

Université René Descartes Paris V
Faculté Cochin Port Royal

Prurit sénile
Etude clinique et prise en charge en EHPAD

Docteur Dominique ZARA

DIU
Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année universitaire 2014-2015

Directeur : Docteur Jacques COURIVAUD

Remerciements

Je remercie le Docteur J. Courivaud, Médecin Référent des EHPAD Residalya pour sa pédagogie, son aide et ses conseils durant mon cursus.

Je remercie également les directeurs et les équipes qui m'ont accueilli dans leur établissement lors de mon stage : les Portes du Jardin à Tonny-Charente, 17 ; le Jardin des Loges à St-Bonnet, 17 ; le Mont des Landes à St-Savin, 33.

Merci enfin au Docteur M. Carron, mon épouse, pour son aide constante et ses encouragements.

SOMMAIRE

Introduction.....	5
I Particularités du prurit sénile.....	7
1. Définitions.....	7
A. Qu'est-ce qu'un prurit ?	
B. Qu'est-ce qu'un prurit sénile ?	
2. Questions.....	8
3. Enquêtes cliniques	
A. Etude parue en 2004.....	8
1. Méthode	
2. Résultats	
B. Observations recueillies en EHPAD.....	10
1. Méthode	
2. Résultats	
- EHPAD Les Portes du Jardin	
- EHPAD Le Mont des Landes	
4. Discussion	12
A. Elements convergents dans les études présentées	
B. Apport de l'enquête menée en EHPAD	
C. Synthèse	
II Le rôle du Médecin Coordinateur.....	15
1. Dépistage	
2. Diagnostic	
3. Principes de prise en charge	
4. Protocole de soins destiné aux soignants	
5. Support de formation	
Conclusion.....	19
Annexes.....	21
1. Causes des prurits généralisés	
2. L'hypothèse carencielle	
3. Le prurit sénile et les facteurs psychogènes	
4. Questionnaire remis aux médecins exerçant en EHPAD	
5. Support de formation	
6. Bibliographie	

Introduction

Le prurit dit sénile, dont les contours sont flous, peut sembler une pathologie mineure pour le médecin coordonnateur. L'EHPAD est pourtant un lieu privilégié pour en observer les aspects cliniques et l'impact ainsi que l'effet des traitements.

Le but de ce mémoire est de préciser les caractères de ce type de prurit et de voir quelle place peut tenir le médecin coordonnateur au niveau de la prise en charge des patients, dans une démarche de qualité.

I Particularités du prurit sénile

1. Définitions

A. Qu'est-ce qu'un prurit ?

Le prurit est un symptôme dont les causes sont très variées et que l'on décrit comme une sensation désagréable provoquant le besoin de se gratter, touchant uniquement la peau ou les semi-muqueuses.

B. Qu'est-ce qu'un prurit sénile ?

Rappelons tout d'abord des éléments bien connus :

1. Diagnostic

C'est toujours un diagnostic d'élimination. Devant un prurit chez une personne âgée on doit rechercher en premier lieu une dermatose prurigineuse avec des lésions spécifiques :

- une gale
- un eczéma
- une toxidermie
- une pemphigoïde bulleuse
- un lymphome cutané
- d'autres causes (voir annexe 1-A)

S'il n'y a pas de lésions cutanées, hormis parfois des lésions de grattage non spécifiques, on doit également rechercher :

- une irritation par un agent externe
- l'effet prurigène d'un médicament, signalé dans le Vidal
- une cause générale (voir annexe 1-B)

Le prurit dit sénile est donc un prurit du sujet âgé, sans lésions cutanées spécifiques, pour lequel aucune des causes citées précédemment n'est retrouvée.

2. Physiopathologie

On considère habituellement que cette pathologie est due à une xérose cutanée mal tolérée. Cette sécheresse cutanée est la conséquence des modifications physiologiques de la peau survenant au cours du vieillissement.

Des facteurs psychogènes peuvent y être associés ce qui rend parfois difficile la différenciation entre prurit sénile et prurit psychogène chez le sujet âgé.

3. Retentissement

La maladie qui est considérée comme fréquente peut, dans certains cas, devenir invalidante par son intensité et sa chronicité.

