

# Le prurit: une approche pratique

Edmond Schmied<sup>a</sup>, Catherine Schmied<sup>a</sup>, Jean-François Dufour<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Cabinet médical, La Chaux-de-Fonds, <sup>b</sup> Institut de Pharmacologie clinique, Inselspital, Berne



## Quintessence

- Motif fréquent de consultation ambulatoire, symptôme désagréable, parfois même invalidant, le prurit peut relever d'affections diverses, tant dermatologiques que systémiques. Le nombre de ses causes possibles dépasse la centaine.
- La réalité du symptôme doit être confirmée, son intensité évaluée. Il faut distinguer le prurit physiologique, autoprotecteur, du prurit pathologique.
- Dans l'analyse du contexte du cas, on doit toujours tenir compte:
  1. du mode de développement des symptômes;
  2. de la présence ou non dans l'entourage d'autres sujets qui se grattent;
  3. de l'existence ou non de lésions cutanées.
- L'investigation d'un prurit requiert une collaboration étroite entre divers spécialistes, dermatologue, infectiologue, interniste notamment, collaboration seule à même de déjouer de nombreux pièges.

## Summary

### Pruritus: a practical approach

- *Pruritus, a frequent subject of outpatient consultations, an unpleasant and sometimes even disabling symptom, may reflect a variety of both dermatological and systemic disorders. Its potential causes number over a hundred.*
- *It is necessary to confirm that the symptom really exists and to assess its intensity. Physiological, self-protective pruritus is to be distinguished from pathological pruritus.*
- *In analysing the context of the case, regard must always be had for:*
  1. *the manner in which the symptoms developed;*
  2. *the presence or otherwise in the immediate circle of other subjects who scratch themselves;*
  3. *the existence or otherwise of cutaneous lesions.*
- *Investigation of a case of pruritus requires close cooperation between various specialists, dermatologists infectious disease specialists, internal medicine specialists in particular. Such cooperation is the only way of avoiding the many pitfalls involved.*

## Introduction

Parmi plus de 10 000 publications consacrées au prurit que recense la «Medline», nombreuses sont celles qui comportent une démarche algorithmique d'investigation et de traitement. Malheureusement, les schémas présentés sont souvent si complexes que leur utilité pratique demeure limitée.

Le but de cet article est de proposer un guide diagnostique simplifié, élaboré par les auteurs, et susceptible d'accompagner le praticien pas à pas dans sa prise en charge du malade qui se gratte. Une iconographie généreuse accompagne le texte, tant sont importantes l'analyse puis la reconnaissance visuelle des lésions dans le diagnostic dermatologique [1, 2].

## Algorithme simplifié pour l'investigation d'un prurit

### Première étape

Confirmer la réalité du symptôme et en évaluer l'intensité. Il est essentiel de distinguer entre prurit physiologique autoprotecteur et prurit pathologique qui, lui, est délétère [3-5].

Le prurit *physiologique* est discret, inconscient, prédominant le soir lorsque le malade se dévêt. Chaque individu se gratte ainsi plusieurs fois par jour, sans désagrément.

Le prurit *pathologique* est au contraire gênant, parfois même invalidant. Il est suffisamment désagréable pour faire préférer au malade la douleur à la démangeaison: les lésions induites par le grattage trouvent là leur explication [6, 7]. Deux remarques encore: 1. Tout prurit source d'insomnies doit être considéré par principe comme pathologique. 2. Alors même que le facteur déclenchant d'un prurit a disparu, l'envie de se gratter peut persister; exemple: le prurit généralisé présent en période postopératoire. Certains y voient l'effet rémanent des opiacés utilisés lors de l'anesthésie [8].

### Répondre à cinq questions

1. Connait-on déjà chez le malade qui se gratte une *affection cutanée* (par ex. eczéma atopique) ou *systémique* (par ex. insuffisance rénale chronique) génératrice de prurit?

N.B.: Toutes les affections cutanées, notamment en phase d'extension, et c'est particulièrement le cas du psoriasis, peuvent devenir prurigineuses.

