

L'urticaire est une maladie simple, facile à comprendre et facile à traiter

L'urticaire chronique, presque quotidienne pendant plus de six semaines, est une maladie inflammatoire bénigne. Sa gravité est liée au retentissement sur la qualité de vie. Les nouveautés principales concernent la compréhension de la maladie, sa physiopathologie, son traitement et la nécessité d'expliquer correctement au patient sa maladie et son traitement.

1. L'urticaire chronique (UC) n'est pas une maladie allergique.

C'est une maladie des mastocytes qui sont fragiles. L'UC correspond avant tout à une fragilité des mastocytes, pré-activés dans le derme. Du fait d'un terrain atopique ou d'un mécanisme auto-immun, leur seuil d'activation est particulièrement faible et le rôle de l'environnement est majeur dans le déclenchement des lésions.

Le principal médiateur est l'histamine mais les prostaglandines, le complément, l'acétylcholine et les kinines sont impliqués dans certaines variétés d'urticaire.

Certains aliments comme les fraises ou les crustacés, l'alcool, la caféine, les additifs et certains médicaments (antibiotiques, AINS, codéine) contiennent des substances histamino-libératrices. Elles induisent des réactions d'hypersensibilité non allergiques. Il est important d'identifier les facteurs déclenchants ou aggravants pour mieux les maîtriser (chaleur, froid, infections virales...).

Le rôle du stress psychologique est loin d'être négligeable et son action passe par l'activation de récepteurs aux neuropeptides des mastocytes.

2. Le diagnostic d'UC est facile

Ce sont des lésions érythémato-papuleuses prurigineuses et fugaces ressemblant plus ou moins à des piqûres d'orties. Toute lésion dure moins de 24h (sauf dans les urticaires cortico-dépendantes). Beaucoup de dermatoses inflammatoires (lupus, pemphigoïde, maladie de Still, gale,..) peuvent mimer une urticaire, on parle alors de lésions urticarienne ou urticariforme, mais la fugacité des lésions manque presque toujours. Ces maladies ne sont pas de l'urticaire. La présence de signes généraux est fréquente dans les fortes poussées d'urticaire chronique commune.

3. Aucun bilan n'est nécessaire devant une UC commune.

Un examen clinique complet est par contre indispensable et en général normal. Les patients UC sont des patients en très bonne forme physique.

En cas de résistance au traitement antihistaminique oral bien conduit (cf infra pour les doses) ce qui représente 10% des cas, le bilan minimal conseillé associe NFS, VS, CRP, et anticorps anti-TPO. D'autres examens peuvent être demandés selon le contexte. Le traitement d'éventuels foyers infectieux (notamment à *Helicobacter pylori*) donne parfois des résultats spectaculaires mais rarement durables (effet placebo ?).

4. Le traitement de l'UC fait appel aux anti-histaminiques (anti-H1).

Le but du traitement n'est pas de faire disparaître la maladie mais d'améliorer le patient de 75% au moins de façon à ce que la vie quotidienne soit la moins altérée par la maladie. Avant d'espérer améliorer l'UC d'un patient il faut s'assurer que celui-ci ne prend pas de corticoïdes systémiques, même de façon très transitoire (quelques jours/mois).

Les travaux récents montrent que nous sous-traitons les patients en leur donnant un seul cp d'anti-H1 de 2^e génération. L'augmentation des doses jusqu'à 4 cp/j, répartis dans la journée, augmente le nombre de répondeurs au traitement.

En cas de résistance à ce traitement anti-H1 fort, l'ajout d'antileucotriènes récupère un certain pourcentage de patients. La ciclosporine, l'omalizumab sont intéressants dans les formes résistantes. Les corticoïdes, bien qu'efficaces chez la majorité des patients, sont contre-indiqués en raison du risque de cortico-dépendance qui survient chez une minorité de patients qui développent alors une urticaire sévère, souvent systémique, résistant aux anti-H1. Chez ces derniers, le sevrage en corticoïdes aboutit au retour à la forme d'UC initiale et à une bonne réponse aux anti-H1.

Pr Jean-François Nicolas

Mel : jean-francois.nicolas@chu-lyon.fr

Pour tout renseignement : www.allergolyon.org

REFERENCES :

- 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.
- Augey F, Nosbaum A, Berard F, Nicolas JF. Corticosteroids should not be used in urticaria because of the potential risk of steroid dependence and development of severe anti-H1- resistant urticaria. **Eur J Dermatol**. 2011, 21:431.
- Augey F, Nicolas JF, Doutre 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.
- 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.
- Nosbaum A, Augey F, Nicolas JF, Bérard F. [Pathophysiology of urticaria and therapeutic approaches] **Rev Med Interne**. 2010;31 Suppl 1:S18-22.
- Augey F, Goujon-Henry C, Berard F, Nicolas JF, Gunera-Saad N. Is there a link between chronic urticaria and atopy? **Eur J Dermatol**. 2008 May 13;18(3):348-349.
- Augey F, Guillot-Pouget I, Gunera-Saad N, Berard F, Nicolas JF. [Impact of corticosteroid withdrawal in chronic urticaria: a prospective study of 17 patients] **Ann Dermatol Venereol**. 2008;135:21-5.
- Hennino A, Bérard F, Guillot I, Saad N, Rozières A, Nicolas JF. Pathophysiology of Urticaria. **Clin Rev Allergy Immunol**. 2006 Feb;30(1):3-12.