

**BURKINA FASO**  
Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO DIOULASSO**

(UPB)



**INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE**

(INSSA)



00000079

Année Universitaire : 2013-2014

Thèse N° 16

**LE PRURIT DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU  
DE BOBO-DIOULASSO: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES  
ET CLINIQUES**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Novembre 2013

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

**BAMOKO Aïsséta**

Née le 31 Août 1985 à Ouagadougou (Burkina Faso)



**Directeur de Thèse:**

Pr Ag Fatou BARRO/TRAORE

**Co-directeur de thèse**

Dr. Boukary DIALLO

**JURY**

**Président:**

Pr Arouna OUEIDRAOGO

**Membres:**

Dr Alain Zoetanaba ZOUBGA.

Dr. Kasmané BEOGO

Dr. Boukary DIALLO

Dr. Moussa KERE

**BURKINA FASO**

Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO DIOULASSO  
(UPB)**



**INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE  
(INSSA)**



Année Universitaire : 2013-2014

Thèse N° 16

**LE PRURIT DANS LE SERVICE DE DERMATOLOGIE DU  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SOURO SANOU  
DE BOBO-DIOULASSO: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES  
ET CLINIQUES**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Novembre 2013

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

**BAMOKO Aïsséta**

Née le 31 Août 1985 à Ouagadougou (Burkina Faso)



**Directeur de Thèse**

Pr Ag Fatou BARRO/TRAORE.

**Co-directeur de thèse**

Dr Boukary DIALLO

**JURY**

**Président :**

Pr Arouna OUEDRAOGO

**Membres :**

Dr Alain Zoetanaba ZOUBGA

Dr Rasmané BEOGO

Dr Boukary DIALLO

Dr Moussa KERE

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE ET SUPERIEUR

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO-DIOULASSO

INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)  
Tél. 20 98 38 52



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

## ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Par délibération, le Conseil scientifique de l'Institut Supérieur des Sciences de la santé (INSSA) arrête : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

Pour le Conseil scientifique

Le Directeur de l'INSSA.





## **LISTE DU PERSONNEL**

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS  
DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE  
(IN.S.SA)  
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014)**

.....

1. Directeur	Pr Robert T. GUIGUEMDE
2. Directeur Adjoint	Dr Souleymane OUATTARA
3. Chef du département médecine et spécialités médicales	Dr Zakari NIKIEMA
4. Chef du département de Chirurgie et spécialités chirurgicales	Dr Bakary SANON
5. Chef du département de Pédiatrie	Dr K. Raymond CESSOUMA
6. Chef du département de Gynécologie-Obstétrique	Dr Souleymane OUATTARA
7. Chef du département de Santé publique	Dr Léon SAVADOGO
8. Chef du département des Sciences fondamentales et mixtes	Dr Salifo SAWADOGO
9. Directeur des stages	Dr Patrick DAKOURE
10. Secrétaire principal	Mme Georgette YONI
11. Chef du Service Administratif et Financier	Mr Zakaria IRA
12. Chef du Service de la Scolarité	Mr Yacouba KONATE
13. Responsable de la Bibliothèque	Mr Mohéddine TRAORE
14. Secrétaire du Directeur	Mme Aïssitan SOMBIE

# LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA

.....  
(ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014)  
.....

## 1- PROFESSEURS TITILAIRES

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Robert T. GUIGUEMDE | Parasitologie-Mycologie |
| 2. Blami DAO*          | Gynécologie-Obstétrique |

## 2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

- |                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. Macaire OUEDRAOGO | Médecine interne/Endocrinologie |
|----------------------|---------------------------------|

## 3. MAITRES-ASSISTANTS

- |                            |                                        |
|----------------------------|----------------------------------------|
| 1. Souleymane OUATTARA     | Gynécologie-obstétrique                |
| 2. Issaka SOMBIE**         | Epidémiologie                          |
| 3. Jean Wenceslas DIALLO   | Ophthalmologie                         |
| 4. Jean Baptiste ANDONABA  | Dermatologie-vénéréologie              |
| 5. Zakary NIKIEMA          | Imagerie médicale                      |
| 6. Léon Blaise SAVADOGO    | Epidémiologie                          |
| 7. Patrick W.H. DAKOURE    | Orthopédie-traumatologie               |
| 8. Téné Marceline YAMEOGO  | Médecine interne                       |
| 9. Abdoulaye ELOLA         | ORL                                    |
| 10. Sanata BAMBA           | Parasitologie-mycologie                |
| 11. Armel G. PODA          | Maladies infectieuses                  |
| 12. Rasmané BEOGO          | Stomatologie/chirurgie maxillo-faciale |
| 13. Bakary Gustave SANON   | Chirurgie-anatomie                     |
| 14. Carole Gilberte KYELEM | Médecine interne                       |
| 15. Abdoul Salam OUEDRAOGO | Bactériologie/Virologie                |

16. Der Adolphe SOME	Gynécologie-obstétrique
17. Boukary DIALLO	Dermatologie-Vénérologie
18. Salifou GANDEMA	Médecine physique/Réadaptation
19. Aimé Arsène YAMEOGO	Cardiologie
20. Sa Seydou TRAORE	Imagerie médicale

## **2. ASSISTANTS**

1. Drissa BARRO	Anesthésie-réanimation
2. Moussa KERE	Psychiatrie
3. Emile BIRBA	Pneumologie
4. Raymond CESSOUMA	Pédiatrie
5. Salifo SAWADOGO	Hématologie
6. Cyprien ZARE	Chirurgie
7. Ibrahim Alain TRAORE	Anesthésie réanimation

\* En disponibilité

\*\*En détachement



**I. LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES  
(2005 à 2013)**

**1. ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB**

1. COULIBALY Samadou	Anglais médical
2. DIALLO/TRANCHOT Juliette	Biologie cellulaire
3. KABORE M'Bi	Physique
4. MILLOGO Younoussa	Chimie
5. NAON Bétaboalé	Physique
6. OUEDRAOGO Georges Anicet	Biochimie
7. SERE Ahmed	Physique
8. TAPSOBA Théodore M.Y.	Maths et statistiques
9. TOUGUYENI Aboubacar	Génétique

**2. ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB**

1. AOUBA Abdoul A. Baminitayi	Secourisme
2. BONKOUNGOU Benjamin	Anatomie
3. CISSE Djakaria	Anglais médical
4. CISSE Fallou	Physiologie
5. CISSE Rabiou	Radiologie
6. DA Fulgence	Neuro-anatomie
7. GUISSOU Pierre	Pharmacologie générale
8. KABRE Abel	Neurochirurgie
9. KAMBOU Sansan Stanislas	Informatique
10. KAMBOU Timothée	Urologie
11. KOFFI Busia	Médecine traditionnelle
12. KONSEGREValentin	Anatomie pathologique
13. LENGANI Adama	Néphrologie
14. LOMPO/GOUMBRI Olga Mélanie	Anatomie pathologique



15. MEDA Noufounikoun	Ophthalmologie
16. MILLOGO Athanase	Neurologie
17. NACRO Boubacar	Pédiatrie
18. OUATTARA Tanguet	Anatomie
19. OUEDRAOGO Arouna	Psychiatrie
20. OUEDRAOGO Dieu Donné	Rhumatologie
21. OUEDAOGO Nazinigouba	Physiologie
22. OUEDAOGO Raguilnaba	Chimie
23. OUEDAOGO Rasmata	Bactériologie/Virologie
24. OUEDAOGO Théodore	Anatomie
25. OUEDAOGO Vincent	Médecine du travail
26. OUOBA Kampadilemba	ORL
27. RAMDE Norbert	Médecine légale
28. ROUAMBA Alexis	Physiologie
29. SAMADOULOUGOU André	Cardiologie
30. SANGARE Lassana	Bactériologie-Virologie
31. SANO Dama	Cancérologie
32. SANOU Joachim	Anesthésie réanimation
33. SANOU Alhassane	Anglais médical
34. SANOU Idrissa	Bactériologie-Virologie
35. SANOU/LAMIEN Assita	Anatomie pathologique
36. SAWADOGO Germain	Biochimie clinique
37. SAWADOGO Serge	Immunologie
38. SAWADOGO Apollinaire	Hépto-Gastro-Entérologie
39. SESSOUMA Braïma	Biochimie
40. SIRANYAN Sélouké	Psychiatrie
41. SOUDRE Robert	Anatomie pathologique
42. SOURABIE Bernard	Physiologie
43. TAPSOBA Théophile Lincoln	Biophysique
44. TARNAGDA Zékiba	Maladies infectieuses
45. TOURE Amadou	Histologie Embryologie

46. TRAORE Adama

Dermatologie

47. ZOUBGA Alain

Pneumologie

48. ZOUNGRANA Robert

Physiologie



## **DEDICACES**

## **DEDICACES**

### **A DIEU le père tout puissant**

Je te rends grâce pour toutes les merveilles que tu as faites et que tu feras pour moi. Mon âme exulte de joie car je sais que tu es avec moi. Bénis sois tu pour toujours. Merci seigneur de continuer à illuminer ma vie. Tu es le roc sur lequel repose mon espérance.

### **In memorium**

A la mémoire de mon père et de ma mère

Chers parents, l'arbre que vous avez planté va bientôt porter ses fruits. Ce travail est le votre. Je ne pourrai au grand jamais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous nous avez éduqué de la meilleure manière possible avec comme repères cardinaux le goût du travail bien fait, l'humilité, l'honnêteté, la solidarité. Vous nous avez inculqué le sens de l'honneur et par votre exemple nous avons appris à ne compter que sur nous même.

Je ferai tout pour être à la hauteur de votre confiance. Que Dieu le miséricordieux vous accueille dans son royaume.

A la mémoire de mon grand père Ouédraogo Pierre

### **A ma maman Agathe**

Maman, tes prières et conseils ont porté fruit, tu as toujours été là pour moi merci infiniment pour ta constante disponibilité et le réconfort que tu m'as toujours apporté. Ouvre moi toujours tes bras et comble moi toujours de ton amour maternel. Que Dieu te bénisse et te protège.

### **A maman Antoinette**

Merci pour tous ces conseils et toutes ces bénédictions. Merci aussi de m'avoir accepté comme votre fille. Que le seigneur vous protège.

### **A mon bien aimé Tangara Boureima**

Merci pour ton amour et ton soutien. Etre à tes cotés m'a permis de me battre ; tu as toujours voulu le meilleur pour moi. Merci pour ta patience, ta douceur, ta confiance en moi. Ce travail est aussi le tien.

Merci chéri, je t'aime !

**A mes grandes sœurs : Léa, Alida, Flora, Karine, Agnès**

Merci pour votre soutien multiforme, pour votre amour fraternel, pour vos conseils.

Trouvez ici ma reconnaissance infinie.

Que l'éternel soit avec vous.

**A ma petite sœur Rasmata**

L'ambiance dans laquelle nous avons grandi et la volonté de réussir que nous avons toujours eue m'ont permis d'aboutir à ce travail. Puisse nous être toujours unis et complices.

**A ma grand-mère Zenabo**

« Yaaba », merci pour vos bénédictions, tes prières et ton soutien.

**A mon très cher oncle : Hado OUEDRAOGO**

Tu as été pour moi un père. Ton amour, ton estime, tes encouragements, ton respect envers moi m'ont donné la force de persévérer dans ce travail. Je te serai toujours reconnaissant.

**A mes oncles et tantes**

Merci pour vos conseils et votre soutien. Dieu vous bénisse.

**A mes cousins et cousines**

**Habibou** merci pour tes conseils et ton soutien.

**A la grande famille NONGUIERMA, OUEDRAOGO, BAMOGO**

**TAMINI, SAWADOGO.** Merci pour vos bénédictions et vos conseils. Que Dieu soit avec vous.

**A Mr et Mme GUIGUEMDE**

Merci pour tout le soutien. Ce travail est le votre. Affection profonde.

**A Jocélyne BOLEANE**

Jocelyne, que vais-je te dire? Aucun mot n'est assez poignant pour te traduire ma reconnaissance infinie. Ce que tu as fait pour moi est inestimable. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et sache que de jour ou de nuit tu pourras toujours compter sur moi. Tu n'es pas une amie, tu es une sœur. Que Dieu te bénisse.

**A mes amies de promotion: T.S Marieta, K.W Eulalie** Plus que des amies. Vous êtes des sœurs. Que ce trio ne se brise à jamais.

**A mes camarades de promotion : Carine, Prisca, Ingrid, Pascal, Hyacinthe, Abdramane, Eric, Patricia, Sonia, Oumar, Abdou salam, Blaise, Liliane, Térance, Marietou, Serge Berthrand:** Plus que des camarades de promotion nous sommes devenus des amis. Gardons en tête ce qui nous a réunis et restons toujours de bons amis. Notre projet est noble, vivement qu'il puisse aboutir.

**A mes amis : Ouattara Idrissa, Zampaligré Ibrahim, Zoungrana Alain, Dao Drissa, Tamini Daza, Zoundi Zénabo, Kientéga Gaël.** Votre soutien et votre affection m'ont beaucoup aidé au cours de ce travail. Merci.

**A tous les stagiaires internés et externes**

Le travail à abattre est énorme, le découragement frappe à la porte mais tenez bon, travaillez dur car la mission est noble et grande sera votre récompense. Que l'Eternel soit avec vous et qu'il vous assiste dans votre combat.

**A tous mes enseignants**

Merci pour l'éducation et les conseils reçus. Ce travail est le vôtre.