2. Dans quelles circonstances le prurit apparaît-il?

La recherche de facteurs ou *circonstances* pouvant générer un prurit doit être systématique. Citons quelques exemples: les piqûres de moustiques, de poux, de puces et de punaises. De même la prise de *médicaments*, que celle-ci soit continue ou intermittente. Parmi les molécules susceptibles de provoquer l'apparition d'un prurit, on citera l'acide acétylsalicylique, les antimariques (chloroquine), les anti-rétroviraux (anti-protéases) [9], les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, l'interféron, les opiacés (héroïne), les phénothiazines, les rétinoïdes, le tolbutamide et enfin les vitamines du groupe B. L'application sur la peau de *substances irritantes à usage cosmétique* (par ex. exfoliants) ou *professionnel* (par ex. laine de verre) peut également provoquer un prurit, que celui-ci s'associe ou non à des lésions cutanées. Un prurit *aquagénique* peut survenir sur un terrain atopique mais également révéler une maladie de Vaquez. La «bourbouille» (éruption papulo-vésiculaire et fortement prurigineuse) se développe essentiellement chez les Européens se rendant en région subtropicale, et a pour origine une obstruction des pores sudoraux avec inflammation glandulaire secondaire.

N.B.: Le prurit déclenché par l'alcool fait partie du syndrome d'intolérance à l'éthyle observé dans la maladie de Hodgkin, dans diverses néoplasies profondes ainsi que dans la sarcoïdose. L'urticaire, bonne pourvoyeuse de prurit, peut être, elle aussi, aggravée par la prise d'alcool.

3. *L'entourage* du malade présente-t-il les mêmes symptômes?

La notion de prurit familial ou collectif oriente vers une cause infectieuse. Ainsi, un prurit affectant également le/la partenaire doit faire penser en premier lieu à une gale. Les pédiculoses du cuir chevelu et les oxyuroses se développent dans des collectivités notamment d'enfants et d'adolescents.

N.B.: Le prurit d'acclimatation: fréquente, liée aux modifications de l'environnement (variations de température, d'hygrométrie), cette symptomatologie s'observe avec une fréquence particulière chez les sujets noirs vivant sous des climats tempérés.

4. Avons-nous affaire à un prurit *localisé* ou au contraire *multifocal*, voire généralisé? (fig. 1 📷).

5. Existe-t-il ou non des *lésions cutanées*?

L'examen du tégument permet, par identification des lésions dermatologiques élémentaires encore non modifiées par le grattage, de distinguer deux situations différentes. Le tégument peut être indemne (fig. 2A 📷) ou présenter une ou plusieurs anomalies (fig. 2B 📷).



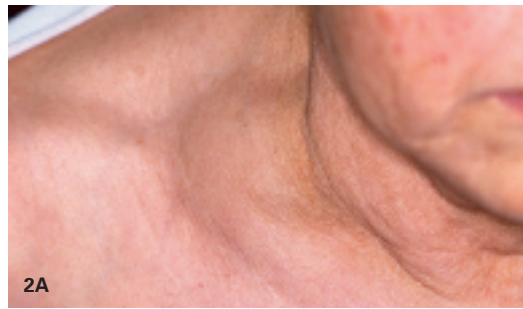
**Figure 1**

A) Petite lésion prurigineuse digitale persistante, longtemps considérée à tort comme un eczéma. Elle correspond en réalité à un carcinome spinocellulaire *in situ* = maladie de Bowen.

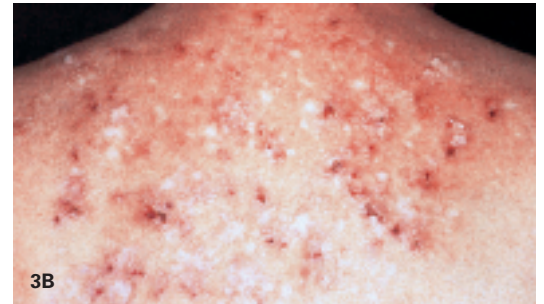
B) Dermatose prurigineuse généralisée. L'érythrodermie sèche chez cette femme de 50 ans a pour origine un lymphome T épidermotrope = mycosis fongoïdes.

