

## Prise en charge de l'urticaire chronique spontanée en soins primaires

### ➤ Présentation

Madame U., âgée de 32 ans, vient consulter pour des plaques rouges migratrices et fugaces depuis 3 jours. L'éruption est prurigineuse et l'empêche de dormir. Vous faites le diagnostic d'urticaire aiguë et proposez un traitement par 1 comprimé de desloratadine 5 mg pendant 15 jours. Vous n'identifiez aucun facteur déclenchant à cette urticaire aiguë. L'examen clinique complet est normal en dehors des plaques urticariennes.

Elle revient vous consulter 2 mois plus tard pour la persistance de l'éruption urticarienne (photographie). Il n'y a pas de facteurs favorisants trouvés à l'interrogatoire. Elle a doublé la dose de desloratadine depuis 3 semaines : les lésions sont plus discrètes et moins prurigineuses, mais toujours présentes et gênantes.



### ➤ Autres éléments

Madame U. n'a pas d'antécédent particulier, en dehors d'une rupture d'un ligament croisé (au ski). Elle ne prend aucun traitement en dehors des anti-H1, n'a pas de contraception et a un projet de grossesse.

**QUE LUI PROPOSEZ-VOUS ?**

### ➤ **Information**

Il s'agit d'une urticaire chronique spontanée (UCS), une affection cutanée bénigne et non contagieuse qui peut cesser spontanément au bout de quelques semaines, quelques mois ou quelques années.

La corticothérapie n'est pas indiquée dans l'UCS.

Concernant les douleurs ligamentaires éventuelles, les AINS peuvent majorer les poussées d'UCS.

### ➤ **Traitement**

Majorer la dose d'anti-H1 à 3 doses/jour pendant 1 semaine puis 4 doses/jour (2 le matin, 2 le soir) en cas d'inefficacité.

*\*La plupart des experts recommandent de passer directement à 4 doses d'anti-H1 puis de diminuer à 3 doses puis à 2 après obtention d'une rémission.*

Privilégier **la desloratadine, lévocétirizine** et la **cétirizine** : nombreuses données sur la grossesse et sur les doses multiples ; le CRAT peut être consulté ([www.lecrat.fr](http://www.lecrat.fr)) ou un centre régional de pharmacovigilance.

*\*Concernant une éventuelle exploration biologique, certains experts ne proposent aucun examen, d'autres proposent : NFS, VS, CRP et parfois le dosage des anticorps anti-thyroïdiens.*

Prévoir une nouvelle consultation dans 4 à 8 semaines, si l'amélioration n'est pas significative, ou en cas de récurrence. L'impact sur la qualité de vie devra guider la suite de la prise en charge. En cas d'échec du traitement par l'anti-H1 à 4 doses AMM, prévoir une consultation auprès d'un spécialiste.

## Urticaire chronique spontanée avec angio-œdème aux urgences

### ➤ Présentation

Madame F., âgée de 24 ans, a une urticaire chronique spontanée (UCS) depuis 1 an, et consulte dans le service d'accueil des urgences pour la survenue d'un angio-œdème du visage apparu le matin à son réveil. Elle n'a pas de signes extra-cutanés, hormis une légère sensation de dyspnée. L'interrogatoire trouve la prise d'un comprimé d'ibuprofène et d'un comprimé de tramadol pour une migraine, la veille au soir. À l'examen clinique, on observe un angio-œdème du visage prédominant sur les paupières et les lèvres (photographie), qui a déjà diminué depuis son réveil (il y a 3 heures), associé à des plaques d'urticaire diffuses sur le corps. La pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire sont normales, la saturation en O<sub>2</sub> est de 99%. L'examen de l'appareil respiratoire est normal.

### ➤ Traitements antérieurs

Elle prend habituellement de la desloratadine à dose conventionnelle (1 cp par jour), qu'elle oublie régulièrement car son UCS la gêne peu.

### ➤ Autres éléments

Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Elle prend une contraception oestro-progestative.



