



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

Fait clinique

Le prurigo atopique – à propos de trois observations

Atopic prurigo – three cases

M. Perromat, C. Maridet*, F. Boralevi

Unité de dermatologie pédiatrique, hôpital des Enfants, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France

Reçu le 16 janvier 2017 ; accepté le 9 mai 2017

Résumé

En 2002, nous avons décrit une entité clinique nouvelle, le prurigo atopique. Nous en présentons ici trois cas. Ce type de prurigo survient sur terrain atopique. Il touche le corps entier, sauf le visage, sous forme de multiples papulo-vésicules, très prurigineuses et souvent nodulaires. Ces lésions sont groupées principalement dans la zone des ceintures, des poignets et chevilles. Elles peuvent parfois évoluer vers un eczéma nummulaire. Ce prurigo devient souvent chronique, rebelle aux traitements habituels, avec une altération sévère de la qualité de vie. Il est lié à une hypersensibilité de type retardé aux acariens, soit par contact direct, soit par inhalation. Nous utilisons deux types de tests : le patch-test traditionnel et les prick-tests sous occlusion de film transparent, nommés « prick- et patch-tests », plus spécifiques. Lus à 30 minutes, à 48 et 96 heures, ils confirment la prédominance de l'allergie retardée. Une immunothérapie spécifique, basée sur ces critères cliniques et allergologiques, s'est avérée efficace dans les trois cas dès les premiers mois. Nous considérons le prurigo atopique comme une « variante clinique » de dermatite atopique, avec un mécanisme d'hypersensibilité retardée aux acariens.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Prurigo atopique ; Dermatite atopique ; Prick et patch ; Immunothérapie spécifique

Abstract

In 2002, we described a new clinical entity: atopic prurigo. We present three cases herein. This type of prurigo is more frequent in atopic subjects. It covers the entire body – though not the face – in the form of multiple vesicular papules that are very itchy and often nodular. These vesicular papules are often grouped in the waist, wrist and ankle regions. The lesions sometimes develop into nummular eczema. The prurigo becomes chronic and resistant to standard treatments, occasionally with severe impairment of patient quality of life. It is related to delayed-type hypersensitivity to house-dust mites, either through direct contact or through inhalation. We used two different types of test: traditional patch-tests and prick-tests under transparent occlusive film, named “prick- and patch-tests” that are more specific. Read at 30 minutes, then 48 and 96 hours respectively, they confirm the presence of a delayed-type allergy. Specific immunotherapy, based on clinical and atopic criteria, proved efficient in all three cases within the first few months. We consider atopic prurigo to be a “clinical form” of atopic dermatitis with delayed hypersensitivity to house-dust mites.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Atopic prurigo; Atopic dermatitis; Prick and patch; Specific immunotherapy

1. Introduction

Dans une étude précédente sur les prurigos de l'enfant [1], nous avons isolé certaines formes de prurigos chroniques, per annuels, souvent rebelles au traitement. Le terrain atopique, la positivité immédiate mais surtout retardée aux acariens et leur influence sur les poussées nous l'avaient fait nommer « prurigo

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clairemaridet@gmail.com (C. Maridet).

allergique per annuel aux acariens », puis « prurigo atopique » (PA) [2] par sa ressemblance avec la dermatite atopique (DA).

Nous présentons trois observations illustrant ce prurigo atopique. Tout en le comparant avec la DA, nous en avons examiné les aspects cliniques et allergologiques, mais aussi les effets d'une immunothérapie spécifique.

2. Méthodes allergologiques

2.1. Tests allergologiques

Avec les solutions pour prick-test Stallergènes® et les extraits en vaseline disponibles, nous testons les allergènes suivants : acariens domestiques et de stockage, blatte, moustique, taon, chat et chien.

Nous avons comparé deux techniques :

- soit ces allergènes sont testés en épicutané sur bandelette papier classique ;
- soit les gouttes d'extrait sont testées en prick avec une lancette métal (cela évite un dermographisme). Elles sont recouvertes d'un film transparent Tegaderm®, laissé en place 48 heures. Nous nommons ce test « prick et patch ». Il permet la lecture, à tout moment, du diamètre de la papule par rapport au témoin négatif (Fig. 1)

Dans chaque cas, nous faisons une triple lecture à 30 minutes, 48 et 96 heures.

