

URTICAIRE AIGUE ET CHRONIQUE

Particularités chez l'enfant

Audrey Nosbaum, Frédéric Augey, Frédéric Bérard, Jean-François Nicolas

Université Lyon 1 ; Service d'Allergologie et Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre Bénite cedex, France; INSERM Unité 851, 21 Avenue Tony Garnier, 69007 Lyon, France
E-mail : jean-francois.nicolas@chu-lyon.fr

L'urticaire est une maladie fréquente qui touche les enfants et les adultes. C'est une maladie des mastocytes, d'origine allergique IgE dans certains cas, mais plus souvent non allergique en raison d'une « fragilité » des mastocytes qui sont activés par divers stimuli (infection, inflammation, aliments, médicaments, traumatismes physiques) dits « histaminolibérateurs ». Les données chez l'enfant sont éparpillées et souvent extrapolées à partir des informations obtenues chez l'adulte.

L'urticaire pédiatrique présente néanmoins des caractéristiques spécifiques. L'urticaire, quel que soit son type, semble tout d'abord plus rare chez l'enfant, avec une prévalence de 3-5% versus 25% chez l'adulte (1). L'urticaire pédiatrique apparaît entre 6 et 11 ans, avec un impact non négligeable sur l'éducation et l'apprentissage : 7,4% des enfants urticariens manquent $7,5 \pm 18$ jours d'école par an en moyenne et ont de moins bonnes performances scolaires que les autres enfants (2).

Contrairement aux adultes, l'urticaire chez l'enfant affecte autant les garçons et les filles (3). Sa présentation pédiatrique est souvent spectaculaire, notamment chez le jeune enfant où les lésions sont volontiers ecchymotiques. Les œdèmes, combinés ou non à des plaques d'urticaire superficielle, ne sont pas plus fréquents que chez l'adulte.

URTICAIRE AIGUE

L'urticaire aiguë spontanée est la présentation clinique la plus fréquente chez les enfants, souvent déclenchée par une infection virale d'origine respiratoire. Cette relation de causalité a récemment été démontrée en corrélant l'incidence fluctuante de l'urticaire aiguë aux variations saisonnières des infections virales respiratoires (4). D'autres pathogènes bactériens peuvent également être incriminés comme *Streptococcus A* β -hémolytique, *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*.

Les médicaments sont ensuite la seconde cause d'urticaire aiguë chez l'enfant (12,4% des cas), avec les antibiotiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (5). Les enfants font moins de réactions d'hypersensibilité immédiate (HSI) au médicament que les adultes (exposition moindre), mais au sein de ces réactions, les enfants présentent autant d'HSI allergiques (IgE-médiées) que les adultes (6).

Enfin, l'origine alimentaire, avec alors une fréquence d'allergie IgE d'autant plus élevée que s'associent d'autres signes d'anaphylaxie. Un terrain atopique est retrouvé dans 2/3 des cas. L'urticaire de contact aux protéines alimentaires est une autre manifestation classique de l'urticaire allergique. par les IgE, qui peut évoluer vers une anaphylaxie sévère. Les tests de contact alimentaire, avec lecture à 10, 20 et 30 minutes, permet de l'explorer. Les allergènes alimentaires les plus fréquents sont les protéines du lait de vache, l'arachide, l'œuf, le blé, les crustacés, le soja et accessoirement des additifs (plus particulièrement les sulfites).

La grande majorité des urticaires aiguës dure quelques jours puis régresse sans séquelle : 5,4% des enfants sont encore affectés après 15 jours d'évolution (5). Seuls 0,1-0,3% évoluent vers une urticaire chronique (> 6 semaines d'évolution) (7).

URTICAIRE CHRONIQUE

Les urticaires chroniques (UC) sont rares chez l'enfant, souvent "communes" mais pouvant de manière encore plus exceptionnelle révéler une maladie génétique (syndromes auto-inflammatoires), nécessitant une attention particulière en cas de signes systémiques et d'antécédents familiaux évocateurs.

