

## Urticaire chronique à propos de 233 cas

Ines Zaraa, Nadia Sliti, Zouheir Ben Kheder, Dalenda El Euch, Souad Trojjet, Mourad Mokni, Amel Ben Osman

Service de Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

I. Zaraa, N. Sliti, Z. Ben Kheder, D. El Euch, S. Trojjet, M. Mokni, A. Ben Osman

I. Zaraa, N. Sliti, Z. Ben Kheder, D. El Euch, S. Trojjet, M. Mokni, A. Ben Osman

Urticaire chronique à propos de 233 cas

Chronic urticaria: a report of 233 cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°11) : 794 - 798

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°11) : 794 - 798

### R É S U M É

**Prérequis:** l'urticaire chronique est une pathologie fréquente. Le plus souvent bénigne, elle peut être invalidante. L'étape principale étant celle du diagnostic étiologique qui va orienter la prise en charge.

**But:** Présenter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urticaires chroniques à travers une étude hospitalière.

**Méthodes :** Etude rétrospective colligeant 233 cas d'urticaire chronique diagnostiqués au service de dermatologie à l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 10 ans (1997 à 2006).

**Résultats:** L'âge moyen de nos patients était de 36 ans avec un sex ratio F/H de 2,28. Le délai de consultation moyen était de 21 mois. Des facteurs déclenchants étaient rapportés dans 109 cas, dominés par les facteurs physiques (73 cas). Des signes de gravité étaient notés dans 44 cas à type d'œdème du visage. L'UC était considérée comme idiopathique dans 179 cas (77 %). Une étiologie a été retrouvée chez 54 patients dominés par l'origine physique dans 25 cas. La durée moyenne du suivi était de 9 mois. Tous les patients étaient traités par des antihistaminiques. Une corticothérapie systémique associée a été prescrite chez 41 patients. L'amélioration partielle était le mode évolutif le plus fréquent (166 cas).

**Conclusion:** l'urticaire chronique est une affection fréquente, son diagnostic est habituellement facile et repose sur la clinique. Les étiologies des urticaires chroniques sont multiples et parfois intriquées, ce qui rend la démarche étiologique difficile et souvent décevante.

### S U M M A R Y

**Background:** Chronic urticaria (CU) is a common condition. Usually benign, it can be debilitating. The main step was to identify the potential causes of CU to institute the strategy for management of patients.

**Aim:** To present the epidemiological, clinical and therapeutic features of CU.

**Methods:** 233 cases of CU were enrolled through a retrospective study conducted in the dermatology department of La Rabta hospital during 10 years (1997-2006).

**Results:** The mean age of our patients was about 36 years with a sex ratio of 2.28. The mean duration of the CU before the consultation was 21 months. Inducing Factors were reported in 109 cases, dominated by physical factors (73 cases). Severe symptoms as facial edema were observed in 44 cases. The CU was considered as idiopathic in 179 cases (77 %). An etiology was found in 54 cases, dominated by physical origin, noted in 25 cases. All patients were treated by antihistaminic. Systemic corticosteroids were associated in 41 patients. Partial improvement was the mainly outcome (166 cases).

**Conclusion:** CU is a frequent disease which the diagnosis is based on clinical exam. The causes of CU were numerous and sometimes intricate, that gives the etiologic courses difficult and usually disappointing.

### Mots - clés

Urticaires chroniques, antihistaminiques

### Key - words

Urticaria chronic, antihistaminic

### البشري المزمن دراسة حول 233 حالة

الباحثون : إيناس زارا -نادية سليتي -زهير بن خدر -دلندا العش -سعاد تروجات -مراد مقني -أمال بن عثمان

الهدف من هذه الدراسة هو استعراض الخصائص الوبائية و السريرية و العلاجية لداء الشرى المزمن و ذلك من خلال دراسة اشتملت على 233 حالة بقسم الأمراض الجلدية بمستشفى الرابطة بتونس على مدى 10 سنوات. من الحالات 179 ( حالة ) و تعرفنا على مسبباته في 54 حالة % هذا المرض غامضا في 77 اعتبر عولج كل المرضى بواسطة المضادات الهيستامينية و وقعت متابعتهم على مدى 9 اشهر. لاحظنا تحسنا نسبيا لدى 166 مريضا

الكلمات الأساسية : البشري المزمن -المضادات الهيستامينية

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente. Elle motive 1 à 2 % des consultations de dermatologie, en effet 15 à 20 % de la population a fait au moins une poussée d'urticaire au cours de sa vie. L'urticaire chronique (UC) habituellement bénigne peut être une pathologie invalidante. Sa prise en charge pose de nombreux problèmes étiologiques et thérapeutiques.

Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et évolutives des UC à travers une série hospitalière.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique descriptive menée au service de Dermatologie de l'hôpital La Rabta de Tunis sur une période de 10 ans, allant de janvier 1997 à décembre 2006.

L'urticaire chronique étant définie par une éruption faite de lésions érythémato-papuleuses, œdémateuses et prurigineuses évoluant par poussées depuis plus de six semaines. Dans tous les cas le diagnostic d'urticaire était clinique.

Pour chaque patient, les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies.

## RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, 233 cas d'UC ont été colligés. L'UC représentait 29 % de l'ensemble des urticaires diagnostiquées et avait une incidence hospitalière estimée à 0,32%.

Les principales caractéristiques de nos patients sont rapportées dans le tableau 1.

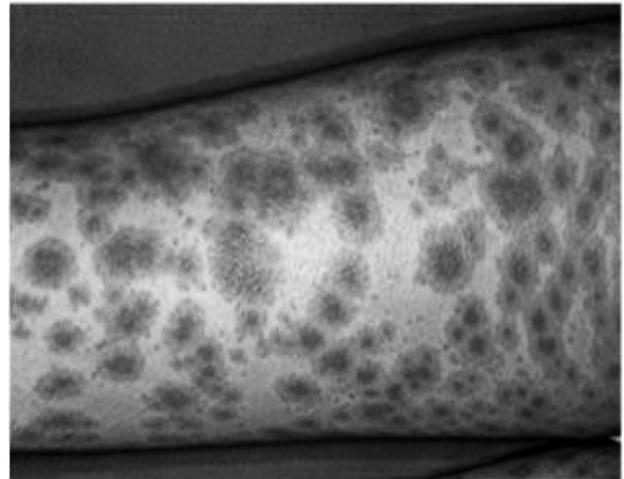
**Tableau 1 :** Les caractéristiques épidémiocliniques et thérapeutiques des sujets atteints d'urticaire chronique

Caractéristiques	Résultats
Age moyen (ans) [extrêmes]	36 [1-79]
Sex ratio (F/H)	2,28 (162/71)
Facteurs déclenchants [cas] (%)	
Physique	73 (31 %)
Médicamenteux	35 (15 %)
Emotionnels	14 (6 %)
Alimentaires	8 (3 %)
Autres	2 (0,9 %)
Etiologies [cas] (%)	
Idiopathique	179 (77 %)
Physique	25 (11 %)
Infectieuse	24 (10 %)
Maladie systémique	5 (2 %)
Traitement [cas] (%)	
Antihistaminiques	233 (100 %)
Corticostéroïdes systémiques	41(18 %)

L'âge moyen des patients était de 36 ans avec des extrêmes allant de 1 à 79 ans. L'urticaire était juvénile (âge était inférieur ou égal à 16 ans) dans 21 cas (9 %). Une prédominance féminine était observée avec un sex ratio F /H était de 2,28. Chez les enfants une légère prédominance masculine a été notée (sex ratio H/F de 1,1).

Le délai moyen de consultation était de 21 mois (6 semaines-17 ans). L'existence de facteurs déclenchants a été précisée dans 109 cas, dominés par les facteurs physiques dans 67%. Une association d'au moins 2 facteurs déclenchants a été retrouvée dans 19 cas (8,15%). L'interrogatoire a révélé que 118 patients ont déjà eu un traitement avant leur 1ère consultation: des antihistaminiques dans 113 cas, des corticostéroïdes systémiques dans 52 cas, une association des deux dans 37 cas. Concernant la présentation clinique de l'urticaire, un tableau clinique typique fait de papules et de plaques érythémato-œdémateuses prurigineuses migratrices et fugaces, a été retrouvé chez 200 patients (86 %). Des formes cliniques particulières ont été notées dans 33 cas (13 %): une éruption micropapuleuse dans 20 cas, une urticaire fixe dans 11 cas associée à des éléments purpuriques dans 3 cas (Fig.1). Un œdème du visage était noté dans 46 cas. Un tableau grave à type d'œdème de Quincke a été observé chez 2 patients (Fig.2). L'examen physique a révélé un dermographisme dans 37 cas (15,87%) (Fig.3).

**Figure 1 :** Eruption urticarienne purpurique



Le bilan étiologique comportait en fonction des signes d'appel cliniques: des explorations biologiques (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, bilan enzymatique hépatique, une sérologie des hépatites virales et un bilan hormonal thyroïdien), des explorations immunologiques (anticorps antinucléaires, anticorps antithyroïdiens, sérologie de l'helicobacter-pylori (HP)), des explorations allergologiques (tests épicutanés, dosage des Ig E totales), un examen parasitologique des selles, une biopsie cutanée, une immunofluorescence directe et des tests physiques.