La présence de lésions de grattage n'écarte pas la coexistence d'une dermatose spécifique. On peut distinguer plusieurs types de lésions de grattage: les excoriations punctiformes ou stries linéaires, la lichénification (épaississement focal du tégument témoignant d'un grattage chronique) (fig. 3A 📷) et le prurigo subaigu (fig. 3B 📷).

N.B.: *L'impétiginisation* ou surinfection streptococcique/staphylococcique des lésions de grattage est un phénomène fréquent (fig. 4 📷).



**Figure 2**  
A) Tégument indemne de toute lésion spécifique chez un patient consultant pour des démangeaisons généralisées et intenses. La présence d'adénopathies tumorales susclaviculaires permet d'expliquer la symptomatologie cutanée: le malade souffre d'une maladie de Hodgkin.  
B) Lésion cutanée spécifique, soit une plaque inflammatoire prurigineuse mentonnaire à bords nets traduisant une infection dermatophytique focale.



**Figure 3**  
A) Lichénification suite à un grattage chronique chez un patient souffrant d'eczéma.  
B) Prurigo subaigu: mélange de papules inflammatoires, d'excoriations et de cicatrices dépigmentées chez un patient insuffisant rénal.



**Figure 4**  
Impétiginisation d'une lésion d'eczéma atopique située sur le dos de la main d'un enfant.

**Tableau 1. Répartition topographique des dermatoses prurigineuses [10, 11].**

Localisation	Dermatose
Cuir chevelu	Dermite de contact aux produits capillaires, teigne, eczéma séborrhéique du scalp, pédiculose
Visage	Acné, dermatophytie, dermite séborrhéique, eczéma atopique/de contact, photodermatose
Nuque, épaules	Acné, folliculites, hygiène insuffisante, notalgie paresthésique, pédiculose pityrosporiques
Membres	Dermatite atopique des plis de flexion, dermatite herpétiforme à la face d'extension des membres, piqûres d'insectes, réaction médicamenteuse aux plis de flexion
Mains et pieds	Dermatophytie plantaire, eczéma, eczéma dishydrosique, gale, granulome annulaire, larva migrans, urticaire
Tronc et flancs	Piqûres d'insectes, groupées ou disposées de façon linéaire
Région ano-génitale	Candidose, carcinome, condylomes, dermatophytie, dermite trauma-irritative (diarrhées), eczéma, épidermoïde (notamment M. de Bowen), gale, lichen scléro-atrophique, maladie de Paget extra-mammaire, oxyurose, pédiculose, psoriasis

**Sur la base des réponses fournies aux cinq questions précédentes, il faut distinguer quatre situations différentes**

**1. Prurit localisé avec lésions cutanées**

Une origine dermatologique doit être considérée en priorité, le type d'affection varie selon la topographie (tab. 1 [↔], fig. 5, 6 [📷]) [10, 11].

**2. Le prurit est localisé, aucune lésion tégumentaire autre que de grattage n'est présente**

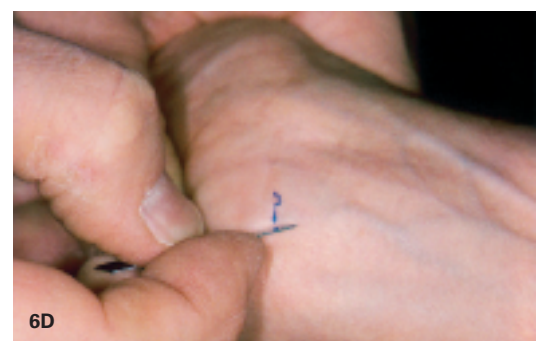
Dans cette situation, il faut considérer l'éventualité d'une atteinte nerveuse:

- notalgie paresthésique, zone prurigineuse cutanée limitée, de quelques cm<sup>2</sup> de surface, localisée dans la partie haute du dos, le plus souvent le long du bord interne de l'omoplate; parfois discrète pigmentation régionale. Cette



