Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

Douleurs anales, anodynies, proctalgies

RÉSUMÉ : La douleur anale est le premier motif de consultation en proctologie. Si le dermatologue n'est pas le spécialiste en première ligne pour ce type de plainte, il peut être amené à voir de manière occasionnelle ou récurrente des patients consultant pour des douleurs anales. Il doit en conséquence savoir repérer les pathologies organiques et fonctionnelles proctologiques douloureuses les plus fréquentes afin de pouvoir, si possible, les traiter ou, le cas échéant, orienter au mieux ses malades.
Le terme "anodynie" n'est pas le terme consacré lorsqu'on parle de douleurs anales. On lui préférera le terme de "proctalgie" (en grec, *proctos* signifie "anus" et *algos*, "douleur"), le terme anodynie étant réservé à la neurologie pour décrire l'absence de douleur à un stimulus (en grec, *ano* signifie "absence" et *odunê*, "douleur").
Nous évoquerons donc ici les pathologies proctologiques fréquentes, dont le diagnostic peut se faire cliniquement à l'inspection de la marge anale ou par anuscopie, et les douleurs à examen proctologique normal, dont la cause neurologique devra être écartée.

J. CHANAL[1], N. FATHALLAH[2]
[1] Dermatologie, Hôpital Cochin-Centre Tarnier, PARIS.
[2] Proctologie, Hôpital Saint-Joseph, PARIS.

Pathologies proctologiques douloureuses fréquentes

1. Fissure anale

La fissure anale est le premier motif de consultation en proctologie. La fissure se caractérise par une ulcération postérieure en position proctologique dans 80 % des cas et antérieure dans 20 % des cas. Cette ulcération est dite en "raquette". Elle est mieux vue lorsque les plis radiés de la marge anale sont déplissés car elle se continue dans le canal anal.

Son origine est liée à une zone de faiblesse du canal anal, dont l'origine pourrait être un défaut présent dans le réseau vasculaire de l'anus. À l'occasion du passage d'une selle dure ou d'un acte intracanalaire traumatique (pénétration anale, par exemple), une déchirure de la muqueuse survient, entraînant douleur et hypertonie sphinctérienne. Classiquement, les douleurs de fissure sont stéréotypées avec une douleur lors du passage de la selle, un épisode de rémission de quelques secondes suivi d'un nouvel épisode douloureux lancinant pouvant durer plusieurs minutes (et jusqu'à plusieurs heures). Il peut y avoir quelques gouttes de sang sur le papier toilette.

La fissure anale guérit spontanément dans 20 à 30 % des cas. Dans les autres cas, elle devient chronique, la muqueuse devient fibreuse, cicatrise en partie pour s'ulcérer à nouveau lors d'un épisode constipatoire. La fissure chronique peut alors s'accompagner d'une marisque (peau hypertrophique externe qui surmonte la fissure et qu'il ne faut pas confondre avec un condylome) ou d'une papille hypertrophique (pseudo-polype sur le versant interne de la fissure qui se prolabe à la selle) (***fig. 1***).

Rarement, la fissure peut s'infecter et donner un abcès sous tension ou une suppuration chronique avec un orifice externe fistuleux suintant de pus et de sérosités sous le lit de la fissure. À ce stade, la douleur fissuraire est beaucoup

Fig. 1 : Fissure anale postérieure avec pseudo-marisque.

moins marquée et donne plutôt lieu à des douleurs continues en cas d'abcès aigu.

Une fissure anale est atypique si elle est latéralisée, si elle est de grande taille, si elle s'associe à un bourgeonnement tumoral, si elle est complètement atone ou bien en l'absence d'hypertonie anale. La présence de multiples fissures doit également faire discuter une cause secondaire. Toute fissure anale atypique devra faire l'objet d'une investigation, voire d'une biopsie, afin d'éliminer un processus tumoral (carcinome épidermoïde de l'anus), une cause inflammatoire (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), infectieuse (syphilis, herpès, lymphogranulome vénérien…), voire médicamenteuse (nicorandil, par exemple) ou iatrogène (radiothérapie).

Le traitement est médicamenteux en cas de fissure aiguë, avec des antalgiques adaptés à la douleur. Un traitement à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cure courte peut également soulager de manière prolongée le patient. Des traitements topiques (crèmes et suppositoires) sont usuellement prescrits pour un effet local avec plusieurs produits disponibles sans preuve de la supériorité d'un produit par rapport à un autre. Il ne faut pas oublier de traiter la constipation, très souvent présente et à l'origine de la fissure par des laxatifs. En cas de fissure chronique ou de fissure infectée, un traitement chirurgical sera discuté.

2. Thrombose hémorroïdaire externe

La thrombose hémorroïdaire externe (THE) s'associe volontiers à une douleur anale aiguë pouvant être pulsatile, continue, avec une intensité très variable selon les malades et l'importance de la thrombose. La thrombose intéresse les paquets hémorroïdaires externes situés au niveau de la marge anale ; elle est donc facile à visualiser. Elle se caractérise par la présence d'une formation bleutée, sous-muqueuse, nodulaire, que le patient a fréquemment pu palper lui-même (***fig. 2***).

