

# Traitement de l'urticaire chronique spontanée (UCS)

Adolescent de plus de 12 ans ou adulte ayant une urticaire chronique spontanée (urticaire superficielle ou profonde, depuis au moins 6 semaines)

Situations particulières

## PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION

Antihistaminiques anti-H1 de 2<sup>ème</sup> génération simple dose par jour\*

*\*pas d'argument dans la littérature pour la supériorité d'un anti-H1 donné par rapport aux autres  
\*les anti-H1 pouvant allonger l'espace QT doivent être évités en cas de QT long congénital ou de cofacteurs pouvant allonger l'espace QT  
\*seule la dose conventionnelle a une AMM française*

## PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 12 ANS

Antihistaminiques anti-H1 de 2<sup>ème</sup> génération simple dose par jour\*

*\*la rupatadine et la desloratadine ont été les plus étudiées*

## PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Antihistaminiques anti-H1 de 2<sup>ème</sup> génération simple dose par jour\*

*\*privilégier la cétirizine, l'évécétirizine et desloratadine car les données de pharmacovigilance sont plus nombreuses*

## PALIER 2 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À SIMPLE DOSE

Augmentation de la dose des antihistaminiques anti-H1 jusqu'à 4 doses par jour\*\*

*\*\*la cétirizine et l'évécétirizine sont ceux pour lesquels il y a le plus de données  
\*\*dans les études, l'augmentation de doses se fait progressivement, en passant de 1 dose à 2 doses, puis 3 doses, puis 4 doses, avec des délais allant de 1 semaine à 1 mois entre chaque étape  
\*\*la plupart des experts passent toutefois directement de 1 dose à 4 doses, puis diminuent progressivement dose par dose une fois la rémission clinique obtenue, pour trouver la dose minimale efficace  
\*\*il n'y a pas de données sur la répartition d'une quadruple dose dans la journée. La plupart des experts proposent 2 doses le matin, 2 doses le soir*

## PALIER 2 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À SIMPLE DOSE

Augmentation progressive de la dose des antihistaminiques anti-H1 jusqu'à 4 doses par jour\*\*

*\*\*la rupatadine et la desloratadine ont été les plus étudiés  
\*\*les délais varient de 1 semaine à 1 mois entre chaque augmentation de doses dans la littérature*

Avis spécialisé\*\*

*\*\*se référer au Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) - [www.crat.fr](http://www.crat.fr) ou à un centre régional de pharmacovigilance*

## PALIER 3 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À QUADRUPLE DOSE

Adjonction à la quadruple dose d'anti-H1 de : omalizumab 300 mg/4 semaines au long cours ou ciclosporine 3-5 mg/kg/jour pendant 6 mois, en l'absence de CI\*\*\*

*\*\*\*il n'existe aucune étude comparant l'omalizumab à la ciclosporine dans l'UCS, mais les données sur l'omalizumab sont plus nombreuses et de plus haut niveau de preuve  
\*\*\*l'avis des experts est de privilégier l'omalizumab à la ciclosporine  
\*\*\*il n'y a pas de données ou de consensus sur le délai entre l'échec d'une quadruple dose d'anti-H1 et l'introduction des traitements du palier 3 – les experts introduisent ces traitements dans des délais allant de 1 mois à 6 mois, selon la sévérité de l'UCS et son impact sur la qualité de vie des patients*

## PALIER 3 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À QUADRUPLE DOSE

Avis spécialisé\*\*\*

*\*\*\*les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandations et l'attitude des experts interrogés n'est pas consensuelle*

**NE SONT PAS RECOMMANDÉS FAUTE DE NIVEAU DE PREUVE SUFFISANT :**

- les antihistaminiques anti-H2
  - le montelukast
  - les corticoïdes par voie systémique
  - les immunosuppresseurs\*\*\* hors ciclosporine, et les autres médicaments anti-inflammatoires ou immunomodulateurs
  - les approches psychothérapeutiques systématiques
  - les régimes d'éviction alimentaire systématiques
- \*\*\*le méthotrexate a un niveau de preuve suffisant pour ne pas le recommander (2 essais)**