**Figure 5**

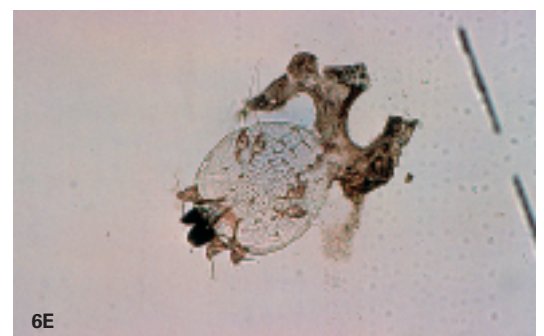
- A) Eczéma dyshidrosique palmaire.  
 B) Piqûres d'insectes (puces?) groupées sur le flanc.  
 C) Dermatophytie plantaire.



6D

**Figure 6**

- La gale (scabiose) et son diagnostic par le test à l'encre.  
 A) Lésions cutanées linéaires (sillons) situées le plus souvent dans les espaces interdigitaux.  
 B) Zone atteinte recouverte avec de l'encre pour plume à réservoir.  
 C) La même zone après élimination du surplus d'encre à l'aide de cotons d'ouate imbibés d'alcool-éther.  
 D) Le sillon scabieux est râclé avec une lame de bistouri (N° 15). Le matériel prélevé est disposé entre lame et lamelle avec adjonction d'une goutte de xylol.  
 E) Les sarcoptes sont facilement identifiables au microscope.



6E

Tableau 2. Principales dermatoses prurigineuses.

Type de lésion cutanée	Dermatose
Macules pigmentées	Mastocytose
Papules inflammatoires congestives	Urticaire
Papules inflammatoires violacées	Lichen plan
Papulo-vésicules	Prurigo aigu
Vésicules/bulles	Dermatite herpétiforme
	Dermatophytose
	Eczéma
	Pemphigoïde bulleuse
	Photosensibilité
	Varicelle
Plaques érythémato-squameuses	Lymphome cutané (mycosis fongoïdes)
	Psoriasis
Œdème migrateur	Angio-œdème
	Loase (filariose: Loa loa)
Erythrodermie	Eczéma
	Gale
	Lichen plan
	Lymphome T
	Psoriasis
	Réaction médicamenteuse
Xérose cutanée	Sécheresse cutanée (cf. texte)

- anomalie peut demeurer isolée ou s'intégrer dans le cadre d'un MEN syndrome [12];
- prurit volontiers paroxystique, focal, lié à la présence d'une atteinte cérébrale: abcès, accident vasculaire, sclérose en plaques, tumeur [13, 14].

### 3. Le prurit est généralisé et des lésions cutanées sont présentes

Dans cette situation, une dermatose prurigineuse doit être considérée (tab. 2 ↩, fig. 7 📷). N.B.: La *sécheresse (xérose)* cutanée, grande pourvoyeuse de prurit, est particulièrement fréquente chez les sujets âgés. Volontiers considéré alors comme psychogène, le prurit possède en réalité pour origine la disparition du film hydro-lipidique de surface (douches, bains chauds, emploi abondant de détergents avec rinçage insuffisant, (par ex. toilette au lit), action desséchante également de certains médicaments (par ex. rétinoïdes, hypolipémiants). Il s'ensuit une dysfonction de la barrière épidermique avec stimulation non spécifique des terminaisons nerveuses génératrices de sensations prurigineuses [15].

La *pemphigoïde* du sujet âgé se manifeste fréquemment par un prurit avant que n'apparaissent les premières bulles. A ce stade, seuls des examens spécialisés (immunofluorescence directe, Western Blot) sont suffisamment sensibles pour permettre d'établir précocement un diagnostic.



Figure 7

Dermatoses prurigineuses (cf. tab. 2).

A) Important dermatographe dans un cas d'urticaire.

B) Lésions eczémateuses très étendues sur les membres inférieurs.

C) Sécheresse (xérose) cutanée.

### 4. Le prurit est multifocal ou généralisé, mais aucune lésion cutanée autre que de grattage n'est présente

Dans cette situation, le prurit est d'origine interne ou systémique (tab. 3 ↩) [16-22].

Tout prurit «nu» doit faire rechercher une affection générale, laquelle est retrouvée par la clinique et un bilan paraclinique simple dans 25 à 50% des cas.

