

## Revue générale

# Principales pathologies en proctologie que le dermatologue doit connaître

**RÉSUMÉ :** C'est la panique quand le patient vous demande de regarder cette lésion qui est apparue au niveau de l'anus ! Mais une démarche clinique rigoureuse et systématique permet de s'y retrouver. Tout d'abord, il faut distinguer les pathologies purement proctologiques (hémorroïdaires et suppuratives), des maladies dermatologiques, vénériennes (en recrudescence actuellement). Une attention particulière sera donnée aux lésions dues aux papillomavirus de type condylomes et lésions dysplasiques, dont la prise en charge particulière est codifiée. Enfin, le prurit anal qui est le plus souvent essentiel, fera rarement découvrir un lichen plan ou un lichen scléro-atrophique.



**C. PROTHE**  
Service de Gastro-entérologie,  
Endoscopie digestive et Proctologie  
CHRU BESANÇON.

Une zone taboue pour les patients autant que pour les médecins, et pourtant ! Dans la salle d'attente d'un médecin généraliste, 15 % des patients ont un problème à l'anus et ce chiffre est probablement sous-estimé [1] ! La part de l'automédication est considérable et les retards de diagnostic et de prise en charge sont fréquents.

Les patients commenceront dans la majeure partie des cas à vous dire "j'ai des hémorroïdes". Pour la plupart des

patients (et des médecins !) tout symptôme proctologique correspond à une pathologie hémorroïdaire, mais il faut savoir examiner pour ne pas passer à côté d'autres diagnostics !

### Pathologie hémorroïdaire [2]

Les hémorroïdes sont réparties en deux "groupes" : les hémorroïdes internes en sous-muqueux au-dessus de la ligne pectinée et les hémorroïdes externes en sous-cutané (fig. 1).

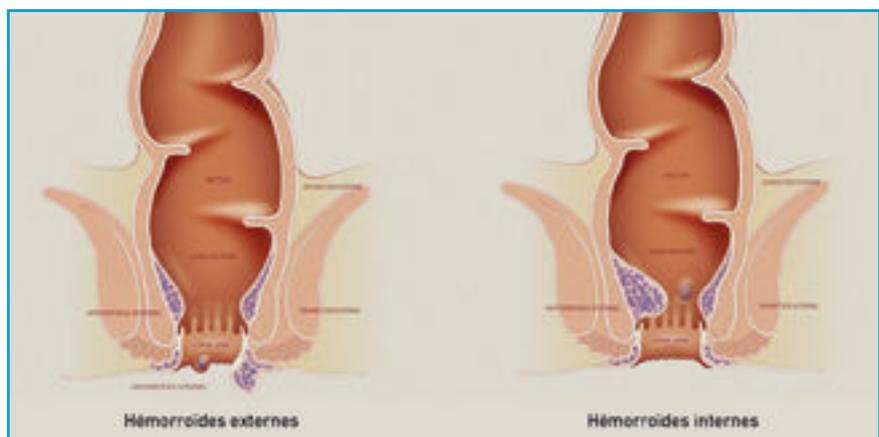


Fig. 1 : Anatomie du canal anal (schéma issu du site SNFCP).

## Revue générale

La thrombose est la pathologie de l'hémorroïde externe. On peut observer en sous-cutané une tuméfaction bleutée plus ou moins douloureuse et œdématisée (**fig. 2**). La douleur est d'apparition brutale continue, non majorée par le passage des selles. Elle apparaît souvent dans les suites d'un épisode de consti-

pation. Son évolution est toujours favorable, le traitement (basé sur les AINS et les laxatifs) permettant de réduire la durée des symptômes.

Le diagnostic différentiel à ne pas manquer est l'abcès de la marge anale, douleur d'apparition rapidement pro-

gressive, insomniante et pulsatile. À l'examen, on voit une tuméfaction érythémateuse de la marge anale (**fig. 3**) dont la prise en charge repose sur l'incision puis la recherche de fistule anorectale.