Les UC sont, comme chez l'adulte, séparées en UC spontanée et induites (8)(Tableau 1). La présence d'une auto-immunité sous-jacente est aussi fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Au sein des UC induites chez l'enfant, les urticaires physiques représentent 38% des cas et les urticaires « cholinergiques » 19% des cas (7). De façon intéressante, même si l'urticaire au froid reste rare, Alangari et al. rapportent qu'un tiers des enfants porteurs de ce type d'UC ont déjà présenté une réaction anaphylactoïde, nécessitant la prescription d'adrénaline injectable et une éducation à sa manipulation en cas de besoin (9). Le pronostic des urticaires chroniques pédiatriques est jugé bon avec 50% des enfants en rémission après 5 ans d'évolution. Le pronostic est d'autant meilleur en l'absence d'UC physique, lorsqu'il s'agit d'un garçon et si l'enfant a moins de 10 ans (3,10). Noter qu'on ne parle plus d'urticaire chronique idiopathique, ce qui était un pléonasme (8) !

Tableau 1 : Classification et nomenclature de l'urticaire chronique d'après (8).

Urticaire chronique (UC)	
Urticaire chronique spontanée (UCS)	Urticaire chronique induite (UCIND)
UCS de cause connue Auto-immunité, infection, aliments, stress, fatigue,...	Urticaire physiques Dermographisme Urticaire au froid Urticaire retardée à la pression Urticaire solaire Urticaire au chaud Angioedème vibratoire
UCS de cause inconnue	Urticaire cholinergiques Urticaire de contact Urticaire aquagéniques

TRAITEMENT

Comme chez l'adulte, le traitement reste symptomatique avec les antihistaminiques H1 de 2^{ème} génération en première intention, comme la cetirizine, levocetirizine, desloratadine, fexofenadine et loratadine (3). Les antihistaminiques H1 de première génération ne devraient désormais plus être utilisés dans le traitement de l'urticaire chez l'enfant, du fait de l'importance de leurs effets anti-cholinergiques. Avant l'âge de 1 an, le choix en antihistaminiques H1 est cependant très limité (par ex., seul l'Aerius n'est autorisé qu'à partir de l'âge d'1 an).

Si les antihistaminiques de 2^{ème} génération à dose AMM ne suffisent pas à contrôler les symptômes, les recommandations pédiatriques actuelles suivent celles de l'adulte, avec l'augmentation des doses des anti H1, associés ou non aux antileucotriènes.

Enfin, pour les urticaires résistantes au traitement anti-H1 à doses fortes, deux points importants : i) s'assurer que le patient ne prend pas, même de façon épisodique, de corticoïdes per os, potentiellement responsable d'une cortico-dépendance à l'origine d'une urticaire de plus en plus importante, sévère et résistante aux traitements anti-H1 (13) ; ii) traiter : la ciclosporine (3mg/kg/j) et l'omalizumab sont deux alternatives thérapeutiques intéressantes pour lesquelles des données chez l'enfant sont désormais accessibles (11,12).

POINTS IMPORTANTS

- Définitions: l'urticaire chronique (UC) idiopathique n'existe plus. On parle d'urticaire chronique, un point c'est tout.
- L'UC est une maladie par fragilité des mastocytes cutanés (14). Ce n'est pas une maladie allergique IgE (15)
- Deux principaux terrains au développement de l'UC : atopie et auto-immunité
- Pas de corticoïdes systémiques dans le traitement de l'urticaire (aigue et chronique) même si œdème du visage associé. Le risque d'induire une corticodépendance est élevé (15).
- Tous les patients porteurs d'UC feront des œdèmes du visage parfois impressionnants, qui ne sont pas des œdèmes dits « de Quincke - ODQ ». Leur traitement repose sur les anti-H1. L'ODQ est une anaphylaxie, réponse allergique IgE, et son traitement est l'adrénaline (16).
- L'avis d'un allergologue est nécessaire dans les urticaires aiguës sévères afin de vérifier si une allergie IgE est en cause. Mais ceci sera en général facilement évoqué sur les données de l'interrogatoire.
- Vous êtes intéressés par l'urticaire ! Rejoignez le **GUS**, Groupe de travail Urticaire de la Société française de dermatologie ; Contact : frederic.augey@chu-lyon.fr ou audrey.nosbaum@chu-lyon.fr

