

Dermatologie proctologique non néoplasique : quelles recettes en pratique ?

 **Johan CHANAL¹, Jean-Michel DIDELOT²**

 ¹ CeGIDD-Centre de Santé Sexuelle - Hôpital Hôtel-Dieu - Parvis Notre Dame - 75004 PARIS

² 1019 Av. Professeur Louis Ravaz - 34000 MONTPELLIER

 ¹ johan.chanal@aphp.fr

² dr-jm.didelot@orange.fr

Savoir reconnaître les principales maladies dermatologiques péri-anales

Toutes les dermatoses peuvent atteindre l'anus à une fréquence plus ou moins importante et, du fait de l'anatomie anale, peuvent être trompeuses dans leur présentation. Néanmoins, et comme toujours en dermatologie, l'analyse sémiologique de la lésion élémentaire doit permettre de proposer un diagnostic, ou du moins de faire rentrer la pathologie du malade dans un cadre nosologique donné. Nous verrons ici les maladies avec une atteinte de l'anus les plus fréquentes et celles dont l'atteinte est typique.

Eczéma de contact/ dermite de contact

Les dermatoses de contact sont l'une des étiologies de prurit de cause dermatologique les plus fréquentes. Plusieurs études ont montré que l'allergène de contact principal était la méthylisothiazolinone (MIT) et ses dérivés, utilisés comme conservateurs dans de très nombreux produits (lingettes, topiques...) en remplacement des parabènes accusés d'être des perturbateurs endocriniens. Face à une véritable épidémie d'eczéma de contact, l'Union européenne a interdit la présence de MIT dans les produits non rincés (mais les patients peuvent toujours s'en procurer par internet) (1). En cas de suspicion d'eczéma de contact de la marge anale, il est toujours intéressant de proposer une consultation d'allergologie afin de réaliser des patch tests, qui chercheront à identifier le

produit en cause. On notera d'un point de vue proctologique que les crèmes anti-hémorroïdaires seraient responsables d'environ 7 % des eczémas de contact (2). Une éviction de l'allergène associée à des applications de dermocorticoïdes (bétaméthasone), souvent en cure assez courte (une fois par jour pendant environ 10 jours et sans nécessité de réaliser de dégression dans les applications si l'éviction est bien réalisée) permettront de résoudre le problème.

Il convient de différencier cliniquement l'eczéma de contact de la dermite de contact, cette dernière étant secondaire à l'application d'un produit ou d'une substance irritante. Dans tous les cas (eczéma ou irritation), un prurit chronique peut aboutir à une lichénification (un épaississement associé à des stries de la peau de la marge anale).

Ainsi, le prurit et les lésions retrouvées au niveau de la marge anale par *soiling* (fuite de selles) ne sont pas des lésions d'eczéma mais des lésions irritatives. Néanmoins, l'utilisation de dermocorticoïdes en cas de prurit intense et de lichénification permet souvent d'améliorer les symptômes mais toujours de manière transitoire. En cas de *soiling*, une régulation du transit, un nettoyage à l'eau et des applications de pâte à l'eau isolante (type Eryplast®) associés à de très courtes cures de dermocorticoïdes peuvent améliorer la symptomatologie mais la prise en charge est particulièrement compliquée. On proscriit l'utilisation de lingettes mais également de produits contenant des parfums (type Hydralin Apaisa®) qui peuvent secondairement aboutir à une sensibilisation de l'un de leurs composants puis à une eczématisation surajoutée.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Savoir reconnaître les principales maladies dermatologiques péri-anales
- Connaître les lésions infectieuses et leurs traitements
- Savoir utiliser la corticothérapie locale sur l'anus (indications et contre indications)

