



## Cas clinique

### Prurit somatoforme : Histoire d'un itinéraire diagnostique et thérapeutique

Somatoform pruritus: history of a diagnostic and therapeutic itinerary

F Traore\*<sup>1</sup>, D Some<sup>2</sup>, NF Kaboret<sup>3</sup>, NER Fayama<sup>2</sup>, NA Ouedraogo<sup>4</sup>, MS Ouedraogo<sup>4</sup>, GP Tapsoba<sup>4</sup>

#### Résumé

Introduction : L'expression cutanée d'un désordre psychiatrique est souvent difficile à établir et source d'errance diagnostique et thérapeutique. Nous en rapportons un cas.

Cas clinique : Une institutrice de 29 ans, célibataire sans antécédent médico-chirurgical particulier, était référée en consultation de dermatologie du CHU Régional de Ouahigouya au dixième jour d'évolution d'un prurit intense ne cédant pas aux antihistaminiques usuels. Elle présentait à l'examen clinique un bon état général, des constantes normales et quelques stries de grattage. Les hypothèses de toxidermie, de dermatite herpétiforme débutante ou un prurit de cause générale avaient été émises et la patiente était hospitalisée. La persistance du prurit sous traitement pendant 72h en hospitalisation, avait justifié une référence dans le service de dermatologie du CHU Yalgado Ouédraogo (CHUYO) dans la capitale pour des explorations paracliniques approfondies et une prise en charge thérapeutique. Avant de se rendre au CHUYO, la patiente avait tenté un traitement traditionnel qui n'amendait pas la symptomatologie. Elle s'est rendue finalement dans le service de dermatologie du CHU/YO où elle a été hospitalisée. Après plusieurs traitements symptomatiques sans succès et des

explorations paracliniques normales, un avis en psychiatrie a été pris. Le diagnostic d'une dépression sévère avec prurit psychogène était porté et la patiente était transférée dans le service de psychiatrie du CHU/YO pour y être hospitalisée. La prise en charge psychiatrique a entraîné une régression complète du prurit. Elle est actuellement suivie à titre externe en psychiatrie et a repris ses activités courantes.

Conclusion. La peau est le miroir de l'organisme et de certains désordres psychiatriques. La collaboration avec d'autres spécialistes se révèlent parfois indispensable pour une bonne prise en charge des affections dermatologiques.

Mots-clés. Prurit somatoforme-dermatologie-Burkina Faso

#### Abstract

Introduction: The cutaneous effects of a psychiatric disorder are often difficult to determine and cause diagnostic and therapeutic errors. We report a case.

Clinical case: women schoolteacher of 29-year-old, single with no particular medical background was referred to a dermatology consultation at the Regional Hospital of Ouahigouya on the tenth day of anti-histamines-resistant pruritus. On clinical examination, she presented good general condition, normal vital

signs and some scratch marks. The hypotheses of toxidermy, or early herpetic dermatitis or pruritus of systemic origin were evoked and the patient was hospitalized. The persistence of pruritus after 72 hours care led to referral to the dermatology department of the University Hospital Yalgado Ouédraogo (CHUYO) of Ouagadougou for further exploration. Before going to CHUYO, the patient tried a traditional cure that did not improve the symptomatology. She eventually went to the dermatology department of the CHU / YO where she was hospitalized. After several unsuccessful symptomatic treatments and normal paraclinical explorations, an in psychiatric opinion was requested. The diagnosis of severe depression with psychogenic pruritus was made and the patient was transferred to the psychiatric department of CHU / YO for hospitalization. Psychiatric treatment resulted to a complete regression of pruritus. Her follow-up is currently conducted in psychiatry and has resumed her current activities.

**Conclusion.** The skin is the mirror of the body and of certain psychiatric disorders. Collaboration with other specialties is sometimes essential for the proper management of dermatological conditions.