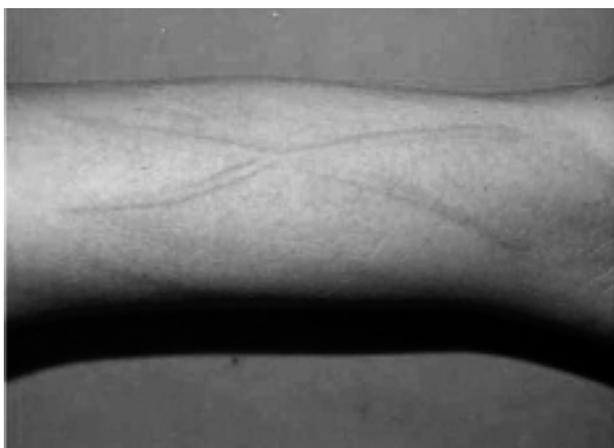
L'enquête étiologique a permis de conclure à une urticaire

idiopathique dans 179 cas (77 %). Un facteur étiologique a été individualisé dans 54 cas: l'urticaire était considérée de type physique dans 25 cas (urticaire cholinergique (18 cas), urticaire au froid (3 cas), urticaire solaire (2 cas), urticaire aquagénique (1 cas) et urticaire retardée à la pression (1 cas).

**Figure 2 :** œdème du visage dans le cadre d'un d'œdème de Quincke.



**Figure 3 :** Dermographisme positif dans le cadre d'une urticaire physique



Une origine infectieuse était incriminée dans 24 cas sans qu'un lien causal ne soit clairement établi: parasitoses (15 cas), infection à HP (5 cas) et hépatites virales (4 cas).

Une urticaire systémique a été diagnostiquée dans 5 cas: lupus systémique (3 cas), thyroïdite auto-immune (1 cas) et cancer broncho-pulmonaire (1 cas).

Aucun médicament n'a été imputé. Cependant l'implication d'une prise médicamenteuse comme facteur aggravant sur le cours évolutif de l'urticaire chronique a été suspecté dans 5 cas, il s'agissait d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Dans notre étude tous les patients ont été traités par des antihistaminiques en 1<sup>ère</sup> intention. Il s'agissait essentiellement d'antihistaminique de 2<sup>ème</sup> génération (69 % des cas). Une corticothérapie systémique a été associée dans 41 cas (18 %) chez les patients qui présentaient des signes de gravité. Une amélioration partielle au bout d'un délai moyen de 3 mois était rapportée dans 166 cas (71 %). Une rémission complète était observée chez 30 patients. Par contre 37 patients (15 %) n'ont rapporté aucune amélioration.

## DISCUSSION

L'urticaire chronique est une affection fréquente, habituellement bénigne, elle peut être grave lorsqu'elle s'associe à un angio-œdème. Le retentissement psychologique et en particulier socio-professionnel de l'UC est souvent très important, pouvant altérer la qualité de vie.

Dans notre étude, L'UC avait une incidence hospitalière de 0,32 % et représentait 29 % de l'ensemble des urticaires diagnostiquées. Cette fréquence relativement faible par rapport à celles rapportées dans la littérature (1,4 à 2,4%) [1,2], peut être expliquée par la nature rétrospective et monocentrique de notre étude.

Conformément aux données de la littérature [3,4], l'UC a intéressé dans notre série surtout l'adulte jeune (âge moyen: 36 ans), en effet 63 % de nos patients avaient un âge inférieur à 40 ans. Nous rapportons également une plus grande fréquence des urticaires juvéniles (9 %) par rapport aux études occidentales (5,5%) [2,4]. Une prédominance féminine nette était observée contrastant avec la majorité des études qui ne rapportent pas de prédominance de sexe évidente [5, 3, 6] ; ceci pourrait être expliqué par une doléance esthétique plus importante chez la femme.

Les facteurs déclenchants des poussées urticariennes chez nos patients étaient essentiellement physiques, l'identification de ces facteurs à l'interrogatoire permet déjà d'orienter le diagnostic étiologique. Dans le cadre des urticaires cholinergiques, des urticaires de contact à la chaleur, des urticaires au froid, des urticaires solaires, des urticaires aquagéniques, les éléments apportés par l'anamnèse sont primordiaux avant de passer aux divers tests spécifiques pour confirmer le diagnostic.

