



# La gestione del prurito in Medicina Generale: audit su 20 anni di attività di un medico di famiglia

Itch management in general practice: audit on 20 years of activity of a family doctor

Laura Galantino

SIMG BAT

## Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

## How to cite this article:

La gestione del prurito in Medicina Generale: audit su 20 anni di attività di un medico di famiglia Rivista SIMG 2024; 31(03):40-43.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

**ABSTRACT** Il prurito è un sintomo aspecifico, frequente motivo di accesso dal medico di Medicina Generale (MMG). Spesso non è accompagnato da alcun segno dermatologico, può diventare cronico e influenzare negativamente la qualità della vita di chi ne soffre. L'inquadramento eziologico, nonché il trattamento risolutivo sono tutt'altro che semplici e il MMG, oltretutto, non ha a disposizione un algoritmo diagnostico-terapeutico sufficientemente validato in quanto esistono pochi studi in letteratura, soprattutto nel setting delle cure primarie. Sulla base di tali promesse è stata analizzata la gestione di questo sintomo da parte di un MMG con l'obiettivo di verificare quanto fosse allineata con le pur scarse indicazioni presenti in linee guida e raccomandazioni. In particolare, è stato valutato quello che veniva definito "pruritus sine materia" (oggi "prurito di origine sconosciuta o indeterminata"). L'analisi retrospettiva di oltre 20 anni ha evidenziato n=979 registrazioni di episodi di prurito, di cui n=101 non associato a manifestazioni dermatologiche. È stato constatato come la gestione risultasse solo parzialmente in linea con le indicazioni presenti in letteratura. Le linee guida, inoltre, propongono numerose soluzioni per il trattamento del prurito cronico resistente agli antistaminici ma queste sono state adottate raramente anche dagli specialisti.

*Itching is a non-specific symptom and a frequent reason for seeing a general practitioner (GP). It is often not accompanied by any dermatological sign; it can become chronic and negatively affect the quality of life. The etiological classification, as well as the definitive treatment, are far from simple and the GP, moreover, does not have a sufficiently validated diagnostic-therapeutic algorithm to follow as there are few studies in the literature, especially in the primary care setting. On the basis of these considerations, the management of this symptom by a GP was analyzed in this study with the aim to verify how aligned it was with the albeit limited indications present in the guidelines and recommendations. In particular, what was defined as "pruritus sine materia" (today "itching of unknown or of indeterminate origin") was evaluated. The retrospective analysis of over 20 years highlighted n=979 recorded episodes of itching, of which n=101 not associated with dermatological manifestations. It was found that the patients' management was only partially in line with the indications of the literature. Furthermore, guidelines propose numerous solutions for the treatment of chronic itching resistant to antihistamines but these were rarely adopted even by specialists.*

**Parole chiave/Key words:** antistaminici, dermatite, prurito.

## INTRODUZIONE

Il prurito è un sintomo aspecifico, frequente motivo di visita dal medico di Medicina Generale (MMG). Spesso non è accompagnato da alcun segno dermatologico, può diventare cronico e influenzare negativamente la qualità della vita del paziente. Durante il semestre finale del CFMSG ho notato numerosi casi di pazienti che lamentavano il sintomo prurito constatando che, a differenza di altre patologie, la loro gestione non sembrava essere guidata da chiari criteri diagnostici e terapeutici, anche quando è coinvolto uno specialista di branca. Pertanto, mi sono proposta di verificare se queste mie osservazioni corrispondessero a quanto realmente verificatosi nell'esperienza pluriennale del mio tutor.

## MATERIALI E METODI

Questo è uno studio retrospettivo condotto analizzando i dati contenuti nelle cartelle cliniche di un MMG massimalista nell'arco di 23 anni (a partire dal 01/01/2000 fino al 1/08/2023). Per mezzo di una query in linguaggio SQL sono stati selezionati tutti i pazienti per i quali il medico aveva aperto il problema "prurito" (Codici ICD9 698, 782.0, 306.3) o aveva inserito la parola "prurito" nella descrizione di un qualsiasi altro problema. Escludendo i pazienti deceduti e revocati, gli episodi di prurito registrati sono stati 1525. In un secondo step, volendo studiare soltanto il prurito cutaneo, sono stati esclusi dall'analisi le registrazioni riferite a prurito a livello delle vie respiratorie e del distretto ano-genitale riducendo la casistica a 1100 casi.

