

Facteurs psychologiques et urticaire chronique

Quand faut-il envisager leur prise en charge ? Selon quelles modalités ?

M. BUFFET

Résumé

Introduction. L'urticaire chronique idiopathique est une maladie fréquente de traitement souvent décevant. Des facteurs psychologiques semblent être fréquemment associés. Dans quels cas envisager une prise en charge psychologique ? Et selon quelles modalités ?

Méthode. Nous avons réalisé une revue de la littérature à la recherche d'articles en français et en anglais concernant les facteurs psychologiques associés à l'urticaire chronique, soit comme facteurs responsables, soit comme facteurs aggravants, soit conséquence de l'urticaire, avec l'étude du retentissement sur la qualité de vie. Nous avons également étudié les articles concernant l'analyse des différents types de prise en charge thérapeutique à visée psychologique. Nous avons consulté les banques de données Medline (1970-2002), Embase, Pascal et la Cochrane Library (période 1995-2002) à partir d'une série de mots-clés.

Résultats. Très peu d'études contrôlées ont été publiées dans la littérature. Il existe différents travaux rapportant une association entre stress, symptomatologie anxio-dépressive et urticaire chronique, sans qu'aucune ne puisse affirmer une causalité. Trois études ouvertes contrôlées montrent significativement plus d'anxiété et/ou de dépression chez les sujets présentant une urticaire chronique. Trois études s'intéressent aux personnalités des patients urticariens. Deux études portent spécifiquement sur le retentissement de l'urticaire chronique sur la qualité de vie. Concernant la prise en charge thérapeutique, différents psychotropes (essentiellement des antidépresseurs tricycliques) ont été étudiés, surtout en raison de leur activité anti-H₁. Il n'y a pas d'étude concernant le soutien psychologique, les psychothérapies, les thérapies comportementales, la technique du biofeedback et les thérapies de groupe. Une attention particulière est portée sur les techniques d'hypnose et de relaxation en raison de l'amélioration des lésions rapportée lors d'études de la réactivité cutanée à l'histamine sous hypnose.

Conclusion. La prise en charge psychologique des patients ayant une urticaire chronique semble donc nécessaire, en raison de la grande fréquence de manifestations psychologiques. Les études publiées concernent essentiellement la prescription de psychotropes et l'utilisation de thérapies avec suggestion ou relaxation sous hypnose. On ne trouve pas d'étude prospective étudiant l'impact d'une prise en charge psychologique adaptée sur l'évolution de l'urticaire chronique.

Summary

Introduction. Chronic idiopathic urticaria is a frequent disease with treatment is often disappointing. Psychological factors seem to be frequently associated to it. In what cases consider psychological treatment? And according to what modalities?

Method. Review of the literature in search of articles in both French and English concerning psychological factors associated to chronic urticaria, either as responsible factors, or as aggravating factors, or as a consequence of the urticaria, with the study of the impact on the quality of life. We also studied articles analyzing various types of psychology-targeted treatments. We use a serie of keywords on following data banks: Medline (1970-2002), Embase, Pascal and Cochrane Library (period 1995-2002).

Results. Very few controlled studies were published.: Various studies are found reporting an association between stress, anxiety or depressive symptomatology and CIU, but none can assert a causality. Three controlled opened studies show significantly more anxiety and/or depression in the chronic urticaria patients. Three studies analyze the psychopathological personalities of the patients with urticaria. Two studies focus specifically on the impact of the CIU on the quality of life. Various psychotropic drugs (mainly tricyclic antidepressants) have been tested, mostly because of their anti-H₁ activity. There is no study on psychological support, psychotherapies, behavioral therapies, technique of biofeedback and group therapies. A particular attention is focused to hypnosis and relaxation techniques because of the improvement of the urticarial wheals reported in studies of cutaneous ability to react in subcutaneous injections of histamine.

Conclusion. A complementary psychological treatment of patients suffering from CIU seems necessary, because of the high frequency of psychological symptoms. Published studies concern essentially the prescription of psychotropic drugs and the use of therapies with suggestion or relaxation under hypnosis. Prospective studies on the impact of an adapted psychological treatment on the CIU evolution are not available.

Management of psychological factors in chronic urticaria. When and how?
M. BUFFET

Ann Dermatol Venereol 2003;130:1S145-59

L'urticaire chronique (UC) est une pathologie fréquente, d'évolution supérieure à 6 semaines par définition, et à un an dans 20 à 80 p. 100 des cas. On ne trouve pas de cause dans 20 à 90 p. 100 des cas [1] et

l'on parle alors d'urticaire chronique idiopathique (UCI), de traitement souvent décevant voire inefficace. Le pourcentage de causes trouvées varie selon les différents critères d'inclusion ou d'exclusion utilisés.

L'évolution spontanée de l'UC a été peu étudiée. Dans une étude prospective récente portant sur 220 patients ayant une UC sous traitement anti-H1, on note une disparition des symptômes chez 37 sur 78 patients ayant une UCI (47,4 p. 100). Chez les patients avec une urticaire physique, 12 sur 73 (16,4 p. 100) n'avaient plus de symptômes à un an [1].

Au cours du temps, l'urticaire a été attribuée à de nombreux facteurs ; facteurs idiosyncrasiques, facteurs constitutionnels, émotivité excessive, dysfonctions sexuelles, excitation, anomalies des organes génitaux, complexe d'infériorité, déséquilibre psychopathologique, neuropathie sensorielle vasomotrice, mais aussi facteurs allergiques, médicamenteux, infectieux ou immunologiques [3]. Actuellement, l'UCI fait partie des dermatoses pour lesquelles les facteurs psychologiques semblent importants pour déclencher ou perpétuer la maladie [4].

Chez les patients atteints d'UCI, deux questions se posent :

- dans quels cas envisager une prise en charge psychologique ?

- selon quelles modalités ?

Nous avons essayé d'apporter des éléments de réponse basés sur l'évidence médicale (Evidence-Based Medicine) à ces deux questions.

Méthodologie

Nous avons fait une revue de la littérature à la recherche d'articles concernant les facteurs psychologiques associés à l'UCI, soit comme facteurs responsables, soit comme facteurs aggravants, soit comme conséquence de l'urticaire, avec l'étude du retentissement sur la qualité de vie. Nous avons également analysé les articles concernant les différents types de prise en charge thérapeutique à visée psychologique chez les patients atteints d'UCI. Nous avons consulté les banques de données Medline (1970-2002), Embase, Pascal et la Cochrane Library (période 1995-2002). Nous avons complété ces recherches par des articles cités dans ceux précédemment sélectionnés.

Les mots-clés utilisés étaient UC, traitement, psychologie, psychotropes, psychothérapie, hypnose, relaxation, dépression, stress.

Il y a très peu d'études contrôlées publiées concernant les facteurs psychologiques associés à l'urticaire et la prise en charge psychologique. Nous en avons trouvé quelques unes de bon niveau portant sur l'intérêt des traitements psychotropes dans l'UCI, mais essentiellement dans des études courtes concernant surtout l'activité antihistaminique des molécules.

En réponse à la question « à partir de quand débuter une prise en charge psychologique dans le traitement de l'UCI », aucun article n'a été trouvé ; aussi nous avons centré les recherches sur les articles explorant les liens entre psychisme et UCI, et rapporté divers avis d'auteurs par rapport à cette question.

Concernant les modalités de prise en charge, les études contrôlées comparant divers traitements psychotropes étant quasi-inexistantes, nous avons rapporté divers articles concernant l'effet de thérapies comportementales, d'hypnose ou de traitements psychotropes. Aucun travail n'a été trouvé concernant une prise en charge psychothérapique de soutien par le médecin traitant, un dermatologue ou un psychothérapeute.

Le niveau de preuve des articles sélectionnés est faible. Aucune recommandation ou conférence de consensus antérieure ne traite ce sujet.

Urticaire chronique idiopathique et facteurs psychologiques

L'UC fait partie des maladies cutanées pour lesquelles on impute fortement l'action de facteurs psychologiques [4, 5].

La seule condition requise pour parler d'urticaire psychosomatique est d'éliminer les causes organiques ou allergiques, et de vérifier la réalité de la relation émotionnelle entre psychisme et urticaire [6].

UCI ET PATHOLOGIES PSYCHOLOGIQUES : ÉTUDE DE LA PRÉVALENCE DE SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE URTICAIRE CHRONIQUE

La relation entre le stress et la survenue ou l'exacerbation des manifestations d'UCI a été investiguée dans diverses études soit à l'aide de réponses à des check-lists standardisées, soit à l'aide de questionnaires concernant la personnalité et d'interrogatoires où le patient rapporte les événements vécus. Les questionnaires sont très variés selon les études (tableau 1).

L'étude de Badoux et Levy analyse la prévalence de facteurs psychosociaux accompagnant l'UC (définie comme supérieure à 6 mois) [7, 8]. Elle montre sur une population de 74 sujets comparés à 166 témoins tout venant, que les patients « urticariens » ont recours à une expression diversifiée de pathologies mentales avec une plus forte tendance aux symptômes dépressifs, anxieux et à la sensibilité à l'autre. Cette étude a utilisé le questionnaire Brief Symptom Inventory (BSI) dans sa version française, comprenant 53 items mesurant 9 dimensions psychopathologiques incluant dépression, somatisation, sensibilité aux autres, anxiété phobique, obsession compulsive, hostilité, idées paranoïdes et traits psychotiques. Ces auteurs ont également utilisé l'échelle des contrariétés du vécu quotidien (Hassles scale) dans sa version française, où les sujets répondent à un questionnaire évoquant 61 facteurs de stress recensant les stress chroniques, dans les sphères sociales, familiales, professionnelles et environnementales. Les réponses sont ensuite classées en quantité et en intensité. Les hommes urticariens rapportent moins de contrariétés que les femmes et que la population témoin tandis que les femmes rapportent autant de stress que les témoins mais avec une intensité plus forte. Avec cette échelle, deux groupes de patients urticariens, « pathologique » et « normal » sont individualisés. Le groupe « pathologique » comprend 25 femmes et 3 hommes et le

Tableau I. – Symptômes psychologiques et urticaire chronique.

Auteur, année	Type étude	Éléments étudiés	Tests	Patients	Résultats
Fava, 1980	Etude ouverte contrôlée	— événements stressants dans les 6 mois — alexithymie — symptômes anxiodépressifs	Échelle Paykel SRT SSPS	20 UC 20 psoriasis 20 infections fongiques (F)	UC : Stress 18/20 (90 %) SRT : UC = pso > F ($p < 0,01$)
Sperber, 1989	Etude ouverte contrôlée	Facteurs psychiques	Symptom Checklist-90	19 UC ? contrôles sains	UC > somatisation, TOC, sensitifs, dépression ($p < 0,01$) et anxiété ($p < 0,05$)
Badoux, 1991	Etude ouverte contrôlée	Facteurs psychosociaux	BSI Hassles scale	74 UC, 47F-27H 166 T, 99F-67H	F et UC : tendance plus marquée dépression, anxiété, sensibilité à autre. Intensité symptômes +++

UC : urticaire chronique ; F : Femmes ; H : Hommes ; BSI : Brief Symptom Inventory ; SRT : Kellner-Sheffield symptom Rating State ; SSPS : Schalling-Sifneos Personality Scale ; TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs.

groupe « normal » 22 femmes et 24 hommes. Cette étude apporte des éléments concernant les liens entre facteurs psychosociaux et UC, mais comporte de nombreux problèmes méthodologiques notamment concernant la définition d'UC, la non caractérisation des groupes (type d'urticaire, traitements reçus, durée d'évolution...).

Fava *et al.* ont soumis 3 populations de 20 patients atteints d'UC, de psoriasis ou d'infection fongique cutanée à un interrogatoire standardisé (utilisant l'échelle de Paykel, 1973) à la recherche d'événements stressants dans les 6 mois avant le début des symptômes [9]. Deux questionnaires, le Kellner-Sheffield Symptom Rating Test (SRT), explorant l'anxiété, la dépression, la somatisation et l'incapacité par 61 items et la forme préliminaire du Schalling-Sifneos Personality Scale évaluant par 20 items les traits alexithymiques (incapacité de verbaliser ses émotions) ont été soumis aux patients. Il s'agit d'une étude ouverte contrôlée, avec inclusion de 60 patients consécutifs, à l'exclusion de ceux ayant une urticaire symptomatique, un psoriasis en gouttes ou pustuleux et une autre infection fongique qu'une dermatophytose des pieds, inguino-crurale ou de la peau glabre. Les auteurs ont trouvé que 16/20 (80 p. 100) des patients psoriasiques et 18/20 (90 p. 100) des patients urticariens décrivaient au moins un événement stressant dans les 6 mois précédant le début des symptômes, comparés à 10/20 (50 p. 100) dans le groupe infections fongiques ($p < 0,05$). Ils ont recensé en moyenne 1,45 événements par patient dans le groupe psoriasis, 2,30 dans le groupe UC et 0,85 dans le groupe infections fongiques. L'évaluation de la détresse psychologique parmi ces 3 groupes en utilisant le SRT a montré que le groupe UC avait significativement plus de symptômes d'anxiété, de dépression et d'incapacité que les patients ayant une infection fongique persistante ($p < 0,01$). Il n'y avait pas de différence significative avec le groupe psoriasis, malgré des scores plus élevés pour les urticariens. On note l'absence de témoins « sains », d'entretien psychologique, de suivi et d'évaluation après traitement. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'alexithymie. Les auteurs préconisent l'emploi

du SRT chez les patients atteints de psoriasis ou d'UC, à la recherche d'éléments permettant d'envisager un traitement psychotrope adapté, anxiolytique ou antidépresseur.

Sperber *et al.* ont mené une étude contrôlée afin d'identifier les caractéristiques psychologiques les plus pertinentes chez les patients atteints d'UCI [10]. Ils ont comparé 19 patients à des contrôles sains ($n = ?$, appariement = ? : non précisé) en utilisant un questionnaire standardisé, le Symptom Checklist-90. Ils ont montré que les patients avec une UCI atteignent des scores significativement plus élevés ($p < 0,01$) concernant les échelles de somatisation, obsession-compulsion, sensibilité, dépression et anxiété ($p < 0,05$). Par contre, ils n'ont pas relevé de différence concernant les idées paranoïdes, psychotiques et l'anxiété phobique, qui se retrouvaient à des scores faibles dans les 2 groupes.

SYNDROMES ANXIO-DÉPRESSIFS ET URTICAIRE CHRONIQUE

Quelques études ont cherché la prévalence de syndromes anxio-dépressifs chez des patients atteints d'UC. On trouve 2 études contrôlées de patients ayant une urticaire *versus* des groupes contrôles (sains ou ayant une pathologie dermatologique sans facteurs psychiques reconnus), une étude ouverte comparant des patients ayant une UC, un psoriasis et une dermatite atopique, et une étude multicentrique non contrôlée. Dans ces études, une prévalence élevée de symptômes anxio-dépressifs a été observée chez les patients urticariens. Une étude contrôlée ne trouve pas de différence significative de symptômes anxio-dépressifs entre des patients ayant une UCI, un prurit *sine materia* et des pathologies dermatologiques courantes (tableau II).

Hashiro et Okumura ont mené une étude contrôlée explorant les relations entre l'UC et des symptômes anxieux, dépressifs ou psychosomatiques, ainsi qu'une analyse des fonctions nerveuses autonomes [11] portant sur 30 patients ayant une urticaire depuis au moins un mois, comparés à 39 contrôles issus de l'équipe médicale appariés par âge. Chaque patient a répondu à 3 questionnaires, le Manifest Anxiety Scale (MAS) test évaluant par 65 items l'état d'anxiété, le

Tableau II. – Syndromes anxiodépressifs et urticaire chronique.

Auteur, année	Type étude	Éléments étudiés	Tests	Patients	Résultats
Lyketsos, 1985	Etude ouverte contrôlée	— personnalité — anxiété, Dépression — événement stressant — statut mental présent	— PDS — SAD — SRRS — PSE	Groupe dermato-psy : 28 U, 26 pso, 26 pelades Groupe dermato-non psy. (T) : 38	Urticariens/T Anxio-dépressif ++ (p) Stress ++ (p) Signes Dépressifs 78 % Anxiété 75 %
Sheehan-Dare, 1990	Etude ouverte contrôlée	Symptômes dépressifs et anxiété	— BDI — STAI	34 UC 34 prurits généralisés 68 contrôles	UC : — BDI > T (NS) — STAI = T
Hashiro, 1994	Etude ouverte contrôlée	— anxiété — dépression — symptômes psychosomatiques	— MAS — SDS — CMI	30 UC 39 contrôles sains	MAS + : UC vs T : 40 % vs 15,4 % SDS + : UC vs T : 43,3 % vs 12,8 % CMI + : UC vs T : 40 % vs 10,2 % (p < 0,01) MAS ou SDS ou CMI+ 70 % vs 25,6 %
Gupta, 1994	Etude ouverte contrôlée	Relation Prurit Dépression	— EP — CRSD — BSI — SSTPI	32 UC 77 pso 143 DA	UC : — CRSD = 18,8+/-7,4 (p = 0,01/DA, PSO) — corrélation intensité prurit et dépression
Hein, 1996	Etude multicentrique non contrôlée	Dépression	— GS — GB	100 UC	30 % éléments dépressifs

UC : urticaire chronique ; vs : *versus* ; MAS : Manifest Anxiety Scale ; SDS : Self-rating Depression Scale ; CMI : Cornell Medical Index. PDS : Personality Deviance Scale ; SAD : State of anxiety and Depression Scale ; SRRS : Social Readjustment Rating Scale ; PSE : Present State Examination ; U : urticaire ; T : Témoins ; (p) : significatif avec $p < 0,05$; EP : Echelle de prurit ; CRSD : Carroll Rating Scale for Depression ; BSI : Brief Symptom Inventory ; SSTPI : Spielberg State-Trait Personality Inventory ; pso : psoriasis ; DA : dermatite atopique ; GS : Giessen Test ; GB : Giessener Besch ; BDI : Beck Depression Inventory ; STAI : Spielberg state-trait Anxiety Inventory ; NS : non significatif.

Self-rating Depression Scale (SDS) avec 20 items évaluant l'état dépressif et le Cornell Medical Index (CMI) comprenant 144 items évaluant les symptômes psychosomatiques et 51 items les symptômes psychiques. L'analyse statistique entre les 2 groupes utilisait le Mann-Whitney U-test (MAS, CMI) et le t-test (SDS). Les scores dans les 3 tests (MAS, CMI, SDS) étaient positifs, montrant des symptômes d'anxiété, de troubles psychiques psychosomatiques ou de dépression, avec respectivement 40,0 p. 100, 43,4 p. 100 et 40,0 p. 100 des patients atteints d'UC, et 15,4 p. 100, 12,8 p. 100, 10,2 p. 100 des contrôles ($p < 0,01$). De plus, on retrouve une réponse psychologique positive dans l'ensemble des tests chez 70 p. 100 des urticariens et seulement 25,6 p. 100 des témoins ($p < 0,01$). Les auteurs ont refait les tests chez les patients ayant une urticaire depuis plus de 2 mois (données non montrées, $n = ?$) et n'ont pas trouvé de différence significative entre les groupes 1 mois et plus de 2 mois.

Lyketsos *et al.* ont mené une étude contrôlée comparant 3 groupes de patients hospitalisés pour des pathologies dermatologiques associées à des facteurs psychologiques reconnus avec un groupe contrôle de patients hospitalisés pour d'autres dermatoses non liées à des facteurs psychiques [12]. Le groupe étudié comprenait 28 patients ayant une urticaire (d'ancienneté non rapportée), 26 psoriasis, 26 pelades, le groupe contrôle comprenant 38 patients (13 zonas, 5 érysipè-

les, 10 végétations vénériennes, 5 impétigos, 5 varicelles). Les patients étaient homogènes en âge et statut matrimonial mais il y avait des différences significatives concernant le niveau socio-économique, le sexe, le lieu de résidence entre les patients ayant un psoriasis (plus fréquemment des hommes, ruraux, de niveau socio-économique bas) et les autres patients. Quatre questionnaires ont été utilisés : le Personality Deviance Scale (PDS) contenant 36 items explorant le caractère dominant, l'extra- et l'intropunitif ; le State of Anxiety and Depression Scale (sAD), comprenant 14 items, 7 sur l'anxiété et 7 sur l'état dépressif avec mesure de l'état dysthymique ; le Social Readjustment Rating Scale (SRRS) mesurant le nombre, le type et estimant la magnitude d'événements stressants associés à la maladie ; le Present State Examination (PSE), échelle ayant pour objectif d'évaluer le « statut mental présent ». Le groupe urticarien est significativement moins dominant et plus intra- ou extrapunitif, anxieux et déprimé que les contrôles ($p < 0,005$). Ces différences ont été trouvées également dans les groupes psoriasis et alopecie par rapport aux contrôles. Les comparaisons entre les 3 groupes pathologiques n'ont pas mis en évidence de différence significative concernant les caractéristiques des personnalités et les états dysthymiques. Les 3 groupes expérimentaux avaient des scores de stress significativement plus élevés que les contrôles ($p < 0,001$), plus

importants chez les patients psoriasiques ($p < 0,001$) ou alopéciques ($p = 0,005$) que chez les urticariens. Parmi les 28 patients atteints d'urticaire, 79 p. 100 présentaient des éléments dépressifs, 75 p. 100 des éléments d'anxiété générale (symptômes névrotiques spécifiques), 93 p. 100 ressentait des tensions, 89 p. 100 de l'inquiétude, 71 p. 100 une gêne sociale (symptômes non spécifiques). Les auteurs trouvent donc fréquemment des symptômes anxio-dépressifs chez les patients urticariens.