Profonde gratitude

**A tous ceux qui m'ont apporté une aide quelconque et dont les noms n'ont pu être cités :** c'est une omission de ma part, et je vous prie de me pardonner. Dieu le père vous le rendra au centuple.

Que chacun trouve ici le fruit de ses efforts.



## **REMERCIEMENTS**



## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont :

**Au Pr Agrégée Fatou BARRO/TRAORE :** Nous vous sommes reconnaissante pour tout l'encadrement dont nous avons bénéficié. Vous nous avez fait confiance en acceptant nous confier ce travail. Recevez nos sincères remerciements pour tout le soutien.

**Au Dr Boukary DIALLO:** Vous avez dirigé de bout en bout ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité permanente et votre rigueur scientifique nous ont été précieuses durant ce travail dont vous êtes par ailleurs à l'origine .Ceci a abouti grâce à vos critiques et suggestions. Trouvez ici notre profonde gratitude.

**Au Pr Athanase MILLOGO:** chef de service du département de médecine du CHUSS : merci de nous avoir acceptée dans votre département pour la réalisation de ce travail.

**Au Dr Jean Baptiste ANDONABA:** chef de service de Dermatologie/vénérologie du CHUSS : merci de nous avoir acceptée dans votre service pour la réalisation de ce travail, nous vous remercions pour votre disponibilité et vos enseignements.

**Au Dr Issouf KONATE:** tout au long de notre étude et même pendant les moments d'inattention vous n'avez jamais cessé de nous rappeler à chaque fois qu'un patient entrant en consultation. Ces moments étaient pour nous de véritables instants d'échanges. Votre simplicité nous a toujours marqué. Nous vous remercions pour vos précieux conseils.

**Au Dr Carole KYELEM** merci pour vos conseils, votre simplicité et vos grandes qualités humaines.

**Au Dr Wilfrid BAZIE:** merci pour vos conseils et votre encadrement.

**A Mr Moumouni OUEDRAOGO** du service de dermatologie: merci pour le soutien.

**A tout le personnel du département de médecine du CHUSS :** pour votre participation à notre formation et votre collaboration

**A tous les patients de la dermatologie:** merci pour votre participation volontaire à cette étude.



**A NOS MAITRES ET JUGES**

## ***A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY***

**Professeur Arouna OUEDRAOGO**

Vous êtes :

- Professeur Titulaire de psychiatrie à Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR-SDS) de l'Université de Ouagadougou.
- Chef de service de Psychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO).
- Doyen honoraire de l'UFR-SDS, Université de Ouagadougou.

Honorable Maître,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse, malgré vos responsabilités et occupations multiples.

Nous avons le privilège de bénéficier de vos enseignements. Votre rigueur scientifique, votre courtoisie, votre ponctualité et l'amour pour le travail bien fait, sont les qualités qui ont forcé notre admiration.

Soyez assuré, Cher Maître, de notre profonde gratitude.

## ***A NOTRE MAITRE ET JUGE***

**Docteur Alain Zoetanaba ZOUBGA**

Vous êtes :

- Maître-assistant de Pneumo-physiologie à Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR-SDS) de l'Université de Ouagadougou.
- Chef de service de Pneumo-physiologie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS).

Cher Maître,

Nous avons beaucoup de chance d'être votre élève. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements et de votre encadrement au cours de notre cursus universitaire.

Votre rigueur au travail, vos connaissances scientifiques, votre humilité et vos qualités humaines font de vous un modèle vers lequel doit tendre tout étudiant en sciences de la santé.

Les mots ne sauront jamais faire ressortir le profond respect et toute l'admiration que nous avons à votre égard.

Qu'il nous soit permis, en ce jour solennel, de vous adresser nos vifs remerciements et notre profonde reconnaissance

***A NOTRE MAITRE ET JUGE***

**Docteur Rasmané BEOGO**

Vous êtes:

-Maître-assistant de Stomatologie-chirurgie maxillo-faciale à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA).

-Chef de service de Stomatologie-chirurgie maxillo-faciale au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS).

Cher maître,

Nous avons été très touchée par votre constante disponibilité, votre approche facile, votre esprit scientifique et par votre grande attention. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté siéger dans ce jury pour améliorer ce travail ; cela nous honore et nous reconforte.

Soyez assuré, cher maître, de notre plus grande considération.

## ***A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE***

**Docteur Boukary DIALLO**

Vous êtes:

- Maître-assistant de Dermatologie-vénérologie à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA).
- Adjoint au chef de service de dermatologie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS).

Cher maître,

Vous avez accepté diriger ce travail ; votre disponibilité et votre attachement au travail bien fait sont autant de qualités qui ont facilité la réalisation de ce travail. Votre rigueur scientifique et votre humanisme n'ont d'égal que votre générosité et votre modestie.

Nous avons été marquée par vos qualités exceptionnelles de bon pédagogue et d'encadreur qui sait vite déceler les moments difficiles du travail et motiver l'étudiant. Vous nous donnez l'occasion de profiter de vos connaissances immenses. Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre grand respect et de notre profonde gratitude.

## ***A NOTRE MAITRE ET JUGE***

**Docteur Moussa KERE**

Vous êtes:

- Assistant en psychiatrie à l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA).
- Praticien au service de psychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS).

Cher maître,

Nous avons été très touchée par votre constante disponibilité, votre approche facile, votre modestie, votre esprit scientifique et votre grande attention. Malgré vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour accepter siéger dans ce jury et d'améliorer ce travail, cela nous honore et nous reconforte. Merci pour tout ce que vous faites pour les malades.

Soyez assuré, cher maître, de notre très grande considération.





# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>1</b>
<b>I.GENERALITES.....</b>	<b>3</b>
I.1.DEFINITIONS.....	3
I.2.PHYSIOPATHOLOGIE.....	5
I.2.1. Prurit et système nerveux.....	5
I.2.2. Les stimuli et les médiateurs du prurit.....	7
I.3.CLASSIFICATION .....	9
I.3.1. Prurits localisés.....	9
I.3.2. Prurits généralisés.....	9
I.4. EXAMEN CLINIQUE .....	10
I.5.EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	13
I.6.ETIOLOGIES DU PRURIT.....	14
I. 6.1. Dermatoses prurigineuses.....	14
I.6.2 Prurit s'accompagnant de lésions dermatologiques non spécifiques.....	15
I.6.3 Prurit révélateur d'une maladie générale.....	15
I.6.4. Prurit localisé.....	16
I.6.5. Prurit sine materia.....	17
I.7. STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	18
I.7.1. Mesures générales.....	18
I.7.2. Traitement symptomatique.....	18
<b>II.OBJECTIFS.....</b>	<b>20</b>
II.1 Objectif général.....	20
II.2. Objectifs spécifiques.....	20
<b>III. CADRE ET CHAMP D'ETUDE .....</b>	<b>21</b>
<b>IV. METHODOLOGIE.....</b>	<b>23</b>
IV.1. Type et période d'étude.....	23
IV.2. Population d'étude .....	23
IV.3. Calcul de la taille de l'échantillon.....	23

IV.4. Méthode d'échantillonnage.....	23
IV.5. Description des variables étudiées.....	24
IV.6. Collecte des données.....	26
IV.7. Traitement des données.....	26
<b>V. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....</b>	<b>27</b>
<b>VI. RESULTATS.....</b>	<b>28</b>
VI.1. Fréquence globale du prurit.....	28
VI.2. Répartition selon les caractéristiques sociodémographiques.....	28
VI.3. Caractéristiques sociodémographiques associés au prurit.....	30
VI.4. Répartition selon les caractéristiques sémiologiques.....	31
VI.5. Proportion des principales étiologiques.....	35
<b>VII. DISCUSSION.....</b>	<b>36</b>
VII.1. Limites de notre étude.....	36
VII.2. Données globales.....	36
VII.3. Caractéristiques sociodémographiques.....	36
VII.4. Aspects cliniques.....	39
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>SUGGESTIONS.....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>56</b>



**RESUME**

## RESUME

**INTRODUCTION :** Le prurit est une sensation subjective, localisée ou diffuse, qui provoque le besoin de se gratter. C'est un symptôme majeur en dermatologie. Le dermatologue en zone tropicale, plus que les autres médecins, est confronté quotidiennement aux problèmes de diagnostic du prurit. Dans notre contexte de travail, il y avait peu de données sur ce symptôme d'où l'intérêt de notre étude dont l'objectif était de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques du prurit.

**METHODOLOGIE:** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte prospective qui s'est déroulée du 1er mars au 31 juillet 2013. Elle a concerné les patients présentant un prurit consultant pour la première fois ou hospitalisés dans le service de dermatologie du CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso, durant la période de l'étude. Une fiche standardisée a été conçue pour collecter les informations sur les caractéristiques sociodémographiques des patients, la présence ou non de prurit et les données cliniques. Les pathologies en cause ont été renseignées par les dermatologues du service. Le test du chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer les proportions avec un seuil de signification de 5%.

**RESULTATS:** Nous avons inclus 637 patients dont 256 cas de prurit soit une fréquence de 40,2 % IC<sub>95%</sub> [36,2 – 44,2]. La majorité des patients présentant un prurit étaient de sexe féminin (59 %) soit un sex-ratio de 0,7 ; avaient plus de 45 ans (26 %), résidaient à Bobo-Dioulasso (71 %) et étaient célibataires (47 % des cas). L'âge, le lieu de résidence et le statut matrimonial étaient associés au prurit avec respectivement  $P_1 = 10^{-3}$ ,  $P_2 < 10^{-3}$  et  $P_3 < 10^{-3}$ . Par contre, il n'y avait pas de lien statistique entre le genre ou la profession et l'existence de prurit. L'évolution de la symptomatologie était progressive dans la plupart des cas (77 %) et à caractère intermittent. La chaleur (60 %), l'eau (9 %), l'exercice physique (7%) et le contact avec les substances à usages cosmétiques (7 %) constituaient les principaux facteurs déclenchant du prurit. Les lésions associées au prurit étaient représentées par des papules (40 %) suivies des plaques érythémato-squameuses (25 %) et des vésiculo-bulles (21 %). Les étiologies les plus retrouvées étaient l'eczéma (31 %), le prurigo (13 %), l'urticaire (10 %) et les dermatoses mycosiques (10 %). Les causes systémiques de prurit étaient moins fréquentes.

**CONCLUSION:** Notre étude montre une prévalence élevée du prurit et le rôle majeur que jouent les dermatoses immuno-allergiques et infectieuses dans notre contexte. Des études de plus grandes envergures et pendant une longue durée permettraient de mieux cerner les différents aspects abordés dans notre étude.

**MOTS CLES:** Prurit, Epidémiologie, Etiologies, Bobo-Dioulasso

**AUTEUR:** BAMOKO AÏSSETA

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Itching is a subjective sensation, localized or diffuse, which causes the need to scratch. It is a major symptom in dermatology. The dermatologist in tropical area, more than other area physicians, is daily confronted with pruritus diagnosis problems. In our work environment, there was not much data on this symptom; wherever the interest of our study whose aim was to determine the epidemiological and clinical features of pruritus.

**METHODOLOGY:** It acted descriptive cross-sectional study prospectively collected, held from March 1 to July 31, 2013. It involved patients with pruritus consulting for the first time or hospitalized in the the Sourô Sanou teaching hospital's department of dermatology during the study period. A standardized form was designed to collect information concerning demographic characteristics of patients, the presence or not of pruritus and clinical data. Etiologies of pruritus were diagnosis by dermatologists. The chi2 test was used to compare proportions with a significance level of 5%.

**RESULTS:** We included 637 patients, including 256 cases of pruritus. So the frequency was 40.2% 95% CI [36.2 to 44.2]. The majority of patients with pruritus were female (59 %, with a sex ratio of 0.7), over 45 years old (26 %), resident in Bobo-Dioulasso (71 %) and were unmarried in 47 % of cases. Age, residence and marital statut were significantly associated to pruritus with respectively  $P_1 = 10^{-3}$ ,  $P_2 < 10^{-3}$  and  $P_3 < 10^{-3}$  In contrary, there was no statistical relationship between gender or occupation and the presence of pruritus. The evolution of symptoms was gradual in most cases (77%), and intermittent. Heat (60%), water (9%), exercise (7%) and contact with substances for cosmetic use (7%) were the main triggers of pruritus. The lesions associated with pruritus were represented by papules (40 %), followed by erythematous scaly plaques (25 %) and vesicules (21%). The principal etiologies were eczema (31%), prurigo (13%), urticaria (10%) and fungal skin diseases (10%). Systemic causes of pruritus were less frequent.

**CONCLUSION:** Our study shows a high prevalence of pruritus and the major role of immunoallergic and infectious dermatosis in our context. Studies of larger scope and for a long period would better understand the different aspects covered in our study.

