Le dossier – Prurits

Prurits psychogènes

RÉSUMÉ : Le prurit psychogène est induit par des facteurs psychiques. Il est bien différent d'un prurit idiopathique et ce n'est en aucun cas un diagnostic d'élimination. Le diagnostic doit s'appuyer sur des critères négatifs ainsi que sur des critères positifs. Des facteurs neurophysiologiques mais aussi psychopathologiques l'expliquent très bien. L'annonce du diagnostic doit être prudente et le traitement repose sur des psychotropes et une psychothérapie.

L. MISERY
Service de Dermatologie,
CHRU de BREST.

Intuitivement, il est simple de diagnostiquer un prurit psychogène, parfois appelé prurit somatoforme ou prurit psychosomatique ou trouble fonctionnel prurigineux : c'est un prurit induit par des facteurs psychiques. En réalité, la situation est beaucoup plus complexe car le vrai prurit psychogène est rare, alors qu'un prurit d'une autre cause est fréquemment aggravé par des facteurs psychiques. C'est pourquoi il y a beaucoup d'erreurs diagnostiques par défaut et surtout par excès [1].

Diagnostic

Le Groupe Psycho-Dermatologie de la Société Française de Dermatologie, qui comprend non seulement des dermatologues mais aussi des psychologues et des psychiatres, définit le prurit psychogène, qu'il nomme "trouble fonctionnel prurigineux", comme "*un trouble prurigineux dans lequel le prurit est au centre de la symptomatologie et où les facteurs psychologiques jouent un rôle évident dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance du prurit*" [2].

Le prurit psychogène est donc bien différent d'un prurit idiopathique et ce n'est en aucun cas un diagnostic d'élimination. Le diagnostic doit s'appuyer sur des critères négatifs (pas de cause somatique) mais aussi sur des critères positifs (caractéristiques cliniques, association à des facteurs psychologiques ou à des événements de vie stressants, réponse aux traitements). Pour éviter les diagnos-

3 critères obligatoires
• Prurit *sine materia* • Prurit chronique (> 6 semaines) • Pas de cause somatique
3 critères facultatifs parmi les 7 suivants
• Relation chronologique entre la survenue du prurit et un ou plusieurs événements de vie pouvant avoir des répercussions psychologiques • Variations d'intensité avec le stress • Variations nycthémérales • Prédominance en période de repos ou d'inaction • Trouble psychique associé • Amélioration du prurit par des psychotropes • Amélioration du prurit par des psychothérapies

Tableau I : Critères diagnostiques (d'après [2]).

tics par excès ou par défaut, le Groupe Psycho-Dermatologie a donc proposé 10 critères diagnostiques (3 obligatoires et 7 facultatifs) (***tableau I***) [2]. Ainsi, le diagnostic de prurit psychogène ne peut être retenu qu'en présence des 3 critères obligatoires et de 3 des 7 critères facultatifs (au minimum).

Diagnostic différentiel

Tout prurit *sine materia* représente un diagnostic différentiel et cela est d'autant plus difficile que le prurit est aggravé par des facteurs psychiques. C'est peut-être avec le prurit neuropathique que le problème se pose le plus car d'autres sensations désagréables sont souvent associées et sont souvent très atypiques, en particulier au cours des neuropathies des petites fibres, de la sclérose en plaques ou de la neuromyélite optique [3].

Il peut également être difficile de différencier le prurit psychogène des lésions auto-induites : excoriations psychogènes, acné excoriée, pathomimie, etc. [4]. Il n'y a théoriquement pas de prurit mais les patients relatent parfois un prurit, qui est alors relativement modéré par rapport à l'intensité des lésions et qui n'est pas au centre de la symptomatologie. Parfois, ces patients ne ressentent aucun prurit mais en déclarent néanmoins un car ils ont peur de ne pas être pris au sérieux par leur médecin.

De même, s'il peut exister, le prurit n'est pas au centre de la plainte des patients atteints de délires d'infestation (syndrome d'Ekbom, syndrome des Morgellons ou autres), celle-ci étant centrée sur la perception hallucinatoire de corps étrangers dans la peau (parfois au-delà) et sur la conviction délirante d'être infesté.

Le prurit psychogène est plus proche d'autres troubles fonctionnels tels que les douleurs ou paresthésies cutanées psychogènes, la vulvodynie, la scrotodynie, la pénodynie, l'anodynie, la stomatodynie, la glossodynie, la trichodynie ou même peut-être certaines peaux sensibles/réactives. Il peut aussi se rapprocher des douleurs psychogènes, de la toux psychogène ou de certaines formes de côlon irritable, ainsi que de la fibromyalgie ou d'autres syndromes qu'on dit "médicalement inexpliqués".

Physiopathologie

Bien entendu, le prurit ne peut pas être perçu en l'absence de cerveau [5] et le prurit, s'il trouve habituellement son origine dans la peau, peut la trouver en tout point du système nerveux depuis les terminaisons nerveuses épidermiques jusqu'au cerveau. Parmi les causes cérébrales de prurit, on peut trouver des causes psychiques [6].

L'induction mentale du prurit est par ailleurs très bien connue chez les mammifères : la vision du grattage induit l'idée du grattage et souvent le grattage. Chez les humains, la simple évocation du grattage ou du prurit suffit [5]. L'imagerie cérébrale montre même que l'évocation du prurit (vision du grattage mais aussi simplement lecture de cet article) conduit à l'activation des mêmes zones cérébrales qu'en cas de prurit réel [7].