**QUE PROPOSEZ-VOUS ?**

### ➤ **Information**

Rassurer la patiente : le pronostic vital n'est pas engagé, car il ne s'agit pas d'une urticaire aiguë d'origine allergique (IgE médiée). En effet, le délai entre la prise médicamenteuse ou alimentaire et l'angio-œdème est long ; il n'y a aucun signe de gravité ni d'atteinte viscérale associée, la sensation de dyspnée étant vraisemblablement due à l'anxiété engendrée par l'angio-œdème. Il ne s'agit pas non plus d'un angio-œdème bradykinique, la régression spontanée rapide et la coexistence de plaques superficielles n'étant pas en faveur de ce diagnostic.

Expliquer que la poussée est vraisemblablement due au facteur aggravant qu'est la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et d'un opiacé.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

### ➤ **Traitement**

Le traitement repose sur l'intensification du traitement **anti-histaminique anti-H1** : 1 ampoule de **dexchlorphéramine** 5 mg par voie intra-veineuse, à renouveler 6 heures plus tard si nécessaire ; sinon 4 comprimés d'anti-H1 per os à poursuivre jusqu'à l'amélioration. L'administration de corticoïdes ou d'adrénaline n'est pas nécessaire chez cette patiente. Il n'y a pas d'indication à l'hospitaliser.

Enfin, expliquer à Madame F. les médicaments à éviter pour limiter les poussées, et comment intensifier le traitement anti-H1 en cas de poussée.

## **Urticaire chronique spontanée résistant à la quadruple dose d'antihistaminique anti-H1**

### ➤ **Présentation**

Femme de 47 ans. Urticaire chronique spontanée depuis 6 ans sans épisode d'angio-œdème antérieur. Bilan biologique de routine et thyroïdien normal. Actuellement, poussées pluri-hebdomadaires.

### ➤ **Traitements antérieurs**

A pris initialement des antihistaminiques anti-H1 à dose conventionnelle (dose de l'AMM) - 3 molécules différentes - puis, depuis 2 ans à des doses multiples : 2 comprimés de desloratadine 5 mg le matin, 2 comprimés le soir. Prend également de l'homéopathie. Est très réticente aux nouvelles thérapeutiques.

### ➤ **Autres éléments**

Pas d'antécédents particuliers, pas d'autres médicaments. A un dispositif intra-utérin progestatif. Elle pèse 106 kg et mesure 165 cm (IMC = 38,9). Elle suit depuis 2 mois un régime d'éviction au gluten sans impact sur l'urticaire, mais a perdu 3 kilos.



**QUE LUI PROPOSEZ-VOUS ?**

### ➤ **Information**

Expliquer que le régime sans gluten n'est pas efficace dans l'UCS en l'absence de maladie cœliaque associée.

Expliquer que la poursuite de l'homéopathie est possible si elle le souhaite, mais qu'il n'existe pas de preuves d'efficacité.

Expliquer qu'il existe peut-être une association entre surpoids et UCS.

### ➤ **Évaluation**

Evaluer l'impact de l'UCS sur sa qualité de vie avant de proposer un traitement de 3<sup>ème</sup> intention (après les anti-H1 à dose conventionnelle puis à quadruple dose). L'évaluation peut se faire par le score DLQI ou le score CU-QoL. Il est aussi préférable d'évaluer l'activité de l'UCS à ce stade, par les scores UCT et UAS7.

### ➤ **Traitement**

-En cas de gêne majeure, option prioritaire : adjonction d'**omalizumab** aux anti-H1. La patiente étant en surpoids et étant donc plus à risque de développer une hypertension artérielle. Il faut adresser la patiente en milieu hospitalier pour l'initiation du traitement. L'omalizumab se prescrit à la dose de 300mg/4 semaines par voie sous-cutanée.