Plus d'infos sur www.allergolyon.org et sur http://allergo.lyon.inserm.fr/urticaire_chronique.htm

REFERENCES

1. Church MK, Weller K, Stock P, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria in children: itching for insight. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011 févr;22(1 Pt 1):1–8.
2. Ferrer M. Epidemiology, healthcare, resources, use and clinical features of different types of urticaria. *Alergológica* 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009;19 Suppl 2:21–6.
3. Marrouche N, Grattan C. Childhood urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012 oct;12(5):485–90.
4. Konstantinou GN, Papadopoulos NG, Tavladaki T, Tsekoura T, Tsilimigaki A, Grattan CEH. Childhood acute urticaria in northern and southern Europe shows a similar epidemiological pattern and significant meteorological influences. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011 févr;22(1 Pt 1):36–42.
5. Liu T-H, Lin Y-R, Yang K-C, Tsai Y-G, Fu Y-C, Wu T-K, et al. Significant factors associated with severity and outcome of an initial episode of acute urticaria in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010 nov;21(7):1043–51.
6. Rubio M, Bousquet P-J, Gomes E, Romano A, Demoly P. Results of drug hypersensitivity evaluations in a large group of children and adults. *Clin. Exp. Allergy*. 2012 janv;42(1):123–30.
7. Khakoo G, Sofianou-Katsoulis A, Perkin MR, Lack G. Clinical features and natural history of physical urticaria in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008 juin;19(4):363–6.
8. Maurer M, Bindslev-Jensen C, Gimenez-Arnau A, Godse K, Grattan CEM, Hide M, et al. Chronic Idiopathic Urticaria (CIU) is no longer idiopathic: time for an update! *The British Journal of Dermatology* [Internet]. 2012 juill 27 [cité 2012 sept 4]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835147>
9. Alangari AA, Twarog FJ, Shih M-C, Schneider LC. Clinical features and anaphylaxis in children with cold urticaria. *Pediatrics*. 2004 avr;113(4):e313–317.
10. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, Yavuz ST, Karabulut E, Sackesen C, et al. Chronic urticaria: etiology and natural course in children. *Int. Arch. Allergy Immunol*. 2011;156(2):224–30.
11. Doshi DR, Weinberger MM. Experience with cyclosporine in children with chronic idiopathic urticaria. *Pediatr Dermatol*. 2009 août;26(4):409–13.
12. Saini S, Rosen KE, Hsieh H-J, Wong DA, Conner E, Kaplan A, et al. A randomized, placebo-controlled, dose-ranging study of single-dose omalizumab in patients with H1-antihistamine-refractory chronic idiopathic urticaria. *J. Allergy Clin. Immunol*. 2011 sept;128(3):567–573.e1.
13. Augey F, Nosbaum A, Ben-Said B, Bérard F, Nicolas JF. [Chronic urticaria and corticoid dependence: corticosteroids have no role in the treatment of urticaria]. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138:3-4.
14. Nosbaum A, Augey F, Nicolas JF, Bérard F. [Pathophysiology of urticaria and therapeutic approaches] *Rev Med Interne*. 2010;31 Suppl 1:S18-22.
15. Augey F, Gunera-Saad N, Bensaid B, Nosbaum A, Berard F, Nicolas JF. Chronic spontaneous urticaria is not an allergic disease. *Eur J Dermatol*. 2011, 21:349-53.
16. Fernandez S, Pralong P, Nicolas JF. Oedème de Quincke et anaphylaxie. *Rev Prat*, 2012, 62 :829-835.
17. Augey F, Nicolas JF, Doutré MS, Amsler E, Mathelier-Fusade P, Lambert C, Martinage C, Nosbaum A. [Why a "urticaria" group of the French dermatological society?]. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138:281-3.