

PRURIT

François TRUCHETET

Dermatologie CHR Metz-Thionville

10 janvier 2017

Prurit Chronique 1/2

- Prurit : signe fonctionnel : sensation désagréable conduisant au besoin de se gratter
- Prurit chronique :
persistant depuis plus de 6 semaines
- Localisé ou généralisé
- Altération de la qualité de vie majeure
= douleur
source d'anxiété, dépression → exacerbation du prurit
- Causes multiples : dermatologiques, systémiques, neurologiques, psychiatriques.

ROOK 9^{ème} édition Textbook of Dermatology 2016

Prurit Chronique 2/2

- Prévalence au cours de la vie :
13,5 - 25,5 %, augmente avec l'âge :
 - 16 - 30 ans : 12,3 %
 - 61 - 70 ans : 20,3 %
- Répartition égale selon le sexe
- Apparition plus tardive chez l'homme (moyenne >3 ans) et comorbidités plus fréquentes (cardiovasculaires, tabac ...)
- Chez femme, maladies neuropathiques et psychosomatiques plus fréquentes.

ROOK 9^{ème} édition Textbook of Dermatology 2016

Prurit chronique : classifications 1/2

- IFSI : international Forum for Studies on ITCH
Ständer S et al Acta Dermatol Venereol 2007, 87 :291-4
 - Groupe 1 : prurit avec maladie dermatologique (peau enflammée) : atopie...
 - Groupe 2 : prurit avec peau normale (peau non enflammée)
anciennement : prurit sine materia
 - Groupe 3 : prurit avec lésions de grattage chronique :
lichen simplex, prurigo nodulaire

Groupe 1 : Prurit avec maladie dermatologique 1/3



GALE

Groupe 1 : Prurit avec maladie dermatologique 2/3



SCLERODERMIE



Groupe 1 : Prurit avec maladie dermatologique 1/3



URTICAIRE

Groupe 3 : Prurit avec lésions de grattage



Prurit chronique : classifications 2/2

- 6 catégories :
 - Causes dermatologiques
 - Causes systémiques
 - Causes neuropathiques
 - Causes psychogènes
 - Causes mixtes
 - Autres : origines indéterminées - idiopathiques

Prurit chronique : Physiopathologie neuroinflammation - « neurodermatitis » 1/4

- Prurit naît à la jonction dermo-épidermique sur des récepteurs cutanés spécifiques :
 - qui sont essentiellement des fibres C non myélinisées identifiées en 1997
 - et des fibres alpha 2 afférentes
- 5 à 10% des fibres C sont affectées au prurit
- Des fibres C affectées au prurit :
 - 10 à 20 % sont histamino-dépendantes
 - 80 à 90 % sont histamino-indépendantes
 - populations de neurones mutuellement exclusifs

Prurit chronique : Physiopathologie 2/4

- 2 principales voies du prurit de la peau au cerveau :
 - Voie histaminergique
 - Voie non histaminergique en particulier par le biais de protéase activated receptor 2 (PAR 2)
- Dans la peau de patients souffrant de prurit :
 - + relations complexes « cross talking » entre :
 - Cellules cutanées (kératinocytes, T lymphocytes, mastocytes dermiques, éosinophiles)
 - Fibres nerveuses avec récepteurs de prurit
 - + relations facilitées par de multiples substances :
 - Cytokines, protéases, prostaglandines, bradykinines, chemokines

Prurit chronique : Physiopathologie 3/4

- En plus des récepteurs à l'histamine, multiples autres récepteurs non histaminergiques
- Fibres afférentes transfèrent le signal prurit à la racine dorsale et à la corne dorsale médullaire
- Il existe des récepteurs au prurit sur la corne dorsale : GRPR (Gastrin releasing peptid receptor), NK1 récepteur, neuromedine B récepteur, natriuretic polypeptide récepteur A, récepteurs opioïdes...

Prurit chronique : Physiopathologie 4/4

- Nerfs afférents qui ascensionnent au thalamus et à de multiples zones corticales
- Pas de centre cérébral du prurit mais interactions entre aires sensibles
- Il existe des voies de stimulation et des voies d'inhibition
- Nombreux récepteurs centraux et périphériques inhibiteurs :
récepteurs au froid (périphériques)
et récepteurs kappa opioïdes