Ce bilan inclut: CRP, formule sanguine avec numération, glucose, calcium, créatinine, ALAT, phosphatase alcaline, LDH, ferritine, TSH, Ac anti-mitochondries, stix urinaire. Il est recommandé de mettre du sérum en réserve! (sérothèque). N.B.:

- Dans la cirrhose biliaire primitive, prurit et asthénie précèdent volontiers les autres perturbations cliniques et biologiques.
- Lors d'une maladie de Hodgkin, un tiers des malades développe un prurit, parfois intense,

**Tableau 3. Principales causes systémiques de prurit [20-23].**

Cholestase	Ictérique ou non-ictérique
	Intra- ou extra-hépatique
Insuffisance rénale chronique	
Affections hématologiques [21]	Déficit martial
	Syndrome myéloprolifératif
	Syndrome hyperéosinophile
Tumeurs diverses	Lymphome hodgkinien
	Lymphome non-hodgkinien
	Tumeurs solides: cancers gastriques, pulmonaires, rénaux, etc.
Troubles métaboliques [22]	Hémochromatose
	Hyperthyroïdie (Basedow surtout)
	Hypothyroïdie
	Diabète sucré
Infections	Maladie coeliaque <sup>1</sup>
	VIH
	Hépatite C
	Helminthiase tissulaire [23]
Affections neurologiques	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
Grossesse	

<sup>1</sup> Peut s'accompagner d'une dermatite herpétiforme, affection auto-immune touchant la jonction dermo-épidermique.

volontiers précoce et de valeur pronostique péjorative.

- Le «couple maudit» *prurit-éosinophilie* circulante doit faire évoquer, après un séjour dans un pays d'endémie, une helminthiase tissulaire en phase invasive [23].
- Durant une *grossesse*, il faut doser les sels biliaires à jeun [24]. De plus, la survenue d'un prurit gestationnel s'accompagne d'une augmentation des risques de complications obstétricales, notamment de naissance prématurée [25].
- Contrairement à ce que l'on peut lire, le *prurit psychogène* ne correspond nullement à un diagnostic d'exclusion. Ses caractéristiques sont suffisamment spécifiques pour le faire évoquer précocement dans la démarche diagnostique: état dépressivo-anxieux, compo-

sante phobique (parasites, cancers), horaire diurne seulement et topographie particulière (facilement accessible au grattage), forte intensité et abondance des excoriations.

- Toutefois, attention aux affections pouvant générer à la fois des troubles psychiatriques et du prurit telles que: coeliakie, dysthyroïdie, hypercalcémie, maladie de Sjögren, etc.

## Traitement

Le traitement du prurit est idéalement étiologique [26]. En l'absence de certitude diagnostique ou si la cause des démangeaisons n'est pas accessible à une correction rapide, on aura recours à un traitement symptomatique. Celui-ci comprend les mesures suivantes:

- ongles coupés court,
- vêtements de coton amples et souples,
- hygrométrie ambiante >40%, température ambiante entre 20 et 25°,
- douches brèves et tièdes; éviction des détergents ou éventuel recours à un pain dermatologique surgras,
- application après la toilette d'un agent émollient dénué d'additifs (cold cream, crème hydrophile) à conserver au réfrigérateur,
- photothérapie aux UVB,
- autres alternatives: naltrexone, ondansétron.

N.B.: Quelques pièges à éviter!

- Les antihistaminiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en cas de prurit non lié à l'urticaire ou à la mastocytose. Exception: les antihistaminiques sédatifs (hydroxyzine), utiles pour la nuit.
- Renoncer à appliquer des topiques irritants (par ex. solutions alcooliques, antiseptiques), des topiques sensibilisants (par ex. anesthésiques locaux, antihistaminiques locaux, anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux) ou des corticoïdes (peu utiles en peau saine, volontiers desséchants et générateurs, en cas d'usage prolongé, d'une atrophie cutanée susceptible d'aggraver encore le prurit).

