

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Brèves Communications

Urticaire chronique spontanée chez 15 patients au service de dermatologie du Centre Hospitalier National de Nouakchott.

Chronic spontaneous urticaria in 15 patients at dermatology department of National Hospital of Nouakchott.

Auteurs :
Mariem kebe[1], El hadj M. Kane[2], Mamadou Ball[1].

Auteur correspondant : Dr Mariem Kébé
Centre hospitalier national (CHN)
BP : 612. Nouakchott - Mauritanie
E-mail : marikebe@yahoo.fr

Services :
[1] Service de Dermatologie-CHN
[2] Service Pneumologie CHN.

Article Info

Soumis : le 02/06/2016
Accepté : le 12/04/2017

Résumé

L'urticaire chronique est une affection fréquente, elle atteint 15 à 20% de la population. L'urticaire chronique spontanée représente 1 à 2% de la consultation de dermatologie ou d'allergologie. L'urticaire chronique spontanée touche les personnes les plus souvent âgées entre 20 et 40, et en majorité des femmes.

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive réalisée du 15 septembre 2015 au 15 Avril 2016. Ont été incluses, les personnes âgées de plus de 15 ans présentant 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 donnant la priorité à la sécurité des patients.

Mots clés : Urticaire chronique spontanée • Antihistaminique H1 de seconde génération • Mauritanie.

Abstract

Chronic urticaria is a common affection; it reaches 15 to 20% of the population. The chronic spontaneous urticariaaffects 1 to 2% of dermatology or allergy diseases. The chronic spontaneous urticaria often affects mostly people between 20 and 40, and mostly women.

We performed a prospective descriptive study from 15 September 2015 to 15 April 2016. The study was conducted in patients aged over 15 years with chronic urticaria. Questioning and physical examination are essential for the diagnostic approach to chronic urticaria because they can highlight from the first consultation a number of causes if trea-

ted allow hope of disappearance of symptoms.

Antihistamines are the first line treatment of chronic urticaria. In the resistant forms, about 10% of cases, alternative therapies can be proposed, giving priority to patient safety.

Key words : Chronic spontaneous urticaria • second generation H1 • antihistamine • Mauritania.

Introduction

L'urticaire est une réaction cutanée inflammatoire, prurigineuse dont l'expression clinique commune est une papule œdémateuse dermique, pouvant être isolée (figure 1) ou confluer en plaques (Figure 2) [1]. 20% de la population fera au moins une poussée d'urticaire dans sa vie. L'urticaire est classée en deux groupes (Figure 3) :

- Urticaire aigue : durée inférieure à 6 semaines
- Urticaire chronique : durée supérieure à 6 semaines : l'urticaire chronique peut être spontanée ou inductible (liée à un facteur étiologique : pression, froid, chaud, effort, vibration…)[1, 2].

L'urticaire chronique spontanée représente 1 à 2 % de la consultation de dermatologie ou d'allergologie. Notre étude a pour objectif d'évaluer le profil et les modalités de prise en charge de l'urticaire chronique spontanée (UCS) [1, 2, 3, 4].

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée du 15 septembre 2015 au 15 Avril 2016 au service de Dermatologie du Centre Hospitalier National de Nouakchott. L'étude a été menée chez des patients venus en consultation au service, âgés de plus de 15 ans et qui présentaient une urticaire chronique.

