

MÉDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Diagnostic d'un prurit chez le voyageur Actualités 2018

Professeur Pierre Aubry, Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 07/12/2018

www.medecinetropicale.com

1. Généralités

La pathologie cutanée est le premier motif de consultation au retour d'un séjour tropical. Le prurit (sensation conduisant à une envie irrésistible de se gratter) et le prurigo (papulo-nodules prurigineuses) sont, en effet, de fréquents motifs de consultation. Ils sont volontiers révélateurs chez le voyageur de parasitoses, surtout d'ectoparasitoses.

Le prurit est provoqué par l'activation de récepteurs sensoriels spécifiques du prurit, les pruricepteurs, situés dans la jonction dermo-épidermique par divers médiateurs : histamine, mais aussi cytokines (IL-2, IL-31, INF), éicosanoïdes-lipides, neuromédiateurs (acétylcholine, endomorphines,...), protéases (tryptase...). Le signal est ensuite transmis dans différentes aires sensibles et motrices du cerveau, par l'intermédiaire de fibres C, A β , A δ du système nerveux dit sensitif ou somatique.

Une classification étiologique a été établie par la Société internationale sur le Prurit, qui distingue le prurit dermatologique, systémique, neurologique, psychogène, mixte ou autre (idiopathique).

Les différentes étiologies infectieuses du prurit au retour sous les tropiques ne seront pas détaillées. Elles sont décrites dans les différents textes du site.

2. Les arguments du diagnostic étiologique d'un prurit sont basés sur :

2.1. L'interrogatoire

- patient (antécédents), séjour (pays, régions, activités, saison, conditions du voyage, alimentation...),
- prise de médicaments,
- recherche d'une dermatite d'inoculation (pénétration de larves ou de cercaires),
- caractères du prurit (début, horaires, évolution aiguë ou chronique, topographie initiale : diffus ou localisé (du cuir chevelu, anal, génital, vulvaire, entre les orteils, au niveau des mains, des fesses...),
- autres sujets dans l'entourage présentant les mêmes symptômes.

2.2. L'examen clinique

- syndrome cutané : recherche de lésions cutanées autres que les lésions de grattage ou le prurigo (urticairique, œdèmes sous-cutanés, cordons mobiles sinueux, lésions érythémateuses, lésions bulleuses, éruption vésiculeuse, sillons, ...)
- signes associés extra-cutanés : pulmonaires, digestifs, neurologiques, oculaires..., existence ou non d'une fièvre, d'une atteinte de l'état général.

2.3. Les examens paracliniques

- Numération formule sanguine : hyperéosinophilie > 1 500 el/mm³
- Radiographie thoracique : infiltrat labile
- Examens parasitologiques : selles, urines, peau, sang,... suivant orientation clinique.
- Sérologies suivant orientation clinique.

3. Les principales étiologies

3.1. Eliminer les affections cosmopolites, rencontrées en zone tropicale comme en zone tempérée

3.1.1. Dermatoses infectieuses : elles sont le plus souvent localisées.

- cuir chevelu : pédiculose, dermite séborrhéique, teignes,
- face : impétigo,
- anus : oxyurose, candidose,
- vulve : candidose, trichomonase,

- mains/pieds : gale humaine, dyshidrose, intertrigo,
- jambes : piqûres d'insectes,
- périnée: phtiriase,
- lèvres, bouche : herpès labial (VHS1),
- organes génitaux : herpès génital (VHS2),
- appareil pilo-sébacé : folliculite (ex. : sycosis de la barbe),
- revêtement cutané : varicelle, prurigo de l'infection à VIH/Sida (le look du sida).

3.1.2. Dermatoses inflammatoires en général généralisées.

- psoriasis,
- dermatite atopique,
- eczéma de contact,
- pemphigoïdes, dermatite herpétiforme,
- urticaire,
- mastocytose,
- lichen plan.