Dans le cadre d'une étude sur la perception du prurit et de son éventuelle modulation en rapport avec une symptomatologie dépressive chez des patients atteints de psoriasis, de dermatite atopique ou d'UC, Gupta *et al.* ont cherché cette symptomatologie chez 296 patients ayant consulté consécutivement en dermatologie pour l'une de ces 3 pathologies [13]. Sur 296 patients, 252 ont accepté de répondre à des questionnaires évaluant l'intensité ressentie du prurit (côté de 0 à 9 au moment de la consultation), les symptômes dépressifs par le Carroll Rating Scale for Depression (CRSD) fortement corrélé au Beck Depression Inventory. Un score de 10 sur l'échelle du CRSD marque une dépression, cette échelle permettant de distinguer les dépressions légères des moyennes et les dépressions moyennes des sévères. Deux autres questionnaires ont été proposés, le Spielberger State-Trait Personality Inventory mesurant sur 3 séries de 10 items les prédispositions générales des patients concernant les sentiments de colère, d'anxiété et de curiosité (Trait scale) et l'intensité de ces sentiments (State scale), et le Brief Symptom Inventory, comprenant 53 items mesurant 9 dimensions psychopathologiques incluant dépression, somatisation, sensibilité interpersonnelle, anxiété phobique, obsession compulsive, hostilité, idées paranoïdes et traits psychotiques. L'analyse statistique de bon niveau utilisait des tests de corrélation (Pearson, Spearman) pour les relations entre le prurit et le score CRSD et des tests non paramétriques (ANOVA, Mann-Whitney U-test) pour l'analyse des différences parmi les 3 groupes. Ces auteurs ont observé une corrélation directe entre l'intensité du prurit et la dépression pour ces 3 problèmes dermatologiques (Spearman $\rho = 0,32$; $p < 0,005$; et Pearson $r = 0,34$; $p = 0,0006$), sans pouvoir conclure sur le rôle de l'état dépressif, cause ou conséquence des désordres dermatologiques. Concernant en particulier l'UC ($n = 32$), en utilisant de multiples régressions logistiques prenant en compte l'âge, les catégories diagnostiques, les scores CRSD, STPI et BSI, comme des variables indépendantes, ils ont noté que seul le score CRSD et l'UC étaient significativement liés concernant la sévérité du prurit ($p < 0,0001$) parmi tous les patients. Le groupe Urticaire avait de plus hauts niveaux de grattage et une moyenne plus élevée de CRSD que les groupes Psoriasis et Dermatite Atopique. Mais la relation entre le prurit et le score CRSD était moins forte dans ce groupe que dans les autres, probablement en raison de son plus faible effectif. En conclusion, il est montré que la dépression abaisse le seuil de perception du prurit chez les patients ayant une UC.

Une étude multicentrique non contrôlée rapporte 100 patients ayant une UCI soumis à des tests standardisés de

personnalité (Giessen Test), un questionnaire de symptômes (Giessener Beschwerdebogen) et un questionnaire spécialement conçu explorant les symptômes et le comportement durant les périodes symptomatiques [14]. Les auteurs ont trouvé que près d'un tiers des patients avait des scores élevés concernant la dépression et les symptômes souvent associés à la dépression.

Sheehan-Dare *et al.* ont apprécié dans une étude contrôlée l'incidence de symptômes dépressifs et anxieux dans une population de 34 patients ayant une UCI évoluant depuis plus de 3 mois et chez 34 patients ayant un prurit généralisé *sine materia*, comparés à un groupe apparié en âge et sexe de patients consultant en dermatologie avec un ratio de 2 témoins pour un cas [15]. Les symptômes dépressifs étaient recherchés en utilisant la Beck Depression Inventory. Un score supérieur à 14 indiquait une symptomatologie dépressive et supérieur à 21 une dépression sévère. Dans le groupe UCI, 14,7 p. 100 des patients avaient un score >14 versus 4,4 p. 100 dans le groupe contrôle (non significatif) ; 5,9 p. 100 avaient un score supérieur à 21 versus 1,5 p. 100 (non significatif). L'exploration des symptômes d'anxiété était faite en utilisant le Spielberger state-trait anxiety inventory. Le state anxiety (SA) reflète l'état émotionnel au moment du questionnaire, (pouvant donc être perturbé par une situation stressante comme l'attente de la consultation). Le trait anxiety (TA) est une mesure plus stable se référant à la prédisposition à l'anxiété. Les auteurs ont choisi un score > 90 p. 100 pour indiquer une anxiété significative. Dans les 2 dimensions, les pourcentages de patients au dessus de 90 p. 100 étaient égaux dans les 2 groupes (SA : patients = 36,4 p. 100 $\pm 10,4$ versus contrôles = 36 p. 100 $\pm 9,6$; TA : patients = 38,2 p. 100 ± 10 versus contrôles = 38 $\pm 10,5$). Cette étude ne trouve pas de différence significative concernant l'expression de symptômes anxio-dépressifs chez les patients ayant une UCI, un prurit *sine materia*, et ceux consultant en Dermatologie pour une autre raison. Les auteurs concluent que leurs résultats vont contre un rôle majeur de ces formes de psychopathologies dans la pathogénie de l'UC, en soulignant de nombreux biais (absence d'entretien avec un psychiatre, contrôles représentés par des patients de dermatologie, faible effectif). Par contre, ils soulignent la proportion non négligeable de patients ayant une symptomatologie anxieuse ou dépressive en consultation de Dermatologie.

STRESS ET URTICAIRE

Le stress est souvent évoqué dans l'histoire clinique des patients atteints d'UC (tableau III).

Un interrogatoire portant sur 3 001 patients permet de retenir le stress comme facteur aggravant signalé par les patients [16]. Cinquante-huit pour cent des patients invoquent le stress dans l'histoire clinique de leur urticaire, avec un retentissement de celle-ci et de ses contraintes sur la qualité de vie et le psychisme. Vingt-neuf pour cent des patients affirment être gênés vis-à-vis des autres, pour sortir ou se montrer à l'extérieur.

Un cas d'urticaire aiguë survenue quelques minutes après que le patient se soit aperçu qu'il était victime d'une opération

Tableau III. – Stress et urticaire.

Auteur, année	Type étude	Éléments étudiés	Tests	Patients	Résultats
Green, 1965	Rétrospective	Causes UC	Questionnaire	236 UC	Facteurs psychogènes 22 %
Czubalski, 1977	Ouverte contrôlée	Facteurs psychologiques	Examen psychosomatique MPIs	18 dermatographisme 13 U cholinergique 17 U au froid 30 témoins	Dermographisme 77,7 % U lors épisode frustrant 83 % rôle émotions — événement 38 % — stress 85 %
Teshima, 1982	Ouverte non contrôlée	Événements psycho-sociaux précessifs Stress et entretien UCI	Questionnaire	53 UCI	

U : urticaire ; UC : urticaire chronique ; UCI : urticaire chronique idiopathique ; MPIs : Maudsley Personality Inventory scoring.

frauduleuse est rapporté [17]. Celui-ci, sans antécédents particuliers en dehors d'une notion de sensibilité aux fraises dans l'enfance, est arrivé aux urgences avec une symptomatologie d'anxiété aiguë associée à une crise d'urticaire (sans autre facteur déclenchant retrouvé). La crise est passée en 5 heures, après la prise de tripeleminamine (anti-H1 non commercialisé en France : Fébrilase®).

Dans l'étude sur l'évolution de l'UC réalisée par Kozel *et al.*, 36 p. 100 des 220 patients suivis mentionnent le stress comme facteur aggravant [1].

Green *et al.* notent sur une étude rétrospective de 236 cas d'UC que dans 22 p. 100 des cas (n = 51) des facteurs psychogènes peuvent être considérés comme facteurs primaires [18]. Les causes physiques, alimentaires, médicamenteuses et cholinergiques ne représentent que 8 p. 100 des cas (n = 20). Les auteurs ne mettaient pas en évidence de cause dans 70 p. 100 des cas (n = 165). Après des investigations plus poussées, ils retrouvaient fréquemment intriqués des facteurs psychologiques favorisant les crises ou l'entretien de l'UC.

Teshima *et al.* ont mené une étude ouverte clinique et immunologique concernant certains aspects psychosomatiques des maladies cutanées [19]. Dans une partie de leur étude, ils ont étudié 53 patients atteints d'UCI à l'exclusion des urticaires physiques, hypocomplémentémiques et associées à une cryoglobuline. Différents événements étaient relevés suivant un questionnaire pré-établi par des psychologues concernant les faits précédant le début de l'urticaire et les aspects de la maladie actuelle. Ils retrouvent chez 20 patients (38 p. 100) différents événements précédant l'urticaire d'ordre psychosocial comme un déménagement, un changement d'école ou de travail, un mariage, un accouchement, une promotion, une nuit complète de travail, de l'anxiété, un choc. Sur ces 53 patients, 45 (85 p. 100) mentionnaient un facteur lié au stress dans l'entretien de l'UCI. Dans cette étude, les questionnaires, les groupes et le suivi ne sont pas définis, les auteurs s'attachant à étudier les liens entre le système nerveux autonome et l'urticaire.

Dans une revue récente de la littérature concernant le rôle du stress dans plusieurs maladies dermatologiques par Kimyai-Asadi et Usman [20], une attention particulière est portée à l'urticaire. L'étude de Czubalski et Rudzki [21] montre une coïncidence entre les premiers symptômes de

dermatographisme et une situation de frustration ou des événements stressants dans la majorité des cas. Des cas isolés d'urticaire aiguë et d'angioedème [22] ont également été rapportés après des situations stressantes comme un tremblement de terre [23] ou des soins dentaires [24]. Sont aussi décrites des observations d'urticaire adrénurgique (papules urticariennes entourées d'un halo blanc de vasoconstriction) survenant lors d'émotions, de stress ou d'exercices [25, 26]. Dans les cas rapportés, les crises d'urticaire sont associées à une élévation plasmatique des taux d'adrénaline, noradrénaline, prolactine et dopamine. Les symptômes sont reproductibles par l'injection intradermique d'adrénaline ou de noradrénaline. Les bêta-bloquants (propranolol) sont efficaces. Un cas d'urticaire au froid acquise idiopathique a été rapporté associé à des épisodes de manie survenant tous les hivers. L'urticaire au froid était apparue à 11 ans, révélée par un collapsus lors d'un bain, suivie d'épisodes récurrents tous les hivers jusqu'à l'apparition à 17 ans d'épisodes de manies hivernaux, précédés des manifestations d'urticaire au froid [27].

