

Les urticaires chroniques de l'enfant

Chronic urticaria in children

D. Hamel-Teillac

Service de dermatologie, hôpital Necker-Enfants-Malades, Paris, France

Reçu le 4 septembre 2003 ; accepté le 9 octobre 2003

Résumé

L'urticaire chronique (plus de 6 semaines) de l'enfant est rare ; il est indispensable par l'interrogatoire, les signes associés et l'examen clinique de différencier les urticaires syndromiques, entrant par exemple dans le cadre des maladies inflammatoires, des urticaires chroniques isolées. La réalisation d'un bilan recherchant une étiologie ne se conçoit qu'après un interrogatoire minutieux qui permet souvent d'orienter vers une étiologie. Chez l'enfant, en dehors des causes parasitaires, les causes médicamenteuses, infectieuses, physiques, solaires... seront éliminées. En cas de négativité, une enquête alimentaire peut être utile.

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Chronic urticaria (duration more than 6 weeks) is rare in children. It is essential to consider the clinical history, associated signs and the clinical examination when making the distinction between "isolated" chronic urticaria and urticarias associated with systemic inflammatory diseases. The search for the etiology requires a detailed workup. In children, besides parasitic infections, other infectious diseases, drug allergies and physical allergies, including solar urticaria, must be eliminated. When these factors can be excluded, then the possibility of food allergy must be investigated

© 2003 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Urticaire chronique ; Urticaires syndromiques ; Enquête étiologique souvent négative

Keywords : Children; Chronic urticaria; Food allergy; Systemic disease; Infection; Physical urticaria; Drugs

Si la bibliographie concernant l'urticaire est importante, celle concernant spécifiquement l'urticaire chronique de l'enfant est beaucoup plus rare. Notre but ici sera, non pas tant de développer une analyse bibliographique, mais plutôt de donner une expérience personnelle.

1. Généralités

La fréquence exacte de l'urticaire chronique de l'enfant est mal connue ; elle semble rare chez le nourrisson et peu fréquente chez l'enfant ; dans une étude de 800 patients âgés de 0 à 70 ans, 5,5 % des patients avaient moins de 14 ans [1].

L'urticaire chronique chez l'enfant est le plus souvent isolée, avec une fréquence estimée de 78 à 85 % [2,3] ; l'association urticaire chronique–angioœdèmes est estimée entre 6 et 15 % [3,2] et plus rarement les angioœdèmes sont isolés (7 % environ) [4,5,9,15,17].

Le diagnostic d'urticaire chronique devra être affirmé sur les critères habituels de l'urticaire ; chez l'enfant, l'œdème aigu hémorragique du nourrisson pourrait être un diagnostic différentiel mais il est d'évolution aiguë, de même que la maladie de Kawasaki [6,7], les toxidermies médicamenteuses, les lésions à type d'érythème polymorphe et d'érythème annulaire centrifuge ainsi que les lésions ecchymotiques entrant dans le cadre du syndrome des enfants battus.

Les lésions urticariennes chroniques peuvent se rencontrer au cours d'une mastocytose [8] à type d'urticaire pig-

Adresse e-mail : dominique.hamel-teillac@nck.ap-hop-paris.fr
(D. Hamel-Teillac).

mentaire mais la lésion élémentaire est plus brune et non réellement urticarienne ; l'association à des lésions bulleuses doit faire évoquer une pemphigoïde bulleuse, exceptionnelle chez le petit enfant ; le lupus néonatal peut réaliser des lésions fixes parfois un peu urticariennes dans leur couleur surtout et en topographie préférentiellement au niveau du visage. De façon exceptionnelle, il a été décrit des lésions urticariennes associées à une gale mais là encore l'analyse des lésions élémentaires permet de faire le diagnostic de scabiose.

L'urticaire chronique devra être distinguée des exceptionnelles urticaires entrant dans un cadre syndromique : il ne s'agit pas en réalité d'urticaire chronique puisque les lésions sont roses souvent pâles, discrètement papuleuses, mais n'ont pas ce caractère œdémateux et très rapidement fugace de l'urticaire classique ; il s'agit en fait de lésions de vascularite urticarienne beaucoup plus fixes.

1.1. La maladie de Still

La maladie de Still ou *polyarthrite chronique juvénile* [10,11] se caractérise par des poussées de fièvre, fréquemment vespérales, en pic ; les lésions urticariennes sont plus souvent péri-articulaires : au début fugaces, elles vont devenir progressivement fixes. Il existe une altération de l'état général.

1.2. Le syndrome CINCA ou NOMID syndrome

Le syndrome CINCA (*Chronic Infantile Neurological Cutaneous and Articular syndrome*) ou NOMID syndrome (*Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Diseases*) [12] est une affection exceptionnelle commençant par des lésions urticariennes en période périnatale ; l'enfant présente un syndrome dysmorphique avec augmentation du périmètre crânien, bosses frontales, ensellure nasale et retard de croissance. Cliniquement, en dehors des lésions urticariennes et du syndrome dysmorphique, on recherchera une asthénie, des poussées fébriles, une altération de l'état général avec retard staturo-pondéral, un retard de développement psychomoteur lié à une méningite chronique stérile ; une atteinte sensorielle (oculaire et auditive) doit également être recherchée. Enfin, il existe de façon constante un syndrome biologique inflammatoire. Le rhumatisme inflammatoire, déformant parfois de façon très importante les grosses articulations périphériques, peut être retardé par rapport aux signes initiaux.

1.3. Le syndrome hyper IgD

Il se caractérise par des lésions urticariennes chroniques survenant dans la première année de vie avec arthralgies, troubles digestifs (vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), polyadénopathie et syndrome biologique inflammatoire. Le diagnostic est confirmé par l'élévation polyclonale des IgD [14].

1.4. Le syndrome de Gleich

Il se caractérise essentiellement par des épisodes d'angioedème récurrents, associés à une fièvre et une hyperéosinophilie ; il débute fréquemment dans l'enfance [13].

Ces différents syndromes, tout à fait exceptionnels, doivent être connus, car c'est la date d'apparition des lésions urticariennes, l'existence d'anomalies que l'examen clinique recherchera (syndrome dysmorphique, arthralgies, anomalies sensorielles et/ou neurologiques...) qui orientent le diagnostic. Enfin, l'examen clinique doit être complet, pour ne pas passer à côté d'une exceptionnelle pathologie systémique accompagnée de lésions urticariennes : leucémie et lymphome, pathologies endocriniennes...

Enfin, on insiste actuellement sur un rôle pathogénique de l'auto-immunité chez les enfants présentant une urticaire chronique.

2. Étiologie des urticaires chroniques

La recherche de l'étiologie de l'urticaire chronique de l'enfant reste décevante. Au cours des urticaires aiguës des causes virales médicamenteuses [16,20] et alimentaires peuvent être retrouvées.

C'est à nouveau l'interrogatoire et l'examen clinique qui permettront, au cours des urticaires chroniques, d'orienter le diagnostic étiologique qui va le plus souvent rester négatif : on recherchera bien entendu la notion de voyage, les circonstances de survenue de l'urticaire, l'association à des signes systémiques tels qu'une fièvre, des arthralgies... Le rôle des facteurs alimentaires reste extrêmement difficile à préciser [18,19] ; l'intrication de facteurs physiques est retrouvée dans 1/3 des cas, alimentaires dans 5 % ; le terrain atopique et les prises médicamenteuses au long cours peuvent aggraver la fréquence.

Devant une urticaire chronique, si l'interrogatoire soigneux ne permet pas de mettre en évidence des éléments syndromiques, ou des facteurs alimentaires ou médicamenteux déclenchants, la réalisation d'un bilan étiologique se pose : il doit comprendre une numération formule sanguine recherchant une hyperéosinophilie, une vitesse de sédimentation et une CRP à la recherche de biologie inflammatoire, une recherche d'auto-immunité.

La biopsie ne sera effectuée qu'en cas de lésions urticariennes fixes évoquant une vascularite urticarienne.