La pathologie hémorroïdaire interne va se manifester par des symptômes divers : sensation de prolapsus, saignements, brûlure au passage des selles, suintements, prurit...

Le prolapsus est en général peu bruyant, avec apparition d'une tuméfaction après le passage des selles (**fig. 4**), spontanément réintégré ou non (réintégration digitale possible ou non). Les symptômes sont le plus souvent des saignements, des suintements glaireux, des fuites fécales, un prurit...

Le traitement repose essentiellement par une régularisation du transit qui suffit, dans la majorité des cas, à soulager complètement les symptômes. Dans certains cas, un traitement instrumental ou chirurgical est nécessaire.

Attention, le diagnostic différentiel en cas de rectorragies est le cancer colorectal ! Il est donc impératif d'adresser le patient auprès d'un gastroentérologue en cas de rectorragies à partir de 50 ans ou avant en cas de symptômes associés (perte de poids, troubles du transit, douleurs abdominales...).



Fig. 2 : Thrombose hémorroïdaire externe. Polythrombose à droite.



Fig. 3 : Abscès marge anale et traitement par incision après anesthésie locale (photos : D. Roland).



Fig. 4 : Prolapsus hémorroïdaire interne.

### ■ Fissure anale

Lors d'une fissure anale, la douleur est en deux temps : au passage des selles puis après. Elle est à type de tête d'épingle, accompagnée ou non de rectorragies, apparue souvent après un épisode de constipation. Il faut apprendre à déplisser les plis radiés de la marge anale pour la visualiser (fig. 5), elle peut être surmontée d'un capuchon mariscal. Le traitement consiste en la prise de laxatifs, application de crème cicatrisante et topiques à base d'inhibiteurs calciques.



Fig. 5 : Fissure anale avant et après avoir déplissé la marge anale.

### ■ Marisque

Le mot "marisque" vient du latin marisca qui signifie "sorte de petite figue" [3]. Les marisques sont séquellaires de poussées hémorroïdaires antérieures. À l'examen, on visualise un repli de peau péri-anale pouvant mesurer de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres. Elle est



Fig. 6 : Marisque postérieure.



Fig. 7 : Pseudomarisques.

souple, non douloureuse, non ulcérée et ne donne pas de symptômes. En cas de gêne (à l'essuyage ou prurit sur macération), l'exérèse est facile sous anesthésie locale aux ciseaux froids ou au bistouri électrique avec une cicatrisation en quelques jours (fig. 6).

À ne pas confondre avec les pseudo-marisques des lésions anopérinéales associées à la maladie de Crohn qui vont être œdématisées, ulcérées et douloureuses (fig. 7).

### ■ Lésions anopérinéales (LAP) de la maladie de Crohn (fig. 8 et 9)

Les LAP de la maladie de Crohn se définissent comme l'ensemble des lésions liées à la maladie de Crohn qui touchent

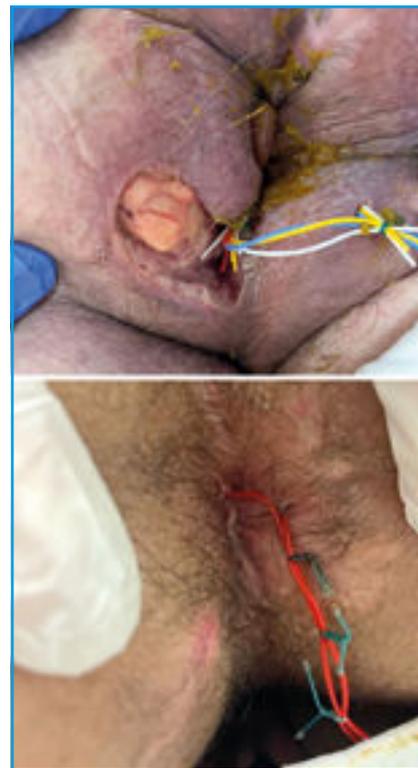


Fig. 8 : Fistules complexes avec sétons.