2.2. Immunothérapie spécifique (ITS)

Elle est pratiquée avec les extraits totaux d'acariens Staloral®. Elle ne s'adresse qu'aux prurigis atopiques sévères, s'ils



Fig. 1. Positivité à 48 h de prick-tests aux acariens sous occlusion (test « prick et patch »).

réunissent les critères épidémiologiques, cliniques, évolutifs et allergologiques d'allergie aux acariens. Les doses de départ sont faibles pour éviter les réactions focales (flacon à 0,01 IR).

3. Observations cliniques

3.1. Cas n° 1

Un jeune garçon de 3 ans et demi présentait un prurigo qui s'était rapidement étendu à tout le corps, devenant rebelle aux dermocorticoïdes. Il n'y avait pas de trace de puce ou de punaise à la maison. Mais ses parents remarquaient l'influence nette de la poussière de maison sur les poussées de prurigo, avec conjonctivite et rhinite associées. Il présentait même une dermatite de contact de type prurigo dans la zone d'application d'une couverture poussiéreuse.

Les tests cutanés montraient une positivité immédiate et retardée à 48 et 96 heures (++) des acariens domestiques.

La positivité des tests aux acariens étant pertinente, nous avons prescrit une éviction domestique et une immunothérapie sublinguale. Malgré quelques réactions initiales, ORL et cutanées, une dose d'entretien de 30 gouttes de 300 IR fut atteinte. Après six mois de traitement, on observait une régression quasi totale du prurigo, sans récurrence des poussées l'année suivante.

3.2. Cas n° 2

Un jeune garçon de 4 ans présentait un prurigo sévère, généralisé à l'ensemble du corps, sauf le visage. Le diagnostic fut confirmé par l'histologie. Il existait une efficacité partielle des dermocorticoïdes et des antihistaminiques. Il présentait aussi une rhinite allergique.

Revu quatre ans après, ce prurigo s'était aggravé. Les lésions, toutes excoriées, se comptaient par centaines (Fig. 2a et b). Les complications infectieuses, psychologiques et sociales, liées à un prurit féroce et constant, s'étaient amplifiées.

Il vivait en atmosphère confinée dans une caravane riche en plumes, tapis et rideaux.

Les tests cutanés montraient une forte positivité immédiate mais surtout retardée aux acariens domestiques. Ils étaient négatifs pour les autres arthropodes.

Une désensibilisation aux acariens Staloral® était alors décidée. Des gastralgies ont limité la dose d'entretien à 5 gouttes de 300 IR. Pourtant ce traitement, aidé par une meilleure éviction allergénique, a permis en moins de deux ans l'amélioration du prurigo et de l'atteinte respiratoire. On notait en effet une diminution de 80 % du nombre de lésions et de la consommation en dermocorticoïdes. La qualité de vie était restaurée.

3.3. Cas n° 3

La petite L. avait présenté, avant l'âge de deux ans, une DA prédominante au visage. Cette DA avait évolué vers trois ans vers un tableau mixte eczéma–prurigo, rebelle au traitement local. À cinq ans, elle était revue pour un prurigo sévère des membres supérieurs et du tronc. Au fil des mois, les lésions des membres



Fig. 2. Prurigo atopique sévère (a et b).

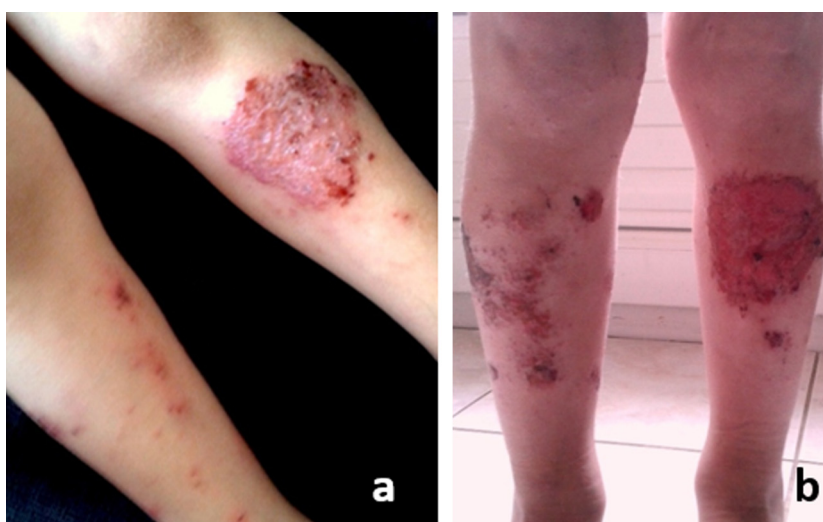


Fig. 3. Prurigo atopique avec présentation clinique d'eczéma nummulaire (a et b).

