



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2019) xxx–xxx

Urticaire chronique spontanée : recommandations françaises et internationales

Spontaneous chronic urticaria: French and international guidelines

P. Mathelier-Fusade

Service de dermatologie et allergologie, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

Reçu le 18 février 2019 ; accepté le 18 février 2019

Mots clés : Urticaire ; Recommandations ; Antihistaminique ; Omalizumab

Keywords: Urticaria; Guidelines; Antihistamine; Omalizumab

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une dermatose inflammatoire fréquente qui se définit par la présence de lésions papuleuses cutanées érythémateuses mobiles, fugaces et prurigineuses disparaissant en moins de 24 h sans laisser de trace. Ces lésions urticariennes dites superficielles sont souvent associées à des lésions plus profondes, de couleur rosée ou peau normale, peu ou pas prurigineuses, pouvant persister de quelques heures à 72 h et affectant les tissus sous-cutanés ou muqueux sous le nom d'angio-œdèmes. Les plaques urticariennes et les angio-œdèmes peuvent apparaître de façon isolée ou associée sans que cela ne préjuge d'une quelconque gravité et d'une étiologie particulière [1].

La persistance d'une urticaire et/ou angio-œdèmes au-delà de 6 semaines fait poser le diagnostic d'urticaire chronique. L'incidence exacte de l'urticaire chronique n'est pas connue mais elle est évaluée entre 0,1 et 0,5 % dans la population générale.

L'UCS est plus fréquente chez la femme que l'homme avec un pic de fréquence entre 20 et 40 ans. À noter que l'UCS est dans 40 % des cas associée à un terrain atopique. L'évolution d'une UCS se fait vers la guérison spontanée au bout de 3 à 5 ans et 20 % des patients auront une évolution au-delà des 5 ans. Par conséquent la prise en charge de l'UCS doit se faire sur le moyen et long terme.

Les recommandations sur l'urticaire chronique qu'elles soient françaises ou internationales sont aujourd'hui semblables concernant les explorations à réaliser. Celles-ci doivent avant tout se fonder sur un interrogatoire et un examen clinique minutieux. L'ensemble des sociétés savantes sont pour un bilan biologique minimaliste comportant NFS, VS et CRP. La réalisation d'un bilan complémentaire n'est à envisager qu'en cas de doute clinique ou face à une urticaire évoluant depuis de longues années et difficilement contrôlable. À rappeler, qu'il n'existe pas de risque d'anaphylaxie, et donc pas crainte de la survenue d'un choc anaphylactique, même en cas d'angio-œdème. Les divergences entre les différentes recommandations françaises et internationales sont minimales et portent essentiellement sur la prise en charge thérapeutique [2–4]. Les antihistaminiques sont et restent le traitement pivot du traitement de l'UCS. Comme tous les autres traitements, ils sont uniquement symptomatiques donc non curatifs et sont efficaces dans la très grande majorité des cas. Ils ne présentent que peu d'effet secondaire et sont bon marché. Si la conférence de consensus française de 2003 ne préconisait pas d'aller au-delà de la dose de référence d'un comprimé/jour pour chaque anti-histaminique, depuis il est admis qu'en cas d'échec à 1 comprimé par jour il est possible très rapidement de monter à 4 comprimés par jour (en principe en utilisant le même anti-histaminique à 4 fois la dose ou potentiellement en utilisant deux anti-histaminiques à double dose). En cas d'échec à des doses élevées d'anti-H1, il existe ensuite d'autres traitements (omalizumab, anti-leucotriènes, anti-H2, ciclosporine, corticoïdes, acide tranexamique...) dont l'ordre

Adresse e-mail : pascale.mathelier-fusade@aphp.fr

<https://doi.org/10.1016/j.reval.2019.02.203>

1877-0320/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

d'utilisation et le délai de mise en route divergent d'un pays à un autre en fonction essentiellement des habitudes et du coût des traitements. L'ensemble de ces traitements, hormis l'omalizumab, n'ont pas d'AMM dans l'UCS mais ils ont fait preuve d'une certaine efficacité et sont couramment utilisés. Dans tous les cas, ces traitements symptomatiques ont pour but d'améliorer la qualité de vie des patients jusqu'à guérison spontanée.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Zuberbier T, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018;73(7):1393–414.
- [2] Wood RA, et al. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology response to the EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of Urticaria 2017 revision. *Allergy* 2019;74(2):411–3.
- [3] Hiragun T, Hide M. Japanese guidelines for diagnosis and treatment of urticaria. *Arerugi* 2017;66(1):23–6.
- [4] Powell RJ, et al. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy* 2015;45(3):547–65.