**Keywords:** Somatoform pruritus, dermatology, Burkina Faso

---

## Introduction

La peau est considérée comme le miroir de l'organisme. Selon J- H. Saurat « elle exprime aussi très souvent des symptômes en relation avec des facteurs psychologiques et même parfois franchement psychiatriques » [1]. Cependant l'expression cutanée d'un désordre psychiatrique est difficile à établir surtout dans notre contexte où les explorations paracliniques indispensables au diagnostic d'élimination font généralement défaut. Nous vous rapportons l'itinéraire diagnostique et thérapeutique d'un prurit somatoforme.

## Cas clinique

Mademoiselle M.S, 29ans, célibataire, institutrice était référée en consultation de dermatologie au Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya pour un prurit intense sine materia évoluant depuis dix jours.

La symptomatologie avait débuté par un prurit vulvaire, ensuite étendu aux membres et à l'ensemble du tégument les jours suivants. Le prurit était insomniant et gênait considérablement les activités quotidiennes de la patiente. Elle avait consulté à plusieurs reprises au dispensaire de son village où divers traitements lui avaient été administrés sans succès : Benzathine Benzyl Pénicilline injectable, hydrocortisone injectable, chlorphéniramine comprimé, nystatine ovule. Devant la persistance de la symptomatologie, elle a été référée aux Urgences Médico- Chirurgicales du CHUR de Ouahigouya. Mise en observation pendant 24h, elle reçut de la méthylprednisolone injectable, du diazepam injectable, de la mequitazine comprimé et de l'albendazole comprimé. La persistance du prurit, nécessita un transfert en dermatologie.

A l'interrogatoire, elle se plaignait d'un prurit localisé principalement aux membres supérieurs et inférieurs sans horaire fixe, calmé temporairement par l'injection d'hydrocortisone. Elle disait être anxieuse et triste du fait de son état de santé. L'état général était conservé, les constantes normales. Dans ces antécédents, nous ne retrouvons pas de particularités médico-chirurgicales. Il n'y avait pas de notion d'allergie retrouvée chez elle et dans sa famille.

L'examen de la peau et des phanères était pauvre : il n'y avait pas de lésion élémentaire identifiable en dehors d'une rougeur des zones de grattage (paumes, avant-bras, dos des pieds) et des stries de grattage. L'examen des autres appareils et systèmes était sans particularité. Nous avons évoqué un prurit de cause médicamenteuse, une dermatite herpétiforme débutante, un prurit dû à une maladie générale.

Notre prise en charge immédiate a consisté à hospitaliser la patiente avec la prise d'une voie veineuse, l'administration de diazepam injectable,

la prise de mequitazine comprimé, Le bilan sanguin réalisable au CHUR comprenant une NFS, un ionogramme sanguin complet, une glycémie, une créatinémie, les transaminases, les sérologies du VIH et des hépatites B et C était revenu normal.

Ce traitement a permis une accalmie de quelques heures. Après 24h, la patiente demandait sa sortie d'hospitalisation pour des raisons familiales. La sortie était autorisée avec comme traitement de la méquitazine comprimé 10mg les matins, le prednisone comprimé 60 mg les matins, de l'hydroxyzine comprimé 25 mg les soirs au coucher. Revue 48 heures plus tard, la patiente était plus anxieuse et présentait un état d'agitation psychomotrice modéré, demandant à être soulagée par l'injection de méthylprednisolone. Elle fut alors référée au service de dermatologie du CHU Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou pour un avis diagnostique et de prise en charge.

Arrivée à Ouagadougou, elle décida de consulter un tradithérapeute qui conclut à un envoutement et lui prescrivit une pommade faite d'un mélange de beurre de karité et de soude caustique en application deux fois par jour sur tout le corps sous forme de massage. Elle devait aussi ingérer son urine, mais n'arrivant pas à en émettre sur le champ, elle se résolut à boire immédiatement l'urine émise par sa grande sœur. Ce traitement ne la soulageant pas, elle se rendit dans le service de dermatologie du CHUYO où elle a été hospitalisée dès son arrivée. Un traitement à base de bethametasone injectable, (une ampoule en intramusculaire chaque matin) et d'hydroxyzine comprimé 25mg chaque soir était institué. Les explorations dont l'échographie abdomino-pelvienne, le bilan sanguin thyroïdien, l'analyse anatomopathologique d'une bulle de friction, la recherche de sarcoptes, étaient normaux.

