Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Prurito
Data 26 febbraio 2006 alle 18:43:00
Autore R. Rossi

Ressa:
Credo di essere nel giusto se affermo che il malato con prurito è una specie di rebus, specialmente se si tratta di prurito cronico isolato e non vi sono patologie dermatologiche visibili.

Rossi:
Hai detto bene!

Ressa:
Ma che cos'è il prurito?

Rossi:
Non mi viene altra definizione che questa: una sensazione localizzata a livello della pelle a cui il paziente cerca di rimediare "grattandosi". Questa sensazione si origina per irritazione o stimolazione delle fibre nervose terminali cutanee e viene trasmessa attraverso le cosiddette fibre "C" alle corna posteriori del midollo spinale e poi alla corteccia attraverso il fascio spino-talamico. Il grattamento con cui si reagisce al prurito non è altro invece che un riflesso spinale primitivo (né più né meno che un riflesso come quelli tendinei).

Ressa:
Va bene, ma quale può essere la causa che genera la stimolazione delle fibre nervose terminali cutanee?Rossi:
Non vi è un meccanismo univoco. Per esempio nei casi del prurito associato all'orticaria è la liberazione di istamina dalle mast-cellule che scatena il fenomeno. In molti altri casi di prurito però non ci sono alterazioni cutanee e il meccanismo interessa probabilmente altri mediatori, come per esempio la serotonina. In altri casi ancora può essere la stimolazione diretta delle fibre nervose (come per esempio nell'herpes zoster) a scatenare il prurito. Altre volte può essere l'accumulo a livello cutaneo di sostanze tossiche (come per esempio nell'uremia o nelle epatopatie caratterizzate da colestasi).
Vi è poi il prurito causato da malattie dermatologiche come la dermatite atopica: in questi casi il meccanismo è probabilmente scatenato dai numerosi mediatori chimici della flogosi che si liberano a livello cutaneo a causa della malattia sottostante.

Ressa:
Allora cominciamo ad esaminare le cause del prurito...

Rossi:
Direi di iniziare con le cause dermatologiche che sono di solito evidenti, ma non è detto.
Praticamente ogni dermatite può causare prurito: l'orticaria, la follicolite, la psoriasi, il lichen planus, ecc. Punterei l'attenzione però su quattro cause in particolare: la dermatite atopica (o eczema atopico), la dermatite da contatto, le parassitosi (scabbia e pidocchi) e la xerosi (o pelle secca).

Ressa:
Cominciamo con la dermatite atopica.Rossi:
Di solito inizia precocemente, spesso nei primi mesi di vita, e può continuare anche da adulti. Provoca severo prurito con lesioni da grattamento e lichenificazione della cute. Generalmente questi soggetti hanno un'anamnesi familiare positiva per asma o rinocongiuntivite allergica e non di rado ne soffrono loro stessi.Le zone più interessate sono la faccia, il cuoio capelluto, gli avambracci e i polsi e le gambe, le fosse poplitee e le caviglie. Tuttavia possono essere interessate altre superfici come le palme delle mani, le palpebre o la regione genitale.

Ressa:
La dermatite da contatto direi è un'altra causa comune di prurito.

Rossi:
Si. Essa si sviluppa in seguito al contatto con numerose sostanze come il nichel (attenzione ai gioelli e ai monili che, anche se d'oro, contengono sempre una parte di nichel), il latex, le creme cosmetiche, gli olii, i detergenti, pomate antibiotiche, ecc. Vi sono poi numerossime sostanze industriali a cui il soggetto può essere esposto per motivi occupazionali, come per esempio le fibre di vetro, il metacrilato, il potassio dicromato (presente per esempio nel cemento), le resine epossidiche, la gomma, le plastiche, ecc. Per questo è importante una scrupolosa anamnesi lavorativa.
Di solito le lesioni cutanee e il prurito si localizzano nelle aree esposte all'agente responsabile, hanno limiti netti rispetto alla cute sana e si sviluppano abbastanza rapidamente.Ressa:
Passiamo alle parassitosi. Oggi si tende a pensare che si tratti di una patologia del passato, ma non è per niente così. Cos'è la scabbia?

Rossi:
E' una malattia dermatologica causata da un insetto (l'acaro o Sarcoptes scabies hominis). La femmina scava un cunicolo nella pelle lungo 0,5-1 cm ove depone le uova da cui fuoriescono le larve che invadono la cute. Queste ultime

nel giro di due settimane si trasformano in adulti con fecondazione delle femmine e nuova deposizione di uova.

Ressa:
Come si manifesta la scabbia?

Rossi:
Il sintomo principale è il prurito diffuso che caratteristicamente è più intenso alla sera. Siccome la malattia è molto contagiosa è probabile che più membri della famiglia ne siano colpiti.

