



PRURIT CHRONIQUE SANS LÉSIONS CUTANÉES

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Août 2023



QU'EST-CE QUE LE PRURIT CHRONIQUE SANS LÉSIONS CUTANÉES ?

Le prurit est défini comme une sensation subjective déplaisante qui provoque un désir de se gratter^{1,2}. On dit qu'il est chronique lorsqu'il persiste plus de six semaines³. Le prurit chronique peut être attribuable à une cause dermatologique (p. ex. : dermatite atopique, gale, psoriasis, urticaire) ou apparaître en l'absence de problème dermatologique¹. Les lésions secondaires, comme les excoriations, la lichénification ou l'inflammation, peuvent être des conséquences du grattage¹. S'il n'est pas pris en charge, il peut diminuer la qualité de vie du patient^{2,4}. Il peut se présenter de diverses façons, notamment être localisé ou généralisé^{2,4,5}. Cette fiche sera consacrée au prurit chronique sans lésions cutanées chez la personne âgée.

QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

Les causes possibles d'un prurit chronique sans lésions cutanées sont nombreuses. Souvent, ce type de prurit est d'origine multifactorielle³. Le prurit sénile, un diagnostic d'exclusion, est présent en l'absence d'affection cutanée primaire, de cause médicamenteuse et de cause médicale. Il touche fréquemment les patients de plus de 70 ans en continu avec une aggravation de l'intensité durant la nuit^{1,2,6}.

QUELLE EST SA PRÉVALENCE EN GÉRIATRIE ?

La prévalence du prurit chronique s'accroît avec l'âge. Il fait partie des symptômes dermatologiques les plus courants après 65 ans^{2,6,7}. La xérose cutanée est une cause commune de prurit chez la clientèle âgée, et sa prévalence serait d'environ 50 %^{3,8,9}. Elle survient lors des changements physiologiques associés au vieillissement de la peau. Certaines maladies concomitantes peuvent aussi occasionner du prurit, comme l'insuffisance rénale, la cholestase ainsi que la polypharmacie qui augmente le risque de prurit d'origine médicamenteuse^{2,5}.

QUELLES SONT LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE ?

ÉTAPE 1 - ÉVALUATION

Lors de l'évaluation des patients, il est important de considérer le moment d'apparition des symptômes, les antécédents médicaux, l'histoire médicamenteuse, l'abus de substance, les analyses de laboratoire et la description subjective des symptômes par le patient⁸.

ÉTAPE 2 - SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES

■ Application des mesures non pharmacologiques

Peu importe la cause soupçonnée, il faut favoriser une bonne hydratation de la peau¹⁰. La préparation galénique doit être adaptée au degré de sécheresse de la peau. Par exemple, pour les peaux très sèches, il faut privilégier les pommades contenant plus de gras³, sans parfum et bien tolérées à appliquer dès la sortie du bain ou de la douche. Si la crème de base n'est pas suffisante, on peut ajouter des émoullissants ayant une activité antiprurigineuse, tels que le menthol, la pramoxine ou l'urée^{3,6}.

Il faut éviter les longs bains chauds, les saunas, les environnements trop secs et les produits nettoyants irritants, parfumés ou asséchants¹. On favorisera les bains tièdes de courte durée avec un possible ajout d'avoine colloïdale et les détergents synthétiques^{6,11}. Il est aussi recommandé d'éviter le port de vêtements irritants à base de laine et de nylon et d'opter plutôt pour des vêtements de coton souples, amples et perméables à l'air¹¹. Pour éviter les lésions cutanées secondaires, il est suggéré de garder les ongles courts et de porter des gants de coton la nuit afin de briser le cycle démangeaison-grattage^{3,4,11}.

■ Traitement empirique

Les antihistaminiques sont souvent suggérés lorsque la cause demeure inconnue. Toutefois, le prurit chronique généralisé ne répond pas à cette classe de médicaments, qui est encore plus mal tolérée chez les personnes âgées^{4,8}. Les corticostéroïdes topiques ne devraient être utilisés qu'en cas d'inflammation, car la durée de l'effet antiprurigineux est très courte¹²⁻¹⁴. Ceux d'intensité modérée à élevée doivent être réservés au tronc et aux extrémités tandis que ceux de faible intensité doivent être réservés au visage et aux zones intertrigineuses¹². Il faut en limiter l'application à de petites zones et sur une courte période (p. ex. : d'une à trois semaines)^{12,13}. Les traitements topiques plus puissants, comme la crème de fluocinonide à 0,05 % ou la pommade d'aminonide à 0,1 % administrées une fois par jour, améliorent l'adhésion au traitement par rapport aux traitements moins puissants, comme le valérate de bétaméthasone à 0,1 % nécessitant de multiples applications quotidiennes.

ÉTAPE 3 - TRAITEMENT STANDARDISÉ SELON LES CAUSES SOUPÇONNÉES

Si les mesures non pharmacologiques sont instaurées et que les traitements empiriques sont inefficaces, le clinicien doit rechercher les autres causes possibles¹¹. Outre les causes iatrogéniques, plusieurs maladies peuvent provoquer du prurit, notamment l'anémie par carence martiale, le diabète, la gale, les maladies hépatiques et biliaires, l'insuffisance rénale chronique, les maladies psychiatriques, les troubles thyroïdiens, etc.^{8,13,14}. En collaboration avec les médecins, les maladies concomitantes doivent d'abord être stabilisées, puis des analyses de laboratoire prescrites, pour tenter de préciser ou d'éliminer d'autres causes¹.

PRURIT CHRONIQUE SANS LÉSIONS CUTANÉES

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

Août 2023

Malgré qu'il existe une certaine imprécision dans la littérature scientifique concernant la classification et le traitement du prurit chronique sans lésions cutanées, le tableau 1 en complément indique les principales causes chez la personne âgée, les diagnostics associés et les traitements recommandés^{2,3,8,13,14}. Étant donné le peu de données et l'absence d'études comparatives, particulièrement en gériatrie, le clinicien qui prescrit une molécule doit en suivre l'efficacité et vérifier la tolérance du patient. Ce processus est complexe et demeure du cas par cas.

RÉDACTION ET CONSULTATIONS

Auteurs

Par ordre alphabétique

Laurence Bell, Pharm. D., pharmacienne, CHSLD de La Prairie et CHSLD Pierre-Rémi-Narbonne du CISSS de la Montérégie-Ouest

Nouzha El Ouazzani, B. Pharm., M. Sc., pharmacienne et chef du service de pharmacie, Vigi Santé ltée

Josée Marcoux, B. Pharm., pharmacienne et chef du Département de pharmacie, Centre d'Accueil Marcelle-Ferron, partenaire du CISSS de la Montérégie-Centre et du CISSS de la Montérégie-Ouest

Louise Thibodeau, B. Pharm., pharmacienne, Centre d'hébergement Drapeau-Deschambault du CISSS des Laurentides

Réviseur

Dr Simon Nigen, B. Pharm., M.D., FRCPC, dermatologue et chef du Service de dermatologie, Hôpital de Verdun du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Directeur de la clinique d'allergie cutanée, Hôpital général de Montréal du CUSM. Professeur adjoint de clinique au Département de médecine, Faculté de médecine, Université de Montréal. Professeur adjoint de dermatologie, Faculté de médecine, Université McGill

Lectrice externe

Louise Mallet, B. Sc. Pharm., Pharm. D., FESCP, FOPQ, pharmacienne en gériatrie, site Glen du CUSM. Professeure titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal, et rédactrice adjointe, *Pharmactuel* (au moment de la relecture)

Coordination et révision

François E. Lalonde, B. Pharm., M. Sc., pharmacien et adjoint professionnel à la direction générale, A.P.E.S.

Avec la collaboration de

Par ordre alphabétique

François Desjardins, agent de communication, A.P.E.S.

Jacqueline Dionne, adjointe administrative, A.P.E.S.

Martine Picard, M. A., réviseuse linguistique

Annie Roy, avocate et directrice des services administratifs et juridiques, A.P.E.S.

Le présent document a été validé par les membres du Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'A.P.E.S. Les auteurs, les réviseurs et l'A.P.E.S. déclinent toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou pour toute omission ou toute erreur dans le texte. L'utilisation du genre masculin a été retenue uniquement pour faciliter la lecture du document et n'a aucune intention discriminatoire.

La diffusion et la reproduction totale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, sont interdites sans une autorisation préalable de l'A.P.E.S. Il est toutefois possible de diffuser ou de reproduire sans autorisation l'adresse URL du document : [apesquebec.org/pruritchronique](https://www.apesquebec.org/pruritchronique)

Pour citer ce document : Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.). Prurit chronique sans lésions cutanées. Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie. Montréal, Québec : A.P.E.S.;2023. 3 p.