**KEYWORDS:** Pruritus, Epidemiology, Etiology, Bobo- Dioulasso.

**AUTHOR:** BAMOKO AÏSSETA





## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**Ac:** Anticorps

**ASAT:** Aspartate Aminotransférase

**ALAT:** Alanine Aminotransférase

**CHUSS:** Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou

**CRP:** C-Réactive Protéine

**DA:** Dépigmentation Artificielle

**DBAI:** Dermatoses Bulleuses Auto-Immunes

**DH:** Dermatite Herpétiforme

**ENSP:** Ecole Nationale de Santé Publique

**DRS:** Direction Régionale de la Santé

**HPV :** Human Papilloma Virus

**IFD:** Immunofluorescence Directe

**IFI:** Immunofluorescence Indirecte

**INSSA:** Institut Supérieur des Sciences de la Santé

**IgA:** Immunoglobuline A

**IgG:** Immunoglobuline G

**HSV:** Herpes Simplex Virus

**IST:** Infection Sexuellement Transmissible

**JDE:** Jonction Dermo-Epidermique

**LDL:** Low Density Lipoprotein

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**TSH:** Tyréostimulin Hormon

**PV:** Pityriasis Versicolor

**%:** Pourcentage

**SIDA:** Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

**SNC:** Système Nerveux Central

**UFR/SDS:** Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé

**UPB:** Université Polytechnique de Bobo

**UV:** Ultra Violet

**VIH:** Virus de l'Immuno déficience Humaine

**VZV:** Varicelle-Zona Virus



**LISTE DES TABLEAUX  
ET DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Lésions cutanées des principales dermatoses prurigineuses.....	12
Tableau II: Principales dermatoses prurigineuses.....	14
Tableau III: Principales causes systémiques de prurit.....	16
Tableau IV: Répartition des 256 patients selon les différentes caractéristiques sociodémographiques.....	29
Tableau V: Degré d'association des différentes caractéristiques sociodémographiques au prurit.....	30
Tableau VI: Caractères du prurit chez les patients vus en dermatologie.....	31
Tableau VII: Facteurs déclenchant du prurit.....	32
Tableau VIII: Répartition des 256 patients selon la topographie du prurit.....	32
Tableau IX: Répartition des patients selon les signes généraux et extra-cutanés associés au prurit.....	34
Tableau X: Etiologies du prurit chez les patients vus en dermatologie.....	35

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Lésions secondaires au prurit.....	33
Figure 2: Lésions dermatologiques spécifiques associées au prurit.....	33
Figure 3: Eczéma de contact au pot.....	44
Figure 4: Eczéma lichénifié du fait du prurit chronique.....	45
Figure 5: Urticaire annulaire (de dos).....	46
Figure 6: Urticaire annulaire (de face).....	46
Figure 7: Prurigo de l'adulte associé à l'infection par le VIH.....	47
Figure 8: Erythrodermie.....	48
Figure 9 : Lichen plan.....	49

**INTRODUCTION ET ENONCE  
DU PROBLEME**

## INTRODUCTION/ENONCE DU PROBLEME

Le prurit est défini cliniquement comme la sensation subjective et désagréable d'un désir de se gratter, il est qualifié dans le langage courant de "démangeaisons". Le prurit peut être diffus ou généralisé à l'ensemble du tégument. C'est un signe fonctionnel et donc une donnée de l'interrogatoire, le patient décrit le prurit, son importance, la gêne physique et psychique qui en résulte. [1]. En fait, le prurit est une sensation propre à chaque individu. Souvent peu sévère, il peut parfois être invalidant avec un retentissement sur le sommeil, les activités intellectuelles et la qualité de vie du patient [2].

Le prurit est un symptôme majeur en dermatologie qui pose un double problème: d'une part pour le patient, en raison du caractère souvent inconfortable et du retentissement qu'il peut avoir sur la vie sociale et professionnelle, et d'autre part pour le soignant, car le prurit constitue un véritable signe d'appel pour de nombreuses pathologies de nature et de gravité extrêmement variables [1]. En sa présence, l'interrogatoire vérifiera la réalité et l'importance du prurit car il existe un prurit physiologique (par exemple lors du déshabillage), et un prurit pathologique.

Le prurit pathologique est un signe fréquent, commun à un grand nombre de dermatoses telles que la gale, les allergies cutanées, les réactions à des substances irritantes à usage cosmétique ou professionnel. Il peut être un signe révélateur de maladies générales telles que les hémopathies malignes, l'insuffisance rénale chronique etc. [2]. Afifi et coll. [3] ont montré que le prurit est un signe révélateur de maladie générale dans 40 % des cas et qu'il apparaissait chez 85 à 90 % des patients atteints d'insuffisance rénale chronique hémodialysés. Quand il entre dans le cadre d'une dermatose primitive prurigineuse, son diagnostic étiologique est assez aisé, mais quand il est isolé, la recherche de son étiologie peut s'avérer non concluante [4].

Le dermatologue en zone tropicale plus que les autres médecins, est confronté quotidiennement aux problèmes de diagnostic du prurit [4]. En effet, selon une étude menée à Lomé (Togo) [4], le prurit représente 29,85 % des motifs de consultation en dermatologie.

Ainsi, la prise en charge d'un prurit est un vrai challenge médical, diagnostique et thérapeutique ; elle fait appel à une concertation pluridisciplinaire entre le dermatologue et les autres spécialistes internistes car la thérapie contre le prurit est déterminée en fonction de la maladie de base. Le rôle du clinicien est de poser un diagnostic précis en s'aidant si besoin d'explorations complémentaires dont la biopsie cutanée, les examens biologiques, immunologiques ou infectieux. La négativité des recherches étiologiques doit conduire à la surveillance du malade avec réévaluation régulière [5].

Bien que le prurit soit un motif fréquent de consultation en dermatologie au centre hospitalier universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso (CHUSS), aucun travail antérieur n'a été mené sur le sujet dans ce service ni au Burkina Faso à notre connaissance. L'ampleur du phénomène, les sujets concernés, les étiologies ne sont pas connus dans notre contexte, d'où l'intérêt de notre étude dont le but était de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques pour une meilleure prise en charge du prurit dans le service de dermatologie du CHUSS.





# **GENERALITES**

# I. GENERALITES SUR LE PRURIT

## I.1. DEFINITIONS DU PRURIT

Le prurit est défini comme une sensation localisée ou diffuse, conduisant au besoin de se gratter. Le grattage manuel peut être remplacé par le frottement sur le dos, en particulier chez le nourrisson. Il est considéré par certains comme un signe subliminal de la douleur car, selon le type ou l'intensité, un même stimulus peut générer un prurit ou une douleur [2].

Qualifié dans le langage courant de " démangeaisons ", il est fait d'une intrication de sensations variables (picotements, fourmillements, agacement...) dont l'intensité est ressentie comme anormale par le patient. Le prurit est absent chez le nourrisson avant trois mois. Il est extrêmement variable en fonction de l'âge, de la pathologie sous-jacente et du psychisme du patient. Il est fréquent en milieu tropical. Il peut être accompagné ou non de lésions cutanées [1].

Le prurit peut être pathologique, alors gênant, parfois même invalidant au contraire du prurit physiologique, auto protecteur, souvent discret, inconscient, prédominant le soir lorsque le malade se dévêt. Chaque individu se gratte ainsi plusieurs fois dans une journée sans que ceci ne soit désagréable. Le grattage fait disparaître complètement, mais temporairement le prurit.

De façon générale, le prurit est accru le soir ou lors du déshabillage quel que soit l'âge et quel que soit son origine; c'est une sensation propre à chaque individu [5].

Il doit être distingué des sensations cutanées voisines (douleur ou cuisson) qui n'entraînent pas le besoin impérieux de se gratter et que le grattage ne fait pas disparaître [6].

La perception du prurit peut être modifiée par des influences psychologiques telles l'anxiété, l'excitation, la distraction. Des antécédents de prurit peuvent modifier la perception de celui-ci [7].

Si les démangeaisons persistent pendant six semaines ou plus, il est défini comme prurit chronique par le Forum international pour l'étude des prurits [8].

**Le prurit sine materia** correspond à un prurit sans dermatose causale associée et peut être aigu ou chronique. Il peut survenir au cours de nombreuses circonstances : terrain atopique, cholestase ou insuffisance rénale, maladies générales (hémopathies, maladies endocriniennes, etc.). Il peut également être induit par des agents exogènes (produits chimiques, médicaments) ou encore être neurogène ou psychogène.

## **I.2. PHYSIOPATHOLOGIE DU PRURIT**

Le prurit n'est ressenti qu'à la peau et aux demi-muqueuses, jamais aux muqueuses et aux viscères [7]. Les mécanismes physiopathologiques sont encore mal connus mais les progrès de la neuroscience donnent de nouvelles pistes d'explication.

### **2.1. Prurit et système nerveux [6]**

La peau, frontière extrême du système nerveux, est richement innervée. La densité des fibres nerveuses cutanées varie selon les différentes parties du corps. Le prurit a une composante sensorielle qui débute dans la peau, transite par les ganglions dorsaux et est traitée dans le système nerveux central.

#### **2.1.1. Terminaisons nerveuses cutanées [1, 7-9, 14]**

De récentes études montrent que les terminaisons nerveuses libres de l'épiderme peuvent être classées dans deux catégories: d'une part, les terminaisons nerveuses «peptidergiques» qui débutent dans la couche granuleuse, d'autre part, les fibres nerveuses «non peptidergiques» qui commencent directement sous la couche cornée. Les tâches précises de ces deux fibres nerveuses ne sont pas encore connues. Les patients avec de fortes démangeaisons s'arrachent pratiquement la peau en se grattant, la douleur ressentie étant habituellement mieux tolérée que le prurit.

Il existe également des «points de prurit» constitués par de nombreuses terminaisons nerveuses libres, fines, situées dans le derme, juste sous l'épiderme. Plus les terminaisons nerveuses libres et les fibres nerveuses sont nombreuses, plus le prurit est intense et prolongé. L'absence de terminaisons nerveuses libres dans la muqueuse buccale serait la raison de l'absence de prurit à ce niveau (par exemple, le lichen très prurigineux dans la peau ne l'est pas pour les lésions buccales). Il est à noter que les dermatoses les plus prurigineuses comportent souvent des altérations de la jonction dermo-épidermique, qui est la zone où naît le plus facilement le prurit.

### **2.1.2. Neurones afférentes à la moelle [1, 7-9, 14]**

Il est possible de produire expérimentalement un prurit « piquant » et un prurit « brûlant », comparables aux deux types « piquant » et « brûlant » de la douleur.

La sensation prurigineuse est surtout véhiculée par les fibres de conduction lentes, non myélinisées (fibres C) qui conduisent le prurit « brûlant », imprécis, persistant. Les arguments en faveur du rôle de ces fibres C sont la richesse des « points de prurit » en fibres de ce type et le temps de conduction qui correspond à celui des fibres C.

Les fibres de conduction à moyenne vitesse (fibres A- $\delta$ ) conduisent le prurit intense, localisé. Les mêmes voies de conduction nerveuse pourraient être utilisées à la fois pour la douleur et le prurit.

Les fibres afférentes rejoignent le système nerveux central (SNC) par les racines dorsales de la moelle.

### **2.1.3. Transmission médullaire [1, 7, 14]**

Les fibres C se terminent sur des neurones intercalaires dans la corne postérieure de la moelle; ceux-ci croisent la ligne médiane et vont former le faisceau spinothalamique controlatéral. Certaines fibres rejoignent le thalamus puis le cortex, les autres fibres nerveuses s'épuisent dans la substance réticulée et la région tectale. Deux exemples illustrent ces faits:

- ✓ La cordotomie antérolatérale entraîne une suppression à la fois de la douleur et du prurit produit par Mucunapruriens;
- ✓ Le prurit de la maladie de Hodgkin peut disparaître en cas de compression médullaire due à cette affection.

Les influx transmis par les fibres A- $\delta$  utilisent le système lemniscal qui est la voie la plus rapide, directe, pauci-synaptique dans le cordon médullaire postérieur homolatéral. Le relais se fait dans les noyaux bulbaires de Goll et Burdach. Les sensations sont ensuite véhiculées après décussation jusqu'au lemnisque médian, le thalamus puis l'aire somesthésique.

#### **2.1.4. Le système nerveux central (SNC) [7, 8, 14]**

Les sensations prurigineuses sont intégrées au niveau du SNC; les tractus spinaux rejoignent le thalamus puis le cortex. Des régions stimulées par la sensation de grattage induite par l'histamine sur la peau ont été visualisées au niveau de centres cérébraux par tomographie d'émission de positrons avec mesure du flux sanguin cérébral. Elles se situent au niveau des aires frontales, pariétale et cingulaire. Une tumeur cérébrale, un abcès cérébral, un accident vasculaire cérébral (AVC), des lésions dues à un anévrisme opéré peuvent provoquer un prurit.

La perception du prurit peut être modifiée par des influences psychologiques telles l'anxiété, l'excitation ou la distraction. Des antécédents de prurit peuvent modifier la perception de celui-ci. La perception du prurit pour un même stimulus peut varier très notablement d'une personne à l'autre.

Enfin, un prurit d'origine purement centrale existe; c'est le prurit paroxystique. Ce prurit prendrait naissance dans le système nerveux central et ne ferait pas intervenir les médiateurs et les fibres de conduction périphériques.

### **2.2. Les stimuli et les médiateurs du prurit [1, 7, 15]**

#### **2.2.1. Les stimuli physiques**

De nombreux stimuli physiques sont capables de provoquer le prurit:

- ✓ pression à l'aide d'une fine sonde, d'une aiguille de tungstène, d'un poil, d'une plume, d'une particule de fibre de verre;
- ✓ stimulation électrique ou thermique punctiforme;
- ✓ application de produits caustiques à faible concentration;
- ✓ création d'une bulle de succion.

La sensation prurigineuse ne survient pas immédiatement après le stimulus mais après une période de latence.

Des facteurs mécaniques tels que les frottements ou le grattage de la peau peut brièvement supprimer les démangeaisons en activant de façon sélective des fibres nerveuses. La chaleur et le froid peuvent de manière significative diminuer le prurit.