3. Prise en charge thérapeutique

Le traitement de l'urticaire chronique de l'enfant ne se conçoit qu'après le bilan étiologique : une fois les parasitoses digestives éliminées et les urticaires syndromiques, il convient d'éviter toute prise médicamenteuse au long cours ou répétée en particulier les salicylates.

Un traitement anti-histaminique ([Tableau](#)) doit être prescrit au moins pour trois mois qu'elle qu'en soit le résultat ; il

Tableau
Antihistaminiques chez l'enfant

Spécialité	Présentation	Posologie : Nourrisson	Posologie : 2–6 ans	Posologie : 6–12 ans	Posologie : > 12 ans
Antihistaminiques non anticholinergiques non sédatifs					
Clarityne (loratadine)	Cp 10 mg, cp efferv 10 mg, sirop c mes 5 mg	–	5 mg : 1 c mes	5 mg : 1 c mes	1 cp en 1 prise ou 2 c mes en 2 prises
Virlix (cétirizine)	Cp 10 mg, sol buv : 10 gouttes = 5 mg	–	5 mg : 10 gouttes	10 mg : 20 gouttes en 2 prises	1 cp ou 20 gouttes en 1 prise
Zyrtec (cétirizine)	Cp 10 mg, sol buv : 1 ml : 10 mg	–	5 mg : 10 gouttes en 2 prises	10 mg : 20 gouttes en 2 prises	1 cp ou 20 gouttes en 1 prise
Antihistaminiques non anticholinergiques sédatifs					
Tinset (oxatomide)	Cp 30 mg, suspens : 1 c mes = 10 mg	2 à 3 mg/kg par jour en 2 prises soit 1/2 c mes en 1 prise à 1 c mes en 2 prises	1 c mes en 1 prise à 2 c mes en 2 prises	3 c mes à 4 c mes en 2 prises	> 12 ans : 6 c mes en 2 prises Adulte : 1 mg/kg par jour soit 2 cp
Antihistaminiques anticholinergiques sédatifs					
Allergéfon (carbinoxamine)	Cp 2 mg	–	–	2 cp	>12 ans : 6 c mes en 2 prises Adulte : 1 mg/kg par jour soit 2 cp
Aphilan (bucizine)	Cp 25 mg	–	–	1/2 à 1 cp	1 à 2 cp
Atarax (hydroxyzine)	Cp 25 et 100 mg, sirop : c à spe = 10 mg	1 mg/kg par jour	1 mg/kg par jour	25 mg	25 à 50 mg
Dimégan (bromphéniramine)	Cp 4 mg, gel 12 mg, sirop : 1 c mes 2,5 ml = 1 mg ml = 1 mg, 1 c mes 5 ml = 2 mg	3 c mes à 2,5 ml en 3 prises	6 c mes à 2,5 ml en 3 prises	3 à 6 c mes à 5 ml en 3 prises	6 c mes à 5 ml en 3 à 4 prises
Mérépine (doxylamine)	Sirop 1 c mes 5 ml = 6,25 mg	–	–	4 c mes en 4 prises	8 c mes en 4 prises
Périactine (cyproheptadine)	Cp 4 mg	–	–	2 à 3 cp	1 à 5 cp
Polaramine (dexchlorphéniramine)	Cp 2 mg, cp repetabs 6 mg, sirop 0,01 % : 1 c mes 2,5 ml = 0,25 mg, 1 c mes 5 ml = 0,5 mg	3 c mes à 2,5 ml en 3 prises	3 c mes à 5 ml en 3 prises	6 c mes à 5 ml en 3 prises 1 à 2 cp à 2 mg en 3 prises	Si > 15 ans : 16 c mes à 5 ml en 4 prises ou 2 cp repetabs en 2 prises ou 4 cp à 2 mg en 4 prises
Théralène (alimimazine)	Cp 5 mg, sirop à 0,05 %, sol buv 0,04 %	Nourrisson >12 mois : 0,5 à 1 mg/kg par jour en 4 prises	0,5 à 1 mg/kg par jour en 4 prises	0,5 à 1 mg/kg par jour en 4 prises	Adulte 4 à 8 cp en 4 prises
Antihistaminiques anticholinergiques non sédatifs					
Primalan (méquitazine)	Cp 10 mg, sirop : 1 c mes 2,5 ml = 1,25 mg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg	1 c mes/5 kg Adulte : 2 cp
Quitadrill (méquitazine)	Cp 5 mg	–	–	1/2 cp/10 kg par jour	Adulte : 2 cp

est préférable de prescrire des anti-histaminiques non sédatifs. Rappelons ici la nécessité, avant toute prescription d'anti-histaminique chez l'enfant, de vérifier l'âge et le poids de l'enfant et la posologie adaptée ainsi que l'absence d'interaction médicamenteuse.

Références

- [1] Ghosh S, et al. Urticaria in children. *Pediatric Dermatology* 1993;10: 107–10.
- [2] Kauppinen K, Juntunen K, Lanki H. Urticaria in children : retrospective, evaluation and follow up. *Allergy* 1984;39:469–72.
- [3] Volonakis M, et al. Etiologic factors in childhood chronic urticaria. *Ann Allergy* 1992;69:61–5.
- [4] Harris A, et al. Chronic urticaria in childhood : natural course and etiology. *Ann Allergy* 1983;51:161–5.
- [5] Leaute-Labreze C, Mortureux P, Taieb A. Urticaria in *Textbook of Pediatric Dermatology* Harper. vol 1: 587-599 Ed Blackwell Science.
- [6] Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrom (MLNS) prevailing in japan. *Pediatrics* 1974;54:271–6.
- [7] Ducos MH, Taiëb A, Sarlangue J, et al. Manifestations cutanées de la maladie de Kawasaki. *Ann Dermatol Vénéréol* 1993;120:589–97.
- [8] Legrain V, Taiëb A, Bioulac-Sage P, Maleville J. Mastocytose cutanée diffuse sans lésion permanente. *Ann Dermatol Vénéréol* 1994;121: 561–4.
- [9] Humbert P. Les urticaires chroniques. *Ann Dermatol Vénéréol* 2001; 128:1146–55.
- [10] Machet L, et al. Urticaire et maladies systémiques. *Ann Dermatol Vénéréol* 2001;128:1156–60.

- [11] Guillet G, Sanciaume C, Peyraud J, Hehunstre JP, Maleville J. Manifestations inaugurales d'une maladie de Still : urticaire dermographique et pseudo-dermatomyosite. *Ann Pédiatr* 1983;30:113–6.
- [12] Prieur AM, Griscelli C. Arthropathy with rash, chronic meningitis, eye lesions and mental retardation. *J Pédiatr* 1981;99:79–83.
- [13] Gleich GJ, Schroeter A, Marcoux JP, Sachs MI, O'Connel EJ, Kohler PF. Episodic angioedema associated with eosinophilia. *N Engl J Med* 1984;310:1620–6.
- [14] Drenth JPH, Boom BW, Toonstra J, Van der Meer JWM. Cutaneous manifestations and histologic findings in the hyperimmunoglobulinemia D syndrome. *Arch Dermatol* 1994;130:59–65.
- [15] Dalal I, et al. Chronic urticaria in Children: Expanding the “Autoimmune Kaleidoscope”. *Pediatrics* 2000;106:1139–41.
- [16] Wright AL, Minford A. Urticaria and Hidden Salicylates. *Pediatr Dermatol* 1999;16:6463–4.
- [17] Legrain V, Taiëb A, Sage T, Maleville J. Urticaria in infants. A study of forty patients. *Pediatr Dermatol* 1990;7:101–7.
- [18] Guillet MH, Guillet G. L'urticaire alimentaire de l'enfant. Revue de 51 observations. *Allergie Immunol* 1993;25:333–8.
- [19] Greaves MW. Chronic urticaria in childhood. *Allergy* 2000;55:309–20.
- [20] Harris A, Burge SM, George SA. Solar Urticaria in an infant. *Br J Dermatol* 1997;136:105–7.