2. Questions

Au-delà des notions que nous venons de rappeler, un certain nombre d'éléments restent à préciser pour mieux caractériser la maladie. Nous nous interrogerons en particulier sur les aspects suivants :

- fréquence réelle des cas nécessitant une prise en charge
- âges les plus touchés
- aspects cliniques, modes de révélation
- retentissement
- facteurs favorisants ou aggravants
- résultats des traitements

3. Enquêtes cliniques

Pour répondre à nos questions nous nous baserons premièrement sur les résultats de la seule étude récente publiée sur ce sujet.

Nous détaillerons ensuite ce qui est observé chez des patients résidant en EHPAD dans l'enquête que nous avons menée en mai 2015.

A. Etude parue en 2004

1. Méthode

L'étude portait sur 163 patients âgés de 60 à 98 ans, résidant à domicile ou en institution, qui avaient consulté un dermatologue pour prurit sénile.

2. Résultats

Mode d'installation

progressif dans 80% des cas

Intensité du prurit

légère	10%
modérée	55%
sévère	35%, avec parfois dysesthésies (picotements, sensations de brûlure)

Topographie

diffuse le plus souvent

Mode évolutif

intermittent	2/3 des cas
permanent	1/3

Pathologies associées

xerose, constante mais de gravité variable :

légère	10%
modérée	38%
intense	52%

la recherche d'autres pathologies associées n'a pas été faite dans cette étude axée principalement sur la sécheresse cutanée.

Facteurs aggravants

contact de l'eau, surtout
chaleur ou froid
contact avec les tissus
horaire, avec aggravation vespérale ou nocturne
stress, anxiété
alcool
exposition aux UV

Retentissement

inconfort, gêne, insomnie du fait de la recrudescence nocturne
lésions de grattage dans plus de la moitié des cas

Effet des traitements

Qu'il s'agisse d'émollients utilisés seuls ou associés à des dermocorticoïdes voire des antihistaminiques, l'efficacité constatée était globalement :

bonne	4%
moyenne	44%
insuffisante	25%
nulle	27%

Un essai thérapeutique était également effectué à cette occasion afin de confirmer ou non l'hypothèse d'une carence nutritionnelle en acides gras essentiels (AGE) dans la xerose du sujet âgé (voir mécanisme en annexe 2).

Améliorer la xerose par une supplémentation en oméga 3 et 6 en cure continue permettrait alors de réduire le prurit.

L'essai effectué au cours de l'étude s'est avéré positif, de façon significative, dans la majorité des cas observés : deux tiers des patients traités par supplémentation en acides gras essentiels, en plus de leur traitement habituel, ont vu une réduction voire une disparition de leur prurit. Par contre les cas les plus graves avec retentissement important, soit un tiers des patients, n'ont pas vu d'amélioration significative.

B. Observations recueillies en EHPAD

Celles-ci sont basées sur l'expérience de médecins gériatres exerçant en EHPAD.

1. Méthode

Un questionnaire reprenant et complétant les items de l'étude précédente a été proposé aux médecins gériatres rencontrés au cours du stage en EHPAD en mai 2015 (voir annexe 4).

2. Résultats

Nous présenterons les données recueillies dans 2 EHPAD regroupant environ 200 résidents. Les autres établissements sollicités n'ont pas répondu. Même limités, ces éléments apportent un éclairage intéressant au sujet que l'on cherche à saisir.

EHPAD Les Portes du Jardin à Tonnay-Charente (Charente Maritime)

108 places dont 42 pour l'unité Alzheimer

Fréquence des patients pris en charge 10%

Répartition par âge

60 à 70 ans	10%
70 à 80 ans	30%
plus de 80 ans	60%

Mode de révélation

Se fait selon 3 possibilités :

plainte exprimée par le patient : souvent
observation par les soignants : constamment
lésions de grattage : le plus souvent

Intensité du prurit

légère	20%
modérée	50%
sévère	30%

Topographie

diffuse le plus souvent

Mode évolutif

le plus souvent intermittent, à recrudescence nocturne

Pathologies associées

xerose : constante
démence : assez fréquente
dépression : assez fréquente
autres comorbidités : peu fréquentes

