

URTICAIRES

Dr M.AZOUAOU, CHU Mustapha

Définition

Dermatose inflammatoire, fréquente, caractérisée par :

- Papules œdémateuses.
- Un grand nombre d'étiologies.
- Survenue à tout âge.

On distingue :

- Urticaire aiguë : évolue de quelques heures à quelques jours.
- Urticaire chronique (poussées quotidiennes ou très rapprochées tous les 2-3 jours) : si évolution supérieure à 6 semaines.

Le diagnostic, en général facile, repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique surtout.

Physiopathologie

L'urticaire correspond à un œdème dermique (U. superficielle) ou dermohypodermique (Urticaire profonde ou angio-œdème), dû à une vasodilatation avec augmentation de la perméabilité capillaire liée à la libération par les mastocytes des médiateurs inflammatoires dont le principal est l'histamine.

Deux types de mécanismes peuvent être en cause :

- Immunologique, nécessitant une sensibilisation préalable : hypersensibilité immédiate de type anaphylactique ou hypersensibilité par activation du complément
- Non immunologique (mécaniques, pharmacologique) :
 - Apport direct ou libération d'histamine :
Aliments riches en histamine (fromages, fraise).
Aliments histamino-libérateurs (crustacés).
 - Par libération d'acétylcholine dans certaines circonstances (effort, émotion).

Aspects cliniques :

1. Urticaire commune ou superficielle :

Eruption strictement cutanée (pas d'atteinte muqueuse).

Papules ou plaques urticariennes érythémateuses ou rosées, œdémateuses, à bords nets. Prurigineuse.

Lésions de taille, de nombre et de topographie variables.

Fugace : chaque lésion disparaît en moins de 24 heures (quelques minutes ou quelques heures) et sans laisser de traces.

Migratrice.

2. Urticaire profonde (angio-œdème ou œdème de Quincke) :

Tuméfaction à début brutal, mal limitée, de couleur de peau normale ou discrètement rosée, ferme à la palpation.

Sièges préférentiels :

- Zones de tissus sous-cutanés lâches : paupières, lèvres, organes génitaux externes, extrémités des membres.

- Muqueuses :
 - Surtout oro-laryngée (lèvres, langue, pharynx...) avec risque d'asphyxie par œdème glottique : l'apparition d'une dysphonie et d'une hypersialorrhée par troubles de la déglutition est un signal d'alarme.
 - Plus rarement digestive : douleurs, diarrhée, vomissements.

Sensation de tension douloureuse plutôt que de prurit.

Moins fugace que l'urticaire commune, mais ne dépasse pas 24 heures.

Associée le plus souvent à une urticaire superficielle, mais parfois isolée.

L'œdème de Quincke peut être le signe inaugural d'un choc anaphylactique.

Etiologies :

I. Médicaments :

Tous les médicaments peuvent être incriminés, mais les plus incriminés sont : bêta-lactamines, aspirine, AINS, produits de contraste iodés, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, anesthésiques généraux (curares), sérums et vaccins.

Les médicaments sont le plus souvent responsables d'urticaires aiguës que chroniques.

En cas de mécanisme allergique, des explorations peuvent être réalisées in vivo (prick test, IDR), par des équipes spécialisées, en milieu hospitalier.

II. Aliments :

Les aliments sont responsables d'urticaire aiguë, exceptionnellement d'urticaire chronique.

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, dosage des Ig E spécifiques (RAST), prick-test, effet du régime d'éviction, test de réintroduction en milieu hospitalier.

Les principaux aliments responsables (liste non exhaustive) : poisson (thon +++), crustacés, arachide, noisettes, fraise, tomate, œufs (blanc d'œuf), chocolat, lait, fromages fermentés, céleri, épinards ; les additifs (colorants, conservateurs) ou la pénicilline (présente à l'état de traces dans certains aliments) peuvent être incriminés.

III. Urticaires inductibles (physiques) :

Se traduit par une réactivité anormale de la peau à l'égard de certains agents physiques.

Le stimulus physique est reproductible (test de provocation).

Etiologie la plus fréquente des urticaires chroniques.

1. Dermographisme:

Déclenché en quelques minutes par la friction cutanée (pli vestimentaire, grattage...) et disparaît en une demi-heure.

Se traduit par des stries urticariennes.

Reproduit par le frottement à l'aide d'une pointe mousse = urticaire à la pression immédiate.

