Le prurit chez l'adulte

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 30 (2), février 2022

INTRODUCTION

Le prurit chronique peut avoir de nombreuses causes, ce qui en complique le diagnostic et la prise en charge. Les démangeaisons peuvent être accompagnées d'une éruption cutanée, mais certains patients atteints de prurit ne présentent aucun signe dermatologique; il est alors encore plus difficile d'en élucider la cause. La prise en charge des symptômes peut également poser problème, car les options thérapeutiques initiales ne soulagent pas toujours les patients. Les cliniciens doivent essentiellement reconnaître les signes d'alarme, cerner et traiter les causes sous-jacentes et employer une approche de prise en charge par étapes afin de soulager les symptômes.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de reconnaître les principales caractéristiques diagnostiques lorsqu'ils procèdent à l'évaluation clinique de patients adultes présentant un prurit chronique, y compris des signes d'alarme;
- d'utiliser une approche fondée sur des données probantes aux fins de l'examen et de la prise en charge des patients atteints de prurit chronique;
- de prendre en charge le prurit chronique qui ne répond pas aux options thérapeutiques initiales.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux..... 4
Commentaires des histoires de cas 12
Collaborateurs et déclarations..... 16
Références bibliographiques 17
Annexes 19

Cadre de ce module

Ce module présente une approche générale aux fins de l'évaluation et de la prise en charge des causes courantes du prurit chronique chez l'adulte, à l'exclusion du prurit touchant les femmes enceintes. Il ne renferme pas de description détaillée de certaines affections dermatologiques comme la dermatite atopique ou l'urticaire, et il n'y est pas question des démangeaisons génitales (vulvaires, vaginales, périanales).

Remarque : *Des conseils pour la pratique basés sur l'expérience clinique de cette affection sont inclus tout au long de la section Renseignements généraux.*

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Franco, âgé de 66 ans

Franco vous consulte aujourd'hui pour faire vérifier sa tension artérielle, car elle était élevée lors de sa dernière consultation il y a plus de six mois. Il rapporte un problème de démangeaisons cutanées persistant depuis sa dernière visite. Ses démangeaisons sont constantes, d'intensité variable, et affectent le tronc, la région fessière et les membres. Elles perturbent occasionnellement son sommeil. Il a essayé plusieurs crèmes non médicamenteuses en vente libre à la pharmacie, mais aucune ne lui a procuré de soulagement durable; il ne connaît pas le nom des produits essayés .

Franco, analyste commercial à la retraite, est marié et aime passer du temps avec ses petits-enfants. Ses antécédents médicaux comprennent l'hypertension, une coronaropathie et une stéatose hépatique. Il prend les médicaments suivants : candésartan à 16 mg une fois par jour, chlorthalidone à 12,5 mg une fois par jour (ajouté lors de la dernière visite car sa tension artérielle n'était pas maîtrisée), métoprolol à 25 mg deux fois par jour, atorvastatine à 40 mg une fois par jour et AAS à 81 mg une fois par jour. Il a fumé pendant 40 ans, mais a arrêté il y a 10 ans. Il boit une bouteille de vin artisanal par jour. Il n'a pas d'antécédents de néphropathie; d'après ses dernières analyses de laboratoire effectuées il y a un an, sa fonction rénale et ses enzymes hépatiques étaient normales.

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique?

Deuxième partie

Franco n'a pas d'antécédents de démangeaisons ou d'éruptions cutanées graves; il n'a jamais reçu de diagnostic d'allergies environnementales ou alimentaires. Les démangeaisons ont précédé de plusieurs semaines une éruption cutanée. L'intensité des démangeaisons fluctue et a récemment augmenté. Il ne présente aucun autre symptôme, même général, en dehors des démangeaisons. Il n'est pas en mesure de reconnaître de facteurs déclenchants; en particulier, il n'a pas commencé à utiliser de nouveaux produits pour le bain, la lessive ou les soins de la peau autres que les crèmes « anti-démangeaisons » qu'il a essayées depuis l'apparition des symptômes. Il n'a pas voyagé dernièrement. Sa femme se porte bien et ne présente aucun symptôme.

Il a d'abord pensé que les démangeaisons pouvaient être dues au médicament contre la tension artérielle récemment ajouté et a arrêté de le prendre pendant quelques jours. Comme cela ne lui a procuré aucun soulagement, il l'a repris. L'utilisation régulière d'un humidificateur ne lui a pas non plus été utile.

L'examen de la peau révèle une xérose des avant-bras, des cuisses et des fesses, un léger érythème et quelques excoriations et croûtes. La paume des mains, la plante des pieds, le visage, le cuir chevelu et les plis cutanés ne sont pas affectés. Aucune autre lésion cutanée notable n'est constatée. L'examen de son abdomen est normal. Il ne présente pas de lymphadénopathie. L'examen cardiovasculaire est normal. Aujourd'hui, sa tension artérielle est de 135/78. Son IMC est de 28.

Quelle serait votre approche pour les examens et la prise en charge?

Troisième partie – un mois plus tard

Les résultats des analyses de Franco étaient les suivants : Hb : 128, ferritine : 332; autres paramètres cellulaires normaux, TFGe : 56, Cr : 111, électrolytes normaux. Les taux d'HbA1c et de lipides se situent dans l'intervalle des valeurs cibles optimales. Les analyses de la fonction hépatique ont donné les résultats suivants : AST : 40; ALT : 52; GGT : 66 (toutes légèrement élevées); bilirubine : 8; phosphatases alcalines : 110; albumine : 48.

Les démangeaisons et l'éruption cutanée généralisées de Franco persistent, même si les excoriations se sont atténuées grâce au corticostéroïde topique et à la diminution du grattage. Il a également suivi vos conseils et boit environ « la moitié de ce qu'il buvait avant ». Il vous interroge sur la cause de son état et demande s'il y a quelque chose de plus fort que vous pourriez lui recommander pour le débarrasser définitivement des démangeaisons. Les antihistaminiques en vente libre ne lui ont été d'aucun secours.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Cas numéro 2 : Harmina, âgée de 54 ans

Harmina appelle pour demander une ordonnance de prednisone par voie orale. Il y a un mois, elle a été traitée pendant trois jours par l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole par voie orale à la suite d'une infection des voies urinaires, et a présenté des démangeaisons corporelles pénibles et généralisées sans éruption cutanée. Les démangeaisons ont commencé sur les avant-bras et les cuisses, puis ont touché le torse, le cou et le cuir chevelu. La clinique de garde lui a prescrit un traitement de cinq jours à base de prednisone par voie orale, qui l'a soulagée. Les symptômes sont progressivement réapparus après la fin du traitement par la prednisone.

Les démangeaisons de Harmina sont constantes et s'intensifient lorsqu'elle fait de l'activité physique, transpire ou prend une douche. Elle n'a pas constaté d'éruption cutanée à part des marques de grattage. Elle n'a rien changé à ses produits de soins de la peau, de bain ou de lessive. Elle n'est pas en mesure de cerner les facteurs précurseurs, à part l'antibiotique qu'elle avait toléré antérieurement. Elle ne présente aucun autre symptôme à part la fatigue, qu'elle attribue à son sommeil perturbé.

Harmina applique des compresses froides et prend quotidiennement de la cétirizine pour soulager ses démangeaisons. Elle a triplé la dose recommandée sans obtenir de soulagement suffisant. Elle a également essayé la loratadine et la fexofénadine, sans résultat. Elle a essayé divers hydratants, dont la farine d'avoine colloïdale (Aveeno) et la gelée de pétrole. Elle a aussi essayé des crèmes d'hydrocortisone à 1 % et de diphénhydramine (Benadryl). Aucun de ces traitements n'a été efficace.

Harmina est mariée et a deux enfants adolescents. Elle travaille comme infirmière en chirurgie, métier qu'elle trouve stressant. Son sommeil étant perturbé depuis l'apparition des démangeaisons, elle est épuisée et trouve qu'elle a du mal à bien remplir ses fonctions.

Harmina est généralement en bonne santé, à l'exception d'un IMC élevé. Elle essaie de perdre du poids et suit actuellement un régime cétogène. Elle a des antécédents

lointains d'allergie à l'herbe à poux. Elle est également allergique au latex, au kiwi, à la noix de coco et aux champignons, et évite tous ces produits. Depuis de nombreuses années, Harmina prend une dose stable de lévothyroxine pour son hypothyroïdie. Elle n'utilise pas de produits en vente libre ni de suppléments, à part des antihistaminiques, au besoin. Elle boit trois cafés par jour, ne fume pas, consomme quatre boissons alcoolisées par semaine et ne prend aucune autre substance.

Vous fixez un rendez-vous en personne durant lequel vous confirmez l'absence d'éruption cutanée, à l'exception de marques de grattage superficielles sur ses avant-bras et sa poitrine; l'examen physique est normal.

Comment aborderiez-vous les examens et la prise en charge à ce stade?

Deuxième partie – trois mois plus tard

Harmina vous consulte virtuellement au sujet de ses démangeaisons persistantes qui se sont atténuées, sans toutefois disparaître complètement, sauf lorsqu'elle a pris de la prednisone par voie orale. Elle n'a pas toléré l'hydroxyzine en raison d'une somnolence excessive; elle craignait que son travail soit affecté. Elle est passée à la bilastine qu'elle prend tous les jours et dont les bienfaits sont négligeables. L'arrêt du régime cétogène n'a pas aidé. Elle évite de faire de l'activité physique et prend des douches froides. Dernièrement, elle a l'impression que les démangeaisons et le manque de sommeil la « rendent folle ». Elle est contrariée et en larmes.

Les résultats des premières analyses de laboratoire de Harmina sont les suivants : Hb : 126; leucocytémie : 4,2; plaquettes : 340; ferritine : 32; TFGe : 51; Cr : 106; électrolytes normaux, ALT : 68; GGT : 59 (toutes deux légèrement élevées); TSH : 2,69. Elle ne présente aucun facteur de risque connu d'hépatite B ou C, hormis le fait qu'elle travaille dans le secteur de la santé, mais elle a été vaccinée contre l'hépatite B comme elle y était tenue dans le cadre de son travail. Son voyage le plus récent était à Cuba il y a un an.

Les analyses de suivi ce mois-ci sont rassurantes, les fonctions hépatiques et rénales étant normalisées. Les électrolytes, l'électrophorèse des protéines sériques et les taux de vitamine B_{12} sont tous normaux. La sérologie du VIH est négative et l'immunité contre l'hépatite B est confirmée. Le taux d'A1C à 6,2 concorde avec un nouveau diagnostic de prédiabète.

Les tests de la piqûre épidermique ont été récemment refaits, et ne se sont révélés positifs que pour l'herbe à poux. Une consultation électronique en dermatologie a permis de confirmer que « le prurit n'est pas un problème de peau »; une consultation électronique en neurologie a permis de confirmer qu'il n'était pas attribuable à un « problème neurologique ». La peau de Harmina demeure d'apparence normale, à l'exception d'excoriations superficielles dues au grattage. Vous diagnostiquez un prurit idiopathique.

Quelle serait votre prise en charge au quotidien?

Cas numéro 3 : Basma, âgée de 75 ans

Basma vous consulte régulièrement pour faire surveiller ses problèmes de santé chroniques. Lors du rendez-vous d'aujourd'hui, vous constatez qu'elle se gratte fréquemment le décolleté et les bras. À l'examen, vous constatez une lichénification de la peau dans ces zones, ainsi que quelques excoriations humides et des croûtes dorées.