LIEN D'INTÉRÊTS

Aucun

MOTS-CLÉS

Dermatose, psoriasis, dermocorticoïdes

Psoriasis de l'anus

Le psoriasis est une maladie fréquente dans la population générale (plus de 3 % de la population). L'atteinte génito-anale concerne environ 15 % des malades. Alors que sur la peau le psoriasis vulgaire est constitué de grandes plaques érythémateuses bien limitées recouvertes de squames épaisses, lorsqu'il atteint les plis, dont l'anus, le psoriasis prend un aspect dit "inversé". Il s'agit de lésions toujours bien limitées (nous pouvons en faire le tour avec un crayon sans lever la mine), érythémateuses, avec un caractère vernissé et presque luisant (notamment au niveau de l'anus). Les squames sont absentes. L'examen de tout le tégument à la recherche d'un psoriasis plus typique au niveau d'un site dit bastion (ombilic, oreilles, cuir chevelu) et l'examen des ongles (dépressions en dé à coudre, tâches saumonées, onycholyse distale) permettent de conforter le diagnostic. La biopsie cutanée n'est absolument pas obligatoire, le diagnostic étant clinique. Elle a un intérêt seulement en cas de doute. Certaines études ayant montré une relation entre psoriasis de l'anus et atteinte articulaire, un interrogatoire orienté devra être réalisé (3). Par ailleurs, les atteintes ano-génitales ayant un fort impact sur la qualité de vie, il est habituel de réaliser un score de qualité de vie qui, s'il est dégradé, peut conditionner une thérapeutique plus agressive. Le traitement de première intention est la corticothérapie locale. En cas d'atteinte plus profuse ou résistante à la corticothérapie locale avec dégradation importante de la qualité de vie, des traitements systémiques (immunomodulateurs, immunosuppresseurs ou anticorps monoclonaux) peuvent être proposés. L'UVthérapie (qui est un traitement classique du psoriasis vulgaire) ne peut évidemment pas être proposé dans l'atteinte anale, du fait de la difficulté de réalisation mais également du fait du risque plus important de carcinome secondaire à cette thérapeutique sur les atteintes génito-anales.

Lichens

Les lichens constituent un groupe important de maladies très diverses en dermatologie, dont le terme est souvent source de confusion, pour le malade et pour le collègue non dermatologue.

Lichen plan :

Le lichen plan est une maladie inflammatoire ayant un tropisme fréquent

pour les muqueuses. Cliniquement, il s'agit d'une lésion érythémateuse et volontiers violacée, papuleuse (on la palpe avec sensation de ressaut sous le doigt), avec présence de stries blanchâtres (stries de Wickham). L'atteinte anale n'est pas rare mais est rarement isolée et, comme souvent en dermatologie, l'examen de certaines régions comme la face interne des joues, les poignets ou les organes génitaux peut aider au diagnostic (4). Classiquement, une recherche d'infection par les virus des hépatites B ou C était recommandée.

Encore une fois la corticothérapie locale par un corticoïde fort ou très fort est la pierre angulaire du traitement (de type clobétasol ou bétaméthasone une fois par jour pendant 4 à 6 semaines puis deux à trois fois par semaine pendant 3 mois avec par la suite réévaluation). Les atteintes profuses (sur différents sites cutanés ou extensifs) nécessitent une corticothérapie générale (0,5 mg par kilogramme pendant 3 à 6 semaines avec décroissance rapide).

Lichen scléreux :

Le lichen scléreux se caractérise histologiquement par une bande fibro-hyaline dermique associée à un infiltrat inflammatoire le plus souvent refoulé en profondeur. Le pic d'incidence se fait après 50 ans, en période péri-ménopausique chez la femme mais peut également se voir chez la fillette.

L'atteinte anale se fait exclusivement par contiguïté de la vulve vers l'anus avec un aspect en 8 caractéristique. Les atteintes isolées de l'anus sont très rares. Il s'agit d'une maladie à reconnaître car il existe un risque de transformation en carcinome épidermoïde dans 5 à 6 % des cas avec présence de précurseurs à type de néoplasie intra épithéliale bien différenciée et d'hyperplasie verruqueuse.

Cliniquement, la peau vulvaire et péri anale est blanche, porcelainée, avec un aspect atrophique et une modification de l'anatomie (encapuchonnement clitoridien, fusion et disparition des petites lèvres), associé à la présence d'hémorragies sous muqueuses et à des fissures. Le prurit est un des symptômes retrouvés.

Le traitement repose à nouveau sur les corticoïdes très forts donnés en traitement d'attaque pour 6 à 8 semaines. Ces applications peuvent ensuite être espacées (2 à 3 applications par semaine) et poursuivies au long cours (5).

Connaître les lésions infectieuses et leur traitement

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. 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, plus particulièrement un diabète de type 2 ou 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 de type éconazole matin et soir pendant 21 jours. Chez les patients très immunodéprimés ou en cas de candidose anale chronique, un prélèvement avec antifongigramme doit être réalisé et un traitement par voie orale est à discuter.

Anite streptococcique

L'anite streptococcique atteint principalement l'enfant mais peut également se voir chez l'adulte. Elle est secondaire à une infection par *Streptococcus* beta-hémolytique du groupe A mais peut également être secondaire à un streptocoque du groupe B. Cliniquement, les lésions sont érythémateuses, vernissées, avec quelquefois la présence de petits éléments en périphérie. Chez la petite fille et chez la femme adulte, l'infection peut remonter jusqu'au vestibule ; chez l'homme, elle peut remonter le long du raphé médian jusqu'aux bourses. Un prélèvement bactériologique est nécessaire pour le diagnostic car il peut être difficile de différencier l'anite streptococcique de l'anite candidosique. Plusieurs publications ont décrit une association psoriasis en gouttes et anite streptococcique. Le traitement fait appel aux bêta-lactamines type amoxicilline à la dose de 50 mg/kg/jour 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^[6].

