

# COMPTES RENDUS : ... EN ALLERGOLOGIE : INDICATIONS, REALISATION

Elles sont la base du diagnostic. Elles peuvent être faites avec les trois venins actuellement disponibles (abeille, guêpe vespula, guêpe poliste). Les PT sont moins sensibles que les IDR qui doivent être préférées. La concentration initiale des IDR dépend de la gravité de l'accident initial et des facteurs de risque propres au patient. Elle est habituellement de 0,001 µg/ml, mais elle peut être plus basse. Elle ne dépassera pas la concentration de 1 µg/ml. Elles ont une mauvaise valeur prédictive.

Les réactions anaphylactiques sont plus fréquentes qu'avec les PT mais restent rares. Il est nécessaire de respecter les règles de prudence.

## CONCLUSION

Les PT et les IDR sont indispensables pour explorer les pathologies allergiques immédiates. Avant leur réalisation, l'anamnèse doit orienter l'allergologue sur le type de test à faire, les allergènes à explorer et le meilleur moment pour réaliser ce bilan.

L'interprétation et la pertinence d'un test positif et/ou négatif doivent être établies avec l'histoire clinique. En effet un test positif ne permet de parler que de sensibilisation. Il s'agit de tests efficaces et relativement sûrs à condition de respecter les règles de bon usage et de prudence.

## Références

1. Bernstein L. « Allergy diagnostic testing = an updated practice parameter » - Annals of Allergy, asthma Immunology - March 2008 ; volume 100, number 3, supplement 3 » (ouvrage de référence actuel)
2. Antunes J. « Skin prick tests and allergy diagnosis » Allergologia Immunopathologia. 2009 ; 37 (3) :155-164
3. A part : études multicentriques européennes « GA2LEN skin test study I, II et III » publiées dans Allergy 2009

## TESTS DE LECTURE

Question 1 : Les extraits allergéniques des différents producteurs sont semblables et comparables :  VRAI  FAUX

Question 2 : Les IDR sont plus sensibles, mais moins spécifiques que les prick-tests :  VRAI  FAUX

Réponses : 1 : F / 2 : V

# URTICAIRE CHRONIQUE : COMMENT EXPLORER, EXPLIQUER AU PATIENT, TRAITER ?

Rapporteur : Keltoum Nafissa Benhalla

Expert hospitalier : Bitia Dézfoulian

Expert ANAFORCAL : Mariam Kébé

Animateur- organisateur : Abdennour Benyounes

## INTRODUCTION

L'urticaire est une pathologie très fréquente car 15 à 20% de la population fait au moins une poussée aiguë dans sa vie. L'urticaire chronique (UC) est un motif de consultation plus rare, mais pose des problèmes de diagnostic étiologique conduisant à des bilans exhaustifs et coûteux ainsi que des difficultés de prise en charge.

Les cinq objectifs proposés pour cet atelier étaient :

- Lister 3 critères définissant une lésion urticarienne

- Définir le caractère chronique d'une urticaire

- Lister les principales étiologies des UC

- Citer 5 examens biologiques à demander après persistance d'une UC

- Hiérarchiser la prise en charge thérapeutique de l'UC

## I. MATERIEL ET METHODES

L'atelier s'est déroulé en 4 temps : la proposition d'un pré-test puis l'étude de deux cas cliniques suivis chacun d'un exposé. Le premier portait sur les avancées dans l'UC et le second sur les relations entre l'UC et l'infection à Helicobacter pylori (HP). Enfin, le post-test a permis d'évaluer les acquis.

## II- CAS CLINIQUES

### II.1. Premier cas clinique

Une patiente, âgée de 69



ans, présentait, depuis 3 ans, une UC, une photosensibilité et des arthralgies matinales. Les prescriptions successives de 3 antihis-

# COMPTES RENDUS : URTICAIRE CHRONIQUE : COMMENT...

taminiques de 2ème génération n'avaient pas été efficaces même après augmentation des doses. La corticothérapie per os (PO) n'avait eu qu'un effet suspensif.

La présence d'anticorps anti-nucléaires homogènes (1/2560), la positivité de l'anticoagulant lupique l'existence d'une lymphopénie ainsi qu'un lupus band-test positif ont permis de conclure à un lupus érythémateux disséminé. La guérison complète de l'UC a été constatée dès la stabilisation du lupus.

## II.2. Deuxième cas clinique

Un homme de 50 ans, présentait à nouveau depuis 3 ans, des lésions urticariennes sans angio-œdème, après une période d'accalmie de 5 ans. Un traitement par divers antiH1 avait été prescrit sans succès. Seule la Méthylprédnisolone PO était efficace mais arrêtée en raison d'épigastalgies. On notait dans ses antécédents, un ulcère duodénal, une gastrite et une œsophagite chroniques.