Dans notre étude la démarche diagnostique n'était pas toujours standardisée. Le bilan étiologique était orienté en fonction des signes d'appel. La multiplicité des causes étiologiques de l'UC incite le praticien parfois à la réalisation de bilans exhaustifs et

coûteux mais les études récentes soulignent le faible rendement d'un bilan approfondi systématique. Actuellement suite aux recommandations de la conférence de consensus de 2003 [7] sur la prise en charge des urticaires chroniques, la prescription d'un bilan minimal orienté en fonction des données de l'anamnèse et de la clinique est préconisée. Devant un patient ayant une UC, il faut effectuer un interrogatoire et un examen clinique minutieux à la recherche d'éléments évocateurs de maladie associée ou d'une forme particulière d'UC. Devant une urticaire isolée aucun bilan ne sera réalisé et un traitement antihistaminique sera prescrit. Devant une résistance au traitement après 8 semaines d'observance, on proposera alors un bilan comportant une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, une C réactive protéine, la recherche des anticorps anti-TPO et un dosage de la TSH. L'interrogatoire et l'examen clinique seront repris et le bilan sera réorienté [7, 8, 9, 10].

Les étiologies de l'UC sont multiples et parfois intriquées. Les urticaires physiques représentent 10 à 20% des UC [11,6,12], elles sont évoquées dès l'anamnèse devant l'identification de facteurs déclenchants spécifiques, devant des circonstances de survenue stéréotypées, leur caractère récidivant et une topographie évocatrice. Le diagnostic sera confirmé par des tests spécifiques visant à reproduire le stimulus physique en cause [13]. Dans notre série une étiologie a été individualisée chez 54 patients. L'urticaire physique était l'étiologie la plus fréquente (11 % des cas) dominées par les urticaires cholinergiques.

L'urticaire était considérée comme idiopathique dans 179 cas (77 %). Chez nos malades, l'urticaire idiopathique était retenue comme diagnostic d'élimination lorsqu'on a écarté toutes les causes connues accessibles à un bilan raisonnable. C'est un cadre d'attente puisqu'il reflète l'insuffisance de nos connaissances des facteurs qui peuvent déclencher l'urticaire. Récemment la mise en évidence d'auto Ac Ig G pathogènes dirigés contre le récepteur de haute affinité des Ig E ou contre les Ig E fixées à la surface des mastocytes chez certains patients amènera sans doute à reconsidérer le cadre de ces urticaires dits idiopathiques [15,7,16,17].

Les maladies infectieuses sont souvent citées parmi les causes classiques d'UC toutefois il n'existe pas de données bien établies [5, 6, 18]. Récemment les conclusions de la conférence de consensus sur la prise en charge des UC n'ont pas démontré de relation de cause à effet entre UC et infections [18, 19]. Concernant les agents viraux, aucune cause virale n'est bien documentée, l'hépatite C par exemple est liée à l'UC essentiellement par le biais de la production d'une cryoglobulonémie mixte. Une origine infectieuse était suspectée chez 25 de nos patients (11 %) dominée par les parasitoses cependant seules des séries anecdotiques documentent un lien entre les parasites et l'UC. L'infection à HP retrouvée chez 5 patients de notre série a fait l'objet de nombreuses études aux résultats contrastés, la prévalence n'est pas supérieure à celle des témoins dans la majorité des études contrôlées. La recherche de HP est recommandée dans les textes de la conférence de consensus seulement en cas de signes d'appel d'ulcère gastrique ou duodénal [18,7].

Les urticaires systémiques, diagnostiquées dans 5 cas dans notre série, sont une étiologie rare de l'UC représentant moins de 1% des UC [5, 6, 19]. La clinique est souvent évocatrice réalisant des lésions fixes peu prurigineuses. La biopsie cutanée permet de confirmer le diagnostic en montrant une image de vascularite leucocytoclasique. Dans notre série l'UC a permis de révéler 3 cas de lupus érythémateux systémique.

La prise en charge des UC est souvent délicate. Les antihistaminiques de 2ème génération constituent le traitement de choix en 1ère intention. Lorsque la cause est identifiée il faut bien sûr en tenir compte. Les antihistaminiques de 2ème génération permettent de contrôler l'UC dans la majorité des cas, en effet 85% de nos patients ont présenté une amélioration plus ou moins complète suite à un traitement régulier par des antihistaminiques. Il n'existe pas d'éléments dans la littérature permettant de privilégier une molécule donnée [7, 20, 21, 22]. Dans notre série on note également la prescription relativement fréquente d'une corticothérapie systémique (17,6% des cas). L'intérêt du traitement de l'urticaire par des corticoïdes qu'elle soit aigue ou chronique a été une question longtemps débattue. Dans les 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, mais agissent en inhibant les leucotriènes [23]. Le rôle des corticoïdes dans la pérennisation d'une urticaire a été suggéré. Actuellement aucune donnée dans la littérature ne permet de le confirmer. Dans l'étude de Zuberbier et al [24] les patients n'ont pas présenté un rebond de la symptomatologie ou un passage à la chronicité à l'arrêt des corticoïdes après 8 semaines de suivi. Toutefois une étude récente note que chez des patients traités à la fois par des antihistaminiques et des corticoïdes on observe une fréquence élevée du rebond temporaire de l'UC, alors qu'après arrêt des corticoïdes on note une constante rémission complète des signes extra cutanés ou de vascularite suggérant ainsi qu'une résistance aux antihistaminiques peut être favorisée par les corticoïdes généraux lors de leur prescription en association [25].