*\*Certains experts proposent d'autres traitements avant d'introduire l'omalizumab, en particulier le montelukast, 1 cp par jour, en adjonction des anti-H1, pendant environ 2 mois. Le Groupe de Travail ne le recommande pas, car il n'y a pas de bénéfice établi dans la littérature du montelukast dans l'UCS, le niveau de cette recommandation étant toutefois faible.*

-En cas d'opposition à l'omalizumab, car elle trouve le médicament trop récent ou parce qu'il s'administre par voie injectable, proposer la **ciclosporine** en alternative, en l'absence d'hypertension artérielle. Chez cette patiente jeune et en surpoids, la surveillance de la fonction rénale est particulièrement importante. Les modalités de prescription sont : ciclosporine 3 à 5 mg/kg/jour en 2 prises quotidiennes pendant 6 mois, avec surveillance de la pression artérielle hebdomadaire et surveillance biologique (numération formule sanguine, ionogramme, créatininémie, urée) une fois par semaine pendant un mois, puis une fois par mois.

## Urticaire chronique spontanée avec angio-œdèmes fréquents, corticodépendance et syndrome métabolique

### ➤ Présentation

Madame L. a une urticaire chronique spontanée depuis 3 ans ; les plaques sont quotidiennes depuis 6 mois, avec épisodes d'angio-œdème (paupières, lèvres) assez fréquents (environ une fois par mois) mais rapidement résolutifs (moins de 12 heures), l'amenant à consulter régulièrement aux urgences. Elle a eu des examens biologiques de routine répétés toujours normaux.

### ➤ Traitements antérieurs

Elle a pris 5 différents anti-H1 à dose conventionnelle (dose de l'AMM), puis à double, triple et quadruple dose. Lors de passages aux urgences pour des épisodes d'angio-œdème, elle a reçu plusieurs fois des corticoïdes per os à la dose de 0,5 mg/kg/jour (décroissance progressive sur 3 à 7 jours), associés à de la dexchlorphéniramine par voie intra-veineuse. Elle s'auto-médique actuellement (prednisone 60 mg/jour pendant 3 jours) dès l'apparition d'un angio-œdème.

### ➤ Autres éléments

Madame L a pour antécédents une hypertriglycéridémie modérée, une obésité (poids : 96 kg, taille : 173 cm, IMC : 32), une hypertension artérielle et un diabète de type 2 (dernière HbA1c : 8%). Son traitement habituel comprend : fenofibrate, metformine, ramipril, levocétirizine 4/jour.





**QUE LUI PROPOSEZ-VOUS ?**



### ➤ Information

Expliquer que les épisodes d'angio-œdème que la patiente décrits, résolutifs en moins de 48 heures et associés à de l'urticaire superficielle, ne nécessitent pas de corticothérapie. Ils n'engagent pas le pronostic vital, contrairement aux urticaires aiguës de cause allergique. Ils font partie du « tableau » de l'UCS.

Expliquer qu'il y a un possible impact défavorable des corticoïdes sur la sévérité de l'UCS (ils pourraient favoriser une résistance aux anti-H1), et sur la survenue plus fréquente des épisodes d'angio-œdème.

Expliquer que le syndrome métabolique (hypertension artérielle et diabète) de la patiente peut être aggravé par les corticoïdes.

Expliquer qu'il est nécessaire d'avoir un suivi plus régulier de l'hypertension artérielle et du diabète ; il existe d'ailleurs peut-être une association entre surpoids et UCS.

Les épisodes d'angio-œdème décrits ici sont a priori liés à l'UCS et non à l'IEC (association aux lésions cutanées, caractère rapidement résolutif). Il est préférable de demander l'avis d'un centre de référence sur les angio-œdèmes, pour l'arrêt ou non de l'IEC.

### ➤ Évaluation

Il est nécessaire d'évaluer l'impact de l'UCS sur sa qualité de vie, avant de proposer un traitement de 3<sup>ème</sup> intention (après les anti-H1 à dose conventionnelle puis à quadruple dose). L'évaluation peut se faire par le score DLQI ou le score CU-QoL. Il est aussi préférable d'évaluer l'activité de l'UCS à ce stade, par les scores UCT et UAS7.

