

Personne âgée

Conduite à tenir devant un prurit

Le prurit est un symptôme fréquent, notamment chez la personne âgée. Les causes potentielles sont nombreuses, de gravité variable et le retentissement fonctionnel peut être important. Devant un prurit, une démarche diagnostique rigoureuse permettra d'orienter rapidement le diagnostic et d'envisager, si nécessaire, des examens complémentaires ciblés. Le recours au spécialiste sera envisagé en cas de gravité initiale ou de difficulté diagnostique.

Le prurit se définit par la présence « d'une sensation qui provoque le besoin de se gratter » et devra être différencié des phénomènes sensitifs que sont les dysesthésies et les paresthésies, voire la douleur. Il existe un prurit dit physiologique qui cède facilement au grattage, sans retentissement fonctionnel et n'induisant pas de lésions cutanées telles que le prurigo (cf. fig. 1).

Quelle démarche diagnostique devant un prurit du sujet âgé ?

Lors du prurit, certains points devront rapidement être précisés :

- ▶ sa topographie : localisé ou diffus, zones photo-exposées
- ▶ son ancienneté et sa temporalité : dans le nyctémère (diurne, nocturne, à recrudescence vespérale) et dans le temps (caractère saisonnier, après un nouveau traitement), ses facteurs déclen-



Fig. 1 : Prurigo excorié



Dr Xavier Roux
Genève

chants éventuels. L'étude de l'ordonnance s'avère primordiale chez des sujets volontiers polymédiqués. L'introduction de tout nouveau traitement dans les jours ou semaines précédant le début des symptômes devra être recherchée systématiquement.

- ▶ le contexte épidémiologique : chez les patients âgés parfois institutionnalisés, la présence d'autres cas dans l'établissement doit faire évoquer un phénomène infectieux (scabiose) ;
- ▶ l'intensité et le retentissement fonctionnel du prurit : celui-ci devra être évalué. Le caractère insomniant ou la présence d'un syndrome dépressif réactionnel sera également recherché.

Une fois l'interrogatoire terminé, l'examen physique se fera chez un patient totalement dévêtu afin d'explorer l'ensemble des téguments. On recherchera 2 types de lésions cutanées :

- ▶ les lésions cutanées non spécifiques induites par le grattage : excoriations, ulcérations, ou un prurigo qui cache parfois une vraie dermatose spécifique sous forme de papules excoriées ou croûteuses, nodules) (cf fig. 1). En cas de prurit intense prolongé, des lésions de lichénifications peuvent être mises en évidence. Il importe également de rechercher des signes de surinfection (impetiginisation).
- ▶ les lésions cutanées spécifiques d'une pathologie dermatologique réputée prurigineuse : eczéma (allergique / de contact), urticaire, psoriasis, mycose, lichen.

L'examen dermatologique sera complété par un examen général à la recherche d'une pathologie systémique à retentissement cutané : ictère de la cholestase, adénopathies/splénomégalie dans le cadre d'hémopathies lymphoïdes ou myéloïdes voire de lymphome à localisation cutanée (lymphomes T, syndrome de Sézary).

Enfin, en absence de toute lésion cutanée visible, on parlera de prurit *sine materia*.

Quelles sont les principales causes de prurit ?

a. La pemphigoïde bulleuse

La pemphigoïde bulleuse est une dermatose dont l'incidence augmente avec l'âge. Le prurit est le signe fonctionnel majeur et peut précéder de plusieurs semaines l'apparition des lésions bulleuses. L'examen retrouve des bulles tendues à contenu clair sur des plaques érythémateuses (fig. 2) qui touchent typiquement l'abdomen et la face de flexion des membres. Les bulles persistent quelques jours et laissent la place à des érosions ou à des croûtes.

La pemphigoïde bulleuse s'accompagne volontiers d'une hyperéosinophilie sanguine franche.

Le diagnostic, suspecté cliniquement, sera confirmé par l'histologie et l'immunologie sanguine. Les lésions histologiques caractéristiques sont la présence de bulle sous épidermiques avec, à l'immunofluorescence directe, des dépôts d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique. L'immunofluorescence indirecte (IFI) consiste en la recherche d'auto-anticorps circulants (IgG) dirigés contre la membrane basale de l'épiderme et présents dans 70 à 90 % des cas. Les traitements reposent sur l'induction d'une immunosuppression forte et rapide initiale et prolongée d'au moins 12 mois. La corticothérapie demeure le traitement de première intention, soit systémique, soit locale en fonction de l'étendue et la sévérité de l'atteinte cutanée.

