

# URTICAIRE

*Dr ZERGUINE*

*Dermatologue Batna*

# INTRODUCTION

- Dermatose inflammatoire frqte (15 % des individus)
- Caractérisée par l'apparition soudaine de papules œdémateuses, souvent prurigineuses, fugaces et migratrices
- Elle peut être aiguë, ou chronique (récidivante).

# PHYSIOPATHOLOGIE

- **Vasodilatation** avec augmentation de la perméabilité capillaire → **œdème**.
  - soit dermique (**U. superficielle**)
  - ou dermo-hypodermique (**U. profonde**)
- Le principal médiateur inflammatoire est **l'histamine**.
- D'autres médiateurs peuvent également être impliqués (leucotriènes, prostaglandines, complément, sérotonine, acétylcholine. . .)

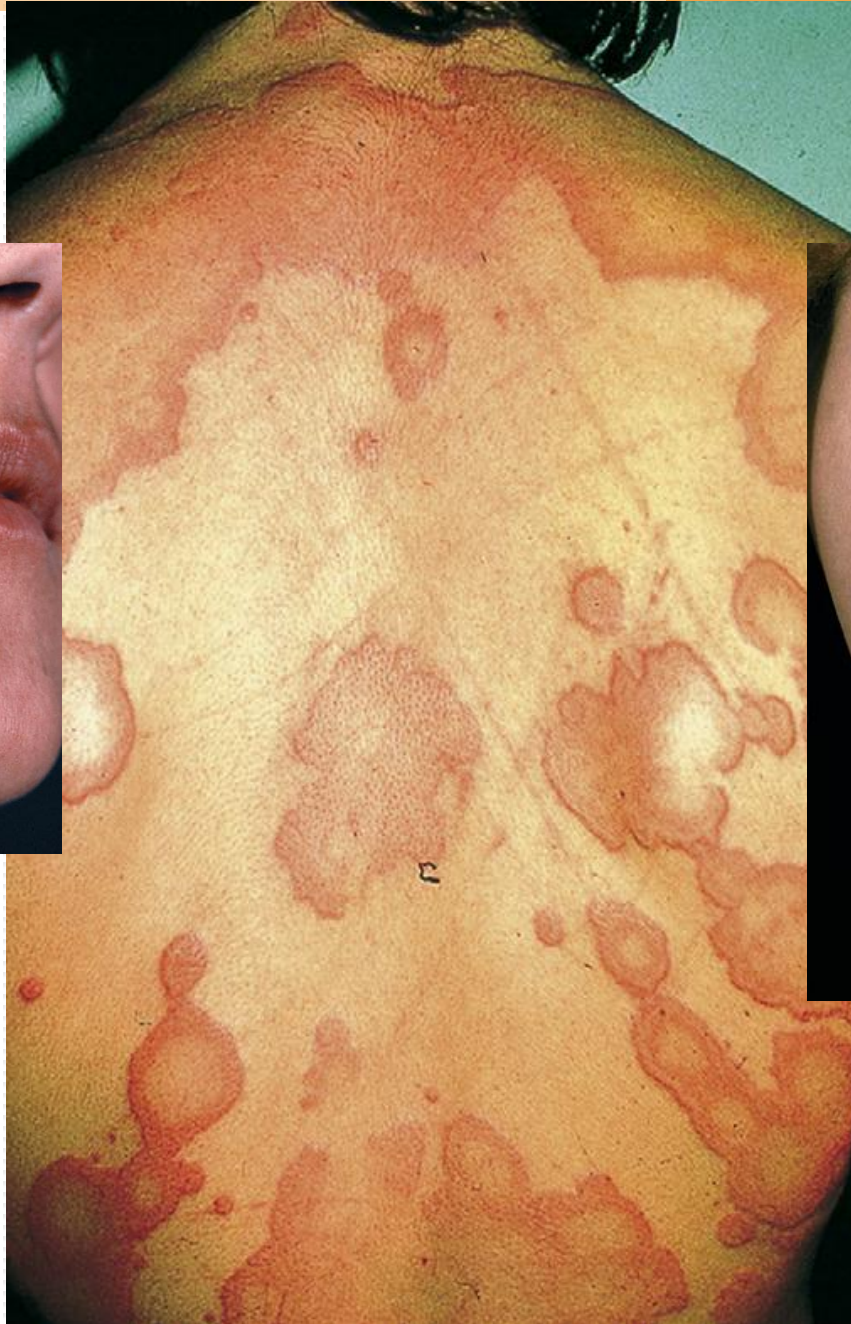
- Deux types de mécanismes peuvent être en cause :
  - **Immunologiques** : nécessitant une sensibilisation préalable :
    - Hypersensibilité immédiate de type anaphylactique médiée par les IgE ou les IgG4,
    - Par activation du complément ou par vasculite
  - **Non immunologiques (mécaniques, pharmacologiques)** :
    - Apport direct [fromages], ou libération d'histamine [crustacés]
    - Défaut d'inhibition de médiateur (C1 estérase. . .) (œdème angioneurotique par déficit en inhibiteur de la C1 estérase)
    - Urticaire cholinergique : par la libération d'acétylcholine (effort, émotion)

# CLINIQUE

- a) **Urticatoire superficielle** : forme la plus commune
- Diagnostic clinique est facile. **Jamais d'atteinte muqueuse.**
- *LE* : « papules ou plaques urticarienne ».
  - Œdémateuses, à bords nets
  - Rosées avec un centre opalin.
  - de consistance ferme.
- *Topog* : surtout les membres et le tronc  
parfois très étendue (placards) → *Urticatoire géante.*
- *SF* : **prurit** constant habituellement intense







- *Evolution :*

- ❖ **LE : Fugaces** ; Ne persiste que qlqs mn à hs (moins de 24h) et disparaît sans laisser de traces.

**Migratrices** : disparition de certains éléments, et apparition de nouveaux éléments en d'autres régions du corps

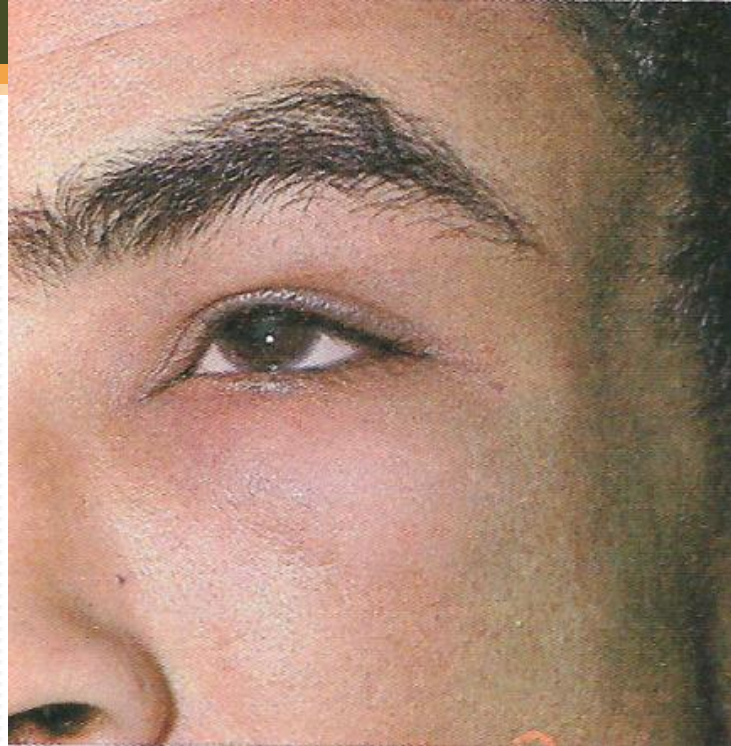
- ❖ **l'éruption** : persiste quelques jours par P/R  
les récurrences sont fréquentes.



## b) Urticaire profonde : (angio-œdème ou œdème de Quincke)

- hypodermique. Touche la peau ou les muqueuses
- *Clinique*: tuméfaction subite, ferme, mal limitée, ni érythémateuse ni prurigineuse, mais douloureuse
- Touche électivement certaines régions :
  - Visage : surtout les paupières et les lèvres
  - Sphère orolaryngée
  - Accessoirement : extrémités, OG EXT
- Il disparaît après quelques minutes à heures.







# EVOLUTION

## *A/ Urticaire aiguë*

- Un seul épisode de courte durée (**moins de 6 semaines**),
- Soit à plusieurs épisodes récidivant à des intervalles +/- éloignés.

## ***B / Urticaire chronique***

- Quand la poussée persiste **plus de 6 semaines.**
- les U. chroniques sont souvent **idiopathiques**
- **Soit spontanée (sans causes) soit inductibles**
- Après échec d'un TRT antiH1 bien conduit → NFS et VS, anticorps anti (TPO), EPP
- Le reste des explorations seront demandées en fonction de l'orientation étiologique

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- **Eczéma aigu du visage** : absence de lésion muqueuse ,  
fixité des lésions et le suintement
- **Une pemphigoïde**: au stade des placards urticariens pré-  
bulleux ;
- **Un érythème polymorphe**





# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

## 1. *Urticaires physiques*

- C'est l'étiologie la plus fréquente des urticaires chroniques.

*a. Dermographisme ; très fréquent*

- Il est déclenché par la **friction** cutanée. Il se traduit par des stries urticariennes œdémateuses
- Dgc : frottement de la peau à l'aide d'une pointe mousse



## *b. Urticaire retardée à la pression*

- Œdème **dermique et sous-cutané** douloureux survenant **3 à 12heures** après une forte pression **exp** : plantes après une longue marche
- Dgc : le port, durant 20 min, d'un poids d'au moins 6 kg sur l'épaule, le bras ou la cuisse → placard après 12H

*c. Urticaire cholinergique ; fréquent*

- Réalise de petites papules urticariennes de **1 à 5mm** avec un halo de vasoconstriction, leur durée excède rarement **30 min.**
- Déclenchée par la chaleur, la sudation, les émotions ou les efforts
- **jeunes gens sportifs+++**
- **Dgc** : test d'effort





*c. Urticaire au froid : Souvent idiopathique*

- Mains et le visage (+++)
- **Dgc** : Test au glaçon sur l'avant-bras 5 min
- Cette urticaire impose de se protéger du froid, d'éviter les aliments glacés (+++).



*d. Urticaire aquagénique ; rare*

- Se déclenche lors du contact avec l'eau
- **Dgc** : application sur la peau d'une compresse mouillée à 37 °C pendant 30 min.

*e. Urticaire solaire ; Exceptionnelle*

- Survient dans les premières minutes d'une exposition à la lumière visible et/ou (UV) sur des zones habituellement couvertes, et disparaît en moins d'1h après mise à l'ombre.

*e. Autres causes exceptionnelles : au chaud ou vibratoire*

## 2. *Urticaires non-physiques :*

### *a. Urticaires d'origine alimentaire :*

- **Mécanisme :**

- i. « pseudo »-allergie alimentaire par un mécanisme non immunologique : souvent U. chronique
- ii. Allergie vraie, IgE-dépendante : souvent U. aiguë

- **Suspectée devant :**

- Topographie péribuccale et périanale des lésions
- Existence de troubles digestifs: dyspepsie, colite, gastrite
- Chronologie postprandiale des manifestations

- **Le diagnostic :**
  - l'interrogatoire
  - l'analyse du cahier alimentaire
  - le dosage des IgE spécifiques, les prick-tests
  - Régime d'éviction et test de réintroduction .

- **Principaux aliments responsables d'urticaire**

**Tableau 10.3** Principaux aliments riches en histamine ou histamino-libérateurs

Poissons et crustacés	Thon, sardine, saumon, anchois, maquereau, œufs de poissons, conserves de poissons, poissons séchés, fumés ou surgelés
Charcuterie	Viande bovine, foie de porc, saucisson, charcuterie emballée, gibier
Blanc d'œuf	
Fromages	Camembert, roquefort, parmesan, emmenthal, gruyère, cheddar
Légumes	Épinards, tomate, choux, choucroute, concombre
Fruits	Fraise, banane, raisin, agrumes, noix et noisette
Boissons alcoolisées	Bière, vin
Chocolat et cacao	



## *b. Urticaires d'origine médicamenteuse :*

- Urticaire aiguë (+++) , rarement d'urticaire chronique
- Les lésions apparaissent dans **les minutes ou les heures** qui suivent la prise du médicament (origine allergique), ou plusieurs jours, **voire plusieurs semaines** dans angio-oedème aux IEC (Non allergique)
- Suspectée devant :
  - L'anamnèse
  - Dosage des IgE spécifiques
  - Tests allergologiques ; (prick tests, IDR) en milieu hospitalier.
- Les médicaments les plus souvent en cause sont :
  - Beta lactamines. Anesthésiques généraux (curares). AINS, acide acétylsalicylique. IEC . Produits de contraste iodés. Sérums et vaccins.

*c. Urticaires d'origine infectieuse :*

- Urticaire en relation avec des **infections latentes asymptomatiques**, d'origine microbienne, mycosique ou parasitaire.
- La plupart **des viroses** (hépatite B, mononucléose infectieuse, CMV. . .) sont des causes classiques d'urticaire.
- Les **parasitoses** (giardiase, ascaridiase, toxocarose...) sont responsables d'urticaire chronique. En cas de signes évocateurs → faire parasitologie des selles et/ou des sérologies.

*d. Urticaires liées à l'environnement :*

➔ *Urticaires par allergie aux pneumallergènes : très rare, souvent sur un terrain atopique*

- allergènes : poussières de maison, acariens, phanères d'animaux, pollens, ...

➔ *Urticaires par allergie aux piqûres d'insectes et par morsures d'animaux venimeux :*

- Venin ➔ Urticaire aiguë grave avec œdème de Quincke et choc anaphylactique

## → *Urticaires de contact : peu fréquentes*

- Facteurs alimentaires : blé, farine, carotte, ...
- Fact. chimiques : médicaments, réactifs de labo, ...
- Fact. végétaux : cactus, plantes marines (algues, ...), orties
- Fact. animaux : chenilles, méduse, salive de chiens et chats chez sujets atopiques
- Fact. textiles : laine, soie, ...

*e. Urticaires systémiques : en relation avec maladie générale (1 à 3 %) des urticaires.*

- Evoquées devant :
  - Evolution **chronique**
  - **Fixité** des plaques
  - **Absence de prurit**
  - Existence de **signes généraux**
  - Image histologique de **vasculite**

## *f. Autres causes*

- *Urticaires idiopathiques*
- 50 à 80 % des urticaires chroniques
  - *Urticaires psychogènes*
- Le rôle du stress est très souvent évoqué par les malades.
  - *OEdème angioneurotique : rare, souvent héréditaire*
- Lié à un déficit quantitatif ou qualitatif en **inhibiteur de la C1 estérase**.
- **Clinique** : épisodes récidivants d'angio-œdème sans urticaire superficielle.
- **Dgc** : repose sur le dosage du C1 inhibiteur et des fractions C2 et C4 du complément, qui sont abaissés, alors que le C3 est normal.



# TRAITEMENT

## 1) TRT étiologique :

- Éviction d'un médicament, d'un aliment ou agent de contact
- Suppression du facteur physique déclenchant
- Traitement d'une infection ou d'une maladie systémique associée.

## 2. Traitement symptomatique

### A. Médicaments diminuant la synthèse d'histamine ou bloquant ses effets

#### a/ Antihistaminiques H1 (anti-H1)

##### ▫ Les anti-H1 de première génération

#### ❖ Les principaux médicaments sont :

- Dexchlorphéniramine (**Polaramine®**) : Cp de 2 et 6 mg, sirop 0,5 mg/c à c et d'amp injectable de 5mg (urgence)
- Hydroxyzine (**Atarax®**) : Cp de 25 et 100mg, sirop et Ampoule ( IM) : 100mg
- Méquitazine (**Primalan®**) : Cp de 5 mg et Sirop de 0,5mg/ml
- Autres : Promethazine (**Phenergan®**) Cp25mg, Sirop, amp IM 100 mg  
Cyproheptadine ( **Periactine®**)

## • **Prescription**

- 2 prises / jours pendant 15 jours au minimum
- Chez l'enfant de moins de 2 ans, seule la méquitazine peut être prescrite.

- **Effets secondaires**

- *Effets sédatifs* : - somnolence - perte de la vigilance
- Effets Anticholinergiques :
  - hypertension oculaire-rétention aiguë d'urine,
- réaction d'hypersensibilité

- **Contre indication :**
  - Glaucome
  - Adénome prostatique.
  - Allergie à l'une des molécules
  - Myasthénie



▫ *Les molécules de deuxième génération*

- *Sont peu ou pas sédatives*
- Les principaux médicaments sont :
  - Cétirizine (*Artiz*® , *Zyrtec*®... ) : Cp10mg- Gouttes
  - Fexofénadine (*Telfast*®) : Cp 120 et 180mg
  - Loratadine (*Clarytine*®) : Cp10mg, Sirop5mg
  - Rupatadine (rupafin®) : cp 10 mg
  - Desloratadine ( deslor ® sirop et cp)
  - Lévocétirizine, Bilastine ....

- **Prescription**

- Une prise par jour (10 mg (adulte)) à partir de 02 ans
- Grossesse : Les données concernant les femmes enceintes exposées aux antihistaminiques H1 sont nombreuses et rassurantes.
  - il est recommandé de préférer les molécules récentes

## *b / Antihistaminiques H2*

- Jamais seuls, toujours en association avec les anti-H1 dans les urticaires chroniques rebelles.
- Cimetidine: (*Tagamet\**) , Ranitidine :(*Azantac\** )

## B. Les anti-leucotriènes

- L'efficacité propre du **montélukast** (*singulair\**) est difficile à évaluer
- Car il est le plus souvent associé à un anti H1
- Il serait efficace dans environ 50 % des cas.

## C. Corticostéroïdes

- De préférence: CTC inj pdt (3 à 5 jours).
- **Indications :**
  - Urticaire aigue grave (pour soulager plus vite le malade)
  - Œdème de Quincke ou choc anaphylactique

*Ils n'ont pas de place dans la prise en charge au long court des urticaires chroniques*



**D. Adrénaline :** réservée aux cas très graves avec troubles cardiorespiratoires

- En sous cutanée ou IM (0,25 mg à 0,5 mg, à répéter éventuellement toutes les 15 min)

**E. Autres traitements :**

Immunosuppresseurs ( méthotrexate, endoxan ...), Ig IV, Interféron, Psychotropes...

**F. Les anticorps monoclonaux**

1. *L'omalizumab (xolair\*)* un anticorps monoclonal humanisé, IgG1 se fixant aux immunoglobulines E (IgE) et empêchant leur fixation sur le récepteur à la surface des mastocytes. Efficace dans 80% des cas à 300mg / sem

En inj S/C

2. *Rituximab , antiTNF alpha*

### 3. Indications

#### ➔ **Urticaire aiguë superficielle isolée**

- On utilisera des anti-H1 de seconde génération pendant 1 à 2 semaines

#### ➔ **Urticaire chronique ou récidivante « spontanée et inductible »**

- Les anti-H1 de seconde génération: posologie 1cp/jour pendant au moins 3 mois puis arrêtés progressivement après disparition des poussées.
- En cas d'échec après 2 à 4 sem de traitement, on peut
  - Soit augmenter la posologie jusqu'à 4 cp/ jour
- En cas d'échec :
  - Soit Switcher à un autre anti H1 2ème génération
  - Ou Association anti-H1 et anti-leucotriène
- En cas d'échec : immunosuppresseurs, L'omalizumab, ciclosporine

## → **Forme graves (OEdème de Quincke, choc anaphylactique)**

- *Formes modérées*

- CTC: (Solu-Médrol) : (20 à 40 mg) par voie IM ou IV lente
- Ensuite un anti-H1 : Polaramine 1 amp par voie IM ou IV à renouveler en cas de besoin.

- *Gêne laryngée* : adrénaline en aérosol

- *Dyspnée (œdème de la glotte) ou choc* : adrénaline sous cutanée ou IM + hospitalisation