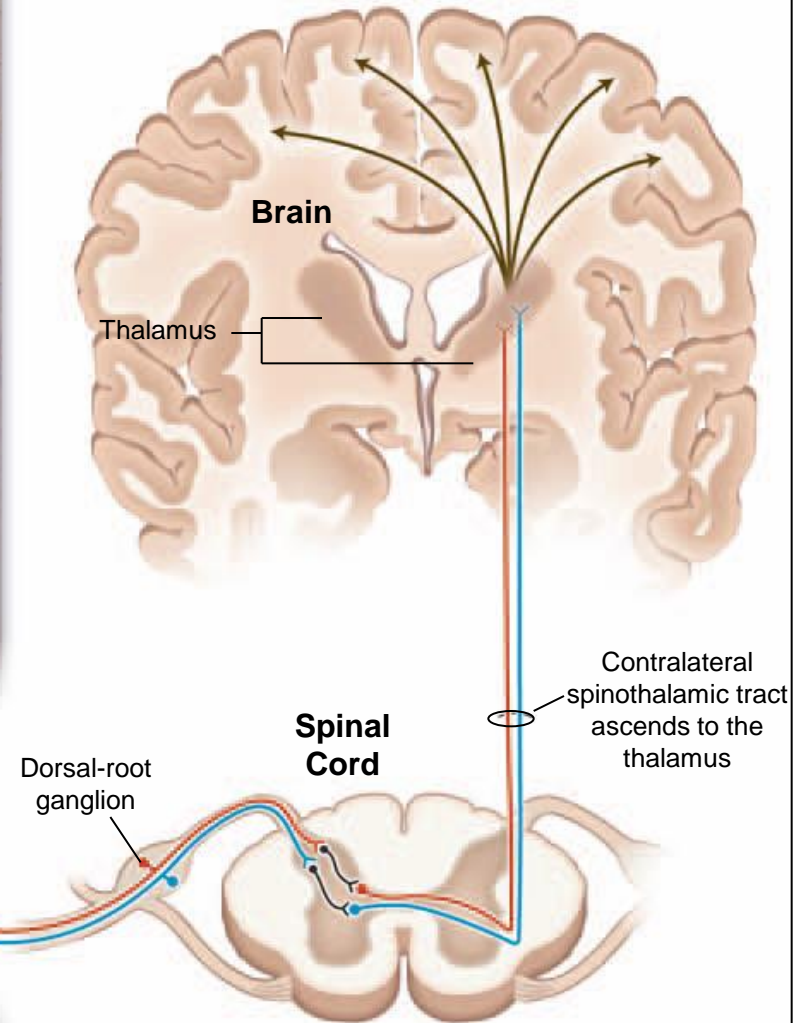
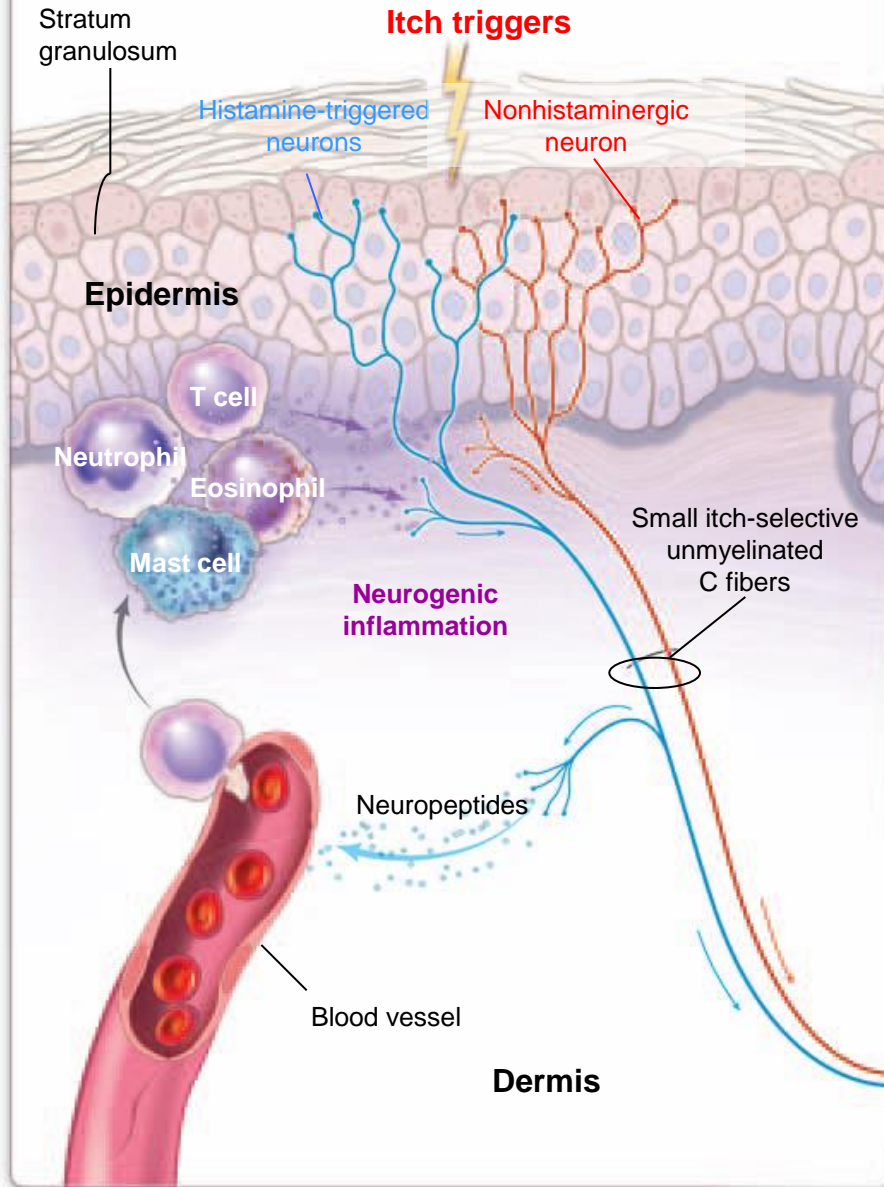
Médiateurs et récepteurs du prurit (neuroimmunologie) 1/2