Résultats

Nous avons recensé 15 patients âgés de 19 à 80 ans avec un âge moyen de 37 ans et un sex ratio de 0,33. La notion d'atopie personnelle est retrouvée chez 23% et familiale dans 18%. Pour 55% des patients, les lésions évoluaient depuis plus d'une année. Le prurit était présent chez tous les patients. Il était modéré à intense chez 92% des patients. Les plaques urticariennes avaient une durée inférieure à 24 heures dans 98%. Aucune urticaire physique n'était retrouvée chez 12 patients, trois patients avaient un dermographisme. Un bilan biologique (Numération Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, C réactive proteine et Thyroidestimulating hormone) était demandé chez quatre patients. La qualité de vie des patients était fortement altérée puisque 54% des patients avaient des difficultés à s'endormir et 52% des patients se réveillaient la nuit à cause de l'urticaire. 97% des patients étaient traités par des Anti-H1. 66% des patients avaient eu une prescription d'Anti-histaminiques de 2ème génération, 8% de 1ère génération et 26% les deux. Les Anti-histaminiques de 2ème génération étaient prescrits chez 71% à la dose standard et 33% aux fortes doses (deux, trois voire quatre fois la dose normale). Après traitement seul 40% des patients étaient en rémission complète, le reste des patients avait nécessité des mesures supplémentaires de prise en charge conformément aux recommandations actuelles. Dans notre étude, trois patients avaient nécessité la prescription de Methotrexate à 15mg/semaine en association avec les Anti-histaminiques à forte dose.

Discussion

L'urticaire chronique est définie par l'évolution des lésions depuis plus de six semaines. L'urticaire chronique est dite spontanée lorsqu'aucun facteur physique inductible n'est retrouvé.

L'UCS peut durer des mois ou des années, 3 à 5 ans en moyenne. Pour 55% de nos patients, l'urticaire évoluaient depuis plus d'une année[1, 2, 3, 4].

L'UCS retentit sur la qualité de vie avec réduction des performances scolaires et professionnelles. Ce retentissement est évalué par le score d'activité de l'UCS (Tableau I) [2]. La qualité de vie de nos patients était fortement altérée puisque 54% des patients avaient des difficultés à s'endormir et 52% des patients se réveillaient la nuit à cause de l'urticaire.

Les recommandations actuelles sur la prise en charge thérapeutique de l'urticaire chronique spontané est basé sur un algorithme (Figure 5)[1, 2, 3, 4].

La prise en charge de l'urticaireen première intention repose sur les Antihistaminiques (anti-H1) de deuxième génération (Figure 5). Le but du traitement de l'urticaire chronique est d'avoir une rémission complète en utilisant un traitement symptomatique. Les anti-H1 de deuxième génération sont le traitement de référence de l'UCS [1, 2, 3, 4].

Les anti-H1 de deuxième génération doivent être prescrits pendant deux semaines, en cas d'efficacité, ils seront poursuivis pendant trois mois avec éventuel arrêt progressif. Le traitement continu est à privilégier à celui à la demande[1, 2, 3, 4].

Les anti-H1 de deuxième générationont une bonne tolérance : absence de cardiotoxicité, d'interactions médicamenteuses ou d'effet sédatif sur le SNC. La dose doit être celle de L'AMM, en cas de résistance après deux semaines de traitement bien suivi, augmenter la dose de deux, jusqu'à quatre fois la dose normale. L'efficacité et la bonne tolérance des Anti-H1 non sédatifs à forte dose ont été démontrées dans des essais cliniques [4,5].

Dans notre étude, 97% des patients étaient traités par des Anti-H1. 66% des patients avaient eu une prescription d'Anti-histaminiques de 2ème génération, 8% de 1er génération et 26% les deux. Les Antihistaminiques de 2ème génération étaient prescrits chez 71% à la dose standard et 33% aux fortes doses (deux, trois voire quatre fois la dose normale). Après traitement seuls 40% des patients étaient en rémission complète, le reste des patients avaient nécessité des mesures supplémentaires de prise en charge conformément aux recommandations actuelles. Un bilan biologique (Numération Formule Sanguine, vitesse de sédimentation, C réactive protéine et Thyroidestimulating hormone) a été demandé chez quatre patients, ce bilan ne doit pas être fait en première intention, il sera demandé devant la persistance des lésions d'urticaire malgré un traitement bien conduit.

