



e prurit chez le dialysé.

Dr Montagnac.

C. Hospitalier, TROYES.

Au cours de sa vie d'insuffisant rénal chronique, et surtout d'hémodialysé, un patient a toutes les "chances" de présenter, à un moment donné, un prurit plus ou moins important. Celui-ci peut exister avant toute dialyse (10 à 30% des cas) mais apparaît le plus souvent après le début de celle-ci (50 à 80% des cas). A l'inverse, l'insuffisance rénale chronique ne représente la cause que de 10% des prurits disséminés vus en consultation de dermatologie.

CARACTÈRES CLINIQUES :

C'est la manifestation dermatologique la plus fréquente dans l'insuffisance rénale chronique, indépendamment de la cause de cette dernière.

Ce prurit est soit localisé, soit généralisé (50% - 50%), variable dans le temps, parfois d'intensité faible mais parfois extrêmement violent, empêchant toute vie normale et ayant pu conduire au suicide.

Il est temporellement lié à la séance dans deux tiers des cas : existence uniquement pendant la séance dans 25% des cas et augmenté par la séance dans 40%.

Il entraîne un grattage parfois incessant qui induit une lichénification de la peau, une surinfection des lésions de grattage d'où un auto-entretien.

Dans deux tiers des cas, il s'associe à une sécheresse de la peau (xérose) qui en est d'ailleurs en partie responsable, ainsi qu'à une kératose pileaire.

PHYSIOPATHOGÉNIE :

L'origine exacte du prurit est inconnue mais elle est sûrement multifactorielle.

A - L'ORIGINE ET/OU UN CONTEXTE PSYCHOGÈNES

sont à prendre en considération.

B - LA SÉCHERESSE DE LA PEAU (avec atrophie cutanée)

est une complication habituelle de l'urémie.

Elle s'accompagne d'une diminution de la sécrétion sébacée du fait d'une atrophie des glandes, ce qui entraîne :

- une diminution des lipides de surface
- un trouble de l'action de réservoir d'eau de la couche cornée
- une augmentation de l'excrétion normale de certains solutés, qui devient alors pruritogène.

Elle s'accompagne aussi d'une diminution de sécrétion sudorale par atrophie des glandes eccrines (par défaut de leur vascularisation) mais également par un effet direct de l'urémie sur le phénomène de sudation.

C - LES TROUBLES MÉTABOLIQUES

représentent un chapitre étiologique important.

1) Les anomalies du métabolisme phosphocalcique :

- **L'hyperparathyroïdisme** secondaire entraîne des dépôts calciques infracliniques au niveau de la peau, et une hyperhistaminémie. Il a donc été incriminé dans la genèse du prurit de l'urémique et le traitement de celui-ci a fait appel à la parathyroïdectomie. En fait, les résultats de celle-ci sont inconstants, souvent transitoires, et il faut bien noter qu'il existe des hyperparathyroïdismes très importants sans prurit.

2) L'hypermagnésémie

3) **Les carences martiales** puisqu'une sidéropénie induirait des troubles trophiques cutanés.

4) **Toutes les hépatites** rencontrées en matière d'hémodialyse.

5) Les anomalies du métabolisme de la vitamine A :

- **une hypervitaminose A** a souvent été incriminée dans la genèse des prurits chez le dialysé dans la mesure où, en cas d'insuffisance rénale, son catabolisme est anormal et où il existe, parallèlement, une diminution de la conversion (par le rein) du rétinol en acide rétinoïque.

Il y a donc augmentation simultanée de la vitamine A sérique et de la RBP (retinol binding protein), protéine de transport à laquelle se complexe la vitamine A.

Cependant plusieurs arguments vont contre un effet de l'hypervitaminose A dans ce prurit :

- la vitamine A est toujours liée à la RBP et serait donc atoxique
- le taux de vitamine A peut être normal
- il n'y a pas de différence significative des taux de vitamine A chez les dialysés avec prurit et les dialysés sans.
- la vitamine A agirait peut-être par stimulation de sécrétion de la PTH, avec sommation des effets.

En fait, la question actuelle est de savoir si ce ne serait pas plutôt l'augmentation du rétinol épidermique que sérique qui serait responsable du prurit ?

D - **LES PROBLÈMES ALLERGOLOGIQUES** sont également potentiellement en cause.

1) De multiples causes sont liées à la technique de dialyse :

- antiseptiques locaux
- thiuram : accélérateur de la vulcanisation du caoutchouc (gants - pièces caoutchouc des appareils)
- nickel des aiguilles
- colle epoxy jonction aiguille-tubulure
- collophane des adhésifs
- phtalates des plastiques
- membranes
- ETO de la stérilisation
- Formol
- Héparine (peu certain)
- dialysat (diminution du prurit sous bicar ?)