Médiateurs	Récepteurs concernés par le prurit	Aspect clinique
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Acétylcholine</i> 	Récepteur muscarinique acétylcholine	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatite atopique - Toxine botulinique A inhibe la libération d'acétylcholine et supprime prurit induit par histamine et notalgie paresthésique
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neurotransmetteurs cutanés et spinaux</i> - GRP 	GRP récepteurs	Dégranulation mastocytaire
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cytokines</i> - IL31 - IL2 	IL31 RA/OSMR	Dermatite atopique, amyloïdose primaire cutanée familiale
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Histamine</i> 	H1 H4 récepteurs	Urticaire, mastocytose, réaction piqûres d'insectes
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neuropeptique</i> - Endothéline 1 	Récepteurs endothéline A	Libération d'oxyde nitrique : vasodilatation

Médiateurs et récepteurs du prurit (neuroimmunologie) 2/2

Médiateurs	Récepteurs concernés par le prurit	Aspect clinique
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neurotrophine</i> - NGF 	TrkA	Psoriasis, dermatite atopique
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Peptides opioïdes</i> - Endorphine - Dynorphine 	<ul style="list-style-type: none"> - μ récepteur opioïde - k opioïde récepteur 	<ul style="list-style-type: none"> - prurit choléstatique : effet bénéfique NALOXONE - Prurit urémique : NULFARAFINE : agoniste K récepteur réduit prurit urémique.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Protéases et Mrgpr agonistes</i> - Tryptase, mucunain - Cathepsine S - Chloroquine 	<ul style="list-style-type: none"> - PAR 2, PAR 4 - PAR 2, PAR 4, Mrgpr C11 - Mggpr A3, TRPA 1 	<ul style="list-style-type: none"> Mastocytose cutanée Dermatite atopique Prurit induit par chloroquine
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tachykinines</i> - Substance P 	Neurokines 1 récepteurs (NK1R)	Psoriasis, dermatite atopique, prurigo nodulaire, APREPITANT(agoniste sélectif NK1R) : efficace prurit Sezary, prurit dermatologique, prurigo nodulaire induit par médicaments et thérapies ciblées.

Epidermis and Dermal – Epidermal Junction



Démarche diagnostique clinique 1/3

- Ecarter douleurs, paresthésies ou dysesthésies
- Interrogatoire :
 - Date et mode de début : brutal ou progressif
 - Topographie initiale et extension
 - Type de prurit : brûlure, piquûre, picotement, rampant sous la peau
 - Intensité : échelle visuelle analogique : 0-10 (travail, vie quotidienne, sommeil, vie affective)
 - Evolution : aigu, paroxystique, constant

Démarche diagnostique clinique 2/3

- Interrogatoire :(suite)
 - Chronologie :
heure de la journée, période de l'année
 - Facteurs aggravants : hypersudation sport, bains, douche, repas
ou calmants : froid, détente
 - Contexte associé (maladies, toxiques)
 - Liens avec signes objectifs (avant, pendant ou après signes cutanés, prises médicamenteuses)
 - Existence ou non d'un prurit collectif
 - Effets des traitements
 - Théorie du patient sur l'origine du prurit

Démarche diagnostique clinique 3/3

- Facteurs de stress ou psychogéniques
- Antécédents médicaux dont dermatologiques (lichen, pemphigoïde, hématoïdémie...)
- Antécédents chirurgicaux
- Antécédents allergiques type I / type IV
- Antécédents atopiques
- Prises médicamenteuses, transfusions
- Signes cliniques de malignité (fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes)
- Grossesse

Examen clinique

- Signes dermatologiques (peau enflammée)
- Signes liés au prurit
 - Lésions de grattage, excoriations
 - Lichenifications
 - Ongles vernissés (prurit ancien)
 - Troubles pigmentaires (grattage chronique)
 - Papules, nodules
- Difficulté : dermatose primaire, lésions secondaires au prurit (prurigo)

Groupe 3 : Prurit avec lésions de grattage



Bilan proposé à évaluer : après bilan clinique exhaustif

- Hémogramme (sous populations lymphocytaires)
- CRP, VS
- Ionogramme, glycémie, calcémie, phosphorémie, DFG, créatinine
- Bilan hépatique (cholestase)
- Fer sérique, ferritinémie
- TSH
- Electrophorèse des protéines et immunoélectrophorèse si besoin
- Sérologie hépatites A, B et C, VIH
- Radiographie du thorax, échographie abdominale
- Biopsie cutanée
- Prurit génito-anal : examen parasitologique des selles
- Examens orientés par la clinique

