

■ Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

Dermatoses inflammatoires de l'anus

RÉSUMÉ : L'anus est une zone de transition anatomique et histologique. Les pathologies inflammatoires concernent aussi bien des dermatoses inflammatoires bien connues des dermatologues ayant une expression sur la marge anale que des pathologies plus spécifiques devant être reconnues car nécessitant une prise en charge proctologique dédiée.

Les différentes entités discutées ici ne sont pas exhaustives mais représentent plutôt un panorama soit des maladies les plus fréquentes, soit des maladies pouvant entraîner un retentissement fonctionnel important.



J. CHANAL
Hôpital Cochin, Service de Dermatologie,
PARIS.

■ Examen de la marge anale

L'anus est une zone de transition entre un épithélium malpighien kératinisé et un épithélium glandulaire. Le dermatologue, le plus souvent non formé à l'anuscopie, ne peut voir que la marge anale, définie comme une surface de 5 cm dans toutes les directions à partir de l'anus déplié en position proctologique (**fig. 1**). Alors que la marge anale peut être un site atteint par certaines dermatoses communes et donc reconnaissables par l'examen de l'ensemble du tégument corporel, d'autres lui sont spécifiques, créant une discipline frontière avec la proctologie.

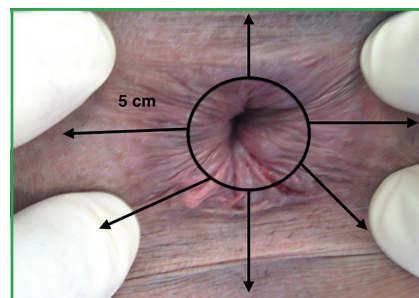


Fig. 1 : Vue d'une marge anale normale.

■ Dermatoses fréquentes

1. Dermatite irritative et anus irrité

Bien qu'elle soit fréquente, la dermatite irritative est pourtant source d'inconfort, de prurit et secondairement d'une lichénification de la marge vite reconnue (**fig. 2 et 2 bis**). La première cause de dermatite irritative est l'exonération incomplète avec présence de résidus de selles sur la marge. Le patient va souvent à la selle au cours de la journée mais la manœuvre digitale est parfois nécessaire pour évacuer (constipation termi-



Fig. 2 et 2 bis : Dermite irritative.

nale). Une diarrhée tenace est également à rechercher car elle peut aboutir à un suintement anal irritatif (*soiling*).

La clé de voûte de la prise en charge est une régulation du transit obligatoire (laxatif de lest de plus souvent, les laxatifs à base de paraffine pouvant favoriser les suintements). Des petites astuces sont à conseiller : séchage soigneux de la marge anale après la douche, utilisation de topiques doux, sans parfum, utilisation limitée des irritants (papier toilette, lingettes parfumées). Certains auteurs préconisent d'éviter certains aliments (café, alcool, citron, tomate, chocolat) sans qu'il y ait toutefois un niveau de preuve élevé.

2. Eczéma de contact

Pour les dermatologues, l'eczéma se reconnaît facilement par sa sémiologie. Si l'eczématisation peut être secondaire à une dermatite irritative anale, la recherche d'une cause contact est indispensable (**fig. 3**). L'interrogatoire s'acharnera à retrouver l'allergène et des *patch tests* peuvent également être proposés. Le méthylisothiazolinone est l'allergène le plus fréquemment retrouvé dans les eczémas de contact de la marge anale [1]. Les traitements adjuvants, en plus de l'éviction de l'allergène concerné, sont



Fig. 3 : Dermite irritative lichénifiée.

semblables à ceux utilisés pour la dermatite irritative. Les dermocorticoïdes forts ou très forts sont souvent proposés en première ligne. Les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus) se sont également montrés efficaces.

3. Psoriasis

L'incidence du psoriasis au niveau anal se situerait autour de 10-15 %. Il se présente habituellement comme un psoriasis inversé, avec un érythème vernissé, bien limité, quelquefois fissuraire, du pli interfessier (**fig. 4**). Une lichénification secondaire au grattage est susceptible de s'y ajouter ou, à l'inverse, un prurit de la marge peut favoriser la présence du psoriasis par effet Koebner.

Une cohorte de la littérature de plus de 1500 patients a retrouvé une association entre psoriasis anal ou du sillon interfessier et apparition d'un rhumatisme psoriasique [2].



Fig. 4 : Psoriasis inversé de la marge anale.

4. Lichen scléreux

Chez la femme, il s'agit le plus fréquemment d'une atteinte par contiguïté d'un lichen scléreux vulvaire. L'atteinte anale forme alors avec l'atteinte vulvaire un "8" très reconnaissable. L'atteinte chez l'homme est très rare. Alors que le risque de cancérisation du lichen scléreux vul-

vaire est bien connu, le risque de dégénérescence au niveau anal est non connu. Le traitement est identique à celui du lichen scléreux vulvaire avec l'utilisation de dermocorticoïdes très forts.