Retentissement

insomnie du fait de la recrudescence nocturne : assez fréquente
agitation, agressivité : fréquentes
pensées suicidaires, dépression réactionnelle : jamais

Effet du traitement

toilette adaptée et émoullients : efficacité globale plutôt bonne
dermocorticoïdes, antihistaminiques : souvent utiles
dignes d'intérêt également : balnéothérapie, snoezelen
antidépresseurs: insuffisants

EHPAD Le Mont des Landes à Saint-Savin (Gironde) 97 places dont 22 pour l'unité Alzheimer

Fréquence des patients pris en charge 4%

Répartition par âge

60 à 70 ans 10%
70 à 80 ans 60%
plus de 80 ans 30%

Mode de révélation se fait selon 3 possibilités :

plainte exprimée par le patient : peu fréquent
observation par les soignants : peu fréquent
lésions de grattage : le plus souvent

Intensité du prurit

légère 20%
modérée 50%
sévère 30%

Topographie

diffuse le plus souvent

Mode évolutif

le plus souvent permanent

Pathologies associées

xerose : constante
démence : très fréquente
dépression : peu fréquente
autres comorbidités : peu fréquentes

Retentissement

insomnie du fait de la recrudescence nocturne : peu fréquente
agitation, agressivité : très fréquentes
pensées suicidaires, dépression réactionnelle : peu fréquentes

Effet du traitement

toilette adaptée et émollient : efficacité globale plutôt bonne
dermocorticoïdes: souvent utiles
antihistaminiques : peu administrés en raison des effets secondaires.
aucun effet des antidépresseurs
pas de traitement non médicamenteux

4. Discussion

A. Eléments convergents dans les études présentées

La xerose cutanée est quasi constante. C'est bien là l'élément essentiel à prendre en compte dans les soins de la peau apportés aux personnes âgées, afin d'éviter l'éventuel recours aux médicaments, en particulier antihistaminiques (en raison de leurs effets secondaires).

L'impact du prurit, y compris dans le cadre du prurit sénile, peut être important voire grave par sa topographie, son intensité, sa recrudescence nocturne ; ceci dans un tiers des cas.

B. Apport de l'enquête menée en EHPAD

1. Fréquence

Le nombre des patients nécessitant une prise en charge pour prurit sénile paraît assez faible dans les EHPAD étudiées : 4 à 10%.

Comme la xerose liée au vieillissement est fréquente, on peut penser que les soins de base effectués en EHPAD permettent de prévenir l'aggravation de cet état. A l'inverse il pourrait exister une sous-estimation du phénomène dans la mesure où d'autres comorbidités et problèmes dominent le tableau.

2. Age

On constate que le prurit sénile s'aggrave avec l'âge et devient plus gênant après 70 ans, en corrélation avec l'accentuation progressive de la xérose due au vieillissement cutané.

3. Dépistage

Les soignants peuvent jouer un rôle significatif (c'est le cas dans le premier EHPAD) dans la détection du symptôme, qui se fait souvent par l'observation du grattage au moment du déshabillage ou la constatation de griffures. On voit là l'intérêt d'une sensibilisation du personnel soignant à ce type de problème.

4. Maladies associées

La survenue chez des personnes dépressive est intéressante. Ainsi, bien qu'elle puisse parfois être considérée comme réactionnelle au prurit, la dépression peut prendre, chez le sujet âgé, un caractère atypique et être masquée par des symptômes fonctionnels tels que le prurit (voir annexe 3). On retrouve là l'intrication de mécanismes déjà signalée entre prurit sénile et prurit psychogène chez le sujet âgé.

L'apparition du prurit chez des patients souffrant de démence et la survenue de troubles du comportement avec agitation et agressivité peut être à la source des problèmes suivants :

- difficultés du dépistage chez une personne non communicante
- difficultés dans les soins
- difficultés avec l'entourage

Il faut insister, à nouveau, sur la nécessité d'une sensibilisation et d'une bonne formation du personnel soignant pour adopter l'attitude et les techniques de soins les mieux adaptées.