### **2.2.2. Les stimuli chimiques**

Des facteurs chimiques peuvent provoquer le prurit. Il s'agit de:

- L'histamine
- Les protéases et kinines
- Les peptides opioïdes
- Les neuropeptides
- Les Prostaglandines
- Autres stimulus chimiques: la bradykinine, la sérotonine, l'interleukine 2.

## **I.3. CLASSIFICATION DU PRURIT [11, 12, 13]**

### **3.1. Prurits localisés**

#### **3.1.1. Prurit localisé avec lésions cutanées**

Devant ce type de prurit, une origine dermatologique doit être considérée en priorité et le type d'affection varie selon la topographie.

#### **3.1.2 Le prurit localisé sans lésions cutanées autre que de grattage**

Dans cette situation, il faut considérer l'éventualité d'une atteinte nerveuse notamment:

- ✓ La nostalgie paresthésique, caractérisée par une zone prurigineuse cutanée limitée, localisée dans la partie haute du dos, le plus souvent le long du bord interne de l'omoplate.
- ✓ Le prurit associé à une atteinte cérébrale ; il est volontiers paroxystique, focal, lié à la présence d'un abcès, d'un accident vasculaire, d'une sclérose en plaques ou d'une tumeur.

### **3.2 Prurits généralisés**

#### **3.2.1 Prurit généralisé avec des lésions élémentaires cutanées**

Dans cette situation, une dermatose prurigineuse doit être considérée. Un prurit peut être observé dans de nombreuses dermatoses (confère tableau II).

#### **3.2.2 Prurit généralisé ou multifocal sans lésion cutanée autre que de grattage**

Dans cette situation, le prurit est d'origine interne ou systémique. Tout prurit «nu» doit faire rechercher une affection générale, laquelle est retrouvée dans 25 à 50 % des cas par la clinique et un bilan paraclinique simple.



## **I.4. EXAMEN CLINIQUE D'UN PATIENT SOUFFRANT DE PRURIT**

### **4.1 INTERROGATOIRE [2, 5]**

Le prurit est d'abord une donnée d'interrogatoire, il existe des listes de questions à poser permettant de vérifier :

- ✓ La réalité du prurit (certains malades rapportent des sensations subjectives superficielles et fugaces);
- ✓ l'ancienneté;
- ✓ le mode, les circonstances et les sièges d'apparition;
- ✓ les facteurs déclenchant éventuels (repas, douche, chaleur, froid, les piqûres d'insectes, la prise de médicaments, l'application sur la peau de substances irritantes à usage cosmétique ou professionnel etc.);
- ✓ l'évolution par poussées ou la permanence du symptôme;
- ✓ l'horaire: la plupart des prurits sont plus fréquemment perçus le soir au déshabillage; il s'agit le plus souvent d'un prurit physiologique. Le plus souvent, le prurit est occulté dans la journée par les préoccupations quotidiennes et s'exprime le soir. La prédominance nocturne ou diurne du prurit oriente vers certaines causes;
- ✓ l'intensité et le retentissement sur le vécu du malade.
- ✓ les antécédents du malade;
- ✓ les prises médicamenteuses en s'assurant de la chronologie par rapport au début du prurit;
- ✓ la notion de prurit dans l'entourage (familial ou collectif);
- ✓ les symptômes cliniques associés;
- ✓ les traitements utilisés pour le prurit et leur efficacité;
- ✓ le mode de vie: des modifications de l'environnement (variations de température, d'humidité) entraînent des prurits chez le sujet noir vivant en pays tempéré, comme chez le sujet atopique ou âgé.

## 4.2. EXAMEN PHYSIQUE [5, 6]

L'examen physique doit comporter un examen des téguments et un examen clinique général. Il permet de distinguer les dermatoses prurigineuses et le prurit isolé ou associé à des lésions de grattage.

### 4-2-1. Examen des téguments

Le diagnostic de prurit peut être aidé ou conforté par l'existence de lésions cutanées spécifiques et des lésions induites par le grattage.

#### ➤ Les lésions de grattage

Elles sont inconstantes et reflètent en règle l'intensité du prurit. Il s'agit:

- d'un érythème discret,
- d'excoriations,
- de stries linéaires,
- de papules
- de prurigo: papules centrées par une vésicule, érosion ou croûte.
- d'un prurigo nodulaire
- de l'usure des ongles qui sont polis et brillants,
- de poils usés et cassés,
- d'une lichénification.

#### ➤ Les lésions cutanées spécifiques

Selon leur aspect, leur topographie et leur regroupement, elles vont évoquer telle ou telle affection dermatologique. D'après **Schmied [12]**, les dermatoses prurigineuses peuvent être distinguées selon le type de lésion cutanée (tableau I).

**Tableau I: Lésions cutanées des principales dermatoses prurigineuses.**

Type de lésion cutanée	Dermatose
Macules pigmentées	Mastocytose
Papules inflammatoires congestives	Urticaire
Papules inflammatoires violacées	Lichen plan
Papulo-vésicules	Prurigo aigu
Vésicules/bulles	Dermatite herpétiforme Dermatophytose Eczéma Pemphigoïde bulleuse Photosensibilité Varicelle
Plaques érythémato-squameuses	Lymphome cutané (mycosis fongoïdes) Psoriasis
Cœdème migrateur	Angio-cœdème Loase (filariose: Loa loa)
Erythrodermie	Eczéma Gale Lichen plan Lymphome T Psoriasis
Xérose cutanée	Sécheresse cutanée

#### **4-2-2 Examen général [16]**

Tout sujet souffrant d'un prurit doit bénéficier d'un examen général à la recherche d'autres signes fonctionnels ou physiques; ceux-ci pouvant notamment évoquer un prurit d'origine « interne ». On attachera de l'importance à la mise en évidence de signes généraux tels une fièvre, une franche altération de l'état général ou un ictère conjonctival ou cutanéomuqueux.

L'existence d'adénopathies superficielles, d'une hépatomégalie ou d'une splénomégalie doit également être recherchée.

## **I.5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES [11, 17]**

Le recours à la réalisation d'examens complémentaires ne doit pas être systématique mais peut être utile afin de confirmer un diagnostic présumé ou lorsque l'on suspecte une cause plus rare de prurit, notamment un prurit « interne » en rapport avec une maladie générale.

Devant un prurit « nu », ce bilan inclut: la CRP, la numération avec formule sanguine, la glycémie, la calcémie, la créatininémie, les transaminases (ALAT), la phosphatase alcaline, le LDH, la ferritine, les hormones thyroïdiennes (TSH), les Anticorps anti-mitochondries, le stix urinaire.

Une biopsie cutanée peut être nécessaire pour diagnostiquer avec certitude certaines dermatoses (les dermatoses bulleuses ou les lymphomes cutanés).

Les examens sanguins (hémogramme, créatininémie, bilan hépatique complet, glycémie, hormones thyroïdiennes) visent à rechercher les causes « internes ».

Le diagnostic de filariose est affirmé par la recherche de microfilaires dans le sang (loase) ou dans une biopsie cutanée (onchocercose).

Le diagnostic de certaines parasitoses intestinales (anguillulose, larva migrans) reposera sur des tests sérologiques ou un examen parasitologique des selles.

La recherche d'adénopathies évocatrices d'un lymphome peut être utilement complétée par une radiographie pulmonaire et, si possible, une échographie de l'abdomen.

Le sérodiagnostic permet de déceler une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui peut également être source du prurit.

## **I.6. ETIOLOGIES DU PRURIT [2, 5, 16-18]**

### **6.1. Dermatoses prurigineuses**

Un prurit peut être observé dans de nombreuses dermatoses comme indiqué dans le tableau II.

**Tableau II:** les principales dermatoses prurigineuses

<b>Dermatoses papuleuses</b>	-L'urticaire -Le lichen plan -La mastocytose cutanée
<b>Dermatoses papulo-vésiculeuses</b>	-Le prurigo strophulus -Le prurigo nodulaire
<b>Dermatoses vésiculeuses</b>	-L'eczéma de contact -La dermatite atopique -La varicelle
<b>Dermatoses bulleuses</b>	-La pemphigoïde bulleuse -La dermatite herpétiforme
<b>Dermatoses érythémato-squameuses</b>	-Le psoriasis -Le mycosis fongoïde (lymphome cutané T)

#### **6.1.6. Érythrodermies**

Il s'agit d'une dermatose érythémateuse, squameuse ou suintante, généralisée et évoluant depuis plus de 6 semaines toujours prurigineuse. Plusieurs maladies peuvent se compliquer d'une érythrodermie: eczéma, psoriasis, lymphome cutané (syndrome de Sézary). Les toxidermies médicamenteuses donnent plus souvent des exanthèmes généralisés qu'une érythrodermie.

### **6.1.7. Réactions médicamenteuses**

Certains médicaments sont susceptibles d'entraîner un prurit: les opiacés, l'hydroxyethylstarch (HES), les sels d'or, la D-pénicillamine sont souvent cités. Le prurit médicamenteux peut être d'origine immuno-allergique ou bien lié à une cholestase ou encore d'origine centrale (opiacés, codéine, produits iodés, curarisants, thiamine, quinine...). L'hypothèse médicamenteuse doit être confortée par un interrogatoire minutieux précisant la chronologie, avec au mieux l'arrêt du prurit à l'arrêt du médicament, sa récurrence en cas de réintroduction éventuelle, et par l'exclusion des autres causes de prurit.

### **6.2. Prurit s'accompagnant de lésions dermatologiques non spécifiques**

- ✓ Gale humaine
- ✓ Phtiriose du corps (*Pediculus corporis*)
- ✓ Distomatose

### **6.3. Prurit révélateur d'une pathologie interne**

Une maladie viscérale profonde est à rechercher devant un prurit généralisé qui ne fait pas sa preuve dermatologique. Les principales causes systémiques de prurit sont ci-dessous résumées dans le tableau III, selon **Schmied** [12].

**Tableau III:** Principales causes systémiques de prurit

Cholestase	Ictérique ou non-ictérique Intra- ou extra-hépatique
Insuffisance rénale chronique	Maladie rénale sous-jacente
Affections hématologiques	Déficit martial Syndrome myéloprolifératif Syndrome hyperéosinophilique
Tumeurs diverses	Lymphome hodgkinien Lymphome non-hodgkinien Tumeurs solides: cancers gastriques, pulmonaires, rénaux, etc.
Troubles métaboliques	Hémochromatose Hyperthyroïdie (Basedow surtout) Hypothyroïdie Diabète sucré Maladie cœliaque
Infections	VIH Hépatite C Helminthiase tissulaire
Affections neurologiques	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
Grossesse	Prurit gestationnel

### 6.5. Etiologies des prurits localisés

#### ➤ Prurit du cuir chevelu

On peut avoir comme étiologie : les pédiculoses, les folliculites, la dermite séborrhéique, l'eczéma, une intolérance aux produits cosmétiques, un psoriasis, ou une origine psychogène.

#### ➤ Prurit de l'appareil génital féminin

Les prurits vulvaires peuvent être dues aux vulvo-vaginites infectieuses, à la vulvite de contact, au lichen scléro-atrophique, au syndrome sec ou également à une origine psychogène.

➤ Prurit de l'appareil génital masculin

On a : l'urétrite, les balanites infectieuses, la dermite de contact, la phtiriose pubienne, la lithiase et la névrodermite.

➤ Prurit anal

Dans les prurits localisés au niveau anal on peut citer entre autres : les parasitoses, les intertrigos, l'hémorroïde, et l'origine psychogène.

### **6.6. Prurit sine materia**

Le prurit est parfois inexplicable. Cependant, le prurit sine materia (prurit sans éruption cutanée primitive) est souvent la première manifestation de maladies internes. On estime, en effet, que dans 10 à 50 % des cas, le prurit coexiste avec une pathologie générale.



## **I.7. STRATEGIES THERAPEUTIQUES [1,6, 16]**

Le traitement étiologique est le seul satisfaisant.

En cas de prurit apparemment idiopathique ou associé à une maladie non accessible à une correction rapide, il faut entreprendre un traitement symptomatique. La relation médecin-malade est très importante pour l'efficacité de ce traitement. Tout prurit, même organique, a une composante psychologique sur laquelle il est possible d'agir.

### **7.1. Mesures générales**

- ✓ L'arrêt d'éventuels topiques sensibilisants (à base d'antihistaminiques, d'antibiotiques ou d'anesthésiques).
- ✓ L'arrêt d'éventuels produits irritants ou déshydratants (savons colorés ou parfumés, solutions alcooliques).
- ✓ L'usage de crèmes hydratantes ou émollientes, surtout pour les peaux sèches, contenant éventuellement de l'urée si la peau n'est pas excoriée.
- ✓ Des irradiations par les UVB-UVA sont à prescrire dans les prurits rebelles aux autres traitements.
- ✓ Ongles coupés-court.
- ✓ Vêtements de coton amples et souples.
- ✓ Hygrométrie ambiante >40%, température ambiante entre 20 et 25°C.
- ✓ Douches brèves et tièdes; éviction des détergents ou éventuel recours à un pain dermatologique surgras.

### **7.2. Traitement symptomatique**

Il est très important d'appliquer une thérapie symptomatique, compatible avec un diagnostic précis.

- ✓ Les antihistaminiques anti-H1 sédatifs ou non sédatifs jouent encore le plus grand rôle dans le traitement des maladies dermatologiques en relation avec le prurit.