Di questi, oltre 180 si riferivano allo stesso episodio di prurito, pertanto il numero totale di registrazioni da cui sono stati estrapolati i dati sono stati 979. Successivamente sono stati selezionati i casi di prurito senza alcuna manifestazione cutanea, estraendo anche informazioni relative a patologie concomitanti, farmaci prescritti, accertamenti e visite specialistiche correlate. Quindi è stata eseguita una valutazione mirata di cartelle cliniche di alcuni pazienti per ottenere informazioni non ricavabili mediante una interrogazione degli archivi.

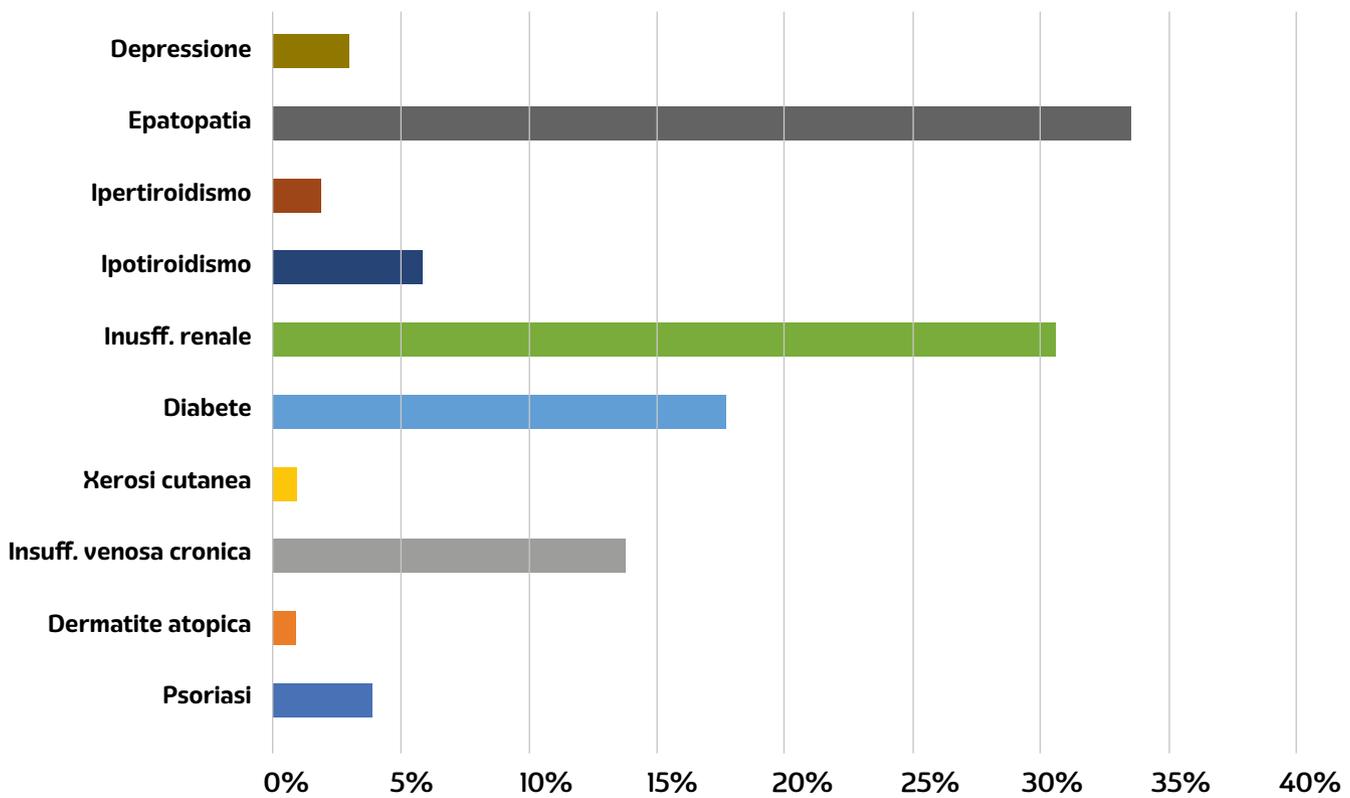
**RISULTATI**

Nell'arco temporale esaminato il MMG ha dovuto gestire 979 episodi di prurito cutaneo. Questi episodi corrispondevano in realtà a 544 pazienti considerato che più pazienti nel corso della loro vita (e per lo meno nei 23 anni studiati) abbiano presentato episodi di prurito cutaneo in diverse occasioni. Di questi 979 episodi, l'89,7% (878 episodi) era associato a manifestazioni cutanee mentre nel 10,3% dei casi (n=101) il prurito non era riconducibile ad alcuna lesione cutanea (anche se in 7 di questi episodi il MMG ha riscontrato delle lesioni se-

