

COMMENT J'EXPLORE

un prurit souvenir de vacances sous les tropiques

R. BOURGUIGNON (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2,3), G.E. PIÉRARD (4)

RÉSUMÉ : Un voyage ou un séjour en pays tropical est susceptible d'être pourvoyeur de pathologies aux relents exotiques. Un des symptômes est le prurit qui peut être localisé ou généralisé. Il est associé ou non à des lésions cutanées primitives.

INTRODUCTION

Nombreux sont les résidents d'Europe occidentale qui voyagent vers des régions tropicales ou sub-tropicales pendant les vacances ou pour leurs activités professionnelles. Parmi eux, certains se rendent dans des zones économiquement défavorisées ou choisissent des activités aventureuses. Ils risquent d'être en contact avec divers micro-organismes, des insectes et des parasites internes auxquels leur système immunitaire n'est pas préparé et contre lesquels il n'a pas développé une protection adéquate. Les problèmes cutanés rencontrés le plus fréquemment restent mineurs et disparaissent relativement rapidement sans causer de nuisance problématique. Parfois cependant, un avis médical est requis (1-8).

Certaines maladies cutanées peuvent être exacerbées de manière indirecte. A titre d'exemple, certains anti-malariques peuvent aggraver un psoriasis. La chaleur tropicale et la sudation qu'elle évoque peuvent exacerber une dermatite atopique. Toutes les photodermatoses risquent de se développer plus facilement sous de tels climats. Un autre problème incitant une consultation médicale est représenté par le prurit (9-11).

Le prurit est un symptôme fréquent en pathologie tropicale (2, 3, 10, 11). Son intensité est variable. Il est le plus souvent vespéral, parfois violent, empêchant le sommeil. Dans ces cas, le malade peut être amené à s'excorier la peau pour soulager son prurit. Parfois, il est plus discret, mais il incite cependant à demander un avis médical. L'anamnèse orientée permet souvent d'évoquer le diagnostic. Il est utile de distinguer un prurit régional d'un prurit généralisé. L'examen clinique permet de séparer les prurits avec ou sans lésions cutanées primitives. Il ne faut pas négliger l'influence du stress et l'état psychologique du patient qui peuvent modifier considérablement la perception du prurit.

HOW I EXPLORE...

PRURITUS AS A MEMORY OF TROPICAL HOLIDAYS

SUMMARY : Any journey or stay in a tropical country can lead to a variety of diseases with exotic background. One of the symptoms is represented by localized or generalized pruritus. It is associated or not associated with primary cutaneous lesions.

KEYWORDS : Tropical disease - Pruritus

PRURIT GÉNÉRALISÉ SANS LÉSION CUTANÉE PRIMITIVE

PRURIT DE LA XÉROSE

Les personnes souffrant de xérose (peau sèche) se plaignent facilement de prurit, principalement dans un environnement climatique sec. Le plus souvent, il s'agit de sujets âgés, surtout masculins, qui se plaignent d'un prurit chronique, sévère, sans trace d'excoriation ou de lichénification. La présence de fines particules ou de substances irritantes sur la peau peut exacerber la symptomatologie. Un lavage excessif de la peau aboutit au même effet, car l'irritation même modeste par certains tensio-actifs altère la couche cornée (12).

PRURIT MÉDICAMENTEUX

La chloroquine, les phénothiazines, les opiacés ainsi que certains médicaments responsables de toxidermies à minima ou de choléstase peuvent être la source d'un prurit généralisé (9, 13, 14). Certaines toxicomanies induisent cette symptomatologie.

PRURIT D'ORIGINE MÉTABOLIQUE OU ENDOCRINIENNE

Les patients en insuffisance hépatique ou rénale souffrent d'un prurit constant et invalidant (13). L'intensité du prurit est liée à la sévérité de la maladie sous-jacente et à sa durée. Le diabète, l'hyperthyroïdie et certaines formes d'amylose doivent également être considérés (9).

PRURIT RÉVÉLATEUR D'UNE PATHOLOGIE CACHÉE

Certains prurits, survenant principalement chez le vieillard, doivent évoquer la possibilité d'une affection sous-jacente immunitaire ou néoplasique n'ayant pas encore fait ses preuves. Il est en effet classique qu'un prurit puisse précéder et accompagner la survenue de maladies telles qu'une pemphigoïde bulleuse, une dermatite herpétiforme, un mycosis fongoïde, une anémie ferriprive, une polycythémie ou une maladie de Hodgkin (15, 18). Le mycosis fongoïde est,

(1) Assistant Clinique, (2) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy
(3) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire,
(4) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie

de manière caractéristique, souvent associé à un prurit qui peut devenir féroce, surtout dans la forme érythrodermique.

