

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 15 avril 2014

Hôpital cantonal de Genève

[L'urticaire n'est pas une allergie](#)

Dre B. Cortes

Il faut changer nos vieux réflexes, dans la plupart des cas, l'urticaire n'est pas une allergie!

Urticaire vient de Urtica donc d'Ortie...



et on sait que lorsque l'on s'approche de trop près de ses feuilles ça donne ça qui ressemble assez à l'urticaire...



L'urticaire est donc une dermatose papulo-erythémateuse fugace et prurigineuse...

C'est fréquent, surtout chez les atopiques...

La biopsie montre un œdème du derme avec un infiltrat lymphocytaire et/ou éosinophile, mais le diagnostic est clinique, pas histologique...

Ce sont les mastocytes qui sont activés, parfois suite à des réactions d'hypersensibilité de type 1 (IgE mediated) ou de type 2 ou 3 ou 4 c'est à dire soit IgG mediated, avec des complexes immuns circulants ou cell mediated (lympho T) .

Mais la plupart du temps, l'activation est non-immunologique. C'est à dire que l'antigène agit directement sur le mastocyte (p.ex. médicaments, aliments...).

La dégranulation des mastocytes entraîne une libération d'histamine qui elle même entraîne la libération d'autres cytokines...prostaglandines...leucotriènes..etc...

Une urticaire aiguë dure moins de 6 semaines, une urticaire chronique plus de 6 semaines.

Certaines urticaires sont spontanées, d'autres sont inducibles p.ex. les urticaires de contact au froid, au chaud, cholinergique (liée à l'effort, aux émotions).

Les urticaires allergiques sont rares, par exemple à l'Aspirine, aux AINS, à l'Iode, à la Pénicilline, au venin d'Hyménoptères...

Habituellement, ils apparaissent dans les 2 heures et son accompagnés de signes généraux (malaise, hypotension...).

Les urticaires aiguës non allergiques peuvent être causés par des virus, des parasites, des médicaments (Aspirine, AINS, Morphine, Iode, IEC ou Sartans).

On retiendra donc qu'en présence de signes accompagnateurs on pensera plutôt «allergique» ...sans signes accompagnateurs on pensera plutôt «non allergique».

Pour ce qui est de l'urticaire chronique (> 6 semaines) , elle touche 1% de la population, mais 4 femmes pour 1 homme.

La moitié disparaît après 6 mois, et encore 20% va disparaître après 10 ans.

Il y a 30-40% d'atopiques parmi les patients, on parle d'une stimulation à bas bruit des mastocytes...

Les facteurs favorisants seraient une infection à Helicobacter pylori, à Candida albicans ou Toxocara canis...mais même si on traite ses infections ça ne change pas grand chose...

On a incriminé des médicaments ...toujours Aspirine, AINS, Betalactame ou Morphiniques...

On a incriminé aussi les aliments riches en histamine...: fromages fermentés, charcuterie, blsnc d'œuf, poissons, crustacés, chocolat, alcool...

On nous recommande quand même de chercher et d'exclure des maladies autoimmunes, de suspecter une vasculite si les lésions sont fixes, et lors d'angio-oedème de supprimer les IEC ou les Sartans.

Dans cet article: «Clinical and aetiological aspects in urticaria and angio-oedema» E. Nettis, (British Journal of Dermatology-[Volume 148, Issue 3](#), pages 501–506, March 2003) 82% des patients investigués n'ont pas eu de cause identifiée....ainsi on nous recommande de ne pas investiguer...C'est l'interrogatoire qui reste le moment le plus important.

Comme bilan on s'en tiendra à FSC-VS-CRP et éventuellement recherche de cryoglobulines en cas d'urticaire au froid.

Pour les vasculites urticariennes les lésions sont fixes et plus douloureuses que prurigineuses.

Pour les raretés on nous parle du syndrome de Schnitzler, de la Pemphigoïde bulleuse, du syndrome de SWEET, des maladies auto-inflammatoires (p.ex. associé à la cryopyrine).

Pour le traitement on commence par les choses simples et on continue en cas d'échec vers des choses plus chères et plus compliquées...

- antihistaminiques
- antileucotriènes
- ciclosporine
- omalizumab

On nous rappelle que l'on peut augmenter la dose des antihistaminiques jusqu'à 4 fois la dose...

Tous les autres traitements...genre antiH2, Dapsone, Sulfasalazine, Methotrexate, Interféron, plasmaphérese n'ont pas montré leur efficacité

Le Cromoglycate et la Colchicine par contre ont montré leur inutilité...

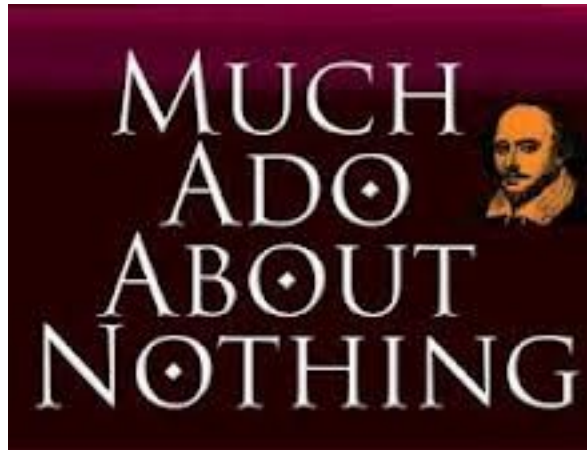
L'utilisation de corticoïdes n'est pas recommandée car ils induisent une résistance aux antiH1, et nécessitent souvent une augmentation progressive de la dose de stéroïdes.

Éventuellement que 1 -2 courts cycles de 3 jours à 25mg de prednisone / jour peut améliorer ultérieurement l'effet des antiH1 en cas d'exacerbation sévères.

Donc on retiendra que l'urticaire avec symptômes généraux est plutôt allergique, mais qu'il est rare.

On retiendra aussi que si un patient fait une urticaire 2 heures après la prise de pénicilline sans autres symptômes il ne s'agit probablement pas d'une réaction allergique et qu'il n'est pas nécessaire d'investiguer...on pourrait même théoriquement redonner de la pénicilline ultérieurement...(mais encore faut il oser !).

Trop d'info à mon sens... «Molto fumo...poco arrosto»



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch