Le prurit en médecine générale
Quelques situations cliniques

Isabelle Alcaraz Morelle

Dermatologie Vénéréologie

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

CH Tourcoin

Secrétariat: 03/20/69/41/14

dermatologie@ch-tourcoing.fr

Le prurit

Une sensation désagréable conduisant au besoin de se gratter

- La peau et les semi-muqueuses ont des pruricepteurs …..
- Pas les muqueuses!....qui se gratte la cavité buccale ?

L'histamine n'est pas le seul médiateur du prurit…

1 – voie histaminergique:

Action des anti-histaminiques anti H 1

2 – voie **PAR-ergique= non histaminergique** activée par des protéines (trypsine, chymotrypsine…) p
ex: DA et protéases du staphylocoque

- Autres médiateurs…
- D'où vient le prurit de la cholestase? De l'insuffisance rénale?...

- Prurit aigu:

  rôle fréquent de l'histamine (urticaire +++)

- Prurit chronique:

  modification des récepteurs de neuropeptides, changement de densité et de morphologie des fibres C dans l 'épiderme > alloknesis, allodynie > moindre efficacité des anti-histaminiques

Le grattage

- Inhibe le prurit en stimulant les fibres de gros diamètre

qui génèrent une sensation « douloureuse » préférable au prurit

- Et le renforce en libérant l'histamine des mastocytes et en provoquant des lichénifications

La perception du prurit

Est influencée par :

•L'anxiété, la distraction…

•Des antécédents de prurit: « les prurits qui durent… »

par exemple: le prurit post-scabieux qu'il ne faut ne pas surtraiter

Les causes peuvent s'ajouter

- le grattage induit des lichénifications qui sont source de prurit

- les topiques peuvent être asséchants, irritants…

  Par exemple:

  - Nettoyants antiseptiques /Chlorhexidine moussante
  - Topiques antiscabieux , cures inutilement répétées d'ascabiol

L’intensité du prurit/ du grattage

Elle s’apprécie à l’examen devant:

- Stries
- Ongles polis, brillants
- Lichénifications
- Poils usés ou cassés

Les démangeaisons sont-elles

- Localisées?
- Associées ou non à des lésions dermatologiques?
- Sévères, insomniantes?
- Retrouve-t-on une circonstance déclenchante?
- Signes généraux?
- Exposition professionnelle? Autre?
- Traitement? Généraux, locaux, produits d'hygiène?
- Qui d'autre se gratte?

Quand le prurit est nu …ou presque

Y a-t-il des lésions cutanées?
Sont-elles primitives? Ou secondaires ?

- Une peau sèche?
- Des lésions spécifiques?
- Ou uniquement des lésions de grattage?
    - Stries
    - Prurigo: les lésions apparaissent-elles avant ou après grattage?
    - Topographie: zones accessibles? Dos épargné
    - cheveux cassés courts

Prurit sans lésions cutanées spécifiques: Prurit *sine materia*

Rechercher une cause:

1.médicamenteuse

2.infectieuse

3.affection générale

4.hématologique

5.Néoplasique

6.xérose

1 – principaux médicaments inducteurs de prurit « intolérance médicamenteuse »

- IEC
- sartrans
- Phénotyazine
- Bétalactamines
- rifampicine
- Aspirine
- Morphiniques
- Amiodarone
- Isotrétinoïne
- Stéroïdes anabolisant
- Vancomycine

2 - infectieuses

- **Gale « des gens propres »?**
  - Très peu de signe
  - Ça peut aussi être un prurit post scabieux

- **VIH, VHB , VHC**

- **Parasitoses**: toxocarose…

3 – Affection générale

- **Dysthyroïdie**
- **cholestase**: hépatites, grossesse, CBP (révélateur), grossesse, néo du pancréas…
- **Insuffisance rénale**, hémodialyse
- **carence en fer**
- **Diabète**: pathologie des petites fibres

4 - Cause hématologique

- Polyglobulie: bains chauds?
- Dysglobulinémie bénigne ou non
- **Lymphome**, en particulier Hodgkin
  chez un sujet jeune

Paranéoplasique, tumeur cérébrale

- Beaucoup plus rare….

Xérose simple

- Extrêmement fréquente!!

- En particulier chez le sujet âgé

  Sécheresse cutanée

  + Diminution de la densité de l'innervation cutanée

- Produits irritants: adoucissants, savon détergents, parfumés…

Le bilan d'un prurit nu

- NFS, VS
- Electrophorèse des protéines
- ASAT ALAT gGT Ph Alcalines, Bili
- Urée, créatinine
- uTSH
- Ferritinémie
- Sérologies VIH, VHB, VHC (sujet jeune ++)
- Sérologie toxocarose surtout si éosinophilie
- +/- LDH, béta 2 microglobuline
- Radiographie de thorax (sujet jeune +++)
- Echographie abdominale

Comment le calmer?

- Pour laver: Huile de douches si possible non parfumées
- Pour hydrater:
  - Glycérol vaseline paraffine tube de 250 g . Avantages: tout prêt et remboursé SS

  - Glycérolé d'amidon 35 g
    Cold cream fluide 300 g *prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible*

    Délai de préparation et en pratique, parfois des problèmes de prise en charge SS par certaines pharmacies

  - En parapharmacie: des baumes plutôt que des laits

Dans la notalgie paresthésique de la pointe de l'omoplate: antiprurigineux

(ex: atopicontrol spray (Eucerin), Sedacalm (ACM)…)

Le prurit

avec exanthème

M. M. 65 ans, des démangeaisons depuis un mois

- Ma femme ne se gratte pas
- Je n’ai pas voyagé, rien n’a changé dans mon quotidien
- Je prends toujours les mêmes médicaments
- Ni chat, ni chien
- Je suis à la retraite

Eczéma variqueux et/ou de contact

- Placards érythémateux micro-vésiculeux à bords émiettés, prurigineux:

  = Eczéma

- Topographie : diffuse mais « ça avait commencé à la jambe »

  > cause locale: allergie de contact ou **insuffisance veineuse**

Traitement:

1. Nettoyant doux peu parfumé: savon de marseille, huile lavante
2. Dermocorticoïde classe 2 (fort) : **Bétaméthasone : 1 /2 tube à 1 tube par jour si le corps entier est atteint, les 2 , 3 premiers jours puis diminuer la posologie**
3. + Emollient : Glycérol vaseline paraffine…. Ou Glycérolé d'amidon…
4. contention veineuse

Bilan phlébologique: doppler veineux **superficiel** > indication chirurgicale? Sclérothérapie?...