PRURIT D'ORIGINE PARASITAIRE

Les acariens, et plus particulièrement *Sarcoptes scabiei* responsable de la gale, constituent une source fréquente de prurit. Dans un contexte épidémiologique tropical, un prurit sans autre expression clinique doit évoquer la possibilité d'une helminthiase intestinale, d'une trichinose, d'une onchocercose, d'une loase, d'une trypanosomiase africaine, d'une hydatidose fissuraire, ou d'une bilharziose en phase d'invasion (11, 17).

PRURIT D'ORIGINE VÉGÉTALE

Les trichomes ou les épines de certaines plantes peuvent provoquer un prurit dans le cadre d'une trichomatose. Les «aiguillons» dont sont pourvues les gousses de la plante tropicale *Mucuna pruriens* correspondent au célèbre «poil à gratter». Le prurit induit à leur contact est dû à l'action de l'endopeptidase mucunaïne qui est une enzyme protéolytique. D'autres plantes prurigènes, comme l'ortie, libèrent d'autres substances telles que l'histamine ou l'acétylcholine.

PRURIT D'ORIGINE VIRALE

A l'exception du mégalérythème épidémique et de la varicelle, le prurit est exceptionnel au cours des atteintes virales. Cependant, l'infection par le VIH est une cause fréquente de prurit, notamment en Afrique et aux Caraïbes (1, 18). Tout prurit chronique inexplicé doit inciter à pratiquer une sérologie pour le VIH.

PRURIT D'ORIGINES EXCEPTIONNELLES

Quelques causes rares de prurit peuvent parfois être évoquées. Chez l'enfant et le jeune adulte, un prurit intermittent peut faire évoquer un diagnostic de mastocytose. Parfois, le prurit survient uniquement au contact de l'eau. Il s'agit du prurit aquagénique qui doit être distingué des lésions urticariennes au froid (19). Un prurit à localisation élective brachio-radiale a été décrit dans un contexte tropical (20).

PRURIT GÉNÉRALISÉ AVEC LÉSIONS CUTANÉES PRIMITIVES

PRURIGOS

La papule de prurigo est une élevation de 2 à 5 mm de diamètre, ferme au toucher, souvent entourée d'une aréole urticarienne. La papule est coiffée d'une vésiculette rapidement remplacée

par une croûte ou par une excoriation. Deux origines principales sont reconnues au prurigo selon qu'il est de nature parasitaire ou non parasitaire.

Parmi les prurigos parasitaires, la gale et les pédiculoses (phtiriase) sont les deux étiologies les plus fréquentes. Ces parasitoses externes doivent toujours être suspectées dans un contexte de prurit conjugal ou familial. Des réactions cutanées similaires peuvent être induites par d'autres arthropodes furtifs (21) ou des animaux marins (22).

Les parasitoses intestinales ont une importance particulière dans l'origine des prurigos en région tropicale. La plupart des nématodoses, trématodoses et cestodoses sont associées à un prurit ou à un prurigo plus ou moins important (17).

Les prurigos non parasitaires de l'enfance doivent évoquer en premier lieu une atopie. Chez la femme enceinte, le prurigo gravidique qui apparaît vers le 4^{ème} mois de la gestation n'a aucune influence sur son évolution (23).

A l'exception de l'infection par le VIH, les autres formes de prurigo non parasitaire sont rares et doivent faire évoquer un lymphome, dont la maladie de Hodgkin est l'exemple le plus représentatif (15, 16).

PLACARDS URTICARIENS

La caractéristique sémiologique de l'urticaire est un placard saillant, de coloration rose, parfois combiné à une zone blanchâtre. Cette éruption, par définition, est fugace. Dans le cas contraire, une vasculite urticarienne doit être évoquée. Le dermographisme est un état de la peau chez certains sujets qui, sous l'influence d'un frottement, même mineur, développent une élevation ortiée. Cette forme d'urticaire mécanique est plus souvent rencontrée chez les femmes.

Devant une urticaire, il faut rechercher les causes déclenchantes, dont les plus fréquentes sont médicamenteuses, alimentaires, externes par contact avec des agents urticants, ou internes en relation avec le froid ou l'effort (18). Certaines urticaires ont une cause parasitaire et sont alors associées à une éosinophilie sanguine. La phase invasive de la schistosomiase, de la trichinose et l'hydatidose fissuraire en sont des exemples.