Mais les tests cutanés sont généralement négatifs et il est difficile de pouvoir incriminer un quelconque produit avec, de plus, les différences existant entre allergie de contact et hypersensibilité immédiate.

2) Une augmentation des mastocytes dermiques, de même qu'une hyperhistaminémie (provoquée par les séances) sont classiques chez les dialysés.

Mais l'augmentation des mastocytes peut découler d'une augmentation de la PTH et il n'y a pas non plus de relation significative entre l'histaminémie, le nombre des mastocytes, l'intensité et l'apparition du prurit, chez les hémodialysés comme chez les patients en DPCA.

3) Les intolérances médicamenteuses sont à rechercher systématiquement.

TRAITEMENTS :

Leur multiplicité montre bien qu'aucune solution satisfaisante n'existe mais ils sont tous à essayer car, si leur bénéfice est marginal, souvent placebo, il permet d'attendre une amélioration spontanée ou parfois une greffe ;

Celle-ci entraîne en effet une guérison fréquente du prurit (alors que la diminution de la vitamine A est très lente après transplantation).

Rappelons que la parathyroïdectomie donne des résultats très inconstants et souvent transitoires.

Il convient donc d'essayer :

1) Différents changements de dialyseurs, de leur stérilisation, de bain, d'héparine ou de désinfectants locaux.

Le dialyseur EVAL peut être essayé (son évaluation dans le traitement du prurit va se mettre en route).

Il faut également diminuer le taux de magnésium dans le bain de dialyse ou les apports de magnésium (chélatant le phosphore) si l'on constate une hypermagnésémie chez le patient.

De même les médicaments potentiellement responsables d'un prurit doivent être arrêtés.

2) Il faut lutter contre la sécheresse de la peau si fréquente chez les dialysés : il existe de nombreuses préparations émollientes à base de glycérine, d'urée, d'amidon. L'efficacité est quand même limitée (1 cas sur 6).

3) Il faut augmenter la chélation du phosphore si une hyperphosphorémie est mise en évidence, et éventuellement la durée des dialyses.

4) Les anti-histaminiques (H1 comme H2) sont peu efficaces mais doivent être essayés en raison de leur innocuité.

5) La Puv A ou B-thérapie est considérée par certains auteurs comme améliorant 2 prurits sur 3 en une à deux semaines à raison de 2 à 3 séances/semaine.

Différentes hypothèses ont été avancées pour ces résultats heureux :

- * diminution du rénitol épidermique
- * effet métabolique général car une irradiation de l'hémicorps donnerait les mêmes résultats que celle du corps entier.
- * rôle placebo.

6) Correction d'une carence martiale éventuelle.

7) Le QUESTRAN (cholestyramine) à raison de 2 à 3 fois 4g/jour est parfois efficace mais présente quelques inconvénients.

- risque de diminuer le TP chez les patients sous AVK.

- aggravation d'une acidose métabolique

- mauvaise tolérance digestive qui le fait souvent abandonner par les patients.

8) Le charbon activé, per os, présente moins d'inconvénients.

9) De même que les absorbants per os de l'Indoxyl Sulfate.

Ce produit est consécutif à la dégradation du tryptophane par les bactéries intestinales, qui produit de l'indol, réabsorbé puis dégradé par le foie en indoxyl sulfate.

Ce dernier est augmenté en cas d'insuffisance rénale et peu dialysé : il pourrait être responsable d'un certain nombre de prurits.

10) La Xylocaïne en intra-veineux, à raison d'1 flacon de 10% dilué dans 100cc de sérum physiologique passés sur 20 mn, paraît avoir un effet favorable nettement supérieur à un effet placebo.

Elle paraît indiquée surtout dans les prurits exacerbés au cours des séances. Le problème est que son utilisation doit être faite sous contrôle minutieux de la tension artérielle et du pouls, le patient devant même être placé sous scope.

11) Le SERMION (nicergoline) per os ou IV serait efficace de par son effet alpha adrénergique bloquant car il existe souvent, chez les dialysés, une hypercatécholaminémie circulante et une hyperadrénergisme chronique.

Son efficacité, pour certains, serait notable, et fonction de la dose, avec des effets secondaires négligeables.

12) L'acupuncture semble plus anecdotique mais serait efficace pour quelques auteurs.

Elle agirait par libération de substances endogènes opiomlike (endorphines, encéphalines, dinorphines).

Cette libération se ferait de par un influx nerveux transmis par les fibres A, donc plus rapidement que la sensation de prurit, sensation nociceptive transmise de la périphérie vers le système nerveux central par les fibres C larges et démyélinisées.