5. Prise en charge

Contrairement à l'étude publiée selon laquelle les traitements ne sont pas véritablement satisfaisants, de bons résultats ont été observés avec ceux effectués au niveau des EHPAD.

Ceci est un nouvel argument permettant de supposer que les soins y seraient mieux adaptés :

- traitement et prévention de la sécheresse cutanée
- meilleure surveillance de la nutrition chez les résidents en EHPAD.

C. Synthèse

Au terme de cette analyse, nous pouvons répondre à nos questions initiales et proposer une description plus précise de la pathologie étudiée.

Le prurit sénile, quelles qu'en soient les manifestations, affecte les sujets au-delà de 70 ans dans une proportion de 4 à 10% environ. L'existence de comorbidités, en particulier démence, peut venir compliquer la situation.

Les modes de révélation sont variables d'un sujet à l'autre ce qui peut rendre le dépistage difficile :

- plainte exprimée par le patient lui-même
- lésions de grattage remarquées par l'entourage ou les soignants
- insomnie
- troubles du comportement plus graves : agitation et agressivité.

Avec l'âge, l'intensité des symptômes s'accroît, la topographie devient plus diffuse et le mode évolutif permanent avec recrudescence nocturne. Il en résulte un retentissement important qui va altérer gravement la qualité de vie des sujets atteints.

Une prise en charge pluridisciplinaire est essentielle pour limiter l'impact de la pathologie chez les personnes âgées fragiles.

II Le rôle du Médecin Coordonnateur

Différents intervenants : médecin traitant, personnel soignant, psychologue, éventuellement dermatologue, doivent prendre en charge les personnes âgées souffrant d'un prurit, même s'il s'agit d'un prurit dit sénile, compte tenu des conséquences possibles.

Le médecin coordonnateur met en œuvre et coordonne les différentes étapes de cette prise en charge pluridisciplinaire (mission 3 du médecin coordonnateur en EHPAD).

1. Dépistage

Il faut insister à nouveau sur le signalement d'anomalies faisant suspecter un prurit par, entre autres, le personnel soignant informé des modes de révélation (cf. infra. : 5. Support de formation).

- la personne se gratte au moment du déshabillage et de la toilette
- présence de griffures, impetiginisation (lésions de grattage),
- plaintes exprimées par le patient : démangeaisons, insomnie
- trouble du comportement inexplicable

2. Diagnostic

Se fait en collaboration avec le médecin traitant et éventuellement le spécialiste. On doit :

- a) s'assurer du diagnostic, éliminer une cause locale ou interne (voir annexe 1)
- b) déterminer l'ancienneté du symptôme : interrogatoire du patient si possible, des soignants
- c) rechercher les antécédents
- d) évaluer : l'intensité, la topographie, la chronologie, le mode évolutif
- e) apprécier le retentissement et le terrain :
 - xérose
 - lésions de grattage, eczématisation, impetiginisation
 - inconfort, insomnie, troubles du comportement
 - état dépressif avec éventuellement avis du psychologue

3. Principes de prise en charge

1. Soulager tout en luttant contre la xerose

- a) Mise en œuvre de soins adaptés ; nécessaires mais pas toujours suffisants, ils seront décrits au paragraphe suivant.
- b) Discuter avec le médecin traitant de l'intérêt d'un traitement médicamenteux (dermocorticoïdes, anti H1) en cas d'échec des soins locaux.
- c) Autres mesures à envisager :
 - éviter les excitants en cas de surconsommation (alcool, thé, café, boissons chaudes, fruits acides)
 - voir le problème des lessives et des assouplissants potentiellement irritants
 - éviter la chaleur excessive des locaux, humidifier l'air ambiant
 - éventuellement apporter des acides gras essentiels, soit dans l'alimentation soit en supplémentation par gélules
 - la famille, qui peut fournir certains produits de soins, sera également informée.

2. Evaluer régulièrement l'efficacité de la prise en charge

3. Mettre en place une politique de prévention au niveau de l'EHPAD

- a) Evaluer la xerose et son impact chez les résidents
- b) Si l'incidence est élevée, agir en tant que conseiller pour :
 - le choix des produits de soins ou des lessives
 - l'amélioration de l'alimentation et de l'ambiance des locaux

4. Protocole de soins destiné aux soignants

Un protocole de soins sera rédigé et expliqué aux soignants, ce qui pourra faire l'objet d'une formation collective. Ce protocole comportera des recommandations portant sur les points suivants.

