

Le dossier – Prurits

Prurits systémiques

RÉSUMÉ : Le prurit, défini comme “la sensation déplaisante qui provoque le besoin de se gratter” est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Lorsqu’il est isolé, sans signe cutané, “nu”, *sine materia*, l’interrogatoire et l’examen clinique peuvent parfois permettre d’en établir la cause. Néanmoins, lorsque le prurit est chronique, des explorations paracliniques sont nécessaires afin d’en rechercher la cause.

En dehors du traitement étiologique, des traitements symptomatiques peuvent être efficaces. Ils diffèrent selon la cause du prurit et doivent parfois s’accompagner d’une prise en charge psychologique tant le retentissement psychologique de ce prurit peut s’avérer important.



M. ÉTIENNE

Service de Dermatologie, CHRU de BREST.

Les prurits systémiques correspondent aux prurits dits “non dermatologiques” par opposition aux prurits “dermatologiques”. Les prurits psychogènes et neurologiques font partie des prurits “non dermatologiques” mais ils ne seront pas traités ici car abordés par ailleurs. Le prurit, défini comme “la sensation déplaisante qui provoque le besoin de se gratter” est un des rares signes fonctionnels en dermatologie. Lorsqu’il est isolé, sans lésion dermatologique, l’interrogatoire et l’examen clinique permettent parfois d’en établir l’étiologie.

Néanmoins lorsque le prurit est chronique, sans élément d’orientation clinique, des explorations paracliniques sont nécessaires (**tableau I**). Le **tableau II** liste les principales causes non dermatologiques de prurit.

Causes médicamenteuses

La cause médicamenteuse doit être systématiquement évoquée devant un prurit isolé [1]. Les médicaments imputables sont nombreux, fréquemment prescrits. Le **tableau III** reprend les médicaments à rechercher en priorité devant un prurit chronique non derma-

tologique. Le prurit peut parfois apparaître plusieurs mois ou années après l’introduction du médicament et mettre plusieurs semaines à disparaître après l’arrêt du traitement. Ainsi, la causalité

- Hémogramme sanguin,
- Immunophénotypage des lymphocytes sanguins avec rapport CD4/CD8
- VS, CRP
- Urée, créatininémie
- Bilan hépatique complet
- Glycémie à jeun, hémoglobine glycosylée
- Calcémie corrigée
- Fer sérique, ferritinémie
- TSH
- Électrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines
- Sérologie VIH, VHA, VHB, VHC
- Sérologies parasitaires autochtones : toxocarose, distomatose, trichinose, ascaridiose (recherche à élargir en cas de suspicion de parasitoses exotiques et/ou de point d’appel)
- Examen parasitologique des selles avec méthode de Baermann
- Radiographie pulmonaire
- Échographie abdominale
- ± biopsie cutanée avec IF (notamment chez le sujet âgé)

Tableau I : Explorations paracliniques devant un prurit non dermatologique.

Prurit iatrogène
● Cause médicamenteuse ● Causes toxiques
Prurit urémique
● Insuffisance rénale chronique
Prurit cholestatique
● Lithiase biliaire ● Pancréatite ● Cancer du pancréas ● Métastases hépatiques ou pancréatiques ● Hépatites ● Cirrhose biliaire primitive ● Cholangite sclérosante primitive ● Cholestase gravidique
Prurit hématologique
● Lymphomes (maladie de Hodgkin+++) ● Gammapathies monoclonales ● Syndromes myéloprolifératifs – maladie de Vaquez – thrombocytemie essentielle – myélofibrose primitive ● Mastocytose
Prurit paranéoplasique
Troubles endocriniens et métaboliques
● Carence martiale ● Dysthyroïdies ● Hyperparathyroïdie ● Diabète ● Grossesse
Prurit associé à une infection (VIH+++)
Prurit sénile
Prurit neurologique
Prurit psychogène
Autres

Tableau II : Causes non dermatologiques de prurit.

● Antibiotiques (bêtalactamines) ● Antipaludéens de synthèse (chloroquine) ● Analgésiques et anti-inflammatoires (opiacés) ● Traitements cardiovasculaires (bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, sartans) ● Hydroxyéthylamidon (produit de remplissage dans le collapsus cardiovasculaire) ● Interleukine 2 ● Statines

Tableau III : Médicaments à rechercher en priorité devant un prurit isolé.

des médicaments dans un prurit sans lésion cutanée est toujours discutable et seule l'éviction, lorsqu'elle est possible, confirmera cette causalité.

■ Causes toxiques

Les causes toxiques de prurit peuvent être liées à des intoxications par voie respiratoire, digestive, cutanée ou sanguine. Il s'agit, par exemple, de la ciguatera, maladie liée à l'ingestion de poissons tropicaux dont la chair est riche en une toxine, la ciguatoxine [2]. Certains poissons, parasites et mollusques marins ou d'eau douce peuvent être à l'origine de prurit par libération de toxines au contact, comme par exemple les cercaires ("puces de canard") [3]. Les opiacés utilisés chez les toxicomanes sont aussi une cause de prurit.

■ Prurit urémique

Il survient en cas d'insuffisance rénale chronique et non en cas d'insuffisance rénale aiguë. Sa physiopathologie n'est pas connue et est probablement non univoque. Il serait présent chez 40 à 85 % des hémodialysés [4]. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, il est d'installation souvent paroxystique et localisé une fois sur deux. Il disparaît après transplantation rénale et parfois après dialyse. Le traitement est difficile [5]. Il repose, en cas de prurit localisé, sur le tacrolimus topique et, en cas de prurit généralisé, sur la photothérapie UVB, la naltrexone, la gabapentine et la prégabaline. Ces deux derniers semblent les plus efficaces [6] et de gestion aisée, nécessitant néanmoins une posologie adaptée à la fonction rénale ainsi qu'une prise séquentielle en cas de dialyse.

■ Prurit cholestatique

Il s'agit d'un signe précoce de cholestase. Il prédomine au niveau des extrémités et des zones de frottement, s'intensifie

la nuit et s'accompagne souvent d'une pigmentation cutanée respectant classiquement la zone médiodorsale [7]. Le diagnostic repose sur le dosage des phosphatases alcalines, de la gamma-glutamyl-transférase et de la bilirubine. Les principales causes de prurit cholestatique sont résumées dans le **tableau III**. À noter que la cirrhose éthylique, le foie cardiaque et l'hémochromatose ne donnent habituellement pas de prurit.

Sur le plan thérapeutique, en plus du traitement de la cause, la cholestyramine est le traitement de référence [7, 8]. Une amélioration est obtenue en 3 à 4 jours. Le traitement est contre-indiqué en cas d'obstruction complète des voies biliaires. On peut aussi proposer la naloxone ou la naltrexone, les antidépresseurs sérotoninergiques et la photothérapie UVB.

■ Prurits hématologiques

1. Lymphomes

Le prurit "nu" généralisé est un signe classique (30 % des patients) et précoce des lymphomes, en particulier de la maladie de Hodgkin où il peut parfois précéder de plusieurs années l'apparition d'adénopathies [9]. Il peut exister au cours d'autres lymphomes non hodgkiniens ou gammapathies monoclonales. Au cours des lymphomes épidermotropes, il est sévère et associé aux lésions dermatologiques.

L'aprèpitant pourrait représenter un traitement très efficace du prurit associé aux lymphomes [10].

2. Syndromes myéloprolifératifs

Le prurit est fréquent au cours des syndromes myéloprolifératifs (maladie de Vaquez, thrombocytemie essentielle, myélofibrose primitive) [11]. Il s'agit souvent, mais pas toujours, d'un prurit aquagénique ou lié à la chaleur. Il peut

■ Le dossier – Prurits

précéder de plusieurs années le diagnostic de syndrome myéloprolifératif. Le traitement est étiologique mais aussi symptomatique. L'aspirine ou l'ibuprofène, l'interféron α ou la puvathérapie peuvent être efficaces.

3. Mastocytoses

Les mastocytoses, qu'elles soient cutanées ou systémiques, peuvent s'accompagner de prurit même en l'absence de lésion spécifique du fait de la libération de médiateurs tels que l'histamine et les sérines protéases. Le traitement repose sur les antihistaminiques.

