

LE PRURIT

Affecte : 5-12% des patients en soins palliatifs ; 12% > 65 ans ; 20 % > 80 ans^{1,2}

PRISE EN CHARGE :

1/ Prendre en charge la cause

2/ Prise en charge non – médicamenteuse ; médicamenteuse **topique et **non spécifique****

3/ Traitements médicamenteux **spécifiques : à réserver au prurit persistant, généralisé, ne répondant pas ou partiellement aux traitements non-spécifiques. Utilisés en « off-label » (peu de preuves d'efficacité : essentiellement basées sur des *cases report*) => Merci de vérifier les précautions, posologies et contre-indications avant prescription.**

CAUSES POSSIBLES : La cause peut être multifactorielle^{3,4}

Dermatologiques	Systémiques	Neurologique	Psychiatrique	Médicamenteuse
<ul style="list-style-type: none"> - xérose: peau sèche sans lésion, membres inférieurs+, (âge + ^{2,5}) - dermatite atopique - dermatophytes, parasites (poux, gale) - psoriasis - agents irritants 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance rénale chronique (prurit urémique) - déficience hépatique (cholestase, hépatite) - maladie néoplasique (lymphome, leucémie, myélome) - désordre hématologique (anémie) - désordre endocrinologique (hypo/hyperparathyroïdie) - infection (VIH) 	<ul style="list-style-type: none"> - lésions des fibres nerveuses (entre peau et cortex) - origine neurologique centrale (anomalie des centres corticaux du prurit) Causes : zona, diabète, post AVC... 	<ul style="list-style-type: none"> - anxiété, stress - dépression - désordre phobique - TOC 	<ul style="list-style-type: none"> - diurétiques (thiazide surtout+), - bloqueur des canaux calciques, - opiacés - IECA, statines, IPP, allopurinol, anticonvulsivant, AINS... Peut apparaître des années après l'initiation du traitement

PRISE EN CHARGE NON-MEDICAMENTEUSE⁶

- 1^{ère} intention : Hydratation : Indépendamment de la cause, l'hydratation de la peau est primordiale car une peau sèche va exacerber la sensation de démangeaison => Emollients² 1 à 3x/j, après la douche idéalement (meilleure pénétration)⁷. Exemple : **Excipial hydro lotion® : Emulsion huile dans eau, lipide 11% et urée 2%**.

- appliquer des coldpack si crise

- douche froide rapide (< 2-3 min), savon doux, pH neutre. Eviter produits irritants. Réduire le stress.

- en hiver : éviter un chauffage excessif, utiliser un humidificateur d'air (idéal 40%), éviter les habits en laine (idéal : coton).

- photothérapie (PUVA, UVA/UVB) (attention si médicaments photosensibles ou phototoxiques)

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE NON-SPECIFIQUE

Topiques : Avantager les traitements topiques pour leurs faibles potentiels d'apparition d'effets indésirables, d'autant plus si le prurit est léger, intermittent et localisé

- **Polidocanol⁷** : anesthésique local et anti-prurigineux. Entre 3 et 5% : **Optiderm® crème (polidocanol 3% + urée 5%)**.

- **Menthol** : effet « rafraîchissant » → attention à l'irritation, à utiliser ponctuellement pour un soulagement immédiat lors de crise (**Talc mentholé 2%** ou préparation menthol 1-2% ds cold cream).

- **Eventuellement lidocaïne topique⁷ ou prilocaïne** : Association des deux comme dans : **Emla® crème**. Eviter grande surface, enfants et femmes enceinte

Anti-histaminergiques : Utile si urticaire ou cause allergique, mais pas beaucoup d'efficacité si prurit d'autres étiologies⁸

- **1^{ère} génération (sédatifs)** : Hydroxyzine (**Atarax®**), diphenhydramine (Benocten®). 25 mg 3-4 x/j ; Sédatif ++ => administrer le soir de préférence. Mieux adapté au prurit de nuit.

- **2^{ème} génération** : Loratadine (Claritine®), fexofenadine (Telfast®), cétirizine (**Cetallerg®**), lévocétirizine (Xyzal®).

Attention aux effets indésirables : Sédation et effets anticholinergiques + avec 1^{ère} génération : risque de confusion, sécheresse buccale, baisse du seuil épileptogène...