La sérologie était positive pour HP avec test à l'urée positif. La gastroscopie avec biopsie et culture avait retrouvé un ulcère duodénal avec positivité pour HP. Une éradication de ce germe avait été entreprise. L'évolution avait été marquée par une régression progressive de l'UC puis par une nouvelle récurrence après un an d'accalmie. Une nouvelle biopsie duodénale avec antibiogramme avait retrouvé une résistance de la bactérie à la trithérapie classique mais une sensibilité au Métronidazole. L'urticaire avait alors régressé sous ce nouveau traitement.

## II.3. Commentaire

Ces 2 cas cliniques montrent l'importance capitale de l'anamnèse. En effet, dans une UC banale isolée, sans signes cliniques d'orientation étiologique, aucun bilan paraclinique n'est recommandé. En revanche, si l'examen clinique et l'interrogatoire suggèrent une orientation étiologique, des examens complémentaires seront effectués en fonction de cette orientation.

## III. RESULTATS

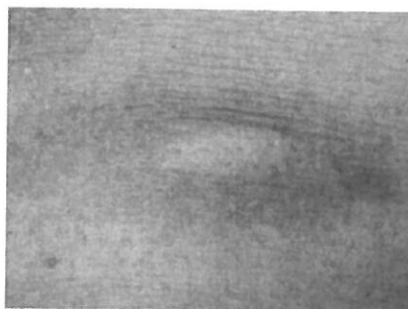
### III.1. Définitions

III.1.1. Critères définissant une lésion urticarienne :

- Les papules sont œdémateuses, ortiées, rosées, à bordure nette, de taille variable, isolées ou confluentes (photos 1 et 2).

- Elles sont prurigineuses. Ce prurit est constant et parfois féroce.

- Fugaces, elles ne persistent pas au-delà de 24 heures.



(photo 1)



(photo 2)

### III.1.2. Urticaire chronique.

On parle d'UC en cas de persistance de crises urticariennes, quasi quotidiennes pendant au moins 6 semaines. L'UC peut être grave lorsqu'elle s'associe à un angio-œdème avec atteinte laryngée ou digestive. Elle retentit souvent sur la qualité de vie.

III.1.3. Angioœdème. Il s'agit d'un œdème du derme profond ou de l'hypoderme (photo 3).



(photo 3)

III.1.4. Dermographisme. Ce terme correspond à une lésion cutanée urticarienne provoquée par un frottement mécanique (photo 4).



III.1.5. Vascularite urticarienne. Elle correspond à des lésions souvent symétriques, durant plus de 24 heures, et laissant parfois une trace pigmentée (photo 5).



## III.2 Mécanisme de l'urticaire

L'urticaire est due à l'activation des mastocytes favorisée par un terrain atopique ou une auto-immunité sous-jacente. Les principaux activateurs sont des facteurs alimentaires, médicamenteux, psychologiques et environnementaux.

Les mécanismes allergiques IgE médiés sont beaucoup plus rarement incriminés.

## II.3. Etiologies des UC et conduite à tenir

Elles sont mentionnées dans l'arbre décisionnel suivant (tableau 1 (.../...))

## II.4. Traitement

Les différents traitements sont rappelés dans le tableau 2 (.../...). Mais quelque soit le traitement retenu, la prise en charge éducative est nécessaire.

## II.5. HP et UC : Quoi de neuf ?

Les études qui se sont intéressées au rôle d'HP dans l'UC se

# COMPTES RENDUS : ...EXPLORER, EXPLIQUER, TRAITER ?

sont multipliées à partir de 2003. Les relations de causalité entre UC et infection à HP demeurent controversées et le mécanisme physiopathologique n'est pas clairement établi. Certains auteurs recommandent l'éradication du germe d'autres la contestent. Selon le guideline de l'EAACI (2), le traitement de la gastrite à HP pourrait être utile dans quelques cas.

En pratique, il apparaît logique de rechercher l'HP en cas d'UC résistante aux antiH1 associée à des troubles digestifs. Un test à l'urée (avant et après traitement anti-HP) et/ou une gastroscopie avec culture sont indispensables pour évaluer l'effet du traitement.