DERMATITES SPONGIOTIQUES

Les dermatites spongiotiques, érythémato-squameuses sont très souvent prurigineuses. Elles peuvent correspondre à une dermatite

allergique de contact, une dermatite nummu-
laire, une dermatite atopique, une dermatomy-
cose, ou un pityriasis rosé de Gibert
particulièrement prurigineux en milieu tropical.
La possibilité d'une photodermatose, en particu-
lier une phytodermatite, doit être prise en
compte. Le diagnostic différentiel doit évoquer
les érythèmes prémycosiques ainsi que le myco-
sis fongoïde. Un rash généralisé prurigineux
peut aussi trouver une origine dans une parasito-
se intestinale.

DERMATITES VÉSICULO-BULLEUSES

Le prurit est souvent sévère dans la plupart
des dermatoses vésiculo-bulleuses d'origine
immunitaire. La dermatite allergique de contact,
la dermatite herpétiforme, la pemphigoïde bul-
leuse, la pemphigoïde gravidique et la dysidrose
en sont des exemples (23). Le sudamina, qui
peut être particulièrement sévère en milieu tro-
pical, et la varicelle s'avèrent également parfois
très prurigineux.

DERMATITES PAPULEUSES

Peu de dermatoses papuleuses sont prurigi-
neuses. Le lichen plan est cependant une excep-
tion (24). Il est reconnu par la présence de
papules aux contours polygonaux. Elles sont
lisses et brillantes, de couleur rose, violine ou
brune. Les localisations électives au niveau des
poignets, des avant-bras et de la région lombaire
doivent être recherchées ainsi que l'atteinte des
muqueuses.

PRURIT LOCALISÉ

Un prurit localisé peut être provoqué par une
réaction à une morsure d'arthropode ou à un
contact avec un animal marin, ou encore par une
infestation par des insectes ou des helminthes
(17, 22).

RÉACTIONS À UNE MORSURE D'ARTHROPODE

Les réactions persistantes aux morsures d'ar-
thropodes sont habituellement localisées au
niveau des extrémités ou sur la face. Elles peu-
vent se présenter comme une papule de prurigo
excoriée persistant pendant des mois. Elle peut
également disparaître et récidiver lorsque le
patient rentre en contact avec un parasite possé-
dant les mêmes déterminants antigéniques.

CORDON SERPIGINEUX ET PAPULES FURONCULOÏDES

Diverses infestations de la peau par des hel-
minthes intestinaux qui se trouvent en position
erratique au cours de leur maturation, ainsi que
par certaines larves d'insectes qui éclosent dans

la peau peuvent produire des lésions furoncu-
loïdes ou serpigneuses migratoires et prurigi-
neuses. Ces lésions correspondent aux *larva*
migrans, *larva currens* et myiases (25-28).

PRURIT ANAL

Isolé ou associé à des lésions érosives, le pru-
rit anal doit évoquer la possibilité d'une oxyu-
rose, d'hémorroïdes, d'une fissure anale ou
d'une autre pathologie digestive infectieuse ou
parasitaire (29).

PRURIT PÉRIGÉNITAL

En l'absence de lésion cutanée franche, il faut
rechercher une phtiriase pubienne et une patho-
logie métabolique, en particulier le diabète. La
plupart des intertrigos sont prurigineux, qu'il
s'agisse de dermatophytoses, d'une candidose,
d'un érythrasma, d'un pemphigus bénin familial
de Hailey-Hailey, d'un psoriasis, d'une derma-
tite atopique ou de la maladie de Paget extra-
mammarie.

PRURIT DU CUIR CHEVELU

La dermite séborrhéique, le psoriasis, la der-
mite allergique de contact, la phtiriase du cuir
chevelu sont fréquemment prurigineux. Tout état
pelliculaire a minima ou floride est bien souvent
prurigineux lui aussi (30).

LICHÉNIFICATION

Tout prurit localisé, isolé et chronique
entraîne des altérations secondaires de la peau
par le grattage. Il en résulte un épaississement
considérable de l'épiderme et du derme. L'as-
pect clinique est celui de placards mal limités,
hyperkératosiques, parfois croûteux ou dyschro-
miques.

AIDE AU DIAGNOSTIC

Une biopsie de surface collectant la couche
cornée peut être utile dans la recherche d'une
xérose, d'une parasitose externe ou dans la
confirmation d'une dermatite spongiotique (31).
Une biopsie conventionnelle est utile lorsqu'un
diagnostic différentiel ne peut être éclairé de
manière satisfaisante par l'anamnèse et l'exa-
men clinique. Une biologie sommaire et
quelques examens sérologiques permettent aussi
d'explorer certaines causes internes d'un prurit.

RÉFÉRENCES

1. Le Bras M, Mazaudier E, Bigaignon-Receveur MC, et al.—Epidemiology and clinical aspects of imported tropical diseases. *Rev Med Int*, 1992, **13**, 205-210.