Devant l'état stationnaire du tableau clinique après une semaine de prise en charge en hospitalisation de dermatologie, un avis en psychiatrie était demandé. Un interrogatoire approfondi du psychiatre révélait que 4 ans auparavant, la patiente avait contracté une grossesse qui s'était avéré être un œuf clair et depuis lors, elle n'avait pas réussi à concevoir à nouveau.

Cette situation avait provoqué une séparation d'avec son concubin qu'elle fréquentait depuis 8 ans. Ce contexte de rupture sentimentale survenue 5 mois avant le début de la symptomatologie l'avait affectée. Elle n'avait pas de bons rapports avec sa famille. Elle affirmait cependant avoir de bonnes relations avec sa sœur et vivait avec son neveu de huit ans qui lui avait été confié. De même, elle avait peu de contacts avec ses amis et collègues.

Elle présentait des symptômes thymiques (tristesse de l'humeur, anhédonie, anxiété), des idéations pessimistes (idées suicidaires et idées de dévalorisation), un ralentissement psychomoteur, des symptômes somatiques (asthénie, insomnie, inappétence, baisse de la libido), un retentissement socioprofessionnel (incurie professionnelle, retrait social).

Le diagnostic d'une dépression sévère avec prurit psychogène avait été porté et la patiente transférée dans le service de Psychiatrie. Elle y fut hospitalisée pendant trois semaines. La prise en charge a consisté en un traitement médicamenteux (antidépresseur et antihistaminique), une prise en charge psychologique (psychothérapie individuelle et entretiens familiaux) et un accompagnement pour une reprise de son activité professionnelle. La patiente recevait deux fois par semaine la visite d'un dermatologue pour apprécier l'état de sa peau et l'effet des crèmes hydratantes qu'elle appliquait. L'évolution actuelle est favorable marquée par une rémission des symptômes psychiques ainsi que du prurit et une bonne réinsertion socioprofessionnelle.

## **Discussion**

Le prurit est un motif fréquent de consultation en dermatologie [2-4]. Il peut être associé à des lésions élémentaires caractéristiques d'une dermatose ou survenir sans lésions cutanées spécifiques définissant le prurit sine materia.

Le prurit sine materia pose le problème de son diagnostic étiologique. En effet il peut révéler [2-4] une dermatose débutante sans lésion élémentaire

(dermatite herpétiforme, pemphigoïde bulleuse, etc), une maladie interne (hepatopathie, insuffisance rénale chronique, diabète, hémopathie, etc), une cause neurologique, une cause psychiatrique, etc.

Le prurit psychogène peut être isolé ou faire partie des signes cliniques psychosomatiques d'une véritable maladie psychiatrique, notamment la dépression, où les signes somatiques peuvent être au premier plan par rapport au vécu psychique [5-11]. Il est relativement peu rapporté dans la littérature. En effet, dans l'étude de Faye et al au Mali [3], quatre cas ont été rapportés soit la première des causes non dermatologiques du prurit. Bamoko au Burkina Faso [4], retrouvait 8 personnes ayant un prurit psychogène soit 3% des motifs de consultation pour prurit. Barrimi et al au Maroc [5], ont noté que le prurit psychogène représentait la deuxième cause des dermatoses secondaires à des troubles psychiques. Le diagnostic de ce prurit n'est cependant pas évident. En effet selon un groupe d'experts Français de psycho-dermatologie [10], pour faire le diagnostic de prurit psychogène, il est nécessaire d'avoir les 3 critères principaux (prurit localisé ou généralisé sine materia, datant d'au moins 6 semaines, sans étiologie organique) et 3 des 7 critères optionnels (relation chronologique du prurit avec un ou plusieurs événements de la vie pouvant avoir des répercussions psychologiques, intensité du prurit variable selon l'intensité du stress, variations nocturnes du prurit, prédominance du prurit lors de repos ou d'inactivité, association de maladies psychologiques ou psychiatriques, prurit amélioré par des traitements psychotropes, prurit amélioré par des psychothérapies). Dans notre observation, le prurit était généralisé sine materia, évoluant depuis un mois, rythmé par les émotions, sans cause organique avérée, calmé par des psychotropes. Les hypothèses diagnostiques de dermatite herpétiforme débutante, de toxidermie, d'une cause générale ont été finalement exclues devant les résultats normaux des différents bilans paracliniques, l'inefficacité des différents traitements et l'amélioration spectaculaire après l'entretien avec le psychiatre. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique a