- ✓ Des stéroïdes internes ont un effet anti-inflammatoire et réduisent également les démangeaisons à court terme. En général, le prurit récidive lorsque le traitement n'est pas associé à une thérapie complémentaire.
- ✓ Selon le degré d'importance de la symptomatologie, on pourra combiner le traitement antihistaminique non sédatif le matin, et antihistaminique sédatif le soir [1].
- ✓ Les médicaments psychotropes, en particulier la doxépine (Sinquan<sup>®</sup>).
- ✓ Les résines échangeuses d'ions sont utilisées dans les prurits cholestatiques.
- ✓ Le diagnostic de gale étant parfois difficile à établir, il est préconisé d'instituer un traitement anti-scabieux dès la moindre suspicion de gale voire même en tant que traitement d'épreuve.
- ✓ Lors de démangeaisons chroniques, il est important de maintenir la thérapie antiprurigineuse durant plusieurs mois afin d'éviter une récurrence.

Chaque thérapie antiprurigineuse est une thérapie sur mesure et doit être adaptée à chaque patient. La complexité de cette thérapie, ainsi que le manque de stratégies renouvelées et innovatrices montrent qu'il y a encore beaucoup à faire dans la recherche fondamentale et clinique dans le domaine du prurit.



## **NOTRE ETUDE**

## **II. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **II.1. OBJECTIF GENERAL**

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques du prurit dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso.

### **II.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Déterminer la fréquence du prurit chez les patients (consultants et hospitalisés) dans le service de dermatologie du CHUSS.
2. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de prurit vus en consultation et en hospitalisation dans le service de dermatologie du CHUSS.
3. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques associées au prurit chez les patients vus en consultation et en hospitalisation dans le service de dermatologie du CHUSS.
4. Décrire les caractéristiques sémiologiques du prurit chez les patients du service de dermatologie du CHUSS.
5. Identifier les étiologies du prurit chez les patients (vus en consultation et en hospitalisation) dans le service de dermatologie du CHUSS.

### **III. CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE**

#### **3.1. Cadre de l'étude:**

L'étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso.

##### **3.1.1. Le Burkina Faso [20]**

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, situé dans la sous-région ouest de l'Afrique et limité par le Mali, le Niger, le Ghana, le Togo, le Bénin et la Côte d'Ivoire. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué en 2007, donnait une population de 14 326 203 habitants ; une densité de 50 habitants au km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement annuel estimé à 3,1 %. La grande majorité de cette population (77,3%) réside en milieu rural avec pour activité principale l'agriculture.

Le taux brut de natalité est estimé à 44,68 % et les enfants de 0-59 mois représentent 17,78% de la population totale. Les femmes enceintes quant à elles, représentent 5% de cette population.

Au plan sanitaire, le pays est confronté à de nombreuses affections sévissant de façon endémique. La morbidité générale de la population du Burkina Faso est élevée et est principalement due aux endémo-épidémies et à certaines affections chroniques.

##### **3.1.2. La ville de Bobo-Dioulasso [21]**

La ville de Bobo-Dioulasso est la deuxième ville du Burkina Faso après Ouagadougou, la capitale politique. C'est le chef-lieu de la région des Hauts Bassins. Elle est située à l'ouest du pays. Cette région couvre une superficie de 21976,5 km<sup>2</sup>, soit 9% du territoire national avec une population estimée à 1 679 015 habitants, soit 10,3% de la population totale du pays. Sur le plan sanitaire, il existe un centre hospitalier universitaire (CHU), 2 hôpitaux de district, 133 centres de santé et de promotion sociale (CSPS), de 93 formations sanitaires privées de soins et 41 officines pharmaceutiques.

### **3.1.3. Le CHU Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso**

Le CHUSS est le centre de référence des formations sanitaires situées dans les régions des Hauts Bassins, des Cascades, de la Boucle du Mouhoun et du Sud-Ouest. Il comporte quatre départements médico-cliniques, à savoir le département de Chirurgie, de Médecine et spécialités médicales, de Pédiatrie, de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction.

Notre étude s'est déroulée dans le Département de Médecine et spécialités médicales du CHUSS. Ce département assure la formation des étudiants en Médecine de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (l'INSSA) de l'Université Polytechnique de Bobo (UPB) et de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS) de l'Université de Ouagadougou (UO), ainsi que des élèves stagiaires de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP).

### **3.2. Le champ de l'étude**

Le service de dermatologie-IST a été le champ de notre étude. Créé en 2001 et officiellement régularisé en 2009, il est dans sa 12<sup>e</sup> année de fonctionnement. Les prestations y sont assurées par trois médecins spécialistes en dermatologie et un agent paramédical. Ils s'y déroulent des activités de consultations et de petites chirurgies. Le service dispose d'une unité d'hospitalisation de 06 lits intégrée à la médecine. En cas de besoin, les patients sont hospitalisés dans les services de médecine interne, de pédiatrie et de chirurgie. Tous les patients vus en consultation externe ou hospitalisés dispose d'un dossier médical renseigné par les dermatologues.

## IV. METHODOLOGIE

### 4.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte prospective qui s'est déroulée du 1er mars au 31 juillet 2013.

### 4.2. Population d'étude

Il s'agissait des patients présentant un prurit, consultant pour la première fois ou hospitalisés dans le service de dermatologie du CHUSS durant la période de l'étude.

### 4.3. Calcul de la taille de l'échantillon

Le calcul de la taille minimale de notre échantillon était basé sur la formule ci-dessous permettant d'estimer la proportion de prurit avec une précision donnée.

$$N = p(1-p) \frac{z^2 \alpha^2}{i^2} \quad [22]$$

N = taille de l'échantillon que nous devons déterminer,

p = le pourcentage de la variable qualitative (la présence ou non de prurit) dans la population. En nous basant sur l'étude menée à Lomé (Togo) [4], nous avons estimé la fréquence du prurit à  $p = 29,85\%$  dans la population d'étude.

Pour le risque alpha nous avons choisi  $5\%$ , soit un IC de  $95\%$  donc  $z_{\alpha} = 1,96$

i = la précision désirée: Pour notre étude, nous avons choisi  $4\%$ .

La prise en compte de ces valeurs a permis de déterminer :

$$N = 0,2985 (1-0,2985) (1,96)^2 / (0,04)^2$$

$$N = 502$$

Il nous fallait donc un nombre de patients supérieur ou égal à 502 pour notre étude.

### 4.4. Méthode d'échantillonnage

#### 4.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, tous les patients de la population d'étude sans distinction d'âge, ni de sexe, ni de profession ou de confession religieuse acceptant d'y participer après des explications et le recueil de leur consentement éclairé (oral) et le consentement des parents pour les sujets mineurs. Les patients consultant pour prurit ou pour une autre raison mais chez qui la présence d'un prurit a été retrouvé à

l'interrogatoire ont été considérés. Ils ont été recrutés de façon systématique jusqu'à l'obtention du nombre de sujets nécessaires.

#### **4.4.2. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les patients refusant l'examen complet.

### **4.5. Description des variables étudiées**

#### **4.5.1. Variable dépendante**

Il s'agit de la présence ou non de prurit.

#### **4.5.2. Variables indépendantes**

##### **4.5.2.1. Variables socio- démographiques**

- ✓ L'âge;
- ✓ Le sexe;
- ✓ La résidence;
- ✓ La profession;
- ✓ Le statut matrimonial.

##### **4.5.2.2. Variables cliniques**

- ✓ La durée de la symptomatologie;
- ✓ Le mode d'apparition;
- ✓ La recrudescence nocturne du prurit;
- ✓ Les antécédents d'affection cutanée ou systémique;
- ✓ Les circonstances aggravantes et déclenchantes;
- ✓ La notion de prurit familial ou collectif;
- ✓ La localisation ;
- ✓ Les lésions cutanées;
- ✓ Les signes extra-cutanés ;
- ✓ Les signes généraux associés



#### **4.5.2.3. Variables concernant l'étiologie**

- ✓ Les affections dermatologiques;
- ✓ Les affections hématologiques;
- ✓ Les affections infectieuses générales;
- ✓ Les affections métaboliques, endocriniennes et neuro-psychiatriques;
- ✓ Le prurit sine materia.

#### **4.6. Collecte des données**

Une fiche d'enquête standardisée a été conçue pour la collecte des données. Elle a été renseignée par une interview directe du patient complétée par les données des examens physiques et paracliniques. Les pathologies en cause ont été renseignées par les dermatologues du service.

#### **4.7. Traitement des données**

- Logiciel et saisie : les données ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Epi Data et analysées avec le logiciel Epi Info version 3.5.1.

- Plan d'analyse :

1. Fréquence globale du prurit parmi les patients ayant consulté dans le service de dermatologie durant la période d'étude

2. Aspects socio-démographiques

- Répartition des patients selon l'âge
- Répartition des patients selon le sexe
- Répartition des patients selon la résidence
- Répartition des patients selon la profession
- Répartition des patients selon le statut matrimonial

3. Aspect cliniques

- Répartition des patients selon les caractères du prurit
- Répartition selon les facteurs déclenchants du prurit

- Répartition selon les antécédents d'affection prurigineuse cutanée ou systémique
- Répartition des patients selon la topographie des lésions
- Répartition des patients selon l'aspect des lésions
- Répartition des patients ayant un prurit selon les signes généraux et extra-cutanés

#### 4. Répartition selon les principales étiologies

-Test statistique : le test du Chi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions avec un seuil de signification de 0,05.

## **V. CONSIDERATIONS ETHIQUES**

Nous avons expliqué aux patients le but de notre étude et nous avons recueilli de façon verbale leur consentement éclairé:

- la participation à l'étude a été libre et volontaire,
- la confidentialité des patients a été respectée,
- l'accord de participation des patients majeurs ou des parents pour les patients mineurs a été toujours obtenu avant la collecte des données.

Le recueil des données, leur traitement ont été autorisés par le chef de service.



## **RESULTATS**

## **VI. RESULTATS DE L'ETUDE**

### **6.1. Fréquence globale du prurit**

Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 juillet 2013, le service de dermatologie a reçu un total de 637 nouveaux patients pour la consultation de dermatologie. Parmi eux, 256 patients se plaignaient de prurit, soit une fréquence de 40,2 % des patients vus pendant la période de l'étude.

### **6.2. Caractéristiques sociodémographiques de nos patients**

Le tableau suivant montre la répartition des 256 patients présentant un prurit selon les principales caractéristiques sociodémographiques.

**Tableau IV:** Répartition des 256 patients selon les caractéristiques sociodémographiques

<b>Caractéristiques</b>	<b>Nombre de patients (N=256)</b>	<b>Proportions (%)</b>
<b><i>Sexe</i></b>		
Masculin	105	41,02
Féminin	151	58,98
<b><i>Classes d'âge</i></b>		
0 à 3 ans	12	4,69
4 à 14 ans	39	15,23
15 à 24 ans	58	23,04
25 à 34 ans	49	19,14
35 à 44 ans	31	12,11
Plus de 45 ans	67	26,17
<b><i>Résidence</i></b>		
Bobo-Dioulasso	182	71,10
Hors Bobo-Dioulasso	74	28,90
<b><i>Profession</i></b>		
Commerçants/Employés de commerce	16	6,25
Cultivateurs/Éleveurs	22	8,60
Elèves/Étudiants	58	22,65
Femmes au foyer	63	24,60
Militaires/Paramilitaires	6	2,34
Fonctionnaires	38	14,84
Autres	53	20,7
<b><i>Statut Matrimonial</i></b>		
Célibataires	120	46,87
Mariés	113	44,14
Divorcés et veufs	23	8,98

L'âge moyen était de  $33 \pm 19$  ans avec des extrêmes de 1 et 90 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 45 ans.

Nous avons individualisé six catégories professionnelles. La rubrique « autres professions » regroupe les retraités, les religieux, les enfants d'âge préscolaire et les sans emplois.

### 6.3. Caractéristiques sociodémographiques associés au prurit

Les relations entre le prurit et les différentes caractéristiques sociodémographiques des patients sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau V:** Degré d'association des différentes caractéristiques sociodémographiques au prurit

<b>Caractéristiques</b>	<b>Prurit</b>	<b>Pas de prurit</b>	<b>Total</b>	<b>Fréquence du prurit (%)</b>	<b>P</b>
<b>Sexe</b>					0,986
Masculin	105	156	261	40,23	
Féminin	151	225	376	40,16	
<b>Classes d'âge</b>					0,001
0 à 3 ans	12	26	38	31,58	
4 à 14 ans	39	98	137	28,46	
15 à 24 ans	58	95	153	38,56	
25 à 34 ans	49	66	115	42,61	
35 à 44 ans	31	42	73	42,46	
Plus de 45 ans	67	54	121	55,37	
<b>Résidence</b>					0,000
Bobo-Dosso	182	328	510	35,68	
Hors Bobo-Dosso	74	53	127	58,26	
<b>Profession</b>					0,055
Commerçants/Empl	16	22	38	42,1	
Cultivat/Éleveurs	22	21	43	51,16	
Elèves/Étudiants	58	129	187	31	
Femmes au foyer	63	73	136	46,32	
Militaires/Paramil	6	13	19	31,58	
Fonctionnaires	38	58	96	39,6	
Autres	53	65	118	45	
<b>Statut Matrimonial</b>					0,000
Célibataires	120	249	369	32,52	
Mariés	113	120	233	48,5	
Divorcés et veufs	23	12	35	65,7	

## 6.4. Caractéristiques sémiologiques du prurit

### 6.4.1. Les caractères du prurit

Le mode de début, la périodicité, le caractère familial ou non et l'existence d'éventuels facteurs déclenchants ont été recherchés chez nos patients. Ils sont mentionnés dans le tableau VI.

