



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'urticaire chronique : du diagnostic au traitement dans la population Tunisienne

Chronic Urticaria: From diagnosis to treatment in a Tunisian population

M. Ben Brahim*, Y. Soua**, M. Toumi, M. Korbi, I. Lahouel, H. Belhadjali, M. Youssef, J. Zili

Service de dermatologie, CHU de Fattouma-Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 13 octobre 2020

Accepté le 19 janvier 2021

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Urticaire chronique

Urticaire chronique spontanée

Urticaire inducible

Facteurs déclenchants

Dysthyroïdies

RÉSUMÉ

But de l'étude. – L'urticaire est une dermatose inflammatoire qui constitue un motif de consultation fréquent en dermatologie. L'urticaire chronique (UC) est définie par la présence quotidienne ou de poussées récidivantes d'urticaire superficielle et/ou d'angio-œdèmes pendant une période qui dépasse 6 semaines. L'UC regroupe 2 catégories : l'UC spontané (UCS) et l'UC inducible (UI). Le but de ce travail est de connaître les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques de cette affection dans la population tunisienne afin d'améliorer la prise en charge.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant 200 patients ayant une UC, suivis à la consultation externe de dermatologie ou hospitalisés dans le service de dermatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de 7 ans, allant de 2010 à 2016.

Résultats. – Nos patients étaient répartis en 132 femmes et 68 hommes. Leur âge moyen était de 36,3 ans. Tous les patients avaient les signes cutanés typiques d'urticaire. Dans notre série, l'UC était spontanée dans 64 % des cas et inducible dans 26 % des cas. Le stress était rapporté comme un facteur déclenchant de poussées de l'UC spontanée (UCS) par 12 %. Les facteurs déclenchants de l'UC inducible (UI) les plus rapportés chez nos patients étaient la chaleur et la pression. Tous les patients avaient reçu un traitement à base d'antihistaminiques avec une évolution favorable chez 45 % des patients. Un renforcement du traitement était préconisé chez les patients qui échappaient au traitement de première intention. Une découverte fortuite de dysthyroïdies était faite chez 5 % des patients.

Conclusion. – Nous suggérons qu'une recherche d'anticorps antithyroïdien et de signes biologiques et cliniques de dysthyroïdies chez les patients consultant pour UC serait très intéressante.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Aim. – Urticaria is an inflammatory skin disease and is a common reason of consultation in dermatology. Chronic Urticaria (CU) is defined by recurrent episodes repeated iteratively for at least 6 weeks. Chronic Urticaria is classified according to whether it is inducible or not into chronic spontaneous Urticaria or chronic inducible Urticaria. The aim of this study is to determinate epidemiological, clinical and etiological characteristics of chronic Urticaria in the Tunisian population in order to ameliorate the treatment.

Patients and methods. – The study was performed as a case-series study of 200 newly referred patients to our dermatology unit in Fattouma Bourguiba university hospital over a period of 7 years (2010–2016).

Results. – The total number of patients was: 132 females and 68 males. The average age of the total population was 36.3 years. All patients had typical skin rash and clinical signs of Urticaria. In our study, CU was spontaneous in 64% of patients and inducible in 26% of patients. Stress was reported as a trigger for chronic spontaneous urticaria (CSU) by several patients (12%). The most common trigger for chronic inducible urticaria (IU) was heat followed by pressure. All patients had been treated by antihistamine

Keywords:

Chronic Urticaria

Spontaneous chronic Urticaria

Induced Urticaria

Triggers

Dysthyroidism

* Auteur correspondant.

** Auteur correspondant.

Adresses e-mail : benbrahime.marwa24@gmail.com (M. Ben Brahim), soua.yosra@hotmail.fr (Y. Soua).

drugs with a favorable outcome in 45% of patients. Strengthening of treatment was recommended in patients who escaped first-line treatment. A fortunate discovery of dysthyroidism was made in 5% of patients.

Conclusion. – We suggest further investigate the role of dysthyroidism clinical and biological signs in chronic Urticaria.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'urticaire est une dermatose inflammatoire qui constitue un motif de consultation fréquent aussi bien en dermatologie qu'en médecine générale. Environ 20 % des individus ont souffert d'un épisode urticaire aiguë au moins à un moment donné de leur existence [1]. L'épidémiologie tunisienne demeure inconnue.

L'urticaire chronique (UC) est définie par la présence quotidienne ou de poussées récidivantes d'urticaire superficielle et/ou d'angio-œdèmes pendant une période qui dépasse 6 semaines [2]. Sa prévalence est estimée entre 0,5 et 5 % dans la population générale [3,4]. Elle est moins fréquente (0,1 et 0,3 %) chez les enfants et les adolescents [5]. Selon la nouvelle classification de 2013, l'urticaire chronique regroupe deux catégories [6–8] : l'urticaire chronique spontanée (UCS) qui est définie par l'apparition d'une urticaire superficielle associée ou non à des angio-œdèmes sans l'intervention d'un stimulus physique externe et non reproductible par les tests de provocations et l'urticaire inducible (UI) qui regroupe le dermographisme, les urticaires vibratoire, aquagénique, solaire, cholinergique, au froid, à la pression adrénergique. Les patients atteints d'UCS peuvent présenter des exacerbations suite à des facteurs déclenchants, autres que les stimuli physiques, connus ou non. L'UI est provoqué ou induit par un stimulus physique reproductible défini tel que : friction, vibration, eau, rayonnement solaire, chaleur, froid ou pression [2,6,9].

L'UCS est la catégorie la plus fréquente. Le caractère chronique, source d'anxiété pour le patient et d'embarras pour le médecin traitant, paraît à l'origine d'une recherche incessante de la cause qui reste non identifiable dans la majorité des cas. La coexistence de certaines comorbidités était rapportée par plusieurs études.

Ainsi, une meilleure connaissance des caractéristiques épidémiologiques et cliniques, des étiologies, et des pathologies associées s'impose afin d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients.

2. Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant 200 patients ayant une UC, suivis à la consultation externe de dermatologie ou hospitalisés dans le service de dermatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de 7 ans, allant du 1^{er} janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2016. Tout les patients ayant une urticaire datant de plus de 6 semaines et dont le diagnostic était confirmé par le médecin traitant étaient inclus. Les patients ayant une urticaire fixe, les urticaires survenant dans le cadre d'une vascularite et les angio-œdèmes héréditaires, étaient exclus. Une étude des données épidémiologiques, concernant l'âge, le sexe et les antécédents personnels et familiaux des patients, ainsi que les données cliniques, comportant la recherche des facteurs déclenchants, du délai d'évolution avant la consultation et du caractère saisonnier, était réalisée. Les caractéristiques sémiologiques des lésions, ainsi que les paramètres biologiques, les modalités thérapeutiques et l'issue évolutive des patients, étaient recherchés. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées par le logiciel SPSS 21.0 version française. Des fréquences

simples et relatives pour les variables qualitatives ainsi que des moyennes, des médianes et des écarts-types pour les variables quantitatives étaient calculés. Le test de Chi² avec correction de Fisher pour la comparaison des effectifs et le test-t de Student pour la comparaison des moyennes étaient utilisés. une valeur de $p < 0,05$ était considérée significative.

3. Résultats

Nous avons inclus dans notre étude rétrospective 200 patients atteints d'UC durant une période de 7 ans, soit 33,3 nouveaux cas/an et une incidence hospitalière égale à 0,42 %. Nos patients étaient répartis en 132 femmes et 68 hommes. Le sexe-ratio (H/F) était de 0,51. L'âge moyen dans notre série était de 36,3 ans avec des extrêmes allant de 1 an à 80 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle entre 21 ans et 40 ans. La répartition de nos patients selon la tranche d'âge est représentée sur la Fig. 1.

Dans notre série, 7 % des patients avaient un terrain d'atopie familiale. L'antécédent personnel d'atopie était trouvé chez 13 % des patients ($n = 26$). Cinq patients (2,5 %) avaient au moins deux manifestations d'atopie en même temps.

Le délai moyen entre la date d'apparition des premiers symptômes et la date de consultation était de 6 mois avec des extrêmes allant de 2 à 18 mois.

Le prurit était un signe commun rapporté par tous les patients. L'atteinte cutanée était à type de papules dans 57 % des cas et de plaques dans 31 %. L'association de papules et plaques était notée dans 12 % des cas. Quatre patients avaient des lésions entourées d'un halo clair, ce qui correspondait à une urticaire adrénergique. Tous les patients avaient une urticaire superficielle. Un angio-œdème y était associé dans 23,5 % des cas et localisé le plus souvent au niveau des lèvres. Les lésions étaient généralisées dans 67 % des cas.

Dans notre série, l'UC était spontanée dans 64 % des cas et inducible dans 26 % des cas. Parmi nos patients, 10 % avaient une association d'urticaire inducible et spontanée. Les facteurs déclenchants de l'UI les plus répandus dans notre population d'étude, étaient la chaleur suivie par la pression et l'effort. La majorité des UCS (59 % des patients atteints d'UC) n'avaient aucun facteur déclenchant identifiable. Concernant les facteurs déclenchants de poussées mentionnés par les patients, le stress était le facteur déclenchant de poussées le plus rapporté, suivi par les infections et les aliments (Tableau 1).

À la biologie, 24 % des patients ($n = 48$) avaient un taux des IgE totales élevés et 3,5 % des patients ($n = 7$) avaient une sérologie de l'helicobacter-pylori positif. Un bilan thyroïdien (TSH et FT4) perturbé était retrouvé dans 5 % des cas ($n = 10$) dont 80 % ($n = 8$) avaient des anticorps antithyroïdien (AAT) positifs. Seulement 2 patients avaient des AAT positifs en dehors d'une perturbation du bilan thyroïdien.

Tous les patients de notre étude étaient traités par des antihistaminiques. Une corticothérapie systémique était prescrite chez 24 % des patients. Les antihistaminiques principalement prescrits étaient : la Cétérizine, dans 58,5 % des cas, et la Desloratadine, dans 23,5 % des cas, à la dose de 5 mg/jour.

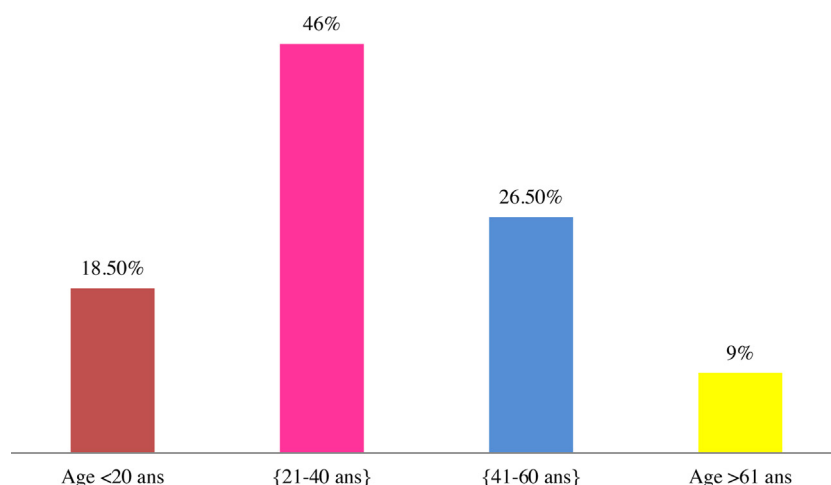


Fig. 1. Répartition des patients selon l'âge.

Tableau 1
Les facteurs déclenchants de l'UC.

Facteur déclenchant	n	(%)
UI		
Chaleur	33	16,5
Pression	22	11
Effort	18	9
Soleil	8	4
Frottement	7	3,5
Eau	5	2,5
Froid	3	1,5
USC		
Stress	24	12
Infections	14	7
Aliments	12	6
Médicaments	5	2,5
Absence de facteur	118	59

L'évolution était marquée par une nette amélioration chez 45 % des patients traités par les antihistaminiques. Cependant, nous avons recours à une majoration de la dose d'antihistaminique ou l'ajout d'un deuxième antihistaminique dans 47 % des cas.

4. Discussion

Dans notre étude, l'UC avait une prévalence hospitalière de 0,42 % avec une incidence de 33,3 cas par an. Cette prévalence est légèrement supérieure à celle décrite par l'étude tunisienne menée par Zaraq et al. où elle était évaluée à 0,32 % [10]. L'âge moyen dans notre série était de 36 ans. Plusieurs études rapportaient la survenue d'UC de façon préférentielle chez l'adulte jeune [11,12]. Notre série révélait une prédominance féminine, avec un sexe-ratio (H/F) de 0,51. Cette prédominance féminine était aussi notée dans plusieurs études publiées dans la littérature [10,11].

La relation de cause à effet entre atopie et UC est controversée. S'agit-il d'une étiologie, d'une comorbidité ou d'une simple association fortuite ?

En effet, la prévalence significativement élevée des manifestations d'atopie, notamment l'asthme, la rhinite allergique et la dermatite atopique, chez les patients atteints d'UC, était rapportée dans la littérature [13–16]. Le risque relatif d'asthme ou de rhinite allergique chez les patients atteints d'UC était estimé à 4,68, selon une étude Coréenne récente [13]. Dans notre étude, 13 % des patients avaient une histoire personnelle d'asthme ou rhinite allergique ou dermatite atopique.

Au sein des UC, l'UCS est plus fréquent que l'UI [17,18]. Conformément aux données de la littérature, le diagnostic d'UCS était

retenu chez la majorité de nos patients (64 %). Le stress intervient comme un facteur aggravant de l'urticaire selon 12 % des patients. Il est méthodologiquement difficile de prouver son rôle dans la genèse de l'urticaire. Il était, en effet, noté que les patients souffrant d'UC adoptent plus fréquemment un style de vie stressant et que ces patients ont plus de risque de souffrir d'un stress post-traumatique [19].

Les facteurs alimentaires et infectieux étaient considérés comme facteurs déclenchants chez respectivement 6 % et 7 % de nos patients. Cette participation alimentaire s'associe le plus souvent à une urticaire aiguë récidivante. Dans l'étude menée par Cherrez et al, 10 % des patients atteints d'UCS avaient incriminé une origine alimentaire [20]. Cependant, des études menées sur des populations asiatiques ont rapporté une moindre prévalence variant entre 1,1 et 2,8 % [21,22].

Les facteurs déclenchants de l'UI dans notre série étaient dominés par : la chaleur et la pression et plus rarement le froid. En faisant une revue de la littérature, une grande variabilité des facteurs déclenchants de l'UI était notée et était régie principalement par le facteur climatique et l'origine géographique. En effet, la chaleur, la transpiration et l'exposition au soleil étaient les facteurs déclenchants les plus incriminés dans une étude de la population maghrébine où le climat était potentiellement chaud avec de longues journées ensoleillées [18]. Cependant, dans une étude d'une population canadienne, où la température moyenne mesurée au mois de juin est de l'ordre de -9°C , l'urticaire était induit par le froid dans 100 % des cas [23].

L'association urticaire chronique et infection à HP reste controversée. Elle est le sujet de plusieurs publications. Plusieurs études, faites en Europe et en Asie, avaient rapporté une association significative entre sérologie positive de HP et urticaire chronique [24].

Une forte prévalence de la présence des AAT avec ou sans dysthyroïdies était largement rapportée dans la littérature. En effet, une méta-analyse, datant de 2015, a montré une prévalence significativement plus élevée des AC antithyroïdiens chez les patients atteints d'UC par rapport aux groupes contrôles [25].

Parmi nos patients, 24 % avaient des IgE totales élevées. Ceci nous laisse suggérer plusieurs hypothèses. L'urticaire chronique serait-elle une forme d'atopie ? Les IgE seraient-ils incriminés dans la genèse de l'urticaire chronique via un mécanisme auto-immun ? En effet, dans l'étude comparative, publiée par Kessel et al., le taux des IgE totales était significativement plus élevé chez des patients atteints d'urticaire chronique [26]. Cette élévation était aussi associée d'une façon significative à la sévérité de l'urticaire chronique. D'autre part, les maladies auto-immunes sont associées

principalement aux auto-anticorps IgG. Cependant, le rôle des autres classes d'immunoglobulines, en particulier les IgE, en pathologie auto-immune était soulevé dans une étude, menée par Charles et al., concernant le lupus érythémateux systémique [27].

Sur le plan thérapeutique, La prescription des antihistaminiques de 2^e génération est recommandée dans les différentes conférences de consensus internationales [6,7,28]. L'augmentation des doses des antihistaminiques de 2^e génération compte parmi les options thérapeutique depuis les recommandations de 2009 [28] et garde toujours sa place jusqu'au dernier consensus lorsque la posologie de première intention (1 cp/jour) n'est pas suffisamment efficace pour contrôler l'urticaire [7].

Dans notre série, les antihistaminiques de 2^e génération avaient permis un contrôle de l'UC dans la majorité des cas. En effet, 45 % de nos patients ont présenté une amélioration totale.

5. Conclusion

L'UC de type spontané était la forme d'UC la plus fréquente dans notre étude conformément aux données de la littérature.

L'UI concernait 26 % des patients dans notre série. La chaleur était alors le stimulus le plus fréquemment en cause, noté dans 16,5 % des cas.

Une dysthyroïdies était découverte fortuitement chez 10 patients (5 %). La fréquence de cette association justifie la surveillance régulière du bilan thyroïdien chez les patients suivis pour UC afin de détecter l'apparition de dysfonction thyroïdienne.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J* 2012;5(11):125–47.
- [2] Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009;64(10):1417–26.
- [3] Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133(5):1270–7.
- [4] Cherrez-Ojeda I, Robles-Velasco K, Bedoya-Riofrío P, Schmid-Grendelmeier P, Cherrez S, Colbatzky F, et al. Checklist for a complete chronic urticaria medical history: an easy tool. *World Allergy Organ J* 2017;10(1):34.
- [5] Lara-Corrales I, Balma-Mena A, Pope E. Chronic urticaria in children. *Clin Pediatr* 2009;48(4):351–5.
- [6] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy* 2014;69(7):868–87.
- [7] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 revision and update. *Allergy* 2018;73(7):1393–414.
- [8] Beck LA, Bernstein JA, Maurer M. A review of international recommendations for the diagnosis and management of chronic urticaria. *Acta Derm Venereol* 2017;97(2):149–58.
- [9] Du Thanh A. Urticaires inducibles et urticaires chroniques spontanées. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141(Supplement 3):S570–9.
- [10] Zaza I. Urticaire chronique à propos de 233 cas. *Tunis Med* 2010;88(11):794–8.
- [11] Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol* 2010;35(8):869–73.
- [12] Gaig P, Olona M, Muñoz Lejarazu D, Caballero MT, Domínguez FJ, Echechipia S, et al. Epidemiology of urticaria in Spain. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2004;14(3):214–20.
- [13] Kim BR, Yang S, Choi JW, Choi CW, Youn SW. Epidemiology and comorbidities of patients with chronic urticaria in Korea: a nationwide population-based study. *J Dermatol* 2018;45(1):10–6.
- [14] Isik SR, Karakaya G, Celikel S, Demir AU, Kalyoncu AF. Association between Asthma, Rhinitis and NSAID Hypersensitivity in Chronic Urticaria Patients and Prevalence Rates. *Int Arch Allergy Immunol* 2009;150(3):299–306.
- [15] Shalom G, Magen E, Dreier J, Freud T, Bogen B, Comaneshter D, et al. Chronic urticaria and atopic disorders: a cross-sectional study of 11,271 patients. *Br J Dermatol* 2017;177(4):e96–7.
- [16] Darlenski R, Kazandjieva J, Zuberbier T, Tsankov N. Chronic urticaria as a systemic disease. *Clin Dermatol* 2014;32(3):420–3.
- [17] Boussaid R. Les aspects clinico-épidémiologiques de l'urticaire chronique en Algérie. *Rev Fr Allergol* 2016;56(3):212–4.
- [18] Abdelaziz R, Boussaid R, El Gueddari Y, Beji M, Kebe M, Douagui H. Profil clinique et prise en charge de l'urticaire chronique au Maghreb. *Rev Fr Allergol* 2018;58(1):4–8.
- [19] Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet PJ, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA(2)LEN task force report. *Allergy* 2011;66(3):317–30.
- [20] Cherrez Ojeda I, Vanegas E, Felix M, Mata V, Cherrez S, Simancas-Racines D, et al. Etiology of chronic urticaria: the Ecuadorian experience. *World Allergy Organ J* 2018;11(1):1.
- [21] Chung BY, Cho YS, Kim HO, Park CW. Food allergy in Korean patients with chronic urticaria. *Ann Dermatol* 2016;28(5):562–8.
- [22] Hsu M-L, Li L-F. Prevalence of food avoidance and food allergy in Chinese patients with chronic urticaria. *Br J Dermatol* 2012;166(4):747–52.
- [23] Trevisonno J, Balram B, Netchiporouk E, Ben-Shoshan M. Physical urticaria: review on classification, triggers and management with special focus on prevalence including a meta-analysis. *Postgrad Med* 2015;127(6):565–70.
- [24] Sadighha A, Shirali R, Mohaghegh Zahed G. Relationship between *Helicobacter pylori* and chronic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(2):198–9.
- [25] Pan X-F, Gu J-Q, Shan Z-Y. The prevalence of thyroid autoimmunity in patients with urticaria: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine* 2015;48(3):804–10.
- [26] Kessel A, Helou W, Bamberger E, Sabo E, Nusem D, Panassof J, et al. Elevated serum total IgE – a potential marker for severe chronic urticaria. *Int Arch Allergy Immunol* 2010;153(3):288–93.
- [27] Charles N, Rivera J. Basophils and autoreactive IgE in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Curr Allergy Asthma Rep* 2011;11(5):378–87.
- [28] Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009;64(10):1427–43.