

Interpretazione del prurito nella pratica ambulatoriale

Il prurito può essere localizzato o generalizzato, espressione di malattie sistemiche ed extracutanee o causato da un considerevole numero di patologie dermatologiche. Il clinico che si trova ad affrontare tale sintomo dovrebbe valutare attentamente anche la componente psico-emozionale del paziente

Caso clinico

di Ubaldo Loiero

Giunge alla mia osservazione per la prima volta un nuovo assistito di 69 anni, disperato a causa del prurito, localizzato soprattutto agli arti inferiori, che lo tormenta ormai da anni.

Ha consultato diversi specialisti (dermatologi, chirurghi vascolari, internisti e allergologi) ed eseguito molti accertamenti laboratoristici e strumentali, con conseguente effettuazione di numerosi tentativi terapeutici (antistaminici, antitrombotici, anticoagulanti orali, trattamenti elastocompressivi, ecc) senza ottenere grandi risultati.

■ **Anamnesi:** il paziente è iperteso e circa sette anni fa è stato colpito da embolia arteriosa agli arti inferiori. Otto mesi fa ha presentato una tromboflebite poplitea esordita con orticaria. Dal colloquio emerge che ha lavorato in una miniera, con conseguente esposizione pluriennale alle polveri.

■ **Esame obiettivo:** presenza di una dermatosi ittiosiforme diffusa e una importante dermatosi eritemato-esfoliativa sulla superficie estensoria degli arti inferiori (figura 1). Il prurito è così intenso che il paziente riesce ogni tanto, assumendo una posizione estremamente rigida, a non grattarsi.

Rimango disarmato da tanta sofferenza e chiedo al paziente di consegnarmi la voluminosa documentazione clinica in suo possesso, per potere fare una revisione critica degli esami che ha eseguito nel tempo.

■ Gestione integrata del caso

Consulto telematicamente il collega dermatologo a cui sottopongo la storia clinica e la documentazione del paziente. Insieme cerchiamo degli elementi che possano fornirci qualche indicazione.

1. **Tra gli esami di laboratorio** spicca il riscontro isolato di una eosinofilia e la positività, al patch-test, nei confronti del bicromato di potassio 0.5% e del nichel 5%, agenti allergizzanti ubiquitari. Da segnalare anche una modesta iperglicemia e ipercolesterolemia.

2. **Tra gli accertamenti strumentali** appare interessante il riscontro di noduli mediastinici parailari

Figura 1



Arti inferiori del paziente all'esame obiettivo

preaortici. Tale referto, affiancato al riscontro - sia pure isolato - di eosinofilia, depone per una forma immunologica coinvolgente più organi e sistemi (granulomatosi di Wegener, sindrome di Churg-Strauss) con prevalente interessamento immunologico.

Un'ipotesi patogenetica plausibile è quella che prevede - sulla base di un adeguato terreno di predisposizione genetica - una tendenza della bilancia emostatica allo squilibrio, nel senso della ipercoagulabilità e l'innescio di fenomeni tromboembolici, anche a seguito di stimoli meccanici banali, come il grattamento accanito indotto dal prurito.

■ Terapia e decorso clinico

Con l'introduzione in terapia di dosi scalari di prednisone la situazione soggettiva e oggettiva è rapidamente migliorata.

■ Commento

Il caso di questo paziente rappresenta, attraverso l'intreccio di numerosi sintomi e segni a carico di diversi organi e apparati, una delle sfide più affascinanti che spesso si pongono all'attenzione quotidiana del medico di famiglia.

Di fronte al paziente-rebus, al paziente "crocevia" di polipatologie dobbiamo accettare la sfida medico-scientifica e aiutare, al tempo stesso, l'uomo sofferente che ci sta davanti.

Approfondimento

di Antonio Pugliese

Il prurito è un sintomo di frequente riscontro nella pratica ambulatoriale, che se sufficientemente intenso provoca il grattamento o il desiderio di grattarsi.

È il grattamento che lascia i segni sulla pelle, lesioni lineari di dimensioni variabili, ricoperte da squamo-croste ematiche in vario stadio o associate a esiti cicatriziali in varia fase evolutiva (figura 2). Queste lesioni spesso mascherano o confondono l'aspetto della dermatosi iniziale.

Spesso la parola stessa "prurito" evoca timore e disagio psicosociale, re taglio del passato: chi si gratta può essere contagioso e perciò va tenuto lontano. Il circolo vizioso che si instaura al di là della causa è il seguente: prurito, grattamento, danneggiamento della cute, rilascio di mediatori dell'infiammazione, prurito e una volta instauratosi, se non interrotto, si ripete indefinitamente, realizzando il quadro cronico.

Il prurito può essere localizzato o diffuso-generalizzato e di intensità variabile da soggetto a soggetto. Può precedere o accompagnare molte malattie non cutanee in senso stretto o essere specifico di alcune dermatosi. Una semplice classificazione che potrebbe risultare utile nella pratica ambulatoriale è quella riportata in figura 3.

Figura 2



Cute danneggiata dal prurito

Volutamente ho riportato insieme le cause internistiche e quelle psicosomatiche, poiché considero anche queste ultime "interne" (nella psiche). Talora questi pazienti vivono con sofferenza e disagio la loro condizione: il prurito causa anche disturbi del sonno, compromettendo la loro qualità di vita e spesso di giorno la soglia di attenzione diminuisce causando problemi in ambito professionale e di isolamento sociale. Alcuni pazienti raccontano che il grattamento dà loro piacere e pertanto si instaura un circolo vizioso prurito-grattamento (il piacere provocato dal grattamento della schiena è filogeneticamente antico).

Gli studi di psicosomatica o di psichiatria ci ricordano in effetti come il prurito segnali l'alterazione della cute come organo di comunicazione sociale (una sorta di discriminante tra self e non-self) e si può accompagnare a patologie psichiatriche ben definite.

Pertanto bisognerebbe andare oltre "l'organicità", il clinico che affronta il prurito dovrebbe valutare attentamente la componente psico-emozionale del paziente. A tale proposito va ricordata che la forma cronica e *sine materia*, cioè senza lesioni da trattamento, risulta essere più fastidiosa da debellare.

Quando è il prurito la motivazione più importante (problema primario) per la quale il paziente è pervenuto all'osservazione del medico, bisogna condurre una buona anamnesi e un esame obiettivo mirato per ricercare l'origine (cause esogene, cause internistiche, cause psichiche o malattie proprie della pelle). Inoltre va valutato se è un problema acuto o cronico, ricordandosi sempre che la qualità di vita dei pazienti con prurito, acuto o cronico che sia, viene alterata.

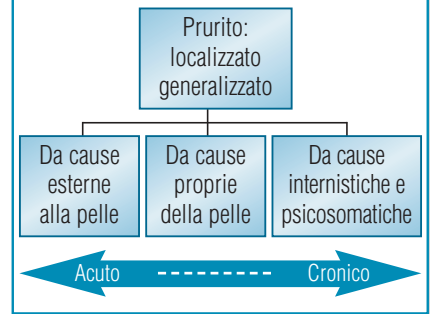
Caratteristiche

Analizziamo i caratteri principali del prurito indagando:

- sede: dove origina e dove si manifesta;
- estensione: è localizzato o diffuso?
- durata: cronico, ricorrente, episodico; dura da giorni, ore, secondi?

Figura 3

Classificazione del prurito



- intensità: è molto forte o leggero?
- modalità d'insorgenza: quando e come è iniziato?
- fattori scatenanti: fattori ambientali, stress, psicosi?
- fattori aggravanti o allevianti: effetto di farmaci, della postura, ecc;
- manifestazioni precedenti o associate;
- problemi secondari ad altre malattie rilevanti (per esempio allergie, connettiviti) e coesistenti in caso di patologie multiple (diabete, ipertensione arteriosa, malattie reumatiche), sintomi di incerta relazione col problema primario, patologie preesistenti.

Sappiamo bene che il paziente non sempre riesce a correlare il sintomo con eventuali atteggiamenti della sua vita quotidiana, ma il nostro compito è di aiutarlo.

Di seguito elenco una serie di semplici domande da porre al paziente:

1. In che parte del corpo ha prurito?
2. Su tutto il suo corpo o è limitato ad una specifica area? Quale area?
3. C'è stata prima un'eruzione cutanea?

Le risposte ci consentono un primo inquadramento relativo alla localizzazione e/o alla generalizzazione del sintomo o se è esordito con una malattia cutanea.

4. Da quanto tempo ha questo prurito?
5. Che durata ha?
6. Sembra peggiorare con qualcosa?
7. Recentemente è stato punto da qualche insetto?

Le risposte ci consentono un secondo inquadramento: se si tratta di un prurito acuto o cronico e se il paziente lo relaziona ad agenti esterni o comportamentali.