2. Urticaire cholinergique :

Micro-papules urticariennes, prédominant au haut du tronc et la racine des cuisses, de durée brève.

Déclenchée par la chaleur, une sudation, un effort physique, une émotion, un bain chaud.

3. Urticaire au froid :

Déclenchée par l'eau ou l'air froids, pluie, neige, baignade ; peut aussi toucher la muqueuse bucco-pharyngée (boisson glacée).

Reproduite par le test au glaçon sur la face antérieure de l'avant-bras.

4. Urticaire retardée à la pression :

Apparaît, 3 à 12 heures, après une forte pression : paumes après port d'un objet lourd, plantes après station debout prolongée, ceinture, fesses après station assise prolongée. Le diagnostic est confirmé par le port d'un poids de 6 kg, pendant 20 mn, sur l'épaule, avec lecture tardive.

5. Urticaire aquagénique :

Micro-papules, se déclenchant lors du contact avec l'eau, quelle que soit sa température. Reproduite par l'application d'une compresse mouillée à 37 degrés.

6. Autres : Urticaire solaire ; urticaire à la chaleur locale ; urticaire vibratoire.

IV. Autres causes d'urticaires :

1. Urticaires de contact :

Réactions urticariennes rapides localisées au point de contact, mais pouvant se généraliser avec parfois des manifestations générales et risque de choc anaphylactique.

Allergènes variés : végétaux (orties, algues), animaux (chenilles, méduses), aliments, médicaments, latex (les personnels de santé avec des formes parfois sévères).

2. Piqûres d'hyménoptères (Guêpes, frelons, abeilles) = Risque de choc anaphylactique

V. Urticaires spontanées : Ce sont des urticaires « idiopathiques ».

Représentent jusqu'à 70 % des U chroniques.

On doit les considérer comme des urticaires en attente de diagnostic.

Traitement

Le traitement de l'urticaire repose dans tous les cas sur l'éviction (médicament, aliment, agent de contact, facteur physique déclenchant).

I. Traitement symptomatique :

1) Les antihistaminiques anti-H1 : sont toujours prescrits en première intention.

Agissent par antagonisme spécifique et compétitif au niveau des récepteurs de l'histamine H1 + inhibition de la libération d'histamine par le mastocyte.

• Les Anti-H1 de première génération :

Polaramine* (Dexchlorphéniramine) : cp à 2 - 6 mg, sirop, injectable

Atarax* (Hydroxyzine) : cp à 25 mg, sirop, injectable

Primalan* (Méquitazine) : cp à 5 – 10 mg, sirop

Ils sont sédatifs.

Ont une action anticholinergique : contre-indiqués en cas de glaucome à angle droit et d'adénome prostatique.

Effets indésirables possibles : somnolence (prescription le soir +++), effet atropinique.

• Les Anti-H1 de deuxième génération :

Loratadine (Clarytine*, Tirlor*) : cp, sirop

Desloratadine (Aerius*, Deslor*) : cp, sirop

Telfast* (Fexofénadine) : cp à 180 mg

Zyrtec* (Cétirizine) : cp, gouttes

Autres : Lévocétirizine, Bilastine, Rupatadine...

Sont peu ou pas sédatifs.

Demi-vie longue (prise unique).

Contre-indiqués chez l'enfant de moins de 2 ans et femme enceinte.

2) La corticothérapie générale n'est pas un traitement de l'urticaire commune (c'est l'un des traitements de l'urticaire profonde)

II. Indications :

a) Urticaire superficielle isolée et aiguë :

Régresse souvent spontanément.

Anti-H1 per os, pendant 10 à 15 jours.

Les molécules de seconde génération sont prescrites en première intention.

En deuxième intention si composante anxiogène ou prurit surtout nocturne : Anti H-1 de 2^{ème} génération le matin et de 1^{ère} génération le soir.

b) Urticaire chronique :

Anti H-1 de 2^{ème} génération pendant au moins 3 mois, à diminuer progressivement, sont parfois prescrits pendant plusieurs années.

En cas d'échec :

- Augmenter la posologie, jusqu'à 4 fois la dose.
- Changement de molécule.
- Associer un Anti H-1 de 1^{ère} génération à celui de 2^{ème}

Urticaire cholinergique : Atarax* +++

c) Œdème de Quincke :

- **Dans les formes modérées :**

Commencer par les corticoïdes par voie parentérale : bétaméthasone (célestène*) ou dexamétasone ou méthylprednisolone (solumédrol*) [20 à 40 mg en IM ou IV lente en fonction de la gravité].

