Annales de dermatologie et de vénéréologie - FMC 3 (2023) 514—520

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CONNAISSANCES

Item 116 — Prurit

CEDEF[1]

Hiérarchisation des connaissances.

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Définition du prurit, du prurit sine materia et du prurit aquagénique	
B	Éléments physiopathologiques	Mécanismes du prurit	
A	Diagnostic positif	Diagnostiquer un prurit	
B	Contenu multimédia	Photographie d'une lésion typique de prurigo	
B	Contenu multimédia	Photographie d'une lésion typique de lichénification	
A	Examens complémentaires	Connaître les examens à réaliser en première intention dans le cadre d'un prurit sine materia	
A	Étiologies	Connaître l'arbre décisionnel pour le diagnostic étiologique du prurit	
A	Étiologies	Connaître trois causes principales de prurit diffus avec lésions cutanées	Gale Urticaire, dermographisme Dermatite atopique
A	Étiologies	Connaître les différentes causes de prurit diffus sine materia	Hodgkin la plus grave, xérose la moins grave
B	Étiologies	Connaître une cause de prurit aquagénique	Polyglobulie de Vaquez
A	Étiologies	Connaître une cause de prurit du scalp à rechercher systématiquement	Pédiculose

DOI de l'article original : https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.001.
Adresse e-mail de l'auteur correspondant : mariealeth.richard@ap-hm.fr
[1] La liste des auteurs et collaborateurs, publiée dans ce numéro, est disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.001.

https://doi.org/10.1016/j.fander.2023.08.007
2667-0623/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

B	Étiologies	Connaître les causes de prurit localisé	Ectoparasitoses (gale, pédiculoses), piqûres d'insectes (punaises des lits..), helminthoses (*larva migrans* cutanée..)
B	Étiologies	Connaître trois causes de prurit spécifiques de la grossesse	
A	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge du prurit	

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

Définition

A Le prurit est un signe fonctionnel qui 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 qu'on peut qualifier de physiologique. Ce prurit est discret. Il est plus important le soir et/ou quand on se déshabille. 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 (Fig. 1) ou lorsqu'il retentit sur les activités quotidiennes ou le sommeil.

B La physiopathologie du prurit est complexe. L'histamine peut être impliquée mais pas toujours. Le prurit peut parfois naître plus haut dans les voies de transmission (système nerveux central ou périphérique), ou son origine peut être cutanée.

Diagnostic positif

A 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, stries linéaires ou ulcérations. Parfois, il s'agit de lésions papulo-vésiculeuses, papules excoriées ou croûteuses ou encore nodules apparaissant secondairement au prurit chronique ; on parle alors de prurigo (Fig. 2). Le prurit chronique peut entraîner une lichénification: peau épaissie, grisâtre, recouverte de fines squames dessinant un quadrillage (Fig. 3) ; il peut aussi entraîner une surinfection (impétigo et pyodermite).

Figure 2. B Prurigo: lésions papulo-vésiculeuses excoriées.

Diagnostic différentiel

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

Diagnostic étiologique

Il repose surtout sur :

- l'interrogatoire qui précise :
  - le caractère localisé (topographie à faire préciser) ou diffus du prurit,

Figure 3. B Prurit chronique : lichénification du pli des coudes.

- sa sévérité: insomnie, troubles du comportement, 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),
- l'existence de signes généraux,
- le métier,
- les prises médicamenteuses et les traitements locaux utilisés,
- l'éventuel caractère collectif du prurit ;

• l'examen physique complet qui recherche en particulier :
- l'importance des lésions de grattage,
- 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 hépatomégalie ou une splénomégalie.

Au terme de cet interrogatoire et de cet examen clinique, le diagnostic étiologique repose sur le caractère diffus ou localisé du prurit et pour le prurit diffus sur la présence ou non de lésions cutanées spécifiques (Fig. 4).

Diagnostic étiologique d'un prurit diffus

Prurit diffus dermatologique ou secondaire à une dermatose sous-jacente

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

Urticaire et dermographisme (voir chapitre 13—item 187)

- A **Urticaire** : papules œdémateuses rosées, fugaces, migratrices et récidivantes (Fig. 5).
- **Dermographisme urticarien** : papule urticarienne induite par le frottement de la peau (Fig. 6).
- B **Mastocytose cutanée** = forme la plus fréquente chez l'enfant: urticaire pigmentaire (macules ou papules pigmentées) (Fig. 7).