Prurit : causes dermatologiques (groupe 1)

- Dermatoses inflammatoires :
 - Dermate atopique, eczéma de contact
 - Psoriasis
 - Pemphigoïde, dermatite herpétiforme
 - Urticaire, dermatographe
 - Mastocytose
 - Lichen
 - Sclérodemie
 - Erythrodermie
 - Toxidermie
 - Lucites
 - Maladie de Grover
 - Dermatose gravidique



Dermographe



URTICAIRE



PEMPHIGOIDE



PSORIASIS



ERYTHRODERMIE

MASTOCYTOSE



MASTOCYTOSE



Prurit : causes dermatologiques (groupe 1)

- Dermatoses infectieuses :
 - Folliculite
 - Gale, pédiculose
 - Prurigo parasitaire, piqûres d'insecte
 - Larva migrans
 - Parasitoses autres
 - Varicelle
 - Dermatophytoses
 - Candidoses
 - Dermatoses liées au VIH



GALE





MORPION
PHTIRIUS
PUBIS

VARICELLE



DERMATOPHYTOSE



Prurit : causes dermatologiques (groupe 1)

- Génétiques :
 - Darier, Hailey Hailey
 - Nevil
- Cancéreuses :
 - Lymphome : mycosis fongoïde, Sezary
- Causes diverses :
 - Xérose, eczéma craquelé, prurit sénile
 - Prurit ano-génital
 - Erythème solaire
 - Cicatrice
 - Photothérapie
 - Prurit aquagénique
 - Flush
 - Prurit cholinergique



Prurit : causes non dermatologiques (groupe 2)

- Insuffisance rénale chronique
- Cholestase
 - Lithiase biliaire, pancréatite, cancer pancréas
 - Métastases hépatiques ou pancréatiques
 - Hépatites, cirrhose biliaire primitive
 - Cholangite sclérosante primitive
 - Cholestase gravidique
- Hémopathies :
 - Lymphomes Hogkiniens ou non
 - Gammopathies monoclonales
 - Polyglobulie, myélofibrose, thombocytoses
- Troubles endocriniens, métaboliques
 - Carence martiale
 - Dysthyroïdie
 - Diabète
 - Tumeur carcinoïde

Prurit : causes non dermatologiques autres (mixte, indéterminé) (groupe 2)

- Médicaments : rituximab, thérapies ciblées anticancéreuses imatinib, infliximab
- Insuffisance cardiaque
- Prurit aquagénique
- Neurofibromatose

Prurit : causes non dermatologiques (groupe 2)

- SNC :
 - Tumeur, abcès, anévrismes
 - Accidents vasculaires cérébraux
 - Sclérose en plaque, syringomyélie
 - Myélite transverse
 - Syndrome Brown-Séquard
 - Maladie de Creutzfeldt-Jakob
- SN périphérique proximal :
 - Polyneuropathies périphériques
 - Algies post zostériennes et autres ganglionopathies
 - Prurit brachio-radial
 - Notalgie paresthésique



Prurit : causes non dermatologiques (groupe 2 et 3)

- Système nerveux périphérique distal
 - Neuropathies des petites fibres
 - Prurit post brûlure
 - Cicatrices
 - Prurigo nodulaire /prurigo simplex
- Causes psychiatriques ou prurit psychogène
 - Dépression
 - Prurit psychogène : trouble au cours duquel le prurit est au centre de la symptomatologie et où des facteurs psychologiques jouent un rôle évident dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation ou la persistance du prurit

Prurit chronique : maladies associées

• *n= 3700 ROOK Textbook of Dermatology 9^{ème} édition 2016*

- Maladie dermatologique : 31,6 %
- Maladie systémique : 8,6 %
- Maladie neurologique : 10,2 %
- Maladie psychiatrique : 1,5 %
- Multiples étiologies : 41,3 %
- Cause inconnue : 6,8 %

Prurit psychogène 1/2

Misery I et al. Acta Dermatol Venereol 2007;87 641-4

- Trouble au cours duquel 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
- Annonce prudente et appuyée sur arguments solides
- L'annoncer comme cause possible lors de la 1^{ère} consultation
- Bien préciser au patient que l'on a compris que les démangeaisons ne sont pas imaginaires

Prurit psychogène 2/2

Misery I et al. Acta Dermatol Venereol 2007;87 641-4

- Critères diagnostiques :
 - 3 critères obligatoires :
 - Prurit avec peau normale (sine materia)
localisé ou généralisé
 - Chronique >6 semaines
 - Pas de cause somatique
 - 7 critères facultatifs (3 minimum sur 7 requis) :
 - Relation chronologique entre la survenue du prurit et des événements de vie pouvant avoir une répercussion psychique
 - Variation de l'intensité avec le stress
 - Prédominance pendant les périodes de repos ou d'inaction
 - Trouble psychique associé
 - Prurit amélioré par psychotrope
 - Prurit amélioré par psychothérapie

