



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Lettre à la rédaction

Profil épidémiologique, clinique et prise en charge de l'urticaire chronique à Casablanca

Epidemiology, Clinical Profile and Management of chronic urticaria in Casablanca

I N F O A R T I C L E

Mots clés :

 Urticaire
 Urticaire chronique
 Angioedème
 Antihistaminiques

Keywords:

 Urticaria
 Chronic urticaria
 Angioedema
 Antihistamines

1. Introduction

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente, motivant 1 à 2 % des consultations de dermatologie. Son expression clinique est une papule oedémateuse. L'urticaire chronique (UC) correspond à la présence d'urticaire superficielle et/ou d'angioedème pendant au moins 6 semaines. Il s'agit d'une pathologie chronique, entraînant une altération majeure de la qualité de vie. Le diagnostic est facile, reposant sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Les étiologies sont nombreuses, parfois intriquées, incitant à la réalisation de bilans exhaustifs coûteux, n'ayant qu'une faible rentabilité diagnostique. À ce titre, les patients atteints d'UC nécessitent une prise en charge prolongée et spécifique, justifiant la mise en place d'une consultation spécialisée de dermato-allergologie.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des UC au sein d'une consultation spécialisée de dermato-allergologie au Centre Hospitalier Universitaire de Casablanca, et de comparer nos résultats avec les données de la littérature.

3. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée en consultation spécialisée de dermato-allergologie au CHU de Casablanca. Tous les patients avec un diagnostic d'UC ayant consulté entre janvier 2018 et janvier 2020 ont été inclus. Le diagnostic d'UC était clinique. Les cas d'urticaire aiguë ont été éliminés. Des fiches type étaient

remplies à partir du dossier médical, recueillant les données suivantes : données démographiques, caractéristiques de la maladie, examens paracliniques demandés, traitements reçus et évolution.

4. Résultats

Cent-quinze patients ont été inclus durant cette période. Il s'agissait de 87 femmes (76 %) et 28 hommes (24 %), avec un sex-ratio H/F de 0,32 et une moyenne d'âge de 37,4 ans (extrêmes : 3 et 82 ans). Une atopie personnelle a été retrouvée dans 40 cas (35 %), une atopie familiale dans 22 cas (19 %), une dysthyroïdie dans 11 cas (10 %), une allergie à la pénicilline dans 5 cas (4,3 %), une intolérance alimentaire dans 7 cas (6 %) et des signes digestifs hauts dans 22 cas (19 %). Huit patients (7 %) avaient un antécédent de dépression et quatorze patients (12 %) rapportaient le rôle du « stress » en tant que facteur déclenchant des poussées d'urticaire.

La durée moyenne d'évolution de l'urticaire avant la consultation était de 2,5 ans (extrêmes : 6 semaines et 17 ans). Le nombre moyen de poussées hebdomadaires était de 4,7. Quatre-vingt-dix patients présentaient un tableau d'urticaire superficielle (78 %) et 50 patients (43 %) présentaient un angioedème, dont seuls 7 (6 %) un angioedème isolé. Un dermographisme était retrouvé chez 58 patients (50 %). Avant la consultation, 53 patients (46 %) avaient déjà reçu un antihistaminique H1 (Anti-H1) et 35 patients (30 %) de la corticothérapie ; un patient avait reçu des antileucotriènes, un patient du méthotrexate et 2 patients du danazol avec un bilan d'angioedème bradykinique négatif.

Un bilan exhaustif comprenant des explorations allergologiques avait déjà été réalisé chez 16 patients (14 %) avant la consultation. Au cours de la consultation, un bilan minimal (NFS, VS, CRP, anticorps anti-thyropéroxydase) a été demandé chez 15 patients (13 %) et des explorations allergologiques chez 9 patients (8 %). Une fibroscopie oeso-gastroduodénale était réalisée chez 13 patients, révélant la présence d'*Helicobacter Pylori* dans tous les cas (11 %). L'enquête étiologique a permis de conclure à une UC spontanée dans 84 cas (73 %) et une UC physique dans 31 cas (27 %). L'UC physique correspondait à une urticaire cholinergique dans 18 cas (16 %), une urticaire retardée à la pression dans 5 cas (4 %), une urticaire de contact à la chaleur dans 4 cas (3 %) et un dermographisme dans 4 cas (3 %).