La première étape: hydrater une peau qui gratte abondamment avec un émollient

Pour les dermatose prurigineuses **inflammatoires /eczéma,**

le **Cold cream dalibour permet** d'utiliser moins de dermocorticoides et de limiter la sécheresse induite:

- ZnSO4----------0,3g
- ZnO----------3g
- Cold cream----------90 g
- Eau distillée----------10g

prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible

Mais c'est assez gras, pas adapté sur les zones pileuses

Prendre le relais rapidement avec un baume ou lait en parapharmacie

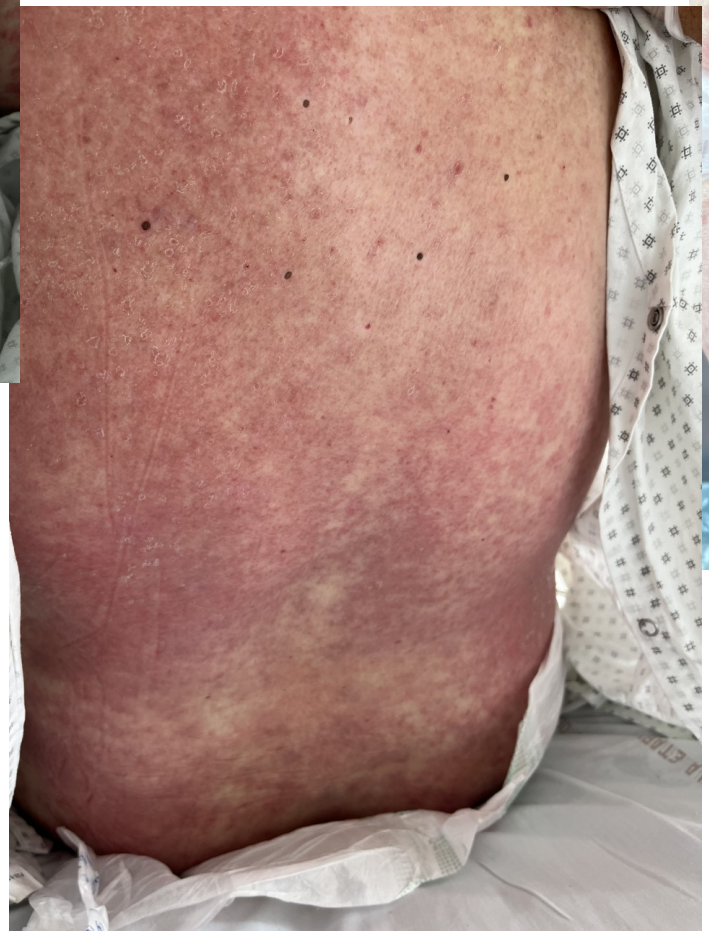
Les principales étiologies des eczémas

✓ Secondairement généralisé
- Allergie de contact
- Stase veineuse
- Foyer microbien
- Eczéma astéatosique: craquelé (personnes âgées, dénutrition, carence en zinc…)
- …?

→

✓ Atopique

✓ Toxidermie: quelle introduction médicamenteuses dans le mois qui a précédé le début des signes ?



Lutter contre la fausse idée
qu'il ne faudrait pas mouiller, laver une peau abîmée

➢**EAU, nettoyant DOUX** (idéalement sans savon
ou savon de Marseille non parfumé)**, EMOLLIENT +++**

Eczéma microbien?

- Entité controversée
- Il peut s'agir d'un eczéma impétiginisé

➢ + antibiothérapie 7 jours:

CEFALEXINE: 2 à 4 g /jour

ou PRISTINAMYCINE: 3 g/jour

Et toujours: EMOLLIENT +/- dermocorticoïdes à posologie dégressive pour une durée limitée

Eczéma craquelé:

EMOLLIENT +/- dermocorticoïdes à posologie dégressive pour une durée limitée

+ zinc (Effizinc ou Rubozinc…) à jeûn 2 gélules/ jour

Eczéma atopique

Ecarter tous les facteurs irritants

Hydrater +++ avec des émollients, CC Dalibour

Dermocorticoïdes : Bétaméthasone – Clobétasol

Retentissement sévère sur la vie quotidienne, trop d'atopiques « s'habituent » à un contrôle insuffisant

Il y a d'autres traitements > **intérêt ++ de la <u>prise en charge en dermatologie:</u>**

-> lorsqu'ils existent: les ateliers d'éducation thérapeutique

->Tacrolimus pommade

->Traitements systémiques:

- ✓ Ciclosporine …
- ✓ Dupilumab (anti IL4 et anti IL 13) ……. Tralokinumab (anti IL 13)

Eczéma des paupières

- **Facteur contact?**
  - vernis à ongles
  - Aérosols
  -Plantes

- **Comment traiter les paupières?**
  - Désonide (Tridésonit, Locapred) 3 à 4 jours CURES BREVES (risque de favoriser un glaucome)
  - Topialyse palpébral (SVR), Atoderm intensive, Atopicontrol intensive (Eucérin)…

M. Z. 66 ans, je ne dors plus…

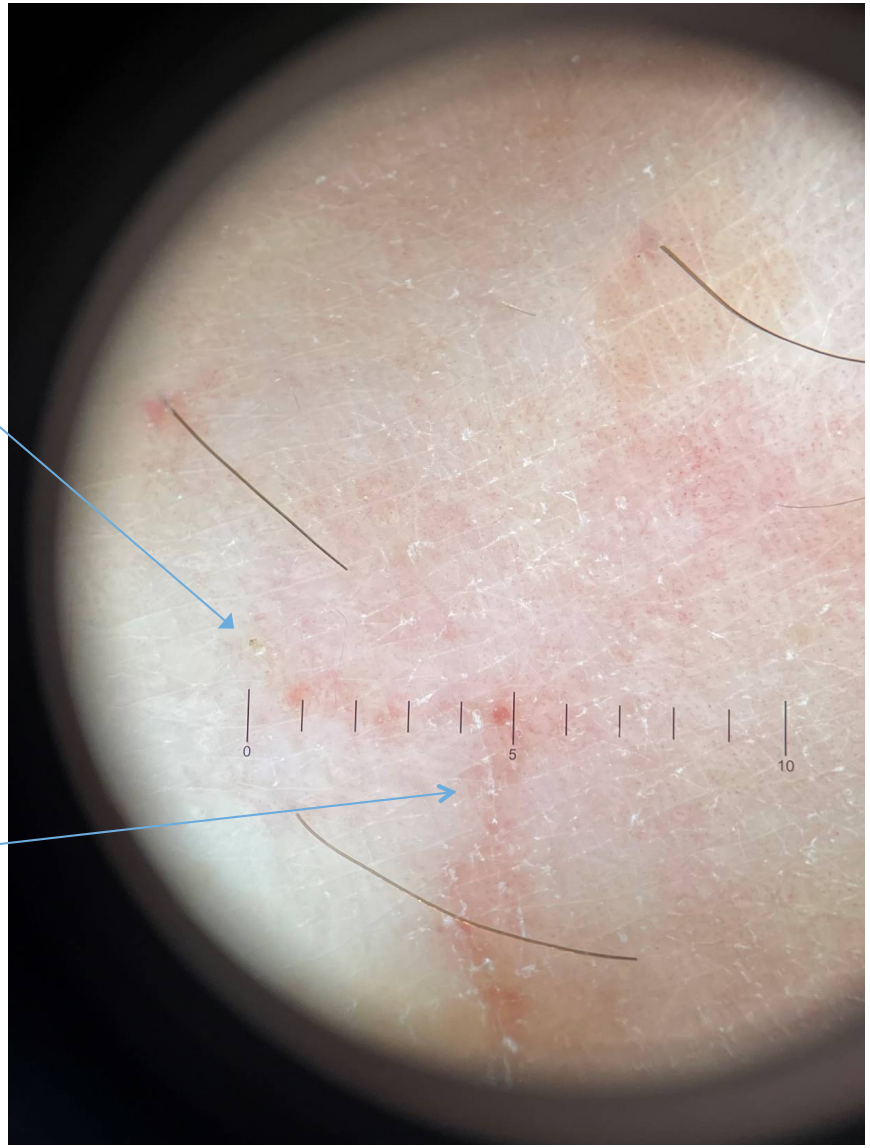
- Je suis le seul à me gratter
- C'est insupportable!
- Ça a commencé en pleine nuit il y a un mois
- Mon médecin m'a prescrit des crèmes , voilà l'ordonnance:

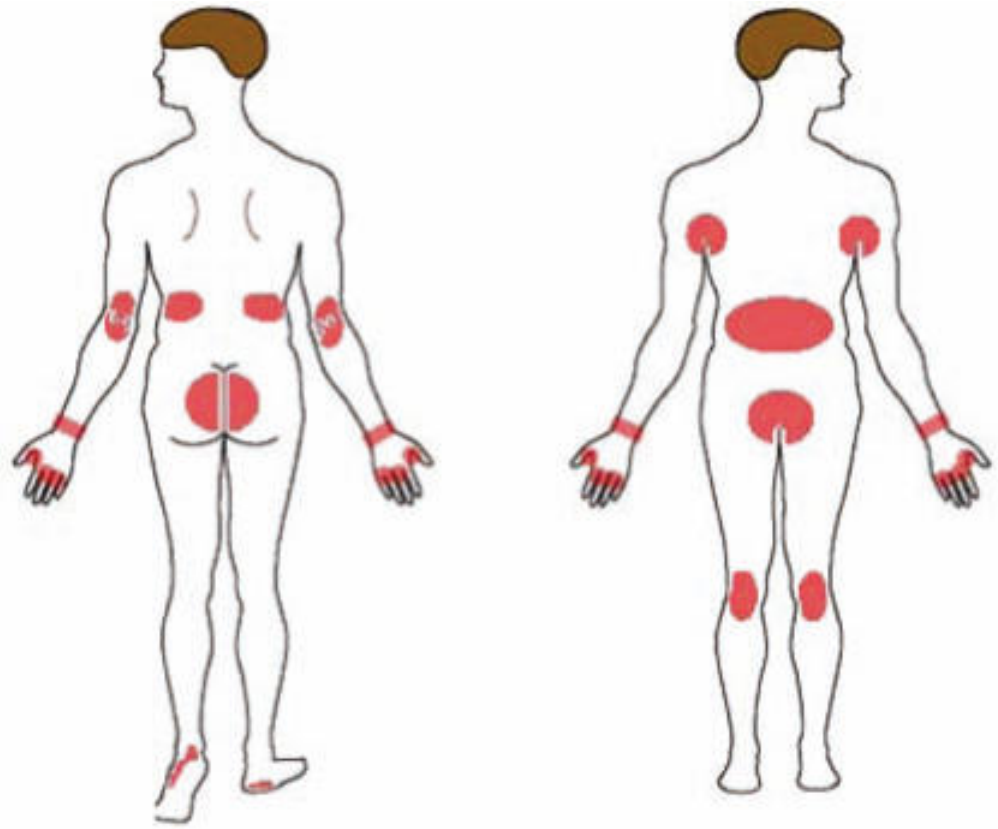
  - bétaméthasone crème

  - glycérol vaseline paraffine

Le sarcopte, invisible à l'œil nu, prend l'aspect sous le dermoscope d'un deltaplane

Derrière lui, son sillon





Localisations préférentielles de la gale

- Prurit familial à recrudescence nocturne = la gale

- A l’examen : parfois très peu de lésion

Gale

- **Topiscab** crème: corps entier sauf visage pendant 8 heures , dose selon l'âge: 2 cures à 10 jours d'intervalle

- **Ivermectine** au dessus de 15 kilos et 2 ans: maxi 6 cps : 2 cures à 10 jours d'intervalle

- Linge utilisé la semaine précédente , draps, couettes, oreillers :60° cycle long,
- Linge délicat enfermé 24 à 48 h dans un sac hermétique avec A-PAR ou Baygon vert insectes rampants puis rincé à basse température
- Matelas sièges en tissus, sièges auto : A-PAR ou Baygon vert insectes rampants , aérer

- Traiter toutes personnes vivant sous le même toit, tous en même temps ,

> questionner s'il y a deux foyers ? quelles visites prolongées? Lits partagés?… on retrouve souvent un contage et cela permet de compléter le traitement de la famille

Un « eczéma » qui ne répond pas
à la corticothérapie locale prolongée??

➢Il s’agissait d’une dermatophytie
à point de départ inguinal
transformée par une corticothérapie locale

➢**Reconsidérer l’indication d’une corticothérapie locale et être certain du diagnostic et de son efficacité si on la prolonge**

Dermatophyties

Présentation clinique classique

- Bordure circinée, aspect de guérison centrale
- Progression centrifuge
- Et ça gratte intensément

Des **formes trompeuses**

➢ transformées par la corticothérapie locale proposée pour un aspect d'« eczéma »

➢ Folliculite

Traitement:

- Econazole crème, spray (zones pileuses), poudre X 2/j, 4 à 6 semaines
- Si très étendu: terbinafine: 1 cp/jour, 4 semaines