### ➤ Traitement

L'option thérapeutique à proposer prioritairement est l'adjonction d'**omalizumab** aux anti-H1, la patiente étant en surpoids et ayant une hypertension artérielle (faisant déconseiller la ciclosporine). L'**omalizumab** est souvent efficace sur les épisodes d'angio-œdème. Il faut adresser la patiente en milieu hospitalier pour l'initiation du traitement. L'omalizumab se prescrit à la dose de 300mg/4 semaines par voie sous-cutanée.

*\* Certains experts ne débutent l'omalizumab qu'une fois le sevrage en corticoïdes établi ; d'autres experts recommandent au contraire d'introduire l'omalizumab rapidement, pour aider à ce sevrage.*

## Urticaire chronique spontanée et régime alimentaire

### ➤ Présentation

Monsieur R., âgé de 45 ans, a une urticaire chronique spontanée (UCS) depuis 3 mois déclenchée, selon lui, par un repas dans un *fast food* asiatique. Son médecin traitant lui a prescrit des explorations biologiques (NFS, VS, CRP, TSH, anticorps anti-thyroïdiens et examen parasitologique des selles) qui sont normales. Monsieur R. est persuadé de la responsabilité de l'alimentation sur son urticaire, mais il n'arrive pas à identifier les aliments causaux.

### ➤ Traitements antérieurs

Il a pris : desloratadine, puis levocétirizine à dose conventionnelle (dose de l'AMM, 1 comprimé/jour) et depuis une semaine, mizolastine 1 comprimé/jour et ranitidine 1 comprimé/jour, sans efficacité supplémentaire.

### ➤ Autres éléments

Il a pour antécédents une atopie, une dépression suite à la perte de son emploi et des lombalgies chroniques. Son traitement habituel comprend : escitalopram 1 comprimé/jour et ibuprofène régulièrement pour les dorsalgies (en auto-médication).



**QUE PROPOSEZ-VOUS ?**

### ➤ **Information**

Expliquer que l'UCS est une affection cutanée bénigne, de mécanisme non allergique qui peut cesser spontanément au bout de quelques semaines, quelques mois ou quelques années.

Expliquer que l'alimentation n'est pas en cause dans l'UCS. Toutefois, vous pouvez proposer au patient de noter les prises alimentaires et les poussées d'UCS sur un carnet, durant une période de 15 à 30 jours, pour le rassurer sur leur absence de responsabilité. Il n'est pas recommandé de proposer un régime d'éviction alimentaire systématique.

Expliquer que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (dont l'ibuprofène) peuvent favoriser les poussées d'urticaire par un mécanisme pharmacologique sur les leucotriènes (non allergique).

### ➤ **Évaluation**

Le traitement dépend de la gêne du patient. Il est nécessaire d'évaluer l'impact de l'UCS sur sa qualité de vie (score DLQI ou CU-QoL) et la sévérité de l'UCS (scores UCT et UAS7).

### ➤ **Traitement**

La mizolastine doit être arrêtée en raison du risque d'allongement du QT avec l'escitalopram.

Arrêt de la ranitidine car inefficace chez le patient, et qu'il n'y a pas de preuve dans la littérature de l'efficacité des anti-H2 dans l'UCS.

Prescrire un anti-H1 qui n'allonge pas le QT (cétirizine, lévocétirizine...) en proposant 2 doses /jour pendant 1 semaine, puis 3 doses pendant 1 semaine puis 4 doses (2 le matin, 2 le soir) en cas d'inefficacité.

*\*La plupart des experts recommandent de passer directement à 4 doses d'anti-H1 puis de diminuer à 3 doses puis à 2 après obtention d'une rémission.*

Proposer un suivi à 1 ou 2 mois pour discuter du traitement ultérieur en cas d'échec et selon la sévérité de l'UCS et son retentissement sur la qualité de vie du patient.