A.P.E.S.

4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1
Téléphone : 514 286-0776
Télécopieur : 514 286-1081
Courriel électronique : info@apesquebec.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
Bibliothèque et Archives Canada, 2023
ISBN 978-2-925150-16-9 (PDF)
© A.P.E.S., 2023

RÉFÉRENCES

À noter que les références **4**, **13**, **14** sont fortement recommandées au lecteur.

1. Ward JR, Bernhard JD. Willan's itch and other causes of pruritus in the elderly. *Int J Dermatol* 2005;44:267-73.
2. Davar S. Le prurit chez la personne âgée. *Le Médecin du Québec* 2014;49:33-6.
3. Pereira MP, Stander S. Therapy for pruritus in the elderly: a review of treatment developments. *Expert Opin Pharmacother* 2018;19:443-50.
4. **Satoh T, Yokozeki H, Murota H et coll. 2020 guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous pruritus. *J Dermatol* 2021;48:e399-413.**
5. Valdes-Rodriguez R, Stull C, Yosipovitch G. Chronic pruritus in the elderly: pathophysiology, diagnosis and management. *Drugs Aging* 2015;32:201-15.
6. Tan JKL. Pruritus. Dans : *Compendium of therapeutic choices*. 7e éd. Toronto: Canadian Pharmacists Association;2014. p. 1151-61.
7. Yalçın B, Tamer E, Toy GG et coll. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. *Int J Dermatol* 2006;45:672-6.
8. Chung BY, Um JK, Kim JC, Kang SY, Park CW, Kim HO. Pathophysiology and treatment of pruritus in elderly. *Int J Mol Sci* 2020;22:174.
9. Clerc CJ, Misery L. A literature review of senile pruritus: From diagnosis to treatment. *Acta Derm Venereol* 2017;97:433-40.
10. Nowak D, Yeung J. Diagnosis and treatment of pruritus. *Can Fam Physician* 2017;63:918-24.
11. Lanot A, Kottler D, Béchade C. Prurit associé à la maladie rénale chronique. *Néphrol Thé* 2021;17:488-95.
12. Bigliardi PL. Prurit: causes, diagnostic et traitement. *Rev Med Suisse* 2006;2:1115-21.
13. **Weisshaar E, Szepietowski JC, Dalgard FJ et coll. European S2k guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2019;99:469-506.**
14. **Rajagopalan M, Saraswat A, Godse K et coll. Diagnosis and management of chronic pruritus: An Expert consensus review. *Indian J Dermatol* 2017;62:7-17.**
15. Hercz D, Jiang SH, Webster AC. Interventions for itch in people with advanced chronic kidney. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;12:CD011393.
16. Simonsen E, Komenda P, Lerner B et coll. Treatment of uremic pruritus: A systematic review. *Am J Kidney Dis* 2017;70:638-65.
17. Verduzco HA, Shirazian S. CKD-associated pruritus: New insights into diagnosis, pathogenesis, and management. *Kidney Int Rep* 2020;5:1387-402.
18. Bergasa NV. Treatment of the pruritus of cholestasis. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2004;7:501-8.
19. Foroutan N, Nikvarz N. Role of pregabalin in management of pruritus. A literature review. *J Pharm Pharm Sci* 2016;19:465-74.

PRURIT CHRONIQUE SANS LÉSIONS CUTANÉES

Fiche préparée par le Regroupement de pharmaciens experts en gériatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
Août 2023

Tableau 1. Principales causes de prurit chronique sans lésions cutanées et traitements recommandés