Prurit chronique : traitement

- Altération de la qualité de vie majeure (équivalent à la douleur)
- Traitement de la cause
- Pas de schéma codifié
- 10 -20 % des fibres C : histaminergiques
- Multiples voies non histaminergiques
(fibres C, corne dorsale médullaire, nerfs afférents avec multiples voies et récepteurs : PAR 2, TRPV 1, récepteurs opioïdes...) à l'origine de thérapies ciblées
- Dysrégulation immunitaire : immunosénescence, lien entre récepteurs cytokines et lymphocytes T modifiant les seuils source de prurit → médicaments neuro actives : gabapentine, pregabaline

Prurit chronique : traitement 1/2

- gabapentine, pregabaline :
 - Antiépileptiques
 - Douleurs neuropathiques : diabète, zona
 - Prurit : inhibition de la voie alpha 2 delta dépendant canaux calciques corne postérieure → diminution seuil prurit
 - Peu d'effets indésirables, index thérapeutique large, peu d'interactions médicamenteuses, pas de métabolites actifs, pas de protéines sériques porteuses (pas de dosage sanguin nécessaire)

Prurit chronique : traitement 2/2

- Pregabaline :
 - + effets pharmacologiques supérieurs à gabapentine
 - + meilleure et plus rapide absorption que gabapentine
- Effets indésirables : somnolence, asthénie, sédation, dose dépendant
- Posologie maximale :
 - + gabapentine 3600mg/j, pregabaline 600mg/j
 - + débuter faible dose et augmenter progressivement
 - (limiter les effets secondaires)

Prurit chronique : traitement symptomatique 1/3

- Eviter irritation de la peau :
 - Eau tiède non chaude
 - Douches courtes, éviter les bains (<20 min)
 - Syndets, savon surgras, éviter détergents
 - Éviter irritants (antiseptiques)
 - Couper ongles courts
(lésions de grattage, surinfections)
 - Porter vêtements larges
 - Éviter les matières irritantes (laine, nylon)
 - Privilégier le coton
 - Éviter chauffage excessif
 - Éviter aliments chauds, épicés, alcool

Prurit chronique : traitement symptomatique 2/3

- Contrairement à la douleur, le prurit est aggravé par eau chaude et soulagé par eau froide
- Émoullients après toilette, renouvelé dans la journée : crème, baume ...
- Exemples : Exomega, Lipikar, Trixera
- Spécifiquement antiprurigineux :
Xeracalm, Pruriced, Physiogel
- Préparations : glycérole d'amidon, urée, ac lactique, lidocaïne, doxepine, capsaïcine...
- Menthol 1 à 5 % (afférent au froid) mais attention risques d'allergies
- Antihistaminiques si histaminergiques

Prurit chronique : traitement symptomatique 3/3

- Hydroxyzine(ATARAX)
 - + prurit insomniant(sédatif)
 - + prurit psychogène, cholinergique
- Effet placebo : 30 à 70 % des cas limité dans le temps
- Approche émotionnelle : relation médecin malade
 - + médecin : équivalent médicament
 - + psychothérapies comportementales
 - + hypnose
 - + éducation thérapeutique : déculpabilisation
 - + psychotropes : hydroxyzine, doxepine, inhibiteurs de recapture de sérotonine

Prurit chronique et malignité paranéoplasique (sans lésion dermatologique) 1/ 2

- Etude cas contrôle: recul 5 ans
 - *n=8744 / 31580 JAAD 2014; 70 651-8*
 - *n=398 / 8346 J. Dermatol Science 2016,82 : 123-8*
- Risque plus élevé de néoplasie : faible
 - Hématologiques : incidence/personne/an :
0,0016
(0,0008 non prurit)
 - Hépatiques (voies biliaires,
cholangiocarcinome) : incidence 0,003
(0,0001 non prurit)
- Bilan limité à ces néoplasies
 - NF, sous population, radiographie thoracique,
échographie abdominale
 - En fonction de clinique

- Prurit chronique et malignité paranéoplasique
(sans lésion dermatologique) 1/ 2
- Âge plus vieux, prédominance masculine, maladies hépatiques et tabac : terrain plus propice
 - Traitement de la cause
 - Inhibiteurs recapture sérotonine (paroxetine)
 - Antagonistes récepteurs opioïdes μ
Naloxone
 - Agonistes récepteurs opioïdes κ : Nalfurafine
 - Prégabaline

Prurit chronique: dermatite atopique 1/3

- Prurit aggravé par lésions de grattage (autoentretien)
- Aggravé : nuit, laine, sueurs, alcool, épices
- Multifactoriel :
 - Xérose
 - Inflammation
 - Perturbation des voies du prurit dans SNC
- alloknésis : peau prurigineuse
- Mécanismes pruritoceptifs : neurogènes, psychogènes

Prurit chronique : dermatite atopique 2/3

- Emollients (xérose)
- Anti H1 peu efficace sauf sédatifs (hydroxyzine)
- Antibiothérapie : staphylococcus aureus super antigène active lymphocytes T et mastocytes (Toll like récepteurs) et promotion IL31 (pruritogène)