## Urticaire chronique spontanée résistant à une double dose d'antihistaminique anti-H1 chez une enfant de moins de 12 ans

### ➤ Présentation

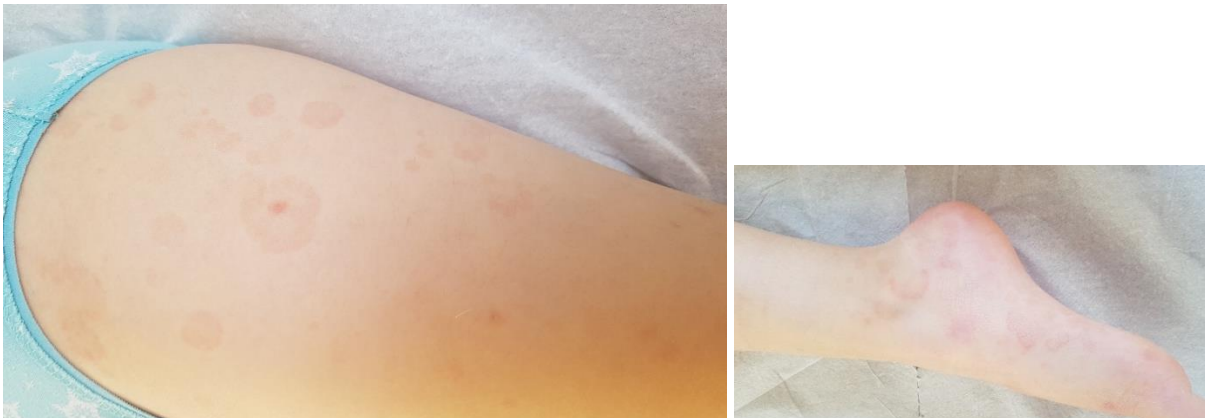
Louise, 9 ans, a une urticaire chronique spontanée depuis 9 semaines. Elle a eu plusieurs poussées d'urticaire superficielle et 2 épisodes d'angio-œdème, sans facteur déclenchant identifié. Son médecin traitant lui a prescrit des examens biologiques (NFS, CRP, créatininémie, enzymes hépatiques, TSH) qui sont normaux.

### ➤ Traitements antérieurs

Les traitements pris pour l'UCS sont : antihistaminique anti-H1 (desloratadine) à dose conventionnelle (dose de l'AMM) pendant 1 mois, partiellement efficace (moins de prurit) ; la dose a été doublée par le médecin traitant au bout d'1 mois, qui l'adresse à un dermatologue car l'UCS persiste.

### ➤ Autres éléments

Elle n'a pas d'antécédent médical personnel, en dehors des éruptions infantiles banales. Il y a pour antécédents familiaux une maladie de Hashimoto chez sa mère, une dermatite atopique chez sa sœur. Sa courbe de croissance staturo-pondérale est harmonieuse (poids : 35 kg).



**QUE PROPOSEZ-VOUS ?**

➤ **Information**

Expliquer que l'UCS est une affection cutanée bénigne, non contagieuse et non allergique. Elle peut cesser spontanément au bout de quelques semaines, quelques mois ou quelques années.

➤ **Évaluation**

Le traitement dépend du retentissement de l'UCS sur la qualité de vie de l'enfant (évaluable par le score C-DLQI ; à noter que les scores de sévérité de l'UCS ne sont pas validés chez l'enfant). Il faut bien interroger Louise et ses parents sur la gêne induite par l'UCS.

➤ **Traitement**

Les 2 anti-H1 les plus étudiés dans la population pédiatrique sont la desloratadine et la rupatadine (cette-dernière n'étant plus disponible en solution buvable depuis 2018). Cette posologie peut être doublée, triplée voire quadruplée si l'UCS n'est pas contrôlée, par paliers de 1 à 2 semaines, si la tolérance clinique est bonne (sommolence en particulier).

*\*Certains experts recommandent de passer directement à 4 doses d'anti-H1 puis de diminuer à 3 doses puis à 2, après obtention d'une rémission.*

En cas d'UCS résistant à une quadruple dose d'anti-H1 :

- si le retentissement sur la qualité de vie est faible, proposer le maintien des 4 doses d'anti-H1 ;
- si le retentissement sur la qualité de vie est majeur et au bout d'au moins 2 mois d'échec des anti-H1, les données de la littérature sont pauvres et ne permettent pas d'émettre de recommandations. La ciclosporine est la molécule la plus étudiée chez l'enfant de moins de 12 ans ayant une UCS.