Fig. 9 : Atteinte périnéale fissulaire (Crohn).

le canal anal, le périnée, le bas rectum et la cloison rectovaginale [4]. Selon la classification de Cardiff, les lésions anopérinéales peuvent être classées en trois sous-types :

- primaire : les ulcérations, superficielles ou profondes ;
- secondaire : les fistules et abcès bas ou superficiels ou hauts ;
- tertiaire : sténose réversible ou irréversible.

## Revue générale

### POINTS FORTS

- Attention, le diagnostic différentiel en cas de rectorragies est le cancer colorectal.
- Les troubles gastro-intestinaux chez les patients atteints de maladie de Verneuil doivent justifier une consultation chez le gastroentérologue.
- En cas de prurit anal persistant malgré prise en charge optimale, ne pas hésiter à réaliser des biopsies afin de ne pas méconnaître une affection tumorale comme une maladie de Bowen ou une maladie de Paget.
- Les ulcérations à *chlamydia* peuvent être évocatrices d'ulcérations "pseudo-crohniennes".
- Il est nécessaire de traiter et dépister les lésions dysplasiques chez les populations à risque en effectuant la recherche d'HPV16.

On considère qu'un patient sur quatre porteurs d'une maladie de Crohn développera une atteinte anopérinéale au décours du suivi évolutif de sa maladie [5] (risque d'environ 12 % à 1 an et 26 % après 20 ans d'évolution de la maladie) [6]. Cependant, l'atteinte peut être inaugurale, voire précéder le diagnostic de plusieurs années. La maladie fistuleuse est considérée complexe dans 50 à 80 % des cas [7-9] avec un risque de récurrence dans 40 % des cas à 10 ans.

Devant une suspicion de LAP, il faut adresser le patient à un gastroentérologue avec une IRM pelvienne pour réaliser un bilan endoscopique à la recherche d'une atteinte luminale et confirmer le diagnostic de maladie de Crohn. En cas d'abcès, il faut inciser celui-ci en urgence.

Le traitement sera la mise en place d'une biothérapie (anti-TNF en combinaison en première intention [10]).

#### ■ Maladie de Verneuil (fig. 10)

Les formes anopérinéales représentent 20 % de l'ensemble des localisations de la maladie [11]. Les diagnostics différen-

tiels principaux sont le kyste pilonidal ou la fistule anale (cryptoglandulaire ou LAP de Crohn qui peuvent cependant être associés). La maladie de Verneuil est associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, bien que la prévalence soit faible (entre 0,3 à 1,3 %) [12]. Les troubles gastro-intestinaux chez les patients atteints de maladie de Verneuil doivent justifier une consultation chez le gastroentérologue.



Fig. 10: Maladie de Verneuil.

#### ■ Psoriasis (fig. 11)

Le psoriasis inversé (ou psoriasis des plis) prend la forme de plaques rouges s'étendant souvent au sillon interfessier, de manière symétrique avec des



Fig. 11: Psoriasis inversé vu lors d'une coloscopie.

limites nettes, à surface le plus souvent lisse mais peut être également finement squameuse et/ou fissuraire.

#### ■ Sinus Pilonidal

Le sinus pilonidal infecté (SPI) est une pathologie fréquente avec une incidence de 48 cas pour 100 000 personnes [13]. Le sex-ratio est de deux hommes pour une femme. Il survient principalement entre l'âge de 15 et 30 ans et est exceptionnel avant la puberté et après 60 ans [14]. Les fossettes cutanées (fig. 12) sont formées à la suite de microtraumatismes des follicules pileux du sillon interfessier. L'inclusion des poils dans ces fossettes entraînerait la formation d'une cavité sous-cutanée susceptible de s'infecter [14].



Fig. 12: Sinus pilonidal. La flèche montrant les fossettes.

Le sinus pilonidal infecté peut se traduire par un abcès et/ou se présenter sous une forme chronique responsable d'un écoulement séropurulent intermittent.