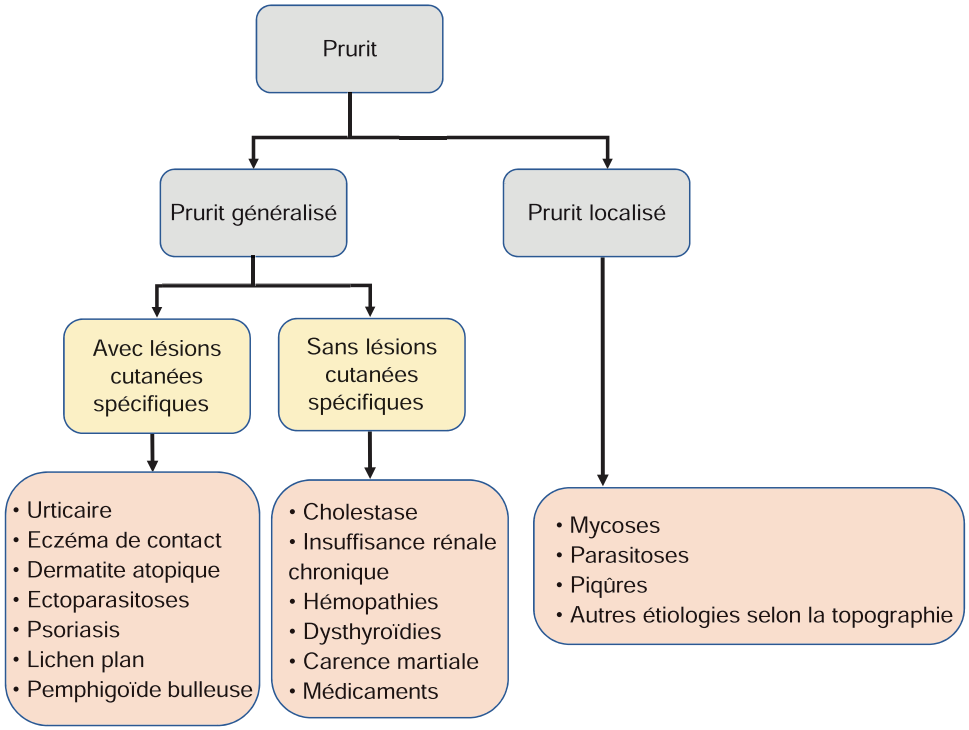

Figure 4. A Arbre décisionnel pour le diagnostic des principales étiologies d'un prurit.

Encadré 1 : Principales dermatoses prurigineuses avec lésions élémentaires caractéristiques

- A 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
- B Mastocytose cutanée

Figure 5. A Papules urticariennes.

Eczéma et dermatite atopique (voir chapitre 13—item 187)

- A Lésions érythémato-vésiculeuses d'extension progressive.
- Secondaire à un contact avec un allergène (eczéma de contact allergique) ou constitutionnel (dermatite atopique).

Ectoparasitoses (voir chapitre 12—item 171)

- Gale : prurit à recrudescence nocturne épargnant le visage et sillons scabieux (voir plus loin). Prurit collectif de personnes habitant sous le même toit très évocateur.
- Pédiculose corporelle : prurit diffus, prédominant sur le tronc et la racine des membres ; touche principalement les personnes vivant dans la précarité.

Psoriasis (voir chapitre 7—item 117)

Contrairement à une notion classique, les lésions de psoriasis sont prurigineuses chez environ 60 % des patients et remaniées par le grattage.

Lichen plan

- B Papules de couleur brunâtre ou violine, recouvertes de petites stries blanchâtres en réseau (Fig. 8), prédominant à la face antérieure des poignets, des avant-bras, des coudes, des genoux, de la région lombaire, de façon souvent symétrique.
- Biopsie : infiltrat cellulaire dermique superficiel en bande.
- Association à des lésions muqueuses possible, en particulier buccales : lésions blanches réticulées, érythémateuses ou érosives non prurigineuses.

Figure 6. A Dermographisme.

Figure 7. B Urticaire pigmentaire dans le cadre d'une mastocytose cutanée.

Figure 8. B Lichen plan.

Dermatoses bulleuses auto-immunes (pemphigoïde, dermatite herpétiforme) (voir chapitre 2 — item 112)

A Le prurit est fréquent, souvent sévère, et peut précéder les lésions cutanées pseudo-urticariennes et bulleuses (pemphigoïde), vésiculeuses ou bulleuses (dermatite herpétiforme). Intérêt de l'IFD chez les sujets âgés.

