

Pruritul psihogen

**Laura Gheucă-Solovăstru, Adriana Pătrașcu,
Alina Stâncanu, Laura Stătescu, Romeo Petru Dobrin, Dan Vâță**

Laura Gheucă-Solovăstru – M. D., Ph. D., Conferențiar universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, Disciplina Dermatologie; Medic Primar Dermatovenerologie, Clinica Dermatovenerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, România

Adriana Pătrașcu – M. D., Medic rezident dermatovenerologie, Clinica Dermatovenerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, România

Alina Stâncanu – M. D., Medic Specialist Dermatovenerologie, Clinica Dermatovenerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, România

Laura Stătescu – M. D., Ph. D., Asistent Universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, Medic Specialist Dermatovenerologie, Clinica Dermatovenerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, România

Romeo Petru Dobrin – M. D., Ph. D., Șef Lucrări, **Universitar**, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, Disciplina Psihiatrie, Medic Primar Psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola”, Iași, România

Dan Vâță – M. D., Ph. D., Asistent Universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, Disciplina Dermatologie; Medic Specialist Dermatovenerologie, Clinica Dermatovenerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, România

REZUMAT

Percepută ca o mâncărime, variind în intensitate de la o persoană la alta, pruritul este un simptom frecvent în bolile dermatologice. Pruritul poate fi considerat o tulburare funcțională, în care factorii psihogeni joacă un rol important în debutul acesteia. Bolile de piele sunt condiționate, în mod semnificativ, de stres și de emoții, acestea influențând pielea prin sistemul nervos, inclusiv prin sistemul autonom, imunitar sau hormonal. Diagnosticul de prurit psihogen este stabilit după eliminarea oricăror alte cauze, fiind, prin urmare, un diagnostic de excludere. Calitatea vieții unui pacient cu prurit psihogen este influențată negativ din cauza impactului creat de conștientizarea simptomelor cutanate exprimate de prurit și escoriații, uneori, destul de severe. Nu există niciun tratament specific în astfel de situații. Tratamentul optim este unul etiologic, prin eliminarea cât mai mult posibil a factorilor declanșatori.

CUVINTE-CHEIE

tulburare funcțională, prurit, neuropeptide, interleukina

ASPECTE GENERALE

Deși este cel mai frecvent simptom din categoria afecțiunilor dermatologice, pruritul induce, adesea, dificultăți în privința mijloacelor terapeutice și încadrării într-o patologie anume, deoarece este expresia clinică a unor suferințe interne, inclusiv psihice, situație în care ne confruntăm cu *pruritul psihogen*.

În literatura psihiatrică, acesta este inclus în categoria *tulburărilor somatoforme*, ce includ afecțiuni ale pielii ce nu sunt pe deplin explicate de o boală dermatologică cunoscută; membrii Societății franceze de Psiho-dermatologie preferă terminologia de *tulburare funcțională*, evitând sintagma de *prurit psihogen*, tocmai din cauza diverselor posibilități interpretative, ce ar influența negativ calitatea vieții pacienților cu astfel de tulburări.

Pruritul este perceput ca o senzație de mâncărime, de o intensitate ce variază de la o persoană la alta, de la o simplă iritație până la o senzație dureroasă care domină comportamentul, în cazul indivizilor cu afecțiuni psihiatrice, precum depresia, anxietatea, psihonevrozele etc.

Mâncărimea somatoformă face parte dintr-o familie de tulburări funcționale muco-cutanate, alături de durerea cutanată psihogenă, parestezii, vulvodinie, stomatodinie, glosodinie. (1)

La femei, pruritul vulvar și cel perianal sunt recunoscute ca manifestări ale pruritului psihogen și sunt, uneori, determinate de stres, cu toate că această cauză este, probabil, supraevaluată, trebuind excluse cauzele oculte, reversibile, ca oxiuroza, dermatita medicamentoasă, candidoza, neoplaziile, atacurile de prurit nocturn, însoțit de senzația de mâncărime și transpirații, toate acestea ducând, de multe ori, la anxietate. Astfel de episoade de prurit au fost raportate și la persoane care așteaptă un transplant. Este evident că pacienții care se confruntă cu prurit persistent sever devin depresivi și acest lucru reduce pragul senzației de mâncărime, completând un cerc vicios al pruritului, depresiei și mâncărimei mai intense. (2)

Membrii Societății Psiho-dermatologice franceze definesc pruritul ca o mâncărime, o tulburare funcțională, în declanșarea căreia factorii psihogeni joacă un rol deosebit de important. Pentru aceasta sunt necesare zece criterii de diagnostic, dintre care trei sunt obligatorii, iar șapte, opționale (tabel 1).