URTICAIRE PHYSIQUES ET FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Une seule étude a cherché des facteurs psychologiques associés aux urticaires physiques [21]. Czubalski et Rudzki [21], dans une étude contrôlée (groupe contrôle ayant une otite moyenne ou angine), ont analysé des patients ayant un dermatographisme (n = 18), une urticaire cholinergique (n = 13) et une urticaire au froid (n = 17). Ceux-ci ont subi un examen psychosomatique et la personnalité a été étudiée selon la Maudsley Personality Inventory scoring, non détaillée dans l'article. Aucun patient ayant une urticaire au froid ne déclare de relation entre les symptômes et les émotions (comme dans le groupe contrôle), tandis que 83 p. 100 et 76,9 p. 100 des patients avec respectivement un dermatographisme et une urticaire cholinergique notent le rôle de celles-ci. Parmi les patients ayant un dermatographisme, 77,7 p. 100 notent une coïncidence entre un épisode frustrant et la survenue des symptômes comparés à 21,4 p. 100, 23,5 p. 100 et 10 p. 100 dans le groupe témoin. Aucune analyse statistique n'est fournie dans cette étude.

On trouve donc fréquemment un lien entre psychisme et UCI, mais le plus souvent les groupes de patients urticariens sont peu décrits, l'ancienneté de l'évolution et les traitements

Tableau IV. – Qualité de vie chez les patients ayant une UCI.

Auteur, année	Type étude	Observation	Questionnaire	Nombre patients	Résultats chez UC
O'Donnell, 1997	Ouverte contrôlée	Qualité de vie UC-UC+URP-Maladie coronarienne sévère	Spécifique urticaire NHP	UC 69 UC+URP 73 Témoins 98	Perte énergie et sommeil Triste URP > UC (p)
Poon, 1999	Ouverte contrôlée	Qualité de vie UC-UC+URP-UP	DLQI	UC 47 UC + URP 26 UP ou autres 97	UC = détérioration modérée URP > UC (p) UC = DA sévères UC > acné, psoriasis, vitiligo

UC : urticaire chronique ; URP : urticaire retardée à la pression ; UP : urticaire physique ; NHP : Nottingham Health Profile ; DLQI : Dermatology Life Quality Index ; (p) : significatif avec $p < 0,05$; DA : dermatite atopique.

reçus ne sont pas explicités. Il s'agit essentiellement de patients consultant en Dermatologie ou en Allergologie, jamais en Médecine Générale. Quelques études s'intéressent à des patients hospitalisés, avec comme biais le stress inhérent à toute hospitalisation. Nous n'avons trouvé que 2 études comparant des témoins sains à des patients urticariens. Dans les autres publications, les groupes contrôles étaient atteints de différentes pathologies dermatologiques (psoriasis, dermatite atopique, pelade, infections fongiques). De plus dans l'une de ces études, le groupe témoin n'a pas été détaillé. Concernant la causalité de facteurs psychiques dans l'UCI, aucune étude prospective reprenant les événements stressants, les symptômes anxio-dépressifs et la survenue d'UC n'est trouvée dans la littérature. Les études portent toutes sur des patients présentant depuis un certain temps une urticaire, avec comme biais, la modification des perceptions et l'apparition d'un regard différent sur les événements passés, essayant souvent de trouver une explication par des événements vécus dans la survenue et l'entretien de cette urticaire.

Retentissement de l'urticaire chronique sur la qualité de vie

La qualité de vie reflète la manière dont un individu ressent et réagit à un état de santé et à d'autres aspects non-médicaux de sa vie. Cela comprend le bien-être physique et émotionnel et la satisfaction du fonctionnement social [28]. Peu d'études ont porté sur l'évaluation du degré d'incapacité et de handicap exprimé par les patients atteints d'UC (tableau IV).

O'Donnell *et al.* ont mesuré la qualité de vie en rapport avec la santé chez 142 patients atteints d'UCI isolée et d'UCI associée à une URP (URP). Ils ont comparé leurs résultats à ceux d'une étude précédente portant sur 98 hommes en attente de pontage coronarien pour, le plus souvent, une coronarite tri tronculaire [28, 29]. Ils ont utilisé 2 questionnaires, une mesure générale de l'état de santé (Nottingham Health Profile) [30] déjà employée dans de nombreuses pathologies et fournissant une indication sur la manière dont le patient ressent émotionnellement, socialement et physiquement un problème de santé et un questionnaire spécifique de l'urticaire. Ils ont trouvé que le groupe UCI souffrait

d'une importante perte d'énergie et de sommeil (38 p. 100 de troubles marqués et 54 p. 100 de perturbations plus modérées). Sur le plan émotionnel, les patients avaient un impact négatif sur leur propre image et sur leur attitude envers les autres. Ils se sentaient différents et embarrassés. Soixante trois pour cent des patients se plaignaient d'anxiété non spécifique. Quarante six pour cent s'inquiétaient du fait que les choses pouvaient empirer et 42 p. 100 étaient affectés par la nature imprévisible de l'évolution. Enfin, 25 p. 100 craignaient une maladie sous-jacente. Concernant l'impact sur le travail, sur les 103 patients ayant un emploi, 56 p. 100 ont manqué au moins un jour de travail en rapport avec l'urticaire. Le nombre moyen de jours d'absence était de 6,4 jours (1-31) et 74 p. 100 rapportaient que leurs performances étaient diminuées. La comparaison avec les patients coronariens sévères montre que les problèmes de sommeil étaient significativement plus importants chez les urticariens. Les scores d'énergie, d'isolement social et les facteurs émotionnels étaient similaires, tandis que les patients coronariens avaient plus de douleurs et de limitation de mobilité. Dans cette étude, la comparaison des groupes UCI ($n = 69$) et URP ($n = 73$) montre significativement, après ajustement sur l'âge et le sexe, que les patients ayant une URP sont plus limités pour la marche, la course, la station debout prolongée et le type de vêtements portés. Ils souffrent également d'un score de douleur plus élevé. De plus, les patients atteints d'URP ont plus de problèmes d'emploi et sont plus restreints dans leurs occupations. On déplore cependant l'absence de groupe contrôle sain dans cette étude.

Poon *et al.* ont étudié l'incapacité et la qualité de vie reliée à la santé en utilisant le Dermatology Life Quality Index (DLQI) chez 170 patients atteints d'UCI ou d'urticaire physique ayant consulté dans un centre spécialisé pendant une période de 4 mois [31, 32]. Les questionnaires ont été comparés aux DLQI mesurés antérieurement dans d'autres maladies dermatologiques communes (dermatite atopique, psoriasis, vitiligo et acné). Les auteurs trouvent que les patients souffrant d'UCI ont un retentissement modéré sur leur qualité de vie ($n = 47$; $DLQI = 25 \pm 24$ p. 100) tandis que ceux ayant également une urticaire physique, en particulier une URP ($n = 26$; $DLQI = 43 \pm 23$ p. 100), ont un retentissement significativement plus important surtout sur les dimensions de travail/études et sur

les symptômes de plaisirs et de sentiments. Ces scores sont similaires à ceux retrouvés antérieurement chez des atopiques sévères (60 p. 100) et sont plus élevés que ceux de patients atteints de psoriasis (29,7 p. 100), acné (24,3 p. 100) et vitiligo (16,1 p. 100). Dans cette étude, on déplore également l'absence de groupe contrôle bien portant.

Traitements à visée psychologique

Les patients avec une UCI ont souvent des troubles psychologiques associés. Il semble important de les dépister afin de mettre en place une approche thérapeutique adaptée. En effet, différentes études s'accordent pour reconnaître l'interférence de facteurs psychiques dans la perception, l'aggravation (voire le déclenchement) des symptômes allergiques.

La littérature concernant les modalités de cette prise en charge psychologique est pauvre. On trouve des expériences d'auteurs, des rapports de cas et quelques études ouvertes et mais peu d'études contrôlées.

En fonction des différents symptômes présents à l'examen clinique, stress, anxiété, dépression, dégradation de la qualité de vie, différentes prises en charge sont à discuter.

D'après plusieurs auteurs, lors de l'examen clinique, il est important de déterminer à quel point la détresse émotionnelle est psychosomatique et somatopsychique. Un problème psychosomatique réfère à une situation où des stress externes, comme des difficultés professionnelles ou des problèmes familiaux, mènent à une aggravation des lésions cutanées. Un problème somatopsychique réfère au stress que le patient ressent lorsqu'il expérimente une poussée de sa maladie cutanée. Parfois les deux composantes se retrouvent, créant un cercle vicieux perpétuant la poussée des lésions cutanées [5, 33, 34].

Si la condition est principalement psychosomatique, il est important de recommander au patient des techniques de management du stress en vue de diminuer le stress externe subi. Par contre, si les conditions sont essentiellement somatopsychiques, ceci peut donner une justification pour intensifier des traitements systémiques. Dans ces groupes de patients, l'anxiété et la tension émotionnelle résultant de situations stressantes apparaissent être un problème majeur contribuant aux poussées des lésions. Un traitement anxiolytique peut se justifier [33].

Il faut savoir reconnaître l'anxiété, associant des symptômes psychologiques comme inquiétude excessive, sensation de tension, incapacité de se détendre et des symptômes physiques avec hyperventilation, palpitations, tremblements, sueurs, mictions fréquentes. Quand les symptômes deviennent suffisamment importants pour interférer avec le vécu quotidien, l'utilisation d'un traitement anxiolytique peut devenir approprié. Deux types sont principalement utilisés, les benzodiazépines (alprazolam, Xanax®, lorazepam, Temesta®) et la buspiron (Buspar®) [33].

L'urticaire n'est pas un signe de dépression en elle-même, mais on trouve plus fréquemment des patients avec une dépression sous-jacente qu'il est important de savoir reconnaître. La dépression est caractérisée par une humeur dépres-

sive, des épisodes de pleurs, une tristesse, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, des ruminations excessives, des sentiments de culpabilité, une anhédonie, des idées suicidaires. Il peut s'associer des symptômes physiques comme une hypersomnie ou des insomnies, une constipation, une anorexie ou une hyperphagie. Dans le cadre de l'urticaire, il faut savoir chercher ces symptômes avant d'orienter le patient et éventuellement débiter un traitement antidépresseur. Le choix du traitement, parmi les nombreux antidépresseurs, se portera préférentiellement sur des molécules ayant une possible action sur l'urticaire [5, 33].