3.1.3. Prurit d'origine systémique

- insuffisance rénale chronique,
- cholestase hépatique : cirrhose biliaire primitive, cholangite sclérosante,
- hémopathies malignes : lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens, maladie de Vaquez,
- endocrinopathies : hypothyroïdie, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, diabète, grossesse,
- syndromes paranéoplasiques : cancers solides.

3.1.4. Prurit des toxidermies médicamenteuses

Rechercher les médicaments responsables de prurit, de mécanisme le plus souvent pharmacologique et non pas allergique.

3.1.5. Prurit neurologique ou neuropathique

- polyneuropathies,
- prurit post-zostérien,
- sclérose en plaques

3.1.6. Prurit psychogène ou psychosomatique

Il est de cause psychique. Il serait rare.

3.1.7. Prurit idiopathique

Lorsque le bilan étiologique est négatif, le prurit est considéré comme idiopathique.

3.2. Rechercher des causes tropicales non infectieuses:

- miliaire sudorale (bourbouille, sudamina) : rétention sudorale par excès de chaleur,
- dermatoses irritatives ou allergiques : piqûres d'arthropodes, de papillons, de coléoptères...
- dermatites pseudo-scabieuses après contact avec végétaux : cactus, orties, coraux...
- ichtyosarcotoxisme (ciguatera ou gratte).

3.3. Rechercher une cause tropicale infectieuse

3.3.1. Essentiellement parasitaire

- filarioses :
 - loase : œdèmes de Calabar, déplacement du ver,
 - onchocercose : gale filarienne
- schistosomoses de primo-invasion (dermatite cercarienne, dermatite des nageurs),
- trypanosomiase humaine africaine,
- larva migrans cutanée (Iarbish),
- larva migrans viscérale (toxocarose, gnathostomose),
- larva currens (anguillulose),
- gale humaine (sarcoptique) ou animale, en particulier aviaire ou due aux acariens du coprah,
- tungose à *Tunga penetrans* (puce-chique).
- ankylostomose, anguillulose en phase de pénétration larvaire
- myiases africaine et américaine

3.3.2. Virales

- arboviroses (dengue, infection à *virus Chikungunya*, à *virus West Nile*),
- hépatites virales,
- infection à VIH/Sida et à HTLV1.

3.3.3. Mycosiques

- mycoses superficielles (dermatophyties, pityriasis versicolor)

4. A l'issue du bilan, le prurit-prurigo peut être inexpliqué. Se rappeler qu'il est associé de façon significative aux infections à *rétrovirus* (VIH 1-2, HTLV1). En cas d'infection à VIH, la recherche de *Demodex folliculorum* et de *Staphylococcus aureus* est positive dans 20% des cas.

5. Prescrire un traitement

Le traitement du prurit est étiologique. En l'absence d'étiologie, un traitement antiparasitaire d'épreuve peut être proposé. Le traitement anti-scabieux doit être institué dès la suspicion de gale. Le traitement symptomatique fait appel aux médicaments antihistaminiques anti-H1, bien que leur effet ne soit que partiel dans la grande majorité des cas, leur efficacité étant en théorie limitée à l'urticaire. Plusieurs psychotropes ont une action anti-prurigineuse, qu'ils soient anxiolytiques ou antidépresseurs.

Références

- Carsuzaa F., de Jaureguiberry P.P., Brisou P., Morand J.J., Guennoc B. Diagnostic d'un prurit chez le voyageur. *Med. Trop.*, 1998, 58, 231-234.
- Morand J.J., Lightburn E., Chouc C. Manifestations cutanéomuqueuses après un séjour sous les tropiques. *Med. Trop.*, 2001, 61, 117-130.
- Misery L. Le prurit : des avancées physiopathologiques considérables. *Médecine/sciences* 2014 ; 30 : 1123-1128.
- Misery L. Le prurit, une cause de souffrance mal prise en compte mais un thème de recherche en plein essor. *Bull Acad Natle Méd*, 2015 ; 199 ; 979-986.