Proseguendo chiederemo:

8. Cosa pensa che le provochi prurito?
9. Ha avuto in passato prurito?
10. Cosa lo provocò?
11. Ricorda se ha usato di recente qualche agente irritante?
12. Ha allergie o sensibilizzazioni?
13. Quali farmaci sta assumendo?
14. Ha cominciato ad usare recentemente alcuni prodotti nuovi? Quali?
15. Ha usato saponi nuovi, ammorbidenti per tessuti, profumi, deodoranti?

Queste domande ci consentono, soprattutto nelle forme acute, di porre correlazioni dirette con allergie e uso di irritanti.

16. Ha avuto contatti con animali?
17. Ha mangiato recentemente moluschi o frutta secca?
18. Usa creme sulla pelle?
19. Si è esposto recentemente al sole?

Queste domande servono ad indagare su usi e costumi spesso sottovalutati, perché riguardano aspetti ludici positivi che vengono scotomizzati dal paziente.

20. Sta curando altre malattie? Che altri sintomi ha?

Se il sintomo persiste bisognerebbe riproporre dopo alcuni giorni le domande, cercando di avere risposte certe sugli animali, se ha fatto passeggiate all'aperto o se possiede particolari arredi (divani in velluto o tessuto, mobili antichi, eccetera).

■ Esame obiettivo

Attraverso l'esame obiettivo vanno differenziate le lesioni da grattamento dalle lesioni cutanee primitive, anche se ciò risulta difficile ad un occhio non allenato.

Va tenuto presente che le lesioni da grattamento sono lineari o al limite a piccole zone escoriate con disposizione lineare, tipicamente situate nelle zone raggiungibili facilmente dalle mani del paziente: braccia, petto, cosce e spalle. In questa ultima sede viene solitamente risparmiata la zona centrale, anche se quando il prurito è intenso i pazienti usano tutti i mezzi possibili per grattarsi, procuran-

dosi anche ecchimosi ed ematomi. In presenza di lesioni dermatologiche specifiche la diagnosi di certezza andrebbe posta in collaborazione con lo specialista dermatologo, in quanto l'elenco delle dermatosi pruriginose le comprende quasi tutte.

■ Patologie sistemiche

Difficile è stabilire quali esami eseguire, ma il ruolo attivo del ragionamento clinico deve rivolgersi, nel caso di pruriti diffusi e persistenti, ad escludere patologie sistemiche associate.

Gli esami ematochimici di routine sono volti ad escludere le cause più frequenti di prurito internistico quali diabete mellito, insufficienza renale, colestasi, emopatie, endocrinopatie e neoplasie (soprattutto sindromi paraneoplastiche).

Il prurito da reazione a medicinali è abbastanza frequente ed è provocato da numerosi farmaci; un aiuto in tal senso è rappresentato dalle banche dati di farmacovigilanza.

Il prurito gravidico insorge di solito

dopo il quarto mese e più frequentemente nell'ultimo trimestre; le forme principali sono: da colestasi, *Herpes gestationis* e dermatite polimorfa della gravidanza.

Il prurito senile, legato all'invecchiamento cutaneo, si ascrive ai soggetti ultrasettantenni, in genere è in forma moderata e intermittente, che in seguito può evolvere in ingravescente e continuo.

Parassitosi e patologie cutanee si avvalgono dell'esame a fresco e della biopsia cutanea.

Trattamenti

La terapia eziologia è ovviamente quella che ogni medico deve praticare, quando possibile, ma nella maggior parte dei casi di prurito la terapia resta sintomatica e legata ai mediatori chimici implicati. Va precisato che non vi è un solo mediatore chimico, ma una grande mole di mediatori liberati fondamentalmente dai mastociti (istamina, proteasi e sostanza P), mentre dai linfociti, dai macrofagi e dai linfociti T vengono liberati principalmente interleuchine 2 e 31 e TNF-alfa.

Il ruolo di altri mediatori quali prostaglandine, fattore attivante le piastrine (PAF), serotonina, endorfine ed encefaline è ancora non completamente conosciuto. L'attività dell'istamina spicca tra tutte, pertanto gli antistaminici sono tra i presidi terapeutici più utilizzati, anche se spesso risultano non completamente efficaci oppure vanno utilizzati a dosi in cui prevalgono gli effetti sedativi. I corticosteroidi sistemici vanno usati "*cum grano salis*", per i loro noti effetti collaterali sistemici se utilizzati per periodi prolungati, mentre i cortisonici per uso topico in mousse sviluppati con la tecnologia VersaFoam, risultano essere ben tollerati se usati per brevi cicli ripetuti (3-4 giorni/settimana).