**Tableau VI:** Caractères du prurit chez les 256 patients vus en dermatologie

<b>Caractères du prurit</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Proportion (%)</b>
<b>Mode de début</b>		
Brutal	57	22,3
Progressif	199	77,7
<b>Périodicité</b>		
Occasionnel	20	8
Permanent	102	40
Intermittent	134	52
<b>Recrudescence</b>		
Nocturne	60	23,4
Diurne	196	76,6
<b>Facteurs déclenchants</b>		
Présent	113	44,1
Absent	143	55,9
<b>Prurit familial</b>		
Présent	10	3,9
Absent	246	96,1

La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie chez nos patients était de 1 an.

Un facteur déclenchant a été incriminé dans 44,1 % des cas. Ces facteurs sont repartis comme suit dans le tableau VII.



**Tableau VII: Les facteurs déclenchants du prurit**

Facteurs déclenchants	Effectifs	Proportion (%)
Chaleur	90	60
Contact avec l'eau	13	8,7
Contact avec des substances	10	6,7
Exercice physique	11	7,3
Prise de médicament	8	5,3
Froid	7	4,7
Piqûre de moustique	7	4,7
Soupe de poisson	2	1,3
Filet de toilette	2	1,3

#### 6.4.2. Les antécédents pathologiques

Des antécédents d'affections prurigineuses cutanées ou systémiques ont été rapportés dans 3,9 % des cas. Ce sont: le diabète, l'eczéma, l'asthme, des rhinites et des conjonctivites...

#### 6.4.3. Topographie du prurit

Les localisations du prurit étaient diverses selon la pathologie incriminée. Elles sont indiquées dans le tableau VIII.

**Tableau VIII: Répartition des 256 patients selon la topographie prurit**

Localisation du prurit	Effectifs	%
Abdomen	40	15
Dos	19	7,4
Membres supérieurs/inférieurs	<b>76</b>	<b>29,6</b>
Fesses	5	2
Organes génitaux externes	17	6,4
Tête/visage	30	11,7
Généralisé	<b>127</b>	<b>49,6</b>
Autres	9	3,5

#### 6.4.4. Types de lésions cutanées associées au prurit

##### ➤ Lésions secondaires au prurit

Cinq types de lésions secondaires au prurit ont été constatés. Elles sont représentées sur la figure 1.

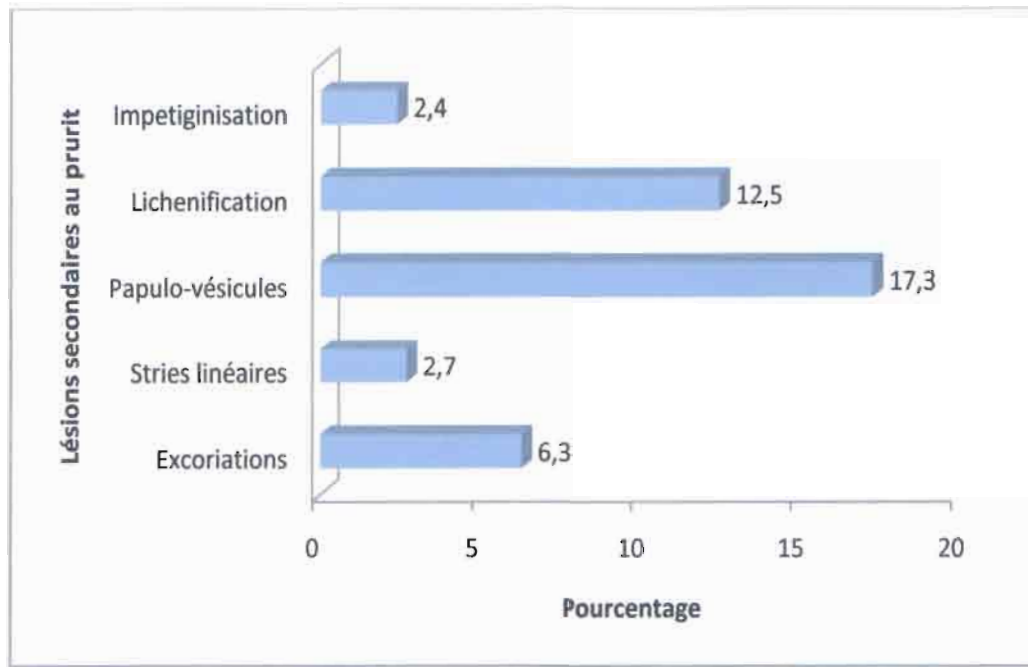


Figure 1: Lésions secondaires au prurit

##### ➤ Lésions dermatologiques spécifiques associées au prurit

Les lésions dermatologiques spécifiques étaient au nombre de six. Elles sont indiquées dans la figure 2.

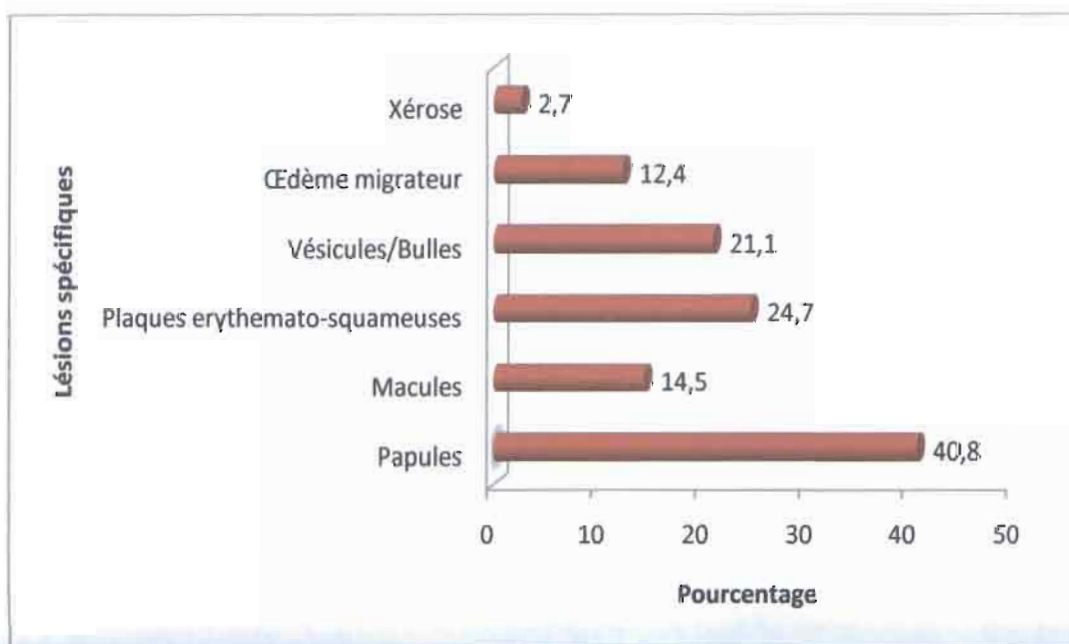


Figure 2: Lésions dermatologiques spécifiques associées au prurit

#### **6.4.5. Signes extra-cutanées et généraux associés au prurit**

Ces signes ont été recherchés durant l'étude et observés chez 27 patients ; ils se présentent comme l'indique le tableau IX.

**Tableau IX** : Répartition des 27 patients selon les signes généraux et extra-cutanés associés au prurit sur les 256 patients.

Signes généraux et extra-cutanés	Effectifs	Pourcentage (%)
Fièvre	21	8,2
Asthénie	4	1,6
Pâleur	1	0,4
Adénopathies	1	0,4

## 6.5. Aspects étiologiques du prurit

### Proportions des différentes étiologies

Dans notre échantillon, 256 patients ont présenté un prurit. Les causes du prurit, chez ces patients, sont consignées dans le tableau X. Certaines pathologies ont été regroupées dans des catégories d'affections pour limiter le nombre.

**Tableau X:** Etiologies du prurit chez les patients vus en dermatologie pendant la période d'étude

Etiologies	Nombre de patients	Proportion1* (N=256)	Proportion2** (N=322)	Proportion3*** (N=637)
Eczéma	102	39,8	31,68	16,01
Prurigo	42	16,4	13,4	6,6
Urticaire	33	13	10,25	5,18
Infections mycosiques	33	13	10,25	5,18
Dermatoses auto-immunes	31	12	9,63	4,87
Infections bactériennes	17	6,6	5,28	2,67
Tumeurs cutanés bénignes	10	4	3,11	1,57
Prurit psychogène	8	3	2,48	1,26
Infections parasitaires	7	2,7	2,17	1,1
Réactions médicamenteuses	5	2	1,55	0,8
Infections virales	4	1,5	1,24	0,63
Acné	3	1,2	0,93	0,47
Autres	27	10,5	9,32	4,24
Total	256	-	-	-

\*Proportion1= proportion sur le nombre de patients ayant un prurit

\*\*Proportion2= proportion sur le nombre de pathologies rencontrées chez les patients ayant un prurit.

\*\*\*Proportion3= proportion sur le total des patients ayant consulté au cours de notre période d'étude.

Les causes dermatologiques représentaient 97,4% des étiologies.

Les causes non dermatologiques étaient constituées par le diabète, la grossesse, le prurit psychogène et le prurit sine materia.



## **DISCUSSION**

## VII. DISCUSSION

### 7.1. Limites de notre étude

L'étude n'a pas été réalisée sur une période de 12 mois, ce qui ne nous a pas permis de prendre en compte les variations saisonnières du prurit (période de l'étude mars à juillet).

Le mode de recrutement de nos patients (milieu hospitalier et dans le seul service de Dermatologie), fait que nos résultats constituent des fréquences hospitalières qui ne sont pas forcément extrapolables à la population générale.

Malgré ces limites, cette étude préliminaire a permis de documenter la fréquence du prurit, de déterminer quelques facteurs associés et d'identifier les principales étiologies du prurit chez nos patients.

### 7.2. Données globales

Notre étude a concerné 637 patients dont 256 étaient atteints de prurit, soit une prévalence de 40,2 %. Des résultats inférieurs aux nôtres ont été rapportés par **Pitché** [4] à Lomé et **Faye** [23] au Mali qui ont trouvé respectivement 29,85 % et 13,17%, mais leurs études se sont étalées sur une période de douze (12) mois et les critères d'inclusion étaient différents. Les critères d'inclusion dans l'étude de **Pitché** étaient un prurit isolé, sans lésions dermatologiques et **Faye** avait inclus seulement les malades dont le motif principal de consultation était le prurit tandis que nos critères étaient le prurit comme motif de consultation et le prurit noté à l'interrogatoire.

### 7.3. Les aspects sociodémographiques

Les études africaines concernant le prurit que nous avons consultées se sont intéressées soit au prurit isolé sans lésions dermatologiques (**Pitché** à Lomé), soit à des groupes spécifiques tels que les sujets âgés (**Sliti** en Tunisie) soit aux malades dont le motif principal de consultation était le prurit (**Faye** au Mali). Elles étaient toutes descriptives et n'avaient pas recherché de liens statistiques entre aspects sociodémographiques et présence de prurit nous permettant de faire des comparaisons.

### 7.3.1. Le sexe

La prévalence du prurit est identique chez les patients de sexe féminin et de sexe masculin avec respectivement 40,1 % et 40,2 % (tableau V). Il n'y avait pas de lien statistique entre le genre et l'existence de prurit ( $p= 0,986$ ) bien que le sexe féminin était majoritaire parmi nos patients, soit 58,9 %.

Faye [23], au Mali, avait enregistré 70,3 % de femmes et Sakana [24], en 2010, avait rapporté une prédominance féminine (58,5 %) parmi tous les patients de dermatologie du CHUSS.

Cette tendance féminine des consultants des services de dermatologie dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que les femmes soient plus exigeantes en matière de santé de la peau et d'esthétique et elles fréquentent plus les centres de santé que les hommes. A cela s'ajoute le problème de la dépigmentation artificielle qui peut être source de prurit.

### 7.3.2. L'âge

L'âge moyen des malades était de 32,9 ans avec des extrêmes allant de 1 à 90 ans.

Nous avons noté une prévalence de 55,4 % de prurit chez les sujets de plus de 45 ans contre 31,6 % chez les enfants de 0 à 3 ans (tableau V).

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge et l'existence de prurit ( $p= 0,001$ ). Jusqu'à 35 ans, la prévalence du prurit augmentait avec l'âge (tableau IV). Cela serait dû à une sensibilisation de la peau au fil des années contre les allergènes ce qui entraîne une réaction accrue au moindre contact. Aussi, le vieillissement cutané (perte de la souplesse et de l'élasticité) entraîne une sécheresse cutanée, source de prurit. Enfin, il peut y avoir comme source de prurit chez les sujets adultes, l'application sur la peau de substances irritantes à usage cosmétique ou professionnel.

Au contraire, chez l'enfant, surtout les moins d'un an, la reconnaissance du prurit peut être délicate, du fait de la difficulté de l'interrogatoire. Dans certains cas, c'est la découverte des lésions de grattage qui témoignerait indirectement de l'existence du prurit; cela pourrait expliquer la faible prévalence du prurit dans ce groupe, comme

c'était le cas dans notre étude. **Misery [27]**, en France, n'avait pas trouvé de lien ni avec l'âge ni avec le genre.