Mycosis fongoïde et syndrome de Sézary (voir chapitre 21 — item 319 et chapitre 4 — item 114)

- B Lymphome cutané T épidermotrope survenant le plus souvent chez le sujet de plus de 50 ans ; il peut être révélé par des placards érythémateux et squameux, prurigineux.
- Évolution vers une infiltration de la peau avec squames peu épaisses et prurit important et insomniant.
- Syndrome de Sézary: forme érythrodermique et leucémique du mycosis fongoïde.

Prurit diffus sans lésions cutanées spécifiques (ou prurit sine materia)

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

Affections générales

Les prurits dus à des affections générales sont plus rares que les prurits dermatologiques. Lorsque le prurit est nu (sans lésion dermatologique), il faut rechercher une affection générale (Encadré 2). En l'absence de cause évidente, des examens complémentaires d'orientation sont réalisés (Encadré 3).

Cholestase

- Cholestase intra-hépatique ou extra-hépatique, avec ou sans ictère ; prurit intense et insomniant dans les ictères obstructifs par cancer des voies biliaires ou cancer du pancréas.
- Prurit souvent révélateur dans la cirrhose biliaire primitive.

Encadré 2 : Principales causes systémiques de prurit

- A Cholestase
- Insuffisance rénale chronique/hémodialyse
- Hémopathies malignes :
  - maladie de Hodgkin
  - maladie de Vaquez
- Dysthyroïdies
- Infections chroniques par le VIH, le VHB, le VHC
- Carences :
  - martiale
  - vitaminiques
- Parasitoses :
  - ascaridiose
  - toxocarose
  - autres nématodoses sous les tropiques (onchocercose, bilharziose, etc.)
- Médicaments
- Grossesse
- B Causes psychogènes

Encadré 3 : Examens complémentaires nécessaires en première intention devant un prurit sine materia sans cause évidente

- A NFS, plaquettes
- γ-GT, phosphatases alcalines
- Créatininémie
- TSH
- Ferritine
- EPP
- Sérologies VIH, VHB, VHC
- Radiographie du thorax
- La biopsie cutanée n'est pas indiquée

Insuffisance rénale chronique

Prurit rarement révélateur, mais très fréquent chez les malades hémodialysés.

Maladies hématologiques

- Lymphomes : tout prurit nu et chronique chez un adulte jeune doit faire évoquer un lymphome hodgkinien ou non hodgkinien ; prurit fréquent, de pronostic défavorable et parallèle à l'évolution de la maladie.
- Polyglobulie de Vaquez : prurit après un contact de l'eau (prurit aquagénique) surtout lors des bains chauds.
- Autres causes : leucémie lymphoïde chronique, anémie ferriprive.

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.

Médicaments

- Prurit induit pour des raisons pharmacologiques (opiacés...) ou par le biais d'une cholestase.
- Prurit par un mécanisme allergique avec lésions cutanées associées.

Infections

Parasitoses internes avec migration tissulaire et hyperéosinophilie (cysticercose, hydatidose, échinococcose, anguillulose, distomatose et, en France, ascaridiose, toxocarose, trichinose) : prurit et éruptions fugaces spécifiques (papules urticariennes, lésions eczématiformes, etc.).

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.

Facteurs d'environnement pouvant favoriser ou aggraver un prurit

Agents irritants ou caustiques

- B Produits irritants ou caustiques (antiseptique mal rincé, etc.).
- Produits d'hygiène irritants mal rincés (parfumés en particulier). Il existe alors souvent des lésions érythémateuses associées peu spécifiques.

Prurit aquagénique

- A Prurit survenant immédiatement après un contact avec l'eau quelle que soit sa température, sans autre manifestation que le prurit.
- B Éliminer systématiquement une cause hématologique sous-jacente (en particulier polyglobulie de Vaquez).

Sécheresse de la peau (xérose)

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

Autres causes

B Plusieurs maladies du système nerveux central (lésions cérébrales ou médullaires) peuvent donner un prurit.

Diagnostic étiologique d'un prurit localisé

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

Mycoses (voir chapitre 8 — item 155)

Candidoses ou dermatophytoses : prurit associé aux lésions spécifiques.