Les antihistaminiques H1 suivants sont prescrits quel que soit le terme de la grossesse et en cours d'allaitement : il s'agit de la Cetirizine, de la Desloratadine, de la Fexofénadine, de la Lévocétirizine et de la Loratadine. L' Azélastine est indiquée seulement pendant l'allaitementet non pendant la grossesse [6]. Dans notre étude, il n'y avait aucune femme enceinte.

Actuellement, il n'existe aucune place des anti-H1 de première génération dans le traitement de l'urticaire chronique [1, 2, 7].

En cas de résistance de l'UCS aux anti-H1 de deuxième génération à forte dose, on peut y adjoindre l'Omalizumab, la Cyclosporine ou les Anti-leucotrienes [1, 2, 3].

L'efficacité et la bonne tolérance de l'omalizumab (Anticorps monoclonal humanisé Anti-Immunoglobulline E), dans l'urticaire chronique spontané modéré à sévère non répondeur aux antihistaminiques a été démontrée dans de nombreuses études. La dose n'a pas besoin d'être ajustée aux taux des IgE : 3 injections à quatre semaines d'intervalle sont prescrites. Le médicament ne semble pas modifier l'histoire naturelle de la maladie : échappement après six semaines. L'effet est dose-dépendant et significatif pour les doses de 150 mg et 300 mg [1, 2, 3, 4]. L'Omalizumab n'est pas disponible dans notre Pays.

La Cyclosporine, les Anti-leucotrienes, l'Hydroxychloroquine, la Sulfasalazine, le Methotrexate, la Nifedipine, l'Interferon, les Anti coagulants, la L-Thyroxine, les Immunoglobulines Intraveineuses et la Dapsone ont été utilisés avec de faibles niveaux de preuves (Effectifs faibles et études non randomisées) [8, 9, 10]. Dans notre étude, trois patients avaient nécessité la prescription de Methotrexate à 15mg/semaine en association avec les Anti-histaminiques à forte dose avec une bonne efficacité. Le Methotrexate est utilisé dans certaines études avec une efficacité à très faible dose 7,5 à 15 mg/semaine[10].

La corticothérapie systémique peut être utilisée en cures courtes en cas d'exacerbations de l'UCS [1, 2, 3]. Aucun patient de notre étude n'avait nécessité la prescription d'une corticothérapie systémique.

L'UCS étant une maladie chronique, l'éducation thérapeutique est essentielle [10]. Elle permet d'expliquer la maladie, son évolution, le principe des traitements proposés et d'évaluer le retentissement psychologique de l'UCS.

Il faut proposer une prise en charge psychologique à chaque fois que l'urticaire interfère avec la qualité de vie, s'il existe un stress ou des signes d'anxio-dépressifs.

Conclusion

L'urticaire chronique est une affection fréquente, son diagnostic est habituellement facile et repose essentiellement sur la clinique. Cette pathologie est mal connue et la difficulté de sa prise en charge réside en sa chronicité et la non applicabilité des recommandations actuelles la régissant.

Les Anti-H1 de deuxième génération sont le traitement de référence de l'urticaire chronique avec une possibilité d'augmenter les doses jusqu'à quatre fois la normale.

En cas de résistance, des alternatives peuvent être proposées tout en donnant la priorité à la sécurité des patients car l'urticaire chronique peut être spontanément résolutive.

Annexes :



Figure 1 : Papulesurticariennes (difficilement perceptibles sur peau foncée)



Figure 2 : Plaques urticariennes (Photo Pr Tennstedt UCL : Atlas de dermatologie professionnelle).

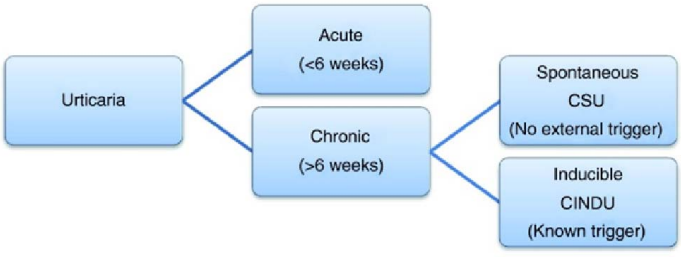


Figure 3 : Classification de l'urticaire[2].

