

## PROCTOLOGIE

### Prurit anal

*Thierry Higuero (Beausoleil), Anne-Laure Tarrerias (Paris)*

[thierryhiguero@yahoo.fr](mailto:thierryhiguero@yahoo.fr)

### Introduction - Définition

Le prurit anal est un motif courant de consultation en proctologie. C'est un signe fonctionnel subjectif défini par une sensation désagréable du revêtement cutané à type de démangeaison anale déclenchant un grattage souvent irrésistible. Il s'ensuit une érosion traumatique de la peau aboutissant à une lichénification secondaire, responsable elle-même d'un prurit. Un cercle vicieux auto entretenu s'installe, difficile à rompre.

### Étiologies

#### Etiologies Proctologiques

A l'origine du prurit dans 75 % des cas [1] ;

- **Suppurations** (fistule, abcès, Maladie de Verneuil, Sinus pilonidal) par l'ambiance humide permanente de l'écoulement purulent ;
- **Hémorroïdes** (20 % des causes de prurit anal [1]) par le prolapsus, le suintement, les marisques ;
- **Fissure anale**, notamment infectée (12 % des causes de prurit anal [1]) en faisant la distinction entre fissure anale vraie et fissuration secondaire au grattage ;
- **Prolapsus rectal** (suintement) tumeurs anales, rectales et coliques (villeuses surtout) ;
- **Hypo continence anale** en raison du rôle irritant des selles [2,3].

#### Étiologies dermatologiques

##### *Infectieuses*

- **Mycoses à Candida albicans** : intertrigo avec collerette blanchâtre périphérique suite à l'utilisation d'antiseptiques acides, d'antibiotiques ou de corticoïdes ;
- **Bactériennes**, essentiellement à streptocoque bêta hémolytique du groupe A suivi d'un érythème caractéristique ;
- **Virales** : **HPV** (Human Papilloma Virus) responsable de condylomes acuminés et **HSV** dont la douleur suit le prurit ;
- **Parasitaire** : **oxyurose** responsable d'un prurit vespéral chez les enfants et les adultes vivant en collectivité.

### ***Inflammatoires***

- **Dermite et eczéma de contact** sur atopie pure et/ou après utilisation de toxiques de contact [4] ;
- **Psoriasis** avec plaques rouges squameuses associées fréquemment à d'autres localisations (coudes, genoux, cuir chevelu) ;
- **Lichen scléro-atrophique** chez la femme ménopausée sous forme de papules blanchâtres brillantes en placards atrophiques ;
- **Végétantes : Maladie de Paget et Maladie de Bowen** : dermatites érythémateuses kératosiques plus ou moins infiltrée cortico-résistantes chez la femme de plus de 50 ans, potentiellement néoplasique.

**Autres** : diabète, Sida, hémopathies, ictère, insuffisance rénale à l'origine de prurits généralisés.

**Prurit sine materia ou essentiel** lorsque aucune cause n'est identifiée, soit parce que la cause initiale a disparu soit du fait, bien que cela soit discuté [5], d'une origine psychogène chez une personnalité obsessionnelle.

### **Interrogatoire**

On interrogera le patient sur :

- L'**ancienneté des troubles** ;
- Les divers **traitements** utilisés ;
- Les **habitudes de vie** : toilettes répétées (parfois après chaque selle), savon utilisé pour la toilette, essuyages intempestifs, papier toilette utilisé ;
- Un éventuel **écoulement** associé, soit stercoral pouvant faire évoquer une hypocontinence, soit purulent pouvant faire évoquer une suppuration ;
- L'existence sur le corps d'**autres zones prurigineuses** ;
- Des **troubles du transit**, de **rectorragies** orientant vers une origine colique.

### **Examen proctologique**

Il est essentiel car le traitement de la pathologie proctologique sous-jacente, lorsqu'elle existe, résout le prurit anal dans 87 % des cas [6].

Il doit être précédé d'un examen clinique chez un patient dénudé de manière à examiner l'ensemble des plis cutanés.

L'écartement des plis radiés, le toucher rectal et l'anuscopie élimineront une maladie proctologique ou dermatologique.

### **Examens complémentaires**

Ils sont le plus souvent inutiles dans la démarche diagnostique, l'examen clinique étant le plus souvent suffisant.

En cas de doute, un **prélèvement local à l'écouvillon** pour examen bactériologique, mycologique ou virologique peut être utile. De même, une **biopsie** en bordure sous anesthésie locale aide au diagnostic de certaines lésions.

La **coloscopie** est à proposer en présence de rectorragies, antécédents familiaux de cancer du côlon, âge du patient supérieur à 50 ans [1].

Les **sérologies virales** sont parfois nécessaires.

## Prise en charge

### Règles d'hygiène locale

Elles doivent être détaillées et expliquées.

L'essentiel est d'avoir une **peau propre et sèche** en supprimant toute humidité excessive. Il faut éviter l'utilisation de savon antiseptique pour privilégier l'eau claire et les savons surgras ou à pH neutre avec rinçage abondant et séchage (soit au sèche-cheveux, soit par tamponnement) 2 fois par jour.

Après la selle, il faut **éviter les essuyages intempestifs**, notamment intracanalaires. Le nettoyage doit se faire avec un papier blanc non parfumé de qualité (idéalement humecté) en tamponnant et en proscrivant le frottage. Lors de la prise en charge initiale, un simple nettoyage avec un lait de toilette suffit. Le but est de limiter au maximum l'agression de la peau, et les macérations [7].

Enfin il faut préférer les **sous-vêtements** lâches en coton, et privilégier le port de tampons hygiéniques lors des menstruations plutôt que les serviettes.

### Traitement

Après avoir éliminé une pathologie proctologique, dermatologique ou infectieuse qui relève d'un traitement spécifique, on traitera le prurit en fonction des lésions observées.

**Un traitement d'épreuve antiparasitaire** contre l'oxyurose est utile car simple et permettant d'éliminer une cause fréquente de prurit anal.

**A la phase de dermite aiguë**, il faut s'attacher à **assécher les lésions suintantes** par application de colorants comme l'éosine aqueuse à 2 %. Ce traitement est également efficace en cas de surinfection, et préférable à l'utilisation d'antibiotiques, source de sensibilisation.

**En cas de dermite minime ou modérée**, l'utilisation de **crèmes dermato-cosmétiques** à base d'émollients (Cicalfat<sup>®</sup> d'Avène, Cytélium<sup>®</sup> d'Aderma) et de pâtes à l'eau (Eryplast<sup>®</sup> Aloplastine<sup>®</sup>) couplée aux règles d'hygiène locale, peut suffire.

**En cas de lichénifications**, on utilise les **dermocorticoïdes** [8] de niveau 3 ou 4 sur plusieurs jours (jusqu'à disparition des lichénifications) avec ensuite décroissance progressive. Les dermocorticoïdes doivent être utilisés sur une peau sèche et propre. En cas d'échec, les dermocorticoïdes de niveau 1 ou 2 peuvent être utilisés. Il est primordial de **bien expliquer**

**avec précision les modalités d'application** des dermocorticoïdes et le danger de l'automédication prolongée et abusive.

En cas d'échec, une préparation magistrale à base de teinture de capsicum contenant 0,1 % de **capsaïcine** appliquée 3 fois par jour peut être tentée [9].

**Le contrôle de l'efficacité des traitements prescrits est indispensable avec prélèvements en cas de persistance des lésions initiales.**

Dans tous les cas, le **traitement des troubles du transit** facilite la cicatrisation des plaies d'excoriation, et a un effet antalgique en tamponnant les selles acides diarrhéiques et en ramollissant des selles trop dures.

### **Prise en charge psychologique**

La consultation doit être longue, attentive avec une écoute bienveillante et compréhensive du retentissement psychologique et social du prurit rebelle. L'explication de la prise en charge doit être claire, simple et convaincante en prévenant le patient du caractère récidivant du prurit essentiel. Pour certains patients, l'hypnose a été testée [10] et peut être proposée.

### **Références**

1. Daniel GL, Longo WE, Vernava AM 3rd. Pruritus ani. Causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994;37(7):670-4.
2. Allan A, Ambrose NS, Silverman S, Keighley MR. Physiological study of pruritus ani. *Br J Surg* 1987;74 (7):576-9.
3. Farouk R, Duthie GS, Pryde A., Bartolo DC. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring. *Br J Surg* 1994;81(4):603-6.
4. Jelen G. Dermite de contact périanale. *Bull Actual Ther* 1991;122:3611-18.
5. Laurent A. et al. Psychological assessment of patients with idiopathic pruritus ani. *Psychoter psychosom* 1997;66:163-6.
6. Pirone E, Infantino A, Masin A, Melega F, Pianon P, Dodi G, Lise M. Can proctological procedures resolve perianal pruritus and mycosis? A prospective study of 23 cases. *Int J Colorectal Dis* 1992;7(1):18-20.
7. Piram M, Lejars O, Grosjean-Cornuault MF, Lorette G. Chronic Pruritus. *Ann Dermatol Venerol* 2003;130:217-218.
8. Weichert GE. An approach to the treatment of anogenital pruritus. *Dermatol Ther* 2004;17:129-33.
9. Lysy J, Sistiery-Ittah M, Israelit Y, et al. Topical capsaicin- a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised placebo controlled, crossover study. *Gut* 2003;52:1323-26.
10. Rucklidge JJ, Saunders D. Hypnosis in a case of long-standing idiopathic itch. *Psychosom Med* 1999; 61:355-8.