b. L'eczéma craquelé

L'eczéma craquelé est une forme d'eczéma fréquent chez le sujet âgé dont l'étiologie reste partiellement connue. La sécheresse cutanée est physiologique associée à l'âge avec perte d'eau transépidermique et diminution des lipides épidermiques. Les médicaments tels que diurétiques ou statines au long cours pourraient également constituer un facteur favorisant.

c. La toxidermie

Première cause à évoquer devant un prurit d'apparition récente en raison de la gravité potentielle, elle doit faire rechercher l'introduction de nouveaux traitements dans le mois précédent. Les médicaments les plus souvent incriminés sont l'allopurinol, les antiepileptiques, les sulfamides, les pénicillines... Une érythrodermie recouvrant plus de 30% de la surface corporelle et une atteinte muqueuse devront être recherchées, faisant redouter un syndrome de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique. L'absence de prurit dans ses formes sévères est faussement rassurante, le symptôme de douleur cutanée est plutôt recherché. Le spectre clinique des manifestations cutanées secondaires à une origine médicamenteuse est très large, la plus fréquente étant l'exanthème maculo-papuleux. En l'absence de critères de gravité, l'arrêt des traitements potentiellement inducteurs servira de test thérapeutique et sera en règle générale suffisante. L'adjonction de traitement antihistaminique ou de corticoïde ne doit pas être systématique.

d. Les ectoparasitoses

La possibilité d'une gale due à *Sarcoptes scabiei* à l'origine du prurit doit toujours être évoquée compte tenu des implications tant individuelles que collectives. Chez les patients institutionnalisés, l'existence d'autres cas de prurits est évocatrice. Le prurit est féroce à prédominance vespérale. L'examen clinique recherchera des sillons. Des mesures d'ordre collectives devront être prises simultanément au traitement anti-parasitaire du sujet: isolement contact, traitement des autres cas, traitement des habits et de la literie (1).

La punaise de lit (*Cimex lectularius*) est un parasite en recrudescence, responsable de piqûres volontiers prurigineuses. Elle se rencontre dans les habitats, indépendamment du niveau socioéconomique. L'éradication est nécessaire, souvent par l'intermédiaire d'un organisme spécialisé.

Pediculus humanis capitis ou pou de cheveux est un ectoparasite essentiellement rencontré chez les jeunes enfants mais qui peut



Fig. 2 : Dermatoses bulleuses auto-immunes de type pemphigoïde bulleuse



Fig. 3 : Dermatoses acantholytiques transitoires (maladie de Grover) du dos avec ses papules recouvertes d'une squame-croûte

également se rencontrer chez l'adulte. Le prurit est localisé au cuir chevelu et le diagnostic se fera après inspection méticuleuse des cheveux.

Pediculus humanis corporis ou pou de corps se rencontre chez les patients exposés à une précarité importante. Des cas sont également décrits en cas d'incurie importante dans le cadre d'un syndrome de Diogène par exemple.

e. Le lymphome cutané type mycosis fongoïde

Cette pathologie, bien que peu fréquente, sera évoquée notamment dans un contexte d'altération de l'état général ou de symptômes lymphoïdes associés (adénopathies, splénomégalie, perturbation de la formule sanguine). La biopsie cutanée fait le diagnostic mais doit être accompagnée, en plus de l'histologie standard, de marquages de clonalités notamment de type T. La présence de cellules lymphoïdes T circulantes définit le syndrome de Sézary, forme systémique du lymphome cutané. Les organes lymphoïdes sont atteints et l'atteinte cutanée peut évoluer vers une érythrodermie généralisée.

f. La maladie de Grover

Cette pathologie est fréquemment rencontrée en milieu gériatrique. Il s'agit d'une dermatose acantholytique transitoire, acquise non auto-immune (fig. 3). L'éruption est érythémateuse, papulo-vésiculeuse ou papulo-kératosique, atteignant préférentiellement le tronc,

TAB. 1	Tests généraux de laboratoire recommandés pour des patients atteints de prurit sans lésions cutanées prise en charge au cabinet médical
	frottis sanguin avec d'un comptage différentiel de globules sanguins
	niveau de protéines C-réactives ou taux de sédimentation d'érythrocyte
	taux de fer sérique (chez des patients anémiques)
	taux d'azote uréique et de créatinine
	tests de la fonction hépatique (bilirubine totale, bilirubine libre, les taux d'activité d'aminotransférases et de la phosphatase alcaline sérique)
	taux de glucose sérique
	tests des fonctions thyroïdiennes (TSH, fT3, fT4)
	analyse des selles visant à détecter la présence éventuelle des parasites

que ce soit au niveau de la face antérieure du thorax ou de la région médio-rachidienne. Un prurit d'intensité variable est fréquemment présent. Elle est favorisée par la macération fréquemment rencontrée chez les patients alités. Si cette dermatose n'est pas transitoire, un diagnostic spécialisé avec biopsie cutanée est nécessaire.

g. Prurits sans lésion dermatologique ou avec lésions non spécifiques de prurigo

Des causes générales doivent être évoquées. La cause toxique est également possible avec des médicaments favorisant le prurit, le principal étant la morphine et ses dérivés.