Syphilis

La syphilis est une grande simulatrice également dans ces lésions anales et, avec l'augmentation de son incidence depuis maintenant presque 20 ans, est devenue 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*)^[7]. Le diagnostic se fait au stade de chancre par visualisation directe du *Treponema pallidum* au microscope à fond noir (examen qui n'est plus à la nomenclature). Les techniques de PCR sont également très utiles mais ne sont pas disponibles partout (et ne le sont souvent que dans les laboratoires hospitaliers). Au stade secondaire, le diagnostic se fait par la réalisation d'un test tréponémique (TT) TPHA ou TPPA ou le plus souvent maintenant par test ELISA (anticorps anti tréponème) ou qui, en cas de positivité, sera complété par un test non tréponémique (TNT) de type VDRL ou RPR. Le traitement de première intention est l'injection intramusculaire de benzathine benzylpénicilline G (Extencilline®) à la dose de 2,4 MUI. En cas d'allergie ou de contre-indication, la doxycycline à la dose de 200 mg par jour pendant 14 jours est acceptée. La guérison sera surveillée par la diminution du titre du TNT (qui devra être négatif à M6 ou au moins diminué d'un facteur 4) et le patient gardera à vie une cicatrice sérologique sur le TT.

Herpès-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 bruyante avec apparition de multiples vésicules s'érodant rapidement. Le traitement fait appel au valaciclovir 500 mg deux fois par jour pendant 10 jours en cas de primo-infection et pendant 5 jours en cas de récurrence. Il est important de préciser au patient la nécessité de démarrer le traitement au plus tôt (dès l'apparition des premiers symptômes) afin de limiter la durée de la récurrence. Le schéma de traitement à 2 000 mg deux fois par jour pendant une journée seulement (4 comprimés le matin et 4 comprimés le soir) est

autorisé dans les récurrences labiales mais non dans les récurrences ano-génitales.

Une forme trompeuse d'herpès atteint préférentiellement l'anus 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. 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), ou le cidofovir. Plusieurs cas cliniques ont rapporté également une bonne efficacité de l'imiquimod (8).

Molluscum contagiosum

Les molluscum contagiosum (MC) sont des lésions à poxvirus très fréquemment rencontrées en dermatologie. Beaucoup plus fréquents chez l'enfant, ils sont considérés comme une maladie sexuellement transmissible « mineure » imposant de réaliser systématiquement un bilan des maladies sexuellement transmissibles. On peut traiter les MC soit par curetage après application de crème anesthésique locale (lidocaïne 2,5 % + prilocaïne 2,5 %), soit par application d'hydroxyde de potassium (Molusderm®) que le patient pourra appliquer tous les jours, une fois par jour, à domicile (avec de l'aide évidemment) jusqu'à inflammation du molluscum. L'électrocoagulation et les applications d'azote liquide sont souvent déconseillées à cause du risque cicatriciel.

Savoir utiliser la corticothérapie locale sur l'anus

Il existe une classification des dermocorticoïdes : activité très forte, forte, modérée et faible (9). Lorsqu'il s'agit de maladies inflammatoires chroniques, il est usuel d'utiliser des crèmes ou des pommades d'activité très forte. Le but des applications est de diminuer l'inflammation cutanée jusqu'à ce que le patient soit soulagé et n'ait plus envie de se gratter.

Dans le lichen scléreux, les recommandations préconisent d'appliquer un dermocorticoïde très fort (clobetasol) tous les jours pendant 6 à 8 semaines, puis de réaliser un trai-

tement d'entretien au très long cours avec des applications 2 à 3 fois par semaine. Ces modalités permettent de réduire l'évolutivité de la maladie et réduiraient le risque de transformation du lichen scléreux. Sur le même modèle, il ne faut pas craindre d'utiliser les dermocorticoïdes chez les patients présentant un psoriasis ou un lichen plan.

Bien sûr, du fait de l'immunosuppression locale engendrée par les applications, il faut prévenir le ou la patiente du risque de surinfection fongique. Ainsi un patient soulagé initialement par les applications de crème mais dont le prurit reprend de manière brutale doit être revu et prélevé (écouvillon mycologique). Les autres complications infectieuses sont les infections herpétiques, relativement rares, les récides ou l'apparition de condylomes. Il n'est pas nécessaire de demander au patient de réaliser des toilettes aux antiseptiques avant l'application de dermocorticoïdes. Du fait de leur caractère irritant ou asséchant, ces derniers peuvent faire empirer la dermatose.