inférieurs se groupaient en médaillons d'eczéma nummulaire (Fig. 3a et b).

Ses parents notaient une atténuation l'été par temps sec, mais surtout après le changement de sa vieille literie.

Les tests montraient une forte positivité des acariens et du chat, en lecture immédiate et retardée, avec réaction cutanée focale importante du prurigo après les tests. On notait une positivité plus modérée pour les parfums, le nickel et l'acide fusidique. Les « atopy patch-tests » aux aliments étaient négatifs.

Après une première phase d'éviction allergénique et de traitement local, était décidée une ITS aux acariens. Malgré quelques réactions focales en début de traitement, des doses habituelles (30 gouttes de 300 IR) ont pu être atteintes. Au bout d'un an, nous

avons noté la guérison du prurigo et la réduction de l'eczéma nummulaire à l'état de simples dartres achromiantes.

4. Discussion

Le terme de prurigo strophulus décrit dans la littérature [3] est resté un peu flou quant à son étiologie : il regroupait toute réaction cutanée aux arthropodes, sans caractère allergique ou atopique précis.

Lors d'une première étude de 45 cas de prurigo allergique menée de 1993 à 2000 [1,2], nous avons individualisé une forme clinique per annuelle et rebelle aux traitements. Par analogie avec la dermatite atopique, nous l'avons nommé « prurigo atopique » (PA). Les trois cas de PA que nous présentons ici nous

permettent d'examiner cette parenté, confirmée par une étude prospective multicentrique récente [4].

4.1. Épidémiologie

Le terrain atopique est constant. Ce prurigo peut se développer sur une DA classique pré-existante. Il peut être déclenché par un choc émotionnel (divorce, déménagement), une parasitose digestive ou cutanée, ou encore un épisode infectieux. L'environnement du patient est souvent riche en aéroallergènes domestiques (caravane, vieille maison à la campagne, tapis, moquette...).

4.2. Présentation clinique

La lésion élémentaire est une papulo-vésicule, très prurigineuse [5] pouvant persister plusieurs semaines. Volontiers excoriées et nodulaires, ces lésions sont beaucoup plus nombreuses que pour les autres prurigis aux piqûres d'arthropodes. La topographie est caractéristique : sont touchés les membres (poignets et chevilles) et le tronc (zone de la ceinture). L'évolution est per annuelle. Chez le dernier patient (cas n° 3), ces papulo-vésicules se groupaient en placards d'eczéma nummulaire.

Nous avons observé un réveil de chacune de ces lésions après surexposition aux acariens (par inhalation ou même par contact) [6]. Elles ne résulteraient pas d'une nouvelle piqûre, mais seraient des « zones mémoire » d'hypersensibilité retardée à l'allergène respiré ou appliqué.

Chez les trois patients, un asthme et/ou une rhinite allergique accompagnaient les poussées de prurigo.

4.3. Diagnostics différentiels

Ces prurigis atopiques peuvent parfois ressembler à un pityriasis lichénoïde, une dermatose bulleuse ou même à une gale... L'histologie confirmait le diagnostic de prurigo chez un patient (cas n° 2).

4.4. Tests allergologiques

L'histoire clinique et l'histologie évoquant une hypersensibilité retardée, l'intérêt d'une lecture à 48 et 96 heures est indispensable comme pour la DA. Les patch-tests classiques et les « prick et patch » sous Tégaderm® ont donné des résultats comparables [1].

On notait une prédominance de la positivité retardée des acariens domestiques. Ceci est classique chez l'atopique. Mais cette positivité était, là, plus intense (++ à ++++) avec une réaction focale constante (poussée de prurigo ou d'eczéma nummulaire).