Que le prurit soit purement psychogène ou qu'il ait une part psychogène, des mécanismes de sensibilisation centrale au prurit interviennent : quelle que soit la cause initiale du prurit, celui-ci devient chronique du fait de modifications du fonctionnement cérébral. De même, toute sensation tend à être perçue comme prurigineuse : c'est l'alloknésie [8].

Enfin, le stress aigu peut effectivement induire le prurit, alors que le stress chronique diminue le seuil de perception du prurit.

Psychopathologie

Sans que ce soit contradictoire avec les explications physiopathologiques et neurobiologiques, des mécanismes psychopathologiques peuvent aussi permettre de comprendre le prurit psychogène. Ainsi, un état dépressif ou anxieux ou certains traits de personnalité diminuent les seuils de perception du prurit.

Le *Moi-peau* [9], concept psychanalytique assimilant la peau au Moi, désigne une réalité psychique développée depuis la petite enfance, au cours de laquelle nous définissons nos limites avec l'extérieur et avec les autres humains. Le prurit psychogène peut être compris comme la poursuite de la recherche de ses limites par le patient.

Dans une approche plus comportementaliste (l'autre grande approche de la psychologie humaine), le prurit psychogène peut être envisagé comme une illusion, comme les autres troubles somatoformes. Il y aurait alors des dysfonctions du système attentionnel.

Conséquences

Les lésions de grattage sont fréquentes, habituellement nombreuses et profondes. Mais certains patients ne se grattent pas ou se grattent peu. Le grattage épargne habituellement les zones les plus difficilement accessibles, en particulier la fameuse zone en forme d'ailes de papillon dans le dos. Des complications du grattage telles que la surinfection, la lichénification ou la survenue de cicatrices visibles peuvent survenir.

Le fait que le prurit soit psychogène ne minimise pas son retentissement. Les altérations de la qualité de vie et le retentissement psychologique sont aussi importants qu'au cours de prurits d'autres causes. Comme les autres, ces patients n'ont aucun plaisir à subir un prurit. Mais comme chez les autres patients, le grattage active les circuits de récompense, les entraînant dans un véritable cercle vicieux.

Le dossier – Prurits

Conduite à tenir

L'annonce du diagnostic de prurit psychogène nécessite des précautions [10]. D'une part, elle doit s'appuyer sur des critères diagnostiques (***tableau I***). D'autre part, il faut présenter ce diagnostic comme le plus probable car il est difficile d'en être sûr. Certains patients peuvent ressentir cette annonce comme un abandon par le médecin parce qu'il ne sait pas ce qu'ils ont, ou bien comme la mise en évidence d'une faiblesse ou d'une culpabilité. Pour éviter cela, il est nécessaire d'évoquer aussi naturellement que possible cette étiologie du prurit parmi les autres étiologies dès la première consultation.

Aucun essai clinique n'a évalué l'usage des psychotropes dans cette indication [11]. Néanmoins, l'hydroxyzine, les antidépresseurs tricycliques (essentiellement la doxépine) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (fluoxétine, sertraline, paroxétine, citalopram, fluvoxamine, escitalopram, venlafaxine, duloxétine) semblent très utiles [12]. Les antipsychotiques (rispéridone et olanzapine) ou les antiépileptiques (topiramate, gabapentine et prégabaline) relèvent d'une prise en charge plus spécialisée.

Différentes formes de psychothérapie peuvent être proposées, allant de l'éducation thérapeutique et de la psychothérapie de soutien aux thérapies cognitives et comportementales, à l'hypnose, à la méditation ou à la psychanalyse et aux psychothérapies d'inspiration analytique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Misery L, Dutray S, Chastaing M *et al.* Psychogenic itch. *Transl Psychiatry*, 2018;8:52.
2. Misery L, Alexandre S, Dutray S *et al.* Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group. *Acta Derm Venereol*, 2007;87:341-344.
3. Misery L, Brenaut E, Le Garrec R *et al.* Neuropathic pruritus. *Nat Rev Neurol*, 2014;10:408-416.
4. Gieler U, Consoli SG, Tomás-Aragones L *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification--a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol*, 2013;93:4-12.
5. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U. Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom*, 1999;1(suppl 1):15-19.
6. Lee HG, Stull C, Yosipovitch G. Psychiatric disorders and pruritus. *Clin Dermatol*, 2017;35:273-280.
7. Mochizuki H, Baumgartner U, Kamping S *et al.* Cortico-subcortical activation patterns for itch and pain imagery. *Pain*, 2013;154:1989-1998.
8. Misery L, Ständer S. Pruritus. *Springer*, 2017.
9. Anzieu D. Le moi-peau. Bordas, 1985.
10. Misery L, Legoupil D, Schollhammer M *et al.* [The announcement of bad news in dermatology]. *Ann Dermatol Venereol*, 2014;141:729-735.
11. Szepietowski JC, Reszke R. Psychogenic Itch Management. *Curr Prob Dermatol*, 2016;50:24-32.
12. Shaw RJ, Dayal S, Good J *et al.* Psychiatric medications for the treatment of pruritus. *Psychosom Med*, 2007;69:970-978.

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