

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

**UNIVERSITE BATNA 2
Faculté de médecine
Département de médecine**

Urticaire

Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année médecine

Module de Dermatologie

Année universitaire : 2021/2022

Présenté par : Dr. TEBABEL Wafia

Maitre assistante en Dermatologie-vénéréologie

CHU Batna

Objectifs :

- Diagnostiquer une urticaire aiguë et/ou chronique.
- Comprendre ses mécanismes physiopathologiques.
- Argumenter l'attitude thérapeutique, et planifier le suivi du patient.

Plan du cours :

- I. Introduction/Définition**
- II. Epidémiologie**
- III. Physiopathologie**
- IV. Diagnostic clinique**
 - 1. Urticaire superficielle
 - 2. Urticaire profonde
 - 3. Signes associés
- V. Formes cliniques**
 - 1. Formes morphologiques
 - 2. Formes évolutives
- VI. Diagnostic positif**
- VII. Diagnostic différentiel**
- VIII. Diagnostic étiologique**
 - 1. Etiologies
 - 2. Enquête étiologique
- IX. Traitement**
 - 1. Moyens thérapeutiques
 - 2. Indications
- X. Conclusion**

I. Introduction/Définition

- L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente.
- Son diagnostic repose sur : l'interrogatoire +++ et l'examen clinique : Papules oedématisées, prurigineuses, labiles et fugaces.
- Son évolution peut être : aiguë ou chronique (récidivante ; depuis ≥ 6 sem).
- C'est un syndrome dont les causes peuvent être multiples, ce qui rend la démarche étiologique difficile et souvent décevante.

II. Epidémiologie

- 15 % des individus sont concernés au moins une fois dans leur vie.
- Sans prédominance de sexe, à tous les âges.

III. Physiopathologie

- L'urticaire correspond à un œdème dermique : urticaire superficielle ou dermo- hypodermique : urticaire profonde « angio-œdème ». Il associe :
 - Une vasodilatation : Erythème
 - Augmentation de la perméabilité capillaire : Œdème
 - Stimulation des terminaisons nerveuse : Prurit.
- Ces modifications sont liées à la libération des **médiateurs inflammatoires** :
 - Principalement **l'histamine** = amine vasoactive, sécrétée et stockée dans les granulations mastocytaires, ses récepteurs : H1 (cutanés), H2, H3
 - D'autres médiateurs peuvent également être impliqués : leucotriènes, prostaglandines, complément, sérotonine, acétylcholine...
- 02 types de mécanismes peuvent être en cause :
 - **Immunologique** : nécessitant une *sensibilisation* préalable :
 - Hypersensibilité immédiate de type I (IgE dépendante) :
 - Exposition à un allergène donné (antigène) → Formation d'IgE spécifiques et leur fixation sur mastocyte → Dégranulation mastocytaire
 - Hypersensibilité par activation du complément (type III) :
 - Formation de **complexes immuns circulants** (IgM ou IgG + antigènes : Virus (EBV, Hépatite B) ou Médicaments) → Activation du complément (C3a, C5a) → Dégranulation mastocytaire + Chimiotactisme des polynucléaires
 - **Non immunologique** : mécaniques, pharmacologiques :
 - Apport direct ou libération d'histamine : aliments riches en histamine (fromages) ou histamino-libérateurs (crustacés)
 - Défaut d'inhibition de médiateur (C1 estérase...) = œdème angioneurotique par déficit en inhibiteur de la C1 estérase
 - Urticaire cholinergique : libération **d'acétylcholine** dans certaines circonstances : effort, émotion.

IV. **Diagnostic clinique** : On distingue 02 formes :

1. L'urticaire superficielle : *Forme la plus commune*

- **Papules** ou **plaques** érythémateuses, ortiées, œdémateuses à bords nets.
- Elles ont 03 caractéristiques sémiologiques majeures :
 - *Fugaces* : chaque lésion élémentaire disparaissant en < 24 h
 - *Migratrices*
 - *Prurigineuses*

2. L'urticaire profonde : *angio-œdème* ou *œdème de Quincke*

- L'œdème est hypodermique +++ Il peut toucher la *peau* ou les *muqueuses*, isolé ou associé à une urticaire superficielle.
- Il réalise une **tuméfaction** ferme, mal limitée, ni érythémateuse ni prurigineuse, qui provoque une sensation de tension douloureuse.
- Au niveau du visage, il touche préférentiellement les *paupières* et les *lèvres*.
- La localisation aux muqueuses de la *sphère oro-laryngée* conditionne le pronostic. L'apparition d'une dysphonie et d'une hypersalivation par troubles de la déglutition est un **signe d'alarme** qui peut précéder l'asphyxie si l'œdème siège sur la glotte.
- L'œdème de Quincke peut être le signe inaugural d'un choc anaphylactique.

3. L'urticaire peut s'associer à d'autres signes, surtout dans les formes profuses : Une hyperthermie modérée

Des douleurs abdominales

Des arthralgies

V. **Formes cliniques**

1. Formes morphologiques

- Les formes *figurées* dessinant des anneaux ou des arcs de cercles.
- Les formes *vésiculo-bulleuses* : rares, œdème très important.
- Les formes *micro-papuleuses* : évocatrices d'urticaire cholinergique.

2. Formes évolutives

2.1. **Urticaire aiguë** : le plus fréquent

- Poussée de quelques heures à quelques jours, rapidement résolutive.
- Etiologie souvent identifiée à l'interrogatoire (prise médicamenteuse, vaccin, aliment, piqure d'insecte...),
- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

2.2. **Urticaire chronique** :

- Evoluant depuis plus de 6 semaines : soit Poussées quotidiennes ou récidivantes (intervalle libre +/- long entre les poussées)
- Le plus souvent idiopathique.

VI. Diagnostic positif : *purement clinique*

VII. Diagnostic différentiel

- Le diagnostic est en général évident. On peut parfois discuter :
 - Un eczéma aigu du visage : Lésions fixes ++, sans atteinte muqueuse.
 - Une pemphigoïde (Dermatose bulleuse auto immune) au stade de placards urticariens.
 - Un érythème polymorphe : le centre des lésions est plutôt foncé.
 - Une maladie de Still : éruption fébrile à tendance vespérale, maculeuse ou parfois pseudo-urticarienne.
 - Infections virales.

VIII. Diagnostic étiologique

1. Etiologies :

1.1. Urticaires physiques :

- 1) Le Dermographisme : déclenché par la friction cutanée. Il se traduit par des stries urticariennes œdémateuses, en regard des lésions de grattage.
- 2) Urticaire retardée à la pression : œdème sous-cutané douloureux survenant 3-12 h après une forte pression (plantes après une longue marche, fesses après une station assise prolongée, paume après le port d'un sac...).
- 3) Urticaire cholinergique : réalise des papules de 1 à 5 mm, souvent entourées d'un halo de vasoconstriction siégeant surtout sur le tronc, déclenchées par la chaleur, la sudation, les émotions ou l'effort.
- 4) Urticaire au froid : les circonstances déclenchantes sont variées : eau ou air froid, pluie, neige, baignade.
- 5) Urticaire aquagénique : rare, se déclenche lors du contact avec l'eau.
- 6) Urticaire solaire : Exceptionnelle, survient dans les premières minutes d'une exposition solaire sur des zones habituellement couvertes, et disparaît en moins de 1 heure après mise à l'ombre. Elle peut être très invalidante lorsque le seuil de déclenchement est bas.

1.2. L'urticaire de contact :

- Mécanisme immunologique IgE-dépendant (latex, aliments, médicaments...) ou non immunologique (orties, méduses, chenilles processionnaires...).
- Les lésions apparaissent rapidement (< 30 min) aux zones de contact avec les protéines allergisantes, mais peuvent se généraliser secondairement.
- Le dgc repose sur : la recherche d'**IgE spécifiques** et surtout les **prick-tests**.

1.3. Urticaire alimentaire :

1) Mécanisme immunologique :

- Allergie alimentaire au *lait de vaches, fruits de mer, céréales, kiwi, œuf...*
- Survient rapidement après l'ingestion (qlq min à 02 h).
- Présence d'***IgE spécifiques***.
- Plus souvent : aigue que chronique.
- Diagnostic confirmé par les tests (ouverts ou prick-tests), l'effet de régime d'éviction ou la ré introduction en milieu hospitalier.
- L'éviction définitive de l'allergène est nécessaire.

2) Mécanisme non-immunologique (non-allergique) :

- Aliment riche en *histamine* ou *histamino-libérateur* : fromage fermenté, fraise, chocolat, tomate...
- Une simple correction du régime alimentaire évitant des apports trop importants de ces aliments est habituellement suffisante.

1.4. Urticaire médicamenteuse :

- Cause assez fréquente des urticaires aigues.
- Médicaments en cause : β -lactamines, AINS, PDC, anesthésiques, IEC...
- Plusieurs mécanismes peuvent être impliqués :
 - Allergique (nécessitant une sensibilisation préalable) : intérêt des tests allergologiques (prick-tests, IDR).
 - Non allergique : mécanisme pharmacologique
 - Histamino-libération non spécifique : **Codéine** ou accumulation de métabolites pro-inflammatoires : **AINS**.

1.5. Urticaire infectieuse :

- Viroses : Hépatite B, mononucléose infectieuse, CMV... (urticaire aigue +++)
- Parasitoses :
 - Giardiase, ascaridiase, toxocarose...
 - Plutôt responsables d'urticaire chronique.
 - A évoquer devant une symptomatologie digestive ou hyperéosinophilie sur la NFS → examen parasitologique des selles et/ou des sérologies.

1.6. Urticaire idiopathique :

- Regroupent la plupart des *urticaires chroniques*, puisque 50 à 80 % d'entre elles ne sont associées à aucune pathologie sous-jacente.

1.7. Autres causes :

1) Urticaire auto immune : **IgG** dirigés contre les **IgE** ou leurs **récepteurs**, responsables de la dégranulation des mastocytes et des basophiles.