Les facteurs favorisants sont : pilosité importante, excès de sébum, surpoids, défaut d'hygiène, antécédents familiaux, maladie de Verneuil.

### Infections sexuellement transmissibles [15]

● **La syphilis** est en recrudescence depuis quelques années (fig. 13) [16]. L'atteinte anorectale se manifeste par un chancre survenant entre 10 à 90 jours après le contact (ulcération superficielle, indolore, à fond propre, marginale, unique, indurée et accompagnée d'adénopathies inguinales). 6 à 8 semaines après la cicatrisation, apparition des syphilides, très contagieuses, d'aspect polymorphe sous la forme de lésions érosives de la marge anale et périanale.

● **L'infection à Monkey Pox** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Elle touche préférentiellement les hommes adultes, avec une durée d'incubation de 7 à 14 jours, syndrome grippal, polyadénopathies cervicales et inguinales fréquentes, l'atteinte génitale et anale est douloureuse, il faut rechercher d'autres zones atteintes (paumes, plantes de pieds, visage, muqueuse...). L'éruption peut se faire sous la forme de macules, vésicules, ombilication centrale, parfois nécrotique, pseudo-folliculites, inflammation périlésionnelle. L'évolution est en général en poussée unique, mais on peut mettre en évidence des lésions d'âges différents. Guérison en 2 à 4 semaines avec formation de croûtes. Le traitement est symptomatique, prévention de la surinfection et traitement de la douleur.

● **L'infection par *chlamydia tracomatis*** (fig. 14) peut être paucisymptomatique. L'infection par les sérovars L1, L2, et L3 est responsable de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), notamment chez les patients VIH ou HSH (homme ayant



Fig. 14 : Chlamydia (Paris Saint-Joseph).

un rapport sexuel avec un homme) et évolue en trois phases, apparition d'un chancre initial puis d'une anorectite 1 à 2 semaines après, entraînant douleurs, rectorragies et syndrome rectal. Les ulcérations peuvent être évocatrices d'ulcérations "pseudo-crohnienne".

Lors de l'infection par le gonocoque, le patient est souvent très symptomatique avec des douleurs, épreintes, tésisme, évacuation glaireuse et/ou sanglante. Cela peut évoluer sous la forme d'un abcès de la marge anale.

HSV1 se transmet par contact oro-anal et HSV2 par contact génito-anal. Après une période d'incubation de 4 à 21 jours, l'éruption de la marge anale ou anorectale consiste en une éruption vésiculaire, souvent déjà sous la forme d'ulcérations douloureuses planes multiples et confluentes au moment de l'examen. Souvent associée à une dysurie, un tésisme et des adénopathies.

### ■ Mélanome [15] (fig. 15)

Tumeur maligne rare au niveau anorectal (2-4 % des cancers à ce niveau). Signes cliniques aspécifiques (saignements, douleurs, sensation de tuméfactions...). 30 % sont des formes achromiques. Le diagnostic repose sur l'histologie et l'immunohistochimie.