## Références

- 1 Fleischer AP Jr. The clinical management of itching. Lancaster: Parthenon Publishing Group; 2000.
- 2 Champion RH. Generalised pruritus. Br Med J 1984;289: 751-3.
- 3 Hagon-Traub I, Raetzler MA, Hischer S. «Docteur, ça me gratte». Med Hyg 1995;53:1137-48.
- 4 Mahr A. Conduite à tenir devant un prurit en 10 points. Available from: <http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10867.html>.
- 5 Greco PJ. An office based approach to the patient with pruritus. Hosp Pract 1992;27:121-8.
- 6 Stander S, Steinhoff M, Schmelz M. Neurophysiology of pruritus: cutaneous elicitation of itch. Arch Dermatol 2003; 139:1463-70.
- 7 Twycross R, Greaves MW, Handwerker H, Jones EA, Libretto SE, Szepietowski JC, et al. Itch: scratching more than the surface. QJM 2003;96:7-26.
- 8 Waxler B, Dadabhoy ZP, Stojiljkovic L, Rabito SF. Primer of postoperative pruritus for anesthesiologists. Anesthesiology 2005;103:168-78.
- 9 Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Lee RB, Wagner KF. Pruritus in HIV-1 disease: therapy with drugs which may modulate the pattern of immune dysregulation. Dermatology 1997;195:353-8.
- 10 Bourée P, Caumes E. La dermatite cercarienne. Presse Med 2004;33:490-3.
- 11 Gallais V, Bourgault-Villada I, Chosidow O. Poux et gale: nouveautés cliniques et thérapeutiques. Presse Med 1997; 26:1682-6.
- 12 Verga U, Fugazzola L, Cambiagli S, Pritelli C, Alessi E, Cortelazzi D, et al. Frequent association between MEN 2 A and cutaneous lichen amyloidosis. Clin Endocrinol (Oxf) 2003;59:156-61.

- 13 Summers CG, MacDonald JT. Paroxysmal facial itch: a presenting sign of childhood brainstem glioma. *J Child Neurol* 1988;3:189-92.
- 14 Kimyai-Asadi A, Nousari HC, Kimyai-Asadi T, Milani F. Poststroke pruritus. *Stroke* 1999;30:692-3.
- 15 Norman RA. Xerosis and pruritus in the elderly: recognition and management. *Dermatol Ther* 2003;16:254-9.
- 16 O'Donnell BF, Alton B, Carney D, O'Loughlin S. Generalized pruritus: when to investigate further. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:117.
- 17 Afifi Y, Aubin F, Puzenat E, Degouy A, Aubrion D, Hassam B, et al. Pruritus sine materia: a prospective study of 95 patients. *Rev Med Interne* 2004;25:490-3.
- 18 Hiranamek N. Itch: a symptom of occult disease. *Aust Fam Physician* 2004;33:495-9.
- 19 Georgescu V, Le Bozec P. Prurit sans lésion dermatologique. *Ann Dermatol Vénéréol* 1999;126:629-33.
- 20 Brunner W. Pruritus – also a challenge in internal medicine. *Schweiz Med Wschr* 1995;125:2244-50.
- 21 Aractingi S, Mansouri S. Manifestations cutanées associées aux hémopathies malignes. *Presse Med* 1997;26:678-83.
- 22 Jabbour SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologist. *Am J Clin Dermatol* 2003;14:315-31.
- 23 Ranque S, Candolfi E, Himy R. Diagnostic et conduite à tenir devant une hyperéosinophilie parasitaire. *Presse Med* 1998;27:370-5.
- 24 Marpeau L, Verspyck E, Descargues G. Management of cholestasis in pregnancy. *Presse Med* 1999;28:2132-4.
- 25 Esteve E. Conduite à tenir devant un prurit de la femme enceinte. *Ann Dermatol Vénéréol* 1999;126:634-8.
- 26 Misery L. Traitement symptomatique du prurit. *Ann Dermatol Vénéréol* 2005;132:492-5.

Correspondance:  
Dr Edmond Schmied  
Cabinet médical  
Rue de la Paix 5  
CH-2302 La Chaux-de-Fonds  
[ed.schmied@bluewin.ch](mailto:ed.schmied@bluewin.ch)