Basma est atteinte de démangeaisons cutanées depuis plusieurs mois, mais elle n'en parle pas, car elle est préoccupée par d'autres problèmes de santé et soucis familiaux plus graves. Aujourd'hui, elle reconnaît à quel point la prise en charge des démangeaisons est difficile. Elle se gratte sans s'en rendre compte, qu'elle soit éveillée ou endormie. La crème de son mari à base de bétaméthasone lui procure un soulagement partiel.

Basma est mariée et vit dans un appartement pour personnes âgées avec son mari, qui ne présente ni démangeaisons ni éruptions cutanées. Assistante sociale à la retraite, elle aime cuisiner et regarder la télévision. Son fils est actuellement en instance de divorce et elle craint de ne plus pouvoir voir ses petits-enfants. Elle boit deux cafés par jour. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool ou d'autres substances.

Ses problèmes de santé sont les suivants : obésité, hypertension, arthrose, asthme, reflux gastro-œsophagien (RGO), néphropathie chronique, syndrome des jambes sans repos et dépression. En raison de la douleur chronique intense causée par son arthrose, elle est de moins en moins mobile et de plus en plus faible. Elle admet que le déclin de ses fonctions et la situation de son fils sont d'importants facteurs de stress, mais elle ne rapporte pas de dépression.

Basma prend les médicaments suivants : Hydromorph Contin à 6 mg deux fois par jour, vérapamil à 240 mg une fois par jour, pantoprazole à 40 mg une fois par jour, atorvastatine à 40 mg une fois par jour, duloxétine à 60 mg une fois par jour, périndopril à 10 mg une fois par jour, vitamine D à 1000 UI une fois par jour, fluticasone/salmétérol en inhalateur à raison de 2 inhalations deux

fois par jour et salbutamol en inhalation au besoin.

Elle présente des allergies confirmées à l'AAS, aux sulfamides et à la pénicilline; on lui a aussi conseillé d'éviter les bêtabloquants en raison de la gravité de son asthme.

Les analyses de routine de Basma évoquent une anémie stable caractéristique d'une maladie chronique (Hb : 103, normocytaire, normochrome) et l'aggravation de sa néphropathie chronique, qui est maintenant dans la catégorie « grave » : TFGe de 29; Cr à 146; urée à 3,60 mmol/L. Sa tension artérielle est bien maîtrisée; elle est aujourd'hui à 130/75.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite en matière d'examens et de prise en charge?

Deuxième partie – un mois plus tard

Elle a arrêté de prendre la loratadine par voie orale, qu'elle a essayée sans toutefois la trouver utile. Elle applique une crème à base de bétaméthasone à 0,05 % deux fois par jour, ce qui la soulage un peu, même si les démangeaisons persistent. L'impétigo a disparu grâce à l'acide fusidique topique à 2 %.

Vous attendez toujours la réévaluation de son allergologue, même si elle a rencontré entre-temps son pharmacien pour passer en revue ses médicaments. Elle a été informée que son opioïde pourrait être à l'origine de ses démangeaisons, bien qu'elle ne puisse envisager de l'arrêter. Elle a essayé d'innombrables analgésiques, y compris d'autres opioïdes, pendant de nombreuses années, avant d'opter pour ce médicament qu'elle juge le plus efficace pour le soulagement de sa douleur intense.

Basma a un rendez-vous en néphrologie dans trois mois et évite actuellement de consommer des produits néphrotoxiques. Ses examens de dépistage du cancer recommandés sont à jour. Elle ne présente aucun autre nouveau symptôme, même général. Vous lui faites passer un examen physique à votre cabinet (appareil cardiaque, appareil respiratoire, abdomen et système lymphatique) et ne constatez rien de nouveau ou d'inquiétant.

Quelle serait votre prise en charge à ce stade?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Le prurit désigne une sensation de démangeaisons qui s'accompagne d'une envie irrépressible de se gratter. Il est généralement causé par une xérose (peau sèche), en particulier chez les personnes âgées, mais il peut également être le symptôme d'autres affections dermatologiques et non dermatologiques (tableau 1)[1]. Le prurit est considéré comme étant chronique lorsque les démangeaisons persistent pendant au moins six semaines. Chez certains patients, le prurit peut précéder de plusieurs années le diagnostic d'une maladie sous-jacente, et il peut être le signe précoce d'un cancer (p. ex., un lymphome de Hodgkin)[1].

2. La physiopathologique des démangeaisons est complexe. La sensation de démangeaisons prend naissance dans de minuscules fibres C non myélinisées de l'épiderme et de la jonction dermo-épidermique; certaines de ces fibres nerveuses sont sensibles à l'histamine, mais la plupart ne le sont pas. Les interactions entre les lymphocytes T, les mastocytes, les neutrophiles, les éosinophiles, les kératinocytes et les cellules nerveuses, ainsi que la libération de cytokines inflammatoires, de protéases et de neuropeptides, exacerbent la sensation de démangeaisons. Les régions du système nerveux central responsables de l'envie de se gratter et celles responsables des sensations douloureuses se chevauchent. Les démangeaisons chroniques peuvent résulter d'une hypersensibilisation des nerfs périphériques et centraux, d'une plus grande réactivité des fibres nerveuses responsables des démangeaisons à des stimuli tels que la chaleur ou le grattage, et même le toucher dans certains cas[2].

3. La sensation de démangeaisons peut être généralisée ou localisée, et s'accompagner ou non de lésions cutanées. Certains patients peuvent présenter plusieurs facteurs reconnaissables favorisant leurs démangeaisons (prurit mixte), tandis que d'autres n'en exhibent aucun (prurit idiopathique). Le prurit chronique peut expliquer de la même manière que la douleur chronique, en ce sens que le système neurologique subit des modifications qui entraînent la persistance du symptôme de démangeaisons sans lien avec l'évolution d'une maladie sous-jacente ou avec les facteurs contributifs initiaux[1].

4. Les études épidémiologiques sur le prurit sont rares. Quatre études sur les soins primaires laissent penser que la xérose est la cause la plus fréquente de prurit, suivie de la dermatite de contact. Les maladies infectieuses comme le zona, la varicelle et les mycoses, constituent la deuxième cause la plus fréquente (0-12 %). Un prurit idiopathique a été rapporté chez 2 à 23 % des patients. Ces études étaient limitées par les renseignements insuffisants sur les médicaments utilisés, et aucune affection généralisée n'avait été rapportée[6]. Quatre études rétrospectives menées dans des cliniques dermatologiques de consultations externes (recevant surtout des patients recommandés par un autre médecin) ont révélé que les maladies

Tableau 1. Causes du prurit[1-4]

Lésions cutanées	Causes sous-jacentes possibles	
Des lésions cutanées primaires sont généralement présentes. Des lésions cutanées secondaires dues au grattage chronique sont également possibles.	Dermatologiques	Xérose Psoriasis. Réaction à des piqûres d'insectes. Gale. Urticaire. Eczéma/dermatite atopique. Dermatite de contact. Lichen plan.
Les lésions cutanées primaires sont généralement **absentes.** Des lésions secondaires dues au grattage chronique sont possibles.	Générales	Carence en fer. Cholestase, cholangite biliaire primitive. Néphropathie chronique (~40 % des personnes sous dialyse sont atteintes de prurit)[5]. Polyglobulie essentielle, syndromes myéloprolifératifs. Cancers (lymphome). Infection (p. ex., VIH/sida, hépatite virale, parasitose, zona). Diabète (généralement lorsqu'il n'est pas maîtrisé). Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie. Insuffisance cardiaque. Réaction à un médicament ou effet secondaire (tableau 2). Régime cétogène (Renseignements généraux, point 8).
	Neuropathiques	Dorsalgie paresthésique (trouble neurologique provoquant des démangeaisons au milieu du dos). Névralgies postzostériennes. Prurit brachio-radial. Rare : sclérose en plaques, tumeur cérébrale.
	Psychogènes	Anxiété. Trouble obsessionnel compulsif. Trouble de l'alimentation. Dépression. Trouble délirant (p. ex., délire dû à une parasitose). Psychose. Consommation/mésusage d'une substance psychoactive.

généralisées étaient la cause sous-jacente du prurit chez 14 à 24 % des patients[7].

Remarque : Le prurit est l'un des symptômes dermatologiques les plus fréquents dont se plaignent les personnes âgées. La prévalence de la xérose dans cette population se situe entre 38 et 85 %[8].

ÉVALUATION ET DIAGNOSTIC

Remarque : Il n'existe aucune donnée probante sur la stratégie optimale d'évaluation du prurit. L'approche générale en matière d'évaluation préconisée dans les publications est fondée sur l'opinion d'experts.

5. Un diagnostic différentiel vaste est nécessaire pour aborder le prurit généralisé chronique en raison du grand nombre de facteurs et d'appareils ou systèmes susceptibles d'y contribuer (tableau 1). Comme nous l'avons déjà noté, il peut s'agir d'affections bénignes comme la xérose, ou de maladies graves comme une tumeur maligne ou une insuffisance rénale. L'évaluation comprend l'examen attentif des antécédents médicaux, l'examen physique et certains tests (voir l'algorithme de l'annexe 1).[3]

- L'anamnèse doit viser à recueillir de l'information sur les aspects suivants :
  - L'apparition (O pour « onset ») des symptômes, les facteurs Provoquants ou déclenchants/atténuants, la Qualité/le type, la Région/l'irradiation, la Sévérité/gravité et le Temps (OPQRST) écoulé depuis leur apparition en ce qui concerne les démangeaisons, les changements cutanés et leur association temporelle.
  - Les médicaments en vente libre ou sur ordonnance, les produits de soins personnels et de lessive, les allergies.
  - Les antécédents de voyages.
  - Les antécédents médicaux personnels et familiaux.
  - Les symptômes généraux (p. ex., anorexie, perte de poids, fatigue, sueurs nocturnes).
  - Un examen des systèmes et appareils si leur

origine est incertaine.
- Se reporter au modèle SIFA (sentiments/craintes, idées, répercussions sur le fonctionnement, attentes) à l'égard du prurit et de la visite.

6. *Signes d'alarme évoquant une maladie sous-jacente plus grave* : Un prurit associé à une peau normale peut évoquer une maladie généralisée, neuropathique ou psychiatrique sous-jacente[1]. Cependant, il n'y a pas forcément de corrélation entre la présence ou l'absence de lésions cutanées et une cause systémique sous-jacente. Il faut être attentif aux symptômes généraux comme l'anorexie, la perte de poids, les sueurs nocturnes et la fatigue, qui pourraient signaler des affections sous-jacentes non dermatologiques comme une tumeur maligne ou une maladie métabolique, ainsi qu'aux signes et symptômes associés aux maladies hépatiques et rénales.

7. *Médicaments causant du prurit :* Le prurit peut être un effet secondaire de médicaments et bien que des mécanismes sous-jacents possibles aient été proposés (p. ex., lésions hépatiques, réaction allergique), ceux-ci ne sont pas clairs dans tous les cas. Une éruption cutanée peut être présente ou absente[1,9,10]. Les données probantes sur les médicaments causant du prurit sont limitées, mais les principaux responsables sont les analgésiques opioïdes, la chloroquine chez les patients de race noire et certains antibiotiques (tableau 2).

8. *Alimentation :* Le régime cétogène peut **rarement** provoquer une « éruption cutanée cétogénique[11] ». Des rapports de cas ont établi un lien entre la cétose et le prurigo pigmentosa, un trouble inflammatoire de la peau qui peut disparaître avec la réintroduction des glucides dans le régime alimentaire[11,12]. Des études de cohorte de plus grande envergure seraient nécessaires pour confirmer tout lien entre la cétose et le prurigo pigmentosa[11].