Les traitements psychotropes ont également été essayés chez des patients n'ayant pas d'anomalies psychiatriques, en particulier la doxépine, avec des posologies plus faibles que celles habituellement utilisées pour traiter des désordres psychiatriques.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les patients ayant une UCI ont le plus souvent des troubles psychologiques peu importants. Un soutien psychologique par le praticien pourrait suffire dans la plupart des cas mais il n'y a pas d'étude publiée concernant les modalités et l'impact d'une telle prise en charge. Une étude a été réalisée sur 228 patients ayant différentes formes d'hypersensibilité immédiate et d'urticaire. Les patients ont été évalués par des questionnaires sur les tensions psychologiques et la motivation pour un traitement d'ordre psychosocial [35]. Les patients avec urticaire avaient un stress psychologique et une motivation pour un soutien psychosocial significativement supérieur à ceux ayant une intolérance médicamenteuse ou une hypersensibilité aux piqûres d'insectes. Les techniques préférées des sujets urticariens étaient l'éducation du patient, suivie de la relaxation. Ces techniques seraient à préconiser aux patients qui souhaitent se responsabiliser et qui ont un sentiment d'abandon et de limitation sociale. Aucun résultat n'a été publié concernant l'efficacité de cette prise en charge.

De nombreux auteurs s'accordent sur la nécessité de réassurance, d'écoute et d'éducation du patient. Les patients ont souvent peur de l'inconnu, de l'absence de cause, du cancer, de la contagiosité, du pronostic incertain lors de l'évolution d'une pathologie chronique cutanée. Lors de la consultation, il est important de rechercher d'éventuels facteurs favorisant l'entretien de la pathologie, des difficultés particulières dans le vécu du patient qu'il semble important de verbaliser [4].

Aucune étude n'a validé ce type de prise en charge. Il semble cependant que, dans le cadre de l'UCI, la recherche de difficultés psychosociales, l'éducation et la réassurance du patient par le praticien, une attitude compréhensive, d'écoute soient des éléments importants dans la grande majorité des cas. Le recours à d'autres types de thérapeutiques, psychotropes, psychothérapie et thérapies comportementales par des équipes spécialisées reste à discuter en fonction de la sévérité des symptômes psychologiques, de l'état anxio-dépressif [33, 34, 36-39].

PSYCHOTROPES

Antidépresseurs

Ils sont utiles quand indiqués, mais si une réponse adéquate n'a pas été obtenue après une période de 3 à 4 semaines avec une posologie suffisante, il appartient au médecin de réévaluer le traitement, et, éventuellement de réorienter le patient. Le choix est à faire en fonction du patient et dans le respect des contre-indications des traitements proposés.

• Doxépine

La doxépine (Quitaxon®), antidépresseur de type imipraminique, est le plus étudié des antidépresseurs dans l'UC. Il a une forte activité antihistaminique H₁, une faible activité anti-H₂ et une faible action muscarinique. Son activité anti-H₁ *in vitro* est 775 fois supérieure au diphenhydramine (anti-H₁ retrouvé dans l'Actifed®), 56 fois plus que l'hydroxyzine et son activité anti-H₂ est 6 fois supérieure à la cimétidine (Tagamet®) [40].

La posologie utilisée dans les études est faible par rapport à celle employée dans le traitement de la dépression (10 à 100 mg par jour en 2 à 3 prises atteints progressivement ; parfois 100 à 400 mg par jour en psychiatrie).

Dans une étude contrôlée en double aveugle avec « cross-over » publiée par Greene *et al.*, la réponse de 50 patients avec une UC à un traitement par doxépine 10 mg, 3 fois par jour était favorable dans 74 p. 100 des cas pour contrôler les symptômes, comparée à seulement 10 p. 100 dans le groupe diphenhydramine (Nautamine®) 25 mg, 3 fois par jour [41]. Les 50 patients avaient une UCI évoluant depuis plus de 6 semaines, résistant à un traitement antérieur. Après biopsie cutanée, les patients étaient classés en 3 groupes, urticaire simple, urticaire lymphocytaire et urticaire leucocytoclasique (vascularite urticarienne). Les patients tenaient un journal retraçant les symptômes d'urticaire (durée, fréquence, taille et nombre des lésions). Les effets secondaires des traitements étaient notés à J14 et J31 (sommolence, fatigue, sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, rétention urinaire ou changement de l'appétit). Les patients ont reçu en aveugle la doxépine pendant 14 jours, un wash-out de 3 jours par un placebo et la diphenhydramine pendant 14 jours. L'ordre des traitements était randomisé, avec 25 patients dans chaque groupe. L'évaluation des traitements a été faite par l'analyse du journal quotidien tenu par les patients et chacun d'entre eux devait choisir le traitement qu'il trouvait le plus efficace à la fin de l'essai. L'évaluation statistique a été faite comparant le score des symptômes, l'incidence des effets secondaires et la comparaison à la fin des 2 traitements. Parmi les 50 patients, 2 avaient des anticorps antinucléaires positifs, 4 une diminution du CH₅₀, 5 une baisse du C₃, 3 un taux de TSH élevé, 12 des anticorps antimicrosomes ou antithyroglobuline positifs. Parmi les 23 patients avec une urticaire simple, 17 avaient une urticaire modérée et 6 sévère. Parmi les 24 patients avec une urticaire lymphocytaire, 5 avaient des lésions modérées et 19 sévères. Les 3 patients avec une vascularite leucocytoclasique avaient une urticaire sévère. Une disparition complète des lésions d'urticaire est survenue chez 43 p. 100 des patients sous doxépine contre 5 p. 100 avec

la diphenhydramine ($p < 0,001$). Un contrôle partiel ou total était obtenu chez 74 p. 100 des patients dans le groupe doxépine et 10 p. 100 dans le groupe diphenhydramine ($p < 0,001$). Dix pour cent n'avaient pas d'amélioration et 6 p. 100 la même réponse quel que soit le traitement reçu. En comparant les groupes urticaires simple et lymphocytaire, la réponse était plus favorable dans le groupe urticaire simple (22/23 *versus* 17/24). Concernant les effets secondaires, la doxépine est moins sédatrice (22 p. 100 *versus* 46 p. 100 ; $p < 0,05$), mais donne plus de sécheresse buccale (42 p. 100 *versus* 16 p. 100 ; $p < 0,05$). Sous doxépine, 2 patients ont eu une augmentation d'appétit. La durée des traitements était courte et l'analyse des symptômes psychologiques n'était pas prise en compte.

Goldsobel *et al.* ont mené une étude contrôlée en double aveugle avec cross-over sur l'efficacité de la doxépine contre placebo [40]. Sur 18 patients atteints d'UCI évoluant depuis plus de 3 mois et résistante à des traitements antérieurs, 16 ont pu être analysés statistiquement (2 sortis d'étude). Les histologies pratiquées ne montraient pas de vascularite urticarienne et 1 patient avait de discrets dépôts d'IgG, IgM et IgA à la jonction dermo-épidermique, sans C₃. Les patients étaient randomisés pour recevoir soit de la doxépine 25 mg, 3 fois par jour, soit un placebo pendant un mois puis cross-over sans wash-out. Les évaluations étaient faites au début et à la fin des 2 périodes de 4 semaines, et les patients étaient contactés par téléphone tous les 15 jours. Les sujets pouvaient prendre si besoin de la chlorpheniramine. L'évaluation des lésions était faite par les patients en tenant un journal, notant le nombre de lésions, le pourcentage de temps éveillé avec des lésions, le degré de prurit et/ou d'inconfort, la survenue d'angio-œdème, le nombre de comprimés de chlorpheniramine consommés ainsi que les effets secondaires des traitements. Les auteurs ont également évalué la réponse urticarienne à l'injection intradermique d'histamine et de codéine, avant l'essai et à la fin des 2 périodes de 4 semaines à distance de la prise d'anti-H₁ (tests effectués chez 13 patients sur 16). Le pourcentage de décroissance des symptômes était calculé par la formule [(moyenne du score placebo - moyenne du score doxépine)/moyenne du score placebo] x 100. Il y avait une décroissance significativement plus importante du score des symptômes dans le groupe doxépine par rapport au groupe placebo dans toutes les catégories : 51 p. 100 moins de lésions (2,02 *versus* 0,98 ; $p < 0,001$), 43 p. 100 moins d'heures éveillées avec des lésions (1,88 *versus* 1,08 ; $p < 0,01$), 64 p. 100 moins de prurit ou d'inconfort (1,38 *versus* 0,49 ; $p < 0,001$) et 75 p. 100 moins d'angio-œdème (0,85 *versus* 0,21 ; $p < 0,001$). Le nombre de comprimés d'anti-H₁ consommés lors des 2 traitements était significativement plus bas dans le groupe doxépine (0,15 *versus* 1,15), soit une diminution de 95 p. 100 ($p < 0,05$). Les patients traités par doxépine avaient une diminution significative de la taille des papules induites par l'histamine ou la codéine à la fin de la période de 4 semaines ($p < 0,001$). Les effets secondaires rapportés lors du traitement par doxépine étaient une somnolence (12 patients avec disparition après 4 jours chez 6 patients) et une sécheresse buccale (12 sur 16). Un patient se plaignait d'une sécheresse

oculaire, un autre d'un trouble de l'accommodation, et un dernier une constipation légère. Quatre patients ont noté une augmentation de l'appétit et un gain de poids. Dans cette étude les facteurs psychologiques ne sont pas pris en compte. De plus, les doses utilisées sont très inférieures à celles utilisées dans le traitement d'une dépression, ceci étant probablement responsable de la faible intensité des effets secondaires.

Harto *et al.* ont mené une étude contrôlée, en double aveugle avec « cross-over », étudiant l'efficacité de la doxépine et de la méquitazine (Primalan®) comparée à un placebo, sur 27 patients avec une UCI évoluant depuis au moins 2 mois [42]. Deux patients n'ont pas pris correctement les traitements et un a été perdu de vue, soit 24 patients évalués. L'étude a consisté en 3 périodes de 15 jours. Durant chaque période les patients recevaient d'une manière randomisée la doxépine 5 mg 2 fois par jour, la méquitazine 5 mg, 2 fois par jour ou un placebo. Les patients tenaient un journal où ils notaient quotidiennement l'évaluation de leurs symptômes cutanés (nombre de papules, érythème et prurit). Les scores étaient : absence de lésion ou symptôme (0), quelques lésions ou symptômes modérés [1], nombreuses lésions ou symptômes sévères [2]. A la fin de chaque période, les patients signalaient les effets secondaires et leur impression d'efficacité du traitement. A la fin de l'essai, ils signalaient quel traitement leur avait semblé le plus efficace sur l'urticaire. Sur les 3 composantes, la doxépine et la méquitazine ont été plus efficaces que le placebo ($p < 0,01$), avec une absence de différence significative entre les 2 traitements (résultats sur 24 patients évaluable). Sept patients ont considéré la doxépine comme le plus efficace et 9 la méquitazine, aucun pour le placebo. Six patients ont signalé une somnolence sous doxépine et 3 sous méquitazine. Une sécheresse buccale était notée à 14 reprises, 3 avec la doxépine, 3 avec la méquitazine et 8 avec le placebo. Cette étude montre une efficacité équivalente des 2 traitements évalués par rapport au placebo. Les doses et la durée du traitement par doxépine ne conviennent pas au traitement d'une symptomatologie dépressive, qui n'est d'ailleurs pas prise en compte dans l'étude.