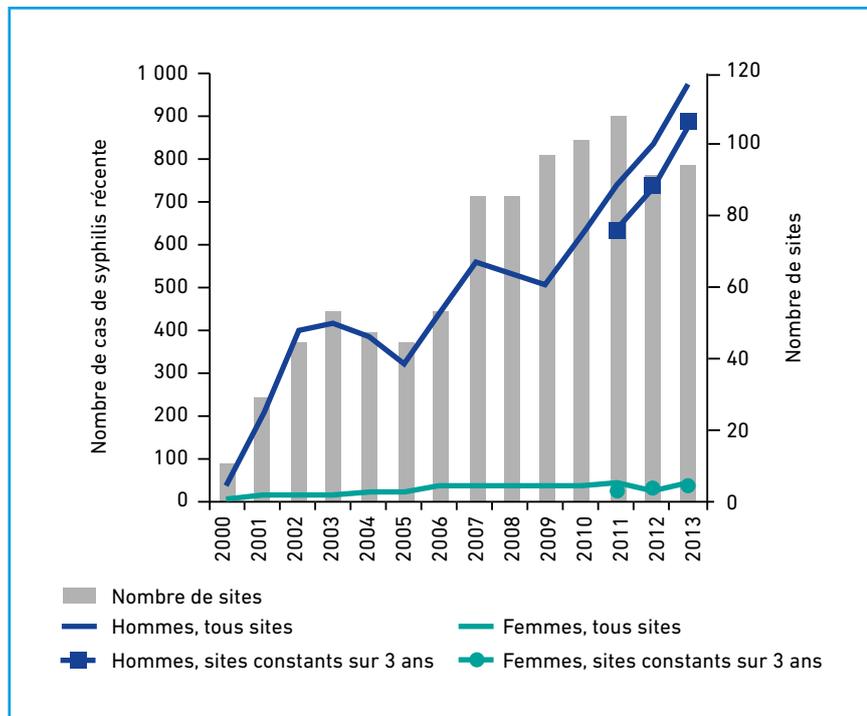


Fig. 13 : Évolution du nombre de cas de syphilis en France d'après l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS).

## Revue générale



Fig. 15 : Mélanome de la marge anale [15].

### Lésions blanchâtres (fig. 16)

Au niveau de la marge anale, devant une macule blanche dépigmentée bien délimitée par de la peau normale, il faut se poser la question d'un vitiligo, notamment sur terrain auto-immun, et chercher d'autres localisations cutanées. En cas de prurit associé, des papules planes violines parfois regroupées en plaques blanchâtres, et/ou hypertrophiques, se pose la question d'un lichen plan. La



Fig. 16 : Lichen scléro-atrophique (photo: N. Fathallah).

réalisation de biopsies peut aider au diagnostic et la présence de lésions synchrones au niveau de la bouche.

Dans ce contexte de prurit, chez la femme ménopausée majoritairement, il ne faut pas passer à côté du lichen scléreux du fait de son risque de dégénérescence en carcinome épidermoïde. Son aspect est initialement blanchâtre, puis blanc nacré, avant de s'étendre jusqu'à l'atrophie scléreuse vulvaire.

### Prurit anal

Il s'agit d'un motif de consultation fréquent aussi bien en gastroentérologie qu'en dermatologie. Le prurit anal affecte plus souvent les hommes que les femmes avec un *sex ratio* variant entre 2 et 4 selon les études et touche surtout la tranche d'âge entre 30 et 50 ans [17]. Tout trouble du transit et toute pathologie proctologique responsables de suintements anaux et de difficultés à l'essuyage peuvent donner un prurit anal [18].

Le premier temps sera l'interrogatoire, à la recherche de troubles du transit/d'incontinence. Puis l'examen clinique, afin de rechercher une cause proctologique (hémorroïdes, suppuration...), infectieuse (parasitaire, condylomes...), dermatologique (psoriasis, eczéma, lichen...). En cas de prurit anal persistant malgré prise en charge optimale, ne pas hésiter à réaliser des biopsies afin de ne pas méconnaître une affection tumorale comme une maladie de Bowen ou une maladie de Paget.

Le prurit anal essentiel est la cause la plus fréquente, la physiopathologie est mal connue. Il fait souvent suite à une irritation locale pouvant entraîner l'apparition de lésions de grattage provoquant un prurit secondaire auto-entretenu puis passage à la chronicisation avec apparition d'une lichénification (fig. 17). La prise en charge repose sur des conseils hygiéno-diététiques (arrêter l'application de crèmes antihémor-



Fig. 17 : Lichénification marge anale.

roïdaires en grande quantité, éviter les produits parfumés, l'hygiène excessive, régularisation transit, etc.).