été retenu devant : Les symptômes thymiques, les idéations pessimistes le ralentissement psychomoteur, les symptômes somatiques, le retentissement socio-professionnel. Ces symptômes évoqués, évoluaient dans un contexte de rupture sentimentale et de conflit familial, source de stress pour la patiente.

Sur le plan thérapeutique, l'errance diagnostique a eu pour conséquence l'administration de nombreux traitements inadéquats à la patiente. Ces traitements étaient essentiellement symptomatiques. Le recours aux thérapeutiques alternatives dont la tradithérapie est classique dans notre contexte du fait des croyances [12,13]. En effet, les dermatoses sont parfois interprétées comme un envoutement. Pour conjurer le sort, plusieurs produits sont souvent proposés : la poudre noire (écorce ou feuilles d'arbre calcinées) mélangée à du beurre de karité pour application sur le corps ; la même poudre à mettre dans de la bouillie et à boire. Les vertus attribuées à l'urine font qu'elle est proposée dans plusieurs pathologies [12]. Si dans l'urinotherapie, le patient utilise sa propre urine, dans notre observation, le tradithérapeute a autorisé la patiente à utiliser l'urine de sa sœur. Toutes ces pratiques sont parfois émaillées de complications décrites par des auteurs [12,13].

Dans notre pratique courante, nous avons reçu des patients en consultation dermatologique nécessitant un suivi psychiatrique. Le plus souvent, ces patients étaient réticents à une consultation en psychiatrie estimant ne pas percevoir la relation entre leur problème cutané et la consultation en psychiatrie. Dans cette observation, il n'y a pas eu de réticence à un transfert en psychiatrie car la relation avec le psychiatre avait été établie durant l'hospitalisation en dermatologie. La collaboration entre le dermatologue et le psychiatre a été d'un apport considérable pour le succès thérapeutique.

De cette observation, nous retenons que la prise en charge d'un individu en souffrance reste fondamentale, et ce dans toutes ses composantes physiques et psychiques, comportementales, personnelles, familiales, professionnelles, sociales, environnementales [6-9]. D'où l'intérêt d'avoir

une approche basée sur l'histoire de vie du patient et non uniquement sur l'histoire de la maladie. Comme le disait le psychiatre Monribot [14] « On peut souffrir authentiquement du corps sans atteinte de l'organisme ». Une telle approche invite à une bonne collaboration entre médecins somaticiens et psychiatres.

## Conclusion

La morbidité psychiatrique en dermatologie est peu explorée dans notre contexte. Or Selon l'étude de Picardi A et al [15], il existe une forte morbidité psychiatrique chez les patients suivis en dermatologie. Cette observation nous rappelle que le dermatologue doit s'armer de compétences en psychiatrie pour pouvoir détecter à temps les dermatoses dont la prise en charge nécessite l'intervention d'un psychiatre pour une prise en charge collégiale.

