

URTICAIRE ET ANGIOEDÈME

Autrices : Dre Maureen Goethals, Service de médecine de premier recours, HUG
Dre Judith Sultan, Service de médecine de premier recours, HUG

Experts :
Immunologie Dr Peter Jandus, Service d'immunologie et allergologie, HUG
Dr Thomas Harr, Service d'immunologie et allergologie, HUG
Médecine de famille Dr Nicolas Perone, Centre médical de Lancy, Genève
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE)
Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Superviseuse : Dre Olivia Braillard, Service de médecine de premier recours, HUG

Comité éditorial : Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG &
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (luMFE), UNIGe
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

2023

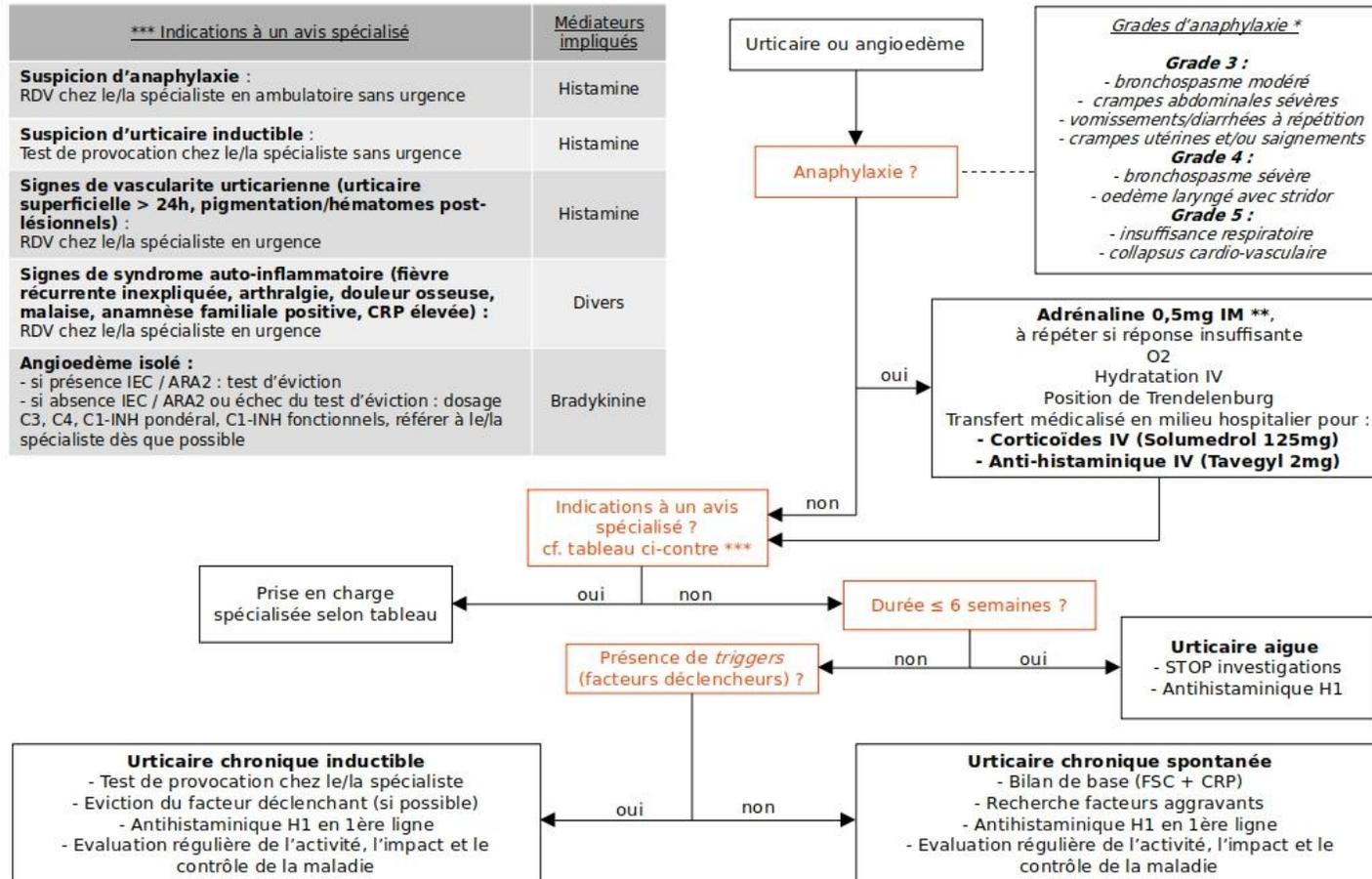
LES POINTS À RETENIR

- L'urticaire aiguë spontanée ne devrait pas être investiguée, en dehors de l'anaphylaxie.
- L'urticaire chronique est une maladie au long cours qui nécessite un suivi et des évaluations régulières de la sévérité, de l'impact sur la qualité de vie ainsi que du contrôle des symptômes.
- L'urticaire est classée en fonction de sa durée, aiguë ou chronique, et du rôle de déclencheurs définis, inductibles ou spontanés.