*\*Les experts sont divisés quant à l'attitude à adopter. Certains proposent l'adjonction de montelukast 1 cp/jour, souvent proposé dans l'asthme de l'enfant, d'autant qu'il y a un terrain familial d'atopie ; le montelukast n'a toutefois pas de niveau de preuves suffisant pour justifier son utilisation dans l'UCS chez l'enfant de moins de 12 ans, et les effets secondaires neuro-psychiatriques du montelukast sont plus fréquents dans la population pédiatrique que dans la population adulte. Certains experts proposent l'adjonction d'omalizumab, qui a l'AMM dans l'UCS chez l'enfant à partir de 12 ans, mais qui n'a pas fait l'objet d'études prospectives chez l'enfant de moins de 12 ans ayant une UCS ; cette molécule a une AMM dans*

*l'asthme chez l'enfant à partir de 6 ans. Certains experts proposent l'adjonction de ciclosporine, qui n'a pas l'AMM dans l'UCS de l'enfant ni de l'adulte, mais a fait l'objet du plus grand nombre de cas rapportés chez l'enfant de moins de 12 ans et se donne par voie orale ; la ciclosporine doit être initiée à la dose de 3 à 4 mg/kg/jour, après vérification de la fonction rénale et exclusion d'une infection chronique évolutive. Elle nécessite un suivi clinique (pression artérielle hebdomadaire) et biologique (hebdomadaire initialement, puis mensuel).*

**En conclusion, compte-tenu de l'absence de consensus et du faible nombre de données, il est préférable de prendre un avis auprès d'un centre expert.**

## Urticaire chronique spontanée traitée et grossesse

### ➤ Présentation

Madame A., âgée de 27 ans, consulte pour une urticaire chronique spontanée (UCS) évoluant depuis plus de 3 ans. L'examen clinique est normal, en dehors de quelques plaques urticariennes superficielles. Elle n'a jamais eu d'angio-œdème. Elle a eu une prise de sang initiale (NFS, CRP) normale.

### ➤ Traitements antérieurs

Elle a pris initialement différents antihistaminiques anti-H1 à dose conventionnelle (dose de l'AMM). Depuis 2 ans, elle prend de la bilastine, dont les doses ont été augmentées progressivement à 3 doses par jour. Elle explique que les poussées d'urticaire se sont espacées, restent présentes, mais la gênent peu actuellement.

### ➤ Autres éléments

Elle ne prend pas d'autres médicaments. Elle vient de stopper sa contraception car elle a un projet de grossesse.



**QUE PROPOSEZ-VOUS ?**

➤ **Information**

Il n'y a pas d'éléments prédictifs démontrés sur l'UCS pendant la grossesse.

*\*La plupart des experts interrogés signalent que, dans leur expérience, il y a une tendance à l'amélioration de l'UCS pendant la grossesse, et parfois une aggravation après l'accouchement.*

➤ **Évaluation**

Il est préférable d'évaluer l'activité de l'UCS par les scores UCT et UAS7, ainsi que le retentissement de l'UCS sur la qualité de vie (score DLQI ou CU-QoL), dont dépendra la suite de la prise en charge.

➤ **Traitement**

Choisir les anti-H1 pour lesquels nous disposons de données abondantes et rassurantes chez la femme enceinte : proposer donc de substituer la bilastine par la **cetirizine ou la levocetirizine** ([www.lecrat.fr](http://www.lecrat.fr)). Ces anti-H1 pourront être poursuivis pendant la grossesse, **à la dose minimale efficace.**

*\*Certains experts proposent de diminuer la posologie à 2 voire 1 cp par jour à l'approche du terme (pour éviter tout risque de somnolence chez le nouveau-né), d'autres laissent l'anti-H1 à la même dose durant toute la grossesse.*

En cas de souhait, **l'allaitement est possible.** Les anti-H1 passant dans le lait, rechercher la dose minimale efficace pour éviter tout risque de somnolence chez le nourrisson.