

Item 329 : Prurit

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

OBJECTIFS	4
I Définition	4
II Diagnostic positif.....	5
III Diagnostic différentiel	7
IV Diagnostic étiologique.....	7
V Diagnostic étiologique d'un prurit diffus.....	8
V.1 Prurit diffus avec lésions dermatologiques spécifiques	8
V.1.1 Urticaire et dermographisme	8
V.1.2 Eczéma.....	8
V.1.3 Ectoparasitoses	9
V.1.4 Psoriasis	10
V.1.5 Lichen plan.....	10
V.1.6 Dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigoïde, dermatite herpétiforme).....	11
V.1.7 Mycosis fongoïde.....	11
V.2 Prurit diffus sans lésions cutanées spécifiques (prurit sine materia)	12
V.2.1 Affections générales.....	12
V.2.1.1 Cholestase	13
V.2.1.2 Insuffisance rénale chronique.....	13
V.2.1.3 Maladies hématologiques	13
V.2.1.4 Maladies endocriniennes et métaboliques.....	13
V.2.1.5 Médicaments.....	14
V.2.1.6 Infections.....	14
V.2.1.7 Autres affections générales.....	14
V.2.2 Facteurs d'environnement	14
V.2.2.1 Agents irritants.....	14
V.2.2.2 Prurit aquagénique	14
V.2.2.3 Sécheresse de la peau (xérose).....	14

V.2.2.4	Environnement naturel.....	15
V.2.3	Autres causes.....	15
VI	Diagnostic étiologique d'un prurit localisé.....	15
VI.1	Mycoses	15
VI.2	Parasitoses.....	15
VI.2.1	Ectoparasitoses	15
VI.2.2	Helminthiases tropicales	16
VI.2.3	Parasitoses autochtones	16
VI.3	Piqûres d'insectes (moustiques, puces, punaises, aoûtats...) et par végétaux (orties...).....	16
VI.4	Prurit du cuir chevelu	16
VII	Prurit psychogène	16
VIII	Situations particulières.....	17
VIII.1	Grossesse	17
VIII.2	Sujet âgé	17
VIII.3	Infection à VIH	17
IX	Traitement.....	17
IX.1	Principes – Règles générales.....	17
IX.1.1	Autant que possible, privilégier un traitement étiologique	17
IX.1.2	Éviter les facteurs déclenchants ou aggravants	17
IX.2	Traitements symptomatiques.....	18
	Points Essentiels	18

OBJECTIFS

ENC :

- Chez un sujet se plaignant d'un prurit, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents éventuels.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I DEFINITION

Le prurit est un signe fonctionnel et se définit comme « une sensation qui provoque le besoin de se gratter ». Il peut être localisé ou généralisé. Il ne concerne que la peau et certaines muqueuses ou semi-muqueuses.

Il existe un prurit que l'on peut qualifier de physiologique. Ce prurit est discret. Il est plus important le soir et/ou quand le malade se dévêt. Chaque individu se gratte de nombreuses fois dans une journée sans que cela entraîne de désagrément majeur.

Le prurit devient pathologique lorsqu'il induit des lésions de grattage (Figure 1) ou lorsqu'il incite à consulter.

Figure 1 : Prurit diffus : lésions de grattage du haut du dos



La physiopathologie du prurit est complexe. L'histamine est souvent impliquée mais pas toujours.

Le prurit peut parfois naître plus haut dans les voies de transmission (système nerveux central ou périphérique). En général, son origine est bien entendu cutanée. Il existe un contrôle de porte (*gate control*) à tous les niveaux.

II DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de prurit est clinique et repose sur l'interrogatoire. Il peut être conforté par l'existence de lésions cutanées non spécifiques consécutives au grattage :

- excoriations et stries linéaires, voire ulcérations ;
- prurigo : papulo-vésicules, papules excoriées ou croûteuses, nodules (Figure 2) ;
- lichénification : peau épaissie, grisâtre, recouverte de fines squames dessinant un quadrillage (Figure 3) ;
- surinfection : impétigo, pyodermite.

Figure 2 : Prurigo strophulus de l'enfant



Figure 3 : Prurit chronique : lichénification du pli des coudes



III DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les autres sensations cutanées à différencier sont : les dysesthésies, les paresthésies, la douleur.

IV DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il repose surtout sur :

- l'interrogatoire qui précise :
 - le caractère localisé (topographie à faire préciser) ou diffus du prurit,
 - sa sévérité : insomnie, troubles du comportement, importance des lésions de grattage, retentissement sur l'état général, gêne dans le travail ou les activités de la vie quotidienne,
 - les circonstances déclenchantes ou aggravantes (hypersudation, repas, douche...), ou apaisantes (bains froids...),
 - les horaires de survenue,
 - l'évolution (aiguë, paroxystique ou chronique),
 - les prises médicamenteuses et les traitements locaux,
 - l'existence de signes généraux,
 - l'éventuel caractère collectif du prurit,
 - le métier ;
- l'examen physique complet qui recherche en particulier :
 - des lésions cutanées, non expliquées par le grattage mais permettant d'orienter vers une dermatose spécifique responsable du prurit,
 - un dermographisme,
 - des adénopathies périphériques palpables, une hépto- ou splénomégalie.

V DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE D'UN PRURIT DIFFUS

V.1 PRURIT DIFFUS AVEC LESIONS DERMATOLOGIQUES SPECIFIQUES

Un prurit peut être observé dans de nombreuses dermatoses dont les caractéristiques cliniques et/ou histologiques des lésions élémentaires font le diagnostic (Tableau 1).

Tableau 1 : Principales dermatoses prurigineuses avec lésions élémentaires caractéristiques

Urticaire, dermographisme
Dermatites de contact (caustiques, irritatives ou allergiques)
Dermatite atopique
Ectoparasitoses et piqûres d'insectes
Psoriasis
Lichen plan
Pemphigoïde
Mycosis fongoïde et syndrome de Sézary
Dermatophytoses
Mastocytose (Fig. 4)

V.1.1 Urticaire et dermographisme

Cf. Item 114 : Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : urticaire : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_15/site/html/1.html.

L'urticaire est caractérisée par des papules œdémateuses rosées, fugaces, migratrices et récidivantes.

Le dermographisme est une strie urticarienne induite par le grattage. Il est mis en évidence par le frottement de la peau avec une pointe mousse. Son traitement est celui d'une urticaire.

V.1.2 Eczéma

Cf. Item 114 : Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte : Eczéma de contact : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_17/site/html/1.html.

Il se caractérise par des placards érythémato-vésiculeux d'extension progressive. Il peut être secondaire à un contact avec un allergène ou être constitutionnel (dermatite atopique).

V.1.3 Ectoparasitoses

Cf. Item 79 : Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_5/site/html/1.html.

Gale : il s'agit d'un prurit à recrudescence nocturne épargnant le visage avec topographie caractéristique (Figure 5) et mise en évidence de sillon scabieux (*cf. infra*).

Figure 4 : Mastocytose (urticaire pigmentaire de l'enfant)



Figure 5 : Gale



Pédiculose corporelle des vagabonds.

V.1.4 Psoriasis

Cf. Item 123 : Psoriasis : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_20/site/html/1.html.

Contrairement à une notion classique, les lésions de psoriasis sont prurigineuses chez plus de la moitié des patients et remaniées par le grattage.

V.1.5 Lichen plan

Il est caractérisé par des papules de couleur brunâtre ou violette, recouvertes de petites stries blanchâtres en réseau (Figure 6). Ces papules prédominent à la face antérieure des poignets, des avant-bras, des coudes, des genoux, de la région lombaire, de façon symétrique. Une biopsie cutanée permet de retrouver l'infiltrat cellulaire dermique superficiel caractéristique. L'association à des lésions muqueuses est possible, en particulier buccales (plaques leucokératosiques réticulées endojugales). Ces dernières ne sont pas prurigineuses.

Figure 6 : Lichen plan



V.1.6 Dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigoïde, dermatite herpétiforme)

Le prurit est fréquent, souvent sévère, et peut précéder les lésions cutanées urticariennes et bulleuses (pemphigoïde), vésiculeuses ou bulleuses (dermatite herpétiforme).

V.1.7 Mycosis fongoïde

Cf. Item 164 : Lymphomes malins : lymphomes cutanés : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_28/site/html/1.html.

Lymphome cutané T épidermotrope survenant le plus souvent chez le sujet âgé, il peut être révélé par des placards érythémateux et squameux, prurigineux. L'évolution des lésions se fait vers une infiltration de la peau avec des squames peu épaisses et un prurit important et insomniant. Le syndrome de Sézary est la forme érythrodermique et leucémique du mycosis fongoïde.

V.2 PRURIT DIFFUS SANS LESIONS CUTANEEES SPECIFIQUES (PRURIT SINE MATERIA)

À l'examen clinique, il n'existe que des lésions cutanées provoquées par le grattage (incluant éventuellement des lésions de prurigo).

V.2.1 Affections générales

Les prurits dus à des affections générales sont plus rares que les prurits dermatologiques. Lorsque le prurit est nu (sans lésion dermatologique étiologique), il est nécessaire de rechercher une affection générale pouvant être causale (Tableau 2). En l'absence de cause évidente, des examens complémentaires d'orientations seront demandés (Tableau 3).

Tableau 2 : Principales causes systémiques de prurit

Médicaments
Cholestase
Insuffisance rénale chronique/hémodialyse
Hémopathies malignes
Maladie de Hodgkin
Maladie de Vaquez
Dysthyroïdies
Sida
Carences
Martiale
Vitamines
Parasitoses
Ascaridiose
Toxocarose
Autres nématodoses sous les tropiques (onchocercose, bilharziose, etc.)
Grossesse
Causes psychogènes

Tableau 3 : Examens complémentaires nécessaires en première intention devant un prurit sans cause évidente

NFS, plaquettes
 γ -GT, phosphatases alcalines
Créatininémie
TSH
Radiographie du thorax
Échographie abdominale
La biopsie cutanée n'est pas indiquée

V.2.1.1 Cholestase

Prurit possible dans les cholestases intrahépatiques ou extrahépatiques, avec ou sans ictère (souvent intense et insomniant dans les ictères obstructifs par cancer des voies biliaires ou cancer du pancréas). Un prurit est souvent révélateur dans la cirrhose biliaire primitive.

V.2.1.2 Insuffisance rénale chronique

Prurit rarement révélateur, mais très fréquent chez les malades hémodialysés (l'insuffisance rénale aiguë ne provoque pas de prurit).

V.2.1.3 Maladies hématologiques

- Lymphomes : tout prurit nu et chronique chez un adulte jeune doit faire évoquer une maladie de Hodgkin ; le prurit y est fréquent, de pronostic défavorable et parallèle à l'évolution de la maladie.
- Polyglobulie de Vaquez : prurit augmenté par le contact de l'eau surtout en bain chaud.
- Causes plus rares : leucémie lymphoïde chronique, anémie ferriprive.

V.2.1.4 Maladies endocriniennes et métaboliques

- Hyperthyroïdie (surtout maladie de Basedow).
- Hypothyroïdie (prurit probablement dû à la sécheresse cutanée).

Le diabète, la goutte et l'hyperuricémie ne sont pas des causes de prurit diffus. Le diabète est en revanche volontiers à l'origine de paresthésies.

V.2.1.5 Médicaments

Un prurit peut être induit par la prise d'un médicament pour des raisons pharmacologiques (opiacés...) ou par le biais d'une cholestase. D'autres médicaments sont responsables de prurit par un mécanisme allergique ou inconnu.

V.2.1.6 Infections

Les parasitoses internes avec migration tissulaire et hyperéosinophilie (cysticercose, hydatidose, échinococcose, anguillulose, distomatose et, en France, ascaridiose, toxocarose, trichinose...) peuvent être responsables de prurit, voire d'éruptions fugaces et non spécifiques (papules urticariennes, lésions eczématiformes...).

V.2.1.7 Autres affections générales

Le prurit est très exceptionnellement d'origine paranéoplasique. Cette cause est trop rare pour justifier la recherche systématique d'un cancer profond s'il n'y a pas de signes cliniques d'orientation.

V.2.2 Facteurs d'environnement

V.2.2.1 Agents irritants

On distingue :

- les agents végétaux ;
- la laine de verre ;
- les produits caustiques (antiseptique mal rincé, lait de toilette utilisé sans rinçage, etc.).

V.2.2.2 Prurit aquagénique

Il survient immédiatement après un contact avec de l'eau quelle que soit sa température, sans aucune autre manifestation cutanée que le prurit.

V.2.2.3 Sécheresse de la peau (xérose)

Elle est souvent un facteur favorisant des prurits de cause externe, notamment chez les personnes âgées.

V.2.2.4 Environnement naturel

Variation de température, d'humidité.

V.2.3 Autres causes

Plusieurs maladies du système nerveux central (lésions cérébrales ou médullaires) peuvent donner lieu à un prurit. Le prurit d'origine psychogène est plus fréquent.

VI DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE D'UN PRURIT LOCALISE

De nombreuses dermatoses peuvent être responsables d'un prurit localisé, au moins au début de leur évolution.

VI.1 MYCOSES

Cf. Item 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques : Candida albicans : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_10/site/html/1.html.

Les candidoses ou les dermatophytoses sont habituellement responsables d'un prurit qui est associé aux lésions spécifiques.

VI.2 PARASITOSE

VI.2.1 Ectoparasitoses

Cf. Item 79 : Ectoparasitoses cutanées : gale et pédiculose : http://umvf.univ-nantes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_5/site/html/1.html.

Elles peuvent être responsables de prurit localisé avec ou sans lésion élémentaire.

Le prurit de la nuque ou du cuir chevelu doit faire rechercher des poux en particulier chez l'enfant ou le SDF.

Un prurit généralisé, parfois familial, de recrudescence nocturne, avec prédominance de lésions non spécifiques (croûtes, excoriations, vésicules...) au niveau des espaces interdigitaux, des poignets, des emmanchures antérieures, des mamelons ou des organes génitaux externes évoque une gale.

VI.2.2 Helminthiases tropicales

Elles sont à évoquer systématiquement après un séjour en pays d'endémie et doivent faire rechercher une hyperéosinophilie :

- onchocercose, loase, filarioses lymphatiques, bilharzioses...
- syndrome de larva migrans cutanée (ankylostomose, anguillulose) : éruption serpigineuse et prurigineuse sur des zones cutanées en contact avec le sol (mains, pieds, fesses).

VI.2.3 Parasitoses autochtones

Dermatite des nageurs : macules érythémateuses prurigineuses et disséminées dans les heures suivant un bain en étang, liées à des parasites d'oiseaux (canards) qui disparaissent en quelques jours.

VI.3 PIQURES D'INSECTES (MOUSTIQUES, PUCES, PUNAISES, AOUTATS...) ET PAR VEGETAUX (ORTIES...)

Elles sont une cause fréquente et banale de prurit saisonnier et associé à des lésions urticariennes, parfois centrées par un point purpurique ou nécrotique.

VI.4 PRURIT DU CUIR CHEVELU

Il doit faire systématiquement rechercher une pédiculose.

Les autres causes sont :

- l'intolérance aux produits cosmétiques et aux produits capillaires ;
- l'état pelliculaire simple ;
- le psoriasis et la dermatite séborrhéique ;
- la « névrodermite » : lichénification de la nuque.

VII PRURIT PSYCHOGENE

C'est un diagnostic d'élimination. Il ne doit pas être confondu avec un prurit idiopathique.

Il faut rechercher une pathologie psychiatrique associée au prurit (état dépressif, cancérophobie, anxiété...) ou des événements stressants déclenchants.

L'efficacité du traitement psychiatrique sera un élément fort en faveur de la réalité de l'origine psychogène du prurit.

VIII SITUATIONS PARTICULIERES

VIII.1 GROSSESSE

Cholestase intrahépatique de la grossesse :

- prurit généralisé, sévère, nu ;
- confirmé par une augmentation des transaminases et/ou des sels biliaires sanguins.

Dermatoses bulleuses auto-immunes spécifiques de la grossesse (pemphigoïde de la grossesse, éruption polymorphe de la grossesse...).

VIII.2 SUJET AGE

Le prurit dit « sénile » est fréquent ; il est dû aux modifications physiologiques liées au vieillissement de la peau et des terminaisons nerveuses. Ce prurit est particulier par son intensité et son caractère parfois insomniant qui contrastent classiquement avec la discrétion des lésions cutanées. Son retentissement psychique peut être très important (dépression).

VIII.3 INFECTION A VIH

Le prurit est un signe fréquemment observé au cours du SIDA. Il peut être isolé ou être accompagné d'une éruption papuleuse. Il peut être l'occasion du diagnostic.

IX TRAITEMENT

IX.1 PRINCIPES - REGLES GENERALES

IX.1.1 Autant que possible, privilégier un traitement étiologique

- Traiter la dermatose spécifique révélée par le prurit.
- Traiter la cause interne (traitement de la polyglobulie, de la maladie de Hodgkin...).

IX.1.2 Éviter les facteurs déclenchants ou aggravants

- Arrêter les médicaments fortement suspects d'induire un prurit (après accord du médecin prescripteur).

- Conseils hygiénodietétiques : limiter les facteurs irritants (antiseptiques alcooliques qui peuvent aussi induire des eczémas de contact), les dermocorticoïdes, les savons parfumés ou acides, le contact avec la laine, ne pas porter de vêtements trop serrés. Couper les ongles courts pour réduire les lésions de grattage.

IX.2 TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

- Maintenir une bonne hygrométrie ambiante.
- Les dermocorticoïdes seront utiles pour les lésions provoquées par le grattage mais ne sont pas recommandés en cas de prurit isolé.
- Les émoullients (cérat de Galien, *Cold cream*...) et les savons surgras ou les syndets seront les plus efficaces pour traiter la xérose cutanée.
- Les antihistaminiques n'ont pas fait preuve de leur efficacité en dehors de l'urticaire.
- L'hydroxyzine et la doxépine, prescrites le soir, associent une action antihistaminique et psychotrope susceptible de réduire le retentissement du prurit sur le sommeil.
- La cholestyramine (*Questran*) ou la rifampicine peuvent être utiles dans les cholestases.
- D'autres moyens seront discutés avec le spécialiste dans les cas rebelles : photothérapie, crénothérapie, techniques de relaxation...

POINTS ESSENTIELS

- **Le prurit est un signe fonctionnel cutané responsable de grattage.**
- **Les lésions élémentaires dermatologiques permettent en général le diagnostic d'une affection dermatologique.**
- **En l'absence de lésion élémentaire, la recherche d'une cause de prurit repose sur un examen clinique exhaustif et quelques examens complémentaires systématiques.**
- **Il n'y a pas de traitement général symptomatique du prurit.**