Sur les lésions cutanées aiguës érythémateuses et érosives, utilisation de crèmes émoullientes ou des pâtes à l'eau protectrices, voire des dermocorticoïdes faiblement dosés. En cas de lésions chroniques lichénifiées, l'utilisation de dermocorticoïdes plus puissants s'impose. Il faut éviter les pommades dans la région anale en raison du risque de macération [19].

### Cancer et papillomavirus (fig. 18 et 19)

L'infection par le virus HPV (**human papillomavirus**) est l'infection sexuellement transmise (IST) la plus fréquente au monde. La présence d'HPV au niveau du canal anal n'est pas rare. Une étude bisontine [20] réalisée chez 469 patients venant pour une coloscopie, démontre que 160 patients (34 %) étaient porteurs d'un HPV au niveau du canal anal, le plus fréquent est l'HPV 16 (32 cas, soit 6 %).

Lors de la mise en évidence de condylomes de la marge anale, il est nécessaire d'adresser le patient à un gastroentérologue/proctologue pour vérifier l'absence de condylomes en intra canalaire.

La persistance d'un HPV à haut risque oncogène (HPV-HR), notamment la



**Fig. 18 :** Condylomes intracanalaires en haut et de la marge anale en bas.



**Fig. 19 :** Carcinome épidermoïde dans sa forme fistulaire.

présence du génotype 16, est responsable d'au moins 80 % des cancers de l'anus [21-25]. En France, un peu plus de 2 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Son incidence est en constante augmentation.

L'apparition du carcinome épidermoïde invasif de l'anus est précédée par le déve-

loppement de lésions précancéreuses. Il y a donc un intérêt de les dépister et de les traiter pour prévenir l'évolution carcinologique [26].

Il est nécessaire de traiter et dépister les populations à risque en effectuant la recherche d'HPV16 [27] lors d'un frottis anal chez les patients asymptomatiques porteur du VIH de plus de 30 ans, les femmes ayant des lésions prénéoplasiques ou néoplasiques vulvaires et les femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans. En cas de présence d'HPV16, il faut adresser le patient pour un examen proctologique. Les patients symptomatiques doivent avoir, dans tous les cas, une consultation de proctologie.

### ■ Molluscum contagiosum [28]

Dû à une infection par *Molluscum contagiosum* virus (famille des *Poxviridae*), il est fréquent chez l'enfant et l'adulte immunodéprimés. La transmission se fait par contact avec une période d'incubation entre 2 semaines à 6 mois. Il se présente sous la forme de nodules indolores roses ou nacrés, multiples arrondis de 3 à 5 mm ombiliqués au centre qui régressent souvent de façon spontanée en quelques mois. Les principaux diagnostics différentiels sont le kyste



**Fig. 20 :** *Molluscum contagiosum* (Paris Saint-Joseph).

sébacé, le condylome, le *molluscum pendulum*, le nævus achromique et l'hydradénome papillifère (**fig. 20**).

### ■ Hidradénome papillifère [29]

L'hydradénome papillifère (HP) est une prolifération adénomateuse de glandes anogénitales de type mammaire (**fig. 21**). Ces glandes sont présentes dans les sillons interlabiaux de la vulve, sur le périnée et sur la marge anale. Les HP se situent dans 90 % des cas au niveau vulvaire, mais il est possible d'en diagnostiquer au niveau de la marge anale. Le plus souvent, il forme un nodule rond, translucide ou érythémateux, ferme, plus ou moins saillant, mobile sous la peau, plus rarement bleuté, il peut parfois être ulcéré et faire suspecter une lésion tumorale.



**Fig. 21 :** Hidradénome papillifère: (Paris Saint-Joseph).

### BIBLIOGRAPHIE

1. TOURNU G, ABRAMOWITZ L, COUFFIGNAL C *et al.* Prevalence of anal symptoms in general practice: a prospective study. *BMC Fam Pract*, 2017;18:78.
2. Recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire. SNFCP.
3. Anamorphik. SNFCP. 2017 Marisque SNFCP.
4. MERLINI-L'HÉRITIER A. Lésions anopérinéales (LAP) de la maladie de Crohn.