## CONCLUSION

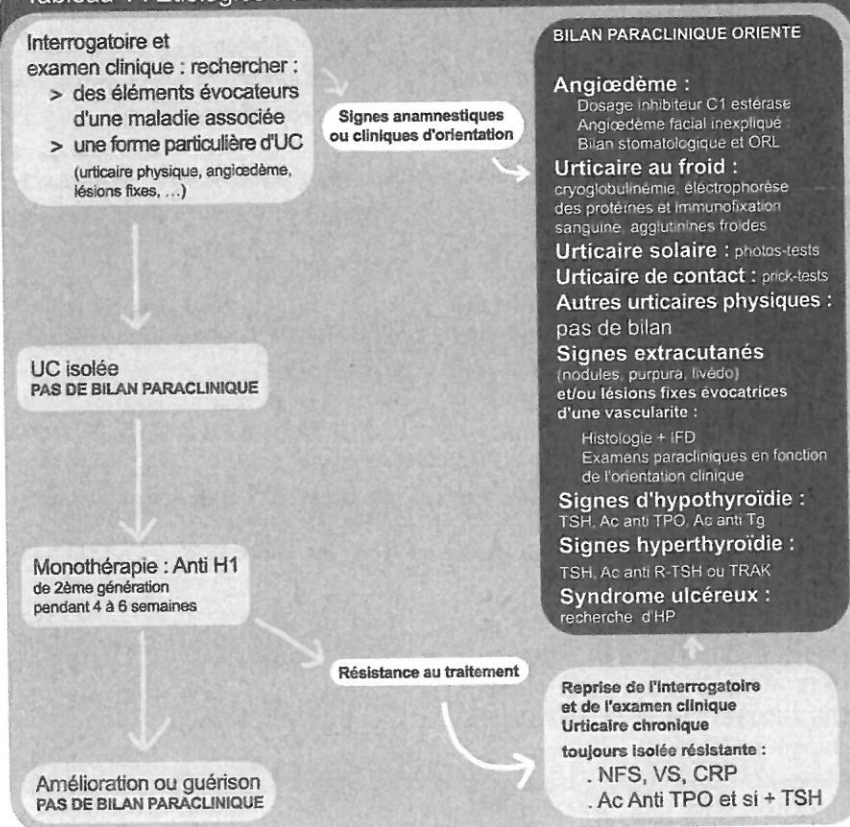
L'UC est une pathologie souvent invalidante par son retentissement sur la qualité de vie. Devant un patient présentant une urticaire banale isolée, il est recommandé de n'effectuer aucun examen complémentaire d'emblée. Le traitement repose sur les antiH1 de deuxième génération ; moins de 10 % des UC sont considérées comme résistantes. Doivent alors être discutées des thérapeutiques alternatives en évaluant leur rapport bénéfice/risque et en se rappelant que l'UC est parfois spontanément régressive.

### A retenir

**L'UC est une pathologie du mastocyte. C'est une maladie chronique, non allergique dans la plupart des cas. Souvent aucune étiologie n'est mise en évidence. Dans un premier temps un bilan étiologique n'est pas nécessaire mais en cas de résistance au traitement ou de signes associés le bilan sera fonction de l'orientation clinique.**

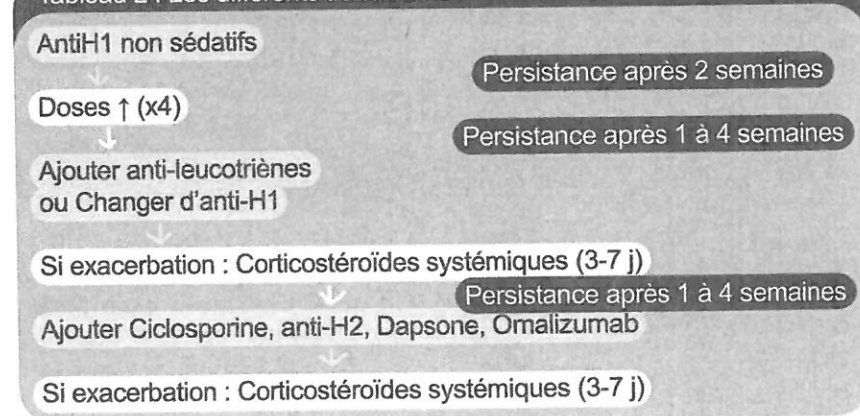
**Les antiH1 de 2nde génération constituent le traitement de choix ; en cas de résistance on pourra augmenter les doses ou associer 2 antihistaminiques.**

Tableau 1 : Etiologies des UC et conduite à tenir



Légende : IFD : immunofluorescence directe ; Ac anti TPO : Ac anti-thyroperoxydase ; Ac anti R-TSH / TRAK : Ac anti récepteur de TSH ; Ac anti Tg : Ac anti thyroglobuline.

Tableau 2 : Les différents traitements



## Références

- HAS. Conférence de Consensus. Prise en charge de l'urticaire chronique ; Janvier 2003. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- Zuberbier T et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline : definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy 2009 ; 64(10) : 1417-26.
- M-S.Doutre. Traitement de l'urticaire chronique: quoi de neuf? Revue Française d'allergologie 2011; 51: 134-139.
- Gani F. Rhinitis in pregnancy. Eur Ann Allergy Clin Immunol 2003; 35: 306.

## TESTS DE LECTURE

- Question 1 : Quelle est la définition de l'urticaire chronique ?
- Question 2 : Quelles sont les principaux activateurs des mastocytes dans l'urticaire chronique ?
- Question 3 : Quels sont les examens paracliniques de première intention à réaliser dans le cadre d'une UC isolée ?
- Question 4 : Quelle est la prise en charge thérapeutique de l'urticaire chronique (par ordre hiérarchique) ?
- Q1 : Les facteurs alimentaires, médicamenteux, psychologiques, environnementaux, anti-leucotriènes ou autre anti H1, antiH2, ciclosporine, dapsone, omalizumab, sédatifs, anti-leucotriènes ou autre anti H1, antiH2, ciclosporine, dapsone, omalizumab. Q2 : Beaucoup plus rarement les allergies IgE médées. Q3 : Aucun. Q4 : AntiH1 non