

# Prurit anal : du diagnostic au traitement

**Nadia FATHALLAH**

Service de Proctologie Médico-Chirurgicale - Institut Léopold Bellan - Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph  
185, rue Raymond Losserand - 75014 Paris

[nfathallah@hpsj.fr](mailto:nfathallah@hpsj.fr)

## Définition et épidémiologie

Le prurit anal ou démangeaison anale est une sensation qui provoque l'envie pressante de se gratter l'anus (marge et/ou canal) et la zone qui l'entoure.

Il s'agit d'un motif de consultation fréquent aussi bien en gastroentérologie qu'en médecine générale, en dermatologie et en gynécologie. Cependant, son incidence exacte est difficile à évaluer car il s'agit d'un symptôme sous-exprimé par les patients (gêne occasionnée) et sous-diagnostiqué par les médecins (manque d'intérêt). Elle est estimée entre 1 et 5 % dans la population générale. 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 [1]. Il altère significativement la qualité de vie, notamment lorsqu'il évolue de longue date [2].

## Physiopathologie

Elle est mal élucidée. Suite à un stimulus qui active directement les nocicepteurs présents sur les fibres C sensibles ou indirectement par une libération locale d'un médiateur (histamine, sérotonine, kallikréine, prostaglandines, cytokines, etc.), la sensation prurigineuse est transmise au système nerveux central et déclenche un réflexe de grattage qui va lui-même encore aggraver cette activation des fibres C [3]. De ce fait, le passage à la chronicité est fréquent à moins d'une prise en charge rapide, et on se retrouve assez souvent devant le cercle vicieux du « plus on gratte, plus ça gratte... ».

## Principales étiologies

Les étiologies sont nombreuses et très diverses [4]. Cependant, dans 25 à 75 % des cas [3], aucune cause n'est retrouvée. On qualifie alors le prurit anal d'essentiel ou idiopathique.

### Étiologies proctologiques

Classiquement, toute pathologie proctologique responsable de suintements anaux et de difficultés à l'essuyage peut donner un prurit anal [5]. Dans ce cas, le prurit est rarement isolé et s'accompagne d'autres symptômes qui peuvent orienter le diagnostic.

**La maladie hémorroïdaire** au stade de prolapsus de grade 4 (**Figure 1**) ou de marisques hypertrophiques en est une cause classique [6]. De surcroît, les topiques anti-hémorroïdaires, largement prescrits, peuvent aggraver le prurit en favorisant la macération et/ou une réaction allergique locale qui peut brouiller le diagnostic. Les poussées hémorroïdaires thrombotiques et **la fissure anale** peuvent plus rarement s'accompagner d'un prurit [6] qui passe au second plan après la douleur.



**Figure 1 : Prolapsus hémorroïdaire de grade 4**

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les principales causes de prurit anal
- Définition et physiopathologie du prurit anal essentiel
- Traitement du prurit anal essentiel : connaître les conseils hygiéniques
- Traitement du prurit anal essentiel : savoir utiliser les dermocorticoïdes

### LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt avec cet article.

### MOTS-CLÉS

Prurit anal – Dermatoses infectieuses – Dermatoses inflammatoires – Dermatoses tumorales



Figure 2 : Orifice secondaire suintant de fistule

**Les suppurations** [fistules (Figure 2), fissures infectées, glandes sous-pectineales infectées, etc.] sont également une cause fréquente [5].

**Les suintements fécaux** dus à une insuffisance sphinctérienne, une déformation anale post-chirurgicale, un défaut du réservoir (anastomose colo-anale, rectite radique, recto-colite hémorragique, etc.) et/ou un trouble de la statique rectale (prolapsus rectal, voire une rectocèle) peuvent également être responsables d'un prurit anal [5].

### Étiologies infectieuses

**Les infections parasitaires** sont dominées par l'oxyurose (Figure 3), due à *Enterobius vermicularis*, qui est une cause fréquente de prurit anal [7].



Figure 3 : Oxyurose

Cette infection est plus fréquente chez les enfants mais peut être observée chez des adultes. Le diagnostic est fait par la visualisation directe des oxyures à l'examen de la marge anale et/ou du bas rectum par anoscopie mais parfois seulement grâce au scotch test mettant en évidence les œufs d'oxyures. D'autres parasites peuvent également être responsables de prurit anal comme la gale (*Sarcoptes Scabei homini*) et la phtiriose (*Phtirus inguinalis*), plus rarement la lambliaose, la taeniose, l'ascaridiase ou l'amibiase cutanée.

**Les mycoses** anales sont fréquentes. La candidose (Figure 4) est au premier plan et responsable d'environ 10 à 15 % des causes du prurit anal [8]. Les facteurs favorisants sont multiples comme le diabète sucré, l'obésité, l'antibiothérapie, un déficit immunitaire, l'abus de corticoïdes locaux ou de savons acides, le manque d'hygiène, la transpiration et/ou la macération. La candidose s'accompagne souvent d'une atteinte cutanée marginale typique érythémateuse, humide, recouverte parfois d'un enduit crémeux mal odorant, et limitée par une bordure pustuleuse ou une collerette desquamative. Cette atteinte cutanée s'étend volontiers au pli interfessier et/ou aux organes



Figure 4 : Candidose

génitaux, ce qui donne un aspect en sablier ano-génital caractéristique. Le *Candida albicans* étant un germe saprophyte de l'anus, il faut identifier de nombreuses colonies avant de retenir le diagnostic de mycose. Les dermatophyties péri-anales sont beaucoup plus rares. Elles prennent l'aspect d'un érythème cutané à bordure vésiculeuse ou squameuse, à extension centrifuge avec guérison centrale donnant un aspect circiné caractéristique. Elles sont dues le plus fréquemment à *Trichophyton rubrum*. Le diagnostic est confirmé par un prélèvement à la curette des squames périphériques [5].