### **7.3.3. La résidence**

La prévalence du prurit était de 35,7 % parmi les patients résidant à Bobo-Dioulasso contre 58,2 % parmi ceux résidant hors de Bobo-Dioulasso (tableau V).

La majorité de nos patients, soit 71 %, résidait dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Ceux résidant « hors Bobo-Dioulasso » provenaient surtout du milieu rural. Nos résultats sont comparables à ceux de **Sow [25]** au Mali et de **Cissé [26]** au Burkina Faso qui trouvaient respectivement 81 % et 87 % de population urbaine.

Il y avait un lien statistiquement significatif entre la résidence et l'existence de prurit ( $p = 0,000$ ). Ainsi, la prévalence du prurit chez les patients résidant hors de la ville était élevée par rapport à l'échantillon urbain. Cela pourrait être dû à l'environnement dans lequel vivent les premiers (milieu rural, contact permanent avec les animaux, les plantes, les insectes...), à l'hygiène vestimentaire et corporelle précaire.

### **7.3.4. La profession**

Parmi les consultants de dermatologie, la prévalence du prurit était de 51,2 % chez les cultivateur/éleveurs (22/43), contre 46,3 % chez les femmes au foyer (63/136) et 31 % chez les élèves/étudiants (58/187), comme l'indique le tableau V.

Dans notre population d'étude (patients ayant un prurit), les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 24,6 %, suivi des élèves/étudiants (22 %) et des fonctionnaires (15 %). Ces chiffres sont proches de ceux trouvés par **Sakana [24]** en 2010 parmi tous les patients du même service de dermatologie du CHUSS où les élèves/étudiants étaient les plus fortement représentés avec 25,6 %, suivi des femmes au foyer (25,4 %) et des fonctionnaires (18,6 %).

Au plan professionnel, il n'existait pas un lien statistique avec le prurit ( $p=0,055$ ), même si la prévalence du prurit semblait plus élevée chez les cultivateurs/éleveurs (51,2 %).

Un échantillon plus grand et une autre répartition des catégories socioprofessionnelles auraient peut-être permis de faire apparaître une différence.



### **7.3.5. Le statut matrimonial**

Notre population d'étude était constituée de célibataires dans 47 % des cas contre 41 % de mariés et 9 % de divorcés/veufs (ves) (tableau IV). Le statut matrimonial influençait l'existence du prurit chez les patients ( $p=0,000$ ). En effet, la prévalence de prurit était plus élevée chez les divorcés/veufs (ves) avec 65,7 % que chez les mariés (48,5 % des cas) ou les célibataires (32,52 % des cas).

Cette prévalence élevée chez les divorcés/veufs (ves) pourrait s'expliquer par une plus grande fréquence des prurits d'origine psychologique et/ou des prurigos liés au VIH chez ces derniers.

## **7.4. Aspect cliniques**

### **7.4.1. Durée de la symptomatologie et mode de début**

Parmi nos patients qui ont consulté pour prurit, la majorité a eu un début progressif soit 77,7 % et la durée moyenne d'évolution de la symptomatologie était d'un an.

Ce résultat se rapprochait de celui de **Sliti** [28], en Tunisie, qui trouvait une durée moyenne de 1,34 ans.

Des résultats différents des nôtres ont été rapportés par **Misery** [27], en France, qui trouvait un début progressif de 12,4 % et une durée moyenne d'évolution de 6 semaines ainsi que par **Afifi** [3], au Maroc, avec une durée moyenne de 2 ans.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que, dans la société africaine et plus particulièrement au Burkina Faso, la consultation dans les services de santé est volontiers tardive, après les soins traditionnels et l'automédication. En plus, il y a une méconnaissance de l'existence même du service de dermatologie par une partie de la population et le nombre très limité de dermatologues dans notre pays.

#### **7.4.2. La périodicité du prurit et notion de prurit familial**

Le pourcentage de la recrudescence nocturne du prurit chez nos patients était : à 23 %. Ces résultats étaient comparables à ceux de **Misery [27]**, en France (20,3 %), mais nettement inférieurs à ceux de **Faye [23]**, au Mali, qui avait rapporté 33 % de cas de recrudescence nocturne chez ses patients consultant pour prurit.

Selon la littérature [2], la plupart des prurits (même en dehors du prurit scabieux) sont fréquemment perçus le soir, au déshabillage. Le prurit est occulté dans la journée car il semble que, lorsque le cerveau est occupé par d'autres tâches, la composante psychologique du prurit est diminuée; de ce fait, le prurit est globalement diminué et il s'exprime le soir au repos. La chaleur du lit est aussi un facteur déclenchant.

Parmi nos patients, 3,9 % avaient une notion de prurit familial. Ce résultat diffère de celui de **Faye [23]**, au Mali, où chez 13 % des malades, le prurit était présent dans l'entourage. Cela pourrait s'expliquer par le pourcentage élevé d'atopie familiale retrouvé dans son étude.

#### **7.4.3. Les antécédents d'affection prurigineuse cutanée ou systémique**

Dans notre étude, des antécédents pathologiques ont été mentionnés dans 24,6 % des cas. Il s'agissait du diabète, de l'atopie, de l'asthme, des rhinites et des conjonctivites...

Des résultats similaires ont été rapportés par **Faye [23]**, au Mali, avec 24,6 % d'antécédents pathologiques qui étaient dominés par l'atopie familiale.

Nos résultats différaient de ceux de **Sliti [28]**, en Tunisie, qui notait 57 % des cas avec antécédents pathologiques. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est étendue à tous les malades sans distinction d'âge et la majorité des patients étaient des sujets jeunes, alors que l'étude de **Sliti [28]** était limitée pour la majorité aux sujets âgés présentant des tares.

#### **7.4.4. Les circonstances pouvant déclencher un prurit**

Des facteurs déclenchants du prurit étaient évoqués à l'interrogatoire par 44,1 % des patients parmi lesquels étaient cités: la chaleur (60 %), l'exercice physique (7,3 %), le contact avec des substances (6,7 %), le contact avec l'eau (8,7 %), les médicaments (5,3 %), les piqûres d'insectes (4,7 %).

Le même constat a été fait par Faye [23], au Mali, avec 33 % des malades qui signalaient des facteurs déclenchants répartis comme suit: bain (27,7 %), contact avec des substances (30,2 %), chaleur (23,6 %), nervosité (1,3 %), prurit aquagénique (1,3 %). Ces résultats s'expliqueraient par le fait que le Burkina Faso est un pays tropical avec un climat chaud de même que le Mali.

Nos résultats étaient également comparables aux données de la littérature selon lesquelles la chaleur, le contact avec des substances et le bain constituent les principaux facteurs déclenchant du prurit [11, 17].

#### **7.4.5. Types de lésions cutanées associées au prurit**

Il s'agissait de lésions secondaires au grattage et de lésions dermatologiques spécifiques.

Cinq types de lésions secondaires au grattage ont été constatés (figure1): des lichénifications (chez 12,5 % des malades), des papulo-vésicules (17,3 %), des excoriations (6,3 %), des stries linéaires (2,7 %) et des impétignisations (2,4 %).

Quant aux lésions dermatologiques spécifiques (figure2), il s'agissait de papules (48,8 %), de vésicules/bulles (21,1 %), de plaques érythémato-squameuses (24,7 %), de macules (14,5 %), d'œdème migrateur (12,4 %) et de xérose cutanée (2,7 %).

Faye [23], au Mali, avait trouvé des résultats comparables aux nôtres avec la présence de lésions de grattage chez 52,6 % de ses patients et de lésions spécifiques chez 84,5 % d'entre eux ; ces lésions de grattage se répartissaient de la façon suivante: vésicules (34,1%), papules (30,2 %), squames (23,7 %), macules (13,4 %), croûtes (5,6 %) et bulles (1,3 %).

Nos résultats s'expliqueraient par la prévalence élevée des dermatoses allergiques qui se manifestent par des lésions spécifiques.

#### **7.4.6. La topographie des lésions**

Le prurit généralisé était le plus souvent observé (127 cas) que le prurit localisé; ce dernier se situait généralement sur les membres (76 cas), l'abdomen (40 cas), le dos (19 cas), le visage (18 cas), les organes génitaux externes (17 cas), la tête (12 cas), les fesses 5 cas. **Sliti [28]**, en Tunisie, ainsi que **Piché [4]**, au Togo, avaient abouti à la même observation. En effet, **Sliti** avait trouvé dans son étude 168 cas de prurit diffus sur 208 et le prurit localisé était reparti aux membres (10 cas), aux organes génitaux externes (8 cas), au visage (6 cas), au dos (6 cas) et au cuir chevelu (5 cas). Quant à **Piché**, il avait trouvé 162 cas de prurit généralisé sur 202 et le prurit localisé aux organes génitaux externes (20 cas), aux fesses (13 cas) et au cuir chevelu (7 cas).

#### **7.4.7. Les étiologies du prurit**

Les causes dermatologiques représentaient 97,4 % des étiologies. L'eczéma y constituait 31,7 % des diagnostics, le prurigo 13,4 %, l'urticaire 10,2 %, les dermatoses mycosiques 10,2 % et les dermatoses auto-immunes 9,6 % (tableau X).

Ces résultats étaient comparables à ceux de **Faye [23]**, au Mali, qui montraient que les causes dermatologiques étaient présentes dans 95%, dominées par l'eczéma, l'urticaire, les mycoses, le prurigo et le lichen plan avec respectivement 36,8 %, 14 %, 9,5 %, 5,9 % et 4 % des cas. Ces résultats étaient comparables à ceux de la littérature selon lesquels les affections dermatologiques représentaient 60 à 90% des demandes de soins pour prurit [4, 29]. Comme pour **Amri [29]** ou **Sankalé [30]**, l'eczéma était de loin l'étiologie la plus fréquente parmi nos cas.

Les aspects cliniques des principales étiologies du prurit rencontrés chez nos patients sont représentés sur les figures 3 à 9.



**Figure 3: Eczéma de contact au pot**



**Figure 4: Eczéma lichénifié du fait du prurit chronique**





**Figure 5: Urticaire annulaire (de face)**



**Figure 6: Urticaire annulaire (de dos)**





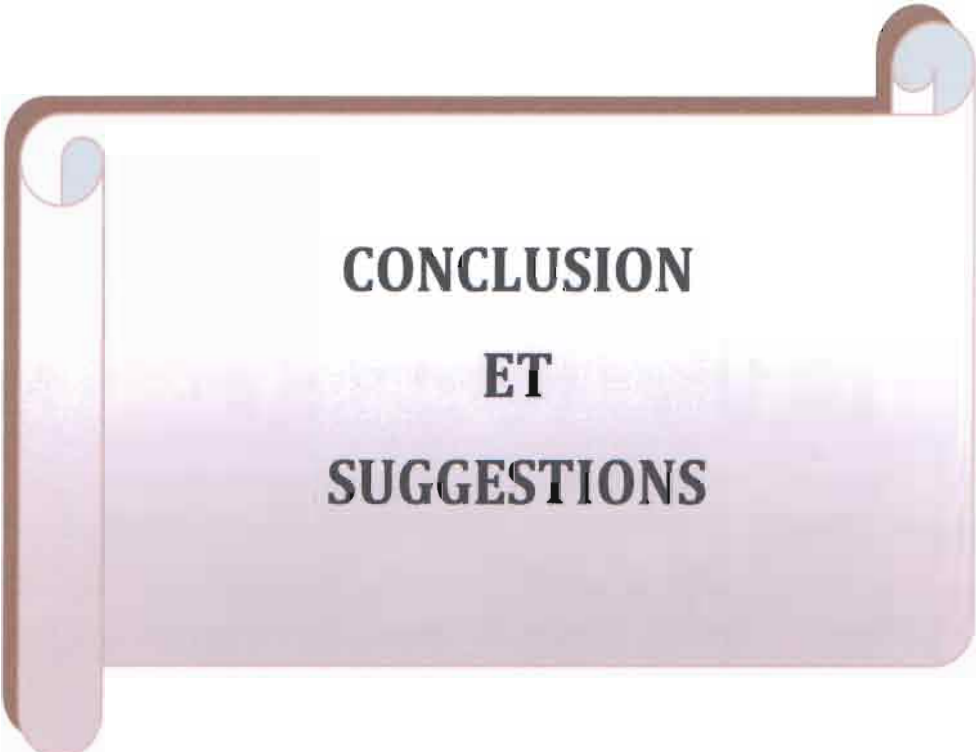
**Figure7: Prurigo de l'adulte associé à l'infection par le VIH**



**Figure 8: Erythrodermie**



**Figure 9: Lichen plan**



**CONCLUSION  
ET  
SUGGESTIONS**

## CONCLUSION

Notre étude a montré une prévalence élevée du prurit en pratique quotidienne de dermatologie au CHUSS de Bobo-Dioulasso.

La majorité de nos patients étaient des sujets adultes de plus de 45 ans, de sexe féminin, célibataires, résidant dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso.

Les facteurs socio-démographiques associés au prurit étaient l'âge, le lieu de résidence et le statut matrimonial. Les études africaines que nous avons consultées n'avaient pas recherché de liens statistiques entre aspects sociodémographiques et présence de prurit nous permettant de faire des comparaisons.

La symptomatologie évoluait depuis un an en moyenne. La chaleur, l'exercice physique et le contact avec l'eau ou avec des substances à usage cosmétique constituaient les principaux facteurs déclenchant ou aggravant le prurit. Les lésions cutanées accompagnant le prurit dans notre étude étaient celles classiquement retrouvées dans la littérature.

