

ROLE DES FACTEURS ALLERGIQUES DANS LES LÉSIONS CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES DE LA RÉGION ANALE

J. BLAMOUTIER (*), J.-C. MOT et M. KOLLITSCH

RÉSUMÉ

Les auteurs ont étudié, chez 534 malades, porteurs de lésions de la région anale, le rôle d'un éventuel facteur allergique. Ils insistent tout particulièrement, dans ces affections au long cours, sur la nécessité d'éliminer les lésions secondaires à des traitements intempestifs.

Le traitement correct d'une affection proctologique ou dermatologique précise permet généralement une guérison rapide. Un facteur allergique a été retrouvé 61 fois (représentant près de 9 p. cent des 534 malades étudiés). La coproculture et l'enquête allergique ont été étudiées parallèlement et on a noté la convergence de leurs résultats. La fréquence des sensibilisations mycotiques et bactériennes est sensiblement égale. On a été amené, lorsque la coproculture était positive pour un germe ou une levure, à faire, dans un premier temps, une désinfection spécifique.

Sur les 61 malades pour lesquels un facteur allergique était retenu, les résultats thérapeutiques ont été excellents puisque un malade sur cinq a été guéri après désinfection et trois sur cinq après désensibilisation spécifique. Ces chiffres soulignent l'apport de l'allergologie dans le traitement de ces affections chroniques.

MOTS CLES MEDLARS : Maladie de l'anus * étiologie - Hypersensibilité * diagnostic - Bactéries * immunologie - Champignons * immunologie - Maladie chronique - Récidive.

Les lésions récidivantes de la région anale engendrent des manifestations fonctionnelles importantes, qui entraînent vite un retentissement « psycho-neurologique » chez les malades qui en sont atteints. Généralement les malades examinés ont déjà consulté de nombreux spécialistes, ont utilisé de nombreux médicaments, dont certains ont aggravé localement les lésions initiales. Il est capital lorsque l'on reprend l'enquête d'arrêter toute thérapeutique, pour faire la part des lésions entretenues. Il s'agit volontiers de manifestations suintantes, surinfectées par les lésions de grattage, tant est important le *prurit*. L'utilisation

SUMMARY

The role of allergic factors in chronic or recurrent lesions in the anal region. — The authors studied the possible role of an allergenic factor in 534 patients suffering from lesions in the anal region. They emphasize particularly the necessity, in the case of longstanding lesions, of eliminating secondary lesions caused by incorrect treatment.

The correct treatment of a proctological or dermatological lesion generally results in a rapid recovery. An allergic factor was discovered in 61 cases (representing almost 9 per cent of the 534 patients studied). Coproculture and an allergy examination were carried out at the same time and the result agreed. Mycotic and bacterial sensitizations occurred with equal frequency. When coproculture for a microorganism or a yeast was positive, specific action was taken against the infection.

In the 61 patients for whom an allergic factor was found, the therapeutic results were excellent since one out of five was cured after treatment of an infection and three out of five after specific desensitization. These figures underline the value of allergology in the treatment of these chronic affections.

INDEX TERMS : Anus disease * etiology - Hypersensitivity * diagnosis - Bacteria * immunology - Fungi * immunology - Chronic disease - Recurrence.

de pommades cortisoniques peut avoir favorisé les surinfections ; le retour aux solutions désinfectantes alcooliques, colorantes, utilisées couramment en dermatologie, est bien souvent salutaire. L'importance du retentissement thymique est telle que ces malades, souvent plus ou moins considérés comme des névropathes, sont « abreuvés » de médications sédatives.

Comme dans d'autres affections chroniques l'enquête allergologique doit se situer dans un cadre précis, dont la première condition est une exploration complète proctologique ; examen initial qui permet d'éliminer formellement toute cause locale d'entre-

(1) Consultation de médecine générale, Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre Larousse, 75674 PARIS CEDEX 14.

rien. Certes la majorité des lésions chroniques de la région anale relève de lésions ano-rectales, dont le traitement est souvent suffisant pour faire cesser les manifestations fonctionnelles qui s'y rattachent. Dans certaines observations on peut observer l'existence d'un facteur allergique second associé à une authentique atteinte proctologique et l'enquête allergologique peut alors s'avérer secondairement nécessaire. Enfin dans un pourcentage assez faible de cas il s'agit de lésions dépendant exclusivement d'une sensibilisation bactérienne ou mycosique. Cette fréquence a certainement tendance à être sous-estimée. Une étroite collaboration doit donc exister entre le gastro-entérologue et l'allergologue pour résoudre le problème étiologique ainsi posé. L'efficacité des traitements proposés au décours de cette enquête justifie cette patiente recherche, qui doit être menée suivant un esprit systématique.