Dermatoses infectieuses hors IST

1. Candidose anale

La candidose anale peut être difficile à diagnostiquer. Elle se présente cliniquement par l'apparition d'une lésion érythémateuse de la marge anale avec présence de pustulètes périphériques et d'une fine desquamation qu'il faudra rechercher (**fig. 5**). L'atteinte anale primaire se fait par contiguïté à partir du tube digestif (*Candida* en est un saprophyte). Une candidose récurrente doit faire rechercher une immunosuppression, particulièrement un diabète de type 2 ou bien une infection par le VIH. Des facteurs locaux peuvent favoriser l'infection (vêtements serrés, macération, hygiène locale insuffisante). Les traitements locaux à base d'imidazolés sont le plus souvent suffisants. Chez les patients très immunodéprimés ou en cas de candidose anale chronique, un traitement par voie orale est à discuter.



Fig. 5 : Candidose anale.

Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

2. Anite streptococcique

L'anite streptococcique atteint principalement l'enfant mais elle peut également se voir chez l'adulte. Elle est secondaire à une infection par *Streptococcus* bêta-hémolytique du groupe A mais peut aussi l'être à un streptocoque du groupe B. Cliniquement, les lésions sont érythémateuses, vernissées, avec parfois la présence de petits éléments en périphérie (fig. 6). Chez la petite fille et chez la femme adulte, l'infection peut remonter jusqu'au vestibule et, chez l'homme, elle peut remonter le long du raphé médian jusqu'aux bourses. Plusieurs cas dans la littérature ont décrit des associations de psoriasis en gouttes et d'anite streptococcique.

Le traitement fait appel aux bêta-lactamines de type amoxicilline pendant au moins 21 jours. Certains auteurs discutent une antibiothérapie également active sur le staphylocoque doré, sa présence pouvant être un facteur de résistance au traitement conventionnel.



Fig. 6 : Anite streptococcique chez un enfant de 3 mois.

3. Tuberculose anale

L'atteinte anale par la mycobactérie *Mycobacterium tuberculosis* est mal connue car elle affecte principalement des patients issus de régions à forte prévalence (Afrique, Inde). La fistule anale

est l'atteinte la plus fréquente ainsi que les fissurations et les ulcérations anales. Il est souvent difficile de différencier la tuberculose anale de la maladie de Crohn, y compris au niveau histologique, car la nécrose caséeuse au contact d'un granulome n'est pas toujours présente. Ainsi, chez les populations migrantes sans signe de maladies inflammatoires du tube digestif mais avec une atteinte anale évocatrice, il faut savoir évoquer le diagnostic de tuberculose [3].

■ Maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une maladie pouvant toucher l'ensemble du tube digestif, de la bouche à l'anus. Au niveau anal, plusieurs types de lésions peuvent se rencontrer et orienter le diagnostic vers une maladie de Crohn [4].

- Les atteintes ulcérées : fissures anales souvent multiples, creusantes, douloureuses et extensives pouvant être des rhagades (fig. 7).

- Les fistules anales complexes : plusieurs orifices secondaires de fistules anales sont visibles, associés à des supurations multiples et à des épisodes d'abcédation. Ces fistules font toutes la gravité de l'atteinte anale car leurs trajets complexes et multiples peuvent aboutir à une destruction de l'appareil sphinctérien et à une incontinence anale.

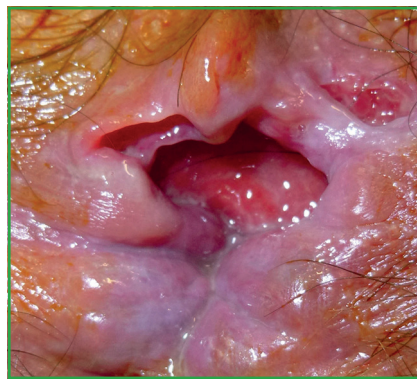


Fig. 7 : Ulcère de la marge anale dans le cadre d'une maladie de Crohn (courtoisie du Dr de Parades, Hôpital Saint-Joseph, Paris).

- Les pseudo-marisques inflammatoires, remplis de chair au niveau de la marge anale, quelquefois de grande taille.

- Les lésions métastatiques de Crohn, dont l'histologie avec la présence de granulomes peut permettre le diagnostic.

■ Dermatoses infectieuses IST

1. Lymphogranulomatose vénérienne

Depuis les années 2000, nous assistons à une augmentation de l'incidence du nombre de cas de rectites de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez les patients ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La maladie est liée à l'infection par un *Chlamydia trachomatis* de stéréotypes particuliers L1, L2 et L3. Les patients décrivent des douleurs anales à type de ténésmes et d'épreintes dans les 15 jours à 3 semaines suivant un rapport ano-génital contaminant. Des adénopathies accompagnent l'ano-rectite. À l'anuscopie, des ulcérations rectales sont visibles, pouvant faire confondre la maladie avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) (fig. 8). Le diagnostic se fait par PCR sur écouvillon puis par génotypage. Le traitement est la doxycycline 200 mg/jour pour une durée de 21 jours.

