

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP : Amputation abdomino-périnéale.
AIN3: Anal Intra-epithelia Neoplasia 3
CHU : Centre hospitalier universitaire
HALD: Hôpital Aristide Le Dantec
HOGGY : Hôpital Général de Grand Yoff
HPV : Human Papillomavirus
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
HSV : Herpès Simplex Virus
IHS: Institut d'hygiène social.
IRM: Imagerie par résonance magnétique
IC : Intervalle de Confiance
IEC : Information, Education, Communication
IMC : Indice de masse corporelle
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LGV: Lymphogranulomatose vénérienne
MC: Maladie de Crohn
MSM: Men having Sex with Men
MST: Maladies Sexuellement Transmissibles
NFS: Numération formule sanguine
OR : Odds Ratio
PCR: Polymerase Chain Reaction
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TPHA: Treponema Pallidum Haemagglutinations Assay
VDRL: Veneral Disease Research Laboratory
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie de la région anorectale	5
Figure 2: Position genupectoral	7
Figure 3: Algorithme de l'ulcération génitale et/ou anale au Sénégal.....	22
Figure 4: Algorithme de l'écoulement urétral et/ou anal au Sénégal.....	25
Figure 5 : Répartition des patients selon leur provenance géographique.	44
Figure 6 : Répartition des malades selon les tranches d'âge.....	45
Figure 7 : Répartition des patients selon le statut matrimonial.	45
Figure 8 : Répartition des patients selon le niveau d'étude.	47
Figure 9 : Répartition des patients adultes en fonction de leur IMC.....	48
Figure 10 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.	53
Figure 11 : Répartition des étiologies en fonction du sexe.....	59
Figure 12 : Lymphangiome de la région anale (Dermatologie Le Dantec).....	61
Figure 13 : Condylome anal (Dermatologie IHS).	61
Figure 14 : Vitiligo de la région anale (Dermatologie Le Dantec)	62
Figure 15 : Condylome anovulvaire (Dermatologie IHS)	62
Figure 16 : Lichen plan de la région anale (Dermatologie IHS).....	63
Figure 17 : Lichen plan buccal érosif (Dermatologie IHS).	63
Figure 18 : Prolapsus hémorroïdaire (Gastrologie Le Dantec).	64
Figure 19 : Actinomyose fessière (Dermatologie IHS).	64
Figure 20 : Intertrigo interfessier d'origine candidosique (Dermatologie IHS).65	
Figure 21 : Intertrigo inguinal d'origine candidosique (Dermatologie IHS).....	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification des hémorroïdes internes	9
Tableau II : Classification de Hurley de la maladie de Verneuil	30
Tableau III : Répartition de la fréquence des malades sur les lieux de recrutement.....	43
Tableau IV : Répartition des patients en fonction de leurs emplois.....	46
Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents de pathologie anale.....	49
Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents d'IST.....	49
Tableau VII : Répartition des patients selon le type de rapport sexuel.....	50
Tableau VIII : Répartition des malades selon les motifs de consultation.....	51
Tableau IX : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	52
Tableau X : Répartition des cas en fonction des différentes lésions anales.	53
Tableau XI : Répartition des patients en fonction des localisations extra anales.....	54
Tableau XII : Répartition des tests positifs en fonction des pneumallergènes..	55
Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des résultats histopathologiques.....	56
Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des étiologies de la pathologie anale.....	58
Tableau XV : Répartition des étiologies en fonction de la moyenne d'âge.	60
Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des traitements locaux reçus.....	66
Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des traitements généraux reçus.....	67
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le mode évolutif	68
Tableau XIX : Rapport entre les facteurs de risque et les hémorroïdes	69
Tableau XX : Rapport entre les facteurs de risque et la fissure.....	70
Tableau XXI : Rapport entre les facteurs de risque et la fistule anale.	71
Tableau XXII : Rapport entre les signes fonctionnels et le type de la pathologie de la région anale.....	72
Tableau XXIV : Rapport entre intertrigo mycosique et l'immunodépression ..	72
Tableau XXV : Rapport entre les IST, terrain et pathologie proctologique commune	73

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	1
PREMIERE PARTIE	3
II- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	4
II.1. Canal anal	4
II.2. La marge anale	4
II.3. La région péri-anale	4
III. Examen clinique en consultation proctologique	6
III.1. Interrogatoire	6
III.2. Examen physique	6
IV. Examens complémentaires	7
IV.1. Examens biologiques	8
IV.2. Examen cytologique	8
IV. 3. Examen anatomo-pathologique	8
IV.4. Imagerie	8
V. Etiologies	8
V.1. Affections anorectales et interfessières communes	8
V.1.1. Maladie hémorroïdaire	8
V.1.2. Abscess anorectal	9
V.1.3. Fissure anale	10
V.1.4. Fistule anale	10
V.2. Dermatoses infectieuses	11
V.2.1. Causes bactériennes	11
V.2.1.1. Anite streptococcique	11
V.2.1.2. Érythrasma	11
V.2.1.3. Tuberculose péri-anale	12
V.2.1.4. Actinomyose	12
V.2.2. Causes virales	13
V.2.2.1. Zona	13
V.2.2.2. Molluscum contagiosum	13
V.2.3. Causes parasitaires	14
V.2.3.1. L'oxyurose	14
V.2.3.2. L'amibiase péri-anale	14
V.2.3.3. La bilharziose	15
V.2.4. Causes mycosiques	15
V.2.4.1. candidose cutanéomuqueuse	15

V.2.4.2. La dermatophytose	16
V.2.5. Infections sexuellement transmissibles	17
V.2.5.1. IST avec ulcérations anale	17
V.2.5.1.1. Syphilis.....	17
V.2.5.1.2. Chancre mou	18
V.2.5.1.3. Herpès.....	19
V.2.5.1.4. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de NICOLAS-FAVRE	20
V.2.5.2. IST avec écoulement	23
V.2.5.2.1. Gonococcie.....	23
V.2.5.2.2. Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i>	23
V.2.5.3. IST tumorales	26
V.2.5.3.1. Condylomes.....	26
V.3. Dermatoses non infectieuses	27
V.3.1. Maladies inflammatoires et dermatologiques	27
V.3.1.1. Eczéma anal.....	27
V.3.1.2. Dermite irritative	28
V.3.1.3. Psoriasis inversé	28
V.3.1.4. Dermite séborrhéique	29
V.3.1.5. Lichen plan	29
V.3.1.6. Lichen scléro-atrophique.....	29
V.3.1.7. Maladie de Verneuil	30
V.3.1.8. Acrodermatite entéropathique.....	31
V.3.1.9. Maladie de Crohn	31
V.3.1.10. Autres	32
V.3.2. Causes tumorales.....	33
V.3.2.1. Tumeurs bénignes	33
V.3.2.1.1. Hémangiomes.....	33
V.3.2.1.2. Lymphangiomes	33
V.3.2.2. Tumeurs malignes	33
V.3.2.2.1. Le carcinome épidermoïde.....	33
V.3.2.2.2. La maladie de Paget extra-mammaire.....	34
V.3.2.2.3. Papulose bowénoïde.....	35
V.3.2.2.4. La maladie de Bowen.....	35
V.3.2.2.5. Le carcinome baso-cellulaire	36
V.3.2.2.6. Mélanome anal	37
V.3.2.2.7. Autres tumeurs malignes.....	37

V.4. Prurit psychogène	38
DEUXIEME PARTIE	39
I. Méthodologie	40
I.1. Type d'étude	40
I.2. Cadre d'étude	40
I.3. Population d'étude	41
I.4. Critères d'inclusion	41
I.5. Procédure de l'étude	41
I.6. Collecte des données	41
I.7. Considérations éthiques	42
I.8. Saisies et analyses de données	42
II. RESULTATS	43
II.1. Etude descriptive	43
II-1.1. Aspects épidémiologiques	43
II.1.1.1. Lieu de recrutement et fréquence	43
II.1.1.2. Répartition géographique des patients	44
II.1.1.3. Répartition selon le sexe	44
II.1.1.4. Répartition des patients selon l'âge	44
II.1.1.5. Répartition des patients selon le statut matrimonial	45
II.1.1.6. La répartition selon la profession	46
II.1.1.7. Répartition des patients selon le niveau d'étude	47
II-1.2. Répartition selon les antécédents et mode de vie	47
II.1.2.1. Comorbidités	47
II.1.2.2. Les habitudes et modes de vie	48
II.1.2.3. Antécédents de toute pathologie de la région anale	49
II.1.2.4. Autres antécédents médicaux	49
II.1.2.5. Antécédents de signes d'IST	49
II.1.2.6. Les antécédents chirurgicaux	50
II.1.2.7. Pratiques sexuelles	50
II-1.3. Les aspects cliniques	50
II-1.3.1. Le motif de consultation	50
II-1.3.2. L'itinéraire thérapeutique	51
II-1.3.3. Le délai de consultation	52
II-1.3.4. Les manifestations cliniques	52
II-1.3.4.1. Présence de signes fonctionnels	52
II-1.3.4.2. Signes physiques	53
II-1.3.4.3. Localisations extra anales	54

II-1.4. Les aspects étiologiques.....	54
II-1.4.1. Les examens complémentaires.....	54
II-1.4.2. Les étiologies	57
II.5. Aspects thérapeutiques	66
II.6. Les aspects évolutifs.....	68
II.2. Etude analytique	68
II.2.1. Facteurs de risque de la pathologie proctologique commune	68
II .2.2. Relation entre les signes fonctionnels et le type de pathologie anale ..	71
II.2.3. Rapport entre terrain et intertrigo mycosique	72
II.2.4. Rapport entre les IST, terrain et pathologie proctologique commune ..	72
DISCUSSION	74
I. Apport de ce travail.....	75
I. Les limites	75
III. Discussion de nos résultats	75
III.1. Les aspects épidémiologiques	75
III.2. Les aspects étiologiques.....	76
III.3. Les aspects cliniques	81
III.4. Les aspects évolutifs	83
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	84
REFERENCES.....	84
ANNEXES	

I. INTRODUCTION :

La pathologie proctologique demeure un motif fréquent de consultation tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée [1,2]. De multiples affections dermatologiques peuvent se localiser au niveau de la région anale.

Partagées par diverses spécialités médicales, les maladies de la région anale, souvent inavouées par les patients pour des raisons culturelles, font fréquemment l'objet d'une prise en charge hésitante [1]. Si le malade consultant pour une symptomatologie anale allègue fréquemment une pathologie hémorroïdaire, celle-ci est loin d'être toujours authentique [2].

L'épidémiologie exacte des pathologies anales est difficile à définir en raison de la réticence des patients à évoquer leurs symptômes et à se faire examiner [3].

L'épidémiologie est mieux connue chez certaines populations. En fait, chez les patients infectés par le VIH, une étude française menée à l'hôpital Bichat en 2003 avait retrouvé une prévalence des pathologies anales de 44% dont les condylomes anaux et les pathologies hémorroïdaires étaient les étiologies les plus fréquents [4].

En Afrique noire, notamment au Bénin, en 2014, la prévalence des dermatoses anogénitales était de 2,6% [5].

Au Sénégal, la seule étude effectuée en 2010 portant sur l'analyse de 2061 examens proctologiques, avait montré une forte prédominance des hémorroïdes dans 93,1%, suivis des fissures dans 12,37% des cas [6].

La plupart des pathologies anales sont des maladies bénignes, mais en raison de symptômes non spécifiques, une recherche et une prise en charge adaptée est nécessaire pour ne pas ignorer des pathologies tumorales graves, ou éviter l'évolution de certaines lésions vers la chronicité. Le cancer de l'anus est une tumeur rare, touchant classiquement la femme âgée [7]. Ces dernières décennies, son incidence a augmenté [6,7] et son épidémiologie s'est modifiée avec le changement des pratiques sexuelles, surtout les rapports ano-génitaux et l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les années

1980 [8,9]. A Dakar, en 2010, l'incidence du cancer anal (2,08%) avait connu une progression par rapport aux études antérieures [6, 10].

Les lésions en cause peuvent refléter des pathologies strictement locales ou des maladies systémiques. Leur diversité exprime aussi leur nature, il s'agit essentiellement de :

- Affections anorectales communes ;
- Maladies infectieuses et infections sexuellement transmissibles ;
- Maladies inflammatoires et dermatologiques ;
- Maladies tumorales et lésions préneoplasiques.

Le diagnostic étiologique repose sur une démarche diagnostique cohérente qui permettra un traitement spécifique.

La prise en charge de la pathologie anale est multidisciplinaire, elle nécessite l'intervention de divers spécialistes médicaux tels que les gastro-entérologues, chirurgiens proctologiques, gynécologues, urologues, et les dermatologues [11].

Toute lésion de la région anale persistante nécessite un avis dermatologique en vue de pratiquer une biopsie cutanée. La proctologie est donc une partie intégrante de la dermatologie.

La pathologie de la région anale est peu étudiée en Afrique noire. Au Sénégal, il n'existe aucune étude sur son profil épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique. De ce fait, nous avons envisagé d'effectuer cette étude dont le but est d'améliorer la prise en charge et dont les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la pathologie de la région anale.
- Décrire les aspects cliniques, et les particularités des dermatoses anales dans la région de Dakar.

PREMIERE PARTIE

II- RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

L'anus est une zone charnière dite de transition entre la partie terminale du tube digestif et le revêtement cutané. On distingue deux parties :

- une partie interne, le canal anal faisant suite au rectum.
- une partie externe, la marge anale qui se continue par le revêtement cutané

II.1.Canal anal

Le canal anal est un segment périnéal et terminal du tube digestif [2,13], il est entouré par un manchon musculo-aponévrotique, constitué de haut en bas par l'aponévrose pelvienne, le muscle releveur de l'anus et le sphincter externe.

En bas le canal se termine au niveau de la ligne ano-cutanée par la peau lisse et pigmentée de la marge anale [14].

II.2. La marge anale

La marge anale est la portion qui sépare le canal anal de la peau du périnée.

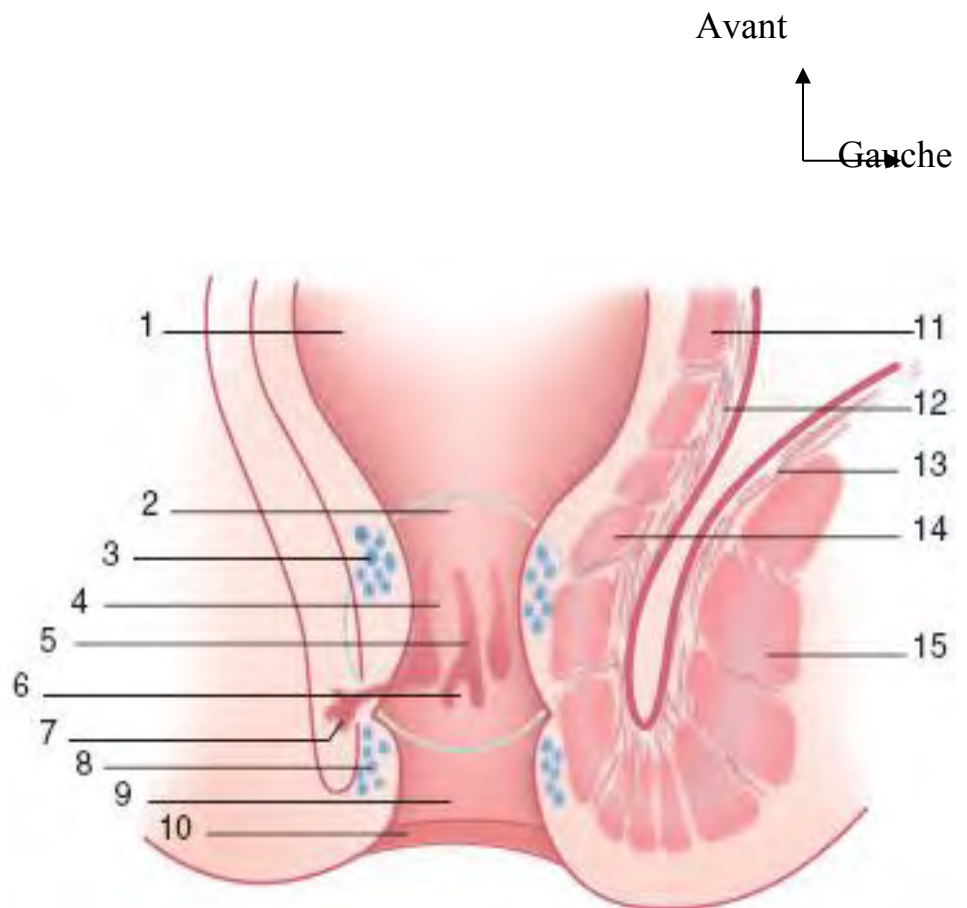
C'est la zone que l'on voit en regardant et dépliant les fesses et qui mesure environ 1 cm. C'est une zone cutanée lisse sans poils ni glandes qui conduit au canal. Cette zone se distingue de la peau environnante par sa finesse, sa pigmentation et ses plis radiés qui s'évasent vers le canal anal [1].

II.3. La région péri-anale

La région péri-anale est une jonction cutanéomuqueuse, a une situation particulière, enfouie au plus profond d'un grand pli. Il y règne un climat quasi tropical : chaud, humide par la transpiration et de plus, mal ventilé. La peau et le tube digestif s'y juxtaposent et s'influencent réciproquement : c'est le lieu de la coopération étroite des médecins spécialisés dans chacun des organes.

Anatomiquement, la peau y est riche en annexes :

- glandes sudorales eccrines, contribuant à l'humidité de surface.
- glandes sudorales apocrines peu fonctionnelles.
- glandes sébacées, libres ou annexées aux unités pilosébacées souvent abondantes (figure 1) [14].



- | | |
|--|--|
| 1. Rectum. | 9. Canal anal. |
| 2. Région pectinée. | 10. Marge anale. |
| 3. Plexus veineux interne (supérieur). | 11. Fibres musculaires transversales. |
| 4. Colonne de Morgagni. | 12. Fibres musculaires longitudinales. |
| 5. Cryptes de Morgagni. | 13. Muscle releveur de l'anus. |
| 6. Papille rectale. | 14. Sphincter interne. |
| 7. Glande périanales. | 15. Sphincter externe. |
| 8. Plexus veineux externe (inférieur). | |

Figure 1 : Anatomie de la région anorectale [1]

III. Examen clinique en consultation proctologique

L'examen clinique en proctologie est souvent très mal vécu par le patient parce qu'il s'agit d'un examen inconfortable, s'attachant à l'exploration d'une zone sensible pour la majorité, tabou pour beaucoup et érogène pour certains. Il est donc indispensable qu'une relation puisse s'établir avant l'examen clinique, avec la nécessité pour le clinicien de mettre en confiance le patient en lui expliquant les manœuvres effectuées et en justifiant son attitude pour effacer les raisons personnelles, sociales et psychologiques qui tentent à s'opposer à cette exploration [2, 14].

III.1. Interrogatoire

L'interrogatoire est particulièrement important en proctologie, il doit être conduit avec beaucoup de tact.

En effet, la plupart des malades viennent consulter pour <hémorroïdes>, diagnostic souvent erroné regroupant pour eux l'ensemble des troubles qui peuvent survenir au niveau de la région anale. C'est au praticien de rechercher la présence ou l'absence des différents symptômes par l'interrogatoire

Les symptômes proctologiques les plus communs sont : prurit, écoulement de matières ou de sang, douleurs spontanées ou à la défécation, impression de corps étranger, tuméfaction permanente ou réductible.

Un seul de ces symptômes oblige le médecin à parfaire l'anamnèse, puis à pratiquer un examen clinique avec toucher rectal, suivi d'une anoscopie [14].

III.2. Examen physique

L'examen doit être minutieux et surtout effectuer avec douceur.

L'inspection et la palpation doivent être réalisées en plaçant le patient en position genupectorale (figure 2). Il faut prendre garde à découvrir soigneusement les plis de la région périanale et demander au malade de réaliser une épreuve de Valsalva. Il est indispensable de disposer d'un éclairage direct par lumière froide et il peut être utile de compléter l'examen en lumière de Wood. Il faut veiller à ne jamais oublier de contrôler les régions inguinales [1].

Effectué prudemment, le toucher rectal permet d'apprécier la tonicité sphinctérienne et de déceler la présence d'une éventuelle masse ou l'existence d'une petite dépression bordée d'une induration traduisant une cryptite, point de départ des abcès et fistules anales [14].

➤ **Inspection à la lumière de Wood**

Cet examen peut objectiver la couleur rouge saumoné caractéristique des infections par *Corynebacterium minutissimum* responsable de l'érythrasma ; la fluorescence jaune orangée spécifique d'une dermatophytose [15].

➤ **Ano-rectoscopie** : permet de visualiser les lésions et de pratiquer des biopsies multiples.

➤ **Tests allergologiques**

Le bilan allergologique est le nécessaire complément de la prise en charge dermatologique de la dermatite atopique et des eczémas de contact. Il comprend les prick-tests aux pneumallergènes et aux trophallergènes ainsi que les patch-tests aux haptènes de contact [16].



Figure 2: Position genupectorale [14]

IV. Examens complémentaires

Les examens complémentaires doivent être demandés au cas par cas.

Ils doivent être réfléchis et ciblés pour être rentables.

IV.1. Examens biologiques

- Les prélèvements bactériologiques et mycologiques : sont en règle nécessaire avant tout traitement en dehors d'une étiologie non infectieuse.
- NFS, Glycémie à jeun, TPHA/VDRL, Sérologie rétrovirale...

IV.2. Examen cytologique

Le cytodiagnostics de Tzank : est utile dans deux situations : les dermatoses bulleuses et les dermatoses vésiculeuses d'origine virale.

IV.3. Examen anatomo-pathologique

La biopsie cutanée : est nécessaire pour porter le diagnostic des affections tumorales et inflammatoires.

IV.4. Imagerie

- Echo-endoscopie anale : réalisable en cas de tumeurs volumineuses du canal anal ; son intérêt est d'évaluer l'extension pariétale et l'atteinte sphinctérienne [18].
- Autres : - IRM
- Echographie inguinale

V. Etiologies

V.1. Affections anorectales et interfessières communes

V.1.1. Maladie hémorroïdaire

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales présentes dans le canal anal dès la naissance. Il faut distinguer :

- hémorroïdes externes, tributaires de l'artère honteuse interne branche de l'artère hémorroïdale inférieure, qui sont sous-cutanées, sous-pectinéales ;
- hémorroïdes internes, situées dans l'espace sous-muqueux au-dessus de la ligne pectinée.

Grâce à une adaptation constante, les plexus hémorroïdaires interne et externe, lacis veineux plus ou moins congestifs, assurent la continence fine que le sphincter anal ne peut assumer seul [14,19].

La conjonction d'une faiblesse individuelle souvent familiale, de processus naturels de vieillissement du tissu conjonctif, enfin, de l'hyperpression du sphincter anal interne qui fait obstacle au drainage des veinules qui le traversent entraîne, chez 70 % des adultes de plus de 30 ans (surtout s'ils sont obèses et/ou sédentaires), le développement de dilatations plus ou moins marquées des plexus hémorroïdaires, dilatations dénommées hémorroïdes [1].

Si l'anomalie touche le réseau veineux supérieur, on parle d'*hémorroïdes internes*. La symptomatologie associe alors hématochézie, douleur, tuméfaction et/ou prolapsus permanent ou réductible.

Si la dilatation veineuse affecte le réseau inférieur, on parle d'*hémorroïdes externes*. Ces dernières sont à l'origine d'une complication fréquente et de développement rapide: la thrombose hémorroïdaire externe.

Les hémorroïdes externes requièrent un traitement local et général. En revanche, les hémorroïdes internes nécessitent le plus souvent un traitement chirurgical [20].

Tableau I : Classification des hémorroïdes internes [20].

Stade	Données de l'examen clinique
I	Hémorroïdes non procidentes
II	Hémorroïdes prolabées à l'effort (exonération), spontanément réductibles
III	Hémorroïdes prolabées à l'effort, nécessitant une réintroduction manuelle
IV	Hémorroïdes prolabées en permanence, non réductibles

V.1.2. Abscesses anorectales

L'abcès de la région anorectale est un objet de consultation fréquent en proctologie ; surtout chez l'homme entre 30 et 50 ans, ayant présenté de petites infections périanales récurrentes [14, 20].

Il est plus fréquent chez les sujets atteints d'affections hématologiques, ou coliques, les diabétiques, les sujets immunodéprimés (VIH en particulier). Douleurs périanales et fièvre sont les deux symptômes initiaux de l'abcès. Très rapidement apparaît une large masse fluctuante [1].

Le traitement associe un drainage et une antibiothérapie systémique.

V.1.3. Fissure anale

La fissure anale est le deuxième motif de consultation proctologique après la maladie hémorroïdaire [19], c'est une ulcération superficielle siégeant au fond d'un des sillons qui forment les plis radiés de l'anus et se caractérisant cliniquement par des douleurs intenses et une contracture du sphincter cela correspond à la forme jeune, aiguë. Par contre il existe une forme plus évoluée où le caractère douloureux et la contracture s'estompent et où l'aspect morphologique se modifie avec apparition possible de capuchon et de papille hypertrophique.

La prévalence de la fissure anale est la même dans les deux sexes, mais est plus élevée chez l'adulte jeune ou d'âge moyen (36-39 ans) que chez l'enfant ou le sujet âgé [22].

Localisée presque exclusivement en position médiane et postérieure

Toute fissure latérale est suspecte. Il peut s'agir [22] :

- d'un cancer du canal anal : lésion rouge et indurée
- d'une maladie infectieuse (chancre syphilitique, tuberculose anale, herpès, donovanose, chancre mou, maladie de Nicolas Favre)
- d'une maladie de Crohn : ulcérations larges souvent accompagnées de suppurations.

V.1.4. Fistule anale

La fistule anale est une affection aiguë ou chronique dont le point de départ est l'infection d'une glande de Hermann- Desfosses qui s'abouche au niveau des cryptes de la lignée pectinée [23], c'est une maladie proctologique fréquente

pouvant représenter jusqu'à 71 % des suppurations de la région [23] ; avec une prédominance masculine.

L'infection part des canaux glandulaires de Hermann-Desfosses et donne un abcès primaire situé dans l'espace inter-sphinctérien. Cet abcès peut alors évoluer soit vers la récession soit vers l'expansion. Cette expansion peut rester localisée dans l'espace inter-sphinctérien ou traverser les muscles striés pour s'ouvrir à la peau.

Une fistule comprend toujours : un orifice interne (ou primaire) qui est cryptique, un trajet qui chemine soit vers la peau, après avoir traversé le sphincter anal, soit vers l'ampoule rectale, dans l'espace inter-sphinctérien, et qui peut s'y aboucher par un orifice secondaire (ou externe en cas d'ouverture à la peau) [23, 24].

V.2. Dermatoses infectieuses

V.2.1. Causes bactériennes

V.2.1.1. Anite streptococcique

L'anite streptococcique est une entité bien définie cliniquement. Cependant mal connue, son diagnostic est souvent porté tardivement, exposant l'enfant aux complications habituelles des infections à streptocoque. Elle touche les enfants de 1 à 8 ans et se traduit par un prurit anal et des douleurs à la défécation. L'examen clinique montre un érythème péri-anal isolé, parfois érosif avec saignement [25].

Le diagnostic repose sur l'identification par écouvillonnage anal d'un streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (prélèvement de gorge positifs dans 50% des cas) [25].

Le traitement repose sur une antibiothérapie par pénicilline V (per os) pendant trois semaines.

V.2.1.2. Érythrasma

L'érythrasma est caractérisé par une vaste macule brunâtre ou jaune chamois, bien délimitée aux bords arrondis avec parfois un renforcement vésiculeux

périphérique, la plupart du temps symétrique, touchant soit les plis inguinaux et les plis interfessiers (les plus fréquents), soit les plis axillaires (plus rarement). L'humidité, le diabète et l'obésité sont parmi les facteurs de risques les plus retrouvés [26].

Le germe responsable est le *Corynebacterium minutissimum*. La fluorescence « rouge saumonée » à l'examen par la lumière de Wood est caractéristique.

V.2.1.3. Tuberculose péri-anale

La tuberculose péri-orificielle, par extension à la peau d'une infection évolutive ou par auto-inoculation d'un foyer pulmonaire, digestif ou urinaire. Elle représente environ 1% des tuberculoses extrapulmonaires souvent de diagnostic difficile [27].

La co-infection par le VIH ne semble pas augmenter l'incidence des localisations péri-anales de la tuberculose [28].

V.2.1.4. Actinomyose

L'actinomyose est une suppuration chronique granulomateuse extensive, rare, due souvent à *Actinomyces israelii*. Elle se manifeste par des placards érythémato-violacés nodulaires parsemés de fistules purulentes, péri-anales et fessières [29].

Il s'agit d'une infection à prédominance masculine avec un sex-ratio de 3/1. Elle peut survenir à tout âge, mais avec un pic de fréquence à 40 ans [30, 31].

Le diagnostic repose sur des prélèvements bactériologiques (pus, biopsies) permettront d'isoler le germe responsable.

Le traitement de l'actinomyose est avant tout médical. Il repose sur une antibiothérapie à base de pénicilline G à 10-20 millions d'unités/j par voie intraveineuse durant 4 à 6 semaines, relayée par 2 à 4 g de pénicilline G par voie orale [31].

V.2.2. Causes virales

V.2.2.1.Zona

Une ganglioradiculite postérieure aiguë et une douleur radiculaire précèdent souvent l'éruption cutanée qui sera unilatérale en bande, s'interrompant au niveau de la ligne médiane. Les plages érythémateuses apparaissent arrondies et se couvrent en quelques heures de vésicules qui, par confluence, peuvent former des décollements bulleux à bordure polycyclique et parfois évoluer vers une nécrose. Dans le zona sacré, on peut observer des troubles neurovégétatifs comme une rétention urinaire et/ou rectale. Le diagnostic doit être rapidement posé. Un traitement sera donc prescrit chez les personnes âgées ou lorsque la douleur du zona est très intense et commencé avant 72 heures ; Aciclovir (800 mg 5 fois par jour pendant 7 jours) – Valaciclovir (500 mg 2 comprimés 3 fois par jour pendant 7 jours) [32].

V.2.2.2. Molluscum contagiosum

Le virus du molluscum contagiosum (MCV), le *Molluscipoxvirus*, est un virus ubiquitaire à ADN, se répliquant et se maintenant dans le cytoplasme des cellules de l'épiderme [33]. Il atteint principalement les enfants en particulier en cas de terrain atopique. Les virus pourront ensuite être amenés à la région périanale de façon manuportée. Chez l'adulte, lorsque les lésions atteignent la région génitale, l'infection peut être considérée comme une maladie sexuellement transmissible (MST). Une transmission non sexuelle est toujours possible.

Il s'agit de petites tumeurs d'environ 5 mm de diamètre présentant une dépression centrale leur conférant un aspect ombiliqué. Elles sont nombreuses, couleur chair ou plus ou moins pigmentées et peuvent être confondues avec des condylomes, notamment dans la région anale où elles peuvent prendre un aspect particulier [32].

La régression spontanée des lésions en quelques mois est fréquente.

Le traitement repose sur l'exérèse à la curette de la lésion, voire la destruction par l'azote liquide (cryothérapie/cryochirurgie) dans les formes sévères [34].

V.2.3. Causes parasitaires

V.2.3.1. L'oxyurose

L'oxyurose est une verminose, due à un parasite intestinal, *Enterobius vermicularis* vivant dans la région caeco-appendiculaire. Très classique chez l'enfant, elle entraîne un prurit discret, parfois plus intense, anal et périanal, et peut être responsable chez la petite fille d'une vulvovaginite [1].

Elle peut aussi atteindre les adultes. Le diagnostic est confirmé par la recherche des oxyures dans les selles ou par Le scotch-test anal qui décèlera les œufs responsables de la contamination par ingestion [1, 2].

Le traitement consiste sur la prise de Mébendazole (dose de 100 mg, deux fois à 15 jours d'intervalle). Les membres de la famille doivent également être traités [1].

V.2.3.2. L'amibiase péri-anale

Le pouvoir cytolytique d'*Entamoeba histolytica* peut s'étendre à la peau. La localisation anale est la moins rare des amibiases cutanées [35]. Elle se manifeste par un ulcère douloureux, suppuré, à bords décollés, d'évolution extensive autour de l'anus, parfois véritablement phagédénique.

Les formes prolongées sont souvent végétantes pseudotumorales.

L'atteinte colique n'est pas toujours symptomatique au moment du diagnostic, mais l'interrogatoire retrouve un épisode diarrhéique ou dysentérique précessif, et souvent un prurit anal inaugural pouvant constituer un facteur déclenchant par auto-inoculation à partir du réservoir fécal [36].

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence de formes hématophages d'amibes histolytiques sur le frottis d'ulcère à l'état frais ou au sein de la biopsie cutanée [35].

Le traitement par les dérivés 5-nitro-imidazolés permet une guérison rapide.

V.2.3.3. La bilharziose

La bilharziose ou schistosomiase est une affection parasitaire caractérisée par la présence dans l'organisme de schistosomes. Elle touche plus souvent l'enfant que l'adulte [14,35].

Elle se manifeste par une éruption localisée de micropapules groupées en bouquet, le plus souvent dans la région péri-ombilicale. Autour de l'anus, ces papules revêtent un aspect exophyllitique trompeur sous la forme de lésions papillomateuses, polypoïdes, ou pseudocondylomateuses planes. Elles correspondent à une réaction granulomateuse développée à la suite de l'embolisation ectopique d'œufs de *Schistosoma* vers le derme.

Ces manifestations sont le plus souvent le fait de *S. haematobium* [35].

Le diagnostic est évoqué après des bains en zone d'endémie, une éosinophilie sanguine et la mise en évidence des œufs de bilharzies entourés d'un granulome inflammatoire et parfois d'une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse [35].

Le traitement repose sur les antibilharziens dont le plus recommandé est le Praziquantel (BILTRICIDE®) à la posologie de : 40 mg / kg en une prise unique.

V.2.4. Causes mycosiques

V.2.4.1. candidose cutanéomuqueuse

Les infections à *Candida* sont communes dans la région interfessière. Les *Candida* (C) non *albicans* comme *C. tropicalis* ou *C. Krusei* sont isolés beaucoup plus rarement que *C. albicans*. [32]. Ces levures, commensales du tube digestif, colonisent fréquemment la bouche et le rectum. En présence de conditions favorables à leur développement, elles prolifèrent et peuvent devenir pathogènes.

La recherche de facteurs favorisants s'impose et ceux-ci devront être contrôlés afin d'obtenir une guérison et d'éviter le passage à la chronicité ou les récurrences. Ces facteurs sont :

- soit physiologique : nouveau-né, grossesse (troisième trimestre), sénescence.

- soit pathologique : diabète, immunodépression
- soit iatrogénique : antibiothérapie orale, corticothérapie, oestroprogestatifs (les pilules contraceptives à taux élevés d'oestrogène), les psychotropes...
- Les facteurs locaux favorisant sont : un excès d'humidité (obésité, lésion suintante), une utilisation abusive d'antiseptiques ou de savon d'hygiène intime acide [32].

Il s'agit d'un placard érythémateux, rouge sombre, suintant, à bords nets et festonnés, souligné d'une collerette blanchâtre. Le creux du sillon est le siège d'une fissure et est revêtu d'un enduit blanchâtre fétide [14,32].

L'atteinte, soit locale, soit étendue, se présente comme un intertrigo ano-génito-crural.

Il faut toujours rechercher une autre localisation candidosique notamment les autres plis ou une vulvovaginite [37].

En présence d'un intertrigo un diagnostic hâtif de mycose est souvent posé, cette étiologie étant la plus fréquente et la mieux connue des différents spécialistes. Cependant un risque de masquer une dermatose préexistante existe d'où l'intérêt d'un prélèvement mycologique [38].

Le traitement, outre la suppression des facteurs favorisants, repose essentiellement sur les antifongiques locaux: Clotrimazole ; Miconazole, la ciclopiroxolamine. Un traitement orale n'est indiqué qu'en cas de récurrence ou de foyer digestif associé Fluconazole 150 mg per os en dose unique ou kétoconazole 200mg/jour.

V.2.4.2. La dermatophytose

Cette mycose à localisation périanale exclusive est rare à l'opposé de la localisation inguinale, beaucoup plus fréquente. Sa prédominance masculine est habituelle et est liée à *Epidermophyton floccosum* dans la majorité des cas. Elle peut être due également au *Trichophyton rubrum* et au *Trichophyton interdigitale* [39].

La contamination est interhumaine par contact direct ou indirect (partage de vêtements de sport ou de lingerie) ou par autoinoculation (intertrigo des pieds). Certains facteurs (occlusion, chaleur et humidité) facilitent la survenue des intertrigos. L'atopie, le diabète, une anomalie de la kératinisation, une altération de l'immunité cellulaire et diverses affections (trisomie, affections neurologiques...) sont invoqués comme facteurs responsables d'une prévalence plus forte, de la persistance et de la récurrence des dermatophyties [39].

Elle se manifeste sous forme d'une vaste nappe érythémateuse, squameuse, à développement centrifuge qui est très souvent fortement prurigineuse. Ses limites sont nettes, finement squameuses avec de petites pustules, éventuellement des anneaux satellites plus inflammatoires en regard du centre qui reste de teinte bistre. Ces lésions s'étendent principalement vers les cuisses et le pubis [39].

Le prélèvement révèle à l'examen direct des filaments mycéliens, et aux cultures sur milieu de Sabourand (2 à 4 semaines) des dermatophytes anthropophiles.

Les médicaments les plus utilisés sont les imidazolés, triazolés et allylamine en application locale ; ou par prise orale en cas d'association à une autre localisation dermatophytique [39].

V.2.5. Infections sexuellement transmissibles

V.2.5.1. IST avec ulcérations anale

V.2.5.1.1. Syphilis

L'agent responsable est le *Treponema pallidum*.

Une recrudescence majeure des cas de syphilis précoce est observée chez les homosexuels masculins, en particulier séropositifs pour le VIH [40,41].

Après une incubation d'environ 3 semaines, apparaît au site de transmission le chancre syphilitique [31].

Le chancre anal se présente comme une ulcération superficielle de la marge anale ou du canal anal [31], latéralisée, longitudinale, indurée, non douloureuse, à limite nette, rosée, et à fond propre.

De nombreuses formes atypiques ont été décrites : aspect de fissure anale chronique, ulcérations multiples ou bipolaires, ulcération bourgeonnante pseudo-polypoïde, fissure sus-pectinée (localisation particulière au patient séropositif pour le VIH). Dans tous les cas, il existe une adénopathie inguinale indolore, ferme, sans péri-adénite, qui peut persister plusieurs mois et qui doit orienter le diagnostic [42].

Au cours de la Syphilis secondaire des syphilides peuvent se localiser au niveau de la région anale, souvent multiples, papulo-érosives et très contagieuses car riches en tréponèmes appelées « condylomes lata ». Ces derniers doivent être différenciés du carcinome épidermoïde anal [43].

Le diagnostic direct repose sur l'examen au microscope à fond noir mais cette technique n'est pratiquement plus réalisée [11,32]. Les tests sérologiques confirment le diagnostic dans la syphilis secondaire active. Dans la syphilis primaire trop récente, ils peuvent être encore négatifs, ce qui n'exclut pas le diagnostic.

Le traitement de la syphilis précoce se fait par une injection, d'une dose unique de benzathine-pénicilline G : 2,4 millions UI par voie IM. La surveillance de l'efficacité de ce traitement se fait par le VDRL quantitatif à 3, 6, 12 et 24 mois [44]. En cas d'allergie à la pénicilline, le traitement se fait par la doxycycline 100 mg × 2 fois par jour pendant 14 jours [44].

V.2.5.1.2. Chancre mou

Dû à *Haemophilus ducreyi*, il est endémique dans les régions subtropicales et tropicales, en Orient, en Afrique subsaharienne, en Afrique du Nord et en Amérique du Sud, en particulier dans les populations à faible niveau d'hygiène [32].

En Afrique, il est actuellement plus fréquent que le chancre syphilitique, mais les chancres mixtes ne sont pas rares. De plus, il constitue un facteur de risque supplémentaire de la contamination par le VIH. La localisation anale de l'infection à *Haemophilus ducreyi* est plus fréquente chez la femme que chez l'homme [35].

Le chancre revêt les mêmes caractères que dans sa localisation génitale. Survenant après une incubation courte, inférieure à une semaine, il est classiquement non infiltré, sale, creusant, douloureux, et volontiers multiple en miroir de part et d'autre du sillon interfessier. Il s'accompagne d'une adénopathie inguinale volumineuse, inflammatoire, et parfois fistulisée à la peau en un seul pertuis (bubon chancrelleux) [35].

L'examen direct au microscope n'est pas pathognomonique. Le groupement des bacilles en «bancs de poissons » est plus spécifique mais difficile à repérer au sein d'une abondante flore de surinfection. Le diagnostic repose sur la culture, sur géloses enrichies [34].

Le traitement repose sur la désinfection locale des lésions et une antibiothérapie par voie générale à base de :

- Ceftriaxone : 250 mg en IM, monodose ;
- Ciprofloxacine : 500 mg × 2/j per os pendant 3 jours ;
- Azithromycine: 1g per os, monodose [45].

V.2.5.1.3. Herpès

L'herpès génital est l'une des IST les plus répandues dans le monde. Il représente la première cause d'ulcération ano-génitale [46]. La localisation anale est plus fréquente chez les HSH, les herpès génito-anaux sont dus à HSV-2 mais aussi à HSV-1 (corrélés avec la pratique de l'anilingus) [47].

L'incubation est de 2 à 20 jours (6 jours en moyenne), Les lésions initiales sont des macules érythémateuses qui deviennent vésiculeuses, contenant une sérosité transparente ou jaunâtre, regroupées en bouquet, associant un œdème local. Ces vésicules s'érodent rapidement et laissent place à des ulcérations douloureuses.

La primo-infection anale associe [40, 48]:

- Douleurs ano-rectales vives, augmentées par la défécation ;
- Ulcérations secondaires à une éruption vésiculeuse éphémère, de siège péri-anal et/ou intra-canalalaire, voire intra-rectal. Elles sont souvent multiples, douloureuses, planes, confluentes et polycycliques.

Les infections sont récurrentes. L'immunodépression, surtout liée au VIH, aggrave l'infection herpétique en la rendant plus sévère, expansive, récurrente et résistante au traitement [48].

Le diagnostic est habituellement clinique.

Le cytodiagnostics de Tzanck est une technique ancienne assez rapide, mais peu sensible. La culture virale est la méthode de référence, mais elle impose de bonnes conditions de prélèvement et de transport pour la qualité du résultat.

La détection du génome par PCR est actuellement la meilleure technique, rapide et plus sensible que la culture.

Le traitement repose sur : [48].

- Aciclovir per os : 200 mg x 5/j ou 400 mg x 3/j (en IV: 5 mg/kg toutes les 8 h) pendant 7 à 10 jours.
- Ou Valaciclovir à la dose de 500 mg x 2/j per os pendant 10 jours

Concernant les récurrences fréquentes (au moins six poussées annuelles), un traitement continu par aciclovir 400 mg per os 2 fois par jour ou, valaciclovir 500 mg per os/j pendant 6 à 12 mois peut être proposé [46,48].

V.2.5.1.4. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de NICOLAS-FAVRE

Le germe responsable est le *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2, L3. Elle est cosmopolite, mais prédomine dans les régions tropicales. Elle était devenue exceptionnelle en Europe avant sa réémergence sous formes d'infections ano-rectales chez HSH [49]. Dans un travail britannique ; en 2009 ; sur 6 778 prélèvements rectaux réalisés chez des homosexuels masculins consultants pour un dépistage systématique d'IST, 0,9 % étaient positifs pour la LGV [50].

Le stade initial de l'affection passe souvent inaperçu en raison de la petite taille et de l'indolence du chancre d'inoculation, il survient 3 à 30 jours après le contagement [35,44]. Elle se manifeste par une papule, une pustule ou une érosion indolore.

Une à deux semaines plus tard apparaissent, soit classiquement dans la forme tropicale une adénopathie inguinale inflammatoire évoluant vers la fistulisation (forme bubonique), soit une anorectite aiguë se manifestant par un syndrome rectal avec une diarrhée glairosanglante, des écoulements purulents, un ténesme et parfois une fébricule. La symptomatologie est plus intense que pour les chlamydioses non LGV, la présence d'un écoulement purulent est significativement associée à la LGV (risque relatif à 4) [51].

L'examen peut retrouver des lésions anales faites de pseudocondylomes suintants et d'ulcérations [52]. Au niveau rectal, on constate l'existence d'une rectite ulcérée purulente, souvent à gros plis, d'où peuvent partir des trajets fistuleux suppurants. Les lésions peuvent être limitées à quelques centimètres ou remonter jusqu'à 15-20 cm de la marge anale. Des formes pseudotumorales sont décrites. Des adénopathies uni- ou bilatérales sont présentes de façon inconstante. L'aspect endoscopique peut orienter à tort vers le diagnostic de maladie de Crohn [53].

À un stade plus tardif, En l'absence de traitement, l'infection peut devenir chronique avec apparition d'une sténose rectale et de fistules périnéales constituant le syndrome de Jersild [44,52].

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de *C. trachomatis* par culture cellulaire (Mac Coy ou HeLa) ou par PCR [44].

Le traitement repose sur les Cyclines : doxycycline 200 mg/j pendant 21 j.

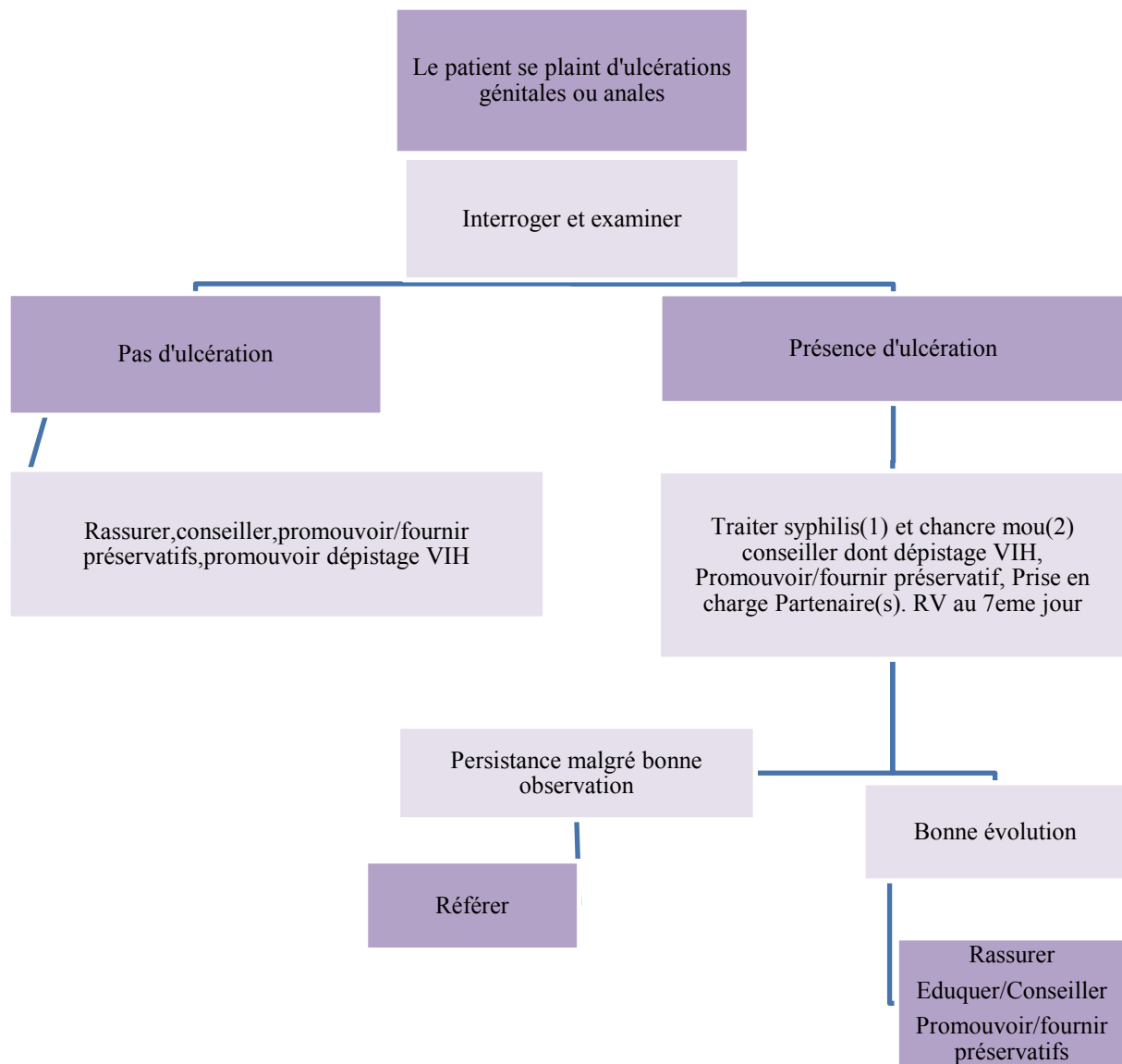


Figure 3: Algorithme de l'ulcération génitale et/ou anale au Sénégal [54].

(1) **Benzathine pénicilline 2,4 M UI** : 1 injection IM en dose unique

Si allergie à la pénicilline : Doxycycline 100mg : 2cp, 2 fois par jour pendant 14 jours

(2) **Ciprofloxacin 250mg** : 2cp, 2 fois par jour pendant 7 jours

V.2.5.2. IST avec écoulement

V.2.5.2.1. Gonococcie

La gonococcie, due à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonocoque), est transmise essentiellement à l'occasion de rapports sexuels, entre une personne infectée, symptomatique ou non, et une autre personne. C'est l'une des IST les plus répandues dans le monde [54] avec 106 millions nouvelles infections par an [11]. Elle est particulièrement fréquente chez l'homosexuel [11,34].

La période d'incubation qui varie de 2 à 7 jours est silencieuse et contagieuse.

L'atteinte ano-rectale est particulièrement fréquente chez les HSH réceptifs, mais elle est asymptomatique dans 2/3 des cas [55]. La forme aiguë apparaît 3 à 7 jours après le contact infectant sous forme d'une rectite et/ou d'une cryptite responsable de douleurs ano-rectales importantes, de faux besoins, de ténésmes, d'émissions purulentes parfois sanglantes, de filaments de pus enrobant les selles, d'un prurit anal [34].

Le diagnostic repose sur un prélèvement ano-rectal avec examen direct et culture qui sera faite sur une gélose au sang cuit (Thayer-Martin, Isovitalex). Du fait de la fréquence croissante des souches de gonocoques multirésistants, un antibiogramme est obligatoire.

La PCR est coûteuse et ne permet pas de pratiquer un antibiogramme. Elle doit être réservée à des cas très particuliers (recherche, études épidémiologiques).

Le traitement repose sur l'antibiothérapie par voie générale : Ceftriaxone : 250 à 500 mg IM en dose unique, certains auteurs recommandent une double thérapie associant en 1 g de ceftriaxone et 1,5 g d'azithromycine [56].

V.2.5.2.2. Infections à *Chlamydia trachomatis*

Parmi les agents pathogènes transmis par voie sexuelle, *Chlamydia trachomatis* est un des plus fréquents. Ils sont dus au *Chlamydia trachomatis*, sérotypes D à K [11].

Semblable à la gonorrhée anale, les infections à chlamydia anale sont presque toujours asymptomatiques. Tous les sérotypes de D à K, peuvent être

responsables de lésions minimales de la muqueuse rectale, la rendant fragile et/ou érythémateuse avec parfois quelques petites ulcérations. Ces lésions ne dépassent pas l'ampoule rectale [34].

Le traitement fait appel à la Doxycycline : 100 mg per os \times 2/jour pendant 7 jours ou à l'Azithromycine : 1 g per os dose unique.

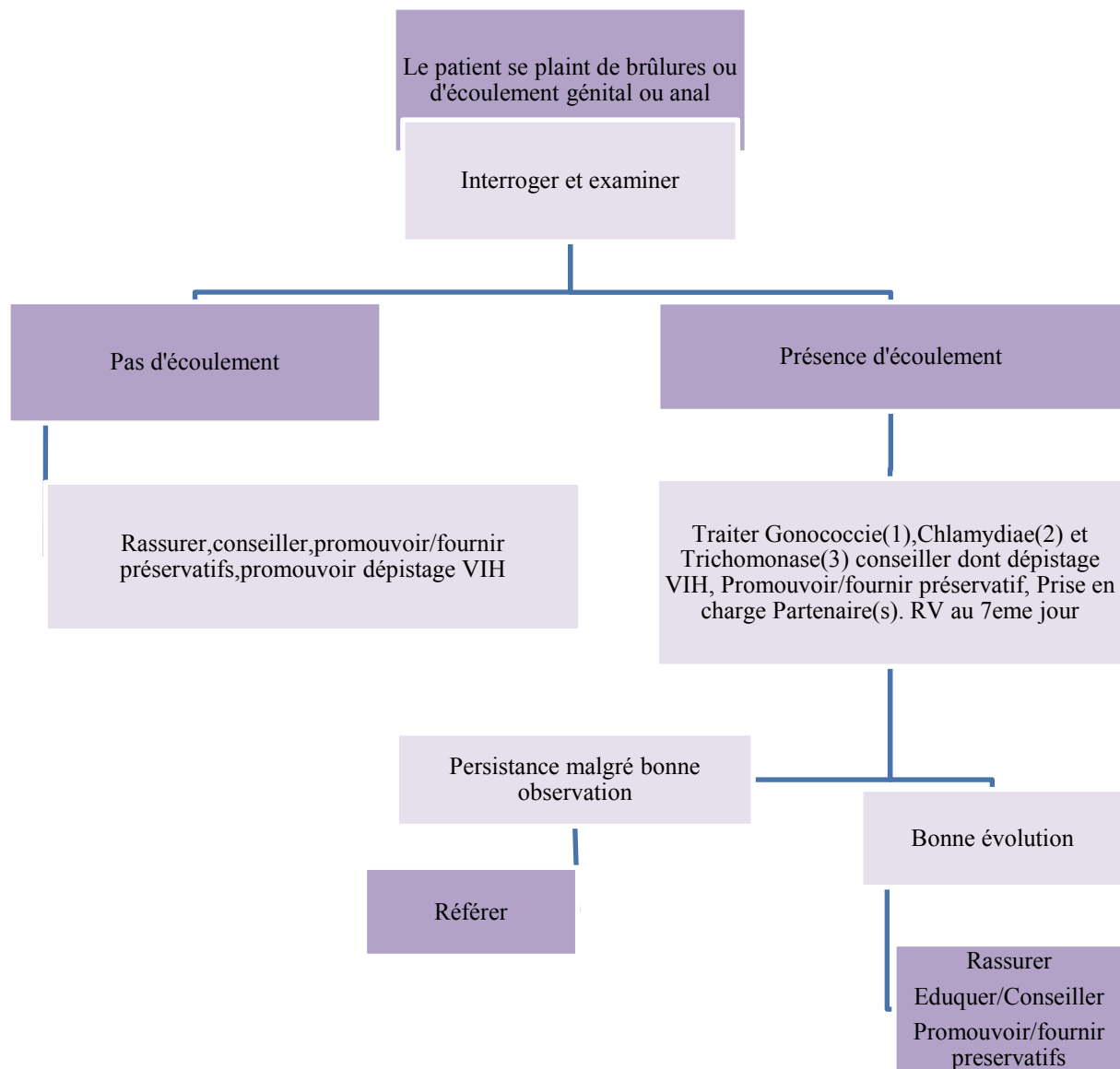


Figure 4: Algorithme de l'écoulement urétral et/ou anal au Sénégal [54]

(1) **Ciprofloxacine 250mg** : 2cp per os en prise unique

Si localisation anale ; 2cp, 2 fois par jour pendant 7jours

(2) **Doxycycline 100mg** : 1cp per os, 2 fois par jour pendant 7 jours

Si localisation anale ; 2cp, 2 fois par jour pendant 7 jours

(3) **Métronidazole 250mg** : 8cp per os en prise unique

V.2.5.3. IST tumorales

V.2.5.3.1. Condylomes

Les condylomes ou végétations vénériennes sont dus à papillomavirus humains (HPV). Il existe actuellement plus de 140 types différents de HPV dont une trentaine à tropisme ano-génital [57]. Dans ce groupe de HPV dits génitaux, nous distinguons d'une part les HPV faiblement oncogènes (HPV 6, 11, 42) responsables des lésions condylomateuses acuminées (exophytiques) et planes (endophytiques), et d'autre part les HPV oncogènes (HPV 16, 18, puis 31, 33, 35, 39, 54, 55, 59) responsables de lésions dysplasiques impliqués dans la genèse du carcinome épidermoïde de l'anus [58].

L'incidence de l'infection à HPV est en effet élevée, estimée à 1 % de la population américaine sexuellement active [59].

L'épidémiologie de l'infection est difficile à contrôler en raison de la fréquence des formes latentes asymptomatiques (100 fois plus fréquentes que les condylomes visibles) et de la durée de l'incubation. Cette dernière est de 1 à 21 mois avec une moyenne de 4 mois [34,60].

Le diagnostic clinique des lésions est habituellement facile. Il s'agit, au début, de petites excroissances blanchâtres, rosées, à surface irrégulière dentelée (crête de coq), filiformes ou pédiculées. Ces lésions peuvent aussi être à type de micro-papules passant aisément inaperçues, ou encore s'étendre en nappe, devenir exubérantes en formant des masses mamelonnées en « choux-fleurs », pédiculées, à surface irrégulière. La peau n'est pas ulcérée, mais la macération, la surinfection provoquent parfois un suintement source de prurit. Toutes ces lésions sont indolores, de consistance molle, à base souple [61].

Les lésions du canal anal doivent être recherchées systématiquement car leur méconnaissance est une cause de récurrence. Les lésions infra-cliniques doivent être recherchées par application d'une solution aqueuse à 5 % d'acide acétique (ou au vinaigre blanc).

Les formes particulièrement extensives (condylome géant ou tumeur de Buschke-Löwenstein), se manifestent sous forme de volumineuses masses papillomateuses pseudotumorales, en règle surinfectées [61]. Elles peuvent entraîner des fistules anales et/ou rectales et/ou génitales et/ou des fosses ischio-anales. La transformation en carcinome épidermoïde invasif est possible. Les virus HPV 6 et 11 ont été retrouvés dans ces tumeurs.

Le traitement des condylomes peut utiliser des méthodes chimiques (application d'imiquimod [37], de podophyllotoxine, de 5 fluoro-uracile...) ou physiques (électrocoagulation au bistouri électrique, vaporisation laser, cryothérapie, exérèse chirurgicale). L'électrocoagulation est la plus utilisée au niveau du canal anal, les méthodes chimiques ne pouvant être employées à ce niveau. Les récurrences sont fréquentes (50 %) et imposent une surveillance régulière afin de les dépister précocement [59].

V.3. Dermatoses non infectieuses

V.3.1. Maladies inflammatoires et dermatologiques

V.3.1.1. Eczéma anal

L'eczéma allergique de contact est fréquent, elle suit une période de sensibilisation silencieuse au cours de laquelle se développe une réaction immunitaire vis-à-vis de produits topiques [62].

Elle forme un placard érythémato-squameux, suintant dans les formes aiguës ou lichénifié sec dans les formes chroniques, à bordure émiettée et mal limitée, débordant habituellement largement le pli interfessier [63].

C'est principalement des produits de toilette ou des topiques qui sont en cause :

- Par leur composant actif : anesthésiques locaux (groupe caïne) ; antibiotiques (Néomycine[®]) ; antimycosiques (Imidazolés) ; anti-inflammatoires (Parfénac)
- Par le véhicule de la préparation comme la lanoline, des conservateurs comme les parabens ; nonoxinol-9 utilisé dans les gélées spermicides et certains lubrifiants de préservatifs, latex [62, 63]

Une enquête allergologique quasi policière et les tests épicutanés, effectués à distance, confirment le diagnostic et guide la conduite à tenir en permettant d'identifier l'allergène.

Le traitement d'un eczéma allergique n'est pas la corticothérapie locale qui ne peut que réduire la symptomatologie : c'est l'éviction définitive de l'allergène.

La dermatite atopique peut toucher la région périanale. L'atteinte caractéristique des pliures et l'interrogatoire en font rapidement le diagnostic [1, 62].

V.3.1.2. Dermite irritative

Elle est déclenchée par l'application inopinée de topiques locaux (antiseptiques externes, cosmétiques, savons insuffisamment rincés) ou par le contact accidentel avec une substance caustique, sans composante immunologique [64].

Une sensation de *brûlure* est fréquente. L'aspect est celui d'un placard, rouge brillant, fripé, avec parfois des vésiculo-bulles voire une ulcération. Les limites sont nettes et les lésions restent strictement localisées à la zone de contact [62].

V.3.1.3. Psoriasis inversé

La lésion élémentaire du psoriasis, à type de plaque érythémato-squameuse, est rarement retrouvée au niveau des plis, compte tenu du frottement et de la macération, qui font disparaître les squames. Son diagnostic peut être difficile en l'absence de lésions évocatrices à distance [65].

A l'interrogatoire, on retrouve une notion d'antécédents personnels ou familiaux du psoriasis et une évolution chronique alternant poussées et rémissions. L'aspect clinique est celui d'une plaque rouge vif, lisse non squameuse et très bien limitée avec une bordure souvent squameuse [66].

La biopsie cutanée révèle une hyperkératose, parakératose, hyperacanthose, papillomatose, exocytose des polynucléaires sans spongiose, constituant des micro-abcès de la couche cornée [66].

V.3.1.4. Dermite séborrhéique

La dermatite séborrhéique est en nette régression depuis une vingtaine d'années, probablement du fait des modifications des soins d'hygiène du nouveau-né. Elle est généralement associée à une atteinte du cuir chevelu, des sillons rétro-auriculaires, parfois de l'ombilic et des creux axillaires [67]. Elle est précoce, débutant dans les trois premiers mois de vie. Le fond du pli est occupé par des plaques bien délimitées, recouvertes de squames grasses.

Le traitement, mal codifié, repose sur les antiseptiques, antifongiques et/ou corticoïdes locaux [67].

V.3.1.5. Lichen plan

La localisation anale de cette maladie est rare, dont 40% des cas elle est associée à une atteinte de la muqueuse buccale [68].

Dans sa forme habituelle, c'est une lésion papuleuse ferme, polygonale, brillante à jour frisant, violacés (phototype clair) ou grisâtre (phototype foncé).

Au niveau périanal la lésion peut être érosive, douloureuse et passer à la chronicité, ce qui peut devenir néoplasique [67].

Dans les plis, les lésions inflammatoires initiales sont probablement très fugaces, laissant place rapidement à un aspect pigmenté. L'association avec l'hépatite C a été rapportée, mais reste rare [69].

V.3.1.6. Lichen scléro-atrophique

Le lichen scléro-atrophique est une maladie fibrosante chronique, qui survient le plus souvent dans la région anogénitale, touche essentiellement la femme ménopausée, l'homme non circoncis et l'enfant vers l'âge de 5ans. L'atteinte anale se voit surtout chez le sexe féminin et correspond à l'extension postérieure de l'atteinte vulvaire pour former une plaque blanc nacré parfois érosive en forme de 8 [2, 11].

L'évolution est dominée par les risques d'atrophie scléreuse définitive et de dégénérescence néoplasique avec un pourcentage de moins de 5% de tous les

cas [11]. L'apparition de zones hyperplasiques ou d'ulcérations rebelles impose la biopsie pour diagnostic précoce d'un carcinome épidermoïde.

V.3.1.7. Maladie de Verneuil

La maladie de Verneuil, également connue sous le nom d'hidradénite suppurée, est une maladie inflammatoire suppurative chronique des régions caractérisées par la présence de glandes sudoripares apocrines à savoir les plis axillaires, inguinaux, interfessiers et sous-mammaires [70].

C'est une affection commune dont la prévalence exacte est mal précisée, elle estimée en France à 1 % de la population âgée de plus de 15 ans. Les femmes seraient plus touchées que les hommes (sex ratio 4:1), cependant la localisation anopérinéale est plus fréquente chez les hommes [70].

Cliniquement, elle se caractérise par des lésions nodulaires, douloureuses et inflammatoires évoluant vers la suppuration et la fistulisation.

La maladie de Verneuil évolue par poussées inflammatoires successives, dans un ou plusieurs sites, avec formation d'abcès pouvant se rompre et constituant des trajets fistuleux laissant sourdre du pus, des sérosités mêlées de sang. Les tractus cicatriciels fibreux « en corde » sont évocateurs du diagnostic, son diagnostic est clinique. Sa forme ano-périnéale représente 20 % des localisations de la maladie avec dans 90 %des cas une atteinte des plis inguinaux, du scrotum ou du pubis [72].

Tableau II : Classification de Hurley de la maladie de Verneuil [70].

Stade I	Un ou plusieurs nodules ou abcès, sans extension sous cutanée, sans fistule et sans cicatrice hypertrophique
Stade II	Abcès récurrents, uniques ou multiples, séparés, avec fistulisation et cicatrisation hypertrophique
Stade III	Localisation diffuse (dans la zone atteinte), avec des trajets fistuleux communicants et abcès

A noter que l'excès de poids, le tabac ou le stress sont des facteurs aggravants de la maladie de Verneuil qui peut se compliquer vers des dermohypodermes, des arthrites et des carcinomes épidermoïdes [73].

Le traitement dépend du grade (classification de Hurley), de la fréquence des exacerbations et de l'objectif du patient. Une exérèse étendue peut permettre une guérison définitive, mais cette intervention ne doit être envisagée qu'en cas de forme avancée (grade III ou grade II sévère) [70].

L'amoxicilline associée à l'acide clavulanique peut être le traitement le plus efficace s'il est instauré très précocement. Pour les patients sévèrement atteints, un traitement de dix semaines par l'association clindamycine-rifampicine (600 mg/jour chacune pour un patient de 60-70kg) est très utile, un traitement d'entretien par une cycline peut être prescrit afin de prévenir de nouveaux accès. La dapsone a été utilisée avec de bons résultats [73].

V.3.1.8. Acrodermatite entéropathique

C'est une maladie congénitale rare à transmission autosomique récessive et caractérisée par un déficit en zinc.

L'aspect des lésions est variable pouvant être sous la forme de plaques eczématiformes, séborrhéiques ou de lésions vésiculo-bulleuses avec de larges plaques érosives. La topographie est principalement péri-orificielle et acrale. D'autres localisations sont possibles: inguinale, coudes, genoux et sur les membres. L'atteinte des muqueuses est fréquente à type de stomatite érosive, perlèche, anite et vulvite. La diarrhée est fréquente [74].

Le diagnostic est fortement évoqué cliniquement. Il est confirmé par un taux bas de zinc plasmatique (Normal : 100-160 µg/100ml).

V.3.1.9. Maladie de Crohn

Les lésions anopérinéales sont les atteintes les plus fréquentes des atteintes cutanées et/ou muqueuses de la MC. Elles sont observées dans près de 36% des cas dans une étude de 569 patients atteints de MC et de façon plus fréquente en cas d'atteinte colique [11, 75]. Ces lésions peuvent précéder les signes digestifs

dans 8 à 30 % des cas [75], parfois de quelques mois, voire de plusieurs années mettant le dermatologue parfois en première ligne pour le diagnostic de la MC. Les aspects cliniques sont très variés : fissures péri-anales plus larges que les fissures banales, lésions végétantes pseudotumorales, ulcérations linéaires et profondes avec des bords nets dites « en coup de couteau », ulcérations creusantes pouvant entraîner une destruction du sphincter anal, abcès se compliquant de fistules anales, périnéales ou recto-vaginales.

L'histopathologie retrouve un granulome épithélioïde caractéristique de l'affection [75].

La coloscopie, examen essentiel, objective une atteinte diffuse de la muqueuse rectale d'aspect hémorragique (la muqueuse « pleure le sang ») saignant au moindre contact [75].

L'évolution de ces lésions est marquée par des successions de poussées et de rémissions, généralement indépendantes de l'activité intestinale de la MC. Du fait de la chronicité de ces lésions, il est important de dépister la survenue de carcinomes épidermoïdes par un examen clinique régulier et la réalisation de biopsies au moindre doute [11, 74, 76].

Les causes de la maladie de Crohn restant inconnues, il n'existe aucun traitement permettant d'en guérir. Le traitement peut inclure la prise de corticoïdes ou immunosuppresseurs, la chirurgie, la supplémentation nutritionnelle ou une combinaison de ces 3 options [77].

V.3.1.10. Autres

- La maladie de Behçet : dans sa forme bipolaire associe une aphtose buccale à des ulcérations génitales et/ou anales et à des manifestations systémiques oculaires, nerveuses, articulaires et vasculaires [1].

- Vitiligo : L'atteinte du périnée et de la région périanale est une localisation classique chez le jeune enfant et représente souvent le mode d'entrée dans la maladie. Le vitiligo peut concerner des enfants ayant une histoire d'atopie, mais il n'est pas clairement démontré que cette association soit significative [78].

- Les maladies bulleuses auto-immunes, le pemphigus bénin familial (maladie de Hailey-Hailey), les granulomatoses non infectieuses (histiocytose langerhansienne, maladie de Wegener, malakoplakie), l'acanthosis nigricans peuvent exceptionnellement se localiser au niveau anal [2].

V.3.2. Causes tumorales

V.3.2.1. Tumeurs bénignes

V.3.2.1.1. Hémangiomes

Les hémangiomes de la région périnéale sont rares, représentant moins de 10 % des hémangiomes chez l'enfant [79]. Ils sont classés dans les formes graves ; plus souvent à l'origine de complications à type d'hémorragies, de douleurs, de surinfection ou de phénomènes compressifs.

V.3.2.1.2. Lymphangiomes

Ce sont des dilatations du réseau lymphatique souvent d'origine congénitale, progressives, sans tendance à la régression. Leur siège à la racine des membres est habituel, ils représentent 4% des tumeurs vasculaires des enfants [80].

On distingue les formes macrokystiques remplies de liquide lymphatique (appelées auparavant lymphangiomes kystiques) et les formes microkystiques essentiellement tissulaires ; les deux formes peuvent se combiner. À ces localisations superficielles s'associent des localisations profondes.

Le traitement ne sera effectué que s'il y a demande esthétique ou fonctionnelle (douleurs, surinfections, hémorragies intrakystiques, compressions locorégionales) ; ce traitement fait appel à la sclérothérapie et à la chirurgie [80].

V.3.2.2. Tumeurs malignes

V.3.2.2.1. Le carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde est le plus fréquent des cancers de l'anus. Il est retrouvé dans 80 à 85 % des cas, mais ne représente que 1% des cancers digestifs. Il prédomine chez la femme avec un sex-ratio de 4 en France [81].

Tant d'un point de vue épidémiologique que par des études de biologie moléculaire ou d'immunohistochimie, il a été démontré que l'HPV a un rôle

dans la pathogenèse du cancer anal [82]. Il existe un remarquable accroissement de l'incidence durant ces 50 dernières années avec une augmentation de 2,5 pour les hommes et de 5,0 pour les femmes au Danemark, les citadins étant davantage à risque que la population rurale. Aux USA, l'incidence du carcinome anal chez les homosexuels est estimée à 11- 34 fois plus importante que dans la population générale mâle et d'autant plus si ils sont atteints de SIDA [83,84].

Les manifestations cliniques sont variées et non spécifiques : saignement, suintement, douleurs, excroissance, troubles du transit, incontinence, prurit.

Elles peuvent être longtemps négligées conduisant à un diagnostic tardif. L'examen proctologique, indispensable devant toute symptomatologie anale, permet de suspecter le diagnostic devant trois types de présentations cliniques :

- une lésion bourgeonnante située au niveau de la marge et/ou du canal anal ;
- une lésion ulcérée réalisant une fissure toujours suspecte si elle est non commissurale, indurée à la palpation ;
- une forme infiltrante suspectée devant une induration de la marge ou du canal anal [2].

Le traitement a pour objectif de contrôler la maladie en respectant la fonction sphinctérienne. Il utilise la radiothérapie, la chimiothérapie (5 FU, cisplatine, mitomycine C) et en dernier recours la chirurgie [85].

V.3.2.2.2. La maladie de Paget extra-mammaire

La maladie de Paget correspond à une prolifération carcinomateuse mucosécrétante, intra-épithéliale, développée au sein de l'épithélium malpighien du canal anal ou péri-anal [86]. Elle survient avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme à un âge moyen de 60 ans.

La pathogénie des lésions reste débattue. Dans un tiers à la moitié des cas il s'agit d'une maladie de Paget secondaire, correspondant à l'extension au sein de l'épithélium malpighien anal d'un carcinome de voisinage, souvent un adénocarcinome rectal, plus rarement un carcinome vésical ou un adénocarcinome des glandes anales, de la glande de Bartholin ou prostatique

[86]. Dans les autres cas la maladie de Paget anale correspond à un carcinome primitif intra-épithélial qui dériverait de cellules eccrines, apocrines, épidermique totipotente, ou mammaire ectopique (cellule de Toker) [87].

Les lésions se présentent sous la forme de plaques érythémato-squameuses eczématiformes bien limité ou d'un placard érythémateux vermeil, lisse suintant, aux bords irréguliers. Il existe des formes ulcérées et/ou végétantes.

Le traitement est l'excision chirurgicale. La récurrence est fréquente, l'évolution est aussi celle de l'éventuelle tumeur sous-jacente qui doit être recherchée [87].

V.3.2.2.3. Papulose bowénoïde

La papulose bowénoïde est une affection induite par les PVH oncogènes 16, 18, 33, 31. Cette affection de l'adulte jeune, exceptionnelle en dehors de la sphère ano-génito-périnéale, est faite de multiples petites papules de coloration brun violine en zone cutanée, rouge en zone muqueuse, voire d'aspect leucoplasique.

Elles ont tendance à disparaître spontanément. Histologiquement les lésions de la papulose bowénoïde s'apparentent à celles de la maladie de Bowen [86]. L'épithélium malpighien est le siège d'une désorganisation architecturale totale, composée de cellules au noyau parfois très atypique, avec quelques cellules plurinucléées, des cellules dyskératosiques, et des mitoses anormales ; la couche cornée est souvent épaissie, parakératosique [86].

V.3.2.2.4. La maladie de Bowen

La maladie de Bowen est une dysplasie intraépithéliale de haut grade (AIN3). L'infection par les papillomavirus oncogènes en est le facteur étiologique principal, ce virus est en effet détecté dans 84 à 100 % des cas dans l'épithélium anal en cas d'AIN3 [88]. La maladie atteint classiquement l'adulte âgé de plus de 50 ans avec une prédilection féminine mais la population homosexuelle masculine est également fréquemment atteinte car l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un facteur de risque de dysplasie anale et augmente le risque d'évolution vers la dysplasie de haut grade et le carcinome épidermoïde [88].

La lésion se manifeste par une plaque hyperkératosique rouge, parfois ulcérée le plus souvent marginale, mais parfois également canalaire. Un grand polymorphisme dans l'aspect des lésions est observé. Le diagnostic est histologique.

L'évolution est lente, en plusieurs années environ 5 à 30 % des cas évoluent vers un carcinome épidermoïde invasif [86].

Le traitement repose sur l'excision large des lésions. Les récurrences sont fréquentes imposant une surveillance régulière [2].

V.3.2.2.5. Le carcinome baso-cellulaire

Le carcinome basocellulaire siège essentiellement dans des zones photo-exposées. La localisation périnéale est exceptionnelle et ne représente que 5 % des cancers de cette région, avec une prédominance chez les hommes (sex ratio : 1,7) âgés de plus de 60 ans [89, 90].

Sur le plan clinique, c'est lors d'un examen proctologique systématique que le diagnostic est évoqué, les signes fonctionnels étant le plus souvent absents.

Initialement, la lésion est une perle translucide parcourue parfois par une télangiectasie ; plus évoluée, la tumeur prend l'aspect d'une plaque plus ou moins ovale, en général bien limitée par un bourrelet périphérique.

Les raisons du développement de cette lésion en région périnéale sont inconnues, certains auteurs ont suggéré le rôle d'une irritation locale chronique comme facteur carcinogène possible [91]. Une fois sur trois, un carcinome basocellulaire est trouvé sur un autre site, tendant à suggérer une susceptibilité spécifique chez ces individus [92].

Le traitement du carcinome basocellulaire périnéal est chirurgical. Il consiste en l'exérèse locale de la lésion dont le caractère complet sera confirmé par l'anatomopathologiste (une marge de sécurité de 10 mm est suffisante [92]).

Le carcinome basocellulaire est une tumeur habituellement de bon pronostic. Cependant, la surveillance ultérieure s'assurera de l'absence de récurrences qui sont trouvées dans 30 % des cas dans certaines séries [90, 91].

V.3.2.2.6. Mélanome anal

Le mélanome muqueux anorectal représente seulement 0,4 à 1,6 % de l'ensemble des mélanomes et 0,5 % des cancers anaux [93].

Le mélanome anal est plus fréquent chez les femmes (sex-ratio de 0,8) ; âgée de 60 à 70 ans. Les facteurs de risque sont actuellement inconnus ; l'irradiation solaire n'augmente pas l'incidence de ce mélanome situé en zone photoprotégée [94].

Son pronostic est sombre, avec un taux de survie à cinq ans de 6 % tous stades confondus ; il est en partie expliqué par le retard de prise en charge lié à la localisation inhabituelle et au manque de spécificité des symptômes initiaux, souvent attribués à d'autres pathologies anales bénignes comme une hémorroïde thrombosée, une marisque ou un polype [94].

Le traitement est chirurgical mais la technique reste controversée : exérèse locale avec conservation des sphincters anaux ou AAP ; Selon l'épaisseur de la tumeur, Weyandt et al. [95] ont proposé une prise en charge chirurgicale par analogie aux mélanomes cutanés et adaptée au site anatomique et fonctionnel de l'atteinte anale. Pour un indice de Breslow inférieur à 1mm, une exérèse locale avec conservation des sphincters anaux et marge de sécurité de 1 cm est conseillée. Entre 1 et 4mm d'épaisseur, la marge de sécurité est à 2 cm et les sphincters anaux peuvent être conservés s'ils ne sont pas envahis. Enfin, une AAP est recommandée lorsque l'indice de Breslow est supérieur à 4mm.

Les traitements adjuvants, mal codifiés, reposent sur une radiothérapie locale ou une chimiothérapie/immunothérapie. Les inhibiteurs de tyrosine kinase ont montré des résultats prometteurs chez les patients porteurs de la mutation C-KIT [96].

V.3.2.2.7. Autres tumeurs malignes

Des cas occasionnels de tumeurs telles que des léiomyosarcomes, des rhabdomyosarcomes, des fibrosarcomes ou des histiocytomes fibreux malins ont été rapportés dans cette région. Chez le patient atteint de SIDA, maladie de

Kaposi dans la région périanale ont également été décrits [97], de même que des lymphomes primitifs de type B-cell et ce, particulièrement chez des hommes homosexuels [97].

V.4. Prurit psychogène

La région anale n'est pas neutre psychologiquement. L'anوس est l'organe de l'excrétion des matières fécales, mais aussi une zone érogène. L'école freudienne a mis en évidence une « phase anale » du développement de la personnalité à l'âge de l'apprentissage de la propreté. Selon une interprétation psychanalytique, le grattage aboutissant à une satisfaction quasi orgasmique [2]. Le prurit anal essentiel a une prédominance vespérale. Il peut être marginal ou endocanalaire et a tendance à se propager vers le périnée antérieur. Les lésions cutanées secondaires sont fréquentes : érythème, excoriations de grattage pouvant en imposer pour des lésions eczématiformes, lésions surinfectées, lichénification avec une peau épaissie et parfois dépigmentée, des plis radiés profonds, l'ensemble formant un placard blanc rosé et micropapuleux de névrodermite [2].

DEUXIEME PARTIE

I. Méthodologie

I.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique descriptive et analytique allant du 31 Juillet 2015 au 31 Juillet 2016.

I.2. Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée dans les services de Dermatologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec, de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale, et aussi dans les centres d'endoscopie digestive des services d'hépto-gastro-entérologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff.

Le Service de Dermatologie et de Vénéréologie de l'HALD, constitue le centre de référence en dermatologie à Dakar et même au Sénégal. Il comporte 7 dermatologues dont 3 professeurs titulaires et 1 professeur agrégé, 2 assistants, 4 internes et 40 médecins en cours de formation pour l'obtention du DES (Diplôme d'études spécialisées en dermatologie). Le service reçoit en moyenne 7000 patients par an avec environ 250 hospitalisations annuelles.

Le Service de Dermatologie et de Vénérologie de l'IHS est le premier centre de référence des maladies sexuellement transmissible et le 2^{ème} centre de référence en dermatologie au Sénégal. Il dispose des locaux du Centre National de lutte contre le SIDA et d'un laboratoire bactériologique des IST. Ce service comporte 4 dermatologues dont un professeur titulaire et un maitre-assistant. Il comporte 3 salles de consultations et une salle de soins avec environ 15660 consultations par an.

Le centre d'endoscopie digestive de l'Hôpital Aristide Le Dantec réalise environ 1800 endoscopies digestives par an, dont environ 420 endoscopies basses.

Le centre d'endoscopie digestive de l'Hôpital Général de Grand Yoff réalise environ 1900 endoscopies digestives par an dont environ 500 endoscopies basses.

I.3. Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des patients présentant une pathologie de la région anale durant la période de l'enquête.

I.4. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude exhaustive, les patients répondant aux critères suivants :

- Tous les patients venant consulter pour une pathologie de la région anale en dermatologie, en proctologie, et les patients suivis dans le cadre de la surveillance d'une population clé (MSM).

I.5. Procédure de l'étude

La population d'étude a été soumise à un interrogatoire basé sur un questionnaire qui a été testé et validé.

L'examen clinique, fait par l'investigateur, afin de vérifier les critères d'inclusion et de non inclusion.

Il consistait à faire: la description des lésions situées au niveau de la région anale. Il a été suivi d'un examen physique complet.

Les examens paracliniques ont été réalisés aux laboratoires de l'Institut Hygiène Sociale et de l'Hôpital Aristide Le Dantec.

I.6. Collecte des données

Une fiche d'enquête individuelle pour chaque patient avait permis la collecte des données suivantes :

- Les données sociodémographiques : âge, lieu de résidence, situation matrimoniale, niveau de scolarisation, profession, niveau socio-économique, habitudes et mode de vie.
- Terrain : diabète, obésité, grossesse, immunodépression, dermatoses associées, formes familiales.
- Les données cliniques: âge de début de la maladie, délai de consultation, mode d'installation, signes fonctionnels, généraux et physiques, traitement antérieur.

- Les examens paracliniques : examen mycologique, explorations allergologiques, une glycémie à jeun en cas de suspicion de diabète, une biopsie pour un diagnostic de certitude, une anorectoscopie, une sérologie syphilitique et rétrovirale dans le cadre du bilan d'IST.
- Les données thérapeutiques : traitements ultérieurement utilisés et leurs effets.
- La prise en charge.
- L'évolution clinique des patients.

I.7. Considérations éthiques

Les patients étaient libres de participer ou non, et également de demander leur retrait de l'étude à tout moment. Le respect de la confidentialité (les informations personnelles recueillies ne seront pas diffusées) est également requis.

I.8. Saisies et analyses de données

La précision et la qualité des données ont été surveillées tout au cours de l'enquête.

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel «Le sphinx »version 5.1.0.2

Les analyses ont été conduites par un statisticien en utilisant les procédures standardisées du Microsoft Excel I à l'aide du logiciel Epi-info 7.

Les tests de Khi-deux et Fisher étaient utilisés suivant leurs conditions d'applicabilité avec un degré de significativité $p < 0.05$.

II. RESULTATS

II.1. Etude descriptive

II-1.1. Aspects épidémiologiques

II.1.1.1. Lieu de recrutement et fréquence

Durant une période de 13 mois nous avons recensé 72 patients présentant une pathologie de la région anale. La répartition en fonction du lieu de recrutement s'établit comme suit :

- Vingt-six cas à l'IHS, soit 36,1% dont 4 cas suivis dans le cadre de la surveillance d'une population clé (MSM).
- Dix-huit cas au CHU Le Dantec, soit 25%.
- Vingt cas au centre d'endoscopie digestive du service d'hépatogastro-entérologie du CHU le Dantec, soit 27,8% durant une période de 3 mois.
- Huit cas au centre d'endoscopie digestive du service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital général de Grand Yoff, soit 11,1% durant une période de 1 mois.

La fréquence hospitalière était de 0,39%. La répartition des malades selon les lieux de recrutement est illustrée dans le tableau III

Tableau III : Répartition de la fréquence des malades sur les lieux de recrutement.

		Nombre malades	Nombre consultations	Fréquence
Hôpital Aristide Le Dantec	Dermatologie	18	7314	0,24%
	Endoscopie	20	107	18,6%
IHS		26	10844	0,23%
Endoscopie HOGGY		8	65	12,3%
Total		72	18330	0,39%

II.1.1.2. Répartition géographique des patients

Les patients proviennent de Dakar, des autres régions du Sénégal ou de l'étranger.

La répartition des patients selon leur provenance géographique est illustrée sur la figure 5.

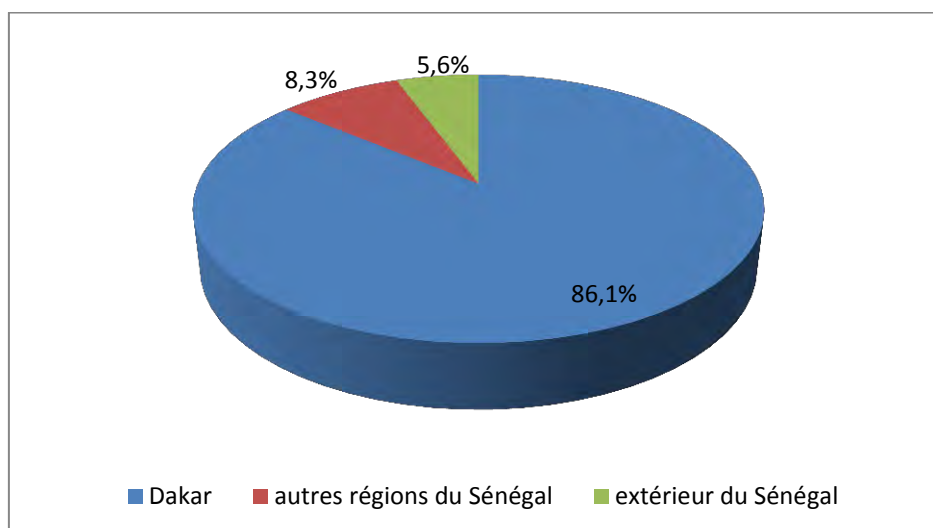


Figure 5 : Répartition des patients selon leur provenance géographique.

II.1.1.3. Répartition selon le sexe

Quarante-deux cas étaient de sexe masculin, soit 58% et 30 cas étaient de sexe féminin. Le sex-ratio (H/F) était de 1,4.

II.1.1.4. Répartition des patients selon l'âge

L'âge moyen de nos patients était de 35,04 ans avec des extrêmes de 1 an et 76 ans. La médiane d'âge était de 33ans et l'écart type était de 18,17 ans. La répartition des patients selon les tranches d'âge est illustrée dans la figure 6.

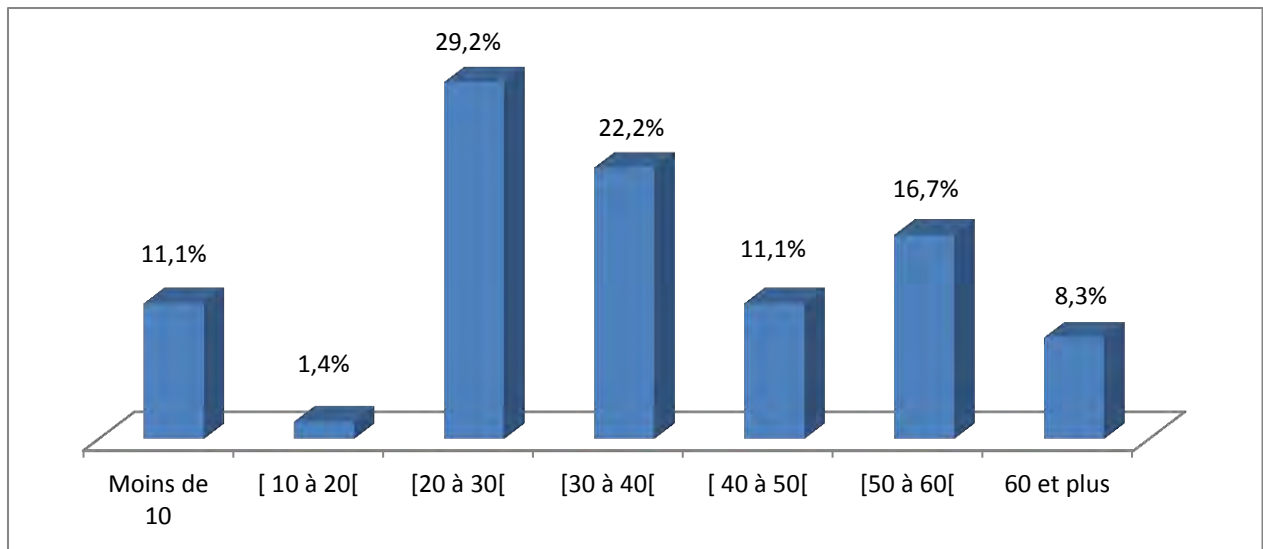


Figure 6 : Répartition des malades selon les tranches d'âge.

II.1.1.5. Répartition des patients selon le statut matrimonial

Le statut matrimonial des patients, à l'exception des enfants (n=8) est de :

- Mariés : 51,6% des cas (n=33),
- Célibataires : 31,3% (n=28),
- Divorcés : 10,9% (n=7).

Parmi les mariés, 19 patients étaient monogames et 14 polygames.

La figure 7 montre le statut matrimonial des patients.

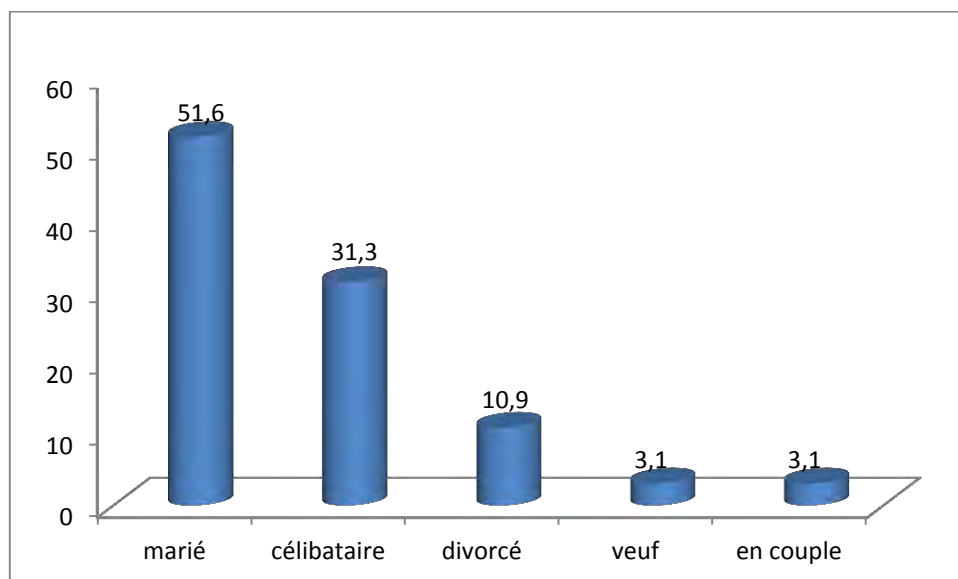


Figure 7 : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

II.1.1.6. La répartition selon la profession

Le secteur formel regroupait les professions étatiques et administratives reconnues à savoir fonctionnaires, ingénieurs, instituteurs....tandis que l'informel regroupait les professions libérales : commerçant, ouvrier...

Nous avons noté que 27 patients soit 37,5% étaient sans profession, le groupe étudiants-élèves (n=16) faisait partie avec un pourcentage de 22,2%.

Ils sont regroupés dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de leurs emplois.

	Profession	Nombre	Sexe		Pourcentage
			M	F	
FORMEL	Enseignants	6	4	2	8,3%
	Ingénieurs	2	2	0	2,8%
	Pharmaciens	2	2	0	2,8%
	Autres	5	3	2	6,9%
Informel	Commerçant	12	7	5	16,7%
	Mécanicien	2	2	0	2,8%
	Plombier	3	3	0	4,2%
	Autres	13	7	6	18,1%
Sans profession	Etudiants/élèves	16	11	5	22,2%
	Femme au foyer	10	0	10	13,9%
	Retraité	1	1	0	1,4%
Total		72	42	30	100%

II.1.1.7. Répartition des patients selon le niveau d'étude

Le niveau d'étude était :

- Primaire dans 26 cas soit 36,11% ;
- Secondaire dans 11 cas soit 15,27 % ;
- Supérieur dans 19 cas soit 26,4% ;
- Etudes coraniques dans 3 cas soit 4,16 %.

Les analphabètes étaient retrouvés dans 13 cas (18,1%).

La figure 7 montre la répartition des patients selon le niveau d'étude.

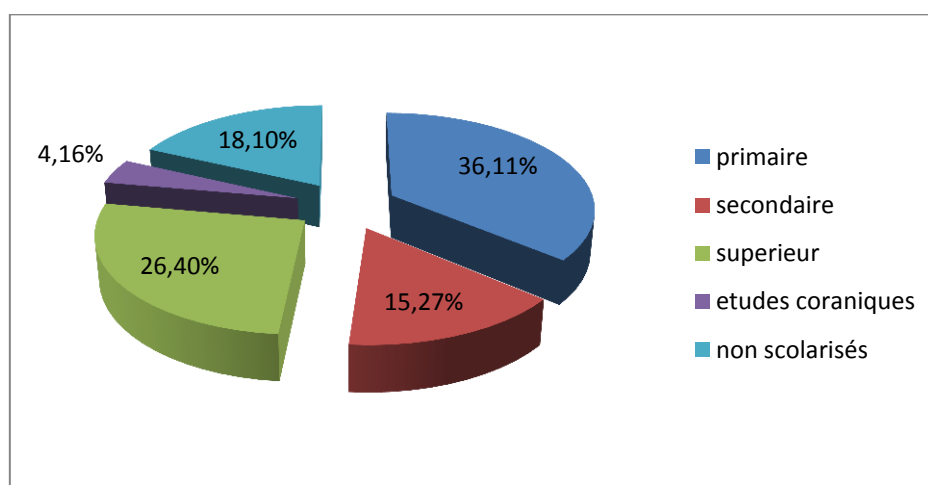


Figure 8 : Répartition des patients selon le niveau d'étude.

II-1.2. Répartition selon les antécédents et mode de vie

II.1.2.1. Comorbidités

Des terrains étaient retrouvés dans 43 cas, soit 59,72 % :

➤ Des facteurs de risque cardio-vasculaires dont :

- le diabète dans 6 cas soit 8,3%,
- l'HTA dans 4 cas soit 5,6%,
- Un surpoids et une obésité étaient notés chez 27 patients soit 37,5%.

Tous les enfants avaient une corpulence normale. La distribution des patients adultes en fonction de leur IMC est représentée dans la figure 9.

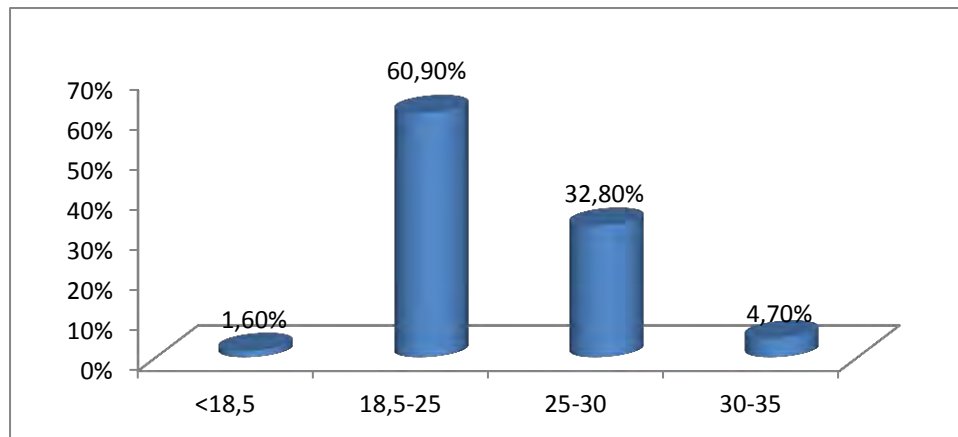


Figure 9 : Répartition des patients adultes en fonction de leur IMC.

- ✓ Une atopie personnelle dans 7 cas soit 9,7 % dont un asthme dans 3 cas, une rhinite allergique dans 6 cas et une conjonctivite allergique dans 2 cas.

Plusieurs équivalents atopiques étaient notés chez un même patient.

- ✓ Une atopie familiale était retrouvée dans 5 cas soit 6,9%.
- ✓ Une immunodépression dans 2 cas soit 2,8%.
- ✓ Une drépanocytose dans 3 cas soit 4,2 %.
- ✓ Une thyroïdopathie à type de goitre dans 1 cas soit 1,4%.

II.1.2.2. Les habitudes et modes de vie

Etaient notés :

- ✓ Une dépigmentation artificielle dans 6 cas soit 8,3 % et 24 % de l'ensemble des femmes adultes.
- ✓ Le tabagisme dans 17 cas soit 23,6 %.
- ✓ Une phytothérapie dans 17 cas soit 23,6%.

II.1.2.3. Antécédents de toute pathologie de la région anale

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents de pathologie anale.

Poussée hémorroïdaire	23 (31,9%)
Fissure anale	1 (1,4%)
Intertrigo	1 (1,4%)
Abcès	1 (1,4%)
Pas d'antécédent	46 (63,9%)

Nous avons noté au moins un antécédent d'une pathologie de la région anale dans 26 cas, soit 36,1%. Cet antécédent était dominé par une poussée hémorroïdaire qui a été retrouvé chez 23 patients soit 88,46%.

II.1.2.4. Autres antécédents médicaux

- Constipation chronique : 12 patients, soit 16,7%.
- Zona intercostal : 1 cas, soit 1,4%
- Autres : 5 cas, soit 6,9%

II.1.2.5. Antécédents de signes d'IST

Il existait des antécédents de signes d'IST chez 10 patients soit 13,9%. Dans 80% des cas (n= 8), ces signes remontaient à 12 mois avant le début de l'étude. La répartition des patients selon les antécédents d'IST est illustrée dans le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents d'IST.

Antécédents de signes d'IST	Effectifs	Pourcentages
Condylome	1	1,4%
Ecoulement génital	8	11,1%
Ulcération génitale	1	1,4%
Aucun	62	86,1%
Total	72	100%

II.1.2.6. Les antécédents chirurgicaux

Des antécédents chirurgicaux étaient notés dans 7 cas soit 9,72%. Il s'agissait :

- ✓ d'une appendicectomie dans 2 cas soit 2,8%.
- ✓ d'une césarienne dans 1 cas soit 1,4 %.
- ✓ d'une cholécystectomie dans 2 cas soit 2,8%.
- ✓ d'une exérèse de nodules anaux dans 1 cas soit 1,4 %.
- ✓ d'une colectomie gauche dans 1 cas soit 1,4 %.

II.1.2.7. Pratiques sexuelles

Parmi les 52 patients (72,2%) qui étaient sexuellement actifs, 5 patients sont des HSH soit 9,6%.

Une notion de rapport sexuel à risque (non protégé) a été retrouvé chez 24 patients soit 46,15%.

Les types de rapport sexuel retrouvés chez les patients sexuellement actifs sont illustrés dans le tableau VII.

Tableau VII : Répartition des patients selon le type de rapport sexuel.

Type de rapport sexuel	Nombre de malades	Pourcentage (n=52)
Vaginal	39	75,0%
Génito-anal	8	15,4%
Génito-oral	5	9,6%

II-1.3. Les aspects cliniques

II-1.3.1. Le motif de consultation

Il s'agissait de lésions cutanées et de douleur anale dans 31 cas (43,1%), suivi d'un prurit dans 26 cas (36,1%). Les différents motifs de consultation sont illustrés dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Répartition des malades selon les motifs de consultation

Motif de consultation	Nombre de malades	Fréquence
Lésions cutanées	31	43,1%
Douleur anale	31	43,1%
Prurit	26	36,1%
Constipation	14	19,4%
Écoulement purulent	10	13,9%
Rectorragies	9	12,5%
Masse anale	4	5,6%
Ulcération	3	4,2%

II-1.3.2. L'itinéraire thérapeutique

Parmi les 72 patients on a noté :

- des malades consultant pour la première fois dans 37 cas soit 51,4%.
- Des malades ayant consulté dans d'autres structures sanitaires dans 15 cas soit 20,8%. Ils étaient examinés par des médecins dans 7 cas et par des infirmiers dans 8 cas.
- Des malades suivis par des tradipraticiens dans 20 cas soit 27,8%. Ils utilisaient une phytothérapie de façon intermittente allant de 1 semaine à plusieurs années.

La phytothérapie était : soit orale seule dans 9 cas (12,5%), soit en association avec une phytothérapie locale sous forme de poudre dans 11 cas soit (15,3%)

Elle était composée de racines et de décoction de plantes à base de *Detarium microcarpum* (dankh) chez 1 patient, des racines de khoubonidam (1cas), et de *Saccarada De Mascarada* (1cas), et de nature inconnue dans 17 cas.

- Les traitements antérieurs utilisés étaient des dermocorticoïdes dans 4 cas soit 5,6%, des antifongiques dans 5 cas soit 6,9%, des anesthésiques locaux dans 11 cas soit 15,3 %, des veinotoniques dans 2 cas soit 2,8%, des laxatifs dans 3 cas soit 4,2%, des antalgiques dans 8 cas soit 11,1%.
- plusieurs traitements étaient prescrits chez le même patient.

II-1.3.3. Le délai de consultation

Le délai de consultation était de 5 jours à 10 ans, avec une moyenne de 38 semaines. La répartition des cas en fonction du délai de consultation a été rapportée dans le tableau IX.

Tableau IX : Répartition des patients selon le délai de consultation.

Délai	Nombre des malades	Pourcentage (n=72)
[0- 1semaine [3	4,2%
[1semaine -1mois [3	4,2%
[1mois – 6 mois [44	61,1%
[6 mois – 1 an]	16	22,2%
> 1 an	6	8,3%

II-1.3.4. Les manifestations cliniques

II-1.3.4.1. Présence de signes fonctionnels

La douleur anale était retrouvée chez 31 patients (43,1%), le prurit anal chez 26 patients (36,1%). D'autres signes fonctionnels étaient enregistrés tels que les rectorragies chez 19,4% des patients et la constipation chez 18,1%. La répartition des patients en fonction des différents signes fonctionnels est illustrée dans la figure 10.

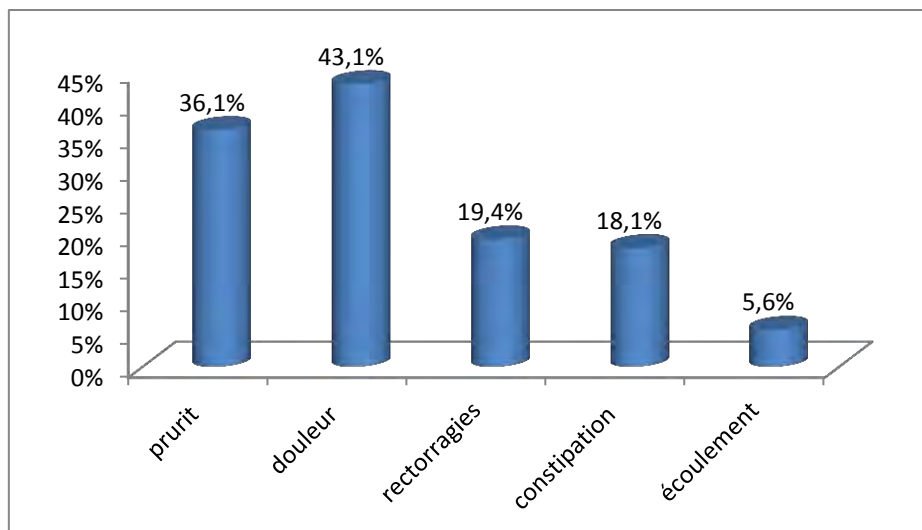


Figure 10 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

II-1.3.4.2. Signes physiques

Plusieurs lésions anales coexistaient chez un même patient dans 52cas. Les différentes lésions anales retrouvées sont répertoriés dans le tableau X.

Tableau X : Répartition des cas en fonction des différentes lésions anales.

Aspects des lésions	Nombre de malades	Pourcentage (n=72)
Erythème	20	27,8%
Squames	8	11,1%
Enduit blanchâtre	5	6,9%
Vésicules	4	5,6%
Macules	3	4,2%
Plaques	3	4,2%
Placard	4	5,6%
Papules	7	9,7%
Nodules	4	5,6%
Ulcération	1	1,4%
Abcès	2	2,8%
Troubles pigmentaires	3	4,2%
Fistule	12	16,7%
Fissure	17	23,6%
Paquet hémorroïdaire	9	12,5%
Thrombose hémorroïdaire	5	6,9%
Végétations vénériennes	10	13,9%
Tumeur	1	1,4%

II-1.3.4.3. Localisations extra anales

Des lésions à distance de la région anale étaient enregistrées chez 24 patients soit 33,3%. Elles étaient soit :

➤ Localisées aux : -grands plis dont les plis inguinaux (n=6), sous mammaires (n=3), axillaires (n=1).

-moyens plis dont les plis de flexion (n=3)

-petits plis dont les plis interorteils (n=3)

➤ Diffuse chez 6 patients dont le lichen plan était retrouvé dans 3 cas.

➤ Erythrodermique chez une patiente qui présentait un psoriasis.

Plusieurs localisations extra anales ont été retrouvées chez le même patient.

Elles sont illustrées dans le tableau XI

Tableau XI : Répartition des patients en fonction des localisations extra anales.

localisations extra anales		Nombre	%
plis	petits	3	4,2%
	moyens	3	4,2%
	grands	8	11,1%
diffuse		6	8,3%
érythrodermie		1	4,2%
muqueuses	buccale	1	1,4%
	génitale	8	11,1%
phanères		2	2,8%

II-1.4. Les aspects étiologiques

II-1.4.1. Les examens complémentaires

❖ Prélèvement mycologique

Des prélèvements mycologiques au niveau du pli interfessier ont été réalisés chez 11 patients (15,3%), ils étaient négatifs dans 5 cas.

Nous avons noté la présence de :

- *Candida albicans* dans 3 cas.
- *Trichophyton rubrum* dans 3 cas.

❖ Les tests cutanés

Ils étaient pratiqués chez 2 patients soit 2,8%, il s'agissait des prick-tests respiratoires (aux pneumallergènes) qui étaient positifs chez les 2 patients. La répartition des tests positifs en fonction des pneumallergènes est illustrée dans le tableau XII.

Tableau XII : Répartition des tests positifs en fonction des pneumallergènes.

Acariens	Blomia	1
	Dermatophagoide pteroyssinus	0
	Acarus siro	2
	Dermatophagoides farinae	0
Moisissures	Alternaria alternata	1
	Aspergillus mix	2
	Cladosporium	0
Insectes	Blattes germaniques	1
Phanères	Plumes mélangées	1
d'animaux	Poils de chien	0
	Poils de chat	0

❖ Examens biologiques

- ✓ Une glycémie à jeun a été effectuée chez 2 patients du fait d'une suspicion de diabète. Elle était > 1,2 g/l dans les 2 cas.
- ✓ **Sérologie rétrovirale** : Le statut sérologique était connu positif chez 2 patients (2,8%). Une sérologie rétrovirale a été effectuée chez 17 patients soit 23,6%, elle était négative dans tous les cas.

- ✓ **Sérologie syphilitique** : était réalisée chez 18 patients (25%), dont 10 cas de fissure et 5 cas de condylome. Elle était positive chez 1 patient qui présentait un condylome (5,6%).
- ✓ **Autres** :
 - Ag HBS a été demandé chez 8 patients (11,1%), dont 3 patients présentaient un lichen plan, 1 patient présentait une actinomyose et 4 cas dans le cadre du bilan d'IST. Il était négatif dans tous les cas
 - Ac anti HVC a été réalisé chez 2 patients qui présentaient un lichen plan soit 2,8%, il était négatif dans les deux cas.

❖ **Biopsie cutanée**

Une biopsie cutanée était effectuée pour 10 patients soit 13,9%. Deux biopsies étaient non contributives, le reste des résultats sont illustrés dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des résultats histopathologiques.

Résultats histopathologiques	Nombre de cas
Condylomes sans signes de malignité	2
Lichen plan	3
Psoriasis	1
Actinomyose	1
Lymphangiome pur sans composante angiomateuse	1

- ❖ **Anorectoscopie** : a été réalisée chez 31 patients soit 43,1% ; elle était normale dans 2 cas. Les indications étaient les suivantes :
 - Douleur anale (n=17) ;
 - Rectorragies (n=14) ;
 - Hémorroïdes (n=12) ;
 - Fistule anale (n=9) ;

- Fissure (n=10) ;
- Recherche de lésions du canal anal de condylomes (n=2).

Plusieurs indications étaient présentes chez le même patient dans 16 cas.

II-1.4.2. Les étiologies

- Les étiologies étaient :
 - ✓ Des affections proctologiques communes notées dans 31 cas, soit 43,1 %.
Dont les hémorroïdes étaient retrouvés chez 30,6% des cas (figure 18).
 - ✓ Des causes infectieuses retrouvées chez 14 patients, soit 19,4%. Les intertrigos mycosiques étaient retrouvés chez 12 patients (figure 20).
 - ✓ Des IST notées dans 13 cas, soit 18,1%. Dont les condylomes étaient retrouvés chez 13,9% (figure 13 et 15).
 - ✓ Des causes inflammatoires notées dans 14 cas soit 19,4%. Dont un lichen anal était retrouvé chez 3 patients (figure 16).
 - ✓ Des causes tumorales retrouvées chez 2 patients, soit 2,8%. Dont un lamphangiome péri anal (figure 12).

Plusieurs pathologies coexistaient chez un même patient dans 19 cas soit 26,4%.

Les pathologies retrouvées sont illustrées dans le tableau XIV.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction des étiologies de la pathologie anale.

	Etiologie		Nombre de cas	%
Dermatoses infectieuses	Intertrigo mycosique	Dermatophytie	7	9,7
		Candidose	5	6,9
	Actinomycose		2	2,8
IST	Condylome		10	13,9
	Molluscum contagiosum		2	2,8
	Herpès		1	1,4
Dermatoses inflammatoires	Dermatite atopique		3	4,2
	Dermite allergique de contact		2	2,8
	Maladie de Verneuil		1	1,4
	Psoriasis	Inversé	1	1,4
		erythrodermique	1	1,4
	Lichen plan		3	4,2
Affections proctologiques communes	Vitiligo		2	2,8
	Hémorroïdes	Internes	19	26,4
		Externes	5	6,9
	Fissure		17	23,6
	Fistule		9	12,5
	Abcès péri anal		2	2,8
Dermatoses tumorale	lymphangiome		1	1,4
Sans diagnostic			2	2,8

➤ Répartition des étiologies en fonction du sexe

Le sexe masculin représentait 71,4% des patients ayant une dermatophytie, 68,4% des cas des hémorroïdes, 100% des cas de dermatite atopique et des cas d'eczéma de contact. Le reste de la répartition est illustrée dans la figure 11.

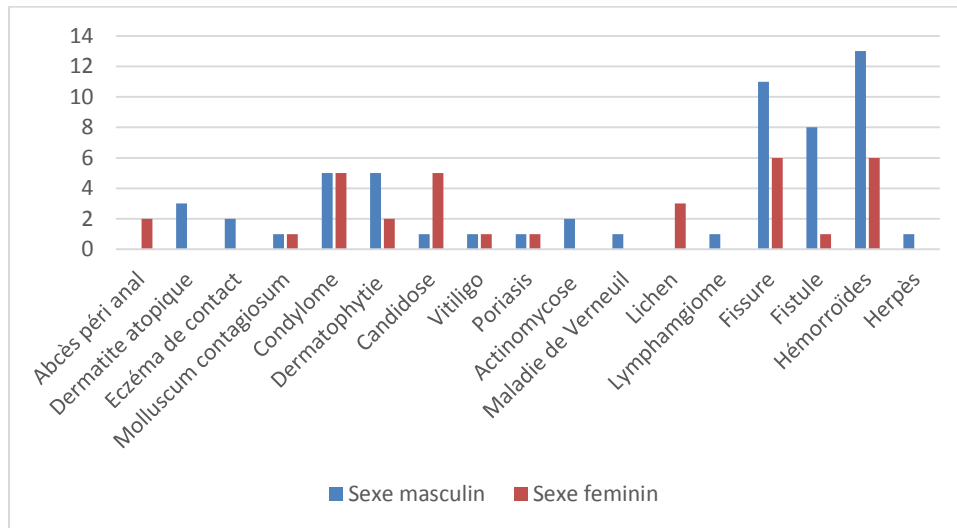


Figure 11 : Répartition des étiologies en fonction du sexe.

➤ Répartition des étiologies en fonction de l'âge

L'âge moyen des patients était de :

- 37 ans en cas de dermatophytie. Un pic de fréquence était noté dans la tranche d'âge de 30 à 40 ans.
- 28,3 ans en cas de condylome. Un pic de fréquence était noté dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.
- 34,3 ans en cas d'hémorroïdes. Un pic de fréquence était noté dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.

Le reste de la répartition est illustré dans le tableau XV.

Tableau XV : Répartition des étiologies en fonction de la moyenne d'âge.

Etiologie	Nombre	Moyenne d'âge (ans)	Agés extrêmes (ans)
Dermatophytie	7	37,1	[20-58]
Candidose	5	32,2	[20-53]
Dermatite atopique	3	13,3	[5-30]
Eczéma de contact	2	38	[34-42]
Lichen plan	3	59,3	[54-73]
Psoriasis	2	29,5	[1-58]
Vitiligo	2	32	[4-60]
Hémorroïdes	22	34,3	[16-61]
Fissure	17	29,5	[1-67]
Fistule	9	45,6	[32-67]
Abcès	2	55	[34-76]
Condylome	10	28,3	[2-55]
Herpès	1	20	20
Molluscum contagiosum	2	3,5	[2-5]
Maladie de Verneuil	1	56	56
Actinomyose	2	54	[52-56]
Lymphangiome	1	23	23

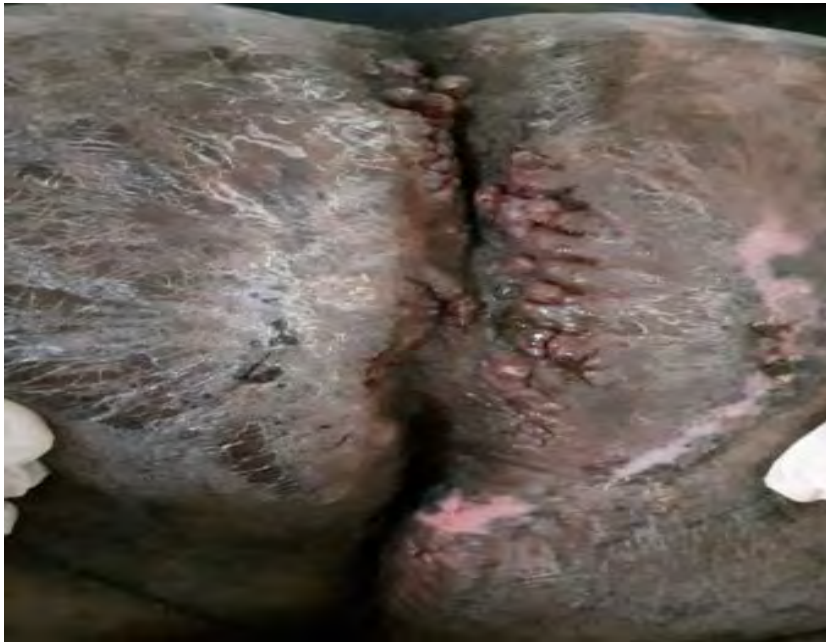


Figure 12 : Lymphangiome de la région anale (Dermatologie Le Dantec)



Figure 13 : Condylome anal (Dermatologie IHS).



Figure 14 : Vitiligo de la région anale (Dermatologie Le Dantec)



Figure 15 : Condylome anovulvaire (Dermatologie IHS)



Figure 16 : Lichen plan de la région anale (Dermatologie IHS).



Figure 17 : Lichen plan buccal érosif (Dermatologie IHS).



Figure 18 : Prolapsus hémorroïdaire (Gastrologie Le Dantec).



Figure 19 : Actinomycose fessière (Dermatologie IHS).



Figure 20 : Intertrigo interfessier d'origine candidosique (Dermatologie IHS).

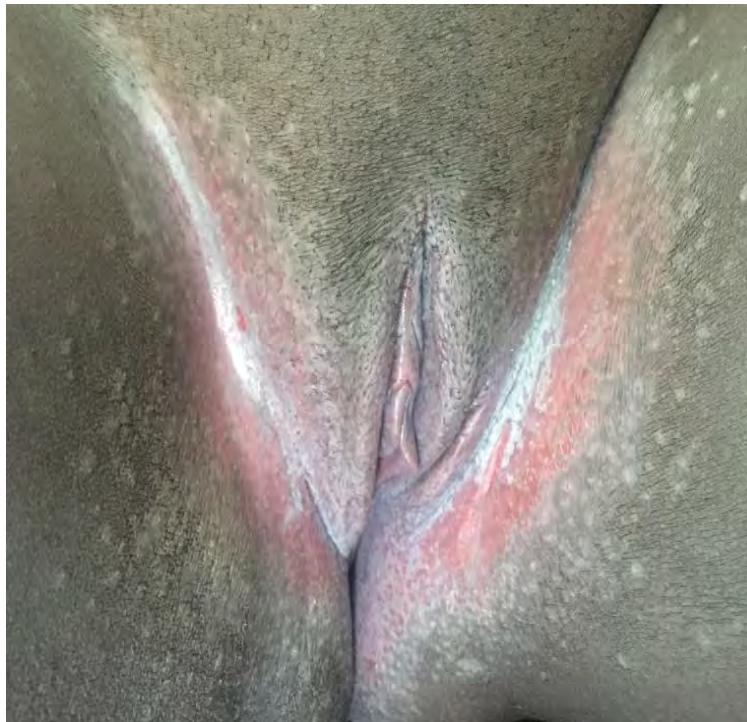


Figure 21 : Intertrigo inguinal d'origine candidosique (Dermatologie IHS).

II.5. Aspects thérapeutiques

Un traitement était prescrit pour chaque patient. Il était constitué :

- d'un traitement local seul dans 12 cas.
- d'un traitement général seul dans 16 cas.
- d'un traitement local et général dans 29 cas.
- d'un traitement chirurgical dans 15 cas.

➤ Les traitements locaux étaient à base de moyens physiques, de crème et de pommade. Tous les traitements locaux sont illustrés dans le tableau XVI.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des traitements locaux reçus.

Classe thérapeutique	Molécule	Nombre	Pourcentage
Dermocorticoïdes	Béthamétasone	7	9,7%
	Désonide	7	9,7%
	Hydrocortisone	1	1,4%
	Béthamétasone- Calcipotriol	1	1,4%
Antifongiques	Ketoconazole	1	1,4%
	Sertaconazole	7	9,7%
	Cyclopiroxolamine	3	4,2%
	Econazole	1	1,4%
Antibiotiques	Acide fusidique	2	2,8%
Antiseptiques	Chlorhexidine	5	6,9%
Moyens physiques	Cryothérapie	4	5,6%
	Acide trichloroacétique	1	1,4%
	Electrocoagulation	4	5,6%
	Curetage	1	1,4%

- Parmi les patients qui avaient reçus un traitement général, 23,6% avaient reçus des antalgiques. les traitements généraux administrés sont illustrés dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction des traitements généraux reçus.

Classe thérapeutique	Molécule	Nombre	Pourcentage
Corticoïdes	Prednisone	1	1,4%
	Béthamétasone injectable	1	1,4%
Antifongiques	Fluconazole	5	6,9%
	Terbinafine	4	5,6%
Anti-histaminiques	Hydroxyzine	7	9,7%
	Méquitazine	5	6,9%
	Cetirizine	3	4,2%
Antibiotiques	Amoxicilline + Acide clavulanique	3	4,2%
	Benzathine-pénicilline	2	2,8%
	Doxycycline	1	1,4%
	Métronidazole	2	2,8%
	Azithromycine	1	1,4%
	Sulfaméthoxazole + Triméthoprim	1	1,4%
Immunosuppresseur	Méthotrexate	1	1,4%
Antiviraux	Aciclovir	1	1,4%
Régulateurs de transit	Trimébutine	5	6,9%
	Macrogol	7	9,7%
	Huile de paraffine	2	2,8%
	Charbon	3	4,2%
Veinotoniques		13	18,1%
Antalgiques		17	23,6%

- Le traitement chirurgical était à type de :
- Hémorroïdectomie chez 5 patients, soit 6,94%
 - Fistulectomie chez 8 patients, soit 11,1%
 - Drainage d'abcès chez 2 patients, soit 2,8%.
 - Exérèse chirurgicale chez 1 patient qui présentait condylome, et chez 1 patient qui présentait une tumeur dont les résultats histopathologiques sont en cours.

II.6. Les aspects évolutifs

L'évolution était favorable dans 57 cas (79,2 %), une récurrence était notée chez 2 patients après 2 mois, l'étiologie était la dermatite atopique chez 1 patient et le psoriasis chez l'autre. La répartition des patients selon le mode évolutif est illustrée dans le tableau XVIII.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le mode évolutif

Evolution	Effectif	Pourcentage
Guérison	57	79,2%
Récidives	2	2,8%
Stationnaire	5	6,9%
Perdus de vue	8	11,1%
Total	72	100%

II.2. Etude analytique

II.2.1. Facteurs de risque de la pathologie proctologique commune

Il existait une relation statistiquement significative entre la survenue des hémorroïdes et la constipation chronique avec un $p=0.0002$ ($p<0.05$).

Tableau XIX : Rapport entre les facteurs de risque et les hémorroïdes

		Hémorroïdes		P	OR	IC (95%)
		oui	non			
Age	<35,04	15	29	0,4142		
	≥35,04	7	21			
Sexe	Masculin	15	27	0,2608		
	Féminin	7	23			
Rapport anal	oui	5	15	0,717		
	non	17	35			
Constipation chronique	Oui	9	3	0,0002	10,85	2,56-45,95
	non	13	47			
Phytothérapie	oui	9	11	0,0989		
	non	13	39			

➤ **Fissure anale**

Dans notre étude, il y'avait un lien statistiquement significatif entre la survenue de la fissure et :

- l'âge <35,04 ans avec un $p=0,0086$ ($p<0.05$) ;
- la constipation chronique avec un $p=0,000001$. (Cf tableau XX)

Tableau XX : Rapport entre les facteurs de risque et la fissure

		Fissure anale		P	OR	IC (95%)
		oui	non			
Age	<35,04	15	29	0,0086	0,1487	0,0310-0,7131
	≥35,04	2	26			
Sexe	Masculin	10	32	0,9625		
	Féminin	7	23			
Rapport anal	oui	2	6	0,9218		
	non	15	49			
Constipation chronique	Oui	9	3	0,000001	19,5	4,33-87,73
	non	8	52			
Phytothérapie	oui	7	13	0,1582		
	non	10	42			

➤ **Fistule anale**

Il y a eu une relation statistiquement significative entre la survenue de la fistule anale et :

- le sexe masculin avec un $p=0,046$ ($p<0.05$) ;
- L'âge $\geq 35,04$ ans avec un $p=0,01$ ($p<0.05$) ;
- La constipation chronique avec un $p=0,009$ ($p<0.05$). (Cf tableau XXI)

Tableau XXI : Rapport entre les facteurs de risque et la fistule anale.

		Fistule anale		P	OR	IC (95%)
		oui	non			
Age	<35,04	2	42	0,0105	6,8235	0,8051 - 57,8290
	≥35,04	7	21			
Sexe	Masculin	8	34	0,0468	1,0268	0,3353-3,2519
	Féminin	1	29			
Rapport anal	oui	0	8	0,103		
	non	9	55			
Constipation chronique	Oui	5	7	0,00082	10	2,16-46,26
	non	4	56			

II .2.2. Relation entre les signes fonctionnels et le type de pathologie anale

Il y avait un lien statistiquement significatif entre :

- ✓ l'existence de douleur ($p = 0.0001$) avec la pathologie proctologique commune ;
- ✓ et l'existence de prurit ($p=0,0006$) avec les dermatoses anales.

Ces résultats sont illustrés au tableau XXII.

Tableau XXII : Rapport entre les signes fonctionnels et le type de la pathologie de la région anale

Signes fonctionnels		Type de la pathologie anale		P	IC
		Pathologie proctologique commune	Dermatoses anales		
Douleur	Oui	26	5	0,0001	0,0113-0,14
	Non	7	34		
Prurit	Oui	5	21	0,0006	2,08-20,45
	Non	28	18		

II.2.3. Rapport entre terrain et intertrigo mycosique

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'intertrigo mycosique et le terrain d'immunodépression (diabète, dépigmentation artificielle et infection à VIH) avec un $p=0,019$. Ces résultats sont illustrés dans le Tableau XXIII.

Tableau XXIV : Rapport entre intertrigo mycosique et l'immunodépression

		Intertrigo mycosique		P
		Oui	Non	
Immunodépression	Oui	12	40	0,019
	Non	0	20	

II.2.4. Rapport entre les IST, terrain et pathologie proctologique commune

La survenue des IST ne semble pas être liée aux caractéristiques sociodémographiques ($p \geq 0,05$). Par contre, il y'avait un lien statistiquement significatif ($p < 0,05$) entre la survenue des IST et :

- la présence d'un antécédent de signe d'IST avec un $p=0,034$;
- la pratique d'un rapport sexuel anal avec un $p=0,0001$;
- la présence de fissure anale avec un $p=0,039$.

Ces résultats sont répertoriés dans le tableau XXIV.

Tableau XXV : Rapport entre les IST, terrain et pathologie proctologique commune

Terrain		IST		P	IC
		Oui	Non		
Age	<35,04	8	36	0,30	
	≥35,04	3	25		
Sexe	Masculin	6	36	0,51	
	Féminin	5	25		
Antécédents d'IST	Oui	4	54	0,0347	1,0246-18,9654
	Non	7	16		
Rapport anal	Oui	5	3	0,0001	3,0636-84,7271
	Non	6	58		
VIH	Oui	1	1	0,284	
	Non	10	60		
Hémorroïdes	Oui	1	21	0,087	
	Non	10	40		
Fissure anale	Oui	0	17	0,0396	
	Non	11	44		
Fistule anale	Oui	0	9	0,2037	
	Non	11	52		

DISCUSSION

I. Apport de ce travail

Afin de réaliser notre étude, nous avons recruté les patients qui présentaient une pathologie de la région anale, vus aux services de dermatologie de L'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Institut d'Hygiène Sociale, et aux centres d'endoscopie digestive des services d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff, pour viser un grand échantillon.

Notre étude a pu déterminer les particularités épidémiologiques, étiologiques, cliniques et thérapeutiques des pathologies de la région anale.

I. Les limites

Les limites de notre travail étaient :

- Réticences voire refus de certains patients à se soumettre à l'enquête ;
- Non-respect des rendez-vous de contrôle ;
- La non-réalisation des examens complémentaires pour tous les malades ;
- La rareté des publications sur le sujet, pathologie de la région anale, a rendu un peu sommaire la discussion ;
- Le nombre de perdus de vue.

III. Discussion de nos résultats

III.1. Les aspects épidémiologiques

Durant notre période d'étude, la fréquence hospitalière de la pathologie de la région anale était de 0,39%. Au Sénégal, il n'existe pas d'études centrées sur l'ensemble des pathologies de la région anale. Ce qui rend difficile l'évaluation de la fréquence réelle de cette pathologie. Au Bénin, en 2014, la prévalence des dermatoses anogénitales était de 2,6%.

Nos patients étaient relativement jeunes, avec un âge moyen de 35,04 ans dont la tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentative. Dans la littérature, il est de 36,33 ans en Afrique [98,99] et de 52 ans en Europe [3]. Cet

écart d'âge entre ces deux continents serait dû à la jeunesse de la population africaine.

Une prédominance masculine a été notée dans notre série avec un sex ratio de 1,4. La prévalence élevée chez le sexe masculin a été rapportée par de nombreux auteurs. En effet, Yassibanda et al. à Bangui [99] avaient trouvé, parmi les 412 patients, 293 étaient de sexe masculin et 112 de sexe féminin soit un sex-ratio de 2,4. Dia et al à Dakar avaient trouvé un sex-ratio de 2 [6]. Ce même résultat était rapporté par Degboe et al. à Cotonou [5] dans une série portant sur les dermatoses anogénitales.

Ce constat laisse supposer, que les hommes sont, soit plus exposés que les femmes, soit beaucoup plus préoccupés par l'atteinte de cette topographie.

Dans notre étude, certaines professions étaient plus exposées que d'autres. En effet, les élèves et étudiants, notamment de sexe masculin (69%) étaient plus atteints dans notre série avec un pourcentage de 22,2%. Nos résultats sont proches de ceux retrouvés par Yassibanda et al [99], qui avaient retrouvé une prédominance des fonctionnaires et des étudiants. Ces résultats pourraient s'expliquer par le rôle de la station assise qui constitue un des facteurs favorisant des affections ano-rectales, notamment la maladie hémorroïdaire [100] et par la fréquence élevée des hommes dans ce groupe de profession.

III.2. Les aspects étiologiques

Différentes étiologies étaient identifiées. Les affections proctologiques communes étaient prédominantes dans notre série (43,1%). Par ordre de fréquence, les hémorroïdes étaient les plus observées (30,6%), dont les hémorroïdes internes représentaient 79,2 % des cas et les hémorroïdes externes 20,8 % des cas, les fissures (23,5%) et les fistules (12,5%). Cette forte prédominance des hémorroïdes rejoint les résultats rapportés par Dia et al à Dakar [6], Maïga et al. au Mali [98] et Abramowitz L et al en France [101].

Les facteurs de risque susceptibles d'expliquer la survenue de symptômes hémorroïdaires les mieux validés sont la période du troisième trimestre de la

grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat, ainsi que les troubles du transit intestinal. Les autres facteurs de risque sont moins bien documentés [20].

Dans notre série une constipation chronique a été retrouvée chez 18,1% des patients, soit 54,5% des cas d'hémorroïdes avec un lien statistiquement significatif. Ce dernier est remis en cause dans les études épidémiologiques, qui avaient montré une discordance des courbes de prévalence des deux affections [20, 98].

Les habitudes alimentaires n'étaient pas prises en compte dans notre étude. Toutefois, il convient de signaler que la consommation d'alcool et d'épices est assez fréquente en milieu africain [102].

Les fistules anales sont habituellement secondaires à l'infection des cryptes, elles sont favorisées par la stase fécale due à la constipation [23], dans notre étude elles étaient retrouvées dans 12,5% (n=9) dont 5 patients avaient une notion de constipation chronique avec un lien statistiquement significatif. Cette fréquence de la fistule anale est proche de celle retrouvée dans la série de Dia et al [6].

Si les affections proctologiques communes étaient prédominantes, les dermatoses infectieuses occupaient le deuxième rang avec une fréquence de 19,4% des cas. Degboe B. et al [5], dans une série de 161 cas, avaient pu identifier 77 % dermatoses anogénitales d'origine infectieuse, dont les mycoses représentaient 26,2%.

Dans notre étude, les intertrigos mycosiques représentaient 16,7 % (n=12) dont les intertrigos d'origine dermatophytique retrouvés chez 7 patients et d'origine candidosique chez 5 patients.

Le nombre élevé de mycoses dans notre série pourrait être expliqué par des facteurs climatiques associant chaleur et humidité.

D'autres facteurs généraux favorisent la survenue d'intertrigos mycosiques. Dans notre série, un IMC supérieur à la normale (>25) était noté dans 60% des cas de candidoses et 28,6 % des cas de dermatophyties. Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif.

En effet, les patients obèses sont particulièrement vulnérables parce que les mécanismes de refroidissement naturels de leurs corps sont compromis, ce qui rend la transpiration constante. En outre, leur masse corporelle peut limiter la mobilité. L'humidité s'accumule et reste piégée à l'intérieur des plis de la peau favorisant la croissance des espèces fongiques et conduit inévitablement aux intertrigos mycosiques [103, 104]

Par ailleurs, le diabète était noté chez 60 % ($n= 3$) des patients parmi les 5 qui présentaient des candidoses, ce qui rejoint une étude faite à Dakar sur les intertrigos chez l'adulte [105] qui avait retrouvé le diabète dans 30 % des cas de candidoses.

Sarr A et al [106], dans leur étude faite sur les dermatoses associées au diabète, menée à Dakar en 2012, notaient que l'atteinte des plis était de loin la localisation mycosique la plus fréquente chez le diabétique.

Une association d'intertrigo interfessier mycosique à d'autres localisations extra anales à type d'intertrigos inguinaux, sous mammaires, d'intertrigos interorteils et d'onychomycoses a été noté dans 91,6% des cas de mycoses. Ce qui rejoint l'étude faite à Cotonou où l'atteinte multifocale était la plus fréquente [5].

Ces associations résulteraient probablement d'une auto-inoculation à partir du 1^{er} site contaminé.

Deux cas de dermatophytie profuse ont été retrouvés (28,8%) dont une notion de dépigmentation artificielle notée chez les deux patientes.

La dépigmentation artificielle est à l'origine de nombreuses complications notamment infectieuses, dont les mycoses sont probablement les complications les plus fréquentes avec une prévalence variant de 30% [107]. Dans notre étude

nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la survenue d'intertrigo mycosique et le terrain d'immunodépression avec un $p=0,019$.

Dans notre étude l'actinomyose était notée dans 2,8% ($n=2$) des cas dont les deux patients étaient de sexe masculin avec une moyenne d'âge de 54 ans. Ces résultats sont proches de ceux rapportés par la littérature [30, 31].

Dans la littérature, la prévalence de la localisation abdomino-pelvienne des abcès actinomycosiques est de 20 à 27 % [31].

Dans notre série, les IST représentaient 18,1% ($n=13$) des cas dont les condylomes étaient majoritairement retrouvés chez 10 patients (13,9%), Degboe et [5] al avaient rapporté 55 cas de condylomes sur une série de 161. La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentée avec une moyenne d'âge de 28,3 ans. Cette tranche d'âge représente les groupes sexuellement actifs, les condylomes ano-génitaux apparaissent donc comme une affection du sujet jeune bien qu'elle puisse être retrouvée à tous les âges (dans notre série de 2 à 55 ans). Ces résultats sont proches de ceux rapportés dans la série de Degboe B. à Cotonou et celle de KONE A à Bamako [5, 108].

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les caractéristiques sociodémographiques et la survenue d'IST.

Dans notre série, l'infection à VIH était rapportée dans 2,4 % des cas ($n=2$). Nos résultats sont proches de ceux de Degboé B. [5] qui avait retrouvé une infection à VIH dans 7,7% des cas. Cependant, dans une étude camerounaise portant sur l'association VIH et pathologies anorectales [109], les condylomes anaux étaient retrouvés chez 32 à 43% des patients vivants avec le VIH.

Dans notre série 13,9 % ($n=10$) des patients avaient rapporté un antécédent d'IST dont l'écoulement urétral était le syndrome le plus retrouvé. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par une mauvaise connaissance des facteurs de risque de survenue de ces infections. Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif avec un $p=0,034$.

Dans notre étude 6,9% (n=5) des cas d'IST avaient une notion de rapport sexuel de type anal, dont 2 patients étaient des homosexuels (HSH).

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le rapport sexuel de type anal et la survenue d'IST ($p=0,0001$). Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans une étude faite à Dakar sur les IST chez les HSH [110], dans laquelle environ 20% des patients avaient des condylomes anaux avec un risque 12 fois plus élevé chez les réceptifs ($p=0,022$).

Les condylomes ano-génitaux peuvent être observés chez l'enfant, ils peuvent être dus à une contamination manu portée à partir de verrues ou par contact domestique, mais doivent également faire évoquer l'éventualité de sévice sexuel soulevant un problème médico-légal [59]. En effet, dans notre série, les enfants étaient atteints de condylomes dans 2 cas. Chez eux, aucune notion de sévice sexuel n'a été retrouvée après une enquête rigoureuse.

Nous avons retrouvé une association statistiquement significative entre l'existence d'IST et l'absence de fissure anale ($p= 0,03$). Nous pensons que ceci pourrait être lié au fait que la douleur retrouvée au cours de la fissure anale empêcherait les pratiques sexuelles anogénitales.

Dans notre étude, diverses dermatoses inflammatoires étaient retrouvées chez 19,4% (n=14) des patients. Nos résultats sont proches de ceux rapportés par Degboes et al [5] qui avaient trouvé l'étiologie inflammatoire dans 12,6%. Dans notre série, il s'agissait, essentiellement, de la dermatite atopique, l'eczéma de contact, le psoriasis, le lichen plan et le vitiligo.

Le terrain atopique était présent dans 9,7 % (n=7) des cas. Une dermatite atopique était retrouvée chez 4,2% (n=3) des patients avec un âge moyen de 13,9 ans.

En effet, la dermatite atopique est une affection qui survient majoritairement chez les enfants. Elle débute dans 80% des cas avant l'âge de 5 ans [111].

Un eczéma de contact était retrouvé chez 2,8% (n=2) des patients dont une association à une dermatite atopique dans un cas. En effet, la prévalence de

l'eczéma de contact est plus élevée chez l'atopique, elle varie entre 17 et 66%, et est croissante avec l'âge [112]. L'étude de Soulanoudjingar [113] réalisée en 2015 sur la prévalence de l'atopie dans la dermatite atopique portant sur 100 cas retrouvait une prévalence de 62%.

Un lichen plan était retrouvé dans 4,2% (n=3) des cas, tous, de sexe féminin, avec une moyenne d'âge de 59,3ans. Ce résultat rejoint les données de la littérature qui rapportaient que la localisation ano-génitale du lichen plan se voit surtout chez les femmes en période péri- ou post- ménopausique, ayant fait rarement des enfants [114].

D'autres dermatoses étaient rapportées dans notre étude, en moindre proportion. Il s'agissait du psoriasis inversé et du vitiligo notés, chacun, dans 2,4% des cas, et de la Maladie de Verneuil notée dans 1,4% des cas.

Dans notre étude l'étiologie tumorale était notée dans 2,8% des cas, dont un cas de lymphangiome.

III.3. Les aspects cliniques

Chez nos patients le délai de consultation était long avec une moyenne de 38 semaines. Ce retard diagnostique pourrait être expliqué par:

- La négligence des lésions, vu la localisation couverte surtout en absence de signes fonctionnels,
- L'inaccessibilité des structures sanitaires,
- et le recours fréquent des patients à la médecine traditionnelle noté dans 27,8% des cas.

Les signes fonctionnels étaient présents dans 70,8% des cas. La douleur anale, le prurit et les rectorragies étaient les symptômes majeurs motivant la consultation.

En effet, la douleur était notée dans 43,1 % des cas; suivie par le prurit dans 36,1 % des cas et les rectorragies dans 19,4% des cas.

Cette fréquence élevée de la douleur, dans notre série, est liée à la nature des étiologies proctologiques dont les fissures, les hémorroïdes et surtout les thromboses hémorroïdaires vu notre cadre d'étude. En effet, nous avons trouvé

un lien statistiquement significatif entre la douleur anale et les affections proctologiques communes. Cependant, dans la littérature, l'existence d'une douleur anale n'est en aucun cas synonyme « d'hémorroïdes ». En effet, celles-ci ne se manifestent par des douleurs que lorsqu'elles sont thrombosées, seuls 15% des « hémorroïdaires » ont des thromboses [115]. Ces dernières sont liées à une coagulation extravasculaire secondaire à la rupture d'une veine superficielle des plexus hémorroïdaires entraînant la constitution d'un hématome sous tension.

Le prurit anal, même si les patients sont très réticents et viennent, généralement, consulter à un stade tardif avec des manifestations atypiques et lichénification secondaires au grattage constant, reste un motif courant de consultation en dermatologie et en proctologie [116]. Dans la littérature, le prurit anal touche 1 à 5 % de la population générale, et plus volontiers l'homme après 40 ans (sex ratio : 3/1) [117]. En effet, dans notre étude, le prurit était retrouvé dans 36,1% (n=26) des cas dont 21 patients présentaient des dermatoses et les 5 restants présentaient des affections proctologiques communes. Cette fréquence élevée du prurit au cours des dermatoses se justifie par le caractère prurigineux des dermatoses inflammatoires et infectieuses. Dans notre série, le lien entre le prurit et les dermatoses était statistiquement significatif ($p=0,0006$).

Un polymorphisme lésionnel était noté, avec une prédominance de l'érythème (27,8%). Il était isolé ou associé aux squames dans 11,1% des cas, suivi de la fissure anale (23,6%).

Cette prédominance de l'érythème était également rapportée par Ndiaye M. et al [105] en 2014 sur une série de 103 cas d'intertrigo chez l'adulte. Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'érythème est la lésion élémentaire de la plupart des intertrigos, traduisant les états inflammatoires cutanés.

Le seul cas d'érythrodermie était une patiente suivie pour un psoriasis. Elle était aggravée par la prise d'une phytothérapie orale.

III.4. Les aspects évolutifs

Après un suivi de quatre mois, l'évolution était favorable dans 79,2% (n=57) des Cas. Une récurrence était notée dans 2 cas dont un patient qui présentait une dermatite atopique n'ayant pas respecté les mesures d'éviction des allergènes responsables et le deuxième cas était une patiente qui présentait un psoriasis ayant eu une infection urinaire. Dans notre étude, 8 patients étaient perdus de vue.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

La pathologie de la région anale englobe les maladies de la marge anale, du pli interfessier et du canal anal. De multiples affections dermatologiques peuvent se localiser au niveau de cette région.

Dans les pays en développement, la prévalence des dermatoses anales est mal connue ou sous-estimée. Ceci a motivé notre travail, dont l'objectif était de préciser les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs de la pathologie de la région anale.

Pour ce faire, nous avons mené une étude descriptive et analytique du 31 juillet 2015 au 31 juillet 2016 dans les services de Dermatologie de l'Institut Hygiène Sociale et de l'Hôpital Aristide Le Dantec, et aux centres d'endoscopie digestive des services d'hépto-gastro-entérologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec et de l'Hôpital Général de Grand Yoff. Nous avons inclus tous les malades qui consultaient pour une pathologie anale et qui acceptaient l'administration du questionnaire.

Les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire, puis étaient saisies sur le logiciel Sphinx. L'analyse statistique était effectuée à l'aide du logiciel Epi-info 7. Le test de Khi-deux était utilisé avec un degré de significativité $p < 0.05$.

Nous avons inclus 72 malades dont la fréquence hospitalière était de 0,39%. L'âge moyen de nos patients était de 35,04 ans avec des extrêmes de 1 an et 76 ans. Le sex-ratio était de 1,4.

Les étiologies étaient nombreuses (17), dominées par les affections proctologiques communes dans 43,1% des cas ($n=31$). Les hémorroïdes étaient les plus observées (30,6%), dont les hémorroïdes internes représentaient 79,2 % ($n=19$) des cas et les hémorroïdes externes 20,8 % ($n=5$) des cas.

Les dermatoses infectieuses et inflammatoires étaient au deuxième rang avec, chacune, un pourcentage de 19,4%. Les mycoses étaient les plus observées (16,6%). Par ordre de fréquence, les intertrigos d'origine dermatophytique

représentaient 9,7% (n=7) des cas et d'origine candidosique 6,9 % (n=5) des cas.

La cause allergique, notamment, la dermatite atopique et l'eczéma de contact était retrouvée chez 7 % (n=5) des patients.

Les IST occupaient une place importante à savoir 18,1% des patients (n=13), les condylomes étaient les plus fréquents avec une fréquence de 13,9% (n=10).

Par ailleurs, il existait un facteur favorisant la survenue de la pathologie anale dans 60% des cas, dont les plus retrouvés sont l'obésité chez 37,5% (n=27) des patients, la constipation chronique chez 16,7% (n=12) des patients, l'atopie chez 9,7% (n=7) et le diabète chez 8,3% (n=6) des patients.

La prise en charge et la mise en place des mesures d'éviction des facteurs favorisant la survenue de la pathologie anale avaient permis une amélioration des manifestations cliniques chez la majorité des patients.

Au terme de notre étude et au vu des résultats, nous formulons quelques recommandations:

- ✓ Assurer une hygiène satisfaisante en lavant quotidiennement, rinçant et séchant soigneusement le pli interfessier.
- ✓ Mettre en œuvre des interventions au niveau de la communauté (IEC) visant à changer les comportements, en vue de prévenir les IST.
- ✓ Supprimer ou réduire les facteurs favorisant la survenue des affections proctologiques communes notamment la constipation.
- ✓ Des études épidémiologiques multicentriques, étendues à l'ensemble des hôpitaux et sur une période plus longue, pour mieux apprécier les caractères épidémiologiques et cliniques de la pathologie de la région anale.
- ✓ Une meilleure collaboration entre dermatologues, médecins généralistes, gastro-entérologues et chirurgiens proctologiques pour améliorer la prise en charge de la pathologie de la région anale.

REFERENCES

1. Lachapelle JM

Pathologie cutanée des régions anorectale et interfessière

In : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5^{ème} édition, Masson 2008; 17-5 : 878-881

2. Senéjoux A

Dermatoproctologie

EMC- Dermatologie 2013 ; 8

3. Tournu.G

Evaluation de la part de la proctologie en médecine générale : étude nationale prospective

Thèse de médecine Diderot Paris 7 ; 2015

4. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Baron G, Walker F, Yeni P, Duval X.

Systematic Evaluation and Description of Anal Pathology in HIV-Infected Patients

During the HAART Era

Dis Colon Rectum. 2009;52(6):1130-6

5.Degboé B, Atadokpedé F, Adegbiidi H, Saka B, Akpadjan F, d'Almeida C

Profil épidémioclinique des dermatoses anogénitales dans un service de dermatologie à Cotonou (Bénin)

Médecine et Santé Tropicales 2014 ; 24 : 416-419

6.Dia D, Diouf ML, Mbengue M, Bassène ML, Fall S, Diallo S et al

La pathologie anale à Dakar : Analyse de 2061 examens proctologiques

Médecine d'Afrique noire 2010 ; 57(5):241-244

7.Joseph DA, Miller JW, Wu X, Chen VW, Morris CR, Goodman MT et al.

Understanding the burden of human papillomavirus-associated anal cancers in the US.

Cancers. 2008 ; 113(10 Suppl):2892-900.

8.Piketty C, Selinger-Leneman H, Grabar S, Duvivier C, Bonmarchand M, Abramowitz L, et al.

Marked increase in the incidence of invasive anal cancer among HIV-infected patients despite treatment with combination antiretroviral therapy.

AIDS. 2008 ; 22 (10):1203-11

9. Lobry B, Abramowitz L

Lésions prénéoplasiques de l'anus
EMC, 9-084-E-10

10. Dangou JM, Deme A, Kasse AA, Ndiaye PD, Toure P.

Le cancer de l'anus : à propos de 32 cas colligés à l'institut du cancer de Dakar.
Acta endosc. 2000 ; 30 (3) : 262.