Tabel 1: Criterii de diagnostic al tulburării funcționale – *Acta Derm. Venerol* (3)

Criterii de diagnostic obligatorii	Criterii opționale
• prurit localizat sau generalizat de sine stătător (fără leziune cutanată primară)	• relație cronologică de apariție a pruritului cu unul sau mai multe evenimente cu repercusiuni psihologice
• prurit cronic (mai mult de șase săptămâni)	• modificări asociate cu stresul
• fără o cauză somatică	variații nictemerale
	• predominanța în repaus sau în activitate
	• tulburări psihologice asociate
	• prurit ce ar putea fi ameliorat prin psihoterapie
	• prurit ce poate fi ameliorat prin medicație psihotropă

CORELAȚIA SIMPTOMELOR CUTANATE CU IMPULSURILE CEREBRALE

Aproximativ 30 % dintre pacienții cu afecțiuni dermatologice au fost raportați ca având tulburări psihice și deficite psihosociale (Kesler *et al.*, 2005). Prevalența tulburărilor psihice în rândul acestor pacienți este de 25 – 30 %, cu rate mai mari la pacienții cu acnee, prurit, urticarie, alopecie și herpes simplex (Picardi, Abenia, Melchi, Puddu și Pasquini, 2000). (4)

Se cunoaște că pielea, la fel ca și creierul au aceeași origine embriologică – neuroectodermul, iar pruritul poate fi considerat elementul ce stabilește legătura complexă, dar complicată dintre cele două organe.

Pielea este organul de simț cel mai *psihizat*, deoarece, la nivel cutanat, au loc reacții mediate de sistemul neurovegetativ, proiectându-se, astfel, stări psihice și procese patologice propriu-zise. În corelația piele – psihic, se remarcă modelul NICE (rețeaua neuro-imuno-cutaneo-endocrină, constituită din patru sisteme interconectate printr-un substrat comun de neuropeptide, citokine, glucocorticoizi și alte molecule efectoare. Asocierea sistem nervos – boli dermatologice se concretizează prin exacerbarea leziunilor tegumentare pruriginoase din psoriazis, acnee, urticarie, eczemă ș.a., după evenimente stresante (5).

În ultimii ani, au fost elucidate zonele din creier responsabile de senzația de mâncărime. Cortexul cingular, în special, pare a fi o zonă importantă din creier, implicată în prelucrarea acestei senzații de mâncărime. Cortexul cingular este activat, în mod semnificativ, la pacienții cu dermatită atopică, după administrarea de histamină, activarea fiind corelată cu severitatea bolii. De asemenea, s-a constatat dezactivarea cortexului cingular după

excoriații la subiecții sănătoși. Cortexul cingular anterior este implicat în modularea activității emoționale și cognitive, putând oferi o bază fiziologică referitoare la modul în care starea de spirit și motivația pot influența percepția și prelucrarea senzației de mâncărime. (6)

Afecțiunile cutanate sunt influențate semnificativ de stres și emoții. Marele dermatolog și psihiatru Griesemer a studiat efectul emoțiilor asupra afecțiunilor dermatologice (prurit, rozacee, lichen plan, dermatită atopică, alopecie areată, dermatita seboreică etc.), arătând că influențele stresului și emoțiilor asupra pielii sunt mediate de sistemul nervos, inclusiv cel autonom, sistemul imunitar și cel hormonal. De asemenea, stresul poate determina sau agrava tulburări de anxietate sau depresie la persoanele susceptibile. (4)

Fjellner și Arnetz au studiat factorii predictori psihologici în timpul stresului emoțional. Expunerea voluntarilor sănătoși la un stres psihic activează sistemul psiho-neuro-endocrin, fără alte efecte cutanate, sensibile la injectările intradermice de histamină. Diferențele dintre subiecți au fost evidente și parțial legate de nivelul urinar al epinefrinei. Aceasta pare să fi avut un efect supresiv asupra senzației de mâncărime și a consolidat efectele, ca răspuns la semnalul luminos. Frecvența pulsului a fost corelată pozitiv cu intensitatea răspunsului la semnalul luminos. În timpul perioadei de test, subiecții s-au relaxat ascultând muzică, apoi au fost expuși la stres psihic, oferindu-li-se un test cu cuvinte colorate în contrast, fiind, în același timp, îndemnați să rezolve probleme aritmetice, timp de 50 minute, în acest sens, monitorizându-li-se modificările pulsului și presiunii arteriale sistolice și diastolice. Acestea au fost urmate de încă 40 minute de relaxare. Cu toate că au existat mari variații individuale, rezultatele au confirmat că pruritul este influențat de stresul psihic subiectiv. Multe

dintre diferitele mecanisme psiho-biologice, în care bolile de piele au devenit cronice, par să fie puternic asociate cu diverse influențe psihologice și comportamentale. (7)

MECANISME IMPLICATE ÎN PRURITULUI PSIHOGEN

Senzația de mâncărimă, descrisă anterior, este indusă de stimularea terminațiilor nervoase libere de la nivelul straturilor superficiale ale pielii, aparatul senzorial fiind localizat la joncțiunea dermo-epidermică, iar fibrele care transmit această sensibilitate aparținând fascicolului spino-talamic lateral (fibre amielinice de tip C). Aceasta este însoțită de activarea cortexului anterior și, predominant, ipsilaterală a zonelor motorii suplimentare și a lobului parietal inferior, fiind urmate de excoriații, ceea ce reflectă faptul că „cel care mănâncă este creierul, nu pielea” (8). Pruritul poate fi produs de o serie de stimuli fizici – modificări de temperatură, atingeri superficiale, chimici – histamină, kinine, peptide opioide, polipeptidul vasoactiv intestinal (VIP), serotonina, prostaglandina F1, dar și de factori emoționali. În mecanismul pruritului, sistemul nervos vegetativ are rol secundar, fapt argumentat de observația că pacienții simpatectomizați păstrează o sensibilitate normală față de stimuli pruriginoși. (9)

Un element important pentru transmiterea senzației de mâncărimă îl constituie neurokinina-1, receptor exprimat la nivelul nervilor cutanați și neuronilor cornului dorsal, așa cum s-a arătat recent la șobolan, indicând faptul că neurokinina/neuropeptidul P poate juca rolul de transmitător spinal al pruritului. (10)

Mediatorii clasici ai inflamației, precum bradichinina, serotonina, dar și PH-ul acid, sensibilizează nociceptorii. Sensibilizarea acută poate fi realizată prin mediatorii ai celulelor inflamatorii, cum sunt interleukinele, însă efectele acute ale acestora nu pot explica

schimbările de durată ale sensibilității neuronale, observate în procesele inflamatorii. De regulă, expresia genelor induse de factori trofici, de exemplu, factorul de creștere neuronal (NGF), s-a dovedit a juca un rol major, crescând constant sensibilitatea neuronală. NGF este eliberat în periferie, se leagă specific de receptorii TrkA de la nivelul terminațiilor nervoase nociceptive și, pe cale axonală retrogradă, ajunge la ganglionul rădăcinii dorsale, unde expresia genelor în neuropeptide și receptori moleculari este crescută. Factorii trofici stimulează formarea de fibre nervoase, schimbând, astfel, morfologia neuronilor senzitivi. Mecanisme similare stau la baza pruritului cronic și a durerii cronice (11).

Interleukina 2 are rol documentat în inducerea pruritului. S-a demonstrat faptul că injectarea directă a acestei citokine la subiecții sănătoși, precum și la cei cu dermatită atopică a dus la o senzație de mâncărimă. S-a constatat, de asemenea, că aceasta se găsește în concentrație mai mare la pacienții cu leziuni pruriginoase decât la cei fără astfel de leziuni. De aceea, măsurile terapeutice ce inhibă Il-2 (PUVA terapia, tacrolimus, talidomida) sunt eficiente în tratarea pruritului nonresponsiv la tratamentele clasice. (12)

Într-un studiu despre pruritul indus de histamină, trauma psihică a accentuat senzația de mâncărimă și durata acesteia. Durata pruritului a fost raportată ca fiind mai mare la subiecții depresivi, în timpul expunerii la stres (Fjellner și Arnetz, 1985; Fjellner și colab., 1985). Un alt studiu asupra pruritului în psoriazis, dermatită atopică și urticarie cronică idiopatică a arătat corelația dintre severitatea pruritului și intensitatea simptomelor depresive (Gupta și colab., 1994). (13)

În condiții de stres, concentrațiile crescute ale unor neuromediatorii-B endorfine exacerbează leziunile cutanate. Fiecare dermatolog s-a confruntat, în practica curentă, cu asocieri între

factorii de stres externi ce induceau simptome cutanate, greu de încadrat într-o patologie cutanată specifică, fiind, prin urmare, greu de adoptat o conduită terapeutică eficientă.

Opioidele modulează senzația de prurit atât periferic, cât și central. Stimularea receptorilor opioizi mu accentuează pruritul, în timp ce stimularea receptorilor kappa și blocarea receptorilor mu suprimă pruritul. (14)

Unele studii sugerează că banala hiperhidroză a palmelor și tălpilor este accentuată ca urmare a stresului și nu are nicio legătură cu anxietatea cronică. (15)

PRURIT PSIHOGEN *VERSUS* PRURIT NONPSIHOGEN

Radmanesh & Shafiei au relevat particularitățile ce diferențiază tulburările psiho-pruriginoase de cele pruriginoase propriu-zise: episoadele sunt cronice și recidivante, cu scurte, intense și incontroabile fenomene de prurit pe o durată variabilă, de la câteva ore la câteva zile. Pot fi întâlnite și sentimente de plăcere în timpul scărpinatului și satisfacții la terminarea senzației de mâncărime; senzația de mâncărime în excoriațiile nevrotice (NE) și pruritul psihogen pot fi sau nu regăsite în comportament, ceea ce arată că declanșarea pruritului în orice segment al corpului poate duce la o senzație de mâncărime în întreg organismul; secvențele pruriginoase pot fi bizare de la debut până la final: acestea pot să înceapă și să se termine brusc; episoadele pruriginoase sunt mai frecvente în repaus sau în somn; leziunile autoprovocate, ca excoriații și eroziuni, cu sângerări și, ulterior, cruste sunt comune în lichenul cronic simplex, excoriații nevrotice și prurigo nodular; pacienții prezintă un răspuns slab la agenții antipruriginoși cunoscuți; pacienții sunt introverși și pot prezenta un istoric recent de stres psihoemoțional. (3)

Nici pruritul psihogen, nici cel organic nu se regăsesc într-o formă pură, adesea aceste categorii de prurit coexistând. Interacțiunea dintre pruritul cronic și cel psihic este complexă, dar poate fi sintetizată în trei grupe principale:

❖ **boli pruriginoase cu sechele psihiatrice** (eczeme endogene, prurigo nodular, lichen cronic simplex, psoriazis, dermatită herpetiformă, boala Darier, epidermoliză buloasă pruriginoasă, tulburări metabolice – prurit uremic, boli cronice ale ficatului, hipertiroidism, pruritul din menopauză, HIV, parazitoze, afecțiuni maligne – limfom, policitemia rubra vera-neuropatia periferică, scleroza multiplă);

❖ **pruritul agravat de factori psihosociali** (eczeme, prurigo nodular, urticaria cronică, pruritul din regiunea genitală, pruritul senil);

❖ **tulburări psihogene cauzatoare de prurit** (tulburare somatoformă cu prurit/tulburare funcțională, dermatita factitus, tulburare în controlul impulsurilor, excoriație neurotică, psihoze – iluzia de parazitoze, scizofrenia cu halucinații tactile). (6)

Diagnosticul de prurit psihogen se stabilește în urma eliminării celorlalte cauze de prurit; deși este dificil și impune o coroborare minuțioasă între elementele clinice și cele paraclinice, nu se poate eticheta un pacient ca având drept cauză declanșatoare o afecțiune psihică, care îi induce senzația de mâncărime, deoarece ar produce un impact psihoemoțional negativ pentru persoana în cauză și i-ar accentua și mai mult suferința. Într-adevăr, în istoricul unui astfel de pacient, se regăsesc diverse tulburări psihice, stări conflictuale, comportament aberant etc. Așadar, pruritul psihogen rămâne un diagnostic de excludere, stabilit după eliminarea celorlalte forme de prurit.

Ceea ce îl deosebește de celelalte forme de prurit constă în aceea că, în urma investigațiilor făcute, nu se decelează nicio cauză sistemică

sau cutanată ce l-ar putea induce și că intensitatea acestuia este direct corelată cu amploarea unor stări neuropsihice. Pacienții descriu simptomatologia în mod exagerat, cu localizări neobișnuite, cu factori *trigger* ciudați. Semnele de grataj sunt disproporționale cu aspectul pielii, îmbrăcând, frecvent, caracter de **patomimie**. (16)

CALITATEA VIEȚII ȘI CONDUITA TERAPEUTICĂ

În practica curentă, este vizibil impactul negativ creat de conștientizarea de către pacient a faptului că simptomatologia lui cutanată, exprimată prin prurit, leziuni de grataj, uneori, eroziuni destul de semnificative, își are punctul de plecare în sfera psihică. Calitatea vieții lui este influențată nefavorabil, provocându-i disconfort în relațiile interumane, chiar și în cadrul familiei. Se simte izolat, compătimit și, în cele din urmă, ajunge la introvertire, toate aceste trăiri exacerband și mai mult leziunile cutanate pe care le are.

Educația pacienților și, în special, a membrilor familiei cu privire la interacțiunea dintre boala de piele, minte și corp, precum și informațiile despre tratamentul medicamentos și nonfarmacologic constituie cheia monitorizării și diagnosticării cu succes a acestora. Este importantă, totodată, și instruirea cu privire la efectele medicamentelor, chiar și a celor secundare, doza și sinergismul acestora cu alte medicamente. Pentru modalitățile terapeutice nonfarmacologice, educația pe înțelesul pacientului constituie, de asemenea, cheia succesului. Astfel, complianța este optimă atunci când pacientul și familia sunt bine instruiți când sunt monitorizați fie prin telefon, fie prin controale periodice, toate acestea motivând pacientul și familia acestuia. (4)

Plecând de la propunerile lui Fried în privința abordării terapeutice a bolilor dermatologice cu determinism psihosomatic, conduita este organizată pe trei niveluri: lezional, în care se

utilizează terapia dermatologică convențională; emoțional, bazat pe cooperarea medic – pacient, ceea ce oferă suportul emoțional – empatic și cognitiv, ce are ca obiectiv înlăturarea convingerilor eronate despre cauze și contagiozitate. (5)

Tratamentul optim este cel etiologic, prin îndepărtarea pe cât posibil a factorului/condiției care îl declanșează. În absența depistării cauzei, se impune un tratament simptomatic general și local, care vizează administrarea de antihistaminice (în special anti-H1), desensibilizante nespecifice, aplicații locale de dermatocorticoizi.

Medicația psihotropă utilizată cuprinde antidepresivele, antipsihoticele și anxioliticele, acestea acționând la nivel cutanat prin inhibarea proteinkinazei C, care catalizează fosforilarea substraturilor proteice cutanate. Nu demult, mitrazepina, un antidepresiv dublu serotoninergic și noradrenergic, a fost promovată pentru pruritul greu de rezolvat, inclusiv mâncărimea din limfomul cutanat cu celule B. (2)

Ameliorarea pruritului a fost indusă și prin PUVA-terapie (photochemoterapie cu UV, tip A), metodă a cărei mecanisme de acțiune constau în inhibarea ADN-ului, prin formarea unor legături stabile între bazele pirimidinice și prin reducerea numărului de celule epidermale, de tip Langerhans, determinând scăderea celulelor inflamatorii.

Indiferent de natura pruritului, pentru o monitorizare eficientă și o bună abordare terapeutică, sunt necesare colaborări interdisciplinare între dermatologi, psihiatri, interniști și psihologi, care să reacționeze în sprijinul bolnavului și al familiei acestuia.

MULȚUMIRI ȘI DEVOALĂRI

Autorii declară că nu au potențiale conflicte de interese de declarat în legătură cu acest articol.

BIBLIOGRAFIE

1. Bucur, Gheorghe, Opreș, Dana Angela, Boli dermatovenerice, enciclopedie, ediția a II-a, Editura Medicală Națională, București, 2002, p. 604
2. Burns, Tony, Breathnach, Stephen, Cox, Neil, Griffiths, Christopher. Rook's Textbook of Dermatology, Eighth edition, 2010, Vol. I, 21:12
3. Butler, David F., M. D.; Chief Editor: Elston, Dirk M., M. D., Pruritus and Systemic Disease, <http://emedicine.medscape.com/article/1098029-followup>
4. Dumitru, Justin, Diaconu, C., Coman, Oana Andreia, Benea, Vasile. *Tratat de terapeutică dermato-venerologică*, Editura Viața Medicală Românească, București, 2002, I.2:108-118
5. Forsea, Dan, Popescu, Raluca, Popescu, Cătălin Mihai. Compendiu de dermatologie și venerologie, Editura Tehnică, București, 1996, 10: 54
6. Hong Liang, Tey, MD, Joanna Wallengren, MD and Gil Yosipovitch, MD, Psychosomatic factors in pruritus, Clinics in Dermatology, Volume 31, Issue 1:31-40, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690364>
7. Hunter, J. A. A., Salvin, John, Dahl, Mark, Clinical Dermatology, Third Edition, p. 299
8. Levenson, James L., M. D., Textbook of Psychosomatic Medicine, First Edition, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, D. C., p. 634
9. McMahon, Stephen, Koltzenburg, Martin, Tracey, Irene, Turk, Dennis C., Wall & Melzack's, Textbook of Pain: Expert Consult – Online, sixth edition, 21.17
10. Misery, Laurent, Stader, Sonja. *Pruritus*, London, 2010, 35:223-227
11. Misery, Laurent, Alexandre, Sophie, Dutray, Sabine *et al. Functional Itch Disorder or Psychogenic Pruritus: Suggested Diagnosis Criteria From the French Psychodermatology Group, Acta Derm Venerol* 2007; 87:341-344, www.medicaljournals.se/acta/content/
12. Paus, R., Schmelz, M., Biro, T., Steinhoff, M. Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J.Clin Invest*, 2006; 116: 1174-1185, <http://books.google.ro>
13. Philip, A., Shenefelt, D., MD, MS, Management of Psychodermatologic Disorders, Dermatology Nursing, October 2010, http://www.medscape.com/viewarticle/730033_2
14. Raap, Ulrike, Ständer, Sonja, Metz, Martin, Pathophysiology of Itch and New Treatments, Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, October 2011, <http://www.medscape.com/viewarticle/749608>
15. Stoudemire, Alan, MD & Barry S. Fogel, MD, Medical Psychiatric practice, volume I, American Psychiatric Press, INC, Washington, D.C., 2005, p. 293
16. http://en.wikipedia.org/wiki/Interleukin_2#Pruritus_.28itch.29

Correspondență:

DAN VÂȚĂ

Clinica Dermatovenerologie, Spitalul „Sf. Spiridon”,
Str. Ciurchi nr.111, Iași, România

Tel.: +40 741 084 264

E-mail: danvata@yahoo.com

*Primit: August, 27, 2013 /
Acceptat: Noiembrie, 12, 2013*