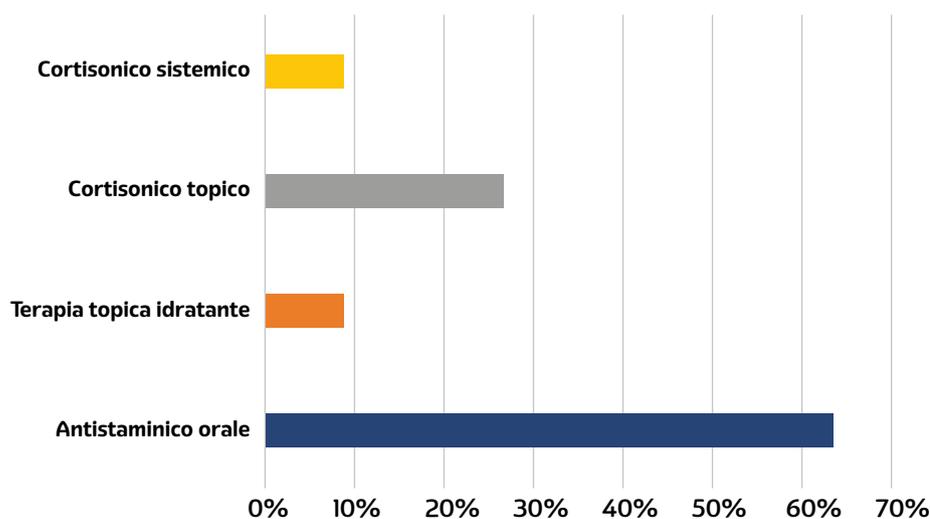
condarie da grattamento). Solo nella metà degli 878 casi di prurito associato a lesioni cutanee il MMG è giunto direttamente ad una diagnosi e si trattava più frequentemente di orticaria, Herpes Zoster, dermatofitosi, punture d'insetto, dermatite allergica da contatto, pitiriasi rosea, disidrosi e, meno frequentemente, di psoriasi, esantemi da farmaci, reazioni allergiche non manifestatesi con vera e propria orticaria ma con rash pruriginosi, malattie esantematiche virali, dermatite atopica, dermatite seborroica, eritemi solari, pediculosi e alcune forme di vasculite.

Analizzando, invece, i 101 casi di prurito senza manifestazioni dermatologiche, sono emersi dati epidemiologici rilevanti. Nel 70% dei casi il paziente era donna. I pazienti lamentavano un prurito diffuso nel 54% dei casi e localizzato nel 46%. Solo in 27 casi su 101 il prurito poteva definirsi con certezza cronico (durata maggiore di 6 settimane). Le comorbidità più frequenti riscontrate in assenza di manifestazioni cutanee sono state le epatopatie (con o senza colestasi =33,6% dei casi), l'insufficienza renale (30,7%) e il diabete (17,8%), che costituiscono infatti le più frequenti

cause di prurito di origine sistemica. Con minor frequenza insufficienza venosa cronica, ipotiroidismo, psoriasi, depressione, ipertiroidismo, xerosi cutanea e dermatite atopica (**Figura 1**). Purtroppo, non è stata valutata la frequenza della sideropenia, ma nella metà dei casi in cui il paziente era affetto da insufficienza renale il prurito era diffuso mentre in un quinto dei casi era riferito ad entrambi gli arti inferiori. Per quanto è stato possibile estrarre dal database il MMG è giunto con certezza ad una diagnosi eziologica in sole 20 volte in assenza di alterazioni cutanee (=1 caso su 5). In 12 di essi la diagnosi è avvenuta ex juvantibus in quanto il sintomo regrediva con la sospensione di un farmaco. Si trattava di statine (che secondo la letteratura causano prurito nel 15%), miorilassanti, bezafibrato, aceinibitori e sartani. Studiando le cartelle è emerso come i pazienti che abbiano manifestato prurito generalizzato in relazione ad un farmaco spesso presentavano comorbidità: in due dei 3 casi di prurito per statina il paziente era affetto da una epatopatia; essa era presente anche in entrambi i casi di prurito dovuto a tiocolchicoside; in altri casi era presente anche diabete.