Nous étudierons successivement : le type des lésions en cause, la façon de mener l'examen clinique d'un malade atteint de lésions de la région anale, les examens complémentaires à demander, l'enquête allergologique proprement dite, et sa confrontation avec les données des examens complémentaires, les résultats statistiques obtenus, enfin le traitement des lésions de la région anale d'origine allergique, et ses résultats.

LÉSIONS EN CAUSE

Il convient en effet de préciser le type des lésions rencontrées.

Quelle que soit l'atteinte locale responsable on retrouve toujours un cortège de troubles fonctionnels importants :

— Le prurit anal et périanal domine largement, tenace, difficile à influencer par les traitements symptomatiques, réveillant parfois le malade, conditionnant des lésions de grattage importantes.

— Les douleurs accompagnées de brûlures sont fréquentes, ainsi qu'une impression de suintement.

A l'examen il s'agit le plus souvent d'une dermite eczématiforme de la marge anale, étendue parfois à la région interfessière ; ailleurs il existe une véritable folliculite, avec parfois des lésions micropustuleuses. Mais on peut aussi être frappé par la relative normalité de la région anale, et noter le caractère dominant des lésions de grattage.

Dans l'immense majorité des cas les malades porteurs de lésions anales ou périanales, comme des procidences hémorroïdaires, des marisques... font partie de la catégorie des malades qui n'ont pas été orientés initialement sur la spécialité proctologique.

La notion d'ancienneté des lésions est toujours facilement acquise, comme celle de nombreux essais thérapeutiques infructueux.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique d'un malade atteint de lésions anales chroniques doit être méthodiquement mené.

L'interrogatoire précisera l'ancienneté des manifestations, les circonstances de survenue. On fera préciser le type des troubles fonctionnels : brûlures déclenchées ou non par les selles, ou succédant aux selles ; douleurs anales, leur rythme ; souvent prurit isolé ou associé aux autres symptômes ; parfois suintements ou saignements.

Mais il convient de rechercher l'existence de troubles digestifs accompagnateurs, essentiellement troubles colitiques, sous forme d'alternance de diarrhée et de constipation, ballonnements abdominaux, et aussi de symptômes dermatologiques évoluant parallèlement ou en alternance, généralement en des localisations tégumentaires remarquablement fixes.

On fera préciser enfin les traitements antérieurement prescrits : notamment les antibiotiques utilisés, la durée et la répétition des cures (on sait combien leur large utilisation entraîne des désordres souvent longtemps persistants de la flore intestinale). On fera la liste des pommades et solutions utilisées en application locale. Il sera également utile de se renseigner sur les habitudes de toilette du malade, l'irritation locale par des savons ou des détergents constituant souvent un terrain favorable au développement d'une dermite ensuite entretenue.

C'est au décours de cet interrogatoire qu'il conviendra d'exiger du malade l'arrêt de tout traitement ou soin local pendant plusieurs semaines.

L'examen sera très soigneux : Il portera d'abord sur la région périnéale. On pourra noter un eczéma plus ou moins suintant, des érosions, des ragades, des fissurations plus ou moins étendues, des lésions ayant gagné les régions fessières, et vulvo-vaginales. Parfois l'examen reste négatif, la marge anale paraît normale. Dans tous les cas, cet examen local doit être complété par un examen proctologique et, d'une façon plus large, gastro-entérologique, ainsi que par un examen dermatologique.

1) *L'examen proctologique* doit être complet : en effet, il n'est pas question d'envisager l'existence de manifestations allergiques avant d'avoir éliminé toutes les causes organiques d'affections périnéales. On fera un examen soigneux de la marge anale, à la recherche d'une petite fissure d'un pli radié (lésion passant facilement inaperçue si l'on ne s'applique pas à bien écarter les plis radiés anaux), une anorecto-sigmoïdoscopie complète à la recherche d'une lésion d'entretien haute, notamment la banale et fréquente anite hémorroïdaire, puis un examen radiologique et coprologique.

On recherchera l'existence d'autres lésions orificielles au niveau de la zone vulvo-génitale, au niveau des conduits auditifs externes, au niveau des gencives. On recherchera même une petite blépharite d'accompagnement, qui peut avoir une communauté d'origine.