■ Prurits paranéoplasiques

Même si cela est rare (moins de 1 % des cas) [12], le prurit peut être associé aux cancers solides. En cas de localisation primitive ou secondaire bloquant les voies biliaires, il prend la forme d'un prurit cholestatique qui peut alors révéler la tumeur maligne.

Les tumeurs cérébrales peuvent s'accompagner d'un prurit généralisé ou parfois de localisation limitée au nez [13].

Des cas de prurit généralisé au cours de divers cancers solides ont été décrits (tumeurs carcinoïdes, cancers du sein, de la prostate, de l'utérus ou de la thyroïde...) mais il s'agit de cas isolés pour lesquels on ne peut pas exclure une simple coïncidence.

■ Prurits endocriniens

1. Grossesse

Le prurit gravidique est souvent associé à une cholestase intra-hépatique [14]. Il est surtout décrit en fin de grossesse et guérit quelques jours après l'accouchement. Son diagnostic repose sur le dosage à jeun des acides biliaires sériques. Il peut être traité par cholestyramine ou acide ursodésoxycholique [14].

Le prurigo gravidique, ou éruption atopique de la grossesse, peut apparaître à n'importe quel moment de la grossesse, mais plus fréquemment au 3^e trimestre, et peut perdurer plusieurs mois après l'accouchement. Ses causes ne sont pas claires. Il existe un lien probable avec l'atopie. Le traitement est symptomatique.

Un prurit peut être le premier signe d'une dermite papuleuse et prurigineuse de la grossesse ou d'une pemphigoïde *gestationis* [15].

2. Maladies thyroïdiennes

L'hyperthyroïdie, surtout quand elle s'intègre dans le cadre d'une maladie de Basedow, s'accompagne d'un prurit dans 10 % des cas. Celui-ci peut être isolé ou associé à une urticaire.

L'hypothyroïdie peut s'accompagner d'un prurit lié à la sécheresse cutanée.

3. Diabète

Il s'agit d'une cause classique de prurit généralisé [16]. En pratique, il correspondrait à un prurit neuropathique lié à une neuropathie des grosses fibres et surtout des petites fibres.

■ Prurits d'origine métabolique

Le prurit associé à une hypercalcémie survient le plus souvent dans un contexte d'hyperparathyroïdie. Le prurit lié à l'hyperuricémie est toujours associé à une hémopathie.

La carence en fer est une cause de prurit généralisé. Le prurit précède ou accompagne l'anémie. Son mécanisme physiopathologique est inconnu.

■ Prurits d'origine infectieuse

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peut s'accompagner fréquemment d'un prurit isolé ou associé à

divers signes cutanés. La recherche d'une infection par le VIH doit être systématique devant tout prurit isolé [17].

Le prurit lié au virus de l'hépatite C semble essentiellement dû à la cholestase [18].

Un prurit isolé, *a fortiori* associé à une hyperéosinophilie, doit faire rechercher une parasitose : anguillulose, filariose, ascaridiose, oxyurose, trichocéphalose, trichinose, *larva migrans*, distomatose, bilharziose, échinococcose, kyste hydatique, ténia et surtout toxocarose [19].

■ Prurit aquagénique

Il survient 1 à 5 minutes après le contact avec l'eau. Il dure 10 à 120 minutes et peut être intense. À la différence de l'urticaire aquagénique, il ne s'accompagne pas de signe dermatologique. Il peut être isolé (prurit par mécanisme cholinergique) ou associé à une polyglobulie de Vaquez ou à un autre syndrome myéloprolifératif ou lymphoprolifératif [11]. Le prurit aquagénique peut précéder parfois de plusieurs années le diagnostic de l'hémopathie causale.

La prise en charge autre qu'étiologique peut reposer sur l'alcalinisation de l'eau (25 à 200 g de bicarbonate de soude dans une baignoire) [20], les antihistaminiques anti-H1 (surtout lorsque le prurit aquagénique est secondaire à un mécanisme cholinergique), la photothérapie UVA ou UVB, l'aspirine, le propranolol ou la capsaïcine topique.