• Nortriptyline

Morley a publié en 1969 une étude contrôlée en double aveugle avec crossover sur l'efficacité de la nortriptyline (antidépresseur tricyclique retiré du marché en France) *versus* placebo sur 12 patients ayant une UCI ou un dermographisme évoluant depuis plus de 6 mois [44]. Chaque patient a reçu la nortriptyline à la posologie de 25 mg 3 fois par jour pendant 4 semaines et un placebo pendant 4 semaines, sans autre traitement. Il n'y avait pas de période de « wash-out ». En l'absence d'efficacité à J14, appréciée subjectivement et objectivement, les patients recevaient l'autre traitement. Dix patients sur 12 ayant reçu la nortriptyline ont eu une amélioration (8 cotées bonne et 2 partielle) et ne notaient pas d'amélioration ou se sentaient moins bien lors de la prise du placebo. Dans tous les cas améliorés par la nortriptyline, le maintien du traitement était nécessaire pour contrôler l'urticaire. Il y avait peu d'effets secondaires, essentiellement une

fatigue et une somnolence disparaissant après les premiers jours du traitement.

• Antidépresseurs tricycliques avec activité anti-H1

La trimipramine (Surmontil®) et l'amitriptyline (Laroxyl®, Elavil®) ont une forte activité anti-H1. La posologie recommandée dans le traitement d'état dépressif est initialement de 25 à 75 mg pour la trimipramine, pouvant atteindre 75 à 100 mg par jour. Il faut débiter entre 50 et 75 mg pour l'amitriptyline, jusqu'à 100 à 150 mg par jour. L'imipramine (Tofranil®) et la clomipramine (Anafranil®) ont une activité anti-H1 plus faible [46]. Il n'y a pas d'étude spécifique dans le cadre de l'UCI.

• Sérotoninergiques

Gupta et Gupta ont rapporté 2 cas de patients ayant une UCI survenant lors d'attaque de panique (DSM-III-R), répondant favorablement à un traitement par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, Prozac® et sertraline, Zoloft®) [43]. Ce type de traitement est faiblement antihistaminique, suggérant un autre mécanisme d'action. La première patiente avait une UCI évoluant depuis au moins 2 ans qui, lors de crises sévères, s'associait à des attaques de panique. L'alprazolam (Xanax®) n'était pas efficace. Elle a reçu un traitement par fluoxétine 40 mg par jour pendant 18 mois. Durant un suivi de 36 mois, elle n'eut aucune récurrence d'urticaire. L'autre patiente âgée de 56 ans avait une urticaire récurrente depuis l'âge de 26 ans, sans cause retrouvée, nécessitant une prise régulière d'hydroxyzine (Atarax®) et 2 à 3 fois par an de corticoïdes oraux (prednisolone). A cette urticaire s'associait des attaques de panique fréquentes. Des traitements par divers anxiolytiques et antidépresseurs (amitriptyline, Laroxyl®, imipramine, Tofranil®) étaient inefficaces. Elle a reçu un traitement par sertraline 100 mg par jour. Une amélioration des attaques de panique et de l'urticaire était notée en 4 semaines. Durant l'année de suivi, elle n'eut que quelques crises d'urticaire modérée, ne nécessitant pas de recours à une corticothérapie par voie générale et répondant bien à l'hydroxyzine.

Anxiolytiques et antidépresseurs

Hashiro et Yamatodani ont publié une étude portant sur 40 patients ayant de l'urticaire sans cause retrouvée évoluant depuis au moins un mois, et ayant une diminution insuffisante des symptômes par un traitement antihistaminique ou anti-allergique pris depuis au moins un mois [45]. Les patients ont été divisés en 2 groupes en fonction de leurs scores à 3 tests psychologiques (MAS, SDS, CMI). Vingt-trois patients avaient un score élevé indiquant une symptomatologie anxio-dépressive, et 17, un score bas. Ils ont étudié chaque groupe avec ou sans l'adjonction d'un traitement psychotrope à un traitement antihistaminique ou anti-allergique. Il n'y avait pas de traitement psychothérapeutique spécifique associé. Seize patients ont reçu un traitement psychotrope, dans 13 cas de l'alprazolam (Xanax®), 1 cas du clonazépam (Veratran®), 1 cas du fludiazépam et 1 cas de la maprotiline (Ludiomil®). Vingt-quatre patients n'ont pas reçu de traitement psychotrope et ne recevaient pas de placebo. Les antihistaminiques

et antiallergiques étaient très divers. Le traitement était prescrit pour 6 mois avec un contrôle à 2 et 6 mois. Quatre sur 17 patients avec score psychologique bas et 12 avec score haut ont reçu un traitement psychotrope. Concernant l'incidence de l'urticaire, dans le groupe faible score avec traitement psychotrope ($n = 4$), 3 patients avaient une réponse presque complète ou complète (DR) à 2 mois (75 p. 100) et 1 une rémission partielle. A 6 mois, 3 patients sur 4 étaient en DR en continuant les traitements et 1 patient en rémission complète (CR) sans traitement soit 100 p. 100 de bons résultats. Les taux correspondant dans le groupe sans traitement psychotrope étaient 61,5 p. 100 (8/13) à 2 mois et 46,2 p. 100 (6/13) à 6 mois (pas de différence significative, groupes peu homogènes et faibles). Dans le groupe avec score psychologique élevé recevant un traitement psychotrope, 10 sur 12 (82,3 p. 100) étaient en DR ou CR à 2 mois et 12 sur 12 (100 p. 100) à 6 mois. Le taux correspondant dans le groupe sans traitement psychotrope était de 45,5 p. 100 (5/11) à 2 et 6 mois. On trouve une différence significative à 6 mois ($p = 0,0056$). Concernant le degré d'amélioration, il n'y a pas de différence significative en fonction de la prise de psychotrope dans le groupe score psychologique faible à 2 et 6 mois. Par contre dans le groupe haut score, on constate une amélioration significative à 6 mois avec 8 patients sur 12 (66,7 p. 100) fortement améliorés contre 1 sur 11 (9 p. 100) avec $p = 0,0056$. Il n'y a pas de différence significative à 2 mois. Les auteurs suggèrent donc l'intérêt d'un traitement combiné prolongé chez les patients anxieux, dépressifs ou avec de forts symptômes psychosomatiques. Chez les patients avec des troubles psychologiques peu sévères, l'efficacité semble moindre (bien que 100 p. 100 soient améliorés à 6 mois, les données sont non significatives et ne concernent que 4 patients).

Autres psychotropes avec forte activité anti-H1

Parmi les traitements antidépresseurs, la Nefazadone (Serzone®, non commercialisé en France) [46], la miansérine (Athytil®), la mirtazapine (Norset®) ont une activité anti-H1, non évaluée spécifiquement dans l'UCI.

Certains neuroleptiques ont également une activité anti-H1 comme la chlorpromazine (Largactil®), la clozapine (Leponex®) et l'olanzapine (Zyprexa®) [47].

PSYCHOTHÉRAPIES

Recours au psychiatre : quand ? Comment préparer le patient ? Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de réponses à ces questions, mais des avis d'auteurs, insistant essentiellement sur le dépistage d'une pathologie psychologique sous-jacente, et sur une prise en charge initiale par le médecin traitant l'urticaire [5].

Hashiro rapporte le cas d'une patiente de 35 ans ayant une UCI résistant à des traitements antihistaminiques et anti-allergiques variés pendant 5 mois [48]. Le bilan étiologique était négatif de même que les tests physiques. Des tests psychologiques (Cornell Medical Index, Manifest Anxiety Scale, Self-rating Depression scale) suggéraient une forte anxiété et dépression. Hashiro a débuté un traitement anxio-

lytique avec un faible effet antidépresseur (alprazolam 0,8 mg) associé à un support psychologique et du kétotifène (Zaditen®). En 15 jours, les symptômes se sont améliorés et après 4 mois la dose d'alprazolam est réduite de moitié. Quelques mois plus tard, devant une récurrence de la symptomatologie dépressive associée à une poussée d'urticaire, un traitement antidépresseur (maprotiline) est introduit et le soutien psychologique poursuivi. Après 5 mois, on constate cliniquement et par les tests psychologiques une amélioration de l'état anxio-dépressif et de l'éruption, tout disparaissant quelques temps après. L'auteur suggère que dans certains cas l'association d'un soutien psychologique à un traitement anti-allergique, anxiolytique et antidépresseur peut être indiqué.

Keegan, en 1975, a fait une revue de la littérature sur les différents facteurs associés aux UC, en particulier psychologiques, sociaux et somatopsychiques [36]. Dans cette revue, il rapporte 3 cas de patients avec une UC (supérieure à 3 mois) dont 2 cas améliorés après la prise en charge de facteurs psychologiques, soit par une thérapie courte orientée vers des problèmes individuels et conjugaux associée à de l'hydroxyzine, soit par quelques séances de psychothérapie. Un troisième patient qui avait une relation difficile avec sa mère, a vu son urticaire débuter lors d'une relation avec une jeune femme. Deux ans de psychothérapie n'ont pu régler ni le conflit ni l'urticaire, possiblement car la situation était inchangée et que la mère et la petite amie participaient à perpétuer les symptômes. L'auteur rapporte l'intérêt d'une prise en charge globale en fournissant des explications aux patients sur les causes aggravantes, en prescrivant un traitement spécifique des symptômes (antihistaminique si possible avec effet anxiolytique comme hydroxyzine), en abaissant l'anxiété par des traitements symptomatiques (soit anxiolytiques ou antidépresseurs si patients anxiodépressifs). Il discute d'autres traitements comme la relaxation, l'hypnose ou une thérapie comportementale, et parfois des psychothérapies courtes soit par le médecin traitant soit par un psychiatre, pouvant être individuelle, conjugale ou familiale. On ne retrouve pas d'études concernant le type de thérapie. Il semble important de s'adapter aux situations.

D'après Koblenzer [5], l'anxiété chronique (accompagnée ou non de dépression) répond le mieux à une psychothérapie face à face, parfois associée à un traitement anxiolytique lors de crises aiguës. L'effet sur le devenir de l'urticaire n'est pas étudié.