DERMATITE ATOPIQUE

Prurit chronique : dermatite atopique 3/3

- Dermocorticoïdes: anti inflammatoires :
« wet wrap »
 - Photothérapie UVB TL 01 > UVB spectre large
 - Immunosuppresseurs : Azathioprine, Cyclosporine (action sur lymphocytes T CD4)
 - Inhibiteurs de calcineurine : (tacrolimus) modulation lymphocytes T
 - Cibles IL 31, récepteurs histamine 4
 - Antagonistes opioïdes : Naltrexone
- Formes sévères

Prurit chronique : insuffisance rénale chronique 1/2

JAAD 2016, 02. 1237 ; J.Pain and Symptom Management 20015 50,4:566-70

- Altération qualité de vie, réduction du temps de survie
- Souvent associé à des lésions secondaires : pigmentation, nodules de prurigo, lichenification, eczéma surinfecté
- Causes multifactorielles :
 - Lymphocytes T hi élevés, IL2 pruritogènes élevées, voies PAR2, TRPV1
 - Neuropathie urémique, seuil de sensibilité au prurit abaissé

Prurit chronique : insuffisance rénale chronique 2/2

JAAD 2016, 02. 1237 ; J.Pain and Symptom Management 20015 50,4:566-70

- Traitement symptomatique : émollient, ac gamma linoléinique (anomalies des acides gras essentiels)
- Photothérapie UVB : apoptose mastocytaire
- Gabapentine : 300/ 400 mg/dialyse ou 300 mg 3 fois /semaine
- Pregabaline : 100 mg/dialyse ou 75 mg 2 fois /semaine
- Thalidomide



PSORIASIS

Prurit chronique : Psoriasis

ROOK 2016

- Prurit dans 80 à 90 % des cas
- Facteurs exacerbant : chaleur ambiante, xérose, transpiration, stress
- Emollients
- Traitement du psoriasis
- Apremilast
(Inhibiteur phosphodiesterase 4)

Prurit chronique: maladie hépato biliaire (cholestase) *ROOK 2016*

- Prurit généralisé ou localisé
(mains, pieds : symptôme précoce)
- Moins de lésions secondaires que dans prurit urémique
- Pathogénie : autotoxine et récepteur acide biliaire TGR5
- Mesure de sels biliaires cutanés et sanguins :
résultats contradictoires et sans valeur
- Rôle de l'autotoxine ATX (taux sériques élevés) dans prurit
cholestatique
 - Médicaments séquestrant produits biliaires
 - + Cholestyramine, photothérapie
 - + Rifampicine (prudence en raison hépato toxicité)
 - Antagonistes opioïdes (Naloxone, Naltrexone)

Prurit chronique : polyglobulie

JAAD 2016.02.1237

- Prurit aquagénique
- PUVAthérapie, photothérapie UVB TL 01
- Inhibiteurs de recapture de la sérotonine
- Pregabaline 150 à 300 mg/j

Prurit chronique : Diabète sucré

ROOK 2016

- Prurit généralisé :
plus de 25 % des diabétiques :
26,3 % → 27,5 %
- Prurit du tronc le plus souvent
- Association entre glycémie post-prandiale et prurit

Prurit chronique et médicaments

- Parfois critères d'imputabilité intrinsèques clairs(délai) : ex: chloroquine, morphine ...
- Parfois critères d'imputabilité intrinsèques confus : pas de délai net : latence grande :
 - IEC, Bêtabloquant (Atenolol, Metoprolol...)
 - Hydrochlorothiazide
 - Antidiabétiques, metformine, glimepiride
 - Antidiurétiques
 - Statines, Allopurinol
- Rituximab, thérapies ciblées anticancéreuses, Infliximab, Imatinib...

Prurit et grossesse 1/2

- 20 % des grossesses
- Le plus souvent lié à dermatoses préexistantes : psoriasis, dermatite atopique
- Éruption atopique de grossesse (AEP)
(prurigo de grossesse, folliculite de grossesse)
- Éruption polymorphe de grossesse :
 - 21,6 % des prurits de grossesse
 - Pas de risque foetal
- Pemphigoïde gestationnelle :
 - 4,2 % des prurits de grossesses
 - Hypotrophie ou post maturité possible

Prurit et grossesse 2/2

- Prurit associé à grossesse (ICP)
 - 3 % des prurit de grossesse
 - Survenue en fin de grossesse
 - Début mains, pieds et généralisation
 - Lésions secondaires de grattage et prurigo
 - Acides biliaires élevés et possible ictère, risque foetal : mort né, lithiase biliaire
- Loratadine :
pas de risque pendant toute la grossesse
- Photothérapie possible

Prurit sénile 1/2

JAAD 2016, 74,5:1017-9,ROOK 2016 9^{ème} édition

- 50% des patients de plus de 70 ans : prurit
- Multiples causes :
 - syndrome post ménopausique,
 - troubles fonctions hépatiques, rénales,
 - polymédications,
 - gale institutionnelle, maladie maligne,
 - dépression, solitude, isolement...

