

# Panorama des urticaires

N. Gunera-Saad\*, A.-L. Rival-Tringali\*, F. Bérard\*, J.-F. Nicolas\*

\* Unité Immunologie clinique et Allergologie, Centre Hospitalier Lyon Sud, 69 495 Pierre Bénite Cedex.

**L'**urticaire (du latin *urtica*, ortie) est une dermatose inflammatoire fréquente de la peau et/ou des muqueuses. Son diagnostic est en général facile et repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Une conférence de consensus datant de mai 2003 en a simplifié la prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique.

## ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRÉSENTATION CLINIQUE

Selon la présentation clinique, on distingue les urticaires superficielles et les urticaires profondes (1, 2) ; selon la durée d'évolution (fixée arbitrairement

à 6 semaines), on distingue les urticaires aiguës et les urticaires chroniques. Une hyperthermie modérée, des douleurs abdominales ou des arthralgies peuvent être associées tant dans l'urticaire superficielle que profonde, surtout dans les formes profuses.

### Urticaires superficielles

Il s'agit de papules bien limitées, en petits éléments ou confluants en larges plaques, œdémateuses, érythémateuses, fugaces (chaque élément disparaissant en moins de 24 heures), migratrices et prurigineuses. Il n'y a pas de participation épidermique, ni de desquamation associée, ni de cicatrices (Figures 1-4).

### Urticaires profondes

Il s'agit de tuméfactions fermes, pâles, plus douloureuses que prurigineuses, qui touchent la peau et/ou les muqueuses. Elles touchent le visage (angio-œdème), les mains et les pieds. Le pronostic vital peut alors être mis en jeu, en cas d'atteinte laryngée notamment (Figure 5).

### Urticaire aiguë

Elle se traduit par une ou plusieurs poussées qui évoluent pendant moins de 6 semaines. 20 % des individus en sont atteints à un moment donné de leur existence. Il s'agit le plus souvent d'un épisode unique. Le diagnostic en est clinique.

### Urticaire chronique

Il s'agit de lésions quotidiennes ou de poussées récidivantes évoluant depuis plus de 6 semaines. Elle concerne 2 à 5 % de la population. 40 % des urticaires chroniques persisteront à 10 ans et 20 % à 20 ans.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La cellule clé de l'urticaire est le mastocyte ; il possède à sa surface différents récepteurs dont la stimulation déclenche la dégranulation mastocytaire et la libération de nombreux médiateurs (Figure 6) : histamine, héparine, sérotonine, leucotriène, prostaglandine, ainsi que des chimiokines responsables d'une vasodilatation

FIGURE 1 : URTICAIRE EN PETITES PLAQUES DES CUISSES.



FIGURE 2 : DERMOGRAPHISME DU DOS.



FIGURE 3 : DERMOGRAPHISME DU DOS (ÉVOLUTION DANS LE TEMPS).



FIGURE 4 : URTICAIRE CONFLUENTE EN GRANDES PLAQUES DU DOS.



**FIGURE 5 : URTICAIRE DU DÉCOLLETÉ DÉCLENCHÉ PAR L'ÉMOTION, DIT ÉRYTHÈME PUDIQUÉ.**



**FIGURE 6 : ANGIO-ŒDÈME DE LA LÈVRE.**



avec augmentation de la perméabilité capillaire et extravasation cellulaire. Il en résulte un œdème du derme et/ou de l'hypoderme qui se traduit cliniquement par une papule érythémato-œdémateuse, prurigineuse (3).

On distingue 2 types de mécanismes (Figure 6) :

- un mécanisme immunologique faisant intervenir une sensibilisation préalable (il s'agit alors d'allergie par hypersensibilité immédiate, médiée par les IgE) ;

- un mécanisme non immunologique. Dans ce dernier cas, le déclenchement d'une urticaire est dépendant de la susceptibilité individuelle (notion de seuil de dégranulation des mastocytes).

#### **CONDUITE À TENIR**

En pratique, le diagnostic positif d'une urticaire est clinique (aspect patho-

gnomonique de l'éruption), et son diagnostic étiologique repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique (4). Dans l'urticaire aiguë, l'agent causal est identifiable dans les 3/4 des situations par l'interrogatoire seul qui s'attachera à rechercher un élément déclenchant dans les heures ayant précédé l'éruption. Il s'agit le plus souvent d'un facteur médicamenteux (5, 6) — en tête duquel se trouvent les  $\beta$ -lactamines, puis les anesthésiques locaux, l'aspirine et les AINS, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les produits de contraste iodés, la morphine et la codéine — ou alimentaire (7) (Tableau I). Il peut s'agir également d'une piqûre d'insecte, d'une infection concomitante ou d'une exposition à un pneumallergène.

Le mécanisme (3) de l'urticaire aiguë est :

- soit immunologique, dû à des IgE spécifiques. C'est une hypersensibilité

immédiate, responsable de tableaux cliniques généralement sévères, pouvant s'associer à des œdèmes laryngés, troubles digestifs, bronchospasmes, chutes tensionnelles allant jusqu'au choc anaphylactique, de survenue rapide et brutale après l'exposition à l'allergène ;

- soit non immunologique, par histaminolibération non spécifique ou par apport exogène d'histamine ou de tyramine. Le tableau clinique est alors généralement moins sévère, comprenant une atteinte cutanée +/- muqueuse, sans signes systémiques associés.

À l'inverse, dans l'urticaire chronique, l'éruption demeure idiopathique chez les 3/4 des patients : la conférence de consensus de mai 2003 insiste sur le fait que le diagnostic étiologique repose simplement sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les bilans exhaustifs n'ont qu'une faible rentabilité diagnostique et doivent donc être abandonnés.

#### **Examen clinique**

##### **L'interrogatoire**

Il recherchera les antécédents d'urticaire ou de maladie auto-immune personnels et familiaux. Il cherchera à préciser les facteurs déclenchants des poussées : prise médicamenteuse, consommation d'aliments histaminolibérateurs (Tableau I). Il cherchera à mettre en évidence une urticaire physique (8) : urticaire déclenchée par l'émotion, l'effort, le chaud, le froid, la pression, l'eau ou les vibrations. Il faut également rechercher des signes d'accompagnement (altération de l'état général, arthralgies, photosensibilité, douleurs abdominales, hyperthermie...) qui orienteraient alors vers une urticaire systémique (9).

##### **L'examen clinique**

Il s'attachera à différencier l'urticaire simple d'une urticaire systémique ou vasculite urticarienne qui se traduit par des lésions fixes (durant plus de 24 heures), peu prurigineuses, éventuellement associées à des lésions purpuriques et qui laissent une pig-

**TABLEAU I : ALIMENTS RICHES EN HISTAMINE EN MG/G.**

Fromages fermentés	jusqu'à 1330
Conserves d'œufs de hareng fumé	350
Conserves	10 à 350
Saucisson	225
Aliments fermentés (choucroute)	160
Épinards	37,5
Filets d'anchois	33 à 44
Foie de porc	25
Tomate	22
Boissons fermentées (vin)	20
Conserves de thon	20
Sardine	15,8
Viandes	10
Saumon	7,3

mentation séquellaire. Il faudra également s'assurer de l'absence de maladie auto-immune, d'hémopathie qui nécessiteront alors des explorations complémentaires adaptées. L'examen clinique pourra être complété par la réalisation de tests physiques (au chaud, au froid, à la pression, à l'effort et la recherche d'un dermatographe) qui permettront de confirmer le diagnostic d'urticaire physique.

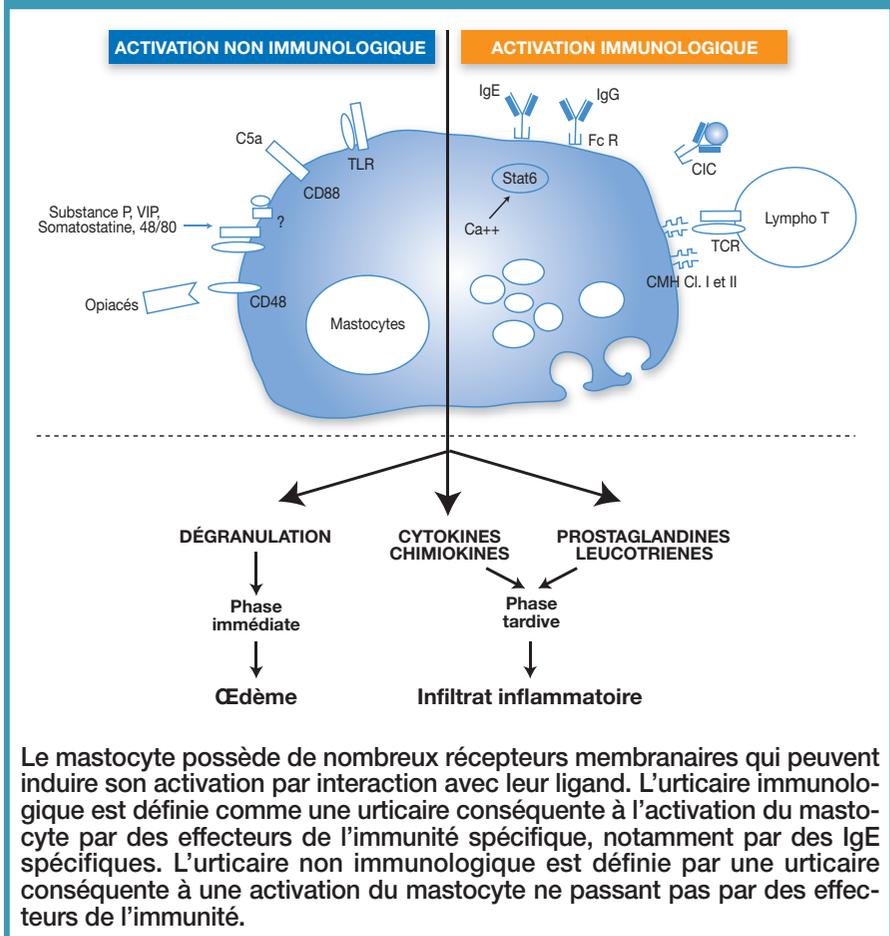
### Bilan paraclinique recommandé

#### Dans l'urticaire aiguë

Si l'interrogatoire oriente vers une cause médicamenteuse (5, 6) ou alimentaire (7), une exploration allergologique (prick tests et dosage des IgE spécifiques) permettra de déterminer s'il existe une allergie vraie IgE médiée ou s'il s'agit d'un mécanisme d'intolérance.

#### Dans l'urticaire chronique

Il n'y a pas lieu de réaliser un bilan paraclinique en première intention si l'histoire clinique est typique d'une urticaire simple et que l'examen clinique est normal (10-12). Ce n'est que si l'urticaire résiste à un traitement antihistaminique (en monothérapie), bien conduit pendant 4 à 8 semaines, qu'il faudra réaliser un bilan minimal

**FIGURE 7 : PHYSIOPATHOLOGIE DE L'URTICAIRE.**

comprenant une NFP, VS, CRP et anti-TPO. En cas d'anomalies, il faudra compléter par le dosage des facteurs du complément, les ACAN, la sérologie toxocarose et le bilan thyroïdien (13).

#### Cas particuliers

Devant une urticaire exclusivement déclenchée par le froid, il faut rechercher une cryoglobuline, un cryofibrinogène ou des agglutinines froides (mais, dans la majorité des cas, le bilan sera négatif). Devant des angio-œdèmes récidivants sans urticaire superficielle, il faut rechercher un déficit en C1 estérase, responsable d'un œdème angioneurotique héréditaire ou acquis. Un angio-œdème chronique de la face sans facteur favorisants doit faire rechercher une cause locale par la réalisation d'un panoramique dentaire et d'un scanner des sinus. En cas de point d'appel à l'exa-

men clinique, des explorations complémentaires seront réalisées. Enfin, en cas d'urticaire systémique (vasculite urticarienne), une consultation dermatologique s'impose pour réalisation de biopsies cutanées et d'un bilan complémentaire à la recherche d'une maladie de système.

### TRAITEMENT

#### Dans l'urticaire aiguë

Il faut d'abord vérifier que l'éruption urticarienne ne s'intègre pas dans le cadre d'un choc anaphylactique en développement qui nécessitera alors des mesures de réanimation adaptées. En l'absence de choc anaphylactique, le traitement étiologique consiste à supprimer le facteur déclenchant (s'il est identifié), et le traitement symptomatique repose sur la prescription d'un antihistaminique à

prendre pendant quelques jours jusqu'à guérison de l'éruption (1 semaine environ).

### Dans l'urticaire chronique

Il faut supprimer les facteurs potentiellement aggravants comme les médicaments (aspirine, AINS, morphiniques, IEC) et les aliments (Tableau I) et introduire un traitement antihistaminique anti-H1 de 2<sup>e</sup> génération en monothérapie pendant 3 mois. Si le traitement est efficace (amélioration de l'urticaire  $\geq 75\%$ ), il faudra réévaluer l'urticaire tous les 3 mois, l'objectif étant de tenter un arrêt progressif de l'antihistaminique après obtention d'une amélioration la plus complète et durable. En cas d'échec d'un traitement antihistaminique malgré une bonne observance thérapeutique (amélioration  $< 75\%$ ), il faut faire un bilan minimal à la recherche d'une maladie de système qui nécessitera alors une prise en charge adaptée (NFP, VS, CRP, Anti-TPO  $\pm$  facteurs du complément, ACAN, sérologie toxocarose bilan thyroïdien). Si le bilan est négatif, on pourra alors associer un antihistaminique de nouvelle et d'ancienne génération, ou essayer de changer d'anti-H1 avec réévaluation clinique toutes les 4 à 8 semaines. Pour les formes résistantes, une décision pluridisciplinaire s'impose avec possibilité de recours aux antileucotriènes (montelukast), à la dapsons, la colchicine, les AINS, les immunoglobulines IV, voire les immunosuppresseurs type ciclosporine A (14). Par ailleurs, en cas de fort retentissement sur la qualité de vie, une prise en charge psychologique et un traitement antidépresseur pourraient être envisagés. Dans tous les cas, la corticothérapie orale, même à faible dose, doit absolument être évitée dans les urticaires chroniques, car elle contribue à pérenniser et à aggraver l'éruption sans compter les effets secondaires qui lui sont propres.

### CONCLUSION

L'urticaire est une pathologie fréquente et bénigne dans la très grande

majorité des cas. La conférence de consensus de mai 2003 en a simplifié la prise en charge et a montré l'inutilité des bilans exhaustifs (11, 12). Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique et permettra de distinguer l'urticaire aiguë de l'urticaire chronique simple et de l'urticaire systémique. Un facteur déclenchant est souvent retrouvé dans l'urticaire aiguë et son éviction associée à un traitement antihistaminique de quelques jours permettra une guérison rapide des symptômes sans récurrence. À l'inverse, le facteur étiologique est rarement retrouvé dans les urticaires chroniques, qui doivent plutôt être distinguées selon leur réponse ou non aux antihistaminiques : en cas de bonne réponse aux anti-H1, il n'y a pas d'indication à la réalisation d'un bilan paraclinique. Ce n'est qu'en cas de présentation atypique (vasculite urticarienne), de résistance à un traitement antihistaminique bien conduit ou d'association à des signes d'appel cliniques qu'un bilan et un traitement étiologique s'imposent. Le patient sera alors adressé à un allergologue référent ou à un service hospitalier d'allergologie.

### Références

1. Delaporte E., Géniaux M., Lacour J.-P., Vaillant L. "Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire et œdème de Quincke". *Ann Dermatol Venerol*, 2002 ; 129 : 2S83-2S89.
2. Schmied C. "Urticaires" in Saurat J.H., Grosshans E., Laugier J.M., Lachapelle J.M., Lipsker D., Thomas L. et al., *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*, Paris, Masson, 2004, p. 329-340.
3. Bérard F., Saint-Mezard P., Cousin F., Mecheri S., Nicolas J.-F. "Mécanismes immunologiques et non immunologiques des urticaires". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S10-5.
4. Kupfer-Bessagnet I. "Apport de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans le bilan d'une urticaire chronique". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S86-94.
5. Cousin F., Catelain A., Philips K., Favier B., Quéille E., Nicolas J.-F. "L'hypersensibilité immédiate est rarement en cause dans les urticaires médicamenteuses". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 (3) : 321-4.
6. Cousin F., Philips K., Larbre J.-P., Catelain A., Favier B., Nicolas J.-F. "Urticaires médicamenteuses". *Ann Dermatol Venerol*, 2001 ; 128 : 1166-73.
7. Moneret-Vautrain D.-A. "Urticaires chroniques d'origine alimentaire". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S35-42.
8. Barbaud A. "Urticaires physiques". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S16-27.
9. Hachulla E. "Urticaires systémiques". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S53-68.
10. Barcat D. "Quel bilan faut-il réaliser devant une urticaire chronique ?" *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S95-104.
11. Conférence de consensus. Texte court. "Prise en charge de l'urticaire chronique". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S174-81.
12. Conférence de consensus. Texte long. "Prise en charge de l'urticaire chronique". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S182-92.
13. Rottem M. "Chronic urticaria and autoimmune thyroid disease : is there a link ?" *Autoimm Rev*, 2002 ; 2 : 69-72.
14. Guinépain M.-T. "Traitements de l'urticaire chronique résistant aux antihistaminiques H1". *Ann Dermatol Venerol*, 2003 ; 130 : 1S78-85.