Souvent, en cas de thrombose unique, le praticien est tenté d'exciser la thrombose de manière immédiate, alors même que celle-ci est accompagnée d'un œdème important, rendant le geste difficile, douloureux et susceptible d'entraîner des saignements difficilement contrôlables au cabinet. On préfèrera diminuer l'œdème par des AINS en cure courte, associés à des crèmes et des suppositoires. Si le thrombus n'est pas spontanément expulsé, une excision pourra se faire sous anesthésie locale. Comme pour la fissure, une constipation peut s'y associer, nécessitant la prescription de laxatifs.

Fig. 2 : Thrombose hémorroïdaire externe.

3. Thrombose hémorroïdaire interne

Bien moins fréquente que la THE, la thrombose hémorroïdaire interne (THI) s'associe le plus souvent à une procidence des paquets hémorroïdaires internes. La douleur est souvent vive, brutale et peut être intense. Cliniquement, le prolapsus hémorroïdaire peut concerner un seul ou les trois paquets hémorroïdaires internes (***fig. 3***).

La THI se voit plus fréquemment chez les patients dont la pression abdominale est élevée (obèses, femmes enceintes). Le plus souvent, elle est de résolution spontanée et nécessite des antalgiques et AINS (contre-indiqués chez la femme enceinte). Exceptionnellement, elle peut nécessiter une prise en charge chirurgicale.

Fig. 3 : Thrombose hémorroïdaire interne avec prolapsus hémorroïdaire extériorisé.

4. Fistule anale et abcès de la marge anale (hors maladie de Crohn)

L'abcès de la marge anale est secondaire à l'infection de glandes situées dans le canal anal : les glandes d'Hermann et Desfosses. Ces glandes, dont la fonction n'est pas connue, se localisent au niveau de la ligne pectinée au fond des replis

Le dossier – Vulvodynies, pénodynies, anodynies

des muqueuses (cryptes de Morgagni). Ainsi, si l'abcès de la marge anale est traité par simple incision au niveau de la marge sans traitement ultérieur de la fistule sous-jacente, la récidive est obligatoire. L'abcès se caractérise par des douleurs pulsatiles, intenses, pouvant empêcher le patient de dormir et de s'asseoir normalement.

Dans le cas où l'abcès ne s'est pas spontanément fistulisé à la peau, l'examen retrouve un nodule sous-cutané chaud, inflammatoire, rénitent, dont la douleur augmente à la pression (***fig. 4***). La fistulisation à la peau avec présence de pus est fréquente et soulage le patient.

Le toucher rectal et l'anuscopie peuvent être normaux ou, à l'inverse, révéler au niveau de la glande infectée une petite granulation avec du pus.

En l'absence de fistulisation, le traitement consiste en une incision de l'abcès sous anesthésie locale afin de soulager rapidement le patient. S'y associeront des antalgiques adaptés à la douleur. La prescription concomitante d'antibiotiques est inutile sauf sur terrain débilité (VIH, diabétiques, transplantés d'organes…), en cas de dermohypodermite nécrosante associée ou de signes généraux pouvant faire craindre un processus septicémique. Dans un second temps, une prise en charge chirurgicale sera nécessaire sous anesthésie générale afin de déterminer le trajet fistuleux et d'en faire le traitement selon le type de fistule (transphinctérienne, supra-sphinctérienne, sous-sphinctérienne…).

Fig. 4 : Abcès de la marge anale.

5. Ano-rectite des maladies sexuellement transmises

La présence de pus, de douleurs rectales avec ténesmes et épreintes et d'ulcérations en phase aiguë doit faire éliminer une pathologie infectieuse sexuellement transmise.

La rectite à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis* de sérogroupe L1, L2, L3 dans le cadre d'un lymphogranulome vénérien (***fig. 5***) doit faire systématiquement rechercher ces infections par des prélèvements bactériologiques (PCR pour *C. trachomatis* et PCR et culture pour *N. gonorrhoeae*).

Fig. 5 : Rectite de lymphogranulome vénérien (anuscopie).

Pathologies proctologiques douloureuses à examen clinique normal

1. Proctalgie fugace

Le diagnostic de proctalgie fugace est un diagnostic d'exclusion. Les proctalgies fugaces se caractérisent par des douleurs suraiguës, souvent intenses, de caractère fugace (quelques secondes à quelques minutes maximum). Elles surviennent de manière irrégulière, aussi bien le jour que la nuit, et sont spontanément résolutives sans séquelle. Toujours localisées au même endroit, elles sont courtes, très intenses, voire lancinantes [1]. Elles concerneraient plus fréquemment les femmes que les hommes et pourraient affecter 18 % de la population. La grande majorité des patients consultant pour cette maladie ont moins de 5 épisodes par an.

Cliniquement, l'examen est normal. Aucune lésion n'est visible tant au niveau de la marge anale que du canal anal en anuscopie. Le toucher rectal ne retrouve pas d'hyper- ou d'hypotonie sphinctérienne.