■ Prurit sénile

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination qui peut être posé après avoir éliminé les autres causes de prurit chez un patient de plus de 70 ans [21]. Il faudra notamment évoquer et éliminer une pemphigoïde bulleuse en phase pré-bulleuse [22]. Sa physiopathologie est discutée. Son traitement est difficile. Les émollients apportent parfois une amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

1. REICH A, STÄNDER S, SZEPIETOWSKI JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol*, 2009;89:236-244.
2. FRIEDMAN MA, FERNANDEZ M, BACKER LC *et al*. An Updated Review of Ciguatera Fish Poisoning: Clinical, Epidemiological, Environmental, and Public Health Management. *Mar Drugs*, 2017;15:72.
3. LODDÉ B, JÉGADEN D, DEWITTE J *et al*. Traité de Médecine Maritime. In: Traité de Médecine Maritime. Paris: Lavoisier; 2015.
4. MISERY L. Gabapentin in dermatology. *Dermatol Basel Switz*, 2005;211:79-80.
5. TAN JK, HABERMAN HF, COLDMAN AJ. Identifying effective treatments for uremic pruritus. *J Am Acad Dermatol*, 1991;25(5 Pt 1):811-818.
6. GUNAL AI, OZALP G, YOLDAS TK *et al*. Gabapentin therapy for pruritus in haemodialysis patients: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Nephrol Dial Transplant*, 2004;19:3137-3139.
7. GARDEN JM, OSTROW JD, ROENICK HH. Pruritus in hepatic cholestasis. Pathogenesis and therapy. *Arch Dermatol*, 1985;121:1415-1420.
8. KHANDLWAL M, MALET PF. Pruritus associated with cholestasis. A review of pathogenesis and management. *Dig Dis Sci*, 1994;39:1-8.
9. SHELNITZ LS, PALLER AS. Hodgkin's disease manifesting as prurigo nodularis. *Pediatr Dermatol*, 1990;7:136-139.
10. DUVAL A, DUBERTRET L. Aprepitant as an antipruritic agent? *N Engl J Med*, 2009;361:1415-1416.
11. LE GALL-IANOTTO C, BRENAUT E, GOUILLOU M *et al*. Clinical characteristics of aquagenic pruritus in patients with myeloproliferative neoplasms. *Br J Dermatol*, 2017;176:255-258.
12. HIGGINS EM, DU VIVIER AW. Cutaneous manifestations of malignant disease. *Br J Hosp Med*, 1992;48:552-554, 558-561.
13. ANDREEV V, PETKOV I. Skin manifestations associated with tumors of the brain. *Br J Dermatol*, 1975;92:675-678.
14. WOOD AM, LIVINGSTON EG, HUGHES BL *et al*. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A Review of Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Surv*, 2018;73:103-109.
15. BECHTEL MA. Pruritus in Pregnancy and Its Management. *Dermatol Clin*, 2018;36:259-265.
16. NEILLY JB, MARTIN A, SIMPSON N *et al*. Pruritus in diabetes mellitus: investigation of prevalence and correlation with diabetes control. *Diabetes Care*, 1986;9:273-275.
17. SHAPIRO RS, SAMORODIN C, HOOD AF. Pruritus as a presenting sign of acquired immunodeficiency syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 1987;16(5 Pt 2):1115-1117.
18. ALHMADA Y, SELIMOVIC D, MURAD F *et al*. Hepatitis C virus-associated pruritus: Etiopathogenesis and therapeutic strategies. *World J Gastroenterol*, 2017;23:743-750.
19. HUMBERT P, NIEZBORALA M, SALEMBIER R *et al*. Skin manifestations associated with toxocariasis: a case-control study. *Dermatol Basel Switz*, 2000;201:230-234.
20. BIRCHER AJ. Water-induced itching. *Dermatologica*, 1990;181:83-87.
21. CLERC CJ, MISERY L. A Literature Review of Senile Pruritus: From Diagnosis to Treatment. *Acta Derm Venereol*, 2017;97:433-440.
22. BAĞCI IS, HORVÁTH ON, RUZICKA T *et al*. Bullous pemphigoid. *Autoimmun Rev*, 2017;16:445-455.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.