**Figura 1 - Comorbidità presenti in pazienti (n=101) con prurito senza manifestazione cutanea**



**Figura 2 - Terapia prescritta dall'MMG nei casi di prurito di origine sconosciuta**

Il MMG ha richiesto esami di laboratorio nel 31,7% dei casi di prurito di origine sconosciuta e una visita specialistica (dermatologica e/o allergologica) nel 28% dei casi. In soli tre casi su suggerimento dello specialista sono stati poi richiesti altri esami di approfondimento (in un caso l'esame parassitologico delle feci e negli altri due markers tumorali). Per quanto riguarda la terapia farmacologica (Figura 2) sono stati prescritti antistaminici orali nel 63% dei casi, cortisonici topici nel 27%, cortisonici sistemici nel 9%, idratazione topica nel 9%. Non è stato possibile calcolare con esattezza l'outcome di queste terapie ma il MMG ha riportato in cartella il miglioramento della sintomatologia nel 9% dei casi.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il prurito è un sintomo di frequente riscontro nella esperienza del MMG, ciò nonostante, le evidenze disponibili per la sua gestione sono scarse. Le più rilevanti, secondo quanto è possibile riscontrare, sono le Linee Guida Europee sul Prurito Cronico,<sup>1</sup> aggiornate al 2019, e le indicazioni dell'Associazione Britannica dei Dermatologi,<sup>2</sup> aggiornate al 2018. Per quanto riguarda l'approccio diagnostico, l'orientamento del MMG esaminato è risultato sufficientemente in accordo con quanto suggerito dalle linee guida britanniche ed europee tranne che per il fatto che il MMG ha richiesto in molti casi anche prove allergologiche (prick test) che invece non vengono suggerite dalla letteratura mentre non ha mai prescritto una radiografia del torace utile per identificare eventuali patologie oncoematologiche. Analizzando invece la terapia

prescritta (Figura 2), è emerso il largo uso di antistaminici orali, utilizzati nel 63% dei casi, a discapito della idratazione topica, prescritta solo nel 9% dei casi. Quest'ultimo dato potrebbe essere sottostimato in quanto il MMG potrebbe aver suggerito terapie topiche senza tuttavia prescriverle o annotarle sul suo gestionale. Ma è bene sottolineare come entrambe le linee guida raccomandino in prima battuta di fornire ai pazienti consigli sulle cure della pelle e, solo dopo essersi accertati che esse siano state applicate ma senza beneficio, passare ad una terapia sintomatica. Si dovrebbero sempre preferire dei sintomatici topici mentre gli antistaminici dovrebbero essere usati solo nel prurito localizzato che resiste ai sintomatici topici e nel prurito generalizzato sempre dopo una attenta anamnesi e un approfondito esame clinico. Il medico ha comunque prescritto antistaminici di seconda generazione in accordo con le linee guida, solo in un caso è stato prescritto un antistaminico di prima generazione ma su suggerimento dello specialista. In ben il 27% dei casi il MMG, inoltre, ha prescritto cortisonici topici nonostante la letteratura non raccomandi il loro utilizzo laddove il prurito non sia associato a manifestazioni cutanee infiammatorie. Nel 9% dei casi sono stati prescritti anche cortisonici sistemici che invece dovrebbero essere usati solo per trattare acuzie nel caso di dermatosi gravi (esantema da farmaci, orticaria, AD grave, DAC e disidrosi importanti) ma non possono essere usati per il prurito di origine sconosciuta, se non per un breve periodo di tempo nelle forme paraneoplastiche. È utile sottolineare come non risultino mai

prescritti dal medico di famiglia (né tantomeno dagli specialisti) farmaci come colestimina, antidepressivi (in un solo caso è stato prescritto un ansiolitico), gabapentinoidi o antagonisti oppioidi che sono invece raccomandati dalle linee guida per i casi di prurito cronico refrattario ma che andrebbero prescritti off-label. Nel gestionale non vi era alcun riferimento, inoltre, né a fototerapia UV né a psicoterapia. Questi farmaci e terapie non farmacologiche non sono stati suggeriti neanche dagli specialisti.

In conclusione, è stato possibile rilevare come, di fronte al sintomo prurito, l'atteggiamento diagnostico e terapeutico del medico sia stato solo parzialmente in linea con le indicazioni presenti in letteratura.

È evidente che questa osservazione, effettuata su un singolo medico, non può essere generalizzata. Tuttavia, risulta evidente come anche le indicazioni degli specialisti, quando consultati, non siano stati pienamente aderenti alle linee guida. Esiste pertanto un bisogno formativo non totalmente soddisfatto nei confronti di un sintomo apparentemente banale ma che può essere espressione di una vasta gamma di problematiche patologiche talora di grande rilievo clinico.