Intertrigos dermatophytiques

Rechercher un foyer unguéal
à l’origine de récurrences

Dans le doute,
ne pas hésiter
à prélever pour
un examen
mycologique

Dermatophytie

Compte tenu de l'extension

➢traitement per os

Dermatophytie localisée

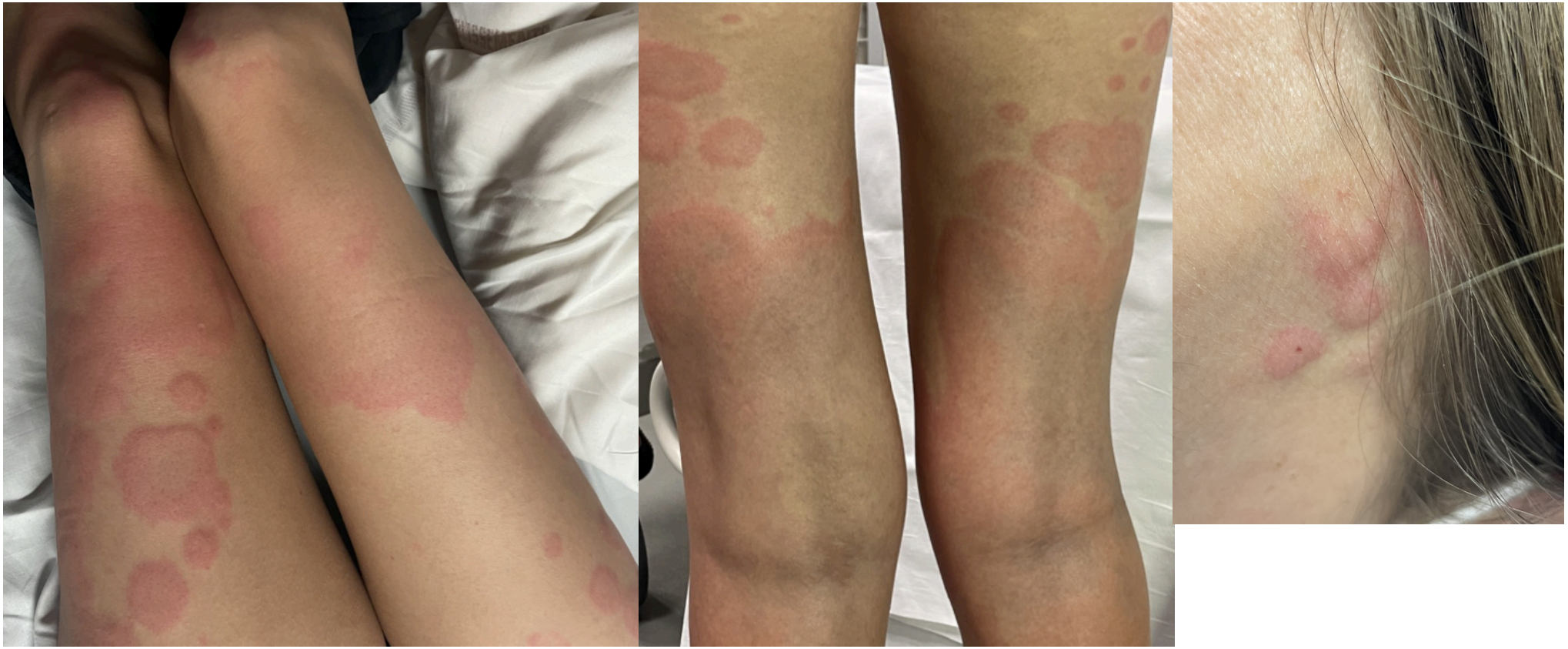
- Traitement local

45 ans, bonne santé , pas de diabète….
Traitement par econazole crème, puis poudre depuis 2 mois

Une mycose des plis qui résiste au traitement local
Des bords nets, des lésions à distance,

> n'est-ce pas plutôt un psoriasis? **>** dermocorticoïdes dans un 1er temps

© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.



Des papules ortiées, **fugaces, migratrices + prurit**
= URTICAIRE

Urticaire : des lésions fugaces et mobiles

Aspect de papules ortiées

aigu

- Médicament
- Aliment
- Foyer infectieux (parasitose, virose…)

chronique

- polyfactoriel
- Les bilans ne rapportent pas grand-chose !!

Anti-histaminique anti H1: jusqu'à 4 cps / jour
Eviter la corticothérapie , sauf formes graves (angio-œdème, choc…) > Adrénaline

<u>Quand adresser en dermatologie?</u>
✓Si les lésions sont fixes ou peu prurigineuses > autre dermatose?
✓Si échec à 4 cps d'anti H1/j : discuter bilan et Omalizumab sous cutané

Des bulles tendues à contenu clair sur placards erythémateux et sur peau saine
sans Nikolski (= sans décollement cutané adjacent) + PRURIT + un âge avancé > **PEMPHIGOIDE BULLEUSE**

PEMPHIGOIDE > rechercher une hyperéosinophilie

Pemphigoïde bulleuse

Diagnostic:

- + de 70 ans en général
- Éosinophilie
- Confirmation du diagnostic: Biopsie cutanée + recherche d'Ac anti membrane basale peau (Ac anti-BPAG1/BPAG2 par ELISA)

Prise en charge initiale en Dermatologie

✓ SOINS INFIRMIERS +++++

✓ 40 à 60 g de Clobetasol/ j à posologie lentement dégressive sur plusieurs mois selon protocole

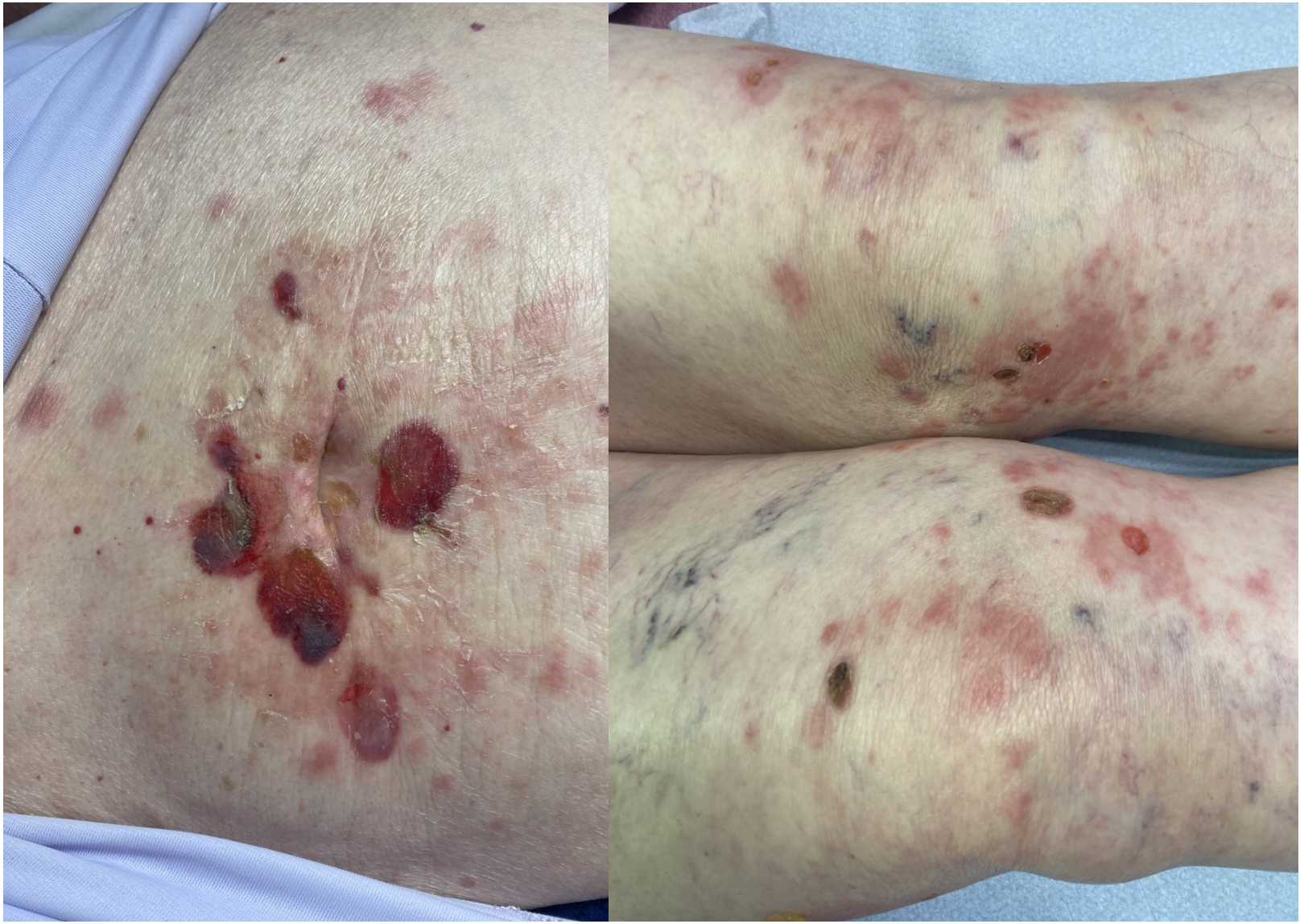
Risque: décompensation de comorbidité, troubles cognitifs, immobilisation et perte de la marche et d'autonomie > **penser à la prescription de kinésithérapie** souvent nécessaire pour préserver la marche