2) *L'examen dermatologique* recherchera une affection cutanée associée : acné, eczéma, folliculite, furonculose, en particulier au niveau des aisselles, des pieds, du creux inguinal.

Au terme de cet examen clinique, on aura ainsi une première orientation : ou bien il s'agit d'une lésion localisée exclusivement à la région anale, associée ou non à des manifestations entérologiques, ou bien il s'agit d'une lésion accompagnée d'autres localisations, dont certaines prennent une valeur étiologique.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certains examens complémentaires peuvent s'avérer nécessaires.

En premier lieu, un examen souvent négligé dans la pratique, et pourtant très utile : *l'examen coprologique*. Il renseignera sur l'équilibre entre la flore de fermentation et de putréfaction. L'examen doit être complété par une *coproculture* à la recherche non seulement des germes pathogènes, mais aussi d'un déséquilibre de la flore, à la recherche de levures, en particulier de *Candida albicans*, dont la pullulation peut avoir un caractère pathogène.

L'examen parasitologique des selles émises au laboratoire est très utile, car c'est souvent plusieurs années après une infestation que l'on peut voir apparaître des lésions anales consécutives à une colite parasitaire. On recourra au scotch-test pour mettre en évidence une oxyurose éminemment prurigineuse. On complètera cet examen par une recherche bactériologique et mycologique par prélèvements au niveau de la marge anale. Cet examen doit être confié à un laboratoire très compétent, car dans bon nombre de cas il nous a permis de mettre en évidence une mycose restée ignorée pendant des années et dont le traitement spécifique a permis une guérison rapide, totale et définitive.

Au décours de cette première enquête, il faut dire que, très souvent, la suppression d'un agent irritant, une hygiène correcte lors de la toilette, une éventuelle désinfection antimicrobienne ou antimycosique, la correction de troubles du transit ou d'un déséquilibre de la flore intestinale, aboutissent à une guérison durable.

Il demeure qu'un certain nombre de malades ne bénéficient pas de cette enquête et de ses conséquences thérapeutiques. Ce sont ces malades qui ont consulté d'innombrables spécialistes, et dont les manifestations durent depuis plusieurs années. C'est devant la négativité de ces examens que l'on doit rechercher particulièrement une étiologie allergique. On recherchera, pour étayer cette hypothèse, des antécédents personnels ou familiaux de la série allergique, on les rencontre inconstamment : rhinite spasmodique, asthme bronchique, eczéma, urticaire, migraine... On recher-

chera surtout les symptômes classiques d'accompagnement de la série bactérienne ou mycosique (manifestations pluritissulaires). On note souvent en faveur de l'origine allergique une intolérance à certains traitements antérieurement prescrits, une allure évolutive capricieuse, par poussées.

ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE

L'enquête allergologique trouve sa place naturelle après ces examens préliminaires.

Cette enquête doit être systématique pour tous les allergènes fréquents et dirigée pour ceux que l'on rencontre plus particulièrement en pathologie digestive : essentiellement certaines bactéries et certains champignons. Parmi la gamme des antigènes plus particulièrement utilisés, nous citerons parmi les bactéries : les streptocoques surtout le *Fæcalis*, le colibacille, le *Proteus*, les staphylocoques, le pyocyanique, et tous les grands groupes bactériens couramment utilisés ; pour les levures, *Candida albicans* est une des seules à donner des réponses fréquemment positives. Nous dirons à ce sujet que nous n'avons jamais retrouvé de réaction positive pour *Géotrichum* (dont l'Institut Pasteur nous avait préparé un extrait). Comme pour toute enquête allergologique on recherchera une exacerbation des manifestations au décours des tests intradermiques. Cette réaction syndromique est souvent difficile à mettre en évidence, l'aggravation est beaucoup plus fréquente que l'atténuation.

La confrontation des données de la coproculture apparaît comme particulièrement intéressante, la présence de certaines bactéries pouvant inciter à une exploration spécifique par voie intradermique. Comme nous le verrons, il y a souvent concordance entre les données de la coproculture et celles de l'enquête par voie intradermique. Soulignons dans tous les cas que les réactions pour les bactéries, hôtes normaux du tube digestif, sont beaucoup plus fréquemment et plus fortement positives chez les malades porteurs de lésions anales que dans d'autres catégories de maladies allergiques.

