

## MISES AU POINT INTERACTIVES

# Prurit sine materia et sujet âgé : une maladie des petites fibres ?



→ L. MISERY  
Service de Dermatologie,  
CHU de BREST.

**L**e prurit *sine materia* se définit comme étant un prurit sans lésion dermatologique pouvant l'expliquer. Il peut toutefois exister des lésions de grattage et cela est même fréquent, l'ensemble des lésions constituant le prurigo. Le prurit *sine materia* reste idiopathique dans 30 % des cas, mais il convient de rechercher activement une cause.

Il faut bien comprendre que le prurit ne naît pas forcément dans la peau. En effet, avoir conscience du prurit signifie qu'auparavant il y a eu activation successive des terminaisons nerveuses dans la peau, mais aussi activation des neurones depuis la peau jusqu'aux ganglions rachidiens, puis à la moelle épinière. Ensuite, il y a eu activation d'un deuxième neurone de la moelle épinière au cerveau et, enfin, activation de nom-

breuses régions cérébrales. Ces neurones peuvent également être activés par des substances actives produites au cours de nombreuses maladies.

Il existe ainsi un grand nombre de prurits non dermatologiques susceptibles d'avoir différentes causes :

- une insuffisance rénale chronique ;
- une cholestase hépatique ;
- des hémopathies, en particulier les lymphomes et les syndromes myéloprolifératifs ;
- des troubles endocriniens et métaboliques, tels que le diabète, la grossesse, une carence en fer ou des dysthyroïdies ;
- des prurits neuropathiques ;
- des prurits psychogènes ;
- un prurit sénile ;
- d'autres causes, telles que les causes médicamenteuses, les prurits paranéoplasiques ou un syndrome paraviral (VIH-VHC).

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent généralement d'avoir une orientation étiologique. Parfois, ils ne sont pas informatifs et un bilan paraclinique peut être nécessaire, incluant une numération formule, une mesure de la vitesse de sédimentation, une créatininémie, un bilan hépatique, une glycémie à jeun et une hémoglobine glyquée, un dosage du fer sérique, un dosage de la TSH, une électrophorèse des protéines, des sérologies virales et parasitaires, une radiographie thoracique et une échographie abdominale. La biopsie de peau avec immunofluorescence n'a d'intérêt que chez la personne âgée.

Le prurit *sine materia* est plus fréquent chez la personne âgée car ses pathologies sont d'emblée plus fréquentes et les

médicaments pris beaucoup plus nombreux. Rechercher des prises de médicaments potentiellement pruritogènes chez une personne âgée doit d'ailleurs être le premier réflexe.

Mais ce prurit *sine materia* chez la personne âgée peut aussi être lié à une désafférentation sensorielle périphérique et centrale permettant ainsi la survenue de sensations "parasites" qui n'auraient pas été perçues autrement. Une activité réduite peut également diminuer le seuil de perception de sensations anormales. Enfin, le rôle d'une peau sèche est discuté, mais il est bien possible.

Les prurits *sine materia* peuvent effectivement être annonciateurs d'une pemphigoïde dans un certain nombre de cas et il faut donc systématiquement réaliser une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe chez les personnes âgées. Il a, en effet, été montré que la recherche de dépôts d'autoanticorps dans la peau pouvait s'avérer positive et était alors souvent annonciatrice d'une évolution vers une pemphigoïde bulleuse.

Existe-t-il un prurit sénile autonome, c'est-à-dire un prurit de la personne âgée ayant un déterminisme propre ? Cela apparaît possible et peut être expliqué de plusieurs manières :

- la xérose : cette hypothèse est généralement évoquée mais probablement avec excès, même si la peau est effectivement plus sèche en cas de prurit sénile ;
- le rôle de l'histamine a été évoqué, mais il semble peu probable devant l'absence d'efficacité des antihistaminiques ;
- une désafférentation par diminution du nombre de terminaisons nerveuses

paraît le plus probablement expliquer le prurit sénile, qui est alors l'équivalent du membre fantôme.

Une hypothèse n'exclut pas l'autre car il a été montré que le fait d'hydrater la peau augmentait la qualité des perceptions sensorielles cutanées et pouvait donc assez logiquement permettre de diminuer l'intensité du prurit sénile.