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE SPECIFIQUE EN FONCTION DES CAUSES IDENTIFIEES :

Dermatologiques	Systémiques	Neurologique	Psychiatrique	Médicamenteuse
- Dermatite, psoriasis: Dermocorticoïdes ⁷ - Dermatite atopique résistante : inhibiteur de la calcineurine ⁷ (ex : tacrolimus Protopic onguent®) - Infection : Traitement ciblé (gale, poux, etc.) - Mirtazapine et paroxétine en cas de dermatite atopique -Psoriasis : Calcitriol onguent ⁷	- Prurit urémique : optimisation dialyse, traiter hypercalcémie /hyperphosphatémies/hyperparathyroïdie ; si échec : prégabaline (25-75 mg) ; gabapentine (100-300 mg) CAVE somnolence ; sertraline (25-50 mg) ; montélukast (10 mg) ; ondansétron (efficacité faible) ⁹ . Naltrexone (12.5-25 mg/j) - Prurit cholestatique : colestyramine (4-8 g/j) ; (acide ursodesoxycholique si cholangite) ; si échec : rifampicine (300-600 mg/j) ; si échec : naltrexone (12.5-25 mg/j) ¹⁰ ; si échec : sertraline (75-100 mg/j) ¹⁰ mirtazapine (7.5-15 mg le soir) - En cas de lymphome : paroxétine (10-40 mg) - Prurit paranéoplasique : fluvoxamine (25-150 mg) - Prurit hépatique naltrexone si ou IRC (20-50 mg/j)	- Capsaïcine topique 0.025-0.1% (si localisé+) - Anesthésiants topiques (xylocaïne) - Gabapentine (100-2400/3600 mg) - Pregabaline (150-300 mg) - Amitriptyline à faibles doses	- Paroxétine 10-40 mg - Sertraline 75-100 mg - Hydroxyzine (Atarax®) ⁸	- Stopper le médicament soupçonné (tenir compte de 5 demi-vies). - Opiacés : Rotation, switch vers buprénorphine
Si aucune cause identifiée → paroxétine ou gabapentine (Grade 2c)				

Abréviations : IRC : Insuffisance rénale chronique ; Gé: Génériques ; en bleu: en liste PHEL.

...Pour en savoir plus sur les mécanismes d'actions :

Emollient⁷ : Restaure la barrière cutanée : protection contre la déshydratation, prévient l'exposition aux irritants et pathogènes qui précipitent le prurit.

Polidocanol⁸ : Macrogol Lauryl ester. Anesthésique topique, antiprurigineux. Diminue de manière significative le prurit histamine-indépendant (PAR2-ergique).

Menthol¹¹ : Agoniste du « transient receptor potential melastatin subtype 8 » (TRPM8).

Capsaïcine^{4,12} : Agoniste hautement sélectif du récepteur vanilloïde 1 à potentiel de récepteur transitoire (TRPV1 ou transient receptor potential vanilloid 1). => Désensibilisation transitoire des nocicepteurs exprimant le TRPV1. Effets indésirables limitants (sensation de brûlure, hyperalgie par extension de son mécanisme d'action). Instaurer à plus faible concentration et augmenter graduellement fréquence et concentration.

Dermocorticoïde⁷ : Active récepteurs glucocorticoïdes : Diminution des cytokines: effet anti-inflammatoire. Ne fonctionnent que si prurit lié à l'inflammation.

Tacrolimus⁷ : immunodépresseur : effet anti-inflammatoire et désensibilisent les TRPV1 sur les fibres nerveuses périphériques.

Calcitriol⁷ : Diminue TNFalpha, et régule prolifération et différenciation des kératinocytes .

Lidocaïne / prilocaïne : anesthésique topique par blocage canaux sodiques,

Références :

1. Leslie, T.A. Itch Management in the Elderly. *Curr Probl Dermatol* **50**, 192-201 (2016).
2. Valdes-Rodriguez, R., Stull, C. & Yosipovitch, G. Chronic pruritus in the elderly: pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging* **32**, 201-215 (2015).
3. Stander, S. *et al.* Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol* **87**, 291-294 (2007).
4. Regroupement de pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*, Edn. 4^e éd. (2008).
5. Berger, T.G., Shive, M. & Harper, G.M. Pruritus in the older patient: a clinical review. *JAMA* **310**, 2443-2450 (2013).
6. Fazio, S.B. & Yosipovitch, G. Pruritus: Therapies for generalized pruritus. www.Uptodate.com (2022).

7. Elmariah, S.B. & Lerner, E.A. Topical therapies for pruritus. *Semin Cutan Med Surg* **30**, 118-126 (2011).
8. Misery, L. What's new in the treatment of pruritus? *Images en Dermatologie* **XI**, 214-216 (2018).
9. Kobrin, S.M. Uremic pruritus. www.uptodate.com (2022).
10. Poupon, R. & Chopra, S. Pruritus associated with cholestasis. www.uptodate.com (2021).
11. Izquierdo, C., Martin-Martinez, M., Gomez-Monterrey, I. & Gonzalez-Muniz, R. TRPM8 Channels: Advances in Structural Studies and Pharmacological Modulation. *Int J Mol Sci* **22** (2021).
12. Swissmedic, Vol. 2022 (2022).

Document informatif téléchargé à partir de www.phel.ch. La PHEL décline toute responsabilité suite à une utilisation de ces informations hors de ses établissements partenaires. La documentation disponible peut être utilisée librement, pour autant que le but ne soit pas commercial et que la source soit citée.