---

## \*Correspondance

Fagnima Traore

[fagnima79@gmail.com](mailto:fagnima79@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 1 Octobre 2020

- 1 : Université de Ouahigouya, Service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya
- 2 : Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou
- 3 : Centre Raoul Follereau de Ouagadougou
- 4 : Université Joseph KI ZERBO, Service de Dermatologie-Vénérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Saurat JH, Misery L, Saurat M. Manifestations psychocutanées. In: Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L. Dermatologie et manifestations sexuellement transmissibles, 5e ed. Paris : Masson, 2009:1025-27.
- [2] Afifi Y, Aubin F, Puzenat E, Degouy A, Aubrion D, Hassam B, et al. Enquête étiologique d'un prurit sine materia : étude prospective d'une série de 95 patients. *Rev Médecine Interne*. 2004 Jul; 25(7):490-3.
- [3] Faye O, Cisse L, Berthe S, Dicko A, Ndiaye H.T, Traore P, et al. Prurit en consultation hospitalière à Bamako, Mali. *International Journal of Dermatology* 2012 ; 51 (suppl. 1), 49-52.
- [4] Bamoko A. Prurit dans le service de dermatologie du CHU Sanou Souro de Bobo-Dioulasso : Aspects épidémiologiques et cliniques. Thèse de Doctorat : Sciences Médicales : Bobo-Dioulasso : 2013 ; 16.
- [5] Barrimi M, Aalouane R, Hlal H, Benchat L, Mernissi FZ, Rammouz I. Affections dermatologiques en psychiatrie : étude transversale sur 12 mois. *Inf Psychiatr*. 2016 Apr 25; Volume 92(4):317-26.
- [6] Zdanowicz N, Struye A, Reynaert C, Jacques D. Peau et psychosomatique. *Ann Dermatol Vénérologie*. 2013 Dec;140(12S1):P.S474.
- [7] Mohammad Jafferany ,Maryam E. Davari. Itch and psyche: psychiatric aspects of pruritus. *Int Journal of dermatology*. 2019 Jan; 58 ( 1) : 3-23.
- [8] Bashir K, Dar NR, Rao SU. Depression in adult dermatology outpatients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010; 20(12) : 811-3.
- [9] Buteau A, Reichenberg J. Psychogenic Pruritus and Its Management. *Dermatol Clin*. 2018 Juil ; 36(3) : 309-314.
- [10] Misery L, Alexandre S, Dutray S, Chastaing M, Consoli S, Audra H, et al. Functional Itch Disorder or Psychogenic Pruritus: Suggested Diagnosis Criteria From the French Psychodermatology Group. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):341-4.
- [11] Dalgard FJ, Gieler U, Aragonés LT, Lien L, Poot F, Jemec G, et al. La charge psychologique des maladies de la peau: une étude multicentrique transversale chez des patients externes en dermatologie dans 13 pays européens. *J Invest Dermatol* . 2015 Apr; 135 (4): 984-991.

- [12] Traore F, Ouédraogo N A, Kaboret N F, Bassole A M, Ouédraogo M S, Tapsoba G P, et al. Des pratiques néfastes de tradithérapie en dermatologie : à propos de trois observations. *Journal de la société de Biologie clinique du Bénin*, 2019 ; n°032 : 31-34.
- [13] Korsaga-Somé N, Tapsoba P, Ouedraogo MS, et al. Nécrolyse épidermique liée à l'application cutanée d'une solution d'hydroxyde de potassium. *Pan Afr Med J* 2015 ; 21 : 299-303.
- [14] Monribot P. (page consultée le 13 juillet 20). Qu'est-ce que la psychosomatique ? Aperçus psychanalytiques, [en ligne]. <http://www.psychanalyse67.fr>.
- [15] Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of dermatology* 2000; 143: 983-991.

**Pour citer cet article :**

F Traore, D Some, NF Kaboret, NER Fayama, NA Ouedraogo, MS Ouedraogo et al. Prurit somatoforme : Histoire d'un itinéraire diagnostique et thérapeutique. *Jaccr Africa* 2020; 4(4): 18-23