1. La toilette

Elle doit être non agressive, au niveau des gestes et des produits utilisés :

- pas de savon parfumé
- utiliser des savons surgras ou des pains dermatologiques ou des syndets liquides
- limiter les savonnages excessifs
- ne pas savonner les zones très irritées
- douche tiède et non chaude
- tamponner pour sécher (tapoter, ne pas frotter), tout en laissant la peau légèrement humide avant d'appliquer le produit émollit.
- penser également à couper court les ongles de la personne
- certains produits sont à bannir : les eaux de toilette, le Synthol[®], les substances alcoolisées en application locale.

2. Hydrater après la toilette

- utiliser une pommade plutôt qu'une crème car plus hydratante ; de même une crème plutôt qu'un lait.
- important : appliquer les produits hydratants sur la peau légèrement humide pour une meilleure pénétration.

3. Limiter le port de vêtements irritants

- éviter la laine et les tissus synthétiques, préférer les vêtements en coton
- découdre les étiquettes
- éviter les vêtements trop serrés, le prurit étant favorisé par l'hyperpression
- isoler les zones irritées par un tissu en coton.

5. Support de formation

La présentation PWP que nous proposons (voir annexe 5) rappelle les points essentiels pour l'équipe soignante, afin de constituer la base d'une formation collective.

Conclusion

Le prurit sénile est la conséquence d'une xérose cutanée mal tolérée. Les modifications physiologiques de la peau survenant au cours du vieillissement sont à l'origine de cette sécheresse cutanée.

Le diagnostic ne peut être porté qu'après élimination des autres causes de prurit du sujet âgé.

Les enquêtes effectuées en EHPAD ont confirmé le risque d'un grave retentissement de la maladie chez les personnes âgées fragiles. Des troubles du comportement peuvent survenir, révélant parfois l'existence du prurit, lorsque les patients sont incapables de communiquer.

Les formes sévères de prurit sénile sont corrélées à l'importance de la sécheresse cutanée. Celle-ci doit donc, autant que possible, être prévenue.

Les soins locaux sont un élément important de la prise en charge pluridisciplinaire mise en œuvre par le médecin coordonnateur.

Celui-ci devra tenir compte des différents intervenants auprès de la personne âgée souffrant de ce type de prurit : médecin traitant, équipe soignante, sans oublier la famille.

L'essentiel est de maîtriser l'inconfort occasionné par la maladie et d'en limiter les complications. La qualité de vie du résidant sera ainsi préservée.

Annexes

1. Causes des prurits généralisés

A. Rechercher en premier lieu une dermatose

Dermatoses inflammatoires

- eczéma
- psoriasis
- toxidermies
- dermatoses bulleuses auto-immunes
- urticaire
- lichen plan
- mastocytoses

Dermatoses infectieuses ou parasitaires

- ectoparasitoses: gale pédiculose
- piqûres d'insecte
- parasitoses
- dermatophytose
- candidose
- infections à VZV (virus zona varicelle)

Dermatoses cancéreuses

- lymphomes cutanés T

Diagnostics d'élimination

- prurit sénile avec xérose

B. Rechercher une cause interne

Insuffisance rénale chronique

Cholestase

Médicament prurigène

Cause hématologique : Vaquez, Hodgkin

Syndrome paranéoplasique

Citons également : parasitoses, VIH, rares causes neurologiques

Prurit psychogène si terrain psychologique favorable : diagnostic d'élimination

Syndrome d'Ekbohm par acarophobie

2. L'hypothèse carenentielle du prurit sénile

Les acides gras essentiels (AGE) sont des acides gras polyinsaturés non synthétisés par l'homme et doivent être apportés par l'alimentation.

Série omega 3 : huile de colza, soja, noix, pépin de cassis

Série omega 6 : huile de maïs, tournesol, pépin de raisin, soja

Les AGE jouent un rôle important dans l'hydratation cutanée : restauration de la fonction barrière de la peau, régulation de la kératinisation, optimisation de la fluidité membranaire, rôle dans le contrôle de l'inflammation.

