

PRURIT ANAL

Le prurit anal est l'ensemble des sensations cutanées péri-anales qui déclenchent le besoin de grattage. Le prurit anal est fréquent car l'anus est une région propice au prurit. L'innervation est importante et donc l'irritation rapide ; de nombreuses causes sont réunies : physiologie de la région avec un pli qui facilite la macération d'autant qu'il peut exister de nombreuses causes de souillure d'origine anale, urologique ou gynécologique. De la même façon, trop d'hygiène est aussi néfaste qu'une insuffisance de nettoyage. Le prurit est quatre fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, la cause en est inconnue une fois sur deux. On retient deux grands groupes de pathologie à l'origine du prurit anal : des causes proctologiques en rapport avec une maladie de l'anus et des causes dermatologiques en rapport avec des maladies de la peau de la région péri-anales. Toute pathologie qui crée une irritation cutanée, soit par atteinte de la peau elle-même, soit indirectement en provoquant des suintements et des écoulements conduits à l'apparition du prurit. Les suintements peuvent être constitués de pus, de fuites de matières fécales dans le cadre d'une incontinence anale mais aussi de simples sécrétions digestives ou gynécologiques.

Le mécanisme d'apparition du prurit est une sensation d'irritation, de brûlures et de démangeaisons qui va entraîner le grattage. Le grattage est à l'origine de lésions cutanées qui facilitent la surinfection locale, l'hyper-sensibilisation de la peau qui devient encore plus irritée et génère une sensation de démangeaison qui s'auto-entretient. Une fois le cercle vicieux enclenché les démangeaisons peuvent évoluer pour leur propre compte alors même que la cause aura disparue. Ceci explique que l'examen clinique ne retrouve de cause qu'une fois sur deux.

Il faut déjà noter, lorsque l'on est atteint de prurit, la date de début, la localisation, les facteurs déclenchants : horaires, alimentation (épices, alcool), les circonstances d'apparition par rapport à la défécation ou par rapport à la toilette. Il faut également noter les prises médicamenteuses car certaines peuvent être à l'origine de démangeaisons en particulier certains traitements pour l'hypertension artérielle.

Le prurit est peut-être une maladie de la peau, mais également un examen spécifique de la région anale et du canal anal par la réalisation d'un examen anoscopique voire si nécessaire d'une rectoscopie. Le médecin s'intéressera également aux antécédents et au terrain du patient puisque certains facteurs pathologiques comme l'obésité ou le diabète ou certaines habitudes diététiques (l'alcool, les épices) peuvent faciliter l'apparition du prurit. Enfin, on notera l'ensemble des signes fonctionnels associés et en particulier au niveau de la région anale avec l'existence de saignements ou de suintements ou de troubles de la continence qui peuvent expliquer l'apparition des démangeaisons.

Prise de sang pour rechercher une cause générale comme le diabète, un mauvais fonctionnement de la thyroïde ou du rein, une maladie du sang ou une anomalie du métabolisme de l'acide urique dans le cadre de la goutte. Enfin, il pourra être nécessaire de pratiquer des examens complémentaires : prélèvements au niveau de la marge anale pour rechercher une surinfection de la peau par des bactéries ou par des champignons, examen coproparasitologique des selles pour rechercher une parasitose dont la principale est l'oxyurose très fréquente chez l'enfant.

Certains examens endoscopiques du côlon peuvent être proposés à cette occasion pour dépister des maladies sus-jacentes. Enfin, il sera parfois nécessaire de faire un prélèvement de la peau pour analyse au microscope et affirmer une maladie de peau spécifique comme le psoriasis ou le lichen qui sont les deux maladies dermatologiques non infectieuses les plus fréquemment en cause.

À l'issue de la consultation, deux cas de figure sont possibles :

1. Ou la cause du prurit est suspectée voire affirmée cliniquement ou par des examens complémentaires et dans cette situation c'est le traitement de la cause qui va entraîner la disparition du prurit : c'est particulièrement vrai pour les maladies proctologiques comme la fistule anale qui entraîne un écoulement de pus par l'existence d'une infection au niveau de l'anus ou la fissure anale qui entraîne des démangeaisons par l'existence d'une plaie à l'intérieur du canal anal.
2. Soit il n'y a pas de cause évidente ou la cause a disparu et en l'absence de pathologie cutanée ou anale, il sera décidé de donner un traitement symptomatique.