**Les infections bactériennes** sont moins fréquentes. L'anite streptococcique est plus fréquente chez l'enfant mais peut être observée également chez l'adulte. Il s'agit le plus souvent d'une infection à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A mais, chez l'adulte, elle peut être due au streptocoque du groupe B (commensal du tube digestif). L'infection peut donner de la fièvre et des douleurs à la selle et se traduit à l'examen clinique par une atteinte érythémateuse péri-anale parfois érosive avec desquamation périphérique fine. L'érythrasma, dû à *Corynebacterium minutissimum*, est une autre cause possible mais rare. Elle donne une atteinte péri-anale rosâtre ou brunâtre de forme irrégulière mais bien limitée, finement squameuse souvent étendue vers la région inguinale et génitale. Elle peut poser un problème de diagnostic différentiel avec une infection mycosique mais le diagnostic peut être redressé par la mise en évidence de la couleur corail que prend l'érythrasma sous la lumière ultraviolette. Le staphylocoque et le streptocoque pyogène, souvent mis en évidence sur les prélèvements locaux, sont plutôt en rapport avec une surinfection des lésions de grattage qu'avec le prurit lui-même.

Enfin, **des infections virales** peuvent être responsables de prurit anal. Les condylomes (Figure 5), dues à l'infection par papillomavirus humains, est alors la cause la plus fréquente. Le molluscum contagiosum, dû à un virus de la famille des Poxviridae, peut également être en cause. Plus rarement, les réactivations herpétiques peuvent donner des ulcérations parfois prurigineuses. Concernant les primo-infections, la douleur domine largement le tableau clinique et le prurit anal est exceptionnel dans ces cas.





Figure 5 : Condylomes

### Étiologies dermatologiques

**Le psoriasis inversé** (ou psoriasis des plis) (Figure 6) de la marge anale est fréquent (5 à 8 % des causes de prurit anal) [3]. Il prend la forme de plaques rouges s'étendant souvent au sillon interfessier, de manière symétrique avec des limites nettes, à surface le plus souvent lisse mais peut être également finement squameuse et/ou fissuraire. Le diagnostic est évoqué par la présence d'autres localisations typiques (cuir chevelu, coudes, genoux, ongles) qu'il faut chercher, sinon sur l'analyse histologique.



Figure 6 : Psoriasis



Figure 7 : Eczéma

**L'eczéma péri-anal** (Figure 7) est également fréquent. Il évolue en phase aiguë sous la forme de lésions érythémateuses, œdémateuses, suintantes et vésiculeuses, notamment en périphérie, puis en phase chronique sous la forme de lésions lichénifiées, blanchâtres épaissies et parfois érodées par le grattage. Les facteurs déclenchants et/ou favorisants sont multiples : excès d'hygiène avec utilisation de produits et de papier toilette irritants, applications de topiques de tous types (antiseptiques, anesthésiques, antibiotiques, anti-inflammatoires, anti-hémorroïdaires, cicatrisants, voire même des dermocorticoïdes), port de sous-vêtements serrés, teintés, en nylon ou en tergal et de protections périodiques, la consommation d'aliments à colorants et l'irritation locale chez les sportifs (joggers, cyclistes), les patients en surpoids et les patients avec une pilosité excessive et/ou une hyperhydrose locale [9].

**Le lichen plan** (Figure 8) est une cause moins fréquente mais classique de prurit récidivant. Il se présente sous la forme de discrètes petites papules plates polygonales violacées avec un reflet brillant à jour frisant siégeant le plus souvent sur la face antérieure des poignets, sur les jambes et le tronc. Avec le temps, les lésions fusionnent et se modifient en plaques hyperpigmentées, atrophiques, hyperkératosiques ou vésiculo-bulleuses. L'atteinte orale est retrouvée dans 50 % des cas (lésions linéaires réticulées, blanc bleutées = stries de Wickham, parfois érosives) et s'accompagne alors souvent d'une atteinte génitale semblable. Le diagnostic repose sur l'analyse histologique.



Figure 8 : Lichen plan

**Le lichen scléreux** est une pathologie peu fréquente de la région ano-génitale, qui touche le plus souvent la femme après la ménopause. Il est responsable d'un prurit qui s'associe volontiers à des douleurs et des légers saignements. L'atteinte cutanée prend un aspect au départ de papules blanchâtres brillantes qui s'étendent en l'absence de traitement en un placard atrophique ano-vulvaire. Le diagnostic suspecté cliniquement est confirmé par l'analyse histologique. Un suivi dermatologique est nécessaire du fait du risque de transformation maligne [7].