Les principales causes générales à rechercher sont :

- ▶ la cholestase (avec ou sans ictère) dont les étiologies sont multiples
- ▶ les hémopathies malignes qu'elles soient lymphoïdes ou myéloïdes : maladie de Hodgkin (adulte jeune), maladie de Vaquez (bain chaud +)
- ▶ l'insuffisance rénale chronique
- ▶ les dysthyroïdies (hyper-ou hypothyroïdie)
- ▶ les causes infectieuses : Parasitoses (scabiose du sujet propre, VIH-SIDA, hépatite C)
- ▶ les causes carenciales : déficit en fer
- ▶ les causes médicamenteuses : par exemple morphine et dérivés (prurit dose-dépendant)

h. Le prurit sénile: une entité nosologique à part ?

Le prurit du sujet âgé, ou prurit sénile, fut longtemps considéré comme un diagnostic par défaut. Bien qu'il reste un diagnostic d'élimination, des travaux récents en ont précisé les causes et mécanismes, souvent plurifactoriels. Le vieillissement cutané physiologique s'accompagne d'une perte d'élasticité et d'une xérose cutanée. Cette dernière est facilitée, voire aggravée par de nombreux traitements : diurétiques, statines.

Devant un prurit du sujet âgé, la cause médicamenteuse devra systématiquement être éliminée chez cette population largement exposée. Les inhibiteurs calciques et les thiazidiques sont les médicaments fréquemment incriminés, par mécanisme probablement indirect, sans qu'il n'y ait nécessairement de mécanisme immuno-allergique sous-jacent.

Quelles investigations proposer devant un prurit ?

Les investigations seront orientées par les éléments de l'examen clinique. En cas de lésions cutanées, le recours à la biopsie sera large en cas de doute diagnostique. L'histologie standard sera complétée par des immuno-marquages si nécessaire en fonction de l'étiologie suspectée.

En absence de toute lésion cutanée, un bilan général minimum simple est recommandé (cf tab. 1).

L'évolution au cours du temps est un élément fondamental de la démarche diagnostique. Ainsi, l'intensité du prurit devra être réévaluée afin de juger de l'effet de l'arrêt d'un traitement potentiellement inducteur, de l'efficacité des thérapeutiques entreprises.

Quels traitements proposer ?

La prise en charge du prurit repose avant tout sur le traitement de la pathologie causale sous-jacente. Le traitement des maladies dermatologiques et générales permet en général une régression concomitante du prurit.

Les traitements physiques (UV thérapie dans le prurit urémique, acupuncture, électrostimulation...) ont été essayés avec une efficacité variable. Les antihistaminiques non sédatifs ont été surtout testés dans les prurits d'origine allergique.

Pour les causes allergiques, les antihistaminiques et le recours aux dermocorticoïdes de manière ponctuelle peuvent améliorer rapidement les symptômes. L'éviction de l'allergène éventuel est essentielle.

Le prurit du sujet âgé, en absence de cause dermatologique ou extra dermatologique clairement identifiée reposera sur l'hydratation cutanée à base d'émollient et le traitement d'une déshydratation éventuelle (adaptation des traitements diurétiques, apports hydriques entéraux, voire parentéraux).

Dr Xavier Roux
Dr Samuel Perivier
Dr Alexia Maillard
Dr Laurence Toutous Trelu

Dermatologie et vénérologie, HUG
Rue Gabrielle Perret-Gentil 4
1205 Genève
Xavier.roux@hcuge.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Référence:

1. Gaspard L et al. La gale en 2012. Rev med suisse. 2012;8(335):718-22, 724-5

Message à retenir

- ◆ Le prurit de la personne âgée constitue un signe fonctionnel fréquent
- ◆ Un interrogatoire et un examen clinique permettent de poser un diagnostic spécifique dans un cas sur 2
- ◆ L'examen de l'ordonnance et notamment des prescriptions récentes est essentiel dans cette population polymédiquée
- ◆ Le prurit sénile reste un diagnostic d'élimination et la correction des facteurs favorisant notamment médicamenteux, complétée par des mesures simples (émollient), permettent l'amélioration des symptômes