Formes trompeuses: il existe des formes pré-bulleuses: petites excoriations et une éosinophilie

➢ adresser en dermatologie

Pemphigoide bulleuse

Soins Infirmiers quotidiens et longs
Compter et percer les bulles chaque jour



Pemphigoide
bulleuse

Un prurit
+ un fébricule
+ des macules roses rapidement surmontées de
vésicules en gouttes de rosée qui se troublent,
s'ombiliquent, sèchent puis deviennent des croûtes…
Une **VARICELLE**

Varicelle

La 1 ere complication chez l'enfant =

Infections cutanées à staphylocoque et streptocoque

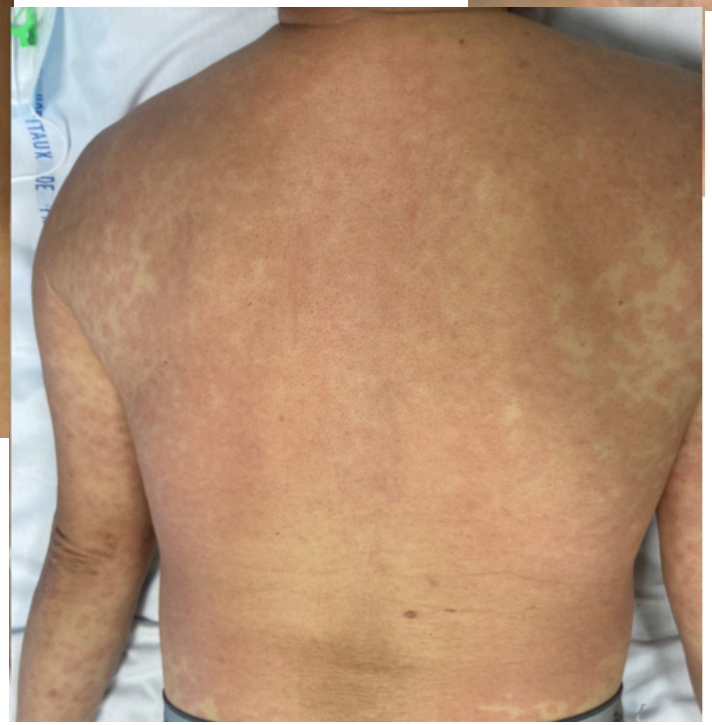
Avec risque de formes nécrotiques

Pour calmer le prurit:

Pas de produit asséchant

Mais: douches, bains tièdes , chlohexidine aqueuse , lait hydratant … ongles courts et propres

Une éruption brutale, étendue, un prurit intense
> Y a-t-il eu une introduction médicamenteuse récente?



Toxidermie:

Rechercher des signes de gravité :

✓Atteinte muqueuse (buccale, oculaire, génitale?)
✓Décollement cutané?
✓Douleur cutanée?
✓ signes de choc?

Au moindre doute, hospitaliser

PITYRIASIS ROSÉ
DE GIBERT: PRG

Un médaillon initial
Puis des médaillons 2res sur le tronc + prurit souvent modéré
Un bon état général

Pityriasis rosé de Gibert

- PRG ou psoriasis ou syphilis??
- Le médaillon initial chez un patient en pleine forme oriente vers le PRG

- Conduite à tenir?
  - ✓ calmer le prurit: Dermocorticoïdes , lait hydratant… de moins en moins souvent phototh**é**rapie (très peu de disponibilités), exposition solaire prudente
  - ✓ Rassurer +++ et prévenir que des poussées successives peuvent survenir sur quelques semaines et que la durée d'évolution peut être de 1 à 2 mois

Rq: En cas de doute clinique, prurit faible (voire absent) et si facteurs de risque > sérologie syphilis

Lichen plan

Papules brillantes violacées **très prurigineuses** souvent regroupées en petites plaques

- Formes localisées : face interne des poignets des avant-bras…
➢ Corticothérapie locale CLOBETASOL crème 2 x /jour

- Formes généralisées
➢ prise en charge en dermatologie : corticothérapie orale…

Étiologie du lichen méconnue mais on vérifie la sérologie hépatite C (même si l'association est faible)

Psoriasis

Théoriquement il est peu prurigineux
mais en pratique **il est prurigineux, parfois intensément du fait de la sécheresse des plaques**

Localisations
caractéristiques
du **psoriasis** :

- au pli fessier
- à l'ombilic

Psoriasis

- **Bilan:** Atteinte articulaire?? troubles métaboliques?