**La dermatite séborrhéique** se présente sous la forme de plaques érythémateuses ou orangées à limites floues recouvertes de squames grasses jaunâtres surtout en périphérie. Il faut rechercher d'autres lésions identiques au niveau de la lisière du cuir chevelu, des sillons nasogéniens et de la gouttière pré-sternale (zones de tégument les plus riches en glandes sébacées) évocatrices du diagnostic.

**Le pemphigus bénin familial** ou maladie de Hailey-Hailey est une maladie de la peau caractérisée par une atteinte érythémateuse, vésiculeuse éphémère, puis érosive, le plus souvent douloureuse et prurigineuse qui apparaît principalement aux endroits du corps exposés à la transpiration et au frottement, en l'occurrence la région péri-anale. Les surinfections bactériennes, fongiques et virales sont fréquentes. Le diagnostic repose sur l'analyse histologique.

## Étiologies tumorales

Les lésions tumorales, qu'elles soient bénignes ou malignes, peuvent se manifester par un prurit anal qui passe souvent au second plan par rapport à d'autres symptômes associés. Il en est ainsi de la maladie de Bowen et de la maladie de Paget. Les polypes colorectaux, notamment de type villosus, responsables de suintements, peuvent également être en cause. Idem pour d'autres tumeurs plus rares comme le carcinome épidermoïde, l'adénocarcinome, le carcinome basocellulaire ou le mélanome de l'anus.

**La maladie de Bowen (Figure 9)** est une lésion précancéreuse correspondant à une néoplasie intra-épithéliale de haut grade en zone cutanée liée aux papillomavirus humains. Elle touche surtout la femme ménopausée et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, *a fortiori* s'ils sont infectés par le virus de l'immunodéficience humaine. En zone cutanée, elle prend l'aspect d'une plaque érythémateuse, légèrement infiltrée, parfois recouverte de squames et de croûtes. Au niveau muqueux, ces lésions de néoplasie intra-épithéliale peuvent être pigmentées, érythroplasiques ou leucoplasiques. Le diagnostic repose sur l'analyse histologique.



Figure 9 : Maladie de Bowen

**La maladie de Paget extra-mammaire (Figure 10)** est rare et l'atteinte anale est exceptionnelle [10]. Sa présentation clinique est trompeuse et peut évoquer un eczéma chronique.

Elle prend la forme d'un placard érythémato-squameux rouge vermeil, à limites nettes, infiltré. Parfois, la lésion est purement érythroplasique ou leucoplasique ou végétante. Le diagnostic est histologique. Elle s'associe fréquemment à un cancer profond colorectal, urogénital ou mammaire qu'il convient donc de rechercher de manière systématique.



Figure 10 : Maladie de Paget

## Étiologies uro-gynécologiques

Du fait de la proximité de la sphère urogénitale, une augmentation de sécrétions vaginales (femme enceinte), des leucorrhées infectieuses ou une incontinence urinaire peuvent donner un prurit anal. La xérose cutanéomuqueuse de la femme ménopausique, liée à une insuffisance hormonale, peut également se manifester sous la forme d'un prurit [11].

## Étiologies médicamenteuses

Les traitements locaux, nombreux et disponibles le plus souvent en vente libre, peuvent induire des lésions cutanéomuqueuses et un prurit anal. La difficulté dans ce cas est de faire la part entre le symptôme principal qui a induit la consommation de ces traitements et les lésions provoquées par ces traitements.

Certains médicaments administrés *per os* (colchicine, quinidine, télaprevir, néomycine, nicorandil) ou en perfusion (gemcitabine) ont été également incriminés dans le développement d'un prurit anal [12, 13].

## Étiologies alimentaires

Certains aliments ont été également mis en cause par le biais d'une modification de la consistance des selles et/ou d'une possible diminution de la

pression anale de base, augmentant ainsi le risque de difficulté à l'essuyage et de suintements. Parmi les aliments incriminés, on cite souvent la tomate, le citron, les raisins, la figue, la prune, les épices, les produits laitiers, la moutarde, le chocolat, les cacahouètes et les noisettes. La bière, le vin, les sodas, le café et le thé peuvent également être mis en cause [14].

## Étiologies systémiques

Les étiologies systémiques doivent être évoquées, notamment en cas de prurit généralisé sans lésions dermatologiques spécifiques. Un lymphome, un diabète sucré (dysfonctionnement sphinctérien et/ou surinfections fréquentes), une hyperbilirubinémie, un syndrome sec de Gougerot-Sjögren, une dysthyroïdie, une insuffisance rénale, une polyglobulie, une hypovitaminose A, B, D, une maladie cœliaque, etc. peuvent donner un prurit anal.