Parasitoses

Ectoparasitoses (voir chapitre 12 — item 171)

- Prurit localisé avec ou sans lésion élémentaire.
- Prurit de la nuque ou du cuir chevelu : pédiculose, en particulier chez l'enfant ou les personnes sans domicile fixe.
- Prurit généralisé, familial, recrudescence nocturne, prédominance de lésions non spécifiques (croûtes, excoriations, vésicules...) des espaces interdigitaux, des poignets, des emmanchures antérieures, des mamelons ou des organes génitaux externes: gale.

Helminthiases tropicales

- B À évoquer après séjour en pays d'endémie (onchocercose, loase, filariose lymphatique, bilharziose...).
- Rechercher une hyperéosinophilie et un syndrome de *larva migrans* cutanée (ankylostomose, anguillulose): éruption serpigineuse et prurigineuse mobile sur des zones cutanées en contact avec le sol (mains, pieds, fesses).

Parasitoses autochtones

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

Piqûres d'insectes (moustiques, puces, punaises, aoûtats...) et végétaux (orties...)

Cause fréquente de prurit saisonnier associé à des lésions urticariennes, parfois centrées par un point purpurique ou nécrotique.

Prurit du cuir chevelu

- A **Il doit faire systématiquement rechercher une pédiculose** (voir chapitre 12 — item 171).
- Les autres causes sont :
  - intolérance/eczéma de contact allergique aux produits cosmétiques capillaires ;
  - état pelliculaire simple ;
  - psoriasis et dermatite séborrhéique ;
  - « névrodermite » : lichénification de la nuque.

Prurit psychogène

- B Diagnostic d'élimination ; ce n'est pas un prurit idiopathique.
- Rechercher une pathologie psychiatrique associée (état dépressif, cancérophobie, anxiété...) ou des événements stressants déclenchants.
- Efficacité du traitement psychiatrique en faveur de la réalité de l'origine psychogène.

Situations particulières

Grossesse

- Cholestase intra-hépatique de la grossesse :
  - prurit généralisé, sévère, nu ;
  - confirmée par une augmentation des sels biliaires sanguins associée ou non à une cytolyse.

- Dermatose bulleuse auto-immune spécifique de la grossesse (pemphigoïde de la grossesse), éruption polymorphe de la grossesse.

Sujet âgé

Prurit dit « sénile » fréquent :
- dû aux modifications physiologiques liées au vieillissement de la peau et des terminaisons nerveuses ;
- particulier par son intensité et son caractère parfois insomniant contrastant avec la discrétion des lésions cutanées ;
- retentissement psychique pouvant être très important (dépression).

Infection par le VIH

A Prurit fréquemment observé au cours de l'infection par le VIH :
- isolé ou accompagné d'une éruption papuleuse ;
- peut être l'occasion du diagnostic.

Traitement

Principes, règles générales

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...).
- La cholestyramine ou la rifampicine peuvent être utiles dans les cholestases.

Éviter les facteurs déclenchants ou aggravants

- Arrêter les médicaments suspects d'induire un prurit (après accord du prescripteur).
- Conseils généraux :
  - limiter les facteurs irritants : antiseptiques, savons parfumés, vêtements serrés et rêches ;
  - couper les ongles courts pour réduire les lésions de grattage.

Traitements symptomatiques

- B De la xérose: émollients (cérat de Galien ou *cold-cream*) quotidiennement sur tout le tégument après la toilette. Favoriser savons surgras et syndets pour la toilette.
- Des lésions inflammatoires: dermocorticoïdes sur les lésions provoquées par le grattage ; non recommandés en cas de prurit isolé.
- Photothérapie UVB après avis dermatologique.
- Les antihistaminiques ne sont pas un traitement du prurit isolé. Certains anti-H1 de première génération à effet anxiolytique et hypnotique (hydroxyzine et doxépine) peuvent être prescrits le soir au coucher en cas de prurit insomniant.

Points clés
- A Le prurit est un signe fonctionnel cutané responsable de grattage.
- Les lésions élémentaires dermatologiques permettent en général le diagnostic d'une affection dermatologique prurigineuse.
- En l'absence de lésion élémentaire dermatologique, on parle de prurit sine materia pour lequel un examen clinique minutieux et quelques examens complémentaires systématiques sont nécessaires à la recherche d'une affection générale pouvant être causale.
- Il n'y a pas de traitement général symptomatique du prurit.
- Les antihistaminiques ne sont antiprurigineux que si le prurit est médié par l'histamine, comme dans l'urticaire.