- **Quel traitement proposer ?**

  - Dermocorticoïdes fort (bétaméthasone..) à très fort (clobétasol) sous forme de crème, pommade (très sec) , lotion (zone pieuse) , shampoing

  - Calcipotriol

  > les deux eassociés: Daivobet crème , gel et Enstilar mousse

  + Emollient ++++

  +/- sous occlusion pour les dermocorticoïdes

Comme pour l'eczéma atopique , ne pas hésiter à adresser les patients en dermatologie pour discuter de l'indication d'un traitement systémique

Psoriasis des membres inférieurs

➢Intérêt de **recouvri**r les plaques de psoriasis après application de dermocorticoïdes +/- calcipotriol et émollients **pour renforcer leur action et lutter contre le dessèchement cutané et le prurit**

Psoriasis

Rugosités localisées, kératodermie:

Urée	20g
Eau purifiée	20 g
Codexial cold cream fluide	qsp 200 g

Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible

Pityriasis versicolor *Malassezia furfur* : un prurit modéré

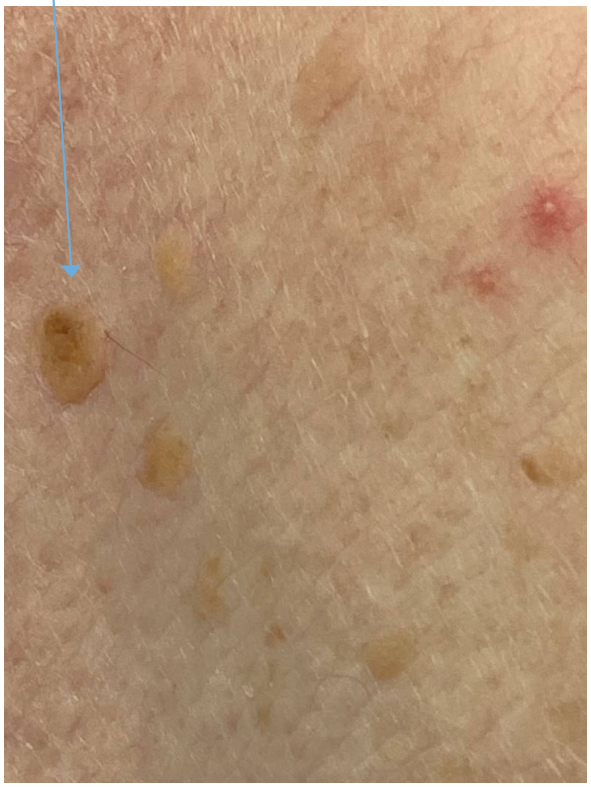
✓Ketoconazole monodose : 2 applications à la fin de la douche (contact 5 à10 à minutes) à 15 jours d'intervalle à renouveler si nécessaire

✓ Pour les rares formes devenues résistantes: Itraconazole 100mg/j, 5 à 7 jours

Les kératoses séborrhéiques

sont parfois prurigineuses :

> **Émollient et rassurer sur la bénignité**



Les **folliculites**

sont prurigineuses

> Chlorhexidine

Les kératoses actiniques

sont souvent prurigineuses

✓Émollients +++
✓Préparation à l'urée

Urée	20g
Eau purifiée	20g
Codexial Cérat de Galien modifié	qsp100g

Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible

Si persistance, si induration , si doute?
➢Avis dermatologique en raison du **risque d'évolution ou association avec un épithélioma**

Sur une peau très sèche, ichtyosique :

Urée	30 g
Acide lactique	15 g
Eau purifiée	30 g
Codexial cold cream fluide	qsp 300g

Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible

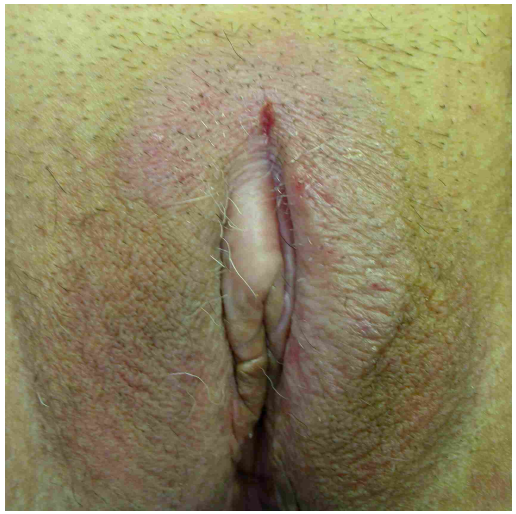
Le Prurit vulvaire

Candidose vulvo-vaginale

- Prurit intense +++
- Érythème cutanéo-muqueux émietté
- Écoulement cailleboté
- Facteurs de risque et circonstances déclenchantes (AB…)

Psoriasis

- Erythème cutané, bien limité
- Desquamation+++
- Extension pubienne **et pli interfessier très fréquente**
- Autres localisations de psoriasis



Prurit vulvaire

Si écoulement, il peut aussi s'agir de:

- Vaginose bactérienne: souvent écoulement grisâtre nauséabont
- moins fréquemment: chlamydia, gonocoque (si rapports non protégés avec nouveau partenaire)

D'où l'intérêt de prélèvement vaginal PV avec examen mycologique pour confirmer/ ou pas une candidose si le tableau clinique n'est pas typique

+ / - demande PCR chlamydia gonocoque selon le contexte : possible sur auto-prélèvement vaginal

Lichen scléro atrophique vulvaire

Plus fréquent chez la femme ménopausée

Mais possible à tout âge , même chez la petite fille

- ✓ Prurit souvent intense +/- douleur
- ✓ Effacement des lèvres
- ✓ Peau lisse et tendue
- ✓ Erythème +/- aspect nacré

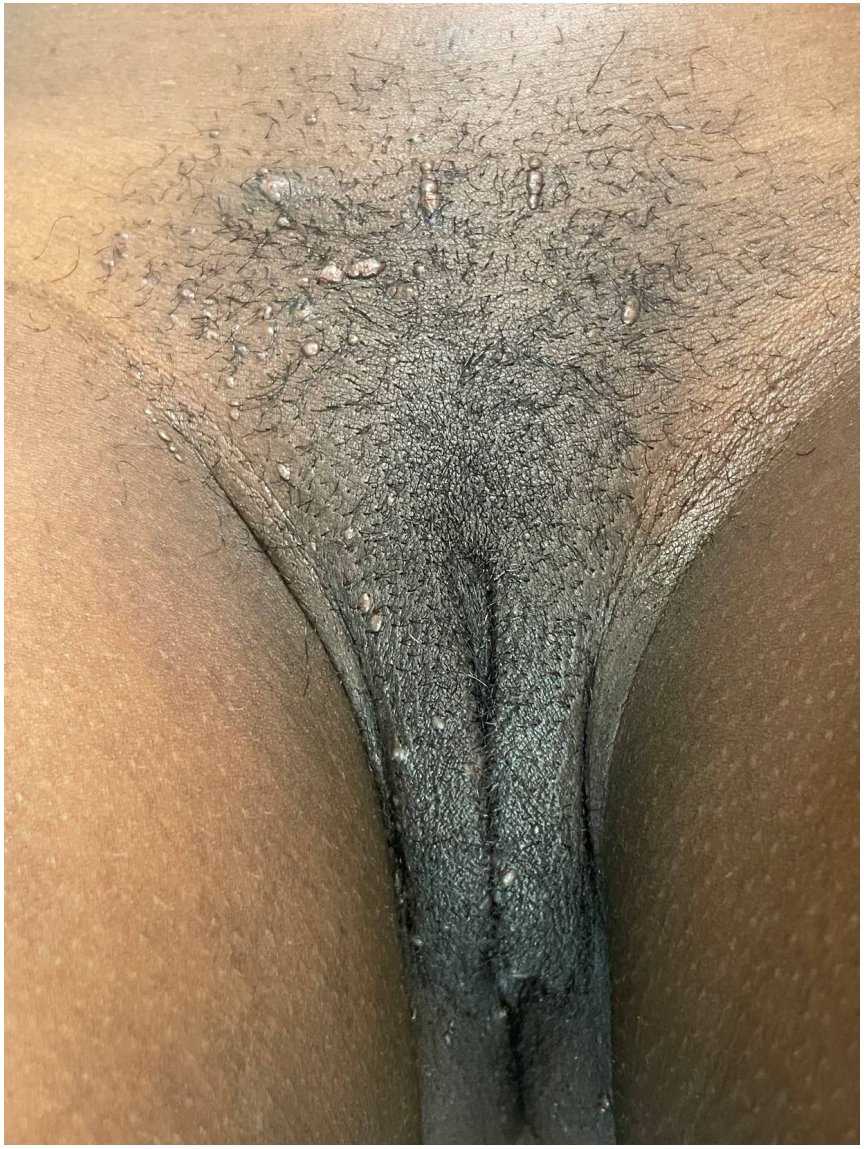
Comme pour le lichen cutané, il nécessite une corticothérapie locale très forte:

➢ Clobétasol crème X 2 j , 1 mois puis décroissance progressive selon protocole à adapter individuellement + crème cicatrisante

Le risque de transformation néoplasique en carcinome épidermoïde est faible

➢ Mais justifie une surveillance clinique + information : consulter si lésion bourgeonnante, plaie ne cicatrisant pas…

Les lésions à
Papillomavirus (HPV)
sont facilement prurigineuses



Molluscum contagiosum

Chez l'adulte ils peuvent être de transmission sexuelle et entraîner un prurit génital/ pubien

- Favorisés par l'immunodépression
- Parfois simplement par le rasage des poils pubiens

➢Molusderm, Molutrex + émollient

Prurit vulvaire / génital

- Eczéma
- Lichen
- Candidose
- Vaginose
- Papilloma virus

- IST: Chlamydia, gono, Trichomonas

Mais aussi les fuites urinaires +/- sur prolapsus chez la femme âgée qui tarde à consulter

Candidoses vulvo-vaginales récidivantes
Comment traiter ?

1 – Prendre en charge le terrain (si diabète….)

2 - Avant de démarrer un traitement prolongé , prouver la candidose :**PV**

Nombreux schémas proposés, par exemple:

- Ovules imidazolés LP: J1 J4 J7 + crème imidazolée 14 j
  +/ - **Fluconazole**: 150 (200mg)/j J1 J4 J7

- Puis pour prévenir les récidives:
  - 1 ovule + Fluconazole 150 mg à 200mg DU
    - 1 fois / cycle , 3 à 6 mois
    - Si très récidivante: 1 fois / semaine pendant 3 à 6 mois[1]

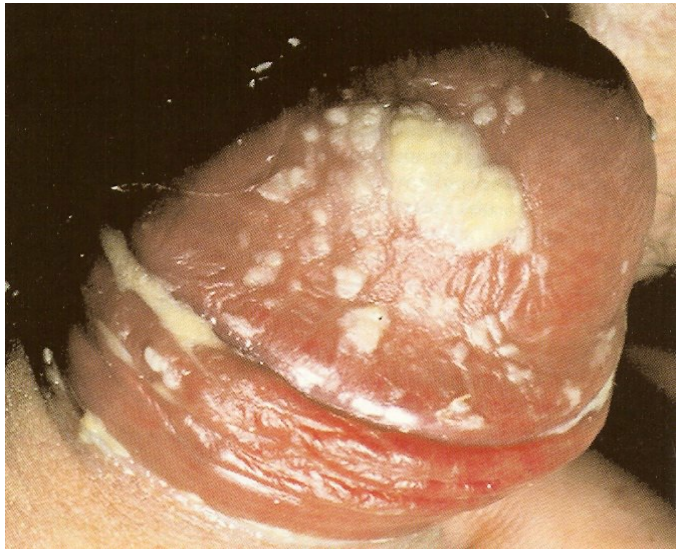
1 - Rosa MI, Silva BR, Pires PS, et al Weekly fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Apr;167(2):132-6

Balanite candidosique

Ce n’est pas une IST

Chez l’homme, la candidose n’a pas la même signification que chez la femme
Il faut rechercher systématiquement:

✓Un diabète
✓une immunodépression



Lichen scléro atrophique

Moins prurigineux que chez la femme
- risque de phimosis
- idem risque de dégénérescence faible mais à ne pas négliger

> surveillance et biopsie si doute

Photo: Clinique dermatologique chru lille

Psoriasis et dermite séborrhéique

sont parfois difficiles à distinguer
en général le prurit est faible, mais l'inquiétude est grande…

Psoriasis
D'autres localisations: coudes,
région lombosacrée…?
➢Dermocorticoïde

Dermite séborrhéique
Souvent un état pelliculaire associé
➢Econazole crème
➢ si échec: Locoïd + crème cicatrisante

Informer et rassurer sur le caractère récidivant
mais bénin et NON contagieux

Le prurit anal

- Lichen (rechercher une localisation aussi aux OGE…)
- Psoriasis (atteinte du pli fessier associée en faveur)
- Eczéma
- Hémorroïdes
- Condylomes
- Troubles digestifs avec diarrhées
- Oxyures surtout chez l'enfant

Le prurit anal nu : Clobetasol crème + crème cicatrisante (par ex: Aquaphor d'Eucérin)

Eczéma aigu

Prurit intense
Pas de fièvre
Sur le visage, souvent bilatéral, contrairement à une cellulite ou une staphylococcie

Dû à un facteur contact,
parfois aéroporté à rechercher

- Dermocorticoïdes de durée **limitée**
- Relais dès que possible avec un émollient

Dermite cortisonée

Pas d'utilisation prolongée ni répétée des dermocorticoïdes sur le visage !
Le sevrage est parfois difficile
Relais avec crème apaisante, cicatrisante (p ex: crème dalibour, cold cream Dalibour…)