Le recours à un psychiatre peut se discuter après avoir déterminé cas par cas, que la réponse au traitement n'est pas satisfaisante, qu'il n'y a pas de cause organique sous-jacente, que la maladie cause une gêne significative dans la vie du patient et que le soutien psychique et les traitements prescrits sont inadéquats. Il semble important de préparer le patient à consulter un psychiatre, en lui expliquant que l'on a éliminé des maladies sous-jacentes, que l'on comprend à quel point il souffre et que son urticaire retentit sur sa qualité de vie et le fait se sentir mal. Il faut essayer d'éduquer le patient sur notre connaissance actuelle de l'urticaire (complexe multifactoriel physico-socio-biologique). Le médecin devrait essayer de

restituer au patient ce qu'il a appris de lui lors de sa prise en charge et lui faire comprendre la nécessité d'aller plus profondément dans la prise en charge psychologique. Il continuera le suivi purement dermatologique du patient. Si l'orientation vers un psychiatre est refusée, il faut savoir la faire accepter graduellement. Il y aura toujours des patients qui resteront réfractaires à une telle prise en charge. Dans l'expérience de Koblenzer, celle-ci est rarement indiquée. La conjonction d'un traitement antihistaminique associée à des explications et un support en consultation du patient suffit en général [5]. D'après Susskind [34], comme des facteurs émotionnels peuvent altérer la réponse « allergique », quand un facteur psychogénique est évident, une simple psychothérapie et des antihistaminiques tranquillisants sont utiles. Si ceci s'avère insuffisant et que des facteurs psychologiques sont présents, on peut envisager d'adresser le patient à un psychiatre.

HYPNOSE-SUGGESTION-RELAXATION

Lors d'une étude testant l'efficacité d'un traitement médicamenteux de l'UC, les auteurs ont noté l'impact positif de la suggestion chez les patients recevant un placebo [49].

Une revue récente sur la place de l'hypnose en dermatologie a été publiée, reprenant les rares publications concernant l'urticaire [50].

Effet de l'hypnose sur la réponse à l'injection d'histamine

Plusieurs études ont analysé l'inhibition de la réponse de type hypersensibilité immédiate par une suggestion directe sous hypnose. Black rapporte la diminution de cette réponse chez 8 patients sur 12 dans une étude non contrôlée [51]. Laidlaw *et al.* ont comparé dans une étude contrôlée portant sur 5 patients asthmatiques les réponses à l'injection intradermique d'histamine après 3 séances de suggestion sous hypnose. Il était demandé aux patients de contrôler leurs réactions par rapport à 3 séances sans hypnose. L'érythème, mais pas la papule, était significativement réduit après l'hypnose [52]. Dans une autre étude portant sur 38 patients non allergiques, ils ont comparé une session contrôle et une session après une séance de suggestion sous hypnose, après avoir déterminé la réponse individuelle à l'injection intradermique d'histamine. Ils notent chez 32 sur 38 patients une diminution significative de la papule urticarienne après la séance d'hypnose ($p < 0,001$) [53].

Guillet *et al.* ont étudié l'effet de l'hypnose sur la réactivité cutanée à l'histamine chez 22 patients (5 hommes, 17 femmes) ayant un terrain allergique (rhinite ou sinusite allergique, urticaire, dermatite atopique et/ou allergie alimentaire) et 12 témoins non allergiques traités par hypnose pour anxiété, insomnie, céphalées, phobie, anorexie, boulimie [54]. Les traitements antihistaminiques étaient arrêtés depuis 48 heures. Tous les patients avaient un prick-test à l'histamine et à une solution témoin de sérum physiologique avec une évaluation des tests après 5 minutes. Ces tests étaient recommencés 40 minutes après la séance de relaxation hypnose. Il avait été vérifié chez 2 témoins que la répétition des tests à 15, 30 et 45 minutes ne diminuait pas la

réponse cutanée oedémateuse. Avant relaxation, les tests avaient en moyenne 9,1 mm de diamètre chez les allergiques et 8 mm chez les témoins. La deuxième série de tests après 40 minutes de transe hypnotique montrait une réduction de 42 p. 100 de la surface de la papule oedémateuse chez 21 sur 22 patients, avec une diminution de 51 p. 100 chez les allergiques et 36 p. 100 chez les témoins. Il n'y a pas d'analyse statistique dans l'article, et les différentes réponses en fonction des pathologies allergiques ne sont pas données. De plus, les auteurs n'ont pas indiqué les résultats concernant les prick-tests contrôles. Néanmoins, il est intéressant de noter que chez les patients allergiques, l'épreuve de relaxation s'est accompagnée d'une impression subjective d'amélioration après 5 à 6 séances (non analysée de façon objective). Le résultat de cette étude plaide pour le fait que l'hypnose puisse intervenir sur la réaction histaminique, chez les patients allergiques et chez les témoins. Les auteurs posent la question de l'intérêt d'une approche psychologique adjuvante chez certains patients allergiques. Celle-ci nécessite la participation active du patient capable de répéter à domicile les exercices de relaxation, éventuellement avec l'aide d'enregistrements sur cassette (sous réserve d'une évaluation concernant la corrélation entre réduction de la papule et amélioration clinique).

Une autre étude, publiée en 1966, a étudié l'effet d'une hypnose peu profonde sur les papules urticariennes histamino-induites en comparant 10 patients contrôles, 10 patients allergiques à la jacobée sans antécédent d'urticaire et 10 patients avec une UCI [55]. Ils ont testé dans les 3 groupes les réactions à 2 séries de 5 prick-tests, effectuées simultanément sur les 2 bras, à l'histamine (3 dilutions), la jacobée et au sérum physiologique. Les réactions ont été testées dans plusieurs conditions : avant suggestion hypnotique, lors d'une première séance d'hypnose et lors d'une deuxième séance d'hypnose après 15-21 jours en conditionnant les patients pour obtenir une réponse différente sur les 2 bras (un bras conditionné pour une augmentation de l'érythème ou de la papule et un bras conditionné pour une décroissance ou stabilité). Le lecteur des tests ne savait pas quel conditionnement avait été effectué. Les tests étaient lus après 15 minutes, pendant lesquelles le sujet restait en état d'hypnose. Les résultats étaient appréciés sur l'intensité des papules et de l'érythème. Les résultats sous hypnose étaient comparés avec ceux obtenus lors des conditions contrôles. Ceux-ci n'ont montré aucune différence significative dans la réponse quels que soient les groupes (mais ces résultats ne sont pas entièrement exposés et ne sont pas vérifiables). Les auteurs suggèrent en se reportant à des études précédentes [51], que la profondeur de l'hypnose n'était peut-être pas suffisante.

Hypnose : études cliniques

Daniels rapporte, en 1973, le cas d'une patiente ayant une UC, augmentée par le stress et l'anxiété, résistante à de nombreux traitements (antihistaminiques, tylenol, doxépine, seconal, corticothérapie...) [56]. Elle avait des crises quotidiennes depuis la reprise de son travail, associées à de sévères céphalées. Elle a été traitée par l'apprentissage d'une technique de désensibilisation au cours d'une relaxation muscu-

laire profonde. Durant le traitement, dans l'objectif de diminuer son anxiété proche de zéro, une légère transe hypnotique était induite. En 12 semaines, l'urticaire cessa complètement, et la patiente était encore en rémission après un suivi de 23 mois.

On retrouve une seule étude évaluant l'hypnose dans l'UC [57]. Celle-ci, non contrôlée en simple aveugle, porte sur 15 patients (ayant un âge de 23 à 63 ans, avec une évolution de l'urticaire allant de 4 mois à 47 ans, 7,8 ans en moyenne). Le but de l'étude était de déterminer si l'hypnose pouvait améliorer les signes et symptômes de l'urticaire, et dans ce cas, le résultat était-il corrélé avec la susceptibilité du patient à l'hypnose. Chaque patient recevait deux conditionnements de même durée mais pas dans le même ordre. Le premier conditionnement était une induction hypnotique avec relaxation et suggestion pour la levée des symptômes et le conditionnement contrôle consistait en la pratique de tests psychologiques (Rorschach et Thematic apperception test), ainsi qu'en l'obtention de l'histoire clinique de chaque patient. L'ordre était déterminé par tirage au sort. Ces séances étaient suivies par un test quantifiant la susceptibilité à l'hypnose. L'efficacité clinique était mesurée par 4 items : le nombre de papules, l'intensité du prurit lors de l'évaluation, l'intensité du prurit pendant les 2 heures et la durée du prurit pendant la session de 2 heures. Les papules et le prurit étaient mesurés à 3 points : avant toute expérience, après la première période de 2 heures et après la seconde période de 2 heures. Chaque patient recevait une cassette de la session d'hypnose avec la recommandation de l'utiliser si besoin afin d'assurer une auto-hypnose, et un suivi par courrier était engagé. Après analyse statistique (analyse de covariance par rapport à la base-line et test de Fisher), les auteurs ont trouvé une diminution significative par rapport à la base line des mesures concernant le prurit mais pas du nombre des papules. Comparé aux mesures lors de la session contrôle, le prurit était plus faible mais non significativement, sans que l'ordre des sessions n'intervienne. Concernant « l'hypnosabilité » des patients, en utilisant le Barber Scale for creative imagination, 6 patients étaient considérés comme hypnotisables et 9 non. Dans les 2 groupes, les patients ont noté une amélioration, mais dans le groupe hypnotisable les patients sont devenus plus symptomatiques pendant la session contrôle. Cinq sur 6 patients hypnotisables rapportaient une relation avec un stress dans la survenue des crises, et 3 sur 9 dans l'autre groupe. Chez les patients non-hypnotisables, le prurit pendant la séance d'hypnose disparaissait en intensité et en durée. Concernant l'efficacité à long terme, tous les patients ont répondu aux courriers d'évaluation (suivi de 5 à 14 mois). Six patients sur 15 étaient en rémission complète. Sur les 9 autres, 7 rapportaient une amélioration et 2 une stabilité. Aucun ne signalait d'aggravation. Mais les patients n'ont pas été réexaminés et l'on n'a pas de données sur l'utilisation de l'auto-hypnose par les patients ni sur les autres traitements. Néanmoins, 12 sur 15 patients affirmaient prendre moins de traitement, parmi ceux-ci, 6 avaient tout arrêté. Ces données sont non contrôlées. Il peut s'agir de l'évolution naturelle de l'urticaire, malgré la longue évolution pour

certain patients. Les auteurs ont néanmoins montré dans cette étude une amélioration concernant l'intensité et la durée du prurit lors de symptômes aigus d'UC par des séances de relaxation et suggestion sous hypnose. Les résultats concernant le suivi sont plus discutables mais l'étude n'était pas faite dans ce sens.