Les prick-tests étaient également positifs à 30 minutes et laissaient à 48 h une papule supérieure à 4 mm dans les trois cas.

Contrairement à la DA, l'éventail de polysensibilisation était plus réduit. Cependant, nous avons pu observer, chez un enfant souffrant de PA et d'allergie à l'aluminium, des poussées de

prurigo après les vaccins en contenant. Ce type de réponse non spécifique l'apparentait à la DA [7].

4.5. Évolution

Sans prise en charge allergologique, l'évolution est souvent longue, traînante, épuisant les ressources thérapeutiques. On rapporte des complications infectieuses, une cortico-dépendance et une altération très sévère de la qualité de vie [4], comme dans la DA sévère.

Sous immunothérapie sublinguale, l'amélioration a été lente mais certaine, obtenue en moins d'un an pour nos trois cas.

4.6. Traitement

Ces trois enfants ont nécessité des applications quasi continues de dermocorticoïdes de classe forte, en plaques adhésives (Bétésil®), voire la prescription d'une corticothérapie générale en courte cure (Célestène®). Il s'y associait la prise orale d'antihistaminiques en continu, et d'une antibiothérapie générale en cas d'impétiginisation.

L'ITS aux acariens a réveillé des réactions cutanées en début de traitement. Mais pour les premier et troisième cas, des doses d'entretien élevées ont pu être atteintes avec une réduction du score clinique de 90 % et une épargne en dermocorticoïdes. Le 2^e enfant (PA le plus sévère) n'a pu dépasser 10 gouttes de 300 IR. Pourtant, une diminution du nombre et de l'intensité des lésions lui a permis de retrouver une vie normale.

L'efficacité de l'ITS aux acariens confirme leur rôle allergénique prédominant dans l'étiologie du PA.

Une large revue récente de l'efficacité de l'ITS dans la DA donne des résultats discordants mais ces études se basent en majorité sur la positivité des IgE spécifiques, ce qui est insuffisant [7]. Nous préconisons la sélection de sous-groupes de DA, basée sur une forte positivité retardée aux acariens doublée d'une histoire clinique prouvant leur influence – au moins partielle – sur les poussées. Une ITS pourrait alors être envisagée.

5. Conclusion

Le prurigo atopique est une entité clinique, épidémiologique et allergologique à part entière. Il est dû principalement à une hypersensibilité retardée aux acariens. Redoutable par sa chronicité, il a pu être amélioré et même guéri par une immunothérapie spécifique pour nos trois cas.

Le prurigo atopique est aussi pour nous un modèle expérimental d'une forme de DA, où l'allergie retardée aux acariens serait le principal facteur étiologique.

Certains sous-groupes de DA réunissent les mêmes critères que le PA (influence des acariens sur l'évolution clinique, positivité retardée lors des tests...). Encore peu étudiés, ils mériteraient d'être soumis au même traitement spécifique anti-acariens. La forme nummulaire de DA, qui est parfois la forme évolutive d'un PA, pourrait également être étudiée dans ce sens.

Financement

Aucune source de financement n'a été donnée pour la réalisation de ce manuscrit.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Perromat M. Intérêt des patch-tests dans le prurigo allergique. *La Lettre du Gerda* 1993;10:33.
- [2] Perromat M. Prurigo atopique. *Nouv Dermatol* 2002;Suppl. 1:3–4.
- [3] Viraben R. Prurigo strophulus. *Ann Dermatol Venerol* 1996;123:751–6.
- [4] Maridet C (Thèse de médecine n° 3062). Bordeaux Prurigo chronique de l'enfant : étude des formes cliniques et profils de sensibilisation aux allergènes de l'environnement; 2016.
- [5] Avenel-Audran M. Prurigos de l'enfant. In: *Progrès en dermato-allergologie*. Toulouse, Paris: John Libbey Eurotext; 2006. p. 27–35.
- [6] Castelain M, Perromat M. Dermite atopique : actualités. In: *Progrès en dermato-allergologie*. Dijon, Paris: John Libbey Eurotext; 2002. p. 27–35.
- [7] Ginsberg DN, Eichenfeld LF. Debates in allergy medicine: specific immunotherapy in children with atopic dermatitis. *World Allergy Organ J* 2016;18:9–16.