Ressa:
Giusto. Questo è un particolare da chiedere sempre ad un paziente con prurito. E le lesioni cutanee?Rossi:
La lesione tipica della scabbia è il cunicolo che si manifesta come una piccola lesione lineare di colorito roseo-grigiastro; le sedi più frequenti sono i palmi delle mani, i polsi e gli spazi interdigitali. Comunque non sempre i cunicoli sono visibili e spesso il paziente presenta papule desquamanti frammiste a lesioni da grattamento, qualche volta croste, talora pustole dovute a sovrapposizione batterica. Le sedi più caratteristiche sono le natiche, i genitali, le palme delle mani e i polsi o le zone interdigitali, l'ombelico, i seni. In breve però la malattia tende ad estendersi al tronco ed agli arti (la testa viene quasi sempre risparmiata).

Ressa:
Come facciamo a diagnosticare la scabbia?

Rossi:
Se si riscontra un cunicolo la diagnosi è fatta. In caso contrario acquista molta importanza il dato anamnestico di più membri familiari colpiti nonché di fonti potenzialmente infettanti.

Ressa:
La terapia?

Rossi:
La terapia di scelta è la crema di permetrina che deve essere applicata su tutto il corpo (specialmente nelle sedi tipiche) a partire dal collo e lasciata in sede per almeno 12 (meglio se 24) ore. Il trattamento è molto efficace tuttavia bisogna avvisare il paziente di due cose: la prima è che è utile sottoporre tutta la famiglia alla terapia, la seconda che il prurito non scompare subito, ci vogliono alcune settimane (questo per evitare che ripeta il trattamento provocandosi una dermatite da sensibilizzazione). Possono essere utili, per ridurre il sintomo, creme a base di corticosteroidi e antistaminici.Ressa:
Precisazione importante perché, di solito, il paziente è convinto di non essere guarito, vista la persistenza del prurito.Bene. Passiamo alla seconda parassitosi cutanea, l'infestazione da pidocchi o pediculosi.

Rossi:
L'infestazione da pidocchi colpisce di solito il cuoio capelluto o l'area genitale e il pube (piattola), ma può colpire anche il corpo. La pediculosi del capo è frequente nei bambini in età scolare (sono colpiti più bambini delle stessa scuola), comporta prurito intenso e spesso lesioni da grattamento. L'esame dei capelli mostra le caratteristiche lendini (uova): piccoli granuli bianco-giallastri adesi al capello che si riesce a staccare con difficoltà (diversamente dalla forfora che invece si riesce a rimuovere molto facilmente).
La pediculosi del pube si trasmette di solito con i contatti sessuali. Anche qui vi è prurito e si possono vedere le uova attaccate alla base del pelo. Non di rado sono interessati anche i peli ascellari. Nella biancheria intima si possono rinvenire le feci del parassita sotto forma di piccoli granellini di color marrone.
Qualche volta sia nella pediculosi del capo che in quella del pube si possono vedere i pidocchi veri e propri.
Lesioni da grattamento e superinfezione batterica possono complicare il quadro dermatologico.

Ressa:
La terapia?

Rossi:
Si basa sull'uso della crema di permetrina da lasciare in sede per 6-12 ore. Bisogna rimuovere le lendini e i pidocchi con la spazzola dopo aver bagnato i capelli o i peli con acqua e aceto. Inoltre importante trattare i contatti, prevenire la reinfezione insegnando le normali pratiche igieniche e sessuali, evitando di usare pettini, spazzole e indumenti adoperati da altri.Può essere utile ripetere il trattamento dopo 7 giorni.Ressa:
In caso di contatto sessuale occasionale con persone irrintracciabili conviene sondare la possibilità di altre eventuali infezioni trasmissibili sessualmente e contratte nell'occasione.
Rimane da esaminare la xerosi...

Rossi:
L'eccessiva secchezza della cute è una condizione frequente negli adulti-anziani e può causare prurito diffuso, più intenso sulle gambe, sui fianchi e sull'addome, soprattutto nei mesi invernali nei quali ci si copre con abiti più pesanti e si soggiorna per molte ore al giorno in ambienti caldo-secchi. In questi casi è utile consigliare l'uso di creme idratanti dopo il bagno o la doccia e di evitare saponi e detergenti troppo energici. Vale sempre la pena di suggerire queste misure in un adulto-anziano che presenti prurito senza apparenti cause dermatologiche (vedi in seguito).

Ressa:
L'uso dell'olio d'oliva con un batuffolo di cotone è una mano santa!
Bene. Veniamo adesso al prurito isolato che spesso è dovuto a malattie sistemiche. Bisognerà sicuramente richiedere

degli accertamenti, soprattutto se il paziente è un giovane-adulto.
Qui entriamo purtroppo in una zona minata.Rossi:
Direi proprio di si. Conviene per prima cosa escludere cause abbastanza semplici come l'uremia, le epatopatie ad impronta colestatica, la policitemia, l'anemia sideropenica, l'iper e l'ipotiroidismo, l'infezione da HIV e il mieloma multiplo, il diabete. Le epatopatie colestatiche talora possono dipendere dall'assunzione di farmaci (contraccettivi orali, eritromicina, amoxi/clavulanico, fenotiazine, anabolizzzanti) per cui è sempre indispensabile un'accurata anamnesi farmacologica. Da ricordare che anche altri farmaci, con meccanismi diversi, possono provocare prurito (eroina, morfina, codeina, amfetamine, aspirina, antipertensivi, ecc.).
Essendo le cause molteplici sono fondamentali, come sempre, l'anamnesi e l'esame obiettivo oltre che alcuni esami di laboratorio.

Ressa:
Se però l'anamnesi e l'esame obiettivo sono muti e dai primi accertamenti non risulta una causa evidente...

Rossi:
Le cose allora si complicano perché il prurito può essere il segno di svariate altre malattie sistemiche tra cui il linfoma di Hodgkin o alcuni linfomi cutanei, le leucemie, vari tipi di neoplasie (tra cui i tumori carcinoidi, il cancro gastrico, polmonare e pancreatico), la sclerodermia o altre malattie del collageno, alcune parassitosi sistemiche (filariosi, trichinosi, oncocerchiasi,schistosomiasi), neuropatie periferiche (tra cui la cosiddetta notalgia parestetica in cui il prurito si localizza tipicamente alla scapola sinistra), sclerosi multipla, le parassitosi intestinali, la celiachia...Qui mi fermo perché dai testi classici di medicina si possono ricavare decine e decine di cause che gettano il medico in uno stato di incertezza e malessere.Ressa:
Hai reso bene la sensazione che ti prende quando consulti un testo per capire qualcosa di più su questo ingarbugliato sintomo: una specie di stordimento.
Ricordo che nei linfomi di Hodgkin il prurito può rimane l'unico sintomo per mesi e mesi. E' appena il caso di rammentare un noto attore-regista che ha immortalato in un film il suo vagabondare da uno specialista all'altro per risolvere un prurito intrattabile che si rivelò essere dovuto ad un Hodgkin. Tipico esempio di come non vada mai banalizzata la medicina rivolgendosi allo specialista "settoriale" che sembrerebbe giusto nei riguardi della topografia del disturbo.
Una volta mi capitò un caso di prurito in cui avevo pensato all'Hodgkin, avevo anche fatto eseguire una Rx torace che venne negativa perché i linfonodi mediastinici non erano ingranditi a sufficienza per provocare uno slargamento dello stesso, si perse qualche mese finche non si rese palpabile un linfonodo laterocervicale. La paziente è viva a distanza di 10 anni.

Rossi:
Un caso particolare è poi il prurito che compare in gravidanza, specialmente nell'ultimo trimestre, e che colpisce oltre il 10% delle gravide.

Ressa:
Puoi dare uno schema di comportamento pratico di fronte al prurito?

Rossi:
Ecco un possibile percorso diagnstico che tiene conto di quanto abbiamo detto finora.

Esistono lesioni cutanee tipiche?
L'esame della cute è fondamentale per scoprire affezioni dermatologiche. In pratica qualsiasi dermatite è in grado di provocare prurito. Da non confondere le eventuali lesioni da grattamento con una dermatite. Può essere utile in alcuni casi richiedere una consulenza specialistica.
Se non si riesce a stabilire la causa della dermatite possono rendersi necessari alcuni test (per esempio patch test), una biopsia cutanea o un tampone cutaneo per esame colturale.
La presenza di prurito limitata alle sole aree esposte dovrebbe far pensare ad una dermatite solare oppure da allergeni esterni (polveri, pollini).

Non ci sono cause dermatologiche apparenti
Se non ci sono sospetti di una sottostante malattia sistemica e il paziente, a parte il prurito, non manifesta altri sintomi, si può ricorrere ad un trattamento sintomatico per 2 settimane (vedi in seguito). Se ci sono segni sospetti oppure se il trattamento sintomatico dopo 2 settimane non ha effetto conviene richiedere alcuni accertamenti: creatinina, azotemia, emocromo, ferritina, glicemia, elettroforesi proteica, bilirubina, fosfatasi alcalina, gammaGT, TSH, Anti HIV, esame parassitologico delle feci (per 3 volte), Rx torace.Purtroppo nonostante tutti gli sforzi ci sono casi in cui non si riesce a trovare una causa.
In questa evenienza ci sono due opzioni:
1) fermarsi e aspettare gli eventi (cioè star a vedere se il prurito è causato da qualche malattia che prima o poi salterà fuori)
2) approfondire sempre più gli esami di laboratorio e strumentali.