Le aliarnidi, una classe di principi attivi relativamente nuovi (capostipite è la palmitoiletanolamide, studiata sin dagli anni '90), dimostra ottimi risultati poiché porta ad una down-regulation dell'attività mastocitaria: in pratica porta alla riduzione della degranulazione mastocitaria con una ridotto rilas-

scio di istamina, proteasi e sostanza P. In alcune forme di prurito possono risultare utili alcuni farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale, come il naloxone.

Un ruolo complementare, ma non di secondaria importanza, viene svolto dai presidi locali quali detergenti, emollienti, creme basi che non contengono profumi, SLS (sodium lauryl sulfate), conservanti e *nichel tested* in modo da ridurre al minimo possibili eczemi.

Commento alla nota Aifa n. 88

L'atto medico della prescrizione dei corticosteroidi per uso topico a carico del Servizio sanitario nazionale è regolato dalla nota Aifa n. 88.

Ritengo sia una nota poco efficace, forse più delle altre, poiché limita la prescrizione da parte del medico di famiglia di un presidio infungibile nell'armamentario terapeutico (non ci sono formulazioni a carico del Ssn senza nota).

Risulta anche offensiva in quanto obbliga un medico, che quotidianamente usa farmaci salvavita, a rivol-

gersi ad un collega per adempiere a un atto meramente burocratico, poiché se fosse diverso l'intento non reciterebbe "pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche", ma fornirebbe l'elenco dei corticosteroidi che costano di più.

Inoltre qualora si voglia percorrere l'iter burocratico legato alla nota, questo allunga le liste di attesa, aggravando, in ogni caso, i costi sociali e individuali. Ancora una volta il prevalere dell'interesse economico su quello professionale provoca un grave danno al rapporto di fiducia medico-paziente, che costituisce il fondamento primo di qualsiasi tipo di cura.

Le evidenze disponibili, fornite come esplicitazione della nota, ingenerano una confusione tale che sembrano non redatte per agevolare la prescrizione secondo le evidenze, e del prurito, come indicazione, non vi si trova traccia.

Sottolineo infine che l'uso di un corticosteroide, nelle fasi iniziali, può evitare la cronicizzazione di molte dermatosi con l'evidente risparmio per il sistema sanitario, per l'individuo e per la collettività.

Nota Aifa n. 88: cortisonici per uso topico

"La prescrizione a carico del Ssn, su diagnosi dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alla seguente condizione: pazienti affetti da patologie gravi e croniche (per esempio psoriasi, dermatite atopica).

Background

Alcune malattie infiammatorie croniche che colpiscono primariamente la cute, soprattutto quando le lesioni abbiano estensione limitata, possono essere efficacemente controllate, attraverso il ricorso a steroidi per applicazione topica.

L'applicazione topica del farmaco offre il vantaggio di limitare, in buona parte, gli effetti al sito di applicazione. Le condizioni cliniche che possono trarre beneficio da un trattamento con steroidi topici comprendono: gli eczemi da contatto, la dermatite atopica, la psoriasi (per lesioni di estensione limitata, in genere inferiore al 10% della superficie corporea), il pemfigoide bolloso, il lichen planus, il lupus eritematoso discoide cronico ed in misura più limitata la vitiligine. In base alla loro potenza, valutata in genere attraverso test di vasocostrizione, gli steroidi topici possono essere classificati come deboli o di classe I (es. idrocortisone, prednisone, clobetasone butirrato), moderatamente potenti o di classe II (es. triamcinolone acetone, betametasona benzoato e valerato), potenti o di classe III (es. diflucortolone valerato, betametasona dipropionato, fluocinamide) e molto potenti o di classe IV (es. clobetasolo propionato). Un differente modo di classificare gli steroidi topici prevede classi da 1 a 7 ove la classe 1 comprende steroidi molto potenti e la classe 7 steroidi deboli. L'efficacia degli steroidi topici si può potenziare aumentandone l'assorbimento attraverso medicazioni occlusive. Fondamentale è poi considerare la diversa capacità di assorbimento delle varie zone corporee: se si assume pari a 1 l'assorbimento sull'avambraccio, sullo scroto questo è 40 volte maggiore, 6 volte maggiore sulla fronte e 4 volte maggiore nella regione delle ascelle."