Compte tenu des nombreux facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de carences nutritionnelles dans la population âgée, il est licite d'envisager que des carences en AGE omega 3 et omega 6 puissent favoriser l'apparition d'une sécheresse cutanée.

3. Le prurit sénile et les facteurs psychogènes

En dehors de la xérose cutanée toujours retrouvée, certains auteurs insistent sur l'existence quasi constante d'un facteur psychologique, mais il est difficile de savoir s'il est cause ou conséquence du prurit.

Nous avons vu précédemment le retentissement que pouvait occasionner un prurit chronique important qui, en affectant les activités intellectuelles ou le sommeil, entraîne agressivité, anorexie, amaigrissement.

A l'inverse le prurit chronique de la personne âgée est parfois le symptôme révélateur d'une dépression; celle-ci survient dans le contexte particulier de la « crise du vieillissement » avec :

- institutionnalisation
- perte d'autonomie
- isolement affectif
- sentiment d'inutilité

La dépression chez le sujet âgé peut en effet prendre un caractère atypique, passant inaperçue car masquée par des symptômes fonctionnels, en l'absence des symptômes attendus tels que tristesse, pessimisme, etc.

Le prurit fait ainsi partie des possibilités fréquentes de somatisation pour attirer inconsciemment l'attention et l'écoute de l'entourage.

4. Questionnaire remis aux médecins exerçant en EHPAD

Voir exemplaire imprimé

5. Support de formation

Voir PWP sur exemplaire imprimé

6. Bibliographie

Dr Aptel-Guiu, Dr Vigy. Acides gras essentiels dans le traitement de la xerose et du prurit sine materia. Tiré à part du Laboratoire Jaldès.

Dr Aptel-Guiu, Dr Vigy. Intérêt d'une supplémentation orale en acides gras essentiels. Abstract Dermatologie janvier 2004

Delorme N. Prurit du sujet âgé. La Revue de Gériatrie. Tome 29. n°5, mai 2004

Dubreuil A, Hazif-Thomas C. Prurit et psychisme chez la personne âgée. La Revue de Geriatrie. Tome 29. n°5, mai 2004

Pradines B. <http://geriatrie-albi.com>

Résumé

Objectifs

Le but du mémoire est d'évaluer l'impact du prurit sénile en EHPAD et de préciser le rôle du médecin coordonnateur dans sa prise en charge.

Méthode

Après avoir présenté cette pathologie, et les données déjà existantes sur ce sujet, une étude est menée, par questionnaire auprès de médecins coordonnateurs, afin d'évaluer ses caractéristiques et son retentissement en EHPAD.

Résultats

La sécheresse cutanée est un phénomène courant chez le sujet âgé. Le prurit qui peut en résulter est par contre relativement peu fréquent dans les EHPAD étudiées. Néanmoins son impact sur la vie quotidienne des patients est souvent important, avec survenue de troubles du comportement. Ceci en particulier chez des personnes âgées fragiles ou souffrant de démence.

Le médecin coordonnateur et l'équipe soignante, sensibilisée et formée, sont en première ligne pour le dépistage et la mise en place de soins adaptés, en collaboration avec le médecin traitant et la famille. Les soins locaux, détaillés dans le mémoire et faisant l'objet d'un protocole, constituent une part indispensable du traitement et contribuent au mieux être des patients.

Conclusion

Diagnostic d'élimination, le prurit sénile ne doit pas être négligé. Une prise en charge efficace menée au niveau de l'institution permet d'en limiter le retentissement, potentiellement grave.

Summary

After a presentation of this pathology, an inquiry (questionnaire submitted to coordinator physicians) is work out, to characterize and appreciate its repercussions in hostelry establishments for old and dependant persons.

Senile pruritus appears potentially serious, thus important for life quality.

The place of the coordinator physician to take it over is detailed, and a PWP formation to the caring staff is presented.

Conclusion

The senile pruritus deserves medical attention. It must be kept under control by the coordinator physician and the caring staff, according to the proceeding presented here.