## Prurit anal essentiel

Sa fréquence est estimée à près d'un patient sur deux. En fait, lorsqu'aucune cause n'est identifiée, soit la cause initiale a disparu et le prurit anal est alors auto-entretenu par un cercle vicieux local, soit une origine psychogène peut être évoquée mais avec prudence. En effet, des facteurs comme l'anxiété et le stress peuvent indéniablement être des facteurs déclenchants et l'évolution chronique du prurit anal peut altérer la qualité de vie du patient et aggraver davantage son équilibre psychique, ce qui est souvent responsable d'un cercle vicieux difficile à rompre. En outre, le prurit peut s'inscrire dans le cadre d'un trouble dépressif ou névrotique (sujet hypocondriaque, cancérophobe, hystérique ou obsessionnel avec tendance aux soins locaux excessifs), ce d'autant plus que la région anale n'est pas neutre psychologiquement. Quelques interprétations psychanalytiques, partant du fait que la région anale est érogène, considèrent ainsi que le prurit anal pourrait aboutir à une satisfaction quasi-orgasmique et traduire une composante homosexuelle chez l'homme et une insatisfaction affective sexuelle chez la femme. Pour autant, il ne faut pas « psychiatriser » tous les patients et s'assurer auparavant de l'absence de cause secondaire. Dans tous les cas, une bonne écoute favorise la relation médecin/malade et améliore la prise en charge thérapeutique [4, 15].



## Démarche diagnostique

étant donné le large éventail étiologique énuméré ci-dessus, l'approche diagnostique doit être pragmatique et précise, tenant compte des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

L'interrogatoire permet de s'informer en premier lieu sur les caractéristiques du prurit lui-même (ancienneté, rythmicité, facteurs déclenchants, extension locale aux organes génitaux et plis inguinaux avoisinants ou à distance dans d'autres parties du corps, etc.), des facteurs favorisants et le contexte (prises médicamenteuses, enfants dans l'entourage, voyages récents, terrain allergique, habitudes de vie, hygiène et profession) et enfin des autres signes fonctionnels éventuellement associés.

L'examen clinique complet, local et général, permet de mettre en évidence des lésions cutanéomuqueuses à distance, une pathologie proctologique, des arguments pour une étiologie infectieuse, tumorale ou systémique, etc. En outre, une clas-

sification de la sévérité des lésions anales induite par les démangeaisons a été développée par le Washington Hospital Center : stade 0 = peau normale, stade 1 = peau érythémateuse, stade 2 = peau lichénifiée et stade 3 = peau lichénifiée avec érosions et ulcérations [1].

Les examens complémentaires ont classiquement peu de place. Ils sont généralement préconisés en deuxième intention en cas d'échec du traitement, plus rarement d'emblée en cas de doute diagnostique. Les prélèvements à visées histologique et/ou infectieuse doivent être orientés par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Un bilan biologique (NFS, plaquettes, CRP, glycémie, bilan hépatique, électrophorèse des protéines, urée, créatinine, bilan thyroïdien, anticorps anti-transglutaminase, vitamine D, IgE, etc.) s'impose en cas de doute sur une cause systémique. Enfin, la coloscopie et les examens fonctionnels proctologiques (manométrie ano-rectale et imagerie dynamique) sont parfois utiles.

## Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique doit être simultanément symptomatique et étiologique.

### Prise en charge symptomatique

La prise en charge symptomatique du prurit anal est essentielle pour rompre le cercle vicieux du prurit et ainsi permettre la cicatrisation de la peau.

### Mesures hygiéno-diététiques

La prise en charge symptomatique repose tout d'abord sur des mesures hygiéno-diététiques (**tableau 1**). Elles visent à obtenir une région anale propre et sèche [5]. Par ailleurs, il n'est pas rare que les patients se soient longtemps automédiqués avant de consulter. La suppression de tous les traitements et des produits de toilette antérieurs est dans ce cas recommandée.

### Traitements médicamenteux symptomatiques

La prise en charge médicale du prurit anal en tant que symptôme a pour but de bloquer le cercle vicieux des démangeaisons [1].

**Tableau n° 1 :**  
**Règles hygiéno-diététiques à respecter en cas de prurit anal indépendamment de l'étiologie [15]**

- Suppression des traitements locaux antérieurs et autres produits de toilette.
- Toilette anale biquotidienne et après chaque défécation à l'eau seule de préférence ou avec des produits non irritants dont le pH est adapté au pH physiologique de la peau (savons surgras type Septiane surgras liquide® ou Atoderm moussant®, pains dermatologiques type Aderma® au lait d'avoine ou pain Nioléol®, ...).
- Bain de siège biquotidien à l'eau tiède sur le bidet pendant 10 à 15 minutes :
  - si nécessaire, les antiseptiques doivent être utilisés dilués dans un bidet ou dans une baignoire en ayant recours au jet d'eau.
  - écarter largement le pli interfessier ; nettoyer les plis péri-anaux ; vérifier l'absence de persistance de matières après la toilette dans les plis et sur les poils.
  - nettoyer à la main, à la compresse ou une lingette humide ou du coton hydrophile, sans utiliser de gant de toilette.
  - sécher soigneusement et doucement avec une serviette en coton (par tamponnement) ou encore au sèche-cheveux pas trop chaud.
- Application si besoin d'un tampon de coton fin directement dans le pli interfessier ou en regard de l'anus au cours de la journée et avant le coucher.
- Douche immédiate après le sport.
- Coupe des ongles.
- Règles diététiques :
  - régulariser le transit intestinal (régime riche en fibres si besoin).
  - assurer une bonne hygiène alimentaire.
  - supprimer alcool, bière, chocolat, épices, thé, laitages, café, tomates, ou toute substance reconnue comme irritante par le patient.
- Contre-indications :
  - utilisation de papier de toilette en général, parfumé, rêche, ou coloré en particulier.
  - grattage et frottement à travers les vêtements.
  - port de vêtements occlusifs et en tissu synthétique (préférer les vêtements amples et en coton blanc).
  - utilisation de pommades ou de corps gras trop occlusifs, sources de macération (préférer les crèmes et les laits dermiques).
  - utilisation de laxatifs à base d'huile de paraffine.
  - application d'anesthésiques topiques (effet de courte durée et risque d'allergie important).
  - automédication (crèmes, pommades, suppositoires, en particulier à visée anti-hémorroïdaire).