Ensuite Anti H-1 par voie parentérale (exp : Polaramine) et relais per os.

- **En cas de simple « gêne » respiratoire :**

Adrénaline en aérosol (dyspné-inhal*) en plus des mesures précédentes.

Surveillance en milieu hospitalier.

- **En cas de dyspnée (œdème de la glotte) = Urgence médicale +++**

Immédiatement : adrénaline SC ou IM 0.25 ou 0.5 mg, à répéter si besoin toutes les 15 minutes et oxygène.

Ensuite : hospitalisation d'urgence en réanimation (répétition de l'adrénaline, corticoïdes IV : solumédrol*, Anti H-1 IV, intubation voire trachéotomie).

- d) Signes de choc anaphylactique :** mesures de réanimation (adrénaline, remplissage, oxygénation...).

Toxidermies

Dr M.AZOUAOU, CHU Mustapha

Définition :

Ce sont les éruptions médicamenteuses ou réactions cutanées aux médicaments administrés le plus souvent par voie systémique.

Toxidermies bénignes :

Représentent 90% des toxidermies.

1) Exanthèmes maculo-papuleux :

La plus fréquente des toxidermies.

Apparaît en moyenne au 9^{ème} jour et disparaît rapidement en moins d'une semaine.

Diagnostic différentiel : éruptions infectieuses (virales et bactériennes toxiques), surtout chez l'enfant.

Les médicaments les plus souvent incriminés : bêtalactamines, sulfamides (bactrim +++), anticomitiaux (carbamazépine, hydantoïnes, barbituriques).

2) Urticaire : (cf supra)

2^{ème} toxidermie en fréquence.

3) Photosensibilité médicamenteuse :

Eruption survenant quelques heures après une exposition solaire, sur les zones découvertes.

Médicaments : surtout les antibiotiques (tétracyclines, quinolones).

Toxidermies graves :

1. Angioedème : (cf supra)

2. Toxidermies bulleuses :

Les formes les plus graves de toxidermie, avec un risque de mortalité élevé.

Surviennent après 10 jours en moyenne.

Fièvre et altération de l'état général.

Bulles qui évoluent vers de larges décollements cutanéomuqueux.

Médicaments en cause : antibiotiques : bêtalactamines, bactrim +++ ; AINS ; anticomitiaux : carbamazépine, hydantoïnes, barbituriques ; allopurinol (Zyloric*).

En fonction de la surface totale de peau touchée, on distingue :

- **Syndrome de Stevens-Johnson** : surface cutanée atteinte inférieure à 10 % de la surface corporelle, érosions muqueuses constantes et importantes (buccale, oculaire, génitale, rarement ORL ou bronchique).
- **Syndrome de Lyell** : larges décollements muqueux et cutanés donnant l'aspect de « linge mouillé ».

3. DRESS ou syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse :

(Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)

Le délai d'apparition habituel est plus long que dans les autres réactions cutanées retardées, en moyenne 6-8 semaines.

Le tableau inaugural du DRESS comprend :

- un malaise général et une fièvre une pharyngite, puis apparaissent un œdème du visage.
- une polyadénopathie.
- une atteinte cutanée :
 - un exanthème associant plusieurs types de lésions : urticariennes, maculopapuleuses, parfois purpuriques, s'étendant à plus de 50 % de la surface corporelle.
 - Une infiltration cutanée, des pustules non folliculaires, une desquamation, parfois des lésions vésiculobulleuses.
 - Une chéilite.
- une lymphopénie, fréquente initialement, suivie d'un syndrome mononucléosique.
- une hyperéosinophilie souvent majeure.
- au moins une atteinte viscérale profonde : hépatite cytolytique et/ou cholestatique, néphropathie interstitielle, pneumopathie interstitielle. D'autres atteintes viscérales sont possibles : myocardites mettant en jeu le pronostic vital, péricardites, atteintes neurologiques centrales, myosites, thyroïdite, pancréatites.

Les médicaments le plus souvent suspectés au cours du DRESS sont les antiépileptiques (phénobarbital, carbamazépine, phénytoïne, lamotrigine), la minocycline, l'allopurinol, la dapson, certains antirétroviraux (névirapine, abacavir), les sulfamides antibactériens comme la sulfasalazine, la sulfadiazine et le sulfaméthoxazole, les sels d'or, plus rarement les inhibiteurs de la pompe à protons.