TECHNIQUE DE BIOFEEDBACK

Par cette technique, les patients reçoivent des informations auditives ou visuelles concernant une fonction autonome particulière et apprennent, par un mécanisme non élucidé, à exercer un contrôle volontaire sur cette fonction [4]. Lors d'une prise en charge psychologique, il peut s'avérer important de prendre en compte, par ces techniques de biofeedback, la réaction du patient et de son entourage vis-à-vis de l'urticaire.

Aucune étude n'a été publiée concernant l'efficacité dans le traitement de l'UCI.

THERAPIE COMPORTEMENTALE

La thérapie comportementale a été parfois rapportée utile chez des patients ayant un prurit chronique, essentiellement lors de dermatites atopiques [58].

Aucune étude n'a été publiée dans le cadre du traitement de l'UC.

THERAPIES DE GROUPE

Des thérapies de groupe ont été essayées dans le psoriasis, de petits groupes de patients ayant un psoriasis se rencontrant pour discuter de leurs problèmes en présence d'un modérateur et d'un médecin. Les sentiments d'anxiété, dépression et le comportement de malade ont diminué [59].

Aucune étude n'a été trouvée concernant l'UC.

Quand débiter le traitement ?

Tous les cas doivent être évalués individuellement (comme cas unique) par le médecin qui doit avoir plusieurs questions à l'esprit. Jusqu'à quel niveau les symptômes interfèrent-ils avec la qualité de vie du patient ? Quels buts semblent-ils servir dans le fonctionnement psychique ? Le patient semble-t-il sérieusement anxieux ou déprimé ? Est-ce que l'inquiétude exprimée est à la hauteur de la sévérité des symptômes ? Le patient semble-t-il capable de former une alliance thérapeutique avec le médecin ? Est-il psychotique ? A-t-il des hallucinations ou des illusions [5] ?

Le médecin peut apporter un soutien psychothérapique initial en reprenant sans précipitation toute l'histoire clinique, associée à un examen clinique soigneux et des examens de laboratoire appropriés, ainsi qu'en rassurant le patient et en lui expliquant simplement le processus de la « maladie ». Les peurs concernant le pronostic, une maladie interne sous-jacente, la malignité et la contagion doivent être abordées [4].

Il est probablement important de prendre en compte les facteurs de stress associés, et d'essayer d'aménager l'environnement, aussi bien au domicile qu'au travail [34].

Une fois qu'une attitude de soutien est mise en place permettant de développer une bonne relation de travail, la prise en charge initiale peut être communément effectuée grâce à la médecine conventionnelle. Si le problème persiste ou en cas d'aggravation, le médecin peut alors envisager un traitement complémentaire, soit un traitement antidépresseur ou anxiolytique. D'autres techniques peuvent être envisagées et il est alors nécessaire dans ce cas d'adresser le patient à des centres spécialisés (hypnose, biofeedback, relaxation, thérapie comportementale).

Aucune étude parue dans la littérature ne porte sur le moment le plus opportun pour débiter une prise en charge psychologique pour les patients ayant une UCI.

Conclusion

La prise en charge psychologique des patients ayant une UCI semble donc nécessaire, en raison de la grande fréquence de manifestations psychologiques lors de l'évolution de celle-ci. Les études publiées concernent essentiellement la prescription de psychotropes et l'utilisation de thérapies avec suggestion ou relaxation sous hypnose. On ne trouve pas d'étude prospective étudiant l'impact d'une prise en charge psychologique adaptée sur l'évolution de l'UCI.

Références

- Kozel MMA, Mekkes JR, Bossuyt PMM, Bos JD. Natural course of physical and chronic urticaria and angioedema in 220 patients. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:387-91.
- Champion RH, Robert SOB, Carpenter RH, Roger JG. Urticaria and angio-oedema: a review of 544 patients. *Br J Dermatol* 1969;81:588-97.
- Kobza Black A, Champion RH. Urticaria. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM Eds. *Textbook of dermatology*. 6th Ed. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications ; 1998:2113-39.
- Cotterill JA, Millard LG. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM Eds. *Textbook of dermatology*. 6th Ed. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications ; 1998:2785-813.
- Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol* 1983;119:501-12.
- Guillet G, Garcia C, Guillet MH. Urticaire et psychisme : du constat clinique aux neuroptides. *Rev Fr Allergol* 1998;38:401-4.
- Badoux A, Guinépain MT, Duchanel D. Les facteurs psychosociaux dans les urticaires chroniques. *Rev Fr Allergol* 1991;31:105-9.
- Badoux A, Levy DA. Psychologic symptoms in asthma and chronic urticaria. *Ann Allergy* 1994;72:229-34.
- Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *Br J Med Psychol* 1980;53:277-82.
- Sperber J, Shaw J, Bruce S. Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom* 1989;51:135-41.
- Hashiro M, Okomura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1994;8:129-35.
- Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985;44:122-31.
- Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine* 1994;56:36-40.
- Hein UR, Henz BM, Hausteil UF, Seikowski K, Aberer W, Lautenschlager S, Klapp BF. Correlation between chronic urticaria and depression/somatization disorder. *Hautarzt* 1996;47:20-3.
- Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990;123:769-74.
- Guillet G, Chanal I. Urticaire chronique. *Réal Ther Dermatol* 1998;74:16-7.
- Pistiner M, Pitlik S, Rosenfeld J. Psychogenic urticaria. *Lancet* 1979;2:1383.
- Green GR, Koelsche GA, Kierland RR. Etiology and pathogenesis of chronic urticaria. *Ann Allergy* 1965;23:30-6.
- Teshima H, Kubo C, Kihara H et al. Psychosomatic aspects of skin diseases from the standpoint of immunology. *Psychother Psychosom* 1982;37:165-75.
- Kimyai-Asadi A, Usman A. The role of psychological stress in skin disease. *J Cutan Med Surg* 2001;5:140-5.
- Czubalski K, Rudzki E. Neuropsychic factors in physical urticaria. *Dermatologica* 1977;154:1-4.
- Chue PW. Acute angioneurotic edema of the lips and the tongue due to emotional stress. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41:734-8.
- Stewart JH, Goodman MM. Earthquake urticaria. *Cutis* 1989;43:340.
- Longley AJ, Fiset L, Getz T, Van Arsdel PP, Weinstein P. Fear can mimic latex allergy in patients with dental phobia. *Gen Dent* 1994;42:236-40.
- Shelley WB, Shelley ED. Adrenergic urticaria: a new form of stress-induced hives. *Lancet* 1985;2:1031-3.
- Hausteil UF. Adrenergic urticaria and adrenergic pruritus. *Acta Derm Venerol* 1990;70:82-4.
- Harvey NS, Mikhail WI. Seasonal hypomania in a patient with cold urticaria. *Br J Psychiatry* 1986;149:238-41.
- O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997;136:197-201.
- Caine N, Harrison SCW, Sharples LD et al. Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *Br Med J* 1991;302:511-6.
- Nottingham Health Profile. [http : //195.101.204.50:443/public/NHP.html](http://195.101.204.50:443/public/NHP.html)
- Poon E, Seed PT, Greaves MW, Kobza-Black A. The extent and nature of disability in different urticarial conditions. *Br J Dermatol* 1999;140:667-71.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology* 1994;19:210-6.
- Koo JYM, Pham CT. Psychodermatology: Practical Guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992;128:381-8.
- Susskind W. Psychosomatic aspects of skin disease. *The practitioner* 1972;208:298-306.
- Augustin M, Zschocke I, Koch A, Schopf E, Czech W. Psychological status and motivation for psychosocial intervention in patients with allergic disorders. *Hautarzt* 1999;50:422-7.
- Keegan DL. Chronic urticaria: clinical psychophysiological and therapeutic aspects. *Psychosomatics* 1976;17:160-3.

37. Sanger MD. Psychosomatic approach to allergic dermatoses. *Ann Allergy* 1968;26:314-20.
38. Y a-t-il une indication pour les sédatifs en dermatologie ? *Ann Dermatol Venereol* 1995;122:637-9.
39. Russel BF. Emotional factors in skin disease. *Br J Psychiatry* 1975;spec. n°9:447-52.
40. Goldsobel AB, Rohr AS, Siegel SC, Spector SL, Katz RM, Rachelefsky GS et al. Efficacy of doxepin in the treatment of chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 1986;78:867-73.
41. Greene SL, Reed CE, Schroeter AL. Double-blind crossover study comparing doxepin with diphenhydramine for the treatment of chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:669-75.
42. Harto A, Sendagorta E, Ledo A. Doxepin in the treatment of chronic urticaria. *Dermatologica* 1985;170:90-3.
43. Gupta MA, Gupta AK. Chronic idiopathic urticaria associated with panic disorder: a syndrome responsive to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants? *Cutis* 1995;56:53-4.
44. Morley WN. Nortriptyline in the treatment of chronic urticaria. *Br J Clin Pract* 1969 23:305-6.
45. Hashiro M, Yamatodani Y. A combination therapy of psychotropic drugs and antihistaminics or anti-allergics in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1996;11:209-13.
46. Gupta MA, Gupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;128:512-8.
47. Stoeber PE, Ligeron C, Meunier L, Meynadier J. Antihistaminiques. « Thérapeutique dermatologique » : éd. Dubertret L, Paris : Flammarion 2001:929-35.
48. Hashiro M. Psychosomatic treatment of a case of chronic urticaria. *J Dermatol* 1995;22:686-9.
49. Rudzki E, Włodzimierz B, Krzysztoł C. The suggestive effect of placebo on the intensity of chronic urticaria. *Acta Allergol* 1970;25:70-3.
50. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol* 2000;136:393-9.
51. Black S. Inhibition of immediate-type hypersensitivity response by direct suggestion under hypnosis. *BMJ* 1963;1:925-9.
52. Laidlaw TM, Richardson DH, Booth RJ, Large RG. Immediate-type hypersensitivity reactions and hypnosis: problems in methodology. *J Psychosom Res* 1994;38:569-80.
53. Laidlaw TM, Booth RJ, Large RG. Reduction in skin reactions to histamine after a hypnotic procedure. *Psychosom Med* 1996;58:242-8.
54. Guillet G, Favennec F, Ciavaldini P. Effets de l'hypnose-relaxation sur le test à l'histamine : des perspectives en thérapeutique ? *Rev Fr Allergol* 1999;39:561-3.
55. Levine MI, Geer JH, Kost PF. Hypnotic suggestion and the histamine wheal. *J Allergy*. 1966;37:246-50.
56. Daniels LK. Treatment of urticaria and severe headache by behavior therapy. *Psychosomatica* 1973;15:347-51.
57. Shertzer CL, Lookingbill DP. Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. *Arch Dermatol* 1987;123:913-6.
58. Melin L, Frederiksen T, Noren P et al. Behavioural treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1986;115:467-74.
59. Schulte MB, Cormane RH, van Dijk E et al. Group therapy of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:61-6.