On complètera l'enquête allergique par d'éventuels patch-tests pour certaines pommades ou suppositoires, pour les préparations dermatologiques susceptibles d'avoir donné des réactions locales d'intolérance. L'intérêt d'une telle mise en évidence dépasse les simples conclusions concernant les lésions de la région anale, toute sensibilisation prouvée menant à l'exclusion de la substance incriminée, dont la réintroduction par une autre voie risque de déclencher des accidents graves. Ce sont essentiellement les pommades à base d'antibiotiques qui donnent le plus fréquemment des réactions locales de sensibilisation.

Ainsi pratiquée cette enquête nous a permis de porter un jugement sur la fréquence des lésions d'origine allergique au niveau de la région anale. Nous nous référerons à deux statistiques que nous avons

effectuées en 1969 et 1973 concernant des malades pour lesquels le traitement proctologique et dermatologique était resté inactif.

Dans une première étude effectuée à l'occasion d'une table ronde sur l'allergie bactérienne [1, 2], nous avons étudié 90 malades atteints de lésions prurigineuses de la marge anale. Ces malades examinés suivant les mêmes normes que nous avons énoncées se classaient en trois catégories :

— la première comportant 76 malades qui relevaient de causes proctologiques, et pour lesquels le traitement de la cause avait entraîné la guérison ;

— la seconde comportant 10 prurits anaux où une étiologie mixte, proctologique et allergique, avait été retrouvée ;

— et seulement, 4 malades dans une troisième catégorie, chez lesquels la seule étiologie retrouvée était une sensibilisation bactérienne ou fongique.

Nous avons parallèlement noté que chez ces 14 malades allergiques dominants ou associés les lésions étaient les plus anciennes (faute de solution thérapeutique) ; on notait une évolution s'étalant entre un an et demi et vingt ans, soit une ancienneté moyenne de 7 ans.

Dans l'étiologie allergique de ces 14 prurits, une cause bactérienne avait été retrouvée 11 fois, elle concernait : 10 fois le *Proteus*, 7 fois le colibacille, (toujours associé aux réactions concernant le *Proteus*), une fois le streptocoque D, une fois le staphylocoque. Chez 7 malades existait une sensibilisation à *Candida albicans*, une fois isolée, et 6 fois associée à une sensibilisation bactérienne.

Fait très important à notre sens on avait déjà souligné à l'époque le parallélisme existant entre les résultats de la coproculture et ceux de l'enquête allergique. En effet chez 12 malades, les tests intradermiques étaient positifs pour les germes et les levures découverts à la coproculture. Cet aspect constitue un argument en faveur de la spécificité des sensibilisations bactériennes (sans exclure l'existence de sensibilisation de groupe ou d'antigénicité croisée).

Cette notion nous paraît essentielle, car elle indique d'emblée les deux éléments du traitement d'une affection anale allergique : dans un premier temps, la désinfection, au besoin guidée par un antibiogramme, dans un deuxième temps, si ce premier n'était pas suffisant, la désensibilisation à l'agent allergisant. La succession de ces deux étapes étant impérieuse pour obtenir un résultat de qualité.

Nos premiers résultats étaient encourageants, car sur ces 14 prurits rebelles nous avions obtenu 7 guérisons complètes et 3 résultats partiels.

RÉSULTATS STATISTIQUES

Nous avons, ces dernières années, étendu notre étude à toutes les manifestations fonctionnelles anales, qu'elles soient isolées ou associées à des troubles diges-

tifs ou à des manifestations vulvo-vaginales. Nous avons étudié plus particulièrement le facteur allergique sur un lot de 534 malades vus pendant ces huit années. Il s'agissait de malades porteurs d'eczémas et de prurits de la marge anale. Chez 534 malades on a retrouvé 461 fois des causes proctologiques. Dans 73 observations on a pratiqué une enquête allergologique. Dans 61 observations cette enquête s'est avérée positive (soit 8,7 p. cent des malades étudiés).

— 37 fois il s'est agi de sensibilisations mycosiques, 4 fois pour le trichophyton ou l'épidermophyton, 33 fois pour *Candida albicans* ;

— et dans 34 cas, une sensibilisation bactérienne a été retrouvée.

Les germes les plus sensibilisants ont été le *Proteus*, le colibacille et l'entérocoque. Mais nous avons aussi noté des sensibilisations pour le *Klebsiella pneumoniae*, le staphylocoque, le pyocyanique. Certains malades étaient porteurs d'une sensibilisation mixte pour les germes et les levures. Dans l'immense majorité des cas il y a eu une réaction syndromique d'aggravation ; mais surtout la confrontation des données de la coproculture et des tests intradermiques a été concordante.

Il apparaît donc que l'enquête allergique dans les observations de malades porteurs de lésions anales prurigineuses anciennes, ne relevant pas d'une cause proctologique, est logique et apporte la preuve étiologique sur laquelle un traitement spécifique va pouvoir être basé ; et entraîne ainsi l'amélioration escomptée.

TRAITEMENT DE L'ÉTIOLOGIE ALLERGIQUE

Le traitement de l'étiologie allergique de ces lésions chroniques de la marge anale est venu confirmer la nature des manifestations.

Chaque fois que nous avons noté la présence de germes ou de levures à la coproculture ou sur les prélèvements de la marge anale, un traitement désinfectant aussi spécifique que possible, a toujours été mis en œuvre en premier lieu. Il s'accompagnait, lorsqu'il existait des troubles colitiques, d'un traitement entérologique. Les consignes habituelles d'hygiène de toilette était systématiquement précisées au patient.

Dans le cas d'une allergie bactérienne isolée nous avons souvent tenté initialement un traitement par un vaccin *per os* (ampho-vaccin ou Colopten). Dans le cas d'une allergie mycosique, nous avons longtemps poursuivi la prise d'un antimycosique, malgré la négativation des coprocultures et des prélèvements locaux.

Cette attitude thérapeutique n'a été suivie de succès que chez 12 de nos 61 malades pour lesquels une origine allergique avait été retenue. Une désensibilisation spécifique a été entreprise chez les 49 autres malades.

Les résultats ont été les suivants :

— 5 malades ont été perdus de vue avant qu'un recul suffisant permette de porter un jugement sur l'efficacité du traitement.

— 37 fois on a obtenu une guérison totale et durable des manifestations.

- 21 fois, dans des observations d'allergie mycosique isolée ou dominante.

- 16 fois, dans le cas d'allergie bactérienne dominante.

Il faut noter que sur ces 37 malades, 15 présentaient d'autres affections dont certaines sont de la série allergique : urticaire essentiellement, manifestations eczémateuses, comme des dysidroses, deux fois une aphtose buccale, 4 fois une folliculite ou une furonculose des régions fessières, du dos ou de la face. Chez tous ces malades, la guérison des manifestations anales s'est accompagnée de la guérison des manifestations associées.

La désensibilisation n'a pas toujours été facile et nous nous sommes, surtout en cas de sensibilisation à la candidine, heurtés en cours de traitement à des réactions syndromiques d'aggravation. Elles ont été généralement temporaires et la prise associée d'anti-mycosiques et d'antihistaminiques a permis d'augmenter finalement les doses antigéniques, jusqu'à les rendre efficaces.

Chez les 7 malades restants, nous avons dû inter-

rompre 4 fois la désensibilisation, chaque injection s'accompagnant de réaction syndromique d'aggravation considérable. Le traitement désensibilisant, chez les 3 derniers malades, n'a entraîné aucune amélioration et a été assez rapidement interrompu.

Si l'on considère l'importance des troubles fonctionnels des malades porteurs de lésions prurigineuses chroniques de la région anale, il n'y a pas lieu de regretter d'avoir entrepris un traitement spécifique, basé sur une enquête allergologique un peu complexe ; puisque pratiquement plus de 60 p. cent des malades traités ont guéri.

CONCLUSION

L'allergie bactérienne ou mycosique constitue une cause non négligeable de prurit et de manifestations chroniques de la marge anale. L'enquête qui est entreprise doit l'être dans un ordre chronologique rigoureux, pour éviter de passer à côté d'une lésion organique de la région ano-rectale. La confrontation des données de la coproculture et des tests intradermiques permet de situer les possibilités de l'étiologie allergique des manifestations. La chronicité des lésions, l'échec des traitements symptomatiques, la qualité des résultats obtenus par la désensibilisation spécifique, justifient parfaitement cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRECHOT C., MOT J.-C. — L'examen coprologique dans les prurits anaux, sa valeur dans la recherche d'une allergie bactérienne. *Journées médico-chirurgicales de l'hôpital Saint-Joseph*, p. 79-81. Paris, Expansion Scientifique, 1969.
2. MOT J.-C., PRADEL E. — Prurit anal et allergie bactérienne. *Journées médico-chirurgicales de l'hôpital Saint-Joseph*, p. 83-84. Paris, Expansion Scientifique, 1969.