Tableau I : Score d'activité de l'urticaire[2].

Score	Papules	Prurit
0	Aucun	Aucun
1	Faible (<20 papules/24 h)	Faible (présent mais sans retentissement sur le sommeil)
2	Modéré (20–50 papules/24 h)	Modéré (retentissement sur le sommeil mais n'interfère pas avec les activités diurnes)
3	Intense (>50 papules/24 h ou large confluence)	Intense (prurit sévère, avec retentissement sur le sommeil et les activités diurnes)

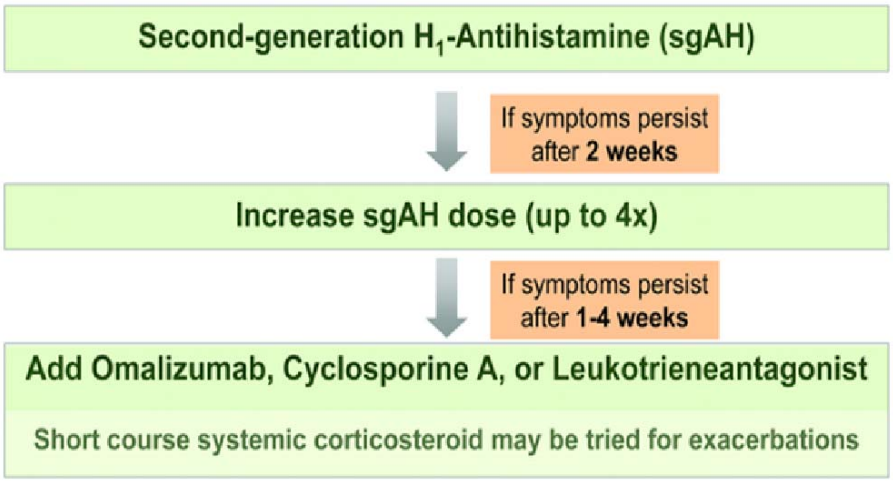


Figure 5 : Algorithme de prise en charge de l'UCS[2].

Références

[1] Maurer M. Revisions to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria. JDDG 2013; 11:973-78.

[2] Zuberbier T,Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revisionand update. Allergy 2014; 69: 868-87.

[3] Lauren M.Fine,Jonathan A. Bernstein. Urticaria Guidelines: Consensus and Controversies in the European and American Guidelines.J.A. CurrAllergyAsthmaRep (2015) 15-30.

[4]Soria A., Francès C. Urticaires : diagnostic, prise en charge et traitement.Rev Med Interne 2014 ;35:586-94.

[5]Maulina Sharma, Cathy Bennett, Ben Carter, Stuart N. Cohen. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria: An abridged Cochrane Systematic Review. 2015; 73 (4) 710 –11.

[6] Centre de référence sur les agents tératogènes 2015: Antihistaminiques H1 - Grossesse et allaitement : (CRAT: http: www.-lecrat.org).

[7] Staevska M. Night-time sedating H1 -antihistamine increases daytime somnolence but not treatment efficacy in chronic spontaneous urticaria: a randomised controlled trial. Br J Dermatol.2014; 171: 148-54.

[8] Silva PM, Costa AC, Mendes A, Barbosa MP. Long-term efficacy of omalizumab in seven patients with treatment-resistant chronic spontaneous urticaria.AllergolImmunopathol 2014; 43(2):168-73.

[9] Kaplan A. Omalizumab in patients with symptomatic chronic idiopathic/spontaneous urticaria despite standard combination therapy. JACI 2013 ; 132 : 101-09.

[10] Boussaid R. Les aspects clinico-épidémiologiques de l'urticaire chronique en Algérie.Revue Française d'Allergologie . 2016 : 56 (3) : 212-14.