Le traitement du prurit, chez une personne âgée ou non, doit avant tout être étiologique. De petits moyens tels qu'avoir les ongles coupés courts ou éviter tout ce qui peut favoriser l'apparition de prurit ou l'exacerbation peuvent également être utiles. Les émoullients semblent donc intéressants, mais il faut privilégier les antiprurigineux locaux afin de casser le cercle vicieux prurit-grattage-prurit et d'apporter un soulagement souvent temporaire mais appréciable. Parmi ceux-ci, on peut citer Sensinol, AtopiControl ou XeraCalm.

Tout traitement systémique doit être utilisé avec prudence chez la personne âgée. Les corticoïdes topiques sont déconseillés en cas de prurit *sine materia* car ils paraissent l'entretenir et l'aggraver. Les corticoïdes oraux n'ont aucun intérêt. Les antihistaminiques peuvent parfois sembler efficaces, mais il faut se souvenir que l'effet placebo est extrêmement fréquent en cas de prurit. L'hydroxyzine, par son effet antihistaminique, anti-cholinergique et anxiolytique, peut être intéressante, mais il faut garder à l'esprit qu'elle est contre-indiquée en cas de glaucome et de rétention urinaire. Les antidépresseurs peuvent être utilisés, eux aussi avec prudence.

Le prurit neuropathique doit être évoqué devant un prurit associé à des

paresthésies (picotements, brûlures, fourmillements, tiraillements), voire à des sensations douloureuses. Il convient aussi de l'évoquer lorsqu'il est associé à un déficit sensoriel. L'allokésie est souvent observée: il s'agit du déclenchement d'un prurit par le toucher léger. Il en est de même de l'hyperkinésie, prurit excessif déclenché par un stimulus prurigineux. Le signe du glaçon est également évocateur de prurit: l'application d'un glaçon sur la peau permet une sédation rapide.

Les causes de prurit neuropathique sont multiples. Il s'agit rarement d'une atteinte du système nerveux central: tumeur, abcès, anévrisme, syringomyélie ou sclérose en plaques. Il s'agit plus fréquemment d'une atteinte du système nerveux périphérique avec les neuropathies périphériques, les ganglionopathies, le zona et les algies post-zostériennes qui sont en réalité très souvent prurigineuses. Il faut penser à quelques neuropathies de compression localisées: le prurit brachioradial, la notalgie parasthésique et quelques autres localisations. Il faut enfin penser aux neuropathies des petites fibres.

Les neuropathies des petites fibres constituent un groupe de maladies identifiées depuis une quinzaine d'années, liées à une atteinte des terminaisons nerveuses, essentiellement cutanées. Classiquement, les signes sensitifs commencent aux mains et aux pieds, puis s'étendent, mais en réalité, les neuropathies des petites fibres peuvent commencer en n'importe quelle zone du tégument. Il faut rechercher une cause bien que les neuropathies des petites fibres restent en général idiopathiques. Naturellement, il n'y a aucune anomalie observée à l'électromyogramme. Le

dermatologue peut jouer un rôle particulier car le diagnostic est souvent réalisé devant des biopsies cutanées étalées. Celles-ci doivent être effectuées 10 cm au-dessus de la malléole externe et 30 cm en dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis immédiatement fixées dans du paraformaldéhyde à 4 % et, enfin, être analysées dans des centres entraînés.

Devant un prurit neuropathique, le traitement étiologique reste bien entendu la meilleure solution lorsqu'il est possible. De même, il ne faut pas négliger les mesures thérapeutiques habituelles en cas de prurit ainsi que le soutien psychologique. Si le prurit est localisé, on peut envisager l'application d'anesthésiques locaux ou de capsaïcine, ou même de tacrolimus (hors AMM). Si le prurit est généralisé, il faut plutôt envisager un traitement par gabapentine ou prégabaline, d'autres traitements relevant d'une prise en charge plus spécialisée.

**En conclusion**, il faut rechercher activement une ou plusieurs causes devant un prurit *sine materia*, y compris (et même peut-être surtout) chez la personne âgée. Parmi ces causes, il faut penser aux neuropathies des petites fibres. Le prurit sénile n'est pas univoque. Il peut être la conséquence du vieillissement, mais probablement plus du vieillissement du système nerveux que du vieillissement cutané, par une diminution du nombre de fibres nerveuses intra-épidermiques et donc une désafférentation.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.