## Traitements de première ligne

En phase de prurit débutant et de dermite aiguë, il faut dans un premier temps assécher les lésions suintantes (nitrate d'argent aqueux 0,5 ou 1 %, permanganate de potassium à 1/20 000, éosine aqueuse à 2 %, fluorescéine à 1 %, solution de Milián). On peut également protéger la peau par une pâte à l'eau (Aloplastine<sup>®</sup>) ou poreuse (Eryplast<sup>®</sup>), ou un gel fluide de Calamine<sup>®</sup> ou de Pruriced<sup>®</sup> [15]. Les dermocorticoïdes (**tableau 2**) sont prescrits en cas d'échec du traitement précédent. Les modalités (durée et classe) ne sont pas consensuelles. Leur utilisation ne dépasse généralement pas 4 à 6 semaines. Les dermocorticoïdes faiblement dosés (hydrocortisone) sont préférables en raison de leur moindre risque d'atrophie cutanée et d'infection secondaire. Il faut également privilégier les crèmes car les pommades risquent de majorer encore la macération locale.

À la phase chronique de lichénification, la stratégie thérapeutique n'est pas clairement codifiée non plus. Les dermocorticoïdes de classe 3 ou 4 sont à privilégier en association avec une crème émolliente à activité trophique ou protectrice (Cold cream naturelle Roche Posay<sup>®</sup>, Biafine<sup>®</sup>, Cicalfate<sup>®</sup> crème ou lotion, Cicadidé<sup>®</sup>, Cicaplast<sup>®</sup>, etc...) ou à base de zinc pour limiter les risques de cortico-dépendance. Aucune donnée n'est validée concernant la durée de ce traitement. Le traitement doit être progressivement dégressif avant l'arrêt complet. Par exemple, pour un prurit anal chronique lichénifié secondaire à un eczéma évoluant depuis 4 mois, on peut prescrire du Dermoval<sup>®</sup> tous les soirs au coucher pendant un mois puis un soir sur deux pendant un mois puis un soir sur trois pendant deux mois avant un arrêt définitif, en association avec une crème émolliente.

## Traitements de seconde ligne

Ils sont peu utilisés et leur évaluation scientifique est souvent limitée.

Les antihistaminiques H1 agissent davantage par leur effet sédatif que par leur effet antihistaminique même si les molécules récentes ont un moindre effet sédatif et peuvent être prescrits dans la journée.

La cholestyramine en pommade à 5 % (préparation magistrale) est utilisée avec succès dans certaines lésions anales induites par la diarrhée [16].

Le bleu de méthylène à 0,5 % ou 1 % est indiqué en cas de prurit anal rebelle aux traitements de première ligne. Administré sous anesthésie générale, il est injecté en intradermique ou en sous-cutané, souvent associé à un anesthésique local (type lidocaïne ou marcaïne) et de la cortisone. Il détruirait les terminaisons nerveuses de la peau. Les suites immédiates sont souvent douloureuses et marquées par une hypoesthésie cutanée pendant 2 à 4 semaines mais l'efficacité peut être durable [17]. De l'alcool, des corticoïdes (acétate de méthylprednisolone) ou du phénol à 5 % dilué dans de l'huile d'amande douce peuvent également être injectés de la même façon que le bleu de méthylène en cas de prurit anal rebelle.

La capsaïcine est un composé chimique de la famille des alcaloïdes [composé actif du piment (capsicum)]. Elle agirait par voie topique en bloquant la libération d'histamine [18]. La capsaïcine n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans cette indication. Le Zostrix<sup>®</sup> 0,025 % crème ou HP 0,075 %, seulement disponibles dans les pharmacies d'établissement de santé, ne peuvent être utilisés qu'avec une autorisation temporaire d'utilisation nominative.

Le tacrolimus topique à 0,1 % peut avoir un effet positif sur le prurit anal essentiel et le prurit anal associé à une dermatite atopique [19]. Il n'a cependant pas l'AMM en France dans cette indication.

La solution de Berwick (cristal violet 1 %, vert brillant 1 %, 95 % éthanol

50 %, eau distillée jusqu'à 100 %) peut être appliquée en cas de prurit anal induit par les selles [20].

## Prise en charge étiologique (tableau 3)

### Étiologies proctologiques

En cas de pathologie proctologique évidente, un traitement spécifique doit être mis en place (hémorroïdectomie, exérèse de marisque, fissurotomie, fistulotomie, etc.). En prévenant le patient que les cicatrices post opératoires peuvent être aussi source de prurit.

Concernant les patients ayant un prurit anal par suintements fécaux et difficultés à l'essuyage, les mesures hygiéniques (*cf. supra*) sont primordiales. Il est également essentiel d'améliorer la continence anale en régularisant le transit en rééduquant si nécessaire le sphincter. Dans les cas d'insuffisance sphinctérienne sévère, des lavements rétrogrades, voire la neuromodulation sacrée peuvent s'avérer nécessaires. De même, les troubles significatifs de la statique rectale relèvent de la chirurgie.

### Étiologies infectieuses

Les infections sont généralement traitées en premier devant un aspect typique à l'examen clinique ou suite à une analyse microbiologique positive [5].

En l'absence de lésions spécifiques et en raison de sa fréquence, de la facilité et la bonne tolérance du traitement, l'oxyurose, peut être traitée de manière systématique sans nécessité d'avoir une confirmation diagnostique. Le flubendazole est prescrit au patient et à tous les membres de sa famille avec des conseils pour la désinfection du linge et de la literie.

Pour les candidoses anales, le traitement repose sur les antifongiques locaux (éconazole en solution ou kétoconazole). Il faut éviter les savons à pH acide. La crème s'adapte aux formes peu suintantes et les poudres

Tableau n° 2 : Classification des dermocorticoïdes

Classes (activité anti-inflammatoire)	Principales spécialités
▪ 1 (faible)	Hydrocortisone crème Astier <sup>®</sup> , Hydracort <sup>®</sup> , etc.
▪ 2 (modérée)	Tridesonit <sup>®</sup> , Célestoderm relais <sup>®</sup> , Locapred <sup>®</sup> , etc.
▪ 3 (forte)	Betneval <sup>®</sup> , Diprosone <sup>®</sup> , Locoid <sup>®</sup> , Nérisonne <sup>®</sup> , etc.
▪ 4 (très forte)	Dermoval <sup>®</sup> , Diprolène <sup>®</sup> , etc.

Tableau n° 3 : Récapitulatif des principales étiologies et thérapeutiques du prurit anal

Principales étiologies du prurit anal	Traitements étiologiques en dehors du traitement symptomatique
<b>Étiologies proctologiques</b>	
Prolapsus et marisques hémorroïdaire, fissure, fistule, etc. Incontinence anale	Traitement spécifique médical, instrumental ou chirurgical  Régularisation du transit +/- rééducation anopérinéale. En cas d'échec, lavements rétrogrades voire neuromodulation sacrée
<b>Étiologies infectieuses</b>	
Oxyurose	Flubendazole J1 et J15 au patient et aux membres de sa famille avec désinfection du linge et de la literie
Candidose	Antifongiques locaux (éconazole en solution x 2/jour ou kétoconazole en une application/jour, pendant 1 à 3 semaines)
Condylomes	Exérèse et/ou destruction sous anesthésie locale ou générale
<b>Étiologies dermatologiques</b>	
Psoriasis inversé	Dermocorticoïdes de classe 3 ou 4
Eczéma péri-anal	Idem
Lichen plan	Idem
<b>Étiologies tumorales</b>	
Maladie de Paget	Exérèse chirurgicale avec marges saines/recherche d'une néoplasie associée
Maladie de Bowen	Exérèse chirurgicale avec marges saines
<b>Prurit anal essentiel</b>	Prise en charge psychologique, voire même traitement antidépresseur, hypnose, etc.

aux formes humides. Concernant les dermatophyties, le traitement repose sur un antifongique local (terbinafine une application par jour pendant 1 à 2 semaines) et souvent un traitement par voie générale (terbinafine, fluconazole, itraconazole) pendant 2 à 4 semaines.

Le traitement de l'ano-rectite streptococcique repose sur une antibiothérapie orale (Amoxicilline-acide clavulanique 1 g x 3/jour pendant 15 jours) en sachant que les récurrences sont fréquentes et qu'une nouvelle cure identique peut s'avérer nécessaire. Le traitement de l'érythrasma repose sur les macrolides en topiques (érythromycine crème pendant 14 jours) ou *per os* (érythromycine 250 mg x 4/jour pendant 14 jours, ou clarithromycine monodose), ou l'acide fusidique en topique.

Pour finir, les condylomes et le molluscum contagiosum sont détruits sous anesthésie locale ou générale selon leur nombre et leur localisation.

### Étiologies dermatologiques

La grande majorité des dermatoses spécifiques relèvent d'un traitement par dermocorticoïdes. Pour certains, en l'absence d'une cause infectieuse ou proctologique évidente, cela peut d'ailleurs justifier un traitement probabiliste premier par dermocorticoïdes. Il est cependant conseillé de

faire un prélèvement à visée histologique en cas de doute diagnostique, notamment en cas de suspicion de lichen scléreux (risque de dégénérescence). Enfin, il est souvent utile de s'appuyer sur un dermatologue afin de préciser au mieux les modalités du traitement et du suivi [5].

### Étiologies tumorales

La maladie de Bowen et la maladie de Paget sont rarement identifiées d'emblée et le diagnostic est souvent posé en cas d'échec des dermocorticoïdes sur des prélèvements à visée histologique. Leur prise en charge repose essentiellement sur une exérèse chirurgicale avec des marges saines et un suivi prolongé en raison du risque de récurrence.

La prise en charge des autres tumeurs anales ou recto-coliques se fait selon les modalités connues.

### Autres étiologies

Le traitement des leucorrhées infectieuses et les topiques (ovules et crèmes) visant à atténuer la xérose cutanéomuqueuse permettent de soulager un prurit anal [11].

L'éviction d'un médicament, d'un aliment ou d'une boisson dont l'imputabilité paraît probable et le traitement spécifique d'une maladie systémique sont nécessaires pour traiter le prurit associé [1].

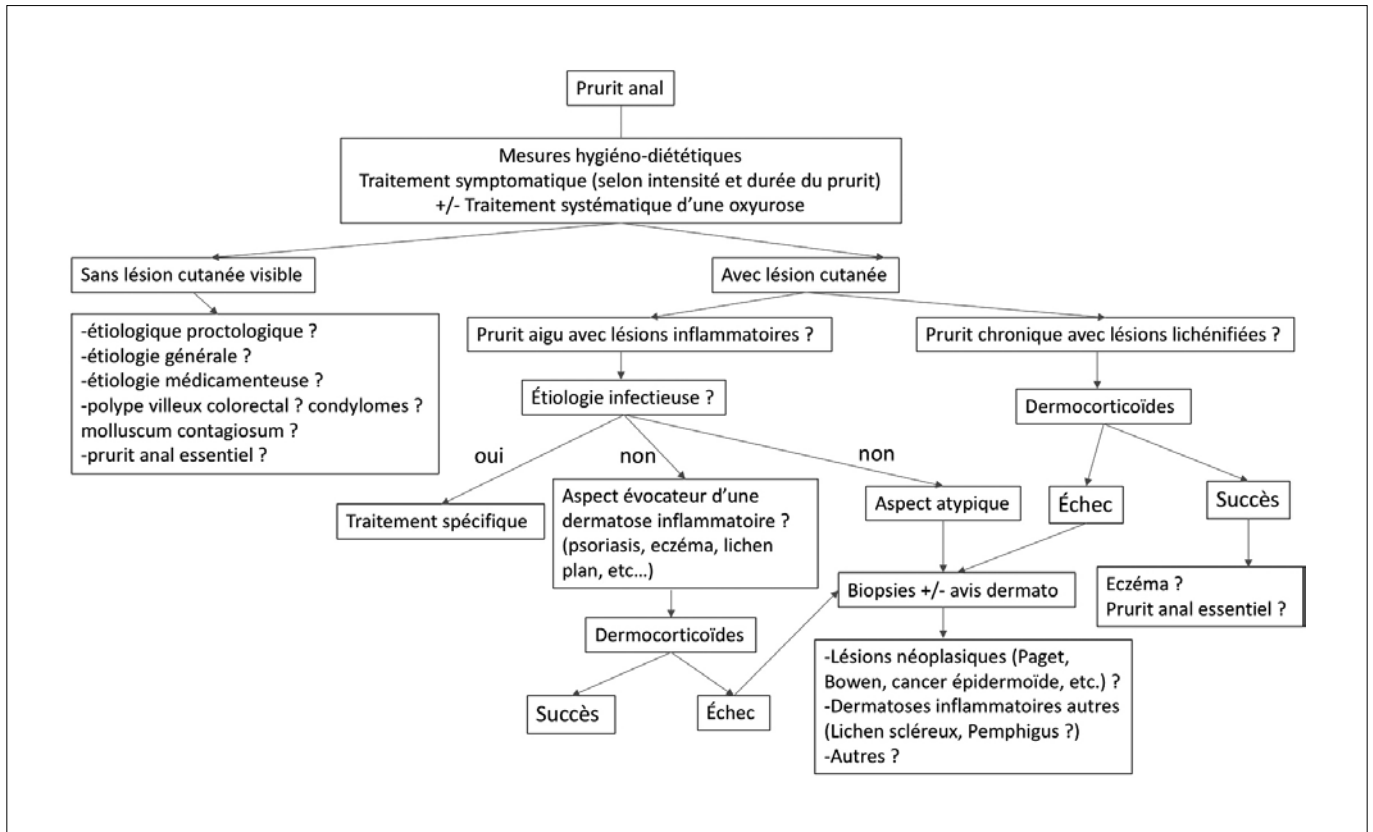
### Prurit anal essentiel

Concernant le prurit anal essentiel, en dehors des mesures hygiéno-diététiques et de la prise en charge symptomatique du prurit anal, une psychothérapie peut être nécessaire et un traitement par antidépresseur à forte action antihistaminique, ayant l'avantage d'être sédatif (amitriptyline, doxépine, miansérine, etc.), est parfois instauré. L'hypnose pourrait également avoir une place dans ce cas particulier [4].

### Conclusion

Le prurit anal est une affection fréquente. Sa prise en charge est complexe du fait d'un éventail étiologique large (Figure 11). L'interrogatoire et l'examen clinique permettent le plus souvent de retenir un cadre étiologique. La prise en charge symptomatique du prurit anal est essentielle chez des patients souvent invalidés avec une qualité de vie altérée. Elle repose sur des mesures d'hygiène, mais surtout sur les dermocorticoïdes. Cependant, il convient d'éliminer au préalable les causes infectieuses curables. Un prélèvement à visée histologique doit être pratiqué en cas de doute diagnostique, en cas d'échec des traitements symptomatiques de

Figure 11 : Proposition d'algorithme de prise en charge du prurit anal



première ligne ou en cas d'évolution récidivante afin notamment de ne pas méconnaître une affection tumorale ou dermatologique nécessitant une prise en charge spécifique. Concernant le prurit anal essentiel, la prise en charge symptomatique est indispensable, mais parfois insuffisante et une psychothérapie, voire même un traitement antidépresseur peuvent s'avérer nécessaires.

## Bibliographie

1. Markell KW, Billingham RP. Pruritus ani : etiology and management. *Surg Clin North Am* 2010 ; 90 : 125-35.
2. Stermer E, Shukhotonic I, Shaoui R. Pruritus ani : an approach to a itching condition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009 ; 48 : 513-6.
3. Ansari P. Pruritus Ani. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016 ; 29 : 38-42.
4. Swamiappan M. Anogenital Pruritus - An Overview. *J Clin Diagn Res* 2016 ; 10 : WE01-3.
5. Ortega AE, Delgadillo X. Idiopathic Pruritus Ani and Acute Perianal Dermatitis. *Clin Colon Rectal Surg* 2019 ; 32 : 327-32.
6. Daniel G.L, Longo W.E, Vernava A.M III. Pruritus ani : causes and concerns. *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 : 670-4.
7. Nasserri YY, Osborne MC. Pruritus ani : diagnosis and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2013 ; 42 : 801-13.
8. Zuccati G, Lotti T, Mastrolorenzo A, Rapaccini A, Tiradritti L. Pruritus ani. *Dermatol Ther* 2005 ; 18 : 355-62.
9. Krânke B, Trummer M, Brabek E, Komericki P, Turek T-D, Aberer W. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis : results of a prospective study in 126 patients. *Wien Klin Wochenschr* 2006 ; 118 : 90-4.
10. Fathallah N, Fite C, Duchatelle V, Aubert M, de Parades V. Une lésion anale persistante. *Rev Prat* 2018 ; 68 : 531-5.
11. Sener AB, Kuscu E, Seckin NC, Gokmen O, Taner D, et al ; Postmenopausal vulvar pruritus-colposcopic diagnosis and treatment. *J Pak ed Assoc* 1995 ; 45 : 315-7.
12. Awwad A, Renard P, Pouzoulet J, Sigal M-L, Mahé E. Anite érosive sous téléprévir. *Ann Dermatol Venereol* 2012 ; 139 : 391-4.
13. Hejna M, Valenckak J, Raderer M. Anal pruritus after cancer chemotherapy with gemcitabine. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 656-7.
14. Siddiqi S, Vijay V, Ward M, Mahendran R, Warren S. Pruritus ani. *Ann R Coll Surg Engl* 2008 ; 90 : 457-63.
15. Sultan S, Bauer P, Lons-Danic D, Fathallah N, Zeitoun JD, et al ; Prurit anal : ce qu'il faut faire et ne pas faire... *Post'U JFHOD Paris* 2014.
16. Berger S, Rufener J, Klimek P, Zachariou Z, Boillat C. Effect of poteto-derived protéase inhibitors on perianal dermatitis after colon resection for long-segment Hirschsprung's disease. *World J Pediatr* 2012 ; 8 : 173-6.
17. Kim JH, Kim DH, Lee YP. Long-term follow-up of intradermal injection of methylene blue for intractable, idiopathic pruritus ani. *Tech Coloproctol* 2019 ; 23 : 143-9.
18. Sekine R, Satoh T, Takaoka A, Saeki K, Yokozeki H. Anti pruritic effects of topical crotamiton, capsaicin, and a corticosteroid on pruritogen-induced scratching behavior. *Exp Dermatol* 2012 ; 21 : 201-4.
19. Ucak H, Demir B, Cicek D, Derlioglu SB, Akkurt ZM, et al ; Efficacy of topical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis. *J Dermatolog Treat* 2013 ; 24 : 454-7.
20. McCarter MD, Quan SH, Busam K, Paty PP, Wong D, et al ; Long-term outcome of perianal Paget's disease. *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46 : 612-6.



# 5

## Les cinq points forts

- Le prurit anal est un motif de consultation fréquent en gastroentérologie, mais également en médecine générale, en dermatologie ou en gynécologie. Il altère de manière significative la qualité de vie des patients.
- Quelle que soit l'étiologie, une prise en charge symptomatique est essentielle et repose sur des mesures hygiéno-diététiques visant à avoir une marge anale propre et sèche, parfois associées à des dermocorticoïdes en deuxième intention.
- L'interrogatoire et un examen minutieux non seulement de la région anale et péri-anale mais aussi cutané général est nécessaire.
- Même si le prurit anal essentiel est la cause la plus fréquente, il s'agit d'un diagnostic d'élimination et il faut s'assurer au préalable de l'absence de cause proctologique (prolapsus hémorroïdaire de grade 4, orifice secondaire suintant de fistule, etc.), infectieuse (oxyurose, mycose, etc.) ou dermatologique inflammatoire (psoriasis, eczéma, etc.), voire d'autres causes plus rares (maladie de Paget, maladie de Bowen, lichen plan, lichen scléreux, etc.) qui nécessitent une prise en charge spécifique.
- Bien que son origine psychogène ne soit pas constante, une prise en charge psychologique, ou des antidépresseurs peuvent s'avérer nécessaires en cas de prurit anal essentiel invalidant.