Il primo approccio lascia il medico nell'incertezza (e se saltasse fuori una neoplasia o una patologia grave che io non ho diagnosticato?). Il secondo atteggiamento espone il paziente al rischio di eseguire una moltitudine di esami (magari anche invasivi come una endoscopia digestiva) che potrebbero alla fine rivelarsi inutili.

Conosco il caso di un uomo di 55 anni (anamnesi patologica remota completamente negativa) che soffre da circa 3 anni di prurito intenso e diffuso da provocargli dolorose lesioni da grattamento; il suo medico curante, dopo avergli fatto fare tutti gli esami possibili e immaginabili, lo ha inviato da numerosi specialisti (dermatologi, internisti, allergologi, ecc.) senza cavare un ragno dal buco. L'unico dato positivo è un aumento consistente del titolo degli ANA in assenza di

qualsiasi altra sintomatologia che faccia pensare ad una connettivite. Nessun risultato con vari antistaminici e steroidi topici. Il prurito cessa solo se assume uno steroide orale. Il paziente continua a girovagare in cerca di qualcuno che gli risolva il problema. Dal canto mio non me la sono sentita di dirgli che magari fra un anno o due salterà fuori una malattia del collageno o un linfoma.

Ressa:
Non hai detto nulla circa eventuali test allergologici per alimenti...Rossi:
Volutamente. Benché i pazienti siano spesso portati a pensare di soffrire di qualche allergia verso qualche cibo, i test per allergie alimentari, nella mia esperienza, non sono mai riusciti a risolvere il problema. Magari ti fanno saltar fuori qualche allergia a qualche strano alimento che il paziente non assume mai. Insomma mi sembra un po' un capitolo nebuloso. L'unica cosa che consiglio, quando il paziente mi chiede se potrebbe essere in gioco una allergia alimentare, di provare una dieta di eliminazione, sul tipo di quella che si può trovare nel capitolo dedicato alle intolleranze alimentari e al quale rimando. Comunque a questo proposito sono abbastanza scettico e non ho mai visto grandi risultati. Ma forse è perché i pazienti non rispettano la dieta consigliata ...

Ressa:
La mia esperienza è simile ma trovo difficoltà a convincere i pazienti perché, al giorno d'oggi, sono molto di moda i danni provocati dagli alimenti e il paziente è convintissimo di esserne colpito.
Parlavi prima di un tentativo terapeutico di un paio di settimane come criterio ex-juvantibus...

Rossi:
Si, sono consigliate sia misure di tipo generale che farmacologico.
Tra le misure generali: usare creme idratanti più volte al giorno, prive di alcol; limitare il tempo di durata dei bagni e delle docce e ungersi poi con creme o lozioni idratanti; limitare l'uso dei saponi e preferire detergenti al latte; umidificare la casa, soprattutto d'inverno; evitare di mettere a contatto con la pelle indumenti di lana o sintetici (preferire cotone e seta); evitare di usare per periodi prolungati preparati topici a base di steroidi (sconsigliate le creme antistaminiche per il rischio elevato di sensibilizzazione); tenere le unghie molto corte e quando il prurito è irresistibile grattarsi con il palmo della mano; usare preparati topici antiprurito a base di mentolo o amido (quest'ultimo può anche essere sciolto nell'acqua in cui ci si lava).Tra i farmaci preferire gli antistaminici tipo idroxizina (ma si possono usare anche antistaminici di ultima generazione che sono meno sedativi, anche se a mio avviso meno efficaci nei casi refrattari); in alcuni casi può essere fatto un tentativo di 8-10 giorni con steroidi per os.
Vi sono poi terapie specifiche in caso di prurito legato a determinate malattie; per esempio colesteramina per la colestasi, gli ultravioletti di tipo B per l'uremia e altri che non è il caso di trattare in questa sede.

Ressa:
Ovviamente nei casi di prurito secondario (tireopatie, anemia, ecc.) il trattamento della causa (quando possibile) determina anche il miglioramento o la scomparsa del sintomo.
Per finire ricorderei che esiste anche il prurito psicogeno che colpisce soggetti ansiosi o depressi ma che si può ritrovare anche nelle vere e proprie psicosi. Si tratta però di una diagnosi di esclusione, quindi da abbracciare con cautela.
Una volta mi capitò una giovane con celiachia che aveva un prurito persistente, goffamente interpretato come psicogeno.