2) Urticaires psychogènes

3) Œdème angioneurotique :

- Déficit quantitatif ou plus rarement qualitatif en inhibiteur de la C1 estérase.
- Il se traduit par des épisodes récidivants d'angio-œdème **sans** urticaire superficielle. Respectant le plus souvent les paupières et prédominant aux extrémités et OGE.
- Atteinte digestive, frq et trompeuse : douleurs abdominales ou Sd pseudo-occlusif.
- La plupart des cas sont *héréditaires* avec une transmission autosomique dominante, mais il existe de rares formes acquises (néoplasies, infections).
- Le diagnostic repose sur le dosage du **C1 inhibiteur** et des **fractions C2** et **C4** du complément, qui sont abaissés, alors que le **C3** est **normal**.

2. Enquête étiologique :

2.1. Interrogatoire :

- Chronologie
- Antécédents familiaux et personnels (atopie, urticaire, maladie générale)
- Prises médicamenteuses chroniques et occasionnelles
- Habitudes alimentaires
- Notion d'urticaire de contact (latex +++) et professions exposées
- Circonstances déclenchantes d'une urticaire physique
- Rôle du stress en tant que facteur aggravant
- Signes d'accompagnement évoquant une maladie générale.

2.2. Examens complémentaires :

- NFS, VS
- Recherche d'Ac anti TPO= Association significative avec les thyroïdites AI.
- Electrophorèse des protides sanguins
- Sérologies : Hépatites B, C
- Parasitologie des selles : si tableau évocateur.
- Tests allergologiques : si suspicion de mécanisme immunologique.
- Tests cutanés (selon le cas) en cas d'urticaire physique.
- Dosage du complément, recherche de FAN, protéinurie, bilan immunologique en cas de suspicion de maladie de système (arthralgies, arthrites, fièvre...)

Ce bilan est le plus souvent négatif (+++)

Il faut l'expliquer aux patients et savoir ne pas le répéter

IX. Traitement

1. Moyens thérapeutiques

1.1. **Médicaments diminuant la synthèse de l'histamine ou bloquant ses effets :**

1) Anti histaminiques H1 (anti H1) :

- Toujours utilisés en 1^{ère} intention

A. 1^{ère} génération :

- Action anticholinergique : rétention d'urines, hypertension intraoculaire et sécheresse buccale, effet sédatif.
- Demi-vie : brève= plusieurs prises quotidiennes
- Contre-indications : glaucome, hypertrophie de la prostate
- Dexchlorphéniramine (Polaramine®), Hydroxyzine (Atarax®), Méquitazine (Primalan®), Phenergan

B. 2^{ème} génération :

- Pas d'effet anticholinergique, moins sédatifs, ne traversent pas la barrière hémato-encéphalique.
- Demi-vie : longue
- Durée d'action : assez longue, une seule administration quotidienne suffit
- Loratadine (Clarityne®), Cetirizine (Zyrtec®), Fexofenadine (Telfast®)

2) Anti histaminiques H2 (anti H2) :

- Seuls, ils n'ont pas d'effet, mais ils peuvent éventuellement être prescrits en association avec les anti-H1 dans les urticaires chroniques rebelles.

1.2. **Médicaments bloquant la dégranulation des mastocytes :**

- Utilisés en 2nd intention car efficacité moindre :
 - Le kétotifène associé aux anti-H1 peut être utile dans l'urticaire cholinergique.
 - Le cromoglycate disodique.
 - Les antagonistes des leucotriènes : montelukast (Singulair)

1.3. **Corticostéroïdes :**

- Peuvent être prescrits en association à un anti-H1 et sur une courte durée (3 à 5 jours). Les indications sont :
 - En IV associés à de l'adrénaline sous-cutanée dans l'œdème de Quincke
 - Dans les formes profuses, pour soulager plus vite le malade.
 - Leur prescription systématique *n'est cependant pas recommandée* car il existe un risque de rechute, voire de rebond de l'urticaire à l'arrêt du traitement.
 - Ils n'ont pas de place dans la prise en charge au long-courts des urticaires chroniques.

1.4. Autres thérapeutiques :

A) La ciclosporine :

- Peut être utile dans les urticaires chroniques les plus réfractaires,
- Mais expose à des effets indésirables graves.

B) L'Omalizumab :

- Seule molécule ayant AMM dans le trt de l'urticaire chronique sévère et résistant aux anti-H1
- C'est un anticorps monoclonal anti-IgE
- Efficace et bien toléré, mais ses effets restent suspensifs et symptomatiques.
- Dose recommandée = 300 mg en injection S/C toutes les 4 semaines.

2. Indications :

2.1. Urticaire aiguë :

- Eviction du facteur déclenchant si possible,
- Traitement de 1ère intention : anti-H1, corticothérapie de brève durée (si besoin)

2.2. Œdème de Quincke :

- *Modéré* : corticothérapie : Solumédrol® en IM ou IV
- *Grave* : Adrénaline en sous-cutané

2.3. Urticaire chronique :

- Anti-H1 de 1ère + 2e génération
- Corticoïdes (il ne faut pas dépasser 3 semaines de traitement)
- Eviter certains médicaments qui risquent d'aggraver l'urticaire tel que les AINS