Principales causes	Diagnostics associés	Traitements recommandés
D'origine générale ^{3-6,8,13}	Maladie rénale chronique (prurit urémique)	<ul style="list-style-type: none"> Gabapentine (Neurontin^{MD}) 100 mg PO au coucher ou de 100 à 400 mg PO de 2 à 3 fois par semaine après la dialyse^{8,11,13,15,16} Prégabaline (Lyrica^{MD}) de 50 à 75 mg PO au coucher 2 à 3 fois par semaine^{11,13,16} Autres options à partir de données probantes limitées : <ul style="list-style-type: none"> Sertraline (Zoloft^{MD}) 50 mg PO une fois par jour ou mirtazapine (Remeron^{MD}) de 15 à 30 mg PO au coucher^{13,15} Capsaïcine (Zostrix^{MD}), crème topique à une concentration de 0,025 % à 0,1 %, en application topique de 3 à 5 fois par jour^{11,13} Montélukast (Singulair^{MD}) 10 mg PO une fois par jour^{13,15} Photothérapie^{4,6,8,11,16}
	Maladie hépatique et biliaire ^{6,10, 18}	<ul style="list-style-type: none"> À noter que les antihistaminiques sont souvent inefficaces pour cette indication Médicaments étudiés <ul style="list-style-type: none"> Cholestyramine (Questran^{MD}) de 4 à 16 g PO par jour (permet d'augmenter l'élimination fécale des agents prurigineux); en cas d'inefficacité, voir les options ci-dessous Naltrexone (Revia^{MD}) 50 mg PO une fois par jour (dans les cas de prurit associé à la prise d'opioïdes) Rifampicine (Rifadin^{MD}) 75 mg PO une fois par jour; en cas d'inefficacité augmenter toutes les semaines ou toutes les deux semaines à 150 mg PO deux fois par jour, puis à 300 mg PO deux fois par jour (dose maximale : 600 mg/j) Sertraline (Zoloft^{MD}) de 50 mg à 100 mg PO une fois par jour Ondansétron (Zofran^{MD}) 8 mg PO toutes les 8 heures¹⁸ Endoprothèse biliaire
	Tumeurs solides et troubles hématologiques	<ul style="list-style-type: none"> Associés à peu de libération d'histamine, donc les antihistaminiques ne sont pas bénéfiques Mirtazapine (Remeron^{MD}) à une dose de départ de 7,5 mg PO une fois par jour Ondansétron (Zofran^{MD}) (dans les cas de prurit associé à la prise d'opioïdes)
	Polypharmacie, notamment avec les médicaments suivants (liste non exhaustive) : antiarythmiques, antibiotiques, antiépileptiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, benzodiazépines, bloqueurs des canaux calciques, chloroquine, clonidine, corticostéroïdes, diurétiques, hypoglycémisants oraux, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, opioïdes, psychotropes, salicylates, statines ^{2,4,11} .	<p>Étapes à suivre dans la prise en charge d'un prurit associé à la polypharmacie</p> <ul style="list-style-type: none"> Détecter les cascades médicamenteuses Rechercher l'incidence de prurit pour chaque médicament Repérer la molécule la plus susceptible de causer le prurit Valider, si possible, la causalité du médicament (p. ex. : voir la liste non exhaustive liée à la polypharmacie) : obtenir une atténuation du prurit à la cessation du médicament et une exacerbation du prurit à la reprise² Déprescrire si une cause médicamenteuse est soupçonnée Avvertissement : Le prurit peut survenir après la première dose du médicament, pendant le traitement et même après quelques heures, quelques semaines ou plusieurs années après la prise du médicament⁵
D'origine neurologique ⁵	Troubles du système nerveux central ou périphérique : syndrome extrapyramidal, suites d'un accident vasculaire cérébral, neuropathie post-zostérienne, prurit du cuir chevelu	<ul style="list-style-type: none"> Traitement topique en cas de prurit localisé : capsaïcine, menthol (concentration maximale de 5 %) ou association d'amitriptyline et de kétamine; en cas d'inefficacité, ajouter de la lidocaïne ou de la prilocaïne Traitements généraux <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} choix : prégabaline (Lyrica^{MD}) de 75 à 150 mg PO au coucher¹⁹ ou gabapentine (Neurontin^{MD}) de 100 à 300 mg PO au coucher 2^e choix : amitriptyline (Elavil^{MD}) de 10 à 25 mg PO au coucher
D'origine inconnue ^{1,3}	Prurit sénile	<p>Prise en charge du prurit sénile</p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{re} intention : antihistaminique H₁ de deuxième génération (p. ex. : cétirizine) à privilégier en présence d'insomnie causée par le prurit 2^e intention : gabapentinoïdes (p. ex. : prégabaline ou gabapentine, ajuster la posologie selon la fonction rénale) 3^e intention : paroxétine (Paxil^{MD}) 20 mg PO une fois par jour (association possible avec un gabapentinoïde) 4^e intention : mirtazapine (Remeron^{MD}) 15 mg PO au coucher (association possible avec un gabapentinoïde) 5^e intention : photothérapie 6^e intention : naltrexone (Revia^{MD}) de 50 à 150 mg PO une fois par jour

Sigles et abréviations : j : jour; PO : par voie orale