2. Naafs B.— Tropical holiday memories. *Eur J Dermatol*, 1999, **9**, 500-506.
3. Piérard GE.— Orientations diagnostiques chez le voyageur au retour d'un pays exotique. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 490-491.
4. Piérard GE, Arrese JE, Piérard-Franchimont C.— Esquisse des fondements de la dermatologie tropicale. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 516-526.
5. Piérard GE, Kulbertus H.— Regard sur les maladies d'ailleurs et d'importation. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 485.
6. Arrese JE, Chian-Garcia C, Piérard GE.— Souvenir de voyage en nouvelle Pangée. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 473.
7. Fraiture AL, Braham C, Piérard-Franchimont C, et al.— Voir les pyramides et en ramener un souvenir. *Dermatol Actual*, 2002, **69**, 20-22.
8. Lopez-Velez R, Huerga H, Turrientes MC.— Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. *Am J Trop Med Hyg*, 2003, **69**, 115-121.
9. Denman ST.— A review of pruritus. *J Am Acad Dermatol*, 1986, **14**, 375-392.
10. Sankale M, Marchand JP, Saint André P.— La démarche diagnostique devant un prurit chez l'Africain. *Rev Prat*, 1987, **37**, 783-791.
11. Pitche P, Bahoude A, Agbo K, et al.— Etiology of isolated pruritus in dermatology consultations at Lome (Togo). *Sante*, 1996, **6**, 17-19.
12. Uhoda E, Paye M, Piérard GE.— Comparative clinical and electrometric assessments of the impact of surfactants on forearm skin. *Exog Dermatol*, 2003, **2**, 64-69.
13. Deleixhe-Mauhin F, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— La peau et le foie. Quelles sont leurs relations en pathologie? *Rev Med Liège*, 1990, **45**, 620-629.
14. Bussaratid V, Walsh DS, Wilairatana P, et al.— Frequency of pruritus in *Plasmodium vivax* malaria patients treated with chloroquine in Thailand. *Trop Doct*, 2000, **30**, 211-214.
15. Lober CW.— Should the patients with generalized pruritus be evaluated for malignancy. *J Am Acad Dermatol*, 1988, **19**, 350-352.
16. Afifi Y, Aubin F, Puzenat A, et al.— Enquête étiologique d'un prurit *sine materia* : étude prospective d'une série de 95 patients. *Rev Med Int*, 2004, **25**, 490-493.
17. Letawe C, Trimeche M, Claessens N, et al.— Survol des endoparasitoses tropicales à expression cutanée. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 545-551.
18. Fogouang L, Kola DL, Paquet P, et al.— Manifestations cutanéomuqueuses de l'infection par le VIH sous les tropiques. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 564-571.
19. Bayrou O, Leynadier F.— Prurit aquagénique. *Ann Dermatol Venereol*, 1999, **126**, 76-80.
20. Walcyk PJ, Elpern DJ.— Brachioradial pruritus: a tropical dermatopathy. *Br J Dermatol*, 1986, **115**, 177-180.
21. Hermanns-Lê T, Hermanns JF, Kharfi M, et al.— Morsures par des arthropodes furtifs d'ici et d'ailleurs. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 539-542.
22. Letot B, Kharfi M, Mandojana R et al.— Réactions indésirables au contact d'organismes marins. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 532-538.
23. Piérard-Franchimont C, Hermanns-Lê T, Piérard GE.— La peau et le temps de la grossesse. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 393-400.
24. Alabi GO, Akinsanya JB.— Lichen planus in tropical Africa. *Trop Geogr Med*, 1981, **33**, 143-147.
25. Bouchaud O, Houze S, Schiemann R, et al.— Cutaneous larva migrans in travellers: a prospective study, with assessment of therapy with ivermectin. *Clin Infect Dis*, 2000, **31**, 493-498.
26. Hermanns JF, Piérard-Franchimont C, Hennechart-Avila Camacho M et al.— Tungiasse et myiase furonculoïde. Nuisances de la puce-chique et d'asticots. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 543-544.
27. Martalo O, Hermanns JF, Ekoude I et al.— Syndrome larva migrans cutané. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 552-554.
28. Léonard P, Martalo O, Piérard GE.— Myiase furonculoïde américaine. *Rev Med Liège*, 2003, **58**, 721-722.
29. Quatresooz P, Bourguignon R, Arrese JE, et al.— Entre dermatoses et entéropathies. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 528-534.
30. Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Réactions paroxystiques du cuir chevelu. *Rev Med Liège*, 2004, **59**, 180-185.
31. Arrese JE, Quatresooz P, Piérard-Franchimont C, et al.— Indications diagnostiques de la biopsie de surface au cyanoacrylate. L'avènement du 3S-Biokit. *Dermatol Actual*, 2004, **83**, 5-13.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège