

Les aspects clinico-épidémiologiques de l'urticaire chronique en Algérie

The clinical-epidemiological aspects of chronic urticaria in Algeria

R. Boussaid

Service de dermatologie, CHU de Constantine, Constantine, Algérie

Reçu le 20 janvier 2016 ; accepté le 20 janvier 2016

Disponible sur Internet le 15 mars 2016

Résumé

L'urticaire chronique est l'affection la plus fréquente puisqu'elle touche 15 à 20 % de la population. Cela signifie que près d'une personne sur cinq fera au moins une poussée d'urticaire dans sa vie. Les personnes les plus souvent affectées par l'urticaire chronique sont plutôt jeunes, entre 20 et 40, et généralement des femmes. Le nombre de sujets touchés ne cesse d'augmenter, comme en témoigne la quantité croissante de consultations en dermatologie motivées pour une urticaire chronique. L'interrogatoire et l'examen clinique restent les éléments essentiels de la démarche diagnostique devant une urticaire chronique, car ils peuvent mettre en évidence dès la première consultation un certain nombre de causes dont la prise en charge permettra d'espérer une disparition des symptômes. Les antihistaminiques représentent le traitement de première intention des urticaires chroniques. Dans les formes résistantes, environ 10 % des cas, des thérapeutiques alternatives peuvent être proposées, en évaluant leur rapport bénéfice–risque.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Urticaire chronique ; Bilan ; Traitements

Abstract

Chronic urticaria is the most common skin condition in Algeria since it affects 15–20% of the population. This means that nearly one in five people will have at least one episode of urticaria in his lifetime. The people most often affected by chronic urticaria are quite young, between 20 and 40 years of age, and women are more often affected. The number of affected individuals is increasing, as evidenced by the increasing amount of dermatology consultations for chronic urticaria. The patient's history and clinical examination are essential elements of the approach to the diagnosis of chronic urticaria because they can highlight from the first consultation a number of causes whose support will give hope for disappearance of the symptoms. Antihistamines are the first line treatment for chronic urticaria. In resistant forms, about 10% of cases, therapeutic alternatives can be proposed after assessing their risk–benefit ratio.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Chronic urticaria; Algeria; Diagnosis; Treatment

1. Introduction

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente. Elle motive 1 à 2 % des consultations de dermatologie, en effet 15 à 20 % de la population a fait au moins une poussée d'urticaire au cours de sa vie. L'urticaire chronique (UC) habituellement

bénigne peut être une pathologie invalidante. Sa prise en charge pose de nombreux problèmes étiologiques et thérapeutiques.

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

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de dermatologie de l'hôpital Benbadis de Constantine sur une période de 3 ans, allant de janvier 2012 à décembre 2015.

Adresse e-mail : riadhattef@yahoo.fr

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

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

2. Patients et méthodes

L'âge moyen des patients était de 39,60 ans avec des extrêmes allant de 23 à 65 ans. Une prédominance féminine était observée avec un sex-ratio H/F était de 0,20.

Le délai moyen de consultation était de 27 mois. L'interrogatoire a révélé que 52 patients ont déjà eu un traitement avant leur 1^{re} consultation : des antihistaminiques dans 47 cas, des corticostéroïdes systémiques dans 18 cas, une association des deux dans 34 cas.

Concernant la présentation clinique de l'urticaire, un tableau clinique typique fait de papules et de plaques érythémato-œdémateuses prurigineuses migratrices et fugaces, a été retrouvé chez tous les patients. Un tableau grave à type d'œdème de Quincke a été observé 3 patients.

L'examen physique a révélé un dermographisme dans 2 cas.

Le bilan étiologique déjà demandé avant la première consultation au niveau de notre service comportait : des explorations biologiques (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, bilan enzymatique hépatique, une sérologie des hépatites virales et un bilan hormonal thyroïdien), des explorations immunologiques (anticorps antinucléaires, anticorps antithyroïdiens, sérologie de l'*Helicobacter pylori* [HP]), des explorations allergologiques (tests épicutanés, dosage des IgE totales), un examen parasitologique des selles, une biopsie cutanée, une immunofluorescence directe et des tests physiques.

L'enquête étiologique a permis de conclure à une urticaire idiopathique dans 76 cas, l'urticaire était considérée de type physique dans 5 cas (urticaire cholinergique [2 cas], urticaire au froid [1 cas], urticaire au froid [2 cas]).

Dans notre étude, tous les patients ont été traités par des antihistaminiques en 1^{re} intention. Il s'agissait essentiellement d'antihistaminique de 2^e génération (75 cas). Le méthotrexate a été instauré chez 14 patients présentant une résistance aux antihistaminiques. Une amélioration partielle au bout d'un délai moyen de 3 mois était rapportée chez 12 patients. Une rémission complète était observée chez 69 patients (Fig. 1).

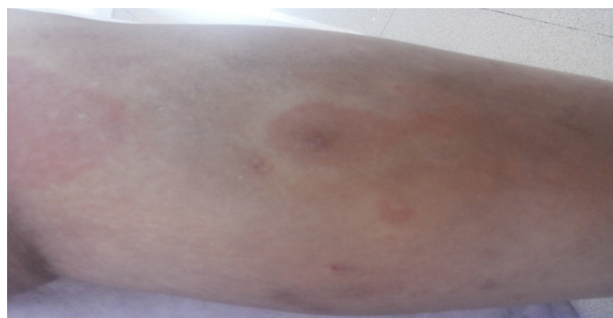


Fig. 1. Poussée d'urticaire chronique.

3. Discussion

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

Conformément aux données de la littérature [1,2], l'UC a intéressé dans notre série surtout l'adulte jeune (âge moyen : 39,60 ans). Une prédominance féminine nette était observée contrastant avec la majorité des études qui ne rapportent pas de prédominance de sexe évidente [1,3,4,9] ; ceci pourrait être expliqué par une doléance esthétique plus importante chez la femme. Les facteurs déclenchant des poussées urticariennes chez nos patients étaient essentiellement physiques, l'identification de ces facteurs à l'interrogatoire permet déjà d'orienter le diagnostic étiologique.

Dans notre étude, la démarche diagnostique n'était pas toujours standardisée. Le bilan étiologique était orienté en fonction des signes d'appel. La multiplicité des causes étiologiques de l'UC incite le praticien parfois à la réalisation de bilans exhaustifs et coûteux mais les études récentes soulignent le faible rendement d'un bilan approfondi systématique. Actuellement, suite aux recommandations de la conférence de consensus de 2003 [5] sur la prise en charge des urticaires chroniques, la prescription d'un bilan minimal orienté en fonction des données de l'anamnèse et de la clinique est préconisée. Devant un patient ayant une UC, il faut effectuer un interrogatoire et un examen clinique minutieux à la recherche d'éléments évocateurs de maladie associée ou d'une forme particulière d'UC. Devant une urticaire isolée aucun bilan ne sera réalisé et un traitement antihistaminique sera prescrit. Devant une résistance au traitement après 4 semaines d'observance, on proposera alors un bilan comportant une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, une C réactive protéine, la recherche des anticorps anti-TPO et un dosage de la TSH.

L'interrogatoire et l'examen clinique seront repris et le bilan sera réorienté [3–6].

Les étiologies de l'UC sont multiples et parfois intriquées. Les urticaires physiques représentent 10 à 20 % des UC [4] elles sont évoquées dès l'anamnèse devant l'identification de facteurs déclenchant spécifiques, devant des circonstances de survenue stéréotypées, leur caractère récidivant et une topographie évocatrice. Le diagnostic sera confirmé par des tests spécifiques visant à reproduire le stimulus physique en cause. Dans notre série, une étiologie a été individualisée chez 5 patients. L'urticaire physique était l'étiologie la plus fréquente (6,57) des cas.

L'urticaire était considérée comme idiopathique dans 76 cas (93,82 %). Chez nos malades, l'urticaire idiopathique était retenue comme diagnostic d'élimination lorsqu'on a écarté toutes les causes connues accessibles à un bilan raisonnable [7].

Dans notre série, les antihistaminiques de 2^e génération constituent le traitement de choix en 1^{re} intention permettant de contrôler l'UC dans la majorité des cas, en effet 85 % de nos patients ont présenté une amélioration plus ou moins complète suite à un traitement régulier par des antihistaminiques. Il n'existe pas d'éléments dans la littérature permettant de

privilégier une molécule donnée [5,8]. Dans notre série, on note également l'arrêt d'une corticothérapie systémique abusive chez 18 patients au cours de la première consultation [10]. Le méthotrexate a été proposé à faible dose (7,5 mg/semaine) avec succès et une bonne tolérance chez 14 patients après échec des antihistaminiques.

4. Conclusion

L'urticaire est une affection fréquente dont les étiologies sont multiples et parfois intriquées, ce qui rend la démarche étiologique difficile et décevante. Les résultats de notre étude confortent les recommandations actuelles en matière d'exploration d'UC. Un bilan a minima guidé par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique permet de limiter une recherche étiologique non codifiée et exhaustive. Le traitement antihistaminique demeure le traitement de choix entraînant souvent une amélioration notable évitant une corticothérapie abusive et dangereuse.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Guldakke KK, Khachemoune A. Etiology, classification, and treatment of urticaria. *Cutis* 2007;79:41–9.
- [2] Guinépain M-T. Traitements de l'urticaire chronique résistant aux antihistaminiques H1. *Ann Dermatol Venerol* 2003;130 [1S78–1S85].
- [3] Grattan C, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:645–57.
- [4] Morand JJ, Lightburn E. Urticaires. In: EMC Dermatologie. Paris: Elsevier Masson SAS; 2000 [98-480-A-10].
- [5] Conférence de consensus. Texte long. Prise en charge de l'urticaire chronique. *Ann Dermatol Venerol* 2003;130 [1S182–1S192].
- [6] Barcat D. Quel bilan faut-il réaliser devant une urticaire chronique ? *Ann Dermatol Venerol* 2003;130 [1S95–1S104].
- [7] Amsler E. Bilan allergologique et urticaire chronique. *Ann Dermatol Venerol* 2003;130 [1S105–1S120].
- [8] Doutre MS. Conduite à tenir devant une urticaire chronique. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2004;44:11.
- [9] Brodell LA, Beck LA, Saini SS. Pathophysiology of chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008;100 [291-322-19].
- [10] Augéy F, Guillot-Pouget I, Gunera Saad N, Berard F, Nicolas JF. Effet de l'arrêt des corticoïdes au cours de l'urticaire chronique (étude prospective de 17 malades). *Ann Dermatol Venerol* 2008;135: 21–5.