

LA VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

Le prurit, un «méhin» fréquent

M. CAUCANAS (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2), G.E. PIÉRARD (3, 4)

RESUME : Le prurit est un symptôme fréquent qui peut être régional ou généralisé. Son origine peut être locale au niveau de la peau ou systémique. L'examen clinique et l'anamnèse sont primordiaux dans l'établissement du diagnostic étiologique qui gouverne le traitement.

MOTS-CLÉS : Prurit - Prurigo - Gale

PRURITUS, A FREQUENT WORRY

SUMMARY : Pruritus is a frequent symptom expressed locally or generalized. Its origine may be found locally in the skin or may prove to be systemic. The clinical examination and history are important in the establishment of the etiologic diagnosis which governs the treatment.

KEYWORDS : Pruritus - Prurigo - Scabies

INTRODUCTION

Le prurit est une sensation cutanée anormale, localisée ou diffuse, qui provoque le besoin de se gratter. Il est parfois responsable de stries de grattage et d'excoriations et il peut retentir sur le sommeil et les activités du patient. Son appréciation subjective varie selon les sujets. Le prurit diffère de la sensation de cuisson ou de douleur cutanée qui n'incitent pas au grattage. Le prurit fait partie du tableau clinique de nombreuses dermatoses, mais il peut aussi être isolé (*sine materia*) ou révéler une maladie générale (1-3).

L'examen clinique est primordial pour l'orientation du diagnostic étiologique. Le prurit est une donnée d'interrogatoire dont il convient de préciser à la fois l'intensité, le moment d'apparition, le siège de début, les circonstances déclenchantes éventuelles (saison, eau, ...) et son rythme nyctéméral éventuel. En effet, la plupart des prurits se majorent en fin d'après-midi et le soir. Les antécédents personnels et familiaux (atopie, prise médicamenteuse, pathologies associées, ...), ainsi que la notion de contagé éventuel sont importants à considérer. Chez le nouveau-né, le grattage est souvent absent et remplacé par le frottement du dos et des pieds sur les draps, ainsi que par des mouvements de contorsion ou une grande agitation. Ce n'est que vers l'âge de 7 à 8 mois que le grattage devient net, souvent au moment du déshabillage.

L'examen cutané doit rechercher:

- des traces de grattage (signes non spécifiques) telles que des excoriations, des stries linéaires, une lichénification, une pigmen-

tion (mélanose), voire des complications à type d'infection ou d'eczématisation.

- toute lésion élémentaire, spécifique, orientant vers une dermatose prurigineuse en sachant que le prurit peut précéder la lésion dermatologique caractéristique (Tableau I).

L'examen clinique complet éclaire sur la cause du prurit. Il faut rechercher une hépato-splénomégalie et des adénopathies, en notant toutefois que des adénopathies superficielles peuvent être secondaires à un prurit chronique.

Au terme de cet examen, il est possible d'individualiser conceptuellement les prurits généralisés et les prurits régionaux, tout en sachant que la frontière peut être incertaine, car de nombreux prurits diffus peuvent garder une topographie d'élection.

Dans le cadre des prurits diffus, il est commode de distinguer les prurits dermatologiques des prurits d'origine interne, en sachant que les facteurs sont souvent intriqués et qu'un prurit peut persister alors même que la cause déclenchante a disparu. Certains agents irritants appliqués sur la peau peuvent provoquer un prurit. C'est ainsi que l'utilisation abusive de savons détergents entretient un état de «peau sensible». Chez certains sujets, des variations de température ou d'humidité sont responsables d'un prurit. C'est le cas du sujet atopique et du sujet âgé.

TABEAU I. PRURITS GÉNÉRALISÉS

Dermatoses prurigineuses :

Les lésions spécifiques (différentes des lésions dues au grattage) orientent le diagnostic.

Prurit *sine materia* :

- Dermatoses en phase prééruptive (gale, toxidermie, pemphigoïde)
- Maladies systémiques
- Prurit psychogène

(1) Assistant clinique, (2) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

(4) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Hôpital Saint Jacques, Besançon, France.

Certains prurits peuvent survenir au contact de l'eau (prurit aquagénique).

Les dermatoses les plus fréquemment prurigineuses sont listées dans le tableau II. Le prurit est variable pour une même dermatose d'un sujet à l'autre. Il peut précéder de plusieurs mois une pemphigoïde bulleuse dont le diagnostic repose sur la révélation immunopathologique d'anticorps anti-membrane basale. Dans la gale, quand l'hygiène est correcte et l'infestation modérée, les lésions peuvent rester peu visibles, et un traitement d'épreuve est parfois justifié.

Une dermatose papuleuse prurigineuse exco-riée (prurigo) est parfois difficile à diagnosti-quer car il est impossible de préciser si une lésion préalable existait avant le grattage. Cer-tains prurigos peuvent cependant être rattachés à une cause :

- prurigos parasitaires (filariose, éruption migratrice), prurigos secondaires aux piqûres et morsures d'arthropodes (4);
- prurigos strophulus où le prurit est lié à une hypersensibilité à un arthropode, un acarien par exemple;
- dermatite atopique (prurigo chronique de Besnier);
- prurigos des lucites.

D'autres prurigos, en revanche, justifient, tout comme le prurit diffus, la recherche d'une étiologie interne avant d'être catalogués psychogè-nes.

Les prurits diffus d'origine interne sont plus rares que les prurits dermatologiques. Le pru-rit est dit «*sine materia*» en l'absence de toute lésion dermatologique élémentaire et de toute étiologie identifiable. Il s'agit d'une situation particulière à l'adulte qui peut parfois faire découvrir une étiologie générale (Tableau III). Le diagnostic repose sur la présentation clinique et sur un bilan biologique complémentaire mini-mal (Tableau IV).

- L'insuffisance rénale chronique sévère est une étiologie reconnue. Le traitement s'avère difficile, sauf si la greffe rénale est possible;
- Le prurit de la cholestase hépatique en pré-sence ou non d'un ictère.
- Les prurits d'origine hématologique sont typiques : lymphomes (mycosis fongoïde, mala-die de Hodgkin, leucémie lymphoïde chronique, ...), syndromes myéloprolifératifs, anémie ferri-prive quelle qu'en soit l'étiologie.
- Les parasitoses sont suspectées devant une hyperéosinophilie (nématodose intestinale, fila-riose, distomatose, bilharziose, ...).

TABLEAU II. PRURITS GÉNÉRALISÉS :
PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DERMATOLOGIQUES

Dermatoses prurigineuses :

- Eczéma (lésion vésiculeuse)
- Urticaire (lésion papulo-oedémateuse), dermatographisme
- Lichen (lésion papuleuse)
- Dermatose bulleuse auto-immune (lésion urticarienne, eczématiforme)
- Ectoparasitose (gale, phtiriasse)
- Mastocytose
- Prurigos non parasitaires
- Mycosis fongoïde

Agents irritants externes

Modifications de l'environnement

TABLEAU III. PRURITS GÉNÉRALISÉS D'ORIGINE INTERNE

Toxidermies

Insuffisance rénale

Rétention biliaire

Hématopathies

- Mycosis fongoïde
- Autres lymphomes
- Anémie ferriprive
- Syndrome myéloprolifératif

Infections

- Parasitoses intestinales
- Séropositivité VIH

Modifications endocriniennes

- Hyperparathyroïdie
- Syndrome carcinoïde
- Grossesse

TABLEAU IV. PRURITS GÉNÉRALISÉS :
BILAN BIOLOGIQUE COMPLÉMENTAIRE

Formule sanguine

Créatininémie

Phosphatases alcalines, gamma-GT

En fonction du contexte de l'examen clinique ou des résultats des examens sus-cités :

- Fer sérique
- Ferritine
- Examens parasitologiques
- Sérologie VIH
- TSH-T4

- La séropositivité pour le VIH peut être révélée en dehors de toute infection opportuniste par un prurit dont le mécanisme est varié (xérose cutanée, hypersensibilité à certains arthropodes, rôle du VIH, ou simplement une cause identique au prurit du sujet immunocompétent).
- Le prurit lié à l'hyperthyroïdie est rare. Le diabète n'est pas une cause de prurit diffus.
- Au cours de la grossesse, le prurit peut correspondre aux étiologies habituelles, ou à des affec-tions plus particulières à la femme enceinte : prurit gravidique (cholestase hépatique), pemphigoïde

gravidique (positivité à l'examen immunodermatopathologique) ou dermatose papuleuse polymorphe gravidique.

- Certains médicaments peuvent provoquer un prurit isolé ou avant-coureur d'une éruption.

Le contexte et l'exclusion d'une étiologie permettent dans certains cas de suspecter le caractère psychogène d'un prurit. Si l'aggravation du prurit sous l'effet de facteurs psychologiques est indiscutable, le mécanisme de ce type de prurit est inconnu. Celui-ci est particulièrement fréquent chez le vieillard où la sécheresse cutanée (xérose) s'associe à des facteurs psychologiques (isolement, ennui, ...) pour provoquer un prurit subintrant (1). Chez le vieillard, surtout masculin, le prurit sénile se caractérise par sa violence, sa chronicité, sans qu'il n'y ait aucune trace de grattage. Il n'y a ni excoriation, ni lichénification, malgré l'intensité et la durée du prurit. La peau est sèche, jaunâtre, « sénile ». Le seul signe le plus évident, en dehors du prurit continu, est la brillance des ongles, usés par le grattage. D'étiologie discutée, mais non reconnue, le prurit est rebelle aux traitements. En présence d'un prurit sénile, il ne faut pas négliger de rechercher des causes étiologiques.

Les prurits localisés doivent faire rechercher une cause circonscrite au territoire atteint:

- le prurit du cuir chevelu et de la nuque est souvent provoqué par une dermatose locale (pédiculose, teigne, état pelliculaire, psoriasis), ou une allergie à certains soins capillaires;
- les prurits ano-génitaux sont souvent rebelles (Tableau V) particulièrement en cas de lichen scléreux (5). En cas de candidose, il faut rechercher un diabète;
- certains prurits localisés ont une cause hématologique.

VIGNETTE CLINIQUE

Une dame nonagénaire vivant dans une maison de repos, se plaignait d'un prurit modéré. Il y a plus d'un an, la patiente et l'ensemble des

pensionnaires du home avaient été traités par perméthrine (Zalvor®, GSK) pour combattre une épidémie de gale. La dermatose était cependant en aggravation progressive. La patiente portait un gant couvrant la main gauche particulièrement affectée par une dermatose hyperkératosique (Fig. 1). Les lésions hyperkératosiques prédominaient sur la paume, dans les espaces interdigitaux et sous les ongles. L'avant-bras était érythémateux, couvert d'une desquamation furfuracée (Fig. 2).

Suite à ces observations, la patiente avait été orientée vers une hospitalisation dans un environnement non dermatologique. Le diagnostic de parasitose avait été mis en doute par les praticiens hospitaliers mais un avis dermatologique a cependant été demandé. L'examen clinique a évoqué le diagnostic de gale croûteuse, dite norvégienne ou hyperkératosique. L'application de benzoate de benzyle et la prise d'ivermectine ont été conseillées. Ce traitement ne sera cependant pas instauré.



Figure 1. Paume kératosique.



Figure 2. Avant-bras érythémateux et finement squameux.

TABEAU V. PRURITS ANO-GÉNITAUX

Dermatologiques :
• Candidoses, dermatophytose inguinale
• Parasitoses (phtiriose pubienne, oxyurose)
• Dermite de contact, lichénification
• Psoriasis inversé
• Etats scléro-atrophiques
• Pemphigus bénin familial
• Macération des plis
Proctologiques, hémorroïdes, fissure anale
Iatrogènes, cures d'antibiotiques
Psychogènes

Le dermatologue avait conseillé également de couper un ongle court afin d'observer le prélèvement au microscope et de réaliser un prélèvement cutané à des fins de confirmation diagnostique. Le laboratoire a reçu un petit fragment de tablette unguéale sans matériel hyperkératosique sous-unguéal. Une biopsie cutanée non ciblée réalisée sur l'avant-bras a été également examinée. Aucun des deux prélèvements n'a révélé la présence d'acares (parasite de la gale). Ils étaient en fait non contributifs puisqu'ils n'avaient pas été précisément centrés sur une zone parasitée.

Comme le résultat de laboratoire ne révélait pas de parasite, les médecins en charge de l'hospitalisation ont conclu qu'il ne s'agissait pas d'une gale, mais plutôt d'un eczéma d'étiologie inconnue. Un traitement par dermocorticoïde et antihistaminique oral a été prescrit, et une correction d'une hypovitaminose D a été conseillée. La patiente a quitté la salle d'hospitalisation et est retournée dans son home où sa dermatose s'est aggravée et s'est accompagnée d'une «épidémie de prurit» chez d'autres résidents et des membres du personnel soignant.

QUESTIONS

1. Quels sont les éléments sémiologiques et anamnestiques pertinents pour orienter le diagnostic ?
2. Quel est le diagnostic différentiel ?
3. Quels examens complémentaires envisager ?
4. Quelles propositions thérapeutiques envisager ?
5. Quelle prise en charge supplémentaire et quels conseils peut-on préconiser ?

RÉPONSES

Question 1

Les lésions typiques de la gale ont une topographie antérieure et siègent électivement :

- aux emmanchures antérieures;
- sur les organes génitaux;
- sur l'abdomen (péri-ombilical);
- sur l'aréole des seins;
- dans les espaces interdigitaux (vésicules perlées);
- sur les paumes;
- aux poignets où la recherche du sillon à trajet courbe et sinueux doit retenir toute l'attention;
- sur la plante du pied chez le nourrisson;
- parfois sur la face postérieure des coudes;

- dans le pli interfessier.

La face est toujours respectée; le dos est généralement épargné.

Si le diagnostic est souvent évident, il est parfois difficile d'affirmer le diagnostic de gale chez les gens propres, où les lésions cutanées sont discrètes. Le contexte, la notion de prurit conjugal ou familial peuvent orienter le diagnostic. Il faut parfois examiner d'autres membres de la famille pour affirmer la gale.

En revanche chez les malades peu soigneux de leur corps, la gale peut être masquée par un eczéma ou des pyodermites généralisées. La prédominance des lésions aux points d'élection permet d'orienter le diagnostic.

Chez la femme, l'eczéma du mamelon, en dehors de l'allaitement, doit évoquer la gale.

La gale croûteuse est classiquement définie par la généralisation de la parasitose et la discrétion du prurit (6). Le cas rapporté ici est très particulier car une seule des deux mains présentait les signes cliniques évocateurs. La patiente ne gantait pas l'autre main. Un examen attentif révélait cependant une discrète desquamation au niveau des faces latérales des doigts avec présence de sillons de gale.

Les histoires d'épidémies de gale dans des pensionnats pour étudiants, des institutions de repos pour vieillards et des hôpitaux font foison (7-9).

QUESTION 2

L'aspect des lésions a évoqué le diagnostic d'un eczéma de contact. Une autre origine possible à la dermatose aurait pu être une réaction indésirable à un médicament (toxidermie).

QUESTION 3

L'examen apportant un diagnostic formel est un prélèvement superficiel ciblé sur la recherche du parasite de la gale (10). Il s'agit de *Sarcoptes scabiei*, un sarcopte qui parasite exclusivement la couche cornée humaine.

Un avis de laboratoire ne peut être pertinent que si le prélèvement est adéquat (4). Il doit bien évidemment être ciblé sur un site représentatif de la maladie. Dans le cas contraire, un résultat négatif reste non contributif et ne peut, en aucun cas, exclure l'hypothèse diagnostique clinique. Ainsi, quand les avis dermatologiques sont négligés, et quand la confrontation anatomo-clinique est scotomisée, l'histoire de certains patients et de leurs dermatoses peut s'avérer bien navrante ...

QUESTION 4

Le traitement du prurit est avant tout étiologique. En effet, le traitement du symptôme prurit est décevant car aspécifique.

- Les antihistaminiques ne sont efficaces que dans les prurits secondaires à une urticaire ou lorsqu'on utilise les antihistaminiques de première génération dont l'intérêt est essentiellement sédatif (11).
- Les émoullients sont très utiles en cas de xérose (sécheresse cutanée). Les anesthésiques topiques sont à proscrire en raison du risque de sensibilisation. Dans les prurits avec lésions inflammatoires liées au grattage (lichénification), des dermocorticoïdes peuvent être prescrits pendant une courte période et en l'absence d'infection.
- La photothérapie (UVA et surtout UVB) est parfois efficace dans les prurits des sujets âgés et surtout dans ceux qui accompagnent des insuffisances rénales et des cholestases.
- Il faut supprimer les facteurs aggravants tels que la toilette excessive avec un savon trop détergent, et le port de vêtements en fibres irritantes. Enfin les ongles seront coupés ras.
- Le traitement spécifique de la gale s'affranchit des solutions proposées ci-dessus. Il faut administrer par voie topique (perméthrine) ou orale (ivermectine) un antiparasitaire éradiquant *Sarcoptes scabiei* (12).

QUESTION 5

Au-delà du traitement du patient atteint de gale, il faut désinfecter son environnement proche (vêtements, literie) et il faut envisager le traitement simultané des personnes-contact (conjoint, famille proche) ainsi que le personnel de soins qui a été en contact non protégé avec le patient (infirmières, personnel paramédical et parfois le médecin lui-même).

BIBLIOGRAPHIE

1. C. Piérard-Franchimont, N. Nikkels-Tassoudji, G.E. Piérard.— Le prurit généralisé. *Rev Med Liège*, 1995, **50**, 163-170.
2. N. Cassano, G. Tessari, G.A. Vena, et al.— Chronic pruritus in the absence of specific skin disease : an update on pathophysiology, diagnosis and therapy. *Am J Clin Dermatol*, 2010, **11**, 399-411.
3. S. Ständer, I. Schäfer, N.Q. Phan, et al.— Prevalence of chronic pruritus in Germany : results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology*, 2010, Epub Oct 1.
4. R. Bourguignon, C. Piérard-Franchimont, G.E. Piérard.— Comment j'explore... un prurit souvenir de vacances sous les tropiques. *Rev Med Liège*, 2005, **60**, 676-679.
5. K.M. Stewart.— Clinical care of vulvar pruritus, with emphasis on one common cause, lichen simplex chronicus. *Dermatol Clin*, 2010, **28**, 669-680.
6. B. Letot, G.E. Piérard.— Gale croûteuse. *Dermatol Actual*, 2006, **100**, 27-28.
7. G.M. Dikkenberg.— Scabies outbreak in a hospital and in 8 health-care institutions caused by an elderly patient with scabies crustosa. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2006, **150**, 1365.
8. O.O. Ejidokun, O.S. Aruna, B. O'Neill.— A scabies outbreak in a further education college in Gloucestershire. *Epidemiol Infect*, 2007, **135**, 455-457.
9. M.Y. Hong, C.C. Lee, M.C. Chuang, et al.— Factors related to missed diagnosis of incidental scabies infestations in patients admitted through the emergency department to inpatient services. *Acad Emerg Med*, 2010, **17**, 958-964.
10. K. Katsumata, K. Katsumata.— Simple method of detecting *Sarcoptes scabiei* var *hominis* mites among bedridden elderly patients suffering from severe scabies infestation using an adhesive-tape. *Intern Med*, 2006, **45**, 857-859.
11. G.E. Piérard, F. Henry, C. Piérard-Franchimont.— Comment je traite... un prurit par un antihistaminique. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 763-766.
12. R. Wolf, B. Davidovici.— Treatment of scabies and pediculosis : facts and controversies. *Clin Dermatol*, 2010, **28**, 511-518.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be