## PRURITO CRONICO: COSA DICONO LE LINEE GUIDA?

Si definisce prurito la sensazione che provoca il desiderio di grattarsi, gesto dal quale è alleviata. L'International Forum on the Study of Itch (IFSI) ha classificato il prurito in base alla sua durata, eziologia e alla sua manifestazione clinica.<sup>3</sup> Può definirsi acuto o cronico a seconda che sia di durata inferiore o superiore alle 6 settimane. Il prurito può essere di origine dermatologica, internistica, neurologica, psicogena e mista. Le patologie dermatologiche che causano prurito sono numerose, le più comuni sono le dermatiti eczematose come la dermatite atopica (principale motivo di prurito nei bambini) e la dermatite allergica ed irritativa da contatto, la xerosi cutanea (tipica degli anziani) che può evolvere in eczema asteatosico, l'orticaria, patologie papulosquamose come la psoriasi, infezioni come le dermatofitosi, le follicoliti e le malattie esantematiche, infestazioni come la scabbia e le pediculosi. Altrettanto numerose sono le patologie internistiche che determinano prurito: l'insufficienza renale cronica, le patologie epatiche di solito associate ad ostruzione delle vie biliari, l'ipertiroidismo, il diabete e complicanze come la neuropatia, neoplasie maligne come il linfoma di Hodgkin e la policitemia vera, patologie infettive come l'infezione da HIV, patologie

reumatologiche come la sindrome di Sjogren e la dermatomiosite. Inoltre, nel gruppo del prurito di origine sistemica rientra quello che può generarsi in risposta all'uso di determinati farmaci e che può essere associato o meno ad una reazione cutanea. Il prurito può essere di origine neurologica come quello che può svilupparsi in corso di una neuropatia periferica. Il prurito inoltre può manifestarsi transitoriamente in corso di periodi di stress emozionale o persistentemente in caso di patologie psichiatriche come la depressione, l'anoressia nervosa, l'escoriazione psicogena e il delirio di parassitosi.

Quando l'origine del prurito non è nota si individuano tre gruppi in base alla sua manifestazione clinica: prurito che si sviluppa su cute alterata (a questo gruppo appartengono tutti i tipi di prurito dermatologico), prurito che compare in assenza di manifestazioni cutanee e quello che si associa a lesioni da grattamento. Il prurito, infatti, può stimolare un grattamento così intenso da provocare lesioni cutanee secondarie come escoriazioni ed eventuali successive infezioni mentre in cronico può causare la lichenificazione della cute (lichen simplex cronico) e multipli noduli pruriginosi (prurigo nodularis). L'Associazione Britannica dei Dermatologi ha stilato delle raccomandazioni rivolte ai MMG per lo screening in pazienti con prurito senza rash cutaneo che prevedono un'anamnesi ed un esame clinico dettagliati e successivi approfondimenti diagnostici.<sup>2</sup> L'associazione dei dermatologi raccomanda al MMG la rivalutazione del paziente e se i suggerimenti forniti non migliorassero la situazione dovrebbe richiedere esami ematochimici e una radiografia del torace. Le linee guida europee sul prurito cronico (aggiornate al 2019) sono concordi sull'esecuzione di una radiografia del torace ma suggeriscono anche il dosaggio del TSH e della glicemia e degli approfondimenti diagnostici specifici da richiedere in base all'eventuale patologia sistemica sottostante di cui si sospetta che il prurito possa essere espressione.<sup>1</sup> Le stesse linee guida per il prurito cronico suggeriscono uno schema terapeutico a step.

Esistono numerose sostanze topiche raccomandate nel prurito localizzato: la capsaicina, il mentolo, la canfora e il polidocanolo. I farmaci sintomatici sistemici sono indicati per il prurito generalizzato o il prurito localizzato resistente agli agenti topici. In prima battuta gli antistaminici di seconda generazione.<sup>4,5</sup> In caso di resistenza alla terapia antistaminica, prima di ulteriore terapia sintomatica, il paziente deve essere sottoposto ad un'attenta valutazione dia-

gnostica, nonché al trattamento di eventuali patologie di base, sottolineando come gli antistaminici siano inefficaci nel prurito dovuto a cause internistiche. Le linee guida suggeriscono l'uso del naloxone e naltrexone (25-50mg/die) per il prurito biliare, antidepressivi come paroxetina, mirtazapina e amitriptilina per il prurito di origine psicogena e il gabapentin nel prurito neuropatico e in quello associato ad insufficienza renale. Purtroppo, tutti questi farmaci andrebbero prescritti off-label mentre presenta indicazione per il prurito di origine colestatica la colestiramina.

### Bibliografia

1. Weisshaar E, et al. European S2K guideline on chronic pruritus. *Acta*

*Derm Venereol* 2019;99:469-506.

2. Millington GWM, 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.
3. Ständer S, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol* 2007;87:291-94.
4. Paul E, et al. Treatment of chronic urticaria with terfenadine and ranitidine. *Eur J Clin Pharmacol* 1986;31:277-80.
5. Hoare C, et al. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technology Assessment* 2000;4:1-191