Le traitement :

Il faut tout d'abord insister sur des règles hygiéno-diététiques strictes. Au niveau diététique, il faut éviter toutes les substances irritantes : café, alcool, thé, chocolat, épices. Il faut maintenir une région péri-anale propre et sèche pour éviter le grattage. Il sera conseillé un lavage matin et soir avec un savon doux ou un savon surgras ou un pain sans savon. Il faut sécher minutieusement avec un sèche-cheveux sans frotter pour éviter les démangeaisons. Cette toilette devra également être faite après chaque selle lorsque cela est possible, sinon il faut utiliser les lingettes humides non parfumées et non colorées. De même, il faudra éviter tout contact avec des matières synthétiques : sous-vêtements, protections périodiques ou protèges slips. Il faut que les sous-vêtements soient lâches et en coton.

Au niveau du traitement local : on utilisera des colorants en cas de lésions suintantes, érosives excoriées pour assécher celles-ci avant l'application d'éventuelles crèmes ou pommades. On peut utiliser de l'Eosine à l'eau à 2 % ou le permanganate de potassium. En cas de lésions aiguës, on utilisera volontiers des pâtes à l'eau, pommades sans substance active ou contenant simplement de l'oxyde de zinc pour protéger la peau en particulier s'il existe un facteur de suintement associé non traité, incontinence fécale par exemple. L'utilisation de ces corticoïdes doit toujours être brève, limitée dans le temps et le choix de chacun des corticoïdes utilisables doit être fait en fonction des lésions locales.

Le traitement de la cause sera entrepris et il faudra avec le médecin établir la relation de cause à effet entre une éventuelle pathologie locale et les démangeaisons. En l'absence de cause, ou si la cause a disparu, l'on fera souvent appel mais uniquement sur indication médicale à des traitements par dermo-corticoïdes qui permettent de redonner à la peau une structure normale évitant la récurrence des démangeaisons et supprimant les effets de celle-ci lorsqu'elle a entraîné un épaississement excessif et des anomalies du revêtement cutané.

Enfin, lorsque le prurit est très ancien, irréductible, certains nouveaux traitements sont parfois efficaces, mais là encore doivent être prescrits par des médecins entraînés à cette pathologie péri-anale, on utilise en particulier volontiers des préparations magistrales à base de capsaïcine sous forme de teinture de capsicum associé à de l'anovaseline en application locale une fois par jour.

Quoi qu'il en soit, l'existence d'un prurit anal nécessite une consultation auprès d'un médecin spécialiste, un diagnostic précis d'une éventuelle cause dermatologique ou proctologique, l'établissement de la relation de causalité de cette étiologie et la mise en route de son traitement. En cas d'absence de cause, le traitement symptomatique doit toujours être prescrit en fonction des lésions locales et doit éviter l'auto-médication. Les règles hygiéno-diététiques sont la base de ce traitement.

À ces normes hygiéno-diététiques, il est possible d'ajouter des traitements antihistaminiques per os pour soulager les démangeaisons. Si le prurit est plus intense aux heures de sommeil, les antihistaminiques de première génération seront choisis (de préférence le soir) pour leur pouvoir sédatif (Atarax®). Ceux de deuxième génération (Clarityne®, Zyrtec®) peuvent être prescrits la journée. Donnez un traitement d'épreuve pour les oxyures mébendazole (1 x 100 mg dose unique).

Les zones suintantes seront asséchées : nitrate d'argent à 1% éosine aqueuse à 2% permanganate de potassium en bains de siège au 1/20 000e, gel à la calamine. L'application fréquente et abondante de poudre de talc ordinaire peut combattre la transpiration. S'il n'existe pas de contre-indication, les dermocorticoïdes de classe II, III ou IV (Hydrocortisone 1% pendant 2 semaines, en crème) peuvent être prescrits une fois par jour, mais pendant une durée limitée pour éviter les effets secondaires d'atrophie et l'infection secondaire. La classe II peut être prescrite mais avec prudence. Dans tous les cas, il faut rester attentifs aux surinfections possibles. L'acétate d'hydrocortisone à 1% en émulsion, appliqué parcimonieusement 4 fois/j, est généralement très efficace.

- Doxiproct Plus : 1 g de pommade = 40 mg de dobésilate de calcium, 20 mg de chlorhydrate de lidocaïne, 0,25 mg d'acétate de dexaméthasone.
- Procto-Synalar N : 1 g de pommade = acétonide de fluocinolone 0,1 mg, chlorhydrate de lidocaïne 20,0 mg.
- Haemocortine : 1 g de pommade = Hydrocortisoni acetat 10 mg, Lidocaini hydrochloridum 20 mg, Bismuthi subchloridum 50 mg, Zinci oxidum 75 mg.
- Locoïd lipocrème : 1 g = 1 mg de 17-butyrate d'hydrocortisone.