Les Anti-H1 de 2ème génération étaient instaurés chez tous nos patients. Une augmentation des doses était nécessaire chez 58 patients (50 %). Les doses de traitement étaient : 1 comprimé par jour chez 12 patients (10 %), 2 comprimés par jour chez 37 patients (32 %), 3 comprimés par jour chez 59 patients (52 %) et 4 comprimés par jour chez 7 patients (6 %). Les AH étaient associés aux antileucotriènes dans 14 cas (12 %), au méthotrexate dans 5 cas (4 %) et à la dapsone dans 2 cas. Un patient a reçu de l'acide tranexamique pour un angioedème isolé. L'éradication d'HP était réalisée chez les 13 patients (11 %). Un traitement antidépresseur était instauré chez 11 patients (10 %), associé à un anti-H1 de 1ère génération

dans 6 cas (5 %). Une résolution complète des symptômes était obtenue chez 95 patients (83 %) après 8 mois de traitement. Vingt rechutes étaient notées dans notre série. Elles étaient secondaires à une mauvaise observance dans 7 cas, une automédication par corticothérapie orale dans 5 cas, un épisode infectieux dans 4 cas et un stress dans 4 cas.

5. Discussion

L'intérêt de notre travail était de dégager des constats relatifs à la clinique et à la prise en charge des patients souffrant d'UC au sein d'une consultation spécialisée de dermato-allergologie.

L'UC a intéressé dans notre série surtout la femme jeune, conformément aux données de la littérature [1]. Notre patient le plus jeune était un garçon atopique de 3 ans qui présentait une UC spontanée évoluant depuis 8 mois. Deux autres cas pédiatriques étaient retrouvés. Les 3 enfants étaient traités par AH avec une bonne évolution à 6 mois. Nos résultats confirment la rareté de l'UC spontanée chez l'enfant puisque la population pédiatrique ne représente que 2,6 % de notre effectif.

L'UC est une pathologie chronique, nécessitant une prise en charge prolongée. En effet, 40 % des urticaires persistant plus de 6 mois sont toujours présentes 10 ans plus tard et 20 % le sont toujours 20 ans après [2]. La durée d'évolution de l'UC chez nos patients était longue et concordait avec celle d'autres séries, notamment algérienne (27 mois) [3]. L'atopie et l'autoimmunité sont deux terrains prédisposant à cette pathologie, car ils favorisent la fragilité mastocytaire. La prévalence de l'atopie chez nos patients rejoint celle d'une série maghrébine de 2017, dont le Maroc faisait partie, colligeant 211 cas d'UC [1]. L'association à une dysthyroïdie auto-immune était retrouvée chez 10 % de nos patients. Sur le plan clinique, près de la moitié de nos patients avaient une urticaire superficielle associée à un angioedème, conformément aux données de la littérature [2]. Aucun signe de gravité en rapport avec l'angioedème n'était noté dans notre série.

Le diagnostic étiologique des UC repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. En accord avec les recommandations sur la prise en charge de l'UC [2], nous n'avons demandé des examens complémentaires que dans un nombre de cas restreints. Devant une urticaire chronique banale isolée sans signes cliniques d'orientation étiologique, nous avons proposé un traitement AH pendant 4 semaines. Après cette période, et seulement chez les patients considérés comme résistants (13 %), nous avons demandé un bilan minimal d'orientation (NFS, VS, CRP, anticorps anti-TPO). Une UC physique était retenue chez 27 % de nos patients, comparé aux séries algérienne (7 %) et maghrébine (15 %) [1]. Dans cette dernière, un bilan paraclinique exhaustif avait pourtant été demandé chez près de 75 % des patients. C'est dire l'importance d'un bilan orienté par l'interrogatoire et l'examen clinique. Contrairement aux données de la littérature concernant la rareté de l'urticaire de contact à la chaleur, cette entité a été retrouvée chez 4 de nos patients. Il s'agit probablement d'une entité sous-estimée.

La moitié de nos patients étaient traités efficacement par Anti-H1 de 2^e génération à la dose d'un comprimé par jour. Les Anti-H1 de 1^{ère} génération étaient utilisés chez des patients avec une UC dans un cadre anxio-dépressif [2]. En cas d'échec, nous augmentions les doses jusqu'à 4 comprimés par jour conformément aux recommandations européennes [4]. Le montelukast était utilisé en 2^e ligne après échec des Anti-H1 de 2^e génération. Le méthotrèxate était utilisé en 3^e ligne chez les patients résistants à l'association Anti-H1 de 2^e génération et montelukast. Ces deux molécules se sont révélées efficaces chez nos patients même si elles ne figurent pas dans les dernières recommandations de prise en charge de l'UC. Leur usage se justifie dans notre contexte par leur tolérance, leur efficacité et leur faible coût. Comme l'illustre

notre série, la corticothérapie générale n'a pas de place dans l'UC car elle favorise la survenue d'angioedème, la corticodépendance, l'escalade thérapeutique et l'aggravation de l'UC lors de son arrêt. Pourtant, dans la série maghrébine, les corticoïdes ont été prescrits chez 44 % des patients, contrairement aux recommandations [1]. Il est à noter qu'un tiers de nos patients avaient déjà reçu des corticoïdes avant la première consultation et les percevaient fréquemment comme plus efficace que les Anti-H1. L'automédication par corticoïdes étant fréquente, une éducation thérapeutique était nécessaire chez nos patients.

Parmi nos 13 patients traités pour gastrite à *Helicobacter Pylori* (HP), nous avons noté une bonne évolution de l'UC chez 9 patients et une amélioration partielle chez 4 autres. Le rôle d'HP dans la pathogenèse de l'UC reste controversé car les preuves appuyant cette relation font défaut ainsi que les moyens évaluant l'efficacité de l'éradication d'HP sur la symptomatologie [5]. Toutefois, des explorations à la recherche de cette infection et son traitement se justifient en présence de signes digestifs suggestifs. Notre série souligne l'importance d'une consultation spécialisée de dermato-allergologie. Celle-ci a permis une prise en charge appropriée des malades, en adaptant les recommandations internationales à notre contexte, et en créant une alliance thérapeutique fondée sur l'explication simple et claire de la pathologie, sur l'éducation thérapeutique et souvent sur le soutien psychique.

Les limites de notre série sont son caractère rétrospectif et monocentrique ainsi que la courte durée de collecte des données (2 ans).

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] 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.
- [2] Doutre MS, Joly P. Prise en charge de l'urticaire chronique : recommandations de la conférence de consensus. *Rev Médecine Interne*. 2003;24(10):637–9.
- [3] Boussaid R. Les aspects clinico-épidémiologiques de l'urticaire chronique en Algérie. *Rev Fr Allergol* 2016;56(3):212–4.
- [4] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latif AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018;73(7):1393–414.
- [5] Moreira A, Rodrigues J, Delgado L, Fonseca J, Vaz M. Is *Helicobacter pylori* infection associated with chronic idiopathic urticaria? *Allergol Immunopathol (Madr)* 2003;31(4):209–14.

Y. Slimani *

F.-Z. El Fatoïki

H.D. Skali

F. Hali

S. Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yasmineslimani1991@gmail.com (Y. Slimani)

Reçu le 11 mai 2020

Accepté le 9 juin 2020

Disponible sur Internet le 9 juillet 2020

<https://doi.org/10.1016/j.reval.2020.06.002>

1877-0320/ © 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.