Prurit sénile 2/2

JAAD 2016, 74,5:1017-9,ROOK 2016 9^{ème} édition

- Pathogénie :
 - Xérose
 - altération qualitative et quantitative sébum
 - réduction de la barrière cutanée (en eau)
 - réduction du contenu hydrique couche cornée
 - Dystrophies des terminaisons nerveuses cutanées ou diminution du nombre(desafferentiation)
 - Immunosenescence
 - réduction IgG
(sans association à diminution des autres Ig)
 - réduction de l'immunité Th1
 - majoration TH2 (allergique) IgE augmentées, éosinophilie sanguine et tissulaire augmentées₆₆



PRURIT
SENILE

Prurit sénile : traitement

L.MISERY Thérapeutiques en dermatologie vénérologie 2016,256:20-1

- Allokinesie : prurit déclenché par toucher léger
- Améliorations conditions ambiantes (température, humidité)
- Émollients : au moins 4 fois par jour
- Si dépression : Paroxetine, Amitriptyline le soir
- Pas d'efficacité de dermocorticoïdes, anti H1, lotions rafraichissantes
- Immunothérapies :(immunosénescence)

Prurit neuropathique SNC ou SNP 1/2

BRENAUT E MISERYLL Prurit idiopathique EMC 2015

- 8% des causes de prurit chronique
- Éléments sémiologiques :
 - Topographie recoupant celle de territoire d'innervation
 - association : douleur, allodynie, paresthésies, sensation de décharges électriques = pruralgie
 - Aggravation contact avec le froid
 - Distinction parfois difficile avec douleur neuropathique ou association

- Pathogenie :
 - Compression nerveuse : prurit brachioradial, notalgie paresthésique
 - Dégénérescence localisée ou généralisée fibres nerveuses : neuropathie des petites fibres
- Traitement : médicaments neuroactives (Prégabaline, Gabapentine)



NOTALGIE
PARESTHESIQUE

Notalgie paresthésique

JAAD 2016, 02. 1237

- Prurit localisé région rétroscapulaire avec parfois extension au cuir chevelu
- Lichenification, pigmentation avec amylose maculeuse (dépôts amyloïdes dus à matériel nécrotique kératinocytaire : grattage)
- Neuropathie sensitive racines T2 à T6
- Capsaïcine
- Gabapentine 300 à 600 mg/j, Pregabaline

Prurit brachioradial

- Prurit : coudes et parties adjacentes du bras et de l'avant bras (face dorso-latérale)
- Parfois extension : épaules, cou, cuir chevelu ou généralisé
- Aggravé par exposition solaire, amélioré par application froid
- Femme > homme, plus de 60 ans
- Atteinte C5 C6(compression : arthrose, hernie discale, radiculopathie cervicale)
- Examen neurologique, IRM
- Capsaïcine, benzodiazépines
- Gabapentine 900-1800 mg/ j, Prégabaline

Prurit neuropathique

JAAD 2016.02.1237

- Syndrome trigéminé : tacrolimus local
(action sur récepteurs TRPV1)
+ Gabapentine 400 mg/j
- Traumatisme médullaire
(syndrome de Brown-Séquard)
 - Gabapentine
 - Prégabaline
- Dysesthésie cuir chevelu
 - Prégabaline 150 mg/j

Prurit d'origine psychiatrique

- Localisé ou généralisé
- Écarter cause dermatologique ou systémique
- Causes variées pouvant être graves
 - Névroses (anxiété, dépression)
 - Psychoses(dépression, délire)
- Prurit cuir chevelu, génital, anal
- Acné excoriée, pathomimie(mutilation), parasitophobie
- Prurit psychogène

Prurit d'origine psychiatrique

7/39 8/34

- Acné excoriée : DMS 5
- 1889 Brocq : attitude compulsive (2013)
- 50 % acné (comédons, nodules, kystes)
- Cicatrices, excoriations anguleuses et profondes
- Parfois pustules par surinfection
- 1 à 5 % population, femme jeune
- Examen : apprécier degré d'acné, temps passé à se gratter, instrument utilisé
- Parfois moyens qui facilitent : narcotiques, drogues récréatives : cocaïne, amphétamines, opiacés
- Antécédents psychiatriques, histoire familiale