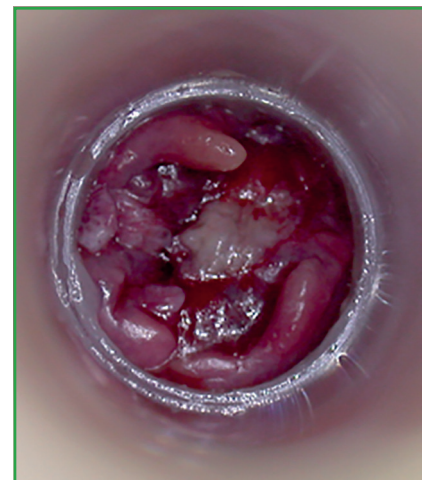


Fig. 8 : Rectite de lymphogranulomatose vénérienne (vue anoscopique).

Le dossier – Prise en charge des pathologies ano-génitales inflammatoires

2. Papillomavirus humain

Au niveau anal, l'infection à *Papillomavirus* humain peut donner plusieurs types de lésions. Les condylomes sont les plus fréquents, avec un aspect en crête de coq tout à fait caractéristique (**fig. 9**). Leur présence au niveau de la marge anale doit faire rechercher des lésions intracanales par anoscopie, *a fortiori* chez les patients séropositifs pour le VIH ou chez les patients immunodéprimés. L'atteinte vulvaire chez la femme doit également faire rechercher une atteinte de la marge anale.

Le traitement peut être appliqué par le patient (podophyllotoxine, imiquimod, 5-fluorouracile), mais ces méthodes peuvent avoir pour limite la tolérance du patient. Aucun traitement topique n'a l'autorisation de mise sur le marché dans les formes intracanales. Les méthodes de destruction physique par laser ou par électrocoagulation sont à privilégier en cas d'atteinte canalaire mais elles nécessitent un plateau technique adapté. La cryothérapie se fait au cabinet mais ne peut s'utiliser en cas d'atteinte très limitée à cause de la douleur engendrée. Les recherches à "l'aveugle" par PCR en intracanales de génotype à haut risque chez les patients ayant des condylomes de l'an us n'ont pas d'indication actuellement.



Fig. 9 : Condylomes acuminés de la marge anale.

3. Syphilis

La syphilis est une grande simulatrice également dans ces lésions anales. Avec l'augmentation de son incidence depuis maintenant presque 20 ans, c'est devenu un diagnostic à évoquer *larga manu*. Le chancre primaire peut être confondu avec une fissure anale, maladie bénigne et fréquente. Par ailleurs, la syphilis dans sa forme secondaire peut donner des lésions exophytiques (*Condyloma lata*) [5].

4. Herpès et herpès tumoral

L'herpès est bien connu des dermatologues. L'incidence de l'herpès anal n'est pourtant pas connue. Il s'agit habituellement de lésions à HSV2 (plus de 80 % des cas) bien que l'incidence du HSV1 soit en augmentation au niveau génital. La primo-infection peut être très



Fig. 10 : Primo-infection herpétique (HSV 2).



Fig. 11 : Herpès tumoral.

bruyante avec apparition de multiples vésicules s'érodant rapidement (**fig. 10**).

Une forme trompeuse d'herpès atteint préférentiellement l'an us et sa région : l'herpès tumoral ou hypertrophique. Il s'agit d'une lésion d'allure tumorale chez des patients séropositifs pour le VIH, le plus souvent d'origine africaine (**fig. 11**). La lésion est souvent très remaniée par le grattage. La PCR HSV redresse le diagnostic. Le traitement est difficile et fait appel à l'acyclovir (avec des doses augmentées), au cidofovir. Plusieurs cas cliniques ont également rapporté une bonne efficacité de l'imiquimod.

BIBLIOGRAPHIE

1. GARDNER KH, DAVIS MD, RICHARDSON DM *et al.* The hazards of moist toilet paper: allergy to the preservative methylchloroisothiazolinone/methylisothiazolinone. *Arch Dermatol*, 2010;146:886-890.
2. WILSON FC, ICEN M, CROWSON CS *et al.* Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*, 2009;61:233-239.
3. HALI F, KHADIR K, ZOUHAIR K *et al.* Suppurations of the perineal and gluteal region: An aetiological study of 60 cases. *Ann Dermatol Venereol*, 2010;137:591-596.
4. RÉGIMBEAU JM, PANIS Y, DE PARADES V *et al.* Anoperineal manifestations of Crohn's disease. *Gastroenterol Clin Biol*, 2000;24:36-47.
5. DAUENDORFFER JN, JANIER M, BAGOT M *et al.* Syphilitic pseudocondyloma. *Ann Dermatol Venereol*, 2013;140:492-493.

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