9. *Examen physique :* L'examen doit inclure une évaluation de la peau à la recherche de xérose, d'éruptions cutanées et d'autres lésions; les frottements et grattements chroniques peuvent produire des changements cutanés secondaires non spécifiques, notamment une lichénification, des nodules de prurigo (voir les photos sur le site Web www.dermnet.com/: taper « prurigo nodularis » dans la barre de recherche), des infections ou des excoriations[2,3]. Les grattements et les frottements peuvent aggraver les démangeaisons, mais n'entraînent pas toujours des lésions cutanées.
   - La sensibilisation neuronale aux démangeaisons perpétue le cycle démangeaisons-grattage. Le grattage prolongé peut entraîner un prurigo chronique qui se caractérise par des lésions prurigineuses localisées ou généralisées (c'est-à-dire des papules, des nodules ou des plaques pouvant paraître excoriées, écaillées ou croûtées, délimitées par une bordure hyperpigmentée et dont le centre est rose ou blanchâtre)[13].

Tableau 2. Médicaments couramment associés au prurit*[9]

Classe	Type	Fréquence
Analgésiques	Opioïdes	2 % à 10 % (par voie orale); 100 % (par voie intrathécale)
	AINS	1–7 %
Antibiotiques	Pénicillines	2–20 %
	Triméthoprime/sulfaméthoxazole	2–10 %
	Quinolones	1–4 %
	Tétracyclines	1–2 %
	Métronidazole	< 5 %
	Céphalosporines	< 2 %
	Macrolides	< 03 %
Antidiabétiques	Dérivés des sulfonylurées	< 5 %
Antihypertenseurs	IECA	1–15 %
	Inhibiteurs calciques	< 2 %
	Méthyldopa	< 2 %
Antipaludiques	Chloroquine	De 60 à 70 % des patients de race noire (rare chez les patients de race blanche ou asiatique)
Antihyperlipidémiants	Statines	16 %

* Voici d'autres médicaments liés au prurit (fréquence rare ou rapport de cas seulement) : certains anticoagulants, amiodarone, antidépresseurs tricycliques, ISRS, neuroleptiques, certains antiépileptiques, médicaments pour la thyroïde, corticostéroïdes, biguanides, certains antihypertenseurs et certains antibiotiques.

10. La première étape à franchir pour établir la cause sous-jacente du prurit consiste à déterminer si les démangeaisons siègent sur un foyer cutané primaire *pathologique* ou *normal* (annexe 1). Les considérations dermatologiques qu'il faut garder à l'esprit sont les suivantes[2] :
    - Les patients atteints de xérose peuvent ne présenter aucun changement cutané significatif, bien que des plaques inflammatoires rouges et squameuses puissent être présentes dans certains cas.
    - Certaines lésions primaires peuvent être dissimulées par des lésions secondaires et ne sont pas forcément révélatrices de la cause primaire du prurit (p. ex., la gale peut se manifester par une dermatite ou, plus rarement, une urticaire, même si les excoriations constituent souvent le seul changement cutané).

11. Lorsque l'anamnèse l'indique, rechercher les stigmates/la présence :
    - d'une maladie hépatique (p. ex. jaunisse, hépato-splénomégalie, hippocratisme, télangiectasies, érythème palmaire, ascites, gynécomastie, chute de cheveux, ecchymoses);
    - d'une maladie rénale (pâleur, œdème, hypertension);
    - d'une tumeur maligne (perte de poids, pâleur, lymphadénopathie, masses, hépato-splénomégalie);
    - d'une maladie thyroïdienne (thyromégalie/ nodules, changement du poids, xérose, fréquence cardiaque)[3,4];
    - de troubles de santé mentale.

12. *Examens* : La plupart des patients atteints de prurit ne nécessitent pas d'examens complémentaires pour l'établissement d'un diagnostic ou la résolution du symptôme. Chez les patients qui ne répondent pas à un court traitement antiprurigineux de base ou chez qui l'évaluation clinique le justifie, des examens complémentaires doivent être effectués (annexe 1)[3]. Ces examens sont particulièrement importants en cas de symptômes d'alarme et chez les personnes atteintes de maladies chroniques connues prédisposant au prurit.
    a) Les analyses de laboratoire visant spécifiquement à établir le diagnostic différentiel du patient peuvent notamment inclure : les tests de la fonction rénale (TFGe, Cr, urée, électrolytes); les tests de la fonction hépatique (AST, ALT, bilirubine, GGT, phosphatase alcaline, albumine, RIN, temps de céphaline); la formule sanguine complète (FSC, ferritine); la fonction thyroïdienne (TSH); la vitamine B_{12}; la recherche d'une hépatite et la sérologie du VIH.
    b) Des examens d'imagerie comme la radiographie, l'échographie ou la tomodensitométrie (TDM) peuvent être utiles pour explorer les résultats évocateurs d'une tumeur maligne ou en cas d'atteinte des organes cibles.
    c) En présence de certains résultats dermatologiques, une biopsie de la peau peut aider à poser un diagnostic[3].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 1 : Pour obtenir une biopsie cutanée, il est conseillé de choisir une zone d'éruption cutanée active (la plus récente) et de prélever des échantillons à plusieurs endroits.

13. Le prurit idiopathique est un diagnostic d'exclusion. Un examen périodique par des visites de suivi est considéré comme une bonne pratique, car une cause sous-jacente du prurit peut ne pas être immédiatement apparente, mais se préciser au fil du temps[10].

PRISE EN CHARGE DU PRURIT

14. Nous disposons de peu de données issues d'études comparatives randomisées concernant le traitement du prurit, en particulier le prurit idiopathique[1,3,14]. L'efficacité des traitements actuels varie selon les patients[3]. La prise en charge consiste à traiter la ou les causes sous-jacentes, le cas échéant, tout en soulageant les symptômes prurigineux. Une approche par étapes est recommandée par les lignes directrices européennes de 2019 (annexe 1)[1].

15. *Prise en charge de l'affection sous-jacente :* Les dermatoses sous-jacentes peuvent être traitées de la manière décrite à l'annexe 1. Les allergènes de contact et les médicaments qui causent du prurit doivent être évités ou arrêtés lorsque c'est possible. Le traitement des affections médicales sous-jacentes peut contribuer à atténuer le prurit. Les traitements antiprurigineux peuvent être efficaces même si l'affection sous-jacente ne peut être traitée[1].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 2 : Si cela est possible, sûr et acceptable, un « congé thérapeutique » suivi de la reprise du traitement peut contribuer à élucider la cause du prurit.

16. *La prise en charge du prurit* comprend des mesures antiprurigineuses générales (tableau 3) et des traitements antiprurigineux (topiques ou généraux). La peau sèche doit toujours être traitée quelle que soit la cause du prurit. Si le patient ne répond pas au traitement conservateur, évaluer dans quelle mesure il adhère au schéma thérapeutique, lequel comprend les soins de la peau, avant de lui recommander des traitements par voie générale[1]. Dans les cas graves, une prise en charge initiale par voie générale peut être justifiée parallèlement aux stratégies conservatrices de base. Il faut alors tenir compte du degré de souffrance du patient et des répercussions sur ses

capacités fonctionnelles, ainsi que des modalités déjà essayées.

Hydratants

17. L'évaporation de l'eau de la couche superficielle de l'épiderme assèche la peau. Les hydratants servent à préserver la barrière épidermique, à prévenir la déshydratation et à protéger contre les irritants/allergènes et les agents pathogènes infectieux causant du prurit ou de la douleur[17]. Certains peuvent également contenir des agents antiprurigineux (p. ex., menthol, palmitoyléthanolamide, pramoxine)[18].

18. Les principaux types d'ingrédients contenus dans les crèmes hydratantes sont les suivants[19] :
    - Agents humectants : hydrophiles, ils retiennent l'eau (p. ex., glycérol, lactate, urée).
    - Occlusifs : bloquent l'évaporation de l'eau (p. ex., gelée de pétrole, lanoline, huile minérale).
    - Émollients : lipides et huiles qui comblent les zones rugueuses et lissent la peau (p. ex., stérols, lanoline, glycol, stéarates de glycéryle). Certains agents humectants et occlusifs servent également d'émollients.
    - Agents réparateurs : aident la peau à former une barrière naturelle (p. ex., crèmes à base de céramide).

19. Compte tenu de la multiplicité des ingrédients et des techniques de marketing, il peut être difficile pour les patients de savoir quelle crème hydratante choisir. Le glycérol et l'urée sont les ingrédients appuyés par le plus de données probantes à ce jour[1]. Une revue Cochrane réalisée en 2017 fait état d'une amélioration de la peau plus importante chez les patients atteints d'eczéma qui utilisent des crèmes hydratantes contenant les ingrédients suivants[20] :
    - Glycérol – risque relatif (RR) : 1,28 (IC à 95 % : 1,06-1,53); 1 étude comparative randomisée, n = 129 [preuves de faible qualité].
    - Urée – RR : 1,22 (IC à 95 % : 1,01-1,48); 1 étude comparative randomisée, n = 134 [preuves de qualité modérée].

20. À ce jour, la supériorité clinique d'un hydratant par rapport à un autre n'est pas étayée par des données cohérentes[17]. Les patients doivent utiliser l'hydratant de leur choix, celui qui leur procure un soulagement, qu'ils peuvent appliquer régulièrement et généreusement et qu'ils trouvent abordable. Les onguents et les crèmes sont plus hydratants que les lotions et les gels :
    - Les onguents sont à base d'huile et occlusifs, mais ils peuvent laisser une sensation grasse sur la peau.
    - Les gels sont à base d'alcool et il est préférable de les éviter en raison de leur caractère asséchant.

Tableau 3. Mesures générales de soulagement du prurit[1,15-17]

Mesures à prendre	
À recommander à tous les patients	• Vêtements souples et perméables à l'air, comme le coton. • Températures nocturnes fraîches dans la chambre à coucher. • Produits de soins personnels hypoallergéniques et non parfumés. • Application d'hydratants pour la peau 1 à 3 fois par jour, sur la peau humide dans les minutes qui suivent le bain ou la douche (voir la section Hydratants). • Crèmes, lotions ou gels pour la nuit contenant de l'urée (5 à 10 %), du glycérol (20 %), du menthol (10 %), de la pramoxine (1 %), de la farine d'avoine colloïdale (1 %) (Renseignements généraux, points 19, 24, 26; tableau 4). • Utiliser de l'eau tiède (pas chaude) pour le bain ou la douche afin d'éviter l'assèchement excessif de la peau. • Prendre des bains ou des douches de plus courte durée (< 20 minutes); de la farine d'avoine (poignée d'avoine, produit de bain Aveeno) peut être ajoutée à l'eau du bain. • Pour sécher la peau après le bain, la tamponner au lieu de la frotter. • Enveloppements humides rafraîchissants. • Soins des ongles : garder les ongles courts et propres pour éviter les éraflures et le risque d'infection secondaire.
À éviter/à réduire au minimum	• Sueurs. • Climat sec, sauna, produits topiques contenant de l'alcool, lavages et bains fréquents : ces facteurs assèchent la peau. • Stress émotionnel, fatigue. • Substances allergènes ou irritantes (p. ex., laine).
À inclure	• Techniques de relaxation. • Information sur le cycle grattage-démangeaisons qui peut exacerber le prurit et irriter la peau.

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 3 : Il peut être difficile d'appliquer des émollients sur le dos. Les patients peuvent utiliser une spatule ou un petit rouleau à peinture recouvert de crème. Il est également très apaisant d'appliquer un émollient qui aura refroidi au réfrigérateur. Rechercher une mention de la Société canadienne de l'eczéma sur l'étiquette.

Traitements antiprurigineux topiques

Encadré 1. Conseils cliniques pour le traitement topique[21]

Conseils généraux
- 1 gramme de crème recouvre 100 cm^2 de surface corporelle.
- On peut avoir besoin de 5 à 10 % de moins d'onguent que de crème.

Quantité totale nécessaire pour une application 2 f.p.j. pendant 7 jours sur les zones suivantes :
- Une main, les deux coudes, le visage, la région génitale – 15 g.
- Un bras, la tête, le visage et le cou – 20-30 g.
- Avant ou arrière du tronc – 30-45 g.
- Une jambe – 45-60 g.
- Tout le corps – 500-1000 g.

21. Lorsque le prurit exige des traitements sur ordonnance, les agents topiques sont généralement utilisés en première intention (annexe 2). Les traitements à envisager en fonction de la ou des causes sous-jacentes comprennent les corticostéroïdes, les inhibiteurs de la calcineurine, la capsaïcine, le menthol et les anesthésiques locaux (p. ex., pramoxine, lidocaïne, prilocaïne)[1,3].

22. *Les corticostéroïdes* agissent en inhibant l'inflammation et sont recommandés par les lignes directrices européennes comme traitement de première intention des dermatoses prurigineuses[22]. Utiliser des préparations de puissance moyenne ou élevée sur le tronc et les extrémités, et de faible puissance sur le visage et les zones intertrigineuses, à une fréquence de 1 à 2 fois par jour pendant 1 à 3 semaines. Éviter l'utilisation prolongée en raison du risque d'effets indésirables cutanés, notamment l'atrophie, l'acné, les vergetures, les ecchymoses et les télangiectasies[17,22]. Les corticostéroïdes topiques ne doivent pas être prescrits sans un diagnostic confirmé ou suspecté à l'égard duquel leur efficacité est reconnue.

23. *Inhibiteurs de la calcineurine :* Ces onguents sont utilisés pour les dermatoses inflammatoires comme la dermatite atopique. Bien qu'ils puissent provoquer un prurit transitoire au début, ils sont efficaces à moyen terme contre la dermatite atopique sans causer les effets indésirables des corticostéroïdes[1]. Les patients ont souvent une sensation de brûlure à la première application, mais celle-ci devrait s'atténuer après 4 à 10 jours d'utilisation régulière[23,24]. Les patients doivent en être informés pour ne pas qu'ils arrêtent prématurément le traitement avant d'avoir pu en tirer profit.
    - Le tacrolimus à 0,1 % et à 0,03 % s'est montré d'une efficacité analogue à celle des corticostéroïdes puissants, et a atténué la dermatite atopique de façon plus prononcée que les corticostéroïdes légers et le pimecrolimus [preuves de qualité faible à modérée]. Le tacrolimus à 0,1 % a été plus efficace que celui à 0,03 % [preuves de qualité élevée][25].
    - Aucune des deux concentrations n'a été associée à une augmentation des tumeurs malignes ou de l'atrophie cutanée[25].

24. *Les anesthésiques locaux* (p. ex., benzocaïne, lidocaïne, pramoxine) perturbent la transmission nerveuse périphérique associée au prurit. Dans les lignes directrices européennes, ces agents sont conseillés pour le prurit localisé[1]. Une petite étude comparative randomisée (n = 28) a montré que la pramoxine à 1 % soulageait le prurit associé à la néphropathie chronique[26].

25. *La capsaïcine,* l'ingrédient actif des piments de Cayenne, est souvent utilisée pour soulager la douleur. La désensibilisation à la première sensation de brûlure se produit après une utilisation répétée et s'explique par une réduction de la substance P dans la peau. Des petites études contrôlées ont montré que la capsaïcine réduit le psoriasis prurigineux, le prurit anal, le prurit neuropathique et le prurit associé à la néphropathie chronique [preuves de faible qualité][1,27-29].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 4 : L'observance du traitement (administré 3 ou 4 fois par jour) est cruciale pour l'obtention du bienfait de la capsaïcine, car la substance P se reconstitue rapidement lorsque la fréquence d'utilisation commence à diminuer, ce qui permet le retour de la sensation de brûlure initiale.

26. *Le menthol* est un alcool fabriqué synthétiquement ou extrait d'huiles de menthe. Il crée une sensation de refroidissement suivie d'un engourdissement pouvant durer jusqu'à 70 minutes. Il est utilisé dans les lotions et les onguents à une concentration de 1 à 10 %[1]. Il a été montré qu'un dérivé du menthol (menthoxypropanediol) soulage le prurit sur une peau sèche qui démange [preuves de faible qualité][30].

27. Il n'existe aucune preuve publiée de l'efficacité de l'oxyde de *zinc* ou du *camphre*, bien qu'ils soient fréquemment utilisés dans les traitements cutanés[1].

28. *Antihistaminiques :* Les données probantes sur les antihistaminiques topiques sont mixtes, et la doxépine à 5 % est le seul médicament ayant fait l'objet d'études comparatives randomisées[31]. Un soulagement du prurit (évalué par le médecin) a été constaté chez 85 % des patients atteints de dermatite atopique 7 jours après l'utilisation de doxépine topique 4 fois par jour (placebo : 57 %; $p < 0,01$)[31]. La doxépine n'est pas commercialisée sous forme de crème au Canada et doit être préparée par un pharmacien.

Traitement antiprurigineux à action générale

29. En ciblant le récepteur H1 de l'histamine, les *antihistaminiques* inhibent les démangeaisons aiguës[1]. Les données probantes à l'appui de l'utilisation des antihistaminiques dans le traitement du prurit se limitent principalement à des patients atteints d'urticaire ou de mastocytose; la mastocytose, une affection rare résultant de l'augmentation du nombre de mastocytes, provoque des symptômes tels que des démangeaisons et l'apparition de papules[14,32,33]. *Ainsi, les antihistaminiques ne soulagent pas efficacement le prurit causé par de nombreux facteurs et affections*. Les antihistaminiques de première génération peuvent être sédatifs, ce qui explique peut-être leur utilité apparente dans certains cas de démangeaisons nocturnes, quelle qu'en soit la cause[2].

- Bien que les lignes directrices européennes recommandent les antihistaminiques H1 non sédatifs et/ou sédatifs (de première génération) pour le traitement symptomatique de première intention du prurit chronique, une revue Cochrane de 2020 a fait état de l'absence de preuves issues d'études comparatives randomisées étayant leur utilisation contre le prurit idiopathique. Une revue Cochrane similaire datant de 2019 n'a trouvé aucune preuve du bienfait des antihistaminiques H1 lorsqu'ils étaient ajoutés au traitement topique de l'eczéma[34].

Remarque : Éviter d'utiliser les antihistaminiques de première génération chez les personnes âgées en raison des effets anticholinergiques et du risque de délire[35].

30. Dans le cas du prurit chronique spécifiquement lié à l'urticaire, la dose d'antihistaminiques a été augmentée (jusqu'à 4 fois la dose standard) lorsque la dose standard ne permettait pas de soulager les symptômes[18,36]. Une méta-analyse de 4 études comparatives et randomisées menées auprès de patients atteints d'urticaire chronique a montré que l'administration d'antihistaminiques à forte dose (2 ou 4 fois) entraînait un soulagement marginal du prurit par rapport aux antihistaminiques à dose standard [preuves de qualité élevée][36].

Tableau 4. Produits en vente libre contenant des agents antiprurigineux*

Agents antiprurigineux	Nom de marque
Capsaïcine	*Gel médicamenteux chaud Kenzen avec capsaïcine (0,025 %), analgésique topique** (0,025 %) et analgésique topique extra fort** (0,035 %) Lakota, crème Camerhon** (0,025 %).*
Glycérol	*Remède pour mains gercées (40 %), lotion Epilyt, crème d'hydrocortisone à 0,5 % USP avec aloès**, crème Dermaflex HC à 1 % **.* Rechercher également les crèmes à base de glycérine, que ce soient des versions génériques ou de marque, comme Eucerin, Cetaphil, Udderly Smooth.
Hydrocortisone (1 %, sauf indication contraire)	Crème Hyderm (0,5 % et 1 %), crème Cortoderm (0,5 % et 1 %), crème d'hydrocortisone Pramox**, lotion d'hydrocortisone Pramox**, onguent d'hydrocortisone Proctodan** (0,5 %), *crème d'hydrocortisone à 0,5 % USP avec aloès**, crème Dermaflex HC à 1 % **.*
Menthol	Lotion anti-démangeaisons Gold Bond (0,5 %) ou crème anti-démangeaisons médicamentée Gold Bond (1 %), Lidocaïne Plus Menthol de DeepRelief (1 %), crème antidouleur TPR20 (1 %; contient aussi de la lidocaïne à 5 %), *analgésique topique** (3 %) et analgésique topique Extra Fort** (3 %) Lakota, crème Camerhon** (5 %).*
Pramoxine (1 %, sauf indication contraire)	Lotion anti-démangeaisons Aveeno, lotion anti-démangeaisons et crème anti-démangeaisons médicamentée Gold Bond, onguent Anusol Plus, baume anti-démangeaisons Johnson & Johnson (0,5 %), crème et lotion hydratantes anti-démangeaisons CeraVe, Polysporin Soulagement des démangeaisons, crème et lotion d'hydrocortisone Pramox** et ** onguent d'hydrocortisone Proctodan**, lotion anti-démangeaisons CRLS.
Urée	*Traitement dermique – Crème pour les mains, les coudes et les genoux (15 %), crème apaisante pour la peau ou crème réparatrice naturelle pour la peau MooGoo (4 mg/g), crème Uremol à 10 %, Simply Botanical Sensations Healing Hands ou crème réparatrice pour les mains UREAKA (10 %).*

*Produits qui 1) ont été évalués dans le cadre d'essais cliniques, quoique les preuves soient généralement de faible qualité; 2) contiennent des ingrédients actifs figurant dans la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou dans la base de données sur les produits de santé naturels. *Les noms en italique de couleur verte* indiquent les produits de la base de données des produits de santé naturels de Santé Canada.

** Le produit contient plus d'un agent antiprurigineux.

Sources : 1) Health Canada Drug Database health-products.canada.ca/; **2**) RxFiles rxfiles.ca; **3**) Health Canada Natural Health Products Database health-products.canada.ca/.

31. *Les corticostéroïdes* ont des effets anti-inflammatoires et immunosuppresseurs généraux[35]. Ils sont généralement utilisés contre le prurit sévère associé à des maladies inflammatoires cutanées ou généralisées, bien que les données probantes justificatives soient limitées[1]. Ces agents doivent être réservés à une utilisation à court terme (moins de deux semaines) pour le prurit sévère accompagné d'un diagnostic **sans équivoque** et d'un plan thérapeutique établis à cause du risque d'effets indésirables graves (p. ex. hypertension, hyperglycémie, ostéoporose, myopathie)[1,35].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 5 : Les corticostéroïdes oraux ne sont généralement pas recommandés pour la dermatite atopique en raison du risque de dépendance; ils sont aussi contre-indiqués dans une certaine mesure contre le psoriasis grave, car leur retrait peut précipiter un psoriasis pustuleux généralisé, une forme très grave de la maladie.

32. *Les antagonistes mu-opioïdes* (p. ex., naloxone, naltrexone) ont initialement été mis au point pour neutraliser l'effet des opioïdes résultant d'une dépendance ou d'un surdosage[35]. Des études comparatives randomisées montrent que ces agents sont efficaces pour le soulagement des démangeaisons liées à l'urticaire chronique et à la dermatite atopique, et le prurit cholestatique; les résultats sont mitigés en ce qui concerne le prurit associé aux maladies rénales[1]. Les effets indésirables courants comprennent les nausées, les vomissements, les étourdissements, l'insomnie, les maux de tête et des crampes abdominales[37].

33. *Les antidépresseurs* semblent soulager le prurit lié à l'urticaire, la dermatite atopique, le prurit réfractaire et le prurit associé à des affections généralisées (p. ex., néphropathie chronique, cholestase, tumeur maligne)[1]. Les lignes directrices européennes recommandent d'utiliser la paroxétine, la mirtazapine, la doxépine ou l'amitriptyline pour le prurit psychogène ou réfractaire[1]. Le soulagement par les ISRS apparaît deux à trois semaines après l'instauration du traitement, l'effet maximal étant atteint après quatre à six semaines[1].
    - De petites études comparatives et randomisées fournissent des données probantes à l'appui de l'utilisation de la paroxétine (prurit en soins palliatifs), de la sertraline (prurit cholestatique) et de la doxépine (prurit urémique)[38].

34. *Les anticonvulsivants* comme la gabapentine et la prégabaline sont recommandés contre le prurit neuropathique et le prurit associé à la néphropathie chronique. Ils constituent également une option en cas de prurit réfractaire ou d'origine inconnue[1].
    - D'après une revue Cochrane de 2020, la gabapentine et la prégabaline sont les traitements les plus étudiés du prurit urémique (5 études comparatives et randomisées, n = 297) et sont associées à la plus grande réduction des scores de démangeaisons dans cette population [preuves de qualité élevée][28].
    - D'après des données probantes issues de petites études comparatives et randomisées, la gabapentine et la prégabaline soulagent le prurit associé à la guérison des sensations de brûlures[39].

35. *Les immunosuppresseurs* comme la cyclosporine, le méthotrexate et l'azathioprine sont conseillés dans le traitement du prurit réfractaire associé aux dermatoses inflammatoires comme la dermatite atopique et le prurigo chronique [preuves de faible qualité][1]. Ces médicaments peuvent avoir d'importants effets indésirables, notamment une néphrotoxicité et une hépatotoxicité, de l'hypertension et une leucopénie[35]. Ils doivent être utilisés avec précaution et à faibles doses, et sont généralement prescrits par un spécialiste qui en assure le suivi.

Prurit dans des populations particulières

36. Chez les *personnes âgées,* les principes généraux de traitement mentionnés précédemment restent pertinents, en plus de certaines considérations particulières recommandées par les lignes directrices européennes (tableau 5).

37. Les personnes à la *peau noire* sont plus susceptibles d'avoir du prurit et de consulter des professionnels de la santé à ce sujet que les personnes à la peau claire ou d'une autre couleur[40]. Cette vulnérabilité pourrait être liée à plusieurs propriétés uniques de la peau noire, notamment : une perspiration transépithéliale accrue qui prédispose à la xérose et à l'atteinte de l'intégrité de la barrière cutanée, et de plus grands mastocytes pouvant déclencher des réactions inflammatoires à médiation cellulaire de plus grande ampleur. On ignore si la prolifération de la microflore, comme Candida albicans, contribue à l'intensification du prurit[40].
    - Il a été montré que la dermatite atopique est plus fréquente et plus grave chez les personnes à la peau noire, ce qui pourrait être lié à un variant génique particulier. Le prurigo nodulaire de Hyde, en réaction au grattage, est également plus fréquent chez les personnes à la peau noire[40].
    - Les personnes à la peau noire ont tendance à moins bien réagir à la capsaïcine comme agent antiprurigineux (ou analgésique)[41]; elles sont également plus susceptibles de présenter un prurit important en réaction à la chloroquine (p. ex., pour le traitement du paludisme)[1].
    - Les recherches menées sur le traitement optimal du prurit et de ses causes connexes chez les

Tableau 5. Le prurit chez les personnes âgées[1]

Considérations cliniques	Traitements privilégiés	Traitements à éviter
Polypharmacie • Augmente le risque d'effets indésirables associés aux médicaments et de répercussions sur les fonctions rénale et hépatique. Multiples affections concomitantes* • Contribuent au risque d'affections généralisées sous-jacentes. Sécheresse cutanée • Généralement présente, il s'agit de la cause la plus fréquente des démangeaisons.	**TOPIQUES** • Hydratants, menthol, pramoxine, pimécrolimus, tacrolimus. **À ACTION GÉNÉRALE** • Gabapentine et prégabaline (à plus faibles doses). • Mirtazapine pour les démangeaisons nocturnes. • ISRS.	• Corticostéroïdes topiques à long terme (une peau âgée est plus mince). • Antihistaminiques oraux de première génération sédatifs (effet anticholinergique). • Antidépresseurs tricycliques oraux comme la doxépine (effet anticholinergique).

* Voir le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prise en charge des patients atteints d'affections multiples en soins primaires » (2018) disponible au https://members.fmpe.org/.

personnes à la peau noire (et à la peau de couleur) sont insuffisantes[42].

POINTS CLÉS

- Le prurit chronique peut être compris et pris en charge de manière analogue à la douleur chronique en ce qui a trait à sa physiopathologie (effets sur le système nerveux) et aux modalités par étapes de son traitement symptomatique conjoint au traitement de la ou des pathologies sous-jacentes.
- Chez les patients atteints de prurit chronique sans lésions dermatologiques primaires, il convient d'envisager l'éventualité d'affections généralisées sous-jacentes comme une maladie rénale, une maladie hépatique ou une tumeur maligne, ce qui devrait donner lieu à des examens complémentaires, surtout en présence de signes d'alarme.
- Le prurit idiopathique est un diagnostic posé par élimination en l'absence de lésions dermatologiques primaires et d'affections généralisées sous-jacentes.
- Le prurit sévère idiopathique réfractaire aux mesures conservatrices pourrait répondre à la prégabaline, à la gabapentine, aux antidépresseurs et aux antagonistes opioïdes.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Franco, âgé de 66 ans

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation clinique?

Il serait important de procéder à une anamnèse et à un examen physique détaillés pour évaluer les causes possibles du prurit de Franco (Renseignements généraux, points 5, 7, 9; tableau 2). Son âge, ses affections concomitantes et ses médicaments multiplient les facteurs déclencheurs éventuels et la complexité du diagnostic.

- Il conviendrait d'explorer le prurit à l'aide d'une approche semblable à celle utilisée contre la douleur, à l'aide d'aide-mémoire comme OPQRST (Apparition, facteurs de provocation/atténuants, qualité, irradiation, sévérité, temps) et SIFA (sentiments/craintes, idées, répercussions sur le fonctionnement, attentes).
- Il faudrait reconnaître, le cas échéant, les changements dermatologiques et clarifier l'association temporelle avec le prurit; les premiers ont-ils précédé le second? De combien de temps? Le prurit et l'éruption cutanée sont-ils simultanés?
- Il serait utile que Franco essaie d'obtenir des renseignements sur les crèmes qu'il a essayées et précise la quantité qu'il a appliquée.
- Il conviendrait de poser des questions concernant les changements alimentaires, les voyages récents, les membres de la famille présentant des symptômes similaires (la gale pouvant être une cause), les antécédents d'atopie, les expositions récentes, y compris à tout allergène de contact qu'il serait possible d'arrêter (p. ex., nouveaux produits de soins pour la peau et produits pour la lessive), et les autres médicaments sur ordonnance ou en vente libre ou les suppléments (Renseignements généraux, points 15).
- Il faudrait rechercher tout symptôme général d'alarme comme la fatigue, la perte de poids, les sueurs nocturnes, l'anorexie et la fièvre (Renseignements généraux, point 6). Il faudrait s'enquérir des symptômes de maladies rénales et hépatiques. Il serait utile de vérifier si Franco est à jour dans les examens recommandés pour le dépistage du cancer.

À l'examen, il conviendrait d'évaluer la sécheresse de la peau, les éruptions cutanées et les lésions (Renseignements généraux, points 9, 1). Il conviendrait aussi de rechercher les changements cutanés associés aux maladies du foie comme la jaunisse, les angiomes stellaires, les télangiectasies, l'érythème palmaire et l'hippocratisme digital. Il faudrait être à l'affût des hépatosplénomégalies, des ascites et des lymphadénopathies. Il faudrait aussi

rechercher les signes d'une maladie rénale comme l'œdème. Il serait utile de le peser et de calculer son IMC. Les autres symptômes et facteurs de risque relevés permettraient d'orienter les autres aspects de l'examen physique (Renseignements généraux, point 11).

Deuxième partie

Quelle serait votre approche pour les examens et la prise en charge?

Bien que les analyses de laboratoire ne soient généralement pas recommandées pour dresser le bilan initial du prurit, il convient de les envisager dans le cas de Franco compte tenu des facteurs suivants : 1) il est temps qu'il fasse des analyses relativement à ses problèmes de santé chroniques et à son risque de maladie cardiovasculaire; 2) la prise en charge conservatrice initiale n'a pas eu d'effet bénéfique sur son prurit; 3) le prurit est apparu plusieurs semaines avant l'éruption cutanée; 4) son âge augmente le risque de problèmes généraux sous-jacents. Vous pourriez demander les taux d'HbA1c, le bilan des lipides, la formule sanguine complète, le TFGe et les taux électrolytes, d'AST (si cette analyse est couverte), d'ALT, de GGT, de phosphatase alcaline, de bilirubine et possiblement de vitamine B_{12} (Renseignements généraux, point 12; annexe 1).

Compte tenu de son âge et de ses antécédents de tabagisme, Franco serait candidat au dépistage du cancer du poumon par TDM à faible dose; vous pourriez lui en parler si ce service est accessible dans votre collectivité. Sinon, une radiographie pulmonaire pourrait être envisagée. Il conviendrait de vérifier s'il doit passer un autre test de dépistage du cancer, par exemple, un test immunochimique fécal. Présente-t-il des symptômes urinaires ou des risques de cancer de la prostate?

Vous pourriez le renseigner concernant les lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque, et l'encourager à consommer moins d'alcool. Il faudrait vérifier qu'il s'hydrate et se nourrit adéquatement.

Vous pourriez envisager un second essai de plus longue durée de la chlorthalidone (qu'il avait commencée juste avant l'apparition du prurit) et lui fournir si nécessaire un médicament de rechange pour optimiser sa tension artérielle.

Vous pourriez aussi demander à Franco de continuer d'appliquer quotidiennement des crèmes hydratantes hypoallergéniques (Renseignements généraux, points 16, 19, 20; tableau 3; encadré 1). Vous pourriez également lui recommander d'essayer un corticostéroïde non fluoré à faible puissance sur les parties de l'éruption qui démangent le plus si des changements cutanés secondaires évoquent clairement une dermatite (tableau 4; annexes 1, 2). Il pourrait également essayer un antihistaminique sédatif pour mieux dormir (Renseignements généraux, point 29; annexe 2); il n'existe toutefois pas de données probantes appuyant l'utilisation d'un antihistaminique non sédatif. Vous pourriez l'encourager à essayer des stratégies pour éviter de se gratter, car le grattage exacerbe les démangeaisons. Vous pourriez insister sur l'importance de rompre le cycle démangeaisons-grattage (Renseignements généraux, point 9). Vous pourriez aussi lui remettre le feuillet d'information destiné aux patients qui se trouve à la fin de ce module.

Troisième partie – un mois plus tard

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Malgré la recommandation issue des lignes directrices européennes, peu de données probantes permettent d'établir que les antihistaminiques non sédatifs sont susceptibles de soulager Franco, car son éruption n'est pas histaminergique (Renseignements généraux, point 29). Il devrait continuer de suivre les conseils de prise en charge du prurit énumérés dans le feuillet d'information destiné aux patients, concernant notamment l'hydratation quotidienne constante (Renseignements généraux, points 17, 19; tableau 3). Il devrait limiter l'utilisation de corticostéroïdes topiques (Renseignements généraux, point 22). Vous pourriez également envisager des médicaments antiprurigineux oraux tels que la gabapentine, la prégabaline, les agents tricycliques (comme la doxépine, mais avec prudence compte tenu de son âge, en raison des effets anticholinergiques – Renseignements généraux, point 36; tableau 5) ou des ISRS (Renseignements généraux, points 33, 34; annexe 2).

Il faudrait veiller à ce que les analyses de la fonction hépatique et de la ferritine soient refaites à mesure qu'il réduit progressivement sa consommation d'alcool. Il faudrait aussi évaluer les facteurs de risque d'hépatite B et C, et d'autres causes possibles de maladie du foie. Si les taux d'enzymes restent élevés et que des facteurs de risque sont présents, vous pourriez poursuivre le bilan à la recherche de causes de maladies hépatiques autres que la stéatose hépatique, et commander des analyses de laboratoire supplémentaires et une échographie.

Vous pourriez envisager une biopsie cutanée à l'emporte-pièce pour faciliter le diagnostic (Renseignements généraux, point 12). Selon le résultat et si l'éruption cutanée ou le prurit persiste, vous pourriez envisager de consulter un dermatologue pour obtenir un avis sur les causes moins courantes éventuelles, ou pour déterminer si des médicaments comme des antagonistes des opioïdes ou des immunosuppresseurs pourraient être envisagés pour soulager les symptômes réfractaires (Renseignements généraux, points 10, 32, 35; tableau 1).

Il serait utile de revoir les symptômes généraux pouvant évoluer au fil du temps; le prurit peut être le symptôme

annonciateur d'une maladie sous-jacente (Renseignements généraux, point 1). Il conviendrait d'accorder une attention particulière aux signes d'alarme comme les symptômes généraux (p. ex., perte de poids, anorexie, sueurs nocturnes, fatigue, fièvre) et autres symptômes évocateurs de certains cancers et maladies hépatiques et rénales (Renseignements généraux, point 6).

Le cas réel

Le rapport de pathologie de la biopsie à l'emporte-pièce fait état d'« une dermatite périvasculaire superficielle évocatrice d'une éruption ou d'une dermatite d'origine médicamenteuse, devant être corrélée avec des observations cliniques ». Les résultats des examens recommandés par le service de dermatologie consulté virtuellement étaient normaux, notamment le bilan sérologique et de l'électrophorèse des protéines sériques pour l'hépatite. Une échographie abdominale a révélé une hépatomégalie de 15 cm et une stéatose hépatique modérée, avec capsule hépatique intacte et absence d'ascite. Les taux d'enzymes hépatiques se sont légèrement améliorés après la réduction de la consommation d'alcool, bien qu'ils soient restés légèrement élevés, ce qui concorde avec le diagnostic connu de stéatose hépatique.

Son clinicien de soins primaires a diagnostiqué un « prurit idiopathique ». Même si, en rétrospective, la doxépine n'est pas idéale compte tenu de son âge, l'augmentation graduelle de la dose jusqu'à 100 mg par jour s'est avérée bénéfique; ce médicament a été bien toléré et a permis d'améliorer son sommeil et son humeur. Conjointement à l'application quotidienne d'une crème hydratante et d'un nettoyant hydratant doux (Cetaphil), Franco a obtenu un soulagement substantiel de son prurit chronique.

Cas numéro 2 : Harmina, âgée de 54 ans

Comment aborderiez-vous les examens et la prise en charge à ce stade?

Les démangeaisons de Harmina ne répondent ni aux antihistaminiques, ni aux crèmes hydratantes, ni aux stéroïdes topiques à faible puissance. Étant donné sa maladie thyroïdienne et sa fatigue connues, il serait raisonnable de demander des analyses de laboratoire (formule sanguine complète, ferritine, TSH) si elles n'ont pas été effectuées récemment (Renseignements généraux, point 12; annexe 1). En raison de la persistance du prurit généralisé sans éruption cutanée préalable, il faudrait envisager de vérifier les fonctions rénale et hépatique à ce stade afin d'écarter d'autres maladies généralisées (Renseignements généraux, points 5, 6), d'autant plus que les mesures conservatrices initiales ont été inefficaces. Cela pourrait lui éviter une nouvelle visite au laboratoire. Vous pourriez lui suggérer de prendre un antihistaminique sédatif le soir pour l'aider à dormir malgré la possibilité que les démangeaisons ne soient pas soulagées puisqu'elles n'ont pas répondu aux antihistaminiques non sédatifs (Renseignements généraux, point 29). Dans de rares cas, les patients suivant un régime cétogène peuvent constater un soulagement de leurs symptômes lorsqu'ils réintègrent des glucides dans leur alimentation (Renseignements généraux, point 8).

Bien que la prednisone par voie orale ait déjà été bénéfique à Harmina, elle ne constituerait pas une stratégie de prise en charge à long terme du prurit compte tenu des risques pour la santé qui lui sont associés (Renseignements généraux, point 31). Selon l'impact des démangeaisons sur ses capacités fonctionnelles et son niveau de détresse, il serait important d'effectuer un suivi dans un court laps de temps, pas plus d'une à deux semaines plus tard, ce qui pourrait se faire virtuellement à moins que de nouveaux signes ou symptômes n'apparaissent. Il conviendrait de passer en revue les stratégies de base visant à atténuer au maximum les démangeaisons, y compris l'utilisation continue d'hydratants hypoallergéniques (Renseignements généraux, points 16, 20; tableaux 3, 4).

Deuxième partie – trois mois plus tard

Quelle serait votre prise en charge au quotidien?

Parmi les options qui n'ont pas encore été essayées, citons les crèmes à base de tacrolimus et de pimécrolimus si on soupçonne que l'éruption est atopique, ou la crème à base de capsaïcine bien qu'il ne soit pas toujours pratique de l'appliquer sur une large surface et que la capsaïcine doive être appliquée régulièrement, au moins trois fois par jour (Renseignements généraux, points 23, 25; conseil pour la pratique 4; encadré 1; annexe 2). La prégabaline ou la gabapentine par voie orale seraient des options (Renseignements généraux, point 34; annexe 2). Un ISRS pourrait aussi contribuer à soulager les démangeaisons, ainsi que son anxiété et son humeur dépressive, exacerbées depuis l'apparition des démangeaisons (Renseignements généraux, point 33; annexe 2). Il serait important qu'elle poursuive les stratégies de prise en charge de base des démangeaisons et évite de se gratter. Étant donné l'absence de bienfaits associés aux différents types d'antihistaminiques, elle devrait cesser de les utiliser, sauf en cas de besoin pour ses allergies environnementales et alimentaires.

Le cas réel

Harmina a finalement obtenu un soulagement de son prurit chronique en augmentant la dose de sertraline à 150 mg une fois par jour et celle de prégabaline (Lyrica) à 150 mg (50 mg 3 fois par jour; pour éviter la sédation diurne, une dose quotidienne unique de 150 mg à prendre tous les soirs au coucher pourrait être prescrite). Elle a réussi à arrêter tous les antihistaminiques et les traitements topiques, à l'exception d'une crème hydratante quotidienne. En tout, elle a pu limiter la prise de prednisone par voie orale à deux traitements de courte durée instaurés au début de l'apparition de ses symptômes.

Cas numéro 3 : Basma, âgée de 75 ans

Quelles mesures prendriez-vous ensuite en matière d'examens et de prise en charge?

Basma prend plusieurs médicaments, ce qui augmente le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses, compte tenu en particulier de son âge et de sa fonction rénale réduite. Si possible, vous pourriez envisager de consulter un pharmacien pour déterminer si l'un de ses médicaments pourrait être arrêté ou si certaines doses peuvent être ajustées. Reportez-vous à la section sur la polypharmacie du module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prise en charge des patients atteints d'affections multiples en soins primaires (2018) » disponible au members.fmpe.org. Il faudrait déterminer si l'apparition des démangeaisons a coïncidé avec la prise de nouveaux médicaments, car les démangeaisons peuvent être un effet secondaire courant des médicaments (Renseignements généraux, point 7; tableau 2). Il conviendrait de considérer son analgésique narcotique comme un facteur déclencheur possible (tableau 2). Il conviendrait aussi de chercher à savoir si les médicaments que prend actuellement Basma renferment des ingrédients auxquels elle est allergique. Vous pourriez également envisager d'orienter à nouveau Basma chez son allergologue pour obtenir un avis.

Il serait possible que la néphropathie chronique et l'urémie de Basma contribuent à son prurit (Renseignements généraux, point 5; tableau 1). Vous pourriez vérifier que Basma évite les néphrotoxines telles que les AINS. Il conviendrait de lui organiser une consultation chez un diététiste s'il s'en trouve un à votre établissement, pour la prise en charge diététique de sa maladie rénale. Une consultation en néphrologie serait appropriée si les paramètres de sa fonction rénale demeurent dans cet intervalle.

Il conviendrait de passer en revue les stratégies visant à modifier son mode de vie pour calmer les démangeaisons et lui éviter de se gratter, telles qu'elles sont décrites dans le feuillet d'information destiné aux patients. Vous pourriez encourager Basma à appliquer généreusement une crème hydratante tous les jours (Renseignements généraux, points 16, 20; tableau 3). Si ces stratégies initiales ne suffisent pas à la soulager, vous pourriez envisager l'essai d'un antihistaminique en vente libre, car ses démangeaisons pourraient résulter d'une allergie à un ingrédient de ses médicaments. Vous pourriez lui conseiller d'éviter les antihistaminiques de première génération à cause de leurs effets anticholinergiques (Renseignements généraux, point 29; annexe 2). Il faudrait souligner l'importance d'un suivi régulier visant à réévaluer ses symptômes et son état de santé.

Il conviendrait de lui prescrire un onguent antibiotique comme l'acide fusidique à 2 % (Fucidin) pour le traitement d'un impétigo secondaire présumé, une complication fréquente du prurit et du grattage (annexe 2). Il conviendrait aussi de lui prescrire un corticostéroïde topique à puissance modérée ou élevée à appliquer deux fois par jour sur les zones de lichénification (Renseignements généraux, point 31 ; annexe 2).

Deuxième partie – un mois plus tard

Quelle serait votre prise en charge à ce stade?

Il serait utile de réexaminer les autres stratégies de prise en charge de la douleur avec Basma, y compris les médicaments non opiacés, et de décider avec elle de la manière de soupeser les compromis que supposerait un changement d'analgésique. Il faudrait également envisager des médicaments dont l'efficacité est établie dans le soulagement de la douleur chronique et du prurit, comme la gabapentine et la prégabaline (Renseignements généraux, point 34). Compte tenu de son âge, il serait préférable d'éviter les agents tricycliques à cause de leurs effets anticholinergiques; rappelons qu'elle prend déjà de la duloxétine qui est un IRSN. La crème topique à la capsaïcine et les crèmes anesthésiantes topiques seraient des options pour le prurit localisé bien que l'observance du traitement par la capsaïcine puisse être problématique (Renseignements généraux, points 24, 25; annexe 2). Bien que la crème à base de corticostéroïde topique la soulage, il faudrait lui conseiller de limiter son utilisation afin de réduire au maximum les risques associés à son application à long terme.

Il serait important de réévaluer périodiquement les symptômes, y compris les signes d'alarme, car les démangeaisons généralisées pourraient évoquer de graves problèmes de santé (Renseignements généraux, points 1, 6). Sachant que le risque de cancer augmente avec l'âge, il serait important de procéder à une anamnèse et à un examen minutieux dès le départ, et de porter une attention particulière à tout changement dans les symptômes. Les démangeaisons chroniques pourraient avoir des causes multiples, lesquelles, dans le cas de

Basma, comprendraient déjà la xérose, une maladie rénale et la prise de certains médicaments (Renseignements généraux, points 1, 3, 5, 7; tableaux 1, 2).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteure : **Heather Waters, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Réviseurs : **Roland Halil, B. Sc. Pharm., ACPR, Pharm. D.**
Pharmacien clinicien
Ottawa, Ontario

Rochelle Dworkin, M.D., CCMF, maîtrise en Sciences cliniques (médecine familiale)
Médecin de famille, diplôme de dermatologie pratique
York, Ontario

Eileen Murray, M.D., FRCPC
Dermatologue
Vancouver, Colombie-Britannique

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Angela Eady, maîtrise en études légales, maîtrise en travail social**
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Jeyla Chen (North York, Ontario), Rejina Kamrul (Regina, Saskatchewan) et Opeyemi Sobowale (Winnipeg, Manitoba) pour leur contribution aux tables rondes initiales. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Marni Goodman (Kentville, Nouvelle-Écosse), Andrea Mok (London, Ontario) et Farid Kakavand (Richmond Hill, Ontario), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Heather Waters, Roland Halil, Rochelle Dworkin, Eileen Murray, Elizabeth Shaw et Angela Eady n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en février 2022.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Types de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/ risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) US Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Weisshaar E, Szepietowski JC, Dalgard FJ, et al. European S2k guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol.* 2019;99:469-506. PMID 30931482
2. Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.* 2013;368:1625-34. PMID 23614588
3. Nowak DA, Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus. *Can Fam Physician.* 2017;63:918-24. PMID 29237630
4. Combs SA, Teixeira JP, Germain MJ. Pruritus in kidney disease. *Semin Nephrol.* 2015;35:383-91. PMID 26355256
5. Pisoni RL, Wikström B, Elder SJ, et al. Pruritus in haemodialysis patients: international results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant.* 2006;21:3495-505. PMID 16968725
6. Frese T, Herrmann K, Sandholzer H. Pruritus as reason for encounter in general practice. *J Clin Med Res.* 2011;3:223-9. PMID 22383909
7. Zirwas MJ, Seraly MP. Pruritus of unknown origin: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:892-6. PMID 11712035
8. Valdes-Rodriguez R, Stull C, Yosipovitch G. Chronic pruritus in the elderly: pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging.* 2015;32:201-15. PMID 25693757
9. Reich A, Stander S, Szepietowski JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:236-44. PMID 19479118
10. Millington GWM, Collins A, Lovell CR, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the investigation and management of generalized pruritus in adults without an underlying dermatosis, 2018. *Br J Dermatol.* 2018;178:34-60. PMID 29357600
11. Hartman M, Fuller B, Heaphy MR. Prurigo pigmentosa induced by ketosis: resolution through dietary modification. *Cutis.* 2019;103:E10-E3. PMID 31039240
12. Lonowski S, Levins P. A unique case of prurigo pigmentosa related to ketogenic diet. *Dermatol Online J.* 2020;26. PMID 32239899
13. Pereira MP, Ständer S. How to define chronic prurigo? *Exp Dermatol.* 2019;28:1455-60. PMID 31102542
14. Andrade A, Kuah CY, Martin-Lopez JE, et al. Interventions for chronic pruritus of unknown origin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;1:CD013128. PMID 31981369
15. HealthLinkBC. Dry skin and itching. 2019; https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/dry-skin-and-itching.
16. British Association of Dermatologists Skin Support website. *Pruritus (itching).* 2020; https://skinsupport.org.uk/conditions-details/pruritus.
17. Elmariah SB, Lerner EA. Topical therapies for pruritus. *Semin Cutan Med Surg.* 2011;30:118-26. PMID 21767774

18. Pereira MP, Stander S. Therapy for pruritus in the elderly: a review of treatment developments. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;19:443-50. PMID 29493371

19. Purnamawati S, Indrastuti N, Danarti R, Saefudin T. The role of moisturizers in addressing various kinds of dermatitis: a review. *Clin Med Res.* 2017;15:75-87. PMID 29229630

20. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijsen A, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD012119. PMID 28166390

21. Regier L. *Topical corticosteroids*. Aug 2020; https://www.rxfiles.ca/rxfiles/.

22. Matterne U, Apfelbacher CJ, Loerbroks A, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol.* 2011;91:674-9. PMID 21879245

23. Bornhovd E, Burgdorf WH, Wollenberg A. Macrolactam immunomodulators for topical treatment of inflammatory skin diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:736-43. PMID 11606925

24. Ruzicka T, Bieber T, Schopf E, et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. European Tacrolimus Multicenter Atopic Dermatitis Study Group. *N Engl J Med.* 1997;337:816-21. PMID 9295241

25. Cury Martins J, Martins C, Aoki V, Gois AF, Ishii HA, da Silva EM. Topical tacrolimus for atopic dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015:CD009864. PMID 26132597

26. Young TA, Patel TS, Camacho F, et al. A pramoxine-based anti-itch lotion is more effective than a control lotion for the treatment of uremic pruritus in adult hemodialysis patients. *J Dermatolog Treat.* 2009;20:76-81. PMID 18821119

27. Gooding SM, Canter PH, Coelho HF, Boddy K, Ernst E. Systematic review of topical capsaicin in the treatment of pruritus. *Int J Dermatol.* 2010;49:858-65. PMID 21128913

28. Hercz D, Jiang SH, Webster AC. Interventions for itch in people with advanced chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;12:CD011393. PMID 33283264

29. Simonsen E, Komenda P, Lerner B, et al. Treatment of uremic pruritus: a systematic review. *Am J Kidney Dis.* 2017;70:638-55. PMID 28720208

30. Stander S, Augustin M, Roggenkamp D, et al. Novel TRPM8 agonist cooling compound against chronic itch: results from a randomized, double-blind, controlled, pilot study in dry skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:1064-8. PMID 27862339

31. Drake LA, Fallon JD, Sober A. Relief of pruritus in patients with atopic dermatitis after treatment with topical doxepin cream. The Doxepin Study Group. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:613-6. PMID 8089287

32. Sharma M, Bennett C, Cohen SN, Carter B. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014:Cd006137. PMID 25397904

33. Nurmatov UB, Rhatigan E, Simons FE, Sheikh A. H1-antihistamines for primary mast cell activation syndromes: a systematic review. *Allergy.* 2015;70:1052-61. PMID 26095756

34. Matterne U, Böhmer MM, Weisshaar E, Jupiter A, Carter B, Apfelbacher CJ. Oral H1 antihistamines as 'add-on' therapy to topical treatment for eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1:Cd012167. PMID 30666626

35. Fourzali K, Yosipovitch G. Safety considerations when using drugs to treat pruritus. *Expert Opin Drug Saf.* 2020;19:467-77. PMID 32064980

36. Guillen-Aguinaga S, Jauregui Presa I, Aguinaga-Ontoso E, Guillen-Grima F, Ferrer M. Updosing nonsedating antihistamines in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2016;175:1153-65. PMID 27237730

37. Pongcharoen P, Fleischer AB, Jr. An evidence-based review of systemic treatments for itch. *Eur J Pain.* 2016;20:24-31. PMID 26416344

38. Kouwenhoven TA, van de Kerkhof PCM, Kamsteeg M. Use of oral antidepressants in patients with chronic pruritus: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:1068-73 e7. PMID 29033248

39. Brasileiro LE, Barreto DP, Nunes EA. Psychotropics in different causes of itch: systematic review with controlled studies. *An Bras Dermatol.* 2016;91:791-8. PMID 28099602

40. McColl M, Boozalis E, Aguh C, Eseonu AC, Okoye GA, Kwatra SG. Pruritus in Black skin: unique molecular characteristics and clinical features. *J Natl Med Assoc.* 2021;113:30-8. PMID 32747312

41. Wang H, Papoiu AD, Coghill RC, Patel T, Wang N, Yosipovitch G. Ethnic differences in pain, itch and thermal detection in response to topical capsaicin: African Americans display a notably limited hyperalgesia and neurogenic inflammation. *Br J Dermatol.* 2010;162:1023-9. PMID 20030637

42. Hirano SA, Murray SB, Harvey VM. Reporting, representation, and subgroup analysis of race and ethnicity in published clinical trials of atopic dermatitis in the United States between 2000 and 2009. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:749-55. PMID 23017105

ANNEXE 1. Évaluation et prise en charge du prurit chronique

APPROCHE GÉNÉRALE

1. ***Étapes initiales :***
   a) Évaluation clinique; envisager des examens ciblés si nécessaire.
   b) Mesures générales : crèmes hydratantes, soins personnels, prise en charge du stress, information sur le cycle démangeaisons-grattage.
   c) Traitement symptomatique initial : vérifier si des antihistaminiques ou des corticostéroïdes topiques conviendraient.
2. ***Traiter le(s) facteur(s) causal(aux) sous-jacent(s).***
3. ***Traitement symptomatique basé sur le(s) facteur(s) causal(aux) (annexe 2).***

Prurit

Anamnèse et examen de physique

- Anamnèse : symptômes (OPQRST), éruption cutanée et association temporelle avec les démangeaisons, produits d'hygiène personnelle, alimentation, médicaments, allergies, voyages, antécédents médicaux personnels/familiaux.
- Signes d'alarme : anorexie, perte de poids, sueurs nocturnes, fatigue, symptômes de maladie hépatique ou rénale évolutive.
- Examen physique : peau, stigmates des maladies hépatiques ou rénales, tumeur maligne, thyromégalie.

Lésions cutanées primaires
(avec ou sans lésions de grattage)

Aucune lésion cutanée primaire
(avec ou sans lésions de grattage)

Dermatologiques
Eczéma, xérose, gale, dermatite de contact, piqûre d'insecte, psoriasis, lichen plan, urticaire.

Générales
Néphropathie chronique, hypothyroïdie/ hyperthyroïdie, tumeur maligne, infection, carence en fer, réaction médicamenteuse, diabète, polyglobulie essentielle.

Neuropathiques
Névralgies postzostériennes, dorsalgie paresthésique, prurit brachio-radial.

Psychogènes
Anxiété, troubles obsessionnels compulsifs, psychose, troubles de l'alimentation, dépression, toxicomanie.

Examens ciblés

- Toutes les analyses de laboratoire doivent être choisies en fonction du diagnostic différentiel, en se basant sur les antécédents, les facteurs de risque et les résultats de l'examen physique.

Analyses de sang à envisager :

- Fonction rénale (TFGe, Cr, urée, électrolytes).
- Fonction/enzymes hépatiques (AST, ALT, bilirubine, GGT, phosphatase alcaline, albumine, RIN, temps de céphaline).
- Système endocrinien : fonction thyroïdienne (TSH); diabète (HbA1c).
- Autres : formule sanguine complète (FSC, ferritine), vitamine B12, sérologie de l'hépatite, sérologie du VIH.

Examens d'imagerie à envisager :

- Échographie ou TDM en cas d'atteinte des organes cibles avérée aux reins ou au foie.
- Radiographie, échographie ou TDM si certains résultats font soupçonner une tumeur maligne.
- Biopsie cutanée en cas de maladie de la peau ou de diagnostic indéterminé préoccupant.

Sources : 1) Weisshaar E, Szepietowski JC, Dalgard FJ, et al. European s2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol. 2019;99:469-506; **2)** Nowak DA, Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus. Can Fam Physician. 2017;63:918-24; **3)** Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. N Engl J Med. 2013;368:1625-34.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2022

ANNEXE 2. Pharmacothérapie du prurit chronique

Type de médicament	Noms du médicament, dose, coût/mois	Considérations cliniques et effets indésirables (EI)
TRAITEMENT TOPIQUE		
Corticostéroïdes (coût par 30 g ou 60 mL)	**FAIBLE PUISSANCE** Acétate d'hydrocortisone Sandoz Hydrocortisone 2,5 % 19 $. 1 % avec acide fusidique à 2 % Fucidin H. Hydrocortisone à 1 %, 0,5 % en vente libre Cortoderm, Hyderm 13 $ – 18 $. Désonide à 0,05 % PMS-Desonide 23 $. **PUISSANCE MOYENNE** Dipropionate de béclométhasone à 0,025 % Propaderm 26 $. Désoximétasone à 0,05 % Topicort Léger 26 $. Acétonide de triamcinolone à 0,1 % Triaderm, Aristocort R 12 $ – 16 $. Valérate de bétaméthasone à 0,05 %, 0,1 % Betaderm, Celestoderm V1 et V2, Ectosone, Ectosone Légère 13 $. 0,1 % + acide fusidique à 2 % Fucibet 13 $. Acétonide de fluocinolone à 0,025 % Synalar 27 $ Valérate d'hydrocortisone à 0,2 % Hydroval à 0,2 % 17 $. **PUISSANCE ÉLEVÉE** Désoximétasone à 0,25 % Topicort 34 $. Fluocinonide à 0,05 % Lidex, Lyderm, Lidemol 19 $ – 21 $. Dipropionate de bétaméthasone à 0,05 % Diprosone, Lotriderm, Topisone 18 $. Amcinonide à 0,1 % Ratio Amcinonide 17 $ – 22 $. Valérate de bétaméthasone à 0,1 % (onguent) Betaderm, Celestoderm V1. Furoate de mométasone à 0,1 % Elocom 30 $. **ULTRA-PUISSANT** Propionate de clobétasol à 0,05 % Dermovate 19 $. Propionate d'halobétasol à 0,05 % Ultravate 41 $ – 42 $. Dipropionate de bétaméthasone à 0,05 % + glycol Topilene à base de glycol, Diprolene à base de glycol 28 $. 0,05 % + acide salicylique Diprosalic 48 $.	• Utilisation pour la dermatite atopique* et le prurigo nodulaire de Hyde/la névrodermite/névrodermite circonscrite. • N'utiliser qu'en cas de maladie cutanée connue. • Éviter l'utilisation à long terme. • Éviter l'utilisation sur de grandes surfaces. • Appliquer 1-2 fois/jour pendant 1-3 semaines. • Puissance moyenne ou élevée (tronc, extrémités). • Faible puissance (visage, zones intertrigineuses). • Appliquer en fines couches seulement. • Notons que la puissance de tous les corticostéroïdes topiques augmente légèrement lorsqu'ils sont prescrits sous forme d'onguent au lieu de crème ou de lotion. **EI :** Atrophie de la peau, télangiectasies, folliculite.
Inhibiteurs de la calcineurine (coût par 30 g ou 60 mL)	Tacrolimus à 0,03-0,1 % en onguent Protopic 93 $. Pimécrolimus à 1 % en crème Elidel 80 $.	• Utilisation pour la dermatite atopique* **EI :** Prurit transitoire/sensation de brûlure au début.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Pharmacothérapie du prurit chronique (suite)

Type de médicament	Noms du médicament, dose, coût/mois	Considérations cliniques et effets indésirables (EI)
TRAITEMENT TOPIQUE		
Antihistaminiques – non sédatifs Tous en vente libre, sauf indication contraire.	**En vente libre :** Cétirizine Reactine 5-10 mg/jour, 20 mg/jour (Rx). Loratadine Claritin 10 mg/jour. Desloratadine Aerius 5 mg/jour. Fexofénadine Allegra 60 mg 2 f.p.j. **Rx :** Bilastine Blexten 20 mg/jour 35 $. Rupatadine Rupall 10 mg/jour 35 $.	• Utilisation pour l'urticaire* et la mastocytose*. • **Aucune** donnée probante justifiant l'utilisation contre le prurit idiopathique. • Généralement bien tolérés. • Éviter la cétirizine à dose élevée chez les adultes de ≥ 65 ans. **EI :** Tous les antihistaminiques non sédatifs peuvent devenir sédatifs aux doses élevées.
Antihistaminiques – première génération (sédatifs)	Hydroxyzine à 10-100 mg (fractionner les doses plus élevées; prescrit en doses fractionnées). Diphénhydramine à 25-50 mg toutes les 4 à 6 heures En vente libre Benadryl. Chlorphéniramine Chlor-tripolon À libération immédiate : 4 mg toutes les 4 à 6 heures; ne pas dépasser 24 mg en 24 heures.	• Utilisation pour les démangeaisons nocturnes et si une sédation est souhaitée en cas d'urticaire chronique ou de démangeaisons d'origine médicamenteuse. • Peuvent avoir des effets sédatifs accrus s'ils sont associés à des antidépresseurs tricycliques. • Les effets anticholinergiques peuvent entraîner de la confusion; ne pas utiliser chez les personnes âgées. **EI :** Sédation, effets anticholinergiques.
Corticostéroïdes	Prednisone à 25-50 mg/jour. Max. : 250 mg/jour env. 13 $.	• Utilisation contre les dermatoses inflammatoires ou le prurit associé à une maladie généralisée (preuves limitées). • Utilisation comme traitement à court terme dans des cas particuliers de prurit réfractaire (p. ex. en soins palliatifs). **EI :** glycémie, EI psychiatriques, retard de la cicatrisation des plaies, caractéristiques cushingoïdes, ostéoporose, infections.
Agonistes des récepteurs μ-opioïdes (antagoniste des narcotiques)	Naltrexone à 12,5-50 mg 1 f.p.j. 115 $.	• Utilisation en cas de prurit réfractaire (prurit cholestatique*). **EI :** vertiges, nausées, vomissements, maux de tête, crampes abdominales (à court terme).
Anticonvulsivants	Gabapentin Neurontin 100-1 200 mg 3 f.p.j. 20 $ – 33 $. Pregabalin Lyrica 25-300 mg 2-3 f.p.j. OU peut être prise au coucher pour limiter les inconvénients de son effet sédatif 29 $ – 36 $.	• Utilisation contre le prurit neuropathique et le prurit associé à une néphropathie chronique*. • Peuvent être utilisés contre le prurit réfractaire ou le prurit idiopathique. **EI :** somnolence, vertiges, étourdissements. Œdème des jambes.
Antidépresseurs	Paroxetine Paxil à 20-40 mg/jour. Max. : 50-60 mg/jour 20 $ – 60 $. Sertraline Zoloft 50-200 mg/jour 21 $ – 41 $. Mirtazapine Remeron 15-30 mg/jour 14 $ – 21 $. Doxépine Sinequan 10-50 mg 1-3 f.p.j. Max. : 300 mg/jour 28 $ – 107 $.	• Utilisation contre le prurit psychogène ou le prurit réfractaire. • Les études sur les affections associées à des démangeaisons portent notamment sur les tumeurs malignes* (paroxétine), le prurit cholestatique* (sertraline), les démangeaisons liées à une intervention chirurgicale* (mirtazapine) et les démangeaisons secondaires à l'urémie* (doxépine). • La doxépine a des propriétés antihistaminiques et peut également être utilisée à court terme comme crème contre la dermatite atopique (au Canada, elle doit être préparée par un pharmacien spécialisé). **EI :** ***ISRS :*** nausées, céphalées, dysfonctionnement sexuel, allongement de l'intervalle QTc, syndrome sérotoninergique. ***Mirtazapine:*** sédation. ***Doxépine (ATC) :*** gain pondéral, effets anticholinergiques, convulsions, modifications de l'ECG, surdosage mortel.

ATC : antidépresseurs tricycliques; le vert indique les noms de marque; * Maladies pour lesquelles le médicament cité a réduit le prurit lors d'études contrôlées [il s'agissait principalement de preuves de faible qualité].

Sources : 1) Weisshaar E, Szepietowski JC, Dalgard FJ, et al. European s2k guideline on chronic pruritus. Acta Derm Venereol. 2019;99:469-506; **2)** Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. N Engl J Med. 2013;368:1625-34; **3)** Perreira MP, Mittal A, Stander S. Current treatment strategies in refractory chronic pruritus. Curr Opin Pharmacol. 2019;46:1-6. **4)** Kouwenhoven TA, van de Kerkhof PCM, Kamsteeg M. Use of oral antidepressants in patients with chronic pruritus: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2017;77:1068-73 e7; **5)** RxFiles. www.rxfiles.ca; **6)** Heath Canada Drug Product Database. https://health-products.canada.ca/.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2022

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Démangeaisons cutanées (prurit)

QUELLES SONT LES CAUSES DES DÉMANGEAISONS CUTANÉES?

Les démangeaisons cutanées peuvent être causées par un ou plusieurs des éléments suivants :

- Affections cutanées (p. ex., peau sèche [cause la plus fréquente], eczéma, psoriasis, piqûres d'insectes).
- Réactions allergiques ou irritations (p. ex., laine, savons, produits chimiques).
- Affections nerveuses (p. ex., zona).
- Affections sous-jacentes (p. ex., faible taux de fer, diabète, anxiété, maladie des reins ou du foie).
- Leur cause est parfois inconnue.

QUE POUVEZ-VOUS FAIRE POUR CALMER LES DÉMANGEAISONS?

- Utilisez de l'eau tiède, et non chaude, pour le bain.
- Utilisez des savons et des détergents non parfumés pour le bain et la lessive. Évitez les produits assouplisseurs.
- Coupez-vous les ongles et gardez-les propres.
- Appliquez beaucoup de crème hydratante (recherchez celles qui contiennent de l'urée ou de la glycérine) sur les parties qui démangent.
- Utilisez des crèmes anti-démangeaisons. Par exemple : Cerave, Aveeno et Gold Bond.
- Utilisez des humidificateurs et maintenez une température ambiante fraîche.
- Appliquez des compresses froides sur les zones qui démangent.
- Essayez de ne pas vous gratter ni vous frotter la peau, car cela aggrave les démangeaisons.





POURQUOI FAUT-IL ÉVITER DE SE GRATTER?

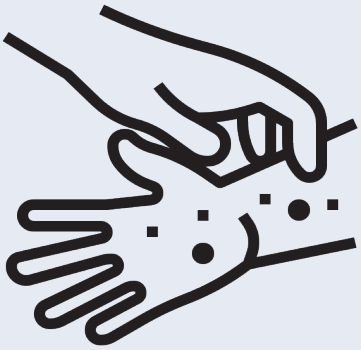
- Plus vous vous grattez, plus les démangeaisons s'intensifient, créant ainsi un cycle démangeaisons-grattage.
- Si vous continuez de vous gratter, vous risquez d'endommager votre peau et de provoquer une infection ou des cicatrices.

QU'EST-CE QUE LE PRURIT?

Le prurit désigne des démangeaisons de la peau qui donnent envie de se gratter.

La peau peut avoir un aspect normal, être rouge, rugueuse ou bosselée.

La peau devient généralement plus sèche avec l'âge, ce qui peut provoquer des démangeaisons.



CONSULTEZ UN MÉDECIN SI VOUS AVEZ DES DÉMANGEAISONS QUI :

1. Persistent pendant plusieurs semaines même après l'application de soins à domicile.
2. Perturbent vos habitudes quotidiennes.
3. Ne sont pas un symptôme isolé, surtout si elles s'accompagnent de l'un des symptômes suivants :
   - Perte pondérale.
   - Sueurs nocturnes.
   - Fièvre
   - Coloration jaune de la peau.
   - Absence d'urine.
   - Nausées et vomissements

REMARQUES

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org** février 2022

Ce document a été conçu avec des images de Flaticon.com

La Fondation pour l'éducation médicale continue