Pathomimie : attitude compulsive

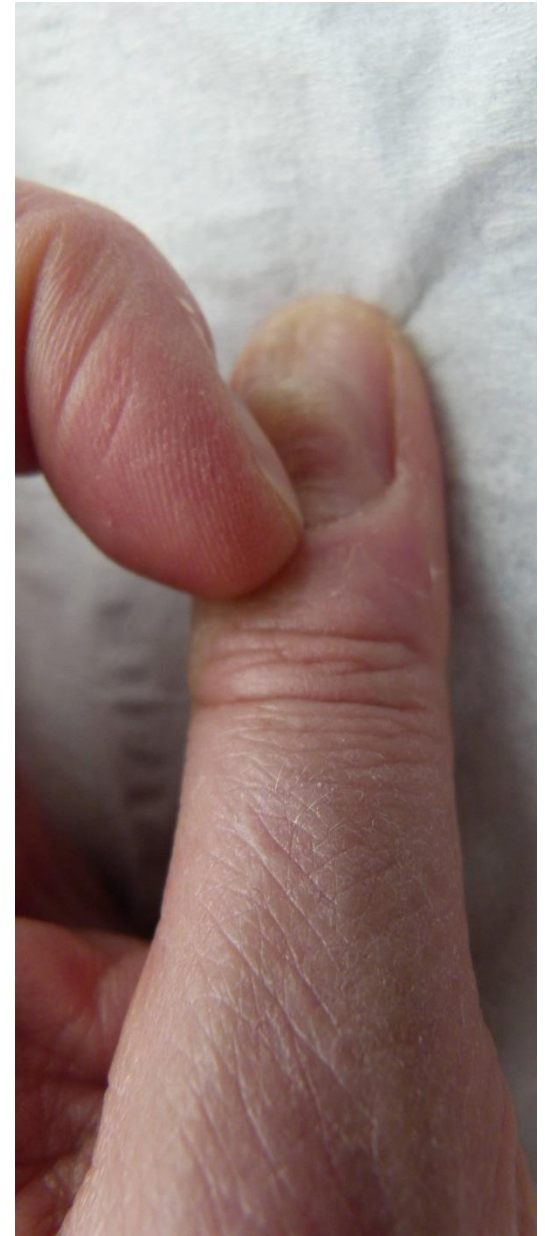
- Attitude compulsive : 1 à 2% de la population
 - lésions reconnues comme telles (absence de secret, de dissimulation)
 - ne peut s'empêcher même si réticences à avouer
 - trichotillomanies
 - tic de léchage
 - pachydermodactylie
 - refoulement maniaque des cuticules, onychophagie
 - excoriations névrotiques



Acné excoriée - désordre compulsif

- Minimiser irritation, méditation, relaxation
- Compulsion : Clomipramine : 12,5 -75 mg/j
- Anxiété : Clonazepam: 0,125-0,25 mg 2 à 3 fois par jour
- Dépression : Escitalopram: 10-20 mg/j, Sertraline 75-150 mg/j
- Délire d'infestation : antipsychotique: Pimozide 1 à 6 mg/j (augmentation progressive)
- Nacétyl cystéine (modulateur glutamate) 2,4 à 3 g /j

Attitude compulsive



Pathomimie : Définition

- Pathomimie cutanée (Dieulafoy 1908)
 - expression d'authentiques désordres psychiatriques
- Maladie factice (autoprovoocation secrète et mystérieuse)
 - entièrement provoquée (état de conscience claire)
 - dissimulée (secret)
 - motivation inconsciente irrationnelle



PATHOMIMIE



Auto-mutilateurs



Prurit chronique - Prurigo nodulaire (PN) groupe 3

- Nodules hyperkératosiques ou érosifs distribués symétriquement
- Confusion terminologique
 - Dermatose primaire prurigineuse avec cercle vicieux : prurigo simplex
 - Dermatose secondaire à prurit chronique
- J.N HYDE description 1879 et dénomination prurigo nodulaire 1909
- Nombreux termes : Hutchinson, Hebra, Besnier, Jacquet
- 1909 HYDE : nodules hyperkératosiques chroniques réfractaires au traitement
- PN survient dans une grande catégories de maladies prurigineuses

PRURIGO NODULAIRE



Prurigo nodulaire

ROOK 2016 9^{ème} édition

- Peut se voir dans toutes les catégories de dermatoses prurigineuses
- Prévalence faible: 1-2,5/10000 hab USA
- Femme > homme, tous les âges mais âge moyen : 61 ans
- Retard diagnostique : 6,5 ans
- Impossible de distinguer :
lésions primaires ou secondaires
- Centaines de nodules rosés avec hyperpigmentation autour, surface hyperkératosique ou érosive
- Parfois plaques
- Atteinte symétrique, bilatérale tronc et membres (milieu du dos respecté)

Prurigo nodulaire 1/2

JAAD 2016 02 1237

- Rechercher cause dermatologique : pemphigoïde nodulaire : Biospsie + IFD
- Rechercher cause systémique, neuropathique, psychiatrique
- Histologie
 - Hyperplasie épidermique
 - Fibrose dermique
 - Infiltrat polymorphe, lymphocytes, polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, mastocytes
 - Nerfs dermique hypertrophique (neurome de Pautrier)

Prurigo nodulaire 2/2

JAAD 2016 02 1237

- Pathogène :

neuropathie des petites fibres sensibles épidermiques

- Traitement :

- Puvathérapie, photothérapie

- Ciclosporine, Thalidomide (toxicité neurologique)

- Naltrexone

- Gabapentine, Prégabaline 150-300 mg/j

Lichen simplex

- Plaque circonscrite due à grattage et auto entretien
- Femme > homme 30-50 ans
- Traitement : brisure du cycle prurit-grattage, auto entretien : corticothérapie sous occlusion intra lésionnelle





**PRURIT ANAL:
BON COURAGE !**