Prurit chez l’enfant

quelques cas cliniques … parfois de présentation atypique

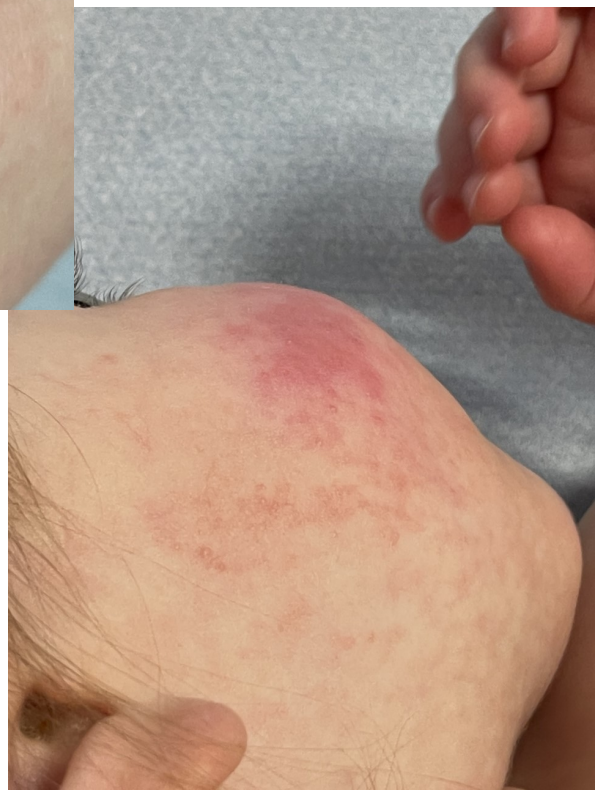
Gale

Le prurit est difficile à apprécier chez le nourrisson mais l'enfant est souvent agité
L'aspect peut être atypique

- Eczématisé
- Rechercher les nodules scabieux évocateurs

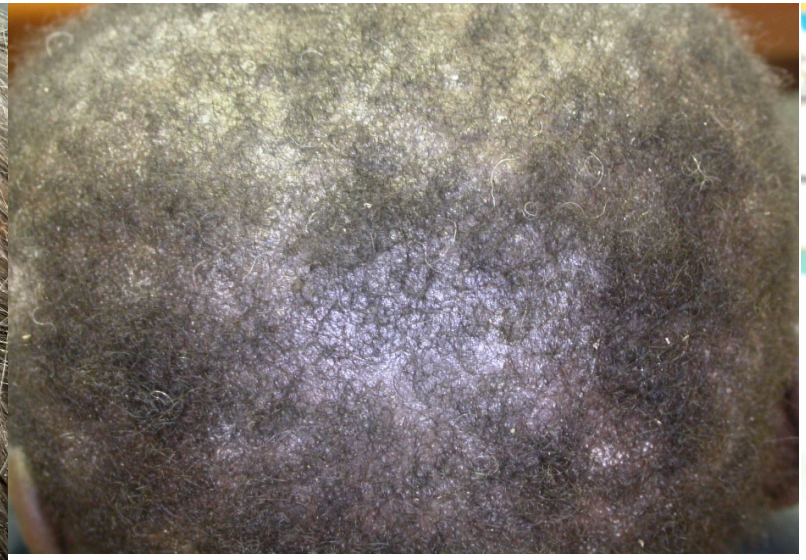
Syndrome de Gianotti Crosti

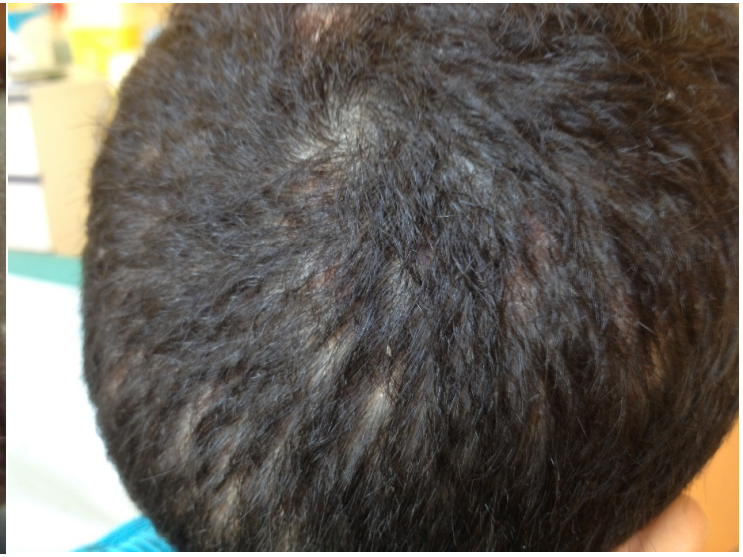
Éruption paravirale chez l'enfant



✓Papules érythémateuses confluentes
✓sur les faces d'extension des membres, les fesses, les joues
✓Prurit souvent
✓Chez un enfant **qui va bien sans signe associé**

Expliquer que l'éruption peut durer plusieurs semaines, puis disparaît spontanément
+/- dermocorticoïdes, émollient si prurit
+/- Bilan à discuter : NFS, transaminases





Les teignes :

✓il faut **prélever systématiquement** les cheveux pour examen mycologique et ne pas différer le traitement

✓Le traitement est **toujours un traitement oral** 4 à 6 semaines

- ➢Terbinafine (si tricophytique) ou Itraconazole (si microsporique): **surveillance NFS et BH** + traitement local Econazole

➢adresser les enfants en dermatologie

Dermatite atopique de l'enfant

- Pas d'adoucissant /linge
- Émollients
  - non parfumés
  - Sans perturbateurs endocriniens

- surveiller l'utilisation des dermocorticoïdes

- Rassurer et accompagner les parents

➢ Ne pas hésiter à adresser en dermatologie pour faire le point car il s'agira souvent d'un suivi chronique

Dermatite atopique

Parfois de présentation atypique

➢Adresser en dermatologie

Impétigo

✓Unique ou multiple
✓Parfois bulleux
✓+/- aspect de brûlure
✓Plus souvent staphylococcique que streptococcique

CAT;
Chlorhexidine + Mupirocine pommade
Couvrir les lésions

Si plusieurs lésions, extensif
➢Amoxicilline Acide Clavulanique chez l'enfant

Molluscum contagiosum

✓Petite perles posées sur la peau chez les jeunes enfants
✓Pox virus
✓Contagieux
✓Auto inoculation

- À l'origine de fortes démangeaisons
- entraînent une réaction d'eczéma elle même prurigineuse, d'où multiplication des lésions

S'ils sont peu nombreux souvent disparition spontanée

CAT : Molusderm, Molutrex
Si échec, retrait à la curette après application d'Emla

Conclusion

- Prurit avec ou sans lésion: commencer par traiter la sécheresse et l'irritation:
  - Souvent seuls responsables du prurit (sujet âgé en particulier)
  - Ou majorent les signes

  > Nettoyants très doux (huiles lavantes…) …émollients ++++
- Écarter une gale , parfois de présentation atypique

- Prurit nu

➢ ne pas oublier dans le bilan systématique sérologie VIH et radio de thorax en particulier chez le sujet jeune

- Dermocorticoïdes: surveillance et durée limitée, les éviter au maximum au visage +++