



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ÉDITORIAL

Corticothérapie générale et urticaire : un serpent de mer

Systemic corticosteroids and urticaria: An old chestnut

L'intérêt du traitement de l'urticaire par des corticoïdes, qu'elle soit aiguë ou chronique, est discuté depuis longtemps, mais la question n'est toujours pas résolue.

En 1995, à la question du mois des *Annales de dermatologie*, « Y a-t-il une indication à la corticothérapie générale dans l'urticaire ? », les réponses des dermatologues français, à la différence des européens et des américains, sont plutôt négatives, en sachant, comme le note J. Revuz, que la plupart d'entre nous en prescrit « dans la honte et la dissimulation » [1].

En 1999, à propos de l'étude de Pollack et Romano [2], rapportant les résultats très favorables de l'association prednisolone/anti-H1 par rapport aux anti-H1 seuls dans l'urticaire aiguë, la même question est reposée. En fait, malgré l'efficacité démontrée des corticoïdes, cette étude ne convainc pas, en l'absence de suivi des patients au-delà de cinq jours [3].

Quand on lit ce qui est écrit sur les corticoïdes par voie systémique dans des revues générales, conférences de consensus et *guidelines*, il est noté dans la plupart des cas : « la corticothérapie générale n'a pas de place dans le traitement de l'urticaire chronique idiopathique » sans plus de précision.

À propos de l'étude ouverte de l'équipe de J.-F. Nicolas publiée dans ce numéro qui tend à démontrer que les corticoïdes sont inefficaces, parfois même délétères, dans l'urticaire chronique idiopathique, trois questions peuvent être posées.

Y a-t-il une justification sur le plan physiopathologique à prescrire des corticoïdes dans cette indication ?

Dans les quelques études expérimentales qui ont été réalisées, les corticoïdes n'ont pas d'efficacité sur la prévention ou la diminution de la libération d'histamine par les mastocytes cutanés [4]. Ils peuvent cependant agir sur d'autres médiateurs, leucotriènes, cytokines... La présence d'autoanticorps antirécepteur pour l'IgE (FcεRI) dans le sérum de 20 à 30% des urticaires chroniques, pourrait être un argument pour traiter ces patients avec des corticoïdes [5].

La corticothérapie générale est-elle efficace dans l'urticaire ?

La réponse est positive pour l'urticaire aiguë dans deux articles datant d'une dizaine d'années.

Dans l'étude de Pollack et Romano, 43 patients reçoivent une injection intramusculaire de diphenhydramine, puis dans un groupe de l'hydroxyzine (25 mg; trois à quatre fois par jour) associée, soit à un placebo, soit à 20 mg de prednisone deux fois par jour, cela pendant quatre jours. L'éruption et le prurit sont significativement améliorés à deux et cinq jours dans le groupe recevant de la prednisolone [2].

Dans le travail de Zuberbier, 109 patients reçoivent, soit de la loratadine (10 mg/j), soit de la prednisolone (50 mg/j) pendant trois jours, puis de la loratadine 10 mg/j jusqu'à disparition des symptômes. À trois jours, il n'y a plus aucune manifestation clinique chez 93,8% des sujets traités par prednisolone et 65,9% de ceux ayant pris de la loratadine, cette différence étant statistiquement significative. À 21 jours, les lésions ont disparu chez tous les malades [5].

Il apparaît donc que dans l'urticaire aiguë, la prescription d'une corticothérapie générale de façon brève entraîne une disparition plus rapide de l'éruption cutanée et du prurit, celle-ci étant également obtenue avec des antihistaminiques mais de façon plus lente. C'est en fait ce qui est très souvent fait lorsque les patients consultent leur médecin généraliste ou aux urgences, même en l'absence de signes de gravité, ceux-ci justifiant d'ailleurs plus la prescription d'Adrénaline® que de corticoïdes.

Dans l'urticaire chronique idiopathique, il n'y a aucune étude dans la littérature comparant l'efficacité de la corticothérapie générale à celle d'autres traitements, antihistaminiques ou autres thérapeutiques, que ce soit ponctuellement pour traiter une poussée importante ou au long cours, qu'il y ait ou non des autoanticorps anti-FcεRI. De même, dans certaines formes particulières telles que l'urticaire retardée à la pression ou les vasculites urticariennes, il n'y a pas de règle précise de prescription. La corticothérapie générale est proposée lorsque les manifestations extradermatologiques le nécessitent et/ou en cas d'échec des autres traitements.

La corticothérapie générale a-t-elle des effets secondaires dans l'urticaire ?

Dans l'urticaire aiguë, y a-t-il un effet rebond ou passage à la chronicité après un traitement par corticoïdes? Aucune donnée ne permet à l'heure actuelle de répondre. Il faut signaler que dans l'étude de Zuberbier et al., les patients ont été suivis pendant huit semaines, sans que ces deux phénomènes aient été observés [6].

Dans l'urticaire chronique, si la corticothérapie générale est utilisée au long cours, il existe parfois une corticodépendance et surtout un risque potentiel

d'effets secondaires, ceux-ci étant d'ailleurs la principale crainte des détracteurs de ce traitement.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que, bien que ce soit exceptionnel, les corticoïdes par voie systémique peuvent induire ou aggraver une urticaire dans le cadre d'une réaction d'hypersensibilité immédiate, celle-ci pouvant être due au produit actif ou aux additifs, sulfites en particulier [7].

Alors que faut-il faire? Avoir du bon sens... et comme toujours, mettre en balance les avantages et les inconvénients des traitements dans une situation donnée, en sachant qu'une corticothérapie de quelques jours, que ce soit pour traiter une urticaire aiguë sévère ou une poussée particulièrement importante au cours d'une urticaire chronique peut être efficace et n'a probablement pas d'effets délétères.

Des études contrôlées, bien conduites, pourraient sans doute répondre à ces différentes questions, mais il n'est pas certain que leurs résultats modifieraient les pratiques quotidiennes...

Références

- [1] Lacour JP, Castanet J. Y a-t-il une indication de la corticothérapie générale dans l'urticaire? *Ann Dermatol Venereol* 1995;122:735-8.
- [2] Pollack CV, Romano TJ. Outpatient management of acute urticaria: the role of prednisone. *Ann Emerg Med* 1995;26:547-51.
- [3] Revuz J. Urticaire aiguë traitée par prednisone. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:96-9.
- [4] Nancey S, Freymond N, Catelain A, Cousin F, Rozieres A, Nicolas JF. Effects of local corticosteroids on acute experimental urticaria. *Eur J Dermatol* 2004;14:323-6.
- [5] Grattan CEH, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:645-57.
- [6] Zuberbier T, Ifflander J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria: clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Dermatol Venereol* 1996;76:295-7.
- [7] Ventura MT, Muratore L, Calogiuri GF, Dagnello M, Buquicchio R, Nicoletti A, et al. Allergic and pseudo allergic reactions induced by glucocorticoids: a review. *Curr Pharm Des* 2003;9: 1956-64.

M.-S. Doutre

*Service de dermatologie, hôpital Haut-Lévêque,
CHU de Bordeaux, avenue de Magellan, 33604
Pessac cedex, France*

Adresse e-mail :

marie-sylvie.doutre@chu-bordeaux.fr

Disponible sur Internet le 18 janvier 2008