keratinocyter och i dermis hyalinisering med förlust av elastin samt ett underliggande bandformat inflammatoriskt infiltrat.

Behandling

Högpotent lokal glukokortikoid (grupp IV) i salvform dagligen i 4 veckor, därefter varannan dag i 4 veckor och sedan 2 ggr/v i 4 veckor. Alternativt 1 gång dagligen i 3 månader.

Detta får ca 50% att läka ut det skovet. Underhållsbehandling med högpotent glukokortikoid 1-2 kvällar/vecka rekommenderas i de flesta fall för symtomkontroll och för att minska risken för ett nytt skov.

Vid otillräcklig effekt utvärdera i första hand följsamhet till behandling.

Lokal kalcineurinhämmare kan prövas vid otillräcklig effekt, men har inte visat lika hög grad av utläkning. Kan även användas som tillägg till behandling med högpotenta glukokortikoider.

Circumcision rekommenderas vid LS med förträngning av preputiet och utebliven effekt av högpotent glukokortikoid efter daglig behandling i 3 månader eller om nedtrappning från 1 gång dagligen inte är möjligt. Vid LS begränsad till förhuden kan circumcision få närmare 100% att läka ut, dock saknas långtidsuppföljningar.

Generellt rekommenderas mjukgörande, tex vitt vaselin. Tvåltvätt i underlivet bör undvikas.

Målet med behandling är att uppnå symtomfrihet, förebygga förändrad anatomi samt förebygga cancerutveckling. Det finns i dagsläget en prospektiv studie gällande LS i vulva där underhållsbehandling har visats kunna förebygga cancer, men motsvarande studier gällande LS på penis saknas. Studier har visat risk för malignitetsutveckling och PeIN och vid peniscancer är det en ganska hög andel som har samtidig LS. Det finns inga säkra siffror på hur ofta peniscancer utvecklas vid LS på penis.

Uppföljning rekommenderas till symtomfrihet och därefter övergång till egenkontroller med information om risk för utveckling av PeIN och uppmaning om att söka läkare vid symtom som inte viker på intensifierad högpotent glukokortikoid, sår som inte läker eller tumörutveckling.

Referenser

Edwards S, Bunker C, van der Snoek E et al. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;00:1–14.

EDF guidelines Lichen Sclerosus 2023.

De Luca D, Papara C, Vorobyev A et al. Lichen sclerosus: The 2023 update.
Front Med (Lausanne). 2023 Feb 16:10:1106318. doi:10.3389/fmed.2023.1106318. eCollection 2023

Kirtschig G, Becker K, Günthert A. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus.
J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Oct;29(10):e1-43. doi: 10.1111/jdv.13136. Epub 2015 Jul 22.

Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus, 2018. Br J Dermatol. 2018 Apr;178(4):839-853.

Lee A, Bradford J, Fisher G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus: A Prospective Cohort Study of 507 Women. JAMA Dermatol. 2015 Oct;151(10):1061-7.

SSDV/ Sektionen för venereologi och genital dermatologi, SVGD/ Sinja Kristiansen 2024