Les étiologies dermatologiques étaient très prépondérantes et comme pour beaucoup d'auteurs, l'eczéma était de loin l'étiologie la plus fréquente suivi du prurigo, de l'urticaire et des dermatoses mycosiques, soulignant ainsi le rôle majeur que jouent les dermatoses immuno-allergiques et infectieuses dans notre contexte.

Des études ultérieures, de plus grandes envergures et pendant une durée plus longue, pourront approfondir les différents aspects abordés dans notre étude.

## **SUGGESTIONS**

### **➤ AU MINISTRE DE LA SANTE**

1- Assurer une mise à niveau continue du personnel médical et paramédical en dermatologie pour permettre une prise en charge efficace des malades présentant des dermatoses.

### **➤ AUX RESPONSABLES DU CHUSS**

1- Sensibiliser la population sur l'existence d'offre de soins dermatologiques au CHUSS.

### **➤ AUX PERSONNELS DU SERVICE DE DERMATOLOGIE**

1-Renforcer le suivi des patients

2-Améliorer la tenue des dossiers médicaux des patients en veillant aux bons renseignements de tous les paramètres

3-Continuer cette étude en l'étendant à la médecine interne et à tous les services du CHUSS

### **➤ AUX PERSONNELS DE SANTE**

1-Référer tout patient présentant un prurit trainant avec ou sans lésions cutanées qui ne fait pas la preuve de son étiologie.

### **➤ A LA POPULATION**

1-En cas de prurit consulter rapidement un service de santé

2-Eviter l'automédication notamment l'application sur la peau de produits à usage cosmétique ou médicamenteux sans avis médical ce qui rend difficile la prise en charge ultérieure.



## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Bligiardi-Qi M, Lipp B, Sumonovski LT et al.** Chances of epidermal mu-opiate receptor expression and nerve endings in chronic atopic dermatitis. *Dermatol* 2005; 210: 91-9.
2. **Bonnetblanc JM, Sparsa A.** Orientation diagnostique: prurit. *Rev prat* 2000; 50:183-88.
3. **Afifi Y, Aubin F, Puzenat E, Degouy A, Aubrion D, Hassam B. et al.** Enquête étiologique d'un prurit sine materia. *Rev Med Interne* 2004; 25: 490-93.
4. **Pitché P, Bahoundé A, Agbo K, Tchangai-Walla K.** Les étiologies des prurits isolés en consultation de Dermatologie à Lomé. *Cahier santé* 1996; 6: 17-19.
5. **Bénéton N, Saiag P.** Stratégie diagnostique devant un prurit. *Médecine Thérapeutique* 2000; 6: 222-30.
6. **Vaillant L, Berbis P, Breton C et al.** Orientation diagnostique devant un prurit. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129 (2S): 213-18.
7. **Lorette G, Maruani A.** Prurit. In: Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L, eds. *Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles*. 5e Ed. Paris, Masson, 2009; p1005–12.
8. **Metz M, Stañnder S.** Chronic pruritus: pathogenesis, clinical aspects and treatment. *J Am Acad Dermatol Venereol* 2010; 24:1249–60.
9. **Misery L, Cambazard F.** Prurit. *Enc Méd- Chirur. Dermatologie*, 98-140-A-10, 2000, 6 p.



10. **Onayemi O, Isezuo S A, Njoku CH.** Prevalence of different skin conditions in an outpatients setting in north-western Nigeria. *Int J Dermatol* 2005; 44: 7-11.
11. **Mahé A, Cissé IA, Faye O.** Skin disease in Bamoko (Mali). *Int J Dermatol* 1998; 37: 673-76.
12. **Schmied E, Schmied C, Dufour JF.** Le prurit une approche pratique. *Forum Med Suisse* 2006; 6:687-93.
13. **Singh F, Rudikoff D.** HIV-Associated Pruritus: Etiology and Management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (3): 177-88.
14. **Zylka MJ, Rice FL, Anderson DJ.** Topographically distinct epidermal nociceptive circuits revealed by axonal tracers targeted to Mrgprd. *Neuron* 2005; 45:17-25.
15. **Bergeret L.** Etude en TPE- H<sub>2</sub>O, des bases cérébrales de la sensation prurigineuse, induite par technique d'iontophorèse à l'histamine, et de sa modulation par une tâche cognitive. *Thèse de Médecine, TOULOUSE, 2010 ; 208 pages.*
16. **Mahr A.** Conduite A Tenir devant un prurit. In: *Développement et Santé* 2000; 145: 2-4.
17. **Lorette G, Vaillant L.** Prurit. In: Saurât JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM (eds). *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles.* 4<sup>ème</sup> Ed. Paris, Masson, 2004; p 30-9.
18. **Sun YG et al.** Cellular Basis of Itch Sensation. *Science*, 2009; 9: 320-25.
19. **Jacquier C.** Prise en charge du prurit en médecine générale. *Thèse de médecine, NANCY; 2008; p 163.*

**20. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).** Tableau de bord social du Burkina Faso, 2008; 69 pages.

**21. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).** La région des Hauts Bassins en chiffre, 2008; 8 pages.

**22. Ancelle T.** Statistique, épidémiologie. Collection sciences fondamentales 3<sup>e</sup> édition 2011; p 80-81.

**23. Faye O, Cissé L, Berthé S, Dicko A, Ndiaye T H, Traoré P et al.** Prurit en consultation hospitalière à Bamako, Mali. *Int J Dermatol* 2012; 51: 49–52.

**24. Sakana Béninwendé LD.** Aspects épidémiologiques des affections dermatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso. *Thèse de médecine*, OUAGADOUGOU, 2010; p 114.

**25. Sow S.** Aspects épidémiologiques et cliniques du prurigo dans le service de Dermatologie du CHU de Gabriel Touré. *Thèse de médecine*, BAMAKO, 2010; p 68.

**26. Cissé AR.** Les intertrigos interdigitaux dans les formations sanitaires publiques de la ville de OUAGADOUGOU. Aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques. *Thèse de médecine*, OUAGADOUGOU, 2010; p 123.

**27. Misery L, Rahhali N, Duhamel A, Taieb C.** Epidemiology of Pruritus in France. *Acta Derm Venereol* 2011; 92: 541- 42.

**28. Sliti N, Benmously R, Fenniche S et al.** Prurit chez le sujet âgé: étude de 208 cas. *La Tunisie Médicale* 2011; 89: 347-49.

**29. Amri M, Belhadjali H, Doarika A et al.** Le prurit. Profil épidémio-clinique et étiologique: Etude prospective de 300 cas. *Nouv Dermatol* 2002; 21; 331-34.

- 30. Sankalé M, Marchand JP, Saint André P.** La démarche diagnostique devant un prurit chez l'Africain. *Rev Prat* 1987; 14: 783-91.
- 31. Olumide YM, Oresanya F.** Generalized pruritus as a presenting symptom in Nigeria. *Int J Dermatol* 1987; 26: 171-73.
- 32. Muhterem P, Pinar O, Mustafa NI, Basak Y, Nuran A.** Generalized Pruritus a Prospective Study Concerning Etiology. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9 (1): 39-44.
- 33. Bayrou O, Leynadier F.** Prurit aquagénique. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 76-80.
- 34. Bourguignon RC, Franchimont P, Piérard GE.** Un prurit souvenir de vacances sous les tropiques. *Rev Med Liège* 2005; 60 (7-8): 676-79.
- 35. Cassano N, Tessari G, Gino A V, Girolomoni G.** Chronic Pruritus in the Absence of Specific Skin Disease. *Am J Clin Dermatol* 2010; 11 (6): 399-411.



## **ANNEXES**

# ANNEXES

## FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

DATE / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /      FICHE N° / \_\_\_ /      DOSSIER N° / \_\_\_ /

-Initiales des Nom et Prénoms / \_\_\_ /      Contact: \_\_\_\_\_

### **I. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

1	Age	/ _____ / ans
2	Sexe	M / _ / F / _ /
3	Résidence	Bobo-Dioulasso / _ / Autre / _ / Préciser : _____
4	Profession	Commerçant / employé de commerce / _ / Femme au foyer / _ / Militaires / paramilitaires / _ / Cultivateur / éleveur / _ / Elève / Etudiant / _ / Fonctionnaire / _ / Autres : / _ / préciser.... .....
5	Statut matrimonial	Célibataire / _ / Marié / _ / Veuf / Veuve / _ / Divorcé / _ /

**PRURIT OUI / \_ / NON / \_ / si oui poursuivre le questionnaire**

### **II. ASPECTS CLINIQUES**

#### **INTERROGATOIRE**

6	Durée de la symptomatologie	jours / ___ / semaines / ___ / mois / ___ / année / ___ /
7	Mode d'apparition	brutal / _ / progressif / _ /
8	Recrudescence nocturne	Oui / _ / Non / _ /
9	Caractère du prurit	Permanent / _ / Intermittent / _ / Occasionnel / _ /
10	ATCD d'affection cutanée ou systémique pouvant induire le prurit	oui / _ / non / _ / Si oui, laquelle?.....
11	Existence de facteurs ou circonstances pouvant générer un prurit	oui / _ / non / _ / Si oui lesquels? - piqûres (de moustiques, de poux, puces, punaises) / _ / - prise de médicaments (que celle-ci soit continue ou intermittente) / _ / - application sur la peau de substances à usage cosmétique ou professionnel / _ / - prurit <i>aquagénique</i> (provoqué par le contact avec l'eau) / _ / - chaleur / _ / Froid / _ / Soleil / _ / Exercice physique / _ / - autres / _ / Préciser.....
12	Notion de prurit familial ou collectif	oui / _ / non / _ /

#### **EXAMEN PHYSIQUE**

13	Localisation du prurit	Visage / _ / Membres supérieurs / _ / membres inférieurs / _ / Dos / _ / Abdomen / _ / Organes génitaux externes / _ / Fesses / _ / Anus / _ / Généralisés à tout le corps / _ / Tête / _ / Autres / _ / _____
14	Existe-t-il ou non des lésions cutanées?	non / _ / oui / _ / si oui, a - <b>lésions secondaires au grattage:</b> excoriations punctiformes / _ / stries linéaires / _ / Lichénification, / _ / papulo-vésicules / _ / impétiginisation / _ / b - <b>Lésions cutanées spécifiques:</b> Papules inflammatoires violacées / _ / Papules inflammatoires congestives / _ / Papules / _ / vésicules / _ / Macules pigmentées / _ / vésiculo/bulles / _ / Plaques érythémato-squameuses / _ / Œdème migrateur / _ / Erythrodermie / _ / Xérose cutanée / _ / Autres / _ / à préciser.....
15	signes extra-cutanés	hépatomégalie / _ / splénomégalie / _ / adénopathie / _ / Autres à préciser .....

16	Signes généraux associés	- Fièvre /_/ Pâleur /_/ Ictère /_/ Amaigrissement /_/ Asthénie /_ -Autres à préciser .....
----	--------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

### III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

**NB:** noter: /P\_/ = positif; /nég\_/ = négatif; /N\_/ = normal; /E\_/ = élevé; /B\_/ = bas

17	NFS	GR: _____/mm <sup>3</sup> /_/ GB: _____/mm <sup>3</sup> /_ Taux Hb _____g/dl /_/ Plaquettes: _____/mm <sup>3</sup> /_/
18	Glycémie	_____mmol/L /_/
19	Créatininémie	_____µmol/L /_/
20	Transaminases hépatiques	ALAT : _____UI/L /_/ ASAT _____UI/L /_/
21	Gamma GT	_____UI/L /_/
22	Phosphatases alcalines	_____UI/L /_/
23	Bilirubine	Totale _____µmol/L /_/ Conjugée _____µmol/L /_/
24	Marqueurs hépatiques:	AgHbs: /_/ AcantiVHC: /_/
25	Sérologie VIH	VIH1 /_/ VIH2 /_/ VIH1et VIH2 /_/
26	Hormones thyroïdiennes	TSH _____ /_/ T3libre _____ /_/ T4libre _____ /_/
27	Examen parasitologie des selles	Giardia /_/ Helminthes /_/ Autres /_/ Préciser .....
28	Autres	Autres : préciser.....

### IV. ASPECTS ETIOLOGIQUES

29	Affections dermatologiques	Eczéma de contact /_/ Dermate atopique /_/ Autres eczéma /_ Urticaire /_/ Angio-œdème /_/ Lichen plan /_/ Prurigo /_/ Gale /_ Mastocytose /_/ Varicelle /_/ Autres parasitoses cutanées /_ Dermatophytose /_/ Dermate herpétiforme /_/ Photosensibilité /_ Pemphigoïde bulleuse /_/ Réaction médicamenteuse /_ Xérose cutanée /_/ Névrodermite /_ Autres /_/ à préciser.....
30	Affections hématologiques	Déficit martial /_/ lymphomes /_/ Leucémie /_/ Polyglobulie /_/
31	Affections infectieuses générales	Infection VIH /_/ Hépatite /_/ Helminthiase /_/ Filariose /_/ Giardiase /_/
32	Etiologies métaboliques, endocriniennes et neuro psychiatriques	Insuffisance rénale chronique /_/ Diabète sucré /_ Cholestase hépatique /_/ Hyperthyroïdie /_/ Hypothyroïdie /_ Grossesse /_/ état dépressivo-anxieux (prurit psychogène Autres /_/ à préciser .....
33	Prurit sine materia	Oui /_/ non /_/

# Serment d'Hippocrate

« En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai, gratuit, mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».