Les récurrences de condylomes sous dermocorticoïdes peuvent être une véritable « plaie » pour les patients et le praticien, avec des thérapeutiques (imiquimod, 5 FU topique) pouvant décompenser la pathologie inflammatoire sous jacente. Un arrêt des dermocorticoïdes et la mise en place d'un traitement par tacrolimus topique (Protopic® ou Tacrozem®) peut se discuter dans ce cas, même s'il y a peu de données dans la littérature scientifique sur le bénéfice de ce changement (10). Pour certaines pathologies comme le psoriasis ou l'eczéma atopique et en cas d'une qualité de vie très altérée, des traitements par biothérapie pourront également se discuter.

Au long cours, le risque des applications de topiques cortisonés est l'atrophie cutanée, rare s'ils sont utilisés à bon escient tous les jours et encore plus exceptionnelle lorsqu'ils sont utilisés en traitement d'entretien à une fréquence de deux ou trois fois par semaine.

Les dermocorticoïdes sont contre-indiqués en cas d'infection virale (condylomes, molluscum contagiosum, herpès...), bactérienne (abcès de la marge anale évolutif, anite streptococcique, érythrasma) ou fongique (candidose, dermatophytie).

Tableau des dermocorticoïdes

Classe	Activité	Exemple de molécules
I	Très forte	Propionate de clobétasol (Dermoval® Clarelux®)
II	Forte	Bétaméthasone (Diprosone®, Betneval®) Diflucortolone valérate (Nerisone®)
III	Modérée	Désonide (Tridesonit®)
IV	Faible	Hydrocortisone

La présence d'une ulcération constitue également une contre-indication mais qui est théorique si cette dernière est secondaire à la dermatose. Exceptionnellement, un patient peut être allergique au dermocorticoïde ou à l'un des excipients (comme le propylène glycol par exemple). Toute modification d'une dermatose de la marge anale sous dermocorticoïde doit faire craindre soit une surinfection (candidosique par exemple) soit une eczématisation et doit imposer l'arrêt du traitement et des prélèvements microbiologiques ciblés.

Références

1. Warshaw EM, Kimyon RS, Silverberg JI, Belsito DV, DeKoven JG, Maibach HI, et al. Evaluation of Patch Test Findings in Patients With Anogenital Dermatitis. *JAMA Dermatol.* 2020 Jan 1;156(1):85-91.
2. Abu-Asi MJ, White JM. Patch testing in patients with anal itching. *BMJ.* 2016 Nov 28;355:i6269.
3. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009 Feb 15;61(2):233-9.
4. Moyal-Barracco M, Edwards L. Diagnosis and therapy of anogenital lichen planus. *Dermatol Ther.* 2004;17(1):38-46.
5. Kohn JR, Connors TM, Chan W, Liang CS, Dao H Jr, Vyas A. Clinical outcomes and adherence to topical corticosteroid therapy in women with vulvar lichen sclerosus: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Oct;83(4):1104-1109.
6. Souillet AL, Truchot F, Jullien D, Dumas V, Faure M, Floret D, et al. Anite périnéale streptococcique [Perianal streptococcal dermatitis]. *Arch Pediatr.* 2000 Nov;7(11):1194-6.
7. Dauendorffer JN, Janier M, Bagot M, Cavelier-Balloy B. [Syphilitic pseudocondyloma]. *Ann Dermatol Venerol.* 2013 Jun-Jul;140(6-7):492-3.
8. Sbidian E, Battistella M, Legoff J, Lafaurie M, Bézier M, Agbalika F, et al. Recalcitrant pseudotumoral anogenital herpes simplex virus type 2 in HIV-infected patients: evidence for predominant B-lymphoplasmocytic infiltration and immunomodulators as effective therapeutic strategy. *Clin Infect Dis.* 2013 Dec;57(11):1648-55.
9. Item no 174: prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens: traitement dermocorticoïde [Item no 174: prescription and surveillance of steroidal and non-steroidal anti-inflammatory agents: dermal corticoid treatment]. *Ann Dermatol Venerol.* 2005 Oct;132(10 Suppl):7S156-7S159.
10. Schaubert J, Weisenseel P, Ruzicka T. Topical treatment of perianal eczema with tacrolimus 0.1%. *Br J Dermatol.* 2009 Dec;161(6):1384-6.

5

Les cinq points forts

- Une dermatose eczématiforme doit faire éliminer un eczéma de contact.
- Le psoriasis est l'une des principales causes dermatologiques de prurit anal.
- Le lichen scléreux de l'anus isolé est rarissime.
- Hors papillomavirus, l'herpès est la première cause de dermatite infectieuse de l'anus.
- Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés sans crainte ni restriction, lorsqu'ils sont indiqués.