## Revue générale

5. SCHWARTZ DA, LOFTUS EV, TREMAINE WJ *et al.* The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*, 2002; 122:875880.
6. Un consensus mondial sur la classification, le diagnostic et le traitement multidisciplinaire de la maladie de Crohn fistuleuse périanale | Gut
7. MOLENDIJK I, NUIJ VJAA, VAN DER MEULEN-DE JONG AE *et al.* Disappointing durable remission rates in complex Crohn's disease fistula. *Inflamm Bowel Dis*, 2014;20:20222028.
8. BELL SJ, WILLIAMS AB, WIESEL P *et al.* The clinical course of fistulating Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 2003;17:11451151.
9. EGLINTON TW, BARCLAY ML, GEARRY RB *et al.* The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum*, 2012;55:773777.
10. LEE MJ, PARKER CE, TAYLOR SR *et al.* Efficacy of Medical Therapies for Fistulizing Crohn's Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2018;16:18791892.
11. BOUCHARD D. Maladie de Verneuil : nouvelles recommandations.
12. EGEBERG A, JEMEC GBE, KIMBALL AB *et al.* Prevalence and risk of inflammatory bowel disease in patients with hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol*, 2017;137:10601064.
13. IESALNIEKS I, OMMER A. The Management of Pilonidal Sinus. *Dtsch Arztebl Int*, 2019;116:1221.
14. DE PARADES V, BOUCHARD D, JANIER M *et al.* Pilonidal sinus disease. *J Visceral Surg*, 2013;150:237247.
15. VG Librairies Atlas de proctologie, Nadia Fathallah, Vincent de Parades, 2021, John Libbey eurotext.
16. STAUMONT G. Premier épisode de rectite.
17. MARKELL KW, BILLINGHAM RP. Pruritus Ani: Etiology and Management. *Surg Clin North Am*, 2010;90:125135.
18. ORTEGA AE, DELGADILLO X. Idiopathic pruritus ani and acute perianal dermatitis. *Clin Colon Rectal Surg*, 2019;32: 327-332.
19. FATHALLAH N. Prurit anal : du diagnostic au traitement.
20. VUITTON L, JACQUIN E, PARMENTIER AL *et al.* High prevalence of anal canal high-risk human papillomavirus infection in patients with crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2018; 16:1768-1776.e5.
21. FORMAN D, DE MARTEL C, LACEY CJ *et al.* Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*, 2012; 30:F12-23.
22. FRISCH M, GLIMELIUS B, VAN DEN BRULE AJ *et al.* Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med*, 1997;337:13501358.
23. ABRAMOWITZ L, JACQUARD AC, JAROUD F *et al.* Human papillomavirus genotype distribution in anal cancer in France: the EDiTH V study. *Int J Cancer*, 2011;129:433439.
24. VALMARY-DEGANO S, JACQUIN E, PRÉTET JL *et al.* Signature patterns of human papillomavirus type 16 in invasive anal carcinoma. *Hum Pathol*, 2013;44:9921002.
25. MACHALEK DA, GRULICH AE, HILLMAN RJ *et al.* The Study of the Prevention of Anal Cancer (SPANAC): design and methods of a three-year prospective cohort study. *BMC Public Health*, 2013; 13:946.
26. PALEFSKY JM, LEE JY, JAY N *et al.* Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer. *N Engl J Med*, 2022;386:22732282.
27. SPINDLER L, ETIENNEY I, ABRAMOWITZ L *et al.* Screening for precancerous anal lesions linked to human papillomaviruses: French recommendations for clinical practice. *Tech Coloproctol*, 2024;28:23.
28. CHEN X, ANSTEY AV, BUGERT JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis*, 2013;13:877888.
29. SPINDLER L, POMMARET E, MOYALBARRACCO M *et al.* [Anal and vulvar hidradenoma papilliferum are similar: A study of 14 cases]. *Ann Dermatol Venereol*, 2019;146:537541.

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