Certains facteurs déclenchants ont pu être décrits dans la littérature : activité sexuelle ou masturbatoire, stress, menstruation, sclérothérapie d'hémorroïdes. La physiopathologie est mal connue et discutée dans la littérature (spasme du sphincter interne, compression transitoire du nerf pudendal…). Des formes familiales ont été décrites [2, 3].

Le traitement n'est pas codifié et ne doit être proposé qu'aux patients présentant des douleurs récurrentes [4].

2. Proctalgie chronique

Les proctalgies chroniques se caractérisent par des douleurs récurrentes, quelquefois sourdes ou pouvant être intenses. Elles durent au moins 20 minutes mais peuvent durer des mois. Plusieurs hypothèses sont retrouvées dans la littérature : des tensions et des spasmes des muscles striés pelviens [5], une tendinite du muscle élévateur de l'anus [6] ou bien, de manière plus globale, une hypertonie du sphincter interne associée à des troubles défécatoires et à une contraction paradoxale des muscles striés pelviens. La présence d'une douleur à la palpation du muscle élévateur de l'anus permettrait de classifier les proctalgies chroniques

en syndrome de l'élévateur de l'anus (ou *Levator ani syndrome*, LAS) alors que l'absence de douleur serait retrouvée dans les proctalgies chroniques dites non spécifiques.

La chirurgie anale ou l'accouchement par voie basse pourraient être des facteurs favorisants alors que le stress, l'anxiété et les troubles dépressifs seraient des facteurs associés [7].

Le traitement du LAS est complexe et peut faire intervenir les massages du muscle pubo-rectal, les bains chauds, les benzodiazépines, la stimulation du nerf sacré, voire des injections de toxine botulique. L'un des traitements les plus efficaces serait le biofeedback [8], qui améliorerait la symptomatologie dans 35 à 87 % des cas et serait supérieur à la stimulation électrogalvanique [9].

Dans le cas des proctalgies chroniques non spécifiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs et la psychothérapie ont leur utilité.

Les proctalgies chroniques nécessitent une exploration électrophysiologique afin d'éliminer une névralgie pudendale ainsi qu'un examen d'imagerie de type IRM dans le but d'éliminer un kyste de Tarlov.

3. Coccygodynie

Les coccygodynies se caractérisent par des douleurs survenant en position assise ou lors d'une position prolongée sur une surface dure. Il s'agit de douleurs chroniques, persistant volontiers plus de 2 mois et atteignant plus fréquemment les femmes que les hommes. Certains facteurs favorisants ont été décrits tels que des traumatismes, un accouchement, une chirurgie pelvienne, une infiltration épidurale, le stress ou l'anxiété. La physiopathologie est mal connue et pourrait être liée à une instabilité du coccyx avec hyperlaxité visible sur des clichés dynamiques et/ou liée à une bursite de l'épineuse. Le traitement consiste en une physiothérapie et une kinésithérapie avec manipulation rectale. Dans de rares cas, une coccygectomie peut être proposée mais le risque de morbidité est important (11 %).

Conclusion

Les douleurs anales sont le plus souvent d'origine locale et peuvent être diagnostiquées au cours de la consultation. Le dermatologue doit connaître les gestes et les prescriptions susceptibles de soulager rapidement le patient et l'orienter ensuite vers une consultation spécialisée. Les douleurs à examen normal nécessitent des investigations plus poussées, susceptibles de faire appel à un bilan neurophysiologique et à l'imagerie.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Parades V, Etienney I, Bauer P *et al.* Proctalgia fugax: demographic and clinical characteristics. What every doctor should know from a prospective study of 54 patients. *Dis Colon Rectum*, 2007;50:893-898.
2. Celik AF, Katsinelos P, Read NW *et al.* Hereditary proctalgia fugax and constipation: report of a second family. *Gut*, 1995;36:581-584.
3. Damphousse M, Jousse M, Verollet D *et al.* [Evidence of pudendal neuropathy in Proctalgia Fugax: perineal neurophysiological assessment in 55 patients]. *Prog Urol*, 2012;22:220-224.
4. Jeyarajah S, Purkayastha S. Proctalgia fugax. *CMAJ*, 2013;185:417.
5. Wald A. Functional anorectal and pelvic pain. *Gastroenterol Clin North Am*, 2001;30:243-251.
6. Park DH, Yoon SG, Kim KU *et al.* Comparison study between electrogalvanic stimulation and local injection therapy in levator ani syndrome. *Int J Colorectal Dis*, 2005;20:272-276.
7. Renzi C, Pescatori M. Psychologic aspects in proctalgia. *Dis Colon Rectum*, 2000;43:535-539.
8. Gilliland R, Heymen JS, Altomare DF *et al.* Biofeedback for intractable rectal pain: outcome and pre- dictors of success. *Dis Colon Rectum*, 1997;40: 190-196.
9. Chiarioni G, Nardo A, Vantini I *et al.* Biofeedback issuperior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gastroenterology*, 2010;138:1321-1329.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.