11. Kreuter A

Proctology – diseases of the anal region
JDDG 2016; 14(4): 352-373

12. Serra.S, R. Chetty

Tumours of the anal canal Current
Diagnostic Pathology (2006); 12: 136–151

13. Elhamzaoui.I

Cancer de l'anus : Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, et évolutifs
Thèse de médecine 2011, n°116

14. Denis J., Ganansia R., Puy-Montbrun TH

Dermatologie proctologique
4ème Edition Masson Paris, 1999 : 120-138μ

15. Asawanonda P. Taylor C.R.

Wood's light in dermatology.
Int J Dermatol 1999 ; 38:801-7.

16. Rancé F.

Utiliser des examens complémentaires pour le diagnostic et la prise en charge de la DA.
Ann Dermatol Venereol 2005; 132:53-63.

17. Maingon.P , G Truc , JF Bosset

Cancer du canal anal
Encycl Méd-Chir 2002 ;9 :08-104

18. Jean- Marie Andrieu, Pierre Colonna, Rafael lévy

Cancers ;
Guide pratique d'évaluation de traitement et de surveillance Ed1997,p 474-482

19. Abramowitz L

The Diagnosis and Management of Haemorrhoidal Disease from a Global Perspective

Guest Editor,

MEDICINE 43:6 2015 Published by Elsevier Ltd.

20. Bruce D George

Anal and perianal disorders

Medicine 2011; 39(2) : 84–89

21. Senéjoux A

Hémorroïdes

EMC 9-086-A-10

22. De Parades V, Parisot C.

Fissure anale

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 9-087-A-10

23. Tarrerias AL

La fistule anale cryptogénique

Post'U 2013 :91-100

24. Atienza P, Méary N, De Parades V, Étienney I

Fistules anales

Encycl Med-Chir 9-086-C-10

25. Souillet AL, Truchot F, Jullien D, Dumas V, Faure M, Floret D, Claudy A

Anite périanale streptococcique

Archives de Pédiatrie 2000 ; 7(11) : 1194-1196

26. Lachapelle J.M.

Dermatoses des plis.

In : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5^{ème} édition, Masson 2008; 874-7.

27. Bentama K, Chourak M, Chemlal I, Raiss M, Hrorra A, Sabbah F et al

Les fistules anales d'origine tuberculeuse. A propos de quatre cas

J Afr Hepato Gastroenterol (2012) 6: 15.

28. Soudan D

Dermatologie, proctologie ou infectiologie ? De la nécessité d'une approche multidirectionnelle

Ann Dermatol Venereol 2010 ; 137(10) : 589-590

29. Gayraud A, Grosieux-Dauger C, Durlach A, Salmon-Her V, Elia A, Grosshans E et al

Actinomyose cutanée péri-anale et fessière

Ann Dermatol Venereol 2000 ; 127(4) : 393

30. Ben Romdhane F, Bouguerra CH, Loussaief C, Ben Fredj F, Zakhama A, Chakroun M et al

Actinomyose digestive simulant une maladie De Crohn

Rev Tun Infectiol, Sept 07, Vol 1, N°4, 33 – 35

31. Kacem Ch., Puisieux F., Kammoun A., Marched M. et al.

Actinomyose abdominale. A propos de 3 cas et revue de la littérature.

Ann Med Int 2000, 151 : 243-7.

32. Flamme M, Binet H, Parent D

Dermatoses périanales courantes : le point de vue du dermatologue et mise à jour

Clinique de Pathologie des muqueuses

Acta endoscopica 2007 ;37(4) : 531-540

33. Gonzales-Ruiz C, Heartfield W, Briggs B, Vuskasin P, Beart R.

Anorectal pathology in HIV/AIDS-infected patients has not been impacted by highly

active antiretroviral therapy.

Dis Colon Rectum 2004;47:1483-6.

34. Sultan S, Bauer P, Atienza P.

Infections sexuellement transmissibles anorectales.

EMC 8-003-I-10.

35. Darie H, Klotz F

La pathologie anale et péri-anale en zone tropicale

Acta Endoscopica 1996 ; 26(1) : 9-16

36. Chavanon O., Ciofolo J.C., Klotz F.

Savoir penser à l'amibiase cutanée ! A propos d'un cas à l'hôpital de Melen, Gabon.

Méd. Trop., 1993,53 (3) : 363-5.

37. Le Bozec P.

Conduite à tenir devant un intertrigo.

Livre de l'interne Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles, Médecine-Sciences Flammarion 2003 ; 70-82.

38. Imbert R.

Dermatoses périanales courantes. Bannir le diagnostic du tout hémorroïdaire.

Rev Prat - Med Generale 1996, 10 :31-4.

39. Pierard G.E., Quatresooz P., Pierard-Franchimont C.

Les mycoses.

In : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5^{ème} édition, Masson 2008; 175-87.

40. Bowden FJ, Tabrizi SN, Garland S, Fairley CK.

Sexually transmitted infections: new diagnostic and treatments.

Med J Aust 2002;176:551-7.

41. Rompalo AM, Joesoef MR, O'Donnell JA, Augenbraun M, Brady W, Radolf JD, et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender: results of the syphilis and HIV study. Sex Transms Dis 2001;28:158-65.

42. Janier M.

Syphilis: aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques.

Rev Prat 2004;54:376-82.

43. Tayal S, Shaban F, Dasgupta K, Tabaqchali MA

case of syphilitic anal condylomata lata mimicking malignancy

Int J Surg Case Rep. 2015;17:69-71

44. Bouscarat F.

Infections sexuellement transmises. Actualités cliniques et thérapeutiques. Médecine et maladies infectieuses 35 (2005) 290–298.

45. Workowski KA, Bolan GA

Centers for Disease Control and Prevention Sexually transmitted diseases treatment guidelines MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5; 64(RR-03):1-137.

46. Milpied B, Janier M, Derancourt CH, Verret JL, Caumes E, Bouscarat F et la section MST de la SFD.

Herpès génital.

Ann Dermatol Venereol 2006; 133:2S28-30.

47. Alliance Internationale entre Hommes.

Prévention du VIH et des IST pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Frontiers Prevention Project, 2003, 56 p

48. ANAES.

Conférence de consensus : prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues).

Presse Med 2002; 31:363-70.

49. Lane T, Raymond HF, Dladla S, Rasethe J, Struthers H, McFarland W, et al.

High HIV prevalence among men who have sex with men in Soweto, South Africa: results from the Soweto Men's Study.

AIDS Behav 2011;15(3):626-34.

50. Ward H, Alexander S, Carder C, Dean G, French P, Ivens D et al

The prevalence of lymphogranuloma venereum infection in men who have sex with

men: results of a multicentre case-finding study.

Sex Transm Infect. 2009 Jun;85(3):173-5

51. Hamill M, Benn P, Carder C, Copas A, Ward H, Ison C et al

The clinical manifestations of anorectal infection with lymphogranuloma venereum

(LGV) versus non-LGV strains of Chlamydia trachomatis: a case-control study in

homosexual men.

Int J STD AIDS. 2007 Jul;18(7):472-5.

52. Senéjoux A

Lymphogranulomatose vénérienne et chlamydioses rectales

Colon Rectum (2009) 3:156-160

53. Forrester B, Pawade J, Horner P

The potential role of serology in diagnosing chronic lymphogranuloma venereum

(LGV): a case of LGV mimicking Crohn's disease

Sex Transm Infect. 2006 Apr; 82(2): 139–140.

54. CNLS Sénégal.

Guide de prise en charge médicale, psychologique et sociale des IST/VIH/SIDA chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) au Sénégal. 2006.

55. Halioua B, Lassau F, Janier M, Dupin N, Bouscarat F, Chartier CH et la section MST de la SFD.

Gonococcie.

Ann Dermatol Venereol 2006 ;133:2S11-2.

56. Gilley BJ, Co-Cké JH.

Cultural investment: providing opportunities to reduce risky behavior among gay American Indian males.

J Psychoactive Drugs. 2005 ; 37:293–8.

57. Sultan S.

Condylomes anaux : une prise en charge encore difficile.

J Chir (Paris) 2001;138:277-80.

58. Aynaud O, Dupin N

Maladies sexuellement transmissibles chez l'homme

Encycl Méd-Chir ; 18-690-A-10

59. Bouscarat F, Benabderrahmane D, Abramowitz L

Condylomes anaux

EMC - Gastro-entérologie Volume 7 > n°3 > juillet 2012 9-082-A-20

60. Senéjoux A

Traitement des condylomes anaux récidivants

Gastroentérologie Clinique et Biologique (2008) 32, S231—S234

61. Sultan S.

Aspect clinique des lésions anales à HPV.

Courrier Coloproctol 2003;1(suppl):8-9.

62.Sultan S, Bauer P, Lons-Danic D, Fathallah N, Zeitoun JD, Lemarchand N et al

Prurit anal : ce qu'il faut faire et ne pas faire...

POST'U 2014 : 1-10

63.Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF).

Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte: eczéma de contact.

Ann Dermatol Venereol 2012; 139:78-84.

64.McGirt LY, Martins CR.

Dermatologic Diagnoses in the Perianal Area

Clin Colon Rectal Surg 2004; 17(4): 241-245.

65.Descamps V

Psoriasis inversé de la région périanale : un diagnostic souvent trompeur

Le Courrier de colo-proctologie (IV) 2003 ; 1 : 21-23

66.Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF).

Psoriais.

Ann Dermatol Venereol 2012; 139:A112-20.

67.Lagier L, Mazereeuw-Hautier J, Raffin D, Beneton N, Lorette G, Maruani A

Les dermites du siège du nourrisson Napkin dermatitis

Ann Dermatol Venereol 2015 ; 142, 54-61

68.Rodríguez Acar M, Neri Carmona M, Jalife Montaña A, Hugo Alarcón H

Patologías más frecuentes del área perianal

Rev Cent Dermatol Pascua 2000; 9(2): 86-95

69.Estève E., Pasquier Y., Georgescu V.

Pigmentation des plis.

Ann Dermatol Venereol 2004; 131:1103-4.

70.Senéjoux A

La maladie de Verneuil ano-périnéale

POST'U 2014 : 1-4

71.Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al.

Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies.

J Am Acad Dermatol 2008 Oct; 59(4):596-601

72.Matusiak L, Bieniek A, Szepietowski JC.

Increased serum tumour necrosis factor-alpha in hidradenitis suppurativa patients: is there a basis for treatment with anti-tumour necrosis factor-alpha agents?

Acta Derm Venereol 2009 ; 89(6):601-3.

73.Nassar D.

Hidradénite suppurée ou maladie de Verneuil.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Masson), Dermatologie 2008; 98-820-A-20.

74.Kharfi M.

Acrodermatite enthéropathique.

Communication à la Journée niçoise de dermatologie pédiatrique, 2009.

75.Seneschal J

Manifestations dermatologiques au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

POST'U (2016)

76.Bouchard D

Recommandations pour la pratique clinique des lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn 2014

POST'U 2015 : 27-35

77.Delaporte E., Piette F.

Affections du tube digestif.

In : Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5^{ème} édition ; Masson 2008; 161-5.

78.Ammour A, Jouary T, Taïeb A, Mazereeuw-Hautier J

Le vitiligo de l'enfant

Ann Dermatol Venereol 2010 ; 137(10) : 654-658

79. Eschard C

Hémangiomes infantiles : quand explorer et actualités thérapeutiques
Ann Dermatol Venereol (2015) 142, 476—482

80. Idrees R, Minhas K, Ahmad Z, Ahmad R, Kayani N et Arif M

Lymphangioma Circumscriptum: Clinicopathological Spectrum of 29 Cases
Saira Fatima, Nasir Uddin,
J Coll Physicians Surg Pak 2015 Sep; 25(9):658-61

81. Vieillot S, Azria D

Prise en charge du cancer épidermoïde du canal anal
Post'U 2011 : 205-212

82. Frisch M, Glimelius B, van den Brule AJ, Wohlfahrt J, Meijer CJ, Walboomers JM et al

Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer.
N Engl J Med. 1997 Nov 6; 337(19):1350-8

83. Fenger C, Frisch M, Marti MC, Parc R.

Tumours of the anal canal In: WHO Classification of tumours: Pathology and genetics of Tumours of the Digestive System, SR Hamilton, LA Aaltonen, IARC Press, Lyon, 2000. 145-155

84. Cuvelier C, Ferdinande L, Demetter P

Tumeurs et pseudotumeurs du canal anal et de l'anus
Acta Endoscopica 2003; 33(3) : 357-365

85. Clark MA, Hartley A, Geh JI.

Cancer of the anal canal.
Lancet Oncol. 2004; 5(3) :149-57.

86. Chatelain D, Mokrani N, Fléjou JF

Pathologie tumorale anale et péri-anale
Ann Pathol 2007 ; 27(6) : 459-75

87. Kyriazanos ID, Stamos NP, Miliadis L, Noussis G, Stoidis CN.

Extra-mammary Paget's disease of the perianal region: A review of the literature emphasizing the operative management technique
Surg Oncol. 2011 ; 20(2): 61-71.

88. Abbasakoor F, Boulos PB.

Anal intraepithelial neoplasia.
Br J Surg. 2005 ; 92(3):277-90.

89. Leonard D, Beddy D, Dozois EJ.

Neoplasms of Anal Canal and Perianal Skin
Clin Colon Rectal 2011 ; 24(1):54-63.

90. Montagliani L, Aubert P, Vergeau B, Rivière P, Gaudry P, Dufau JP et al

Carcinome basocellulaire périanal
Presse Med 2004; 33(6): 389-90

91. Gibson GE, Ahmed I.

Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases.
J Am Acad Dermatol. 2001 ; 45(1):68-71.

92. Paterson CA, Young-Fadok TM, Dozois RR.

Basal cell carcinoma of the perianal region: 20- year experience.
Dis Colon Rectum. 1999 ; 42(9) :1200-2.

93. Lerondeau B, Granel-Brocard F, Cuny JF, Specty-Ferry J, Bressler L, Barbaud A et al

Mélanome de la marge anale
Ann Dermatol Venereol 2013 ; 140(6-7) : 444-447

94. Seetharamu N, Ott PA, Pavlick AC.

Mucosal melanomas: a case-based review of the literature.
Oncologist. 2010 ; 15(7):772-81

95. Weyandt GH, Eggert AO, Houf M, Raulf F, Bröcker EB, Becker JC.

Anorectal melanoma: surgical management guidelines according to tumour thickness.
Br J Surg 2003; 89: 2019—22.

96. Lerondeau BA, Granel-Brocard F, Cuny JF, Barbaud A, Schmutz JL

Le mélanome muqueux anal : une localisation rare et agressive
Ann Dermatol Venereol 2012 ; 139(12) : 211

97. Barrett WL, Callahan TD, Orkin BA

Perianal manifestations of human immunodeficiency virus infection : experience with 260 patients.

Dis Colon Rectum. 1998 ; 41(5):606-11

98. Maïga M, Traore H, Diallo G, Dembele K, Kalle A, Dembele M et al

Etude Epidémiologique De La Pathologie Anale Au Mali.

Med Chir Dig. 1995 ; 24 : 269-70.

99. Yassibanda S, Ignaleamoko A, Mbelesso P, Bobossi G.S, Boua N, Camego-Police SM et al

La Pathologie Ano-Rectale A Bangui Republique De Centrafrique (RCA)

Mali Médical 2004 T Xix N° 2

100. Suduca P, Suduca JM

Hémorroïdes.

E.M.C. Estomac-Intestin, 9086 A10, 5-1990,12p.

101. Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouénan C.

The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France.

Eur J Gen Pract 2014; 20(4) : 301–6.

102. Johanson JF, Sonnenberg A.

Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents.

Am J Gastroenterol 1994; 89:1981-6.

103. Muller N.

Intertrigo In The Obese Patient: Finding The Silver Lining.

Ostomy Wound Manage 2011; 57(8):16.

104. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A.

Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity.

J Am Acad Dermatol 2007; 56(6):901-916.

105. Ndiaye M, Taleb M, Diatta BA, Diop A, Diallo M, Diadie S et al

Etiology of intertrigo in adults: A prospective study of 103 cases

J Mycol Med. 2016 Aug 20 S1156-5233(16)30117-2.

106. Sarr A, Ly F, Manga M, Diallo M, Ndiaye M, Diop A et al.

Dermatoses associées au diabète chez des patients sénégalais (Étude prospective à propos de 140 patients)

Rev.CAMES-Série A 2012 ; 13(1) : 128-132.

107. Mahé A, Ly F, Aymard G, Dangou M.

Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women in Dakar, Senegal.

Br J Dermatol 2003 ; 148: 493-500.

108. Kone A.

Etude Epidemio-Clinique Et Prise En Charge Des Condylomes Dans Le Service De Dermatologie Du Cnam Et Au Centre De Sante De Référence De La Commune Iv Bamako (Mali).

Thèse De Médecine 2008

109. Weledji EP

Human immunodeficiency virus and the anorectum

Alexandria Journal of Medicine 2013 ; 49 : 163-167.

110. Ekambi Kotto Same R.

Profil Épidemio-Clinique Des Ist Symptomatiques Chez Les Homosexuels Masculins : Étude Descriptive de 31 cas suivis à l'IHS sur une Période de 4 Mois.

Mémoire De Dermatologie-Vénéréologie Année 2014, N° 978

111. Catteau B.

Dermatite atopique : épidémiologie et données cliniques actuelles.

Rev Fr Allergol Immunol Clin 2002 ; 42:373-7.

112. Pons-Guillaud A.

Intérêt de la batterie standard chez l'atopique.

17è cours d GERD. Prog Dermato-allergol 1996 ; 2:43-53.

113. Solmèheim Soulanoudjingar S

Prévalence de l'atopie dans la dermatite de contact à Dakar : Etude De 100 cas

Mémoire De Médecine N°1169

114. McPherson T, Cooper S

Vulval lichen sclerosus and lichen Planus

Dermatol Ther. 2010 ; 23(5) : 523-32.

115. Lemarchand N, Fellous K.

Pathologie anale : hémorroïdes, fissure anale et suppurations
EMC 25-050-B-40

116. Swamiappan M

Anogenital Pruritus

J Clin Diagn Res. 2016 Apr ; 10(4): WE01-WE03.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

Date :

Iconographie n°

Examen systématique ☐

Motif de consultation ☐

I- ETAT CIVIL

Prénom

Nom

Age:

Sexe: ♂ ♀

Statut matrimonial :

☐ Marié : ☐ Monogame ☐ Polygame

☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Vit en couple

Nombre d'enfants :

Niveau de scolarisation : ☐ Oui ☐ Non

Français : ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Arabe : ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Profession :

Niveau socio-économique : Elevé ☐ Moyen ☐ Bas ☐

Adresse :

Téléphone :

II- ANTECEDENTS

Personnels

II.1.Médicaux :

-Atcds de toute maladie générale :

Diabète ☐ HTA ☐ thyroïdopathie ☐ atopie ☐ Drépanocytose ☐

Toute autre maladie :

-Atcdts de toute pathologie de la région anale (même dans l'enfance) :

.....

-IST antérieures : Oui Non si oui, laquelle

Prise médicamenteuse en cours ou antérieure : Oui Non

Si oui, lesquels

Effets des traitements pris: ☐ Amélioration ☐ Stationnaire ☐ Aggravation

II.2. Atcdts chirurgicaux : non ☐ oui ☐ préciser :

Habitudes et mode de vie :

Dépigmentation artificielle ☐

Phytothérapie ☐

Tabac ☐

Rapport sexuel à risque non ☐ oui ☐

Homosexuel ☐ hétérosexuel ☐

Type de rapport : ☐ Génito-anal ☐ Génito-oral Vaginal ☐

III. CLINIQUE

1. Etude clinique :

- Motif de consultation : Eruption cutanée ☐
 Prurit ☐
 Douleur anale ☐
 Ulcération anale ☐
 Ecoulement anal ☐
- Autres (à préciser) :
- Itinéraire thérapeutique : Paramédical ☐
 Médecin ☐
 Dermatologue ☐
 Tradipraticien ☐
- Traitement antérieur : Dermocorticoïdes ☐
 Antifongiques ☐
 Topiques irritants ou allergisants ☒
 Autre.....
 Phytothérapie : Préciser:
- Délai de consultation (jours).....
- Signes généraux :
- Constantes : Poids :..... Température :.....
- Etat général : Bon ☐ Assez bon ☐ Mauvais ☐
- Signes physiques : érythème ☐ Papules ☐ Nodules ☐
 Vésicules ☐ Pustules ☐ Ulcérations ☐ Erosion ☐ Fissure ☐
 Fistules ☐ Adénopathies ☐ Végétations vénériennes ☐
 Tumeur ☐ troubles pigmentaires ☐
- Autres

- Topographie :
- Localisations extra-anales :
- Autre maladie générale associée :

IV- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Prélèvement mycologique ☐

Prélèvement parasitologique ☐

Prélèvement bactériologique ☐

Examen cytologique ☐

Biopsie cutanée ☐

Sérologie VIH: ☐

Sérologie syphilitique ☐

Autres examens :

IV- DIAGNOSTIC

Diagnostic retenu :

IV- TRAITEMENT

Traitement reçu :

Evolution : à J7 :

à J 15 :

à M1 :

☐ Guérison ☐ Persistance ☐ Séquelles ☐ Récidives

☐ Perdu de vue