---

## CONCLUSION

---

L'urticaire est une affection fréquente dont les étiologies sont multiples et parfois intriquées, ce qui rend la démarche étiologique difficile et décevante. Les résultats de notre étude confortent les recommandations actuelles en matière d'exploration d'UC. Un bilan à minima guidé par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique permet de limiter une recherche étiologique non codifiée et exhaustive. Le traitement antihistaminique demeure le traitement de choix entraînant souvent une amélioration notable évitant une corticothérapie abusive et dangereuse. La notion que les corticoïdes favoriseraient le passage à la chronicité d'une urticaire chronique est encore débattue ; toutefois leur prescription en association à des antihistaminiques diminuerait l'efficacité de ces derniers.

## Références

1. Kupfer-Bessagnet I. Apport de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans le bilan d'une urticaire chronique. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130:1S86-94
2. Collet E. Urticaires chroniques Quels problèmes en pratique ? *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130:1S4-9.
3. Guldbakke KK, Khachemoune A. Etiology, classification, and treatment of urticaria. *Cutis* 2007; 79:41-9.
4. Guinépain M-T. Traitements de l'urticaire chronique résistant aux antihistaminiques H1. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S78-85.
5. Grattan C, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 645-57.
6. Morand JJ et Lightburn E. Urticaires. *Encycl Méd Chir, Dermatologie*, 98-480-A-10, 2000.
7. Conférence de consensus. Texte long. Prise en charge de l'urticaire chronique. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S182-92.
8. Barcat D. Quel bilan faut-il réaliser devant une urticaire chronique? *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130:1S95-104.
9. Amsler E. Bilan allergologique et urticaire chronique. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S105-20.
10. Doutre MS. Conduite à tenir devant une urticaire chronique. *Rev fr d'allerg et d'immuno clin* 2004; 44: 112-19.
11. Brodell LA, Beck LA, Saini SS. Pathophysiology of chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008; 100: 291-322.
12. Hamel-Teillac D. Les urticaires chroniques de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S69-72.
13. Barbaud A. Urticaires physiques. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S16-27.
14. Buffet M. Facteurs psychologiques et urticaire chronique .Quand faut-il envisager leur prise en charge ? Selon quelles modalités ? *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S145-59.
15. Aractingi S. Formes cliniques de l'urticaire chez l'adulte. *Rev fr d'allerg et d'immuno clin* 2004; 44: 103-107.
16. Ehlers I, Niggemann B, Binder C, Zuberbier T. Role of non allergic hypersensitivity reactions in children with chronic urticaria. *Allergy* 1998; 53: 1074-7.
17. Greaves MW, Tan KT. Chronic urticaria: recent advances. *Clin Rev Allergy Immunol* 2007; 33: 134-43.
18. Cribier B, Noacco G. Urticaire chronique et infections. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S43-52.
19. Hachulla E. Les urticaires systémiques. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 1S53-68.
20. Vigan M. Place des antihistaminiques dans la prise en charge des urticaires. *Rev fr d'allerg et d'immuno clin* 2004; 44: 120-24.
21. Monroe E. Review of H1 antihistamines in the treatment of chronic idiopathic urticaria. *Cutis* 2005; 76: 118-26.
22. Juregui I, Ferrer M, Montoro J, et al. Antihistamines in the treatment of chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17: 41-52.
23. Doutre M S. Corticothérapie générale et urticaire :un serpent de mer. *Ann Dermatol Vénérool* 2008; 135: 7-8.
24. Zuberbier T, Ifflander J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria : clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Dermatol Venereol* 1996; 76: 295-7.
25. Augey F, Guillot-Pouget I, Gunera Saad N, Berard F, Nicolas J F. Effet de l'arrêt des corticoïdes au cours de l'urticaire chronique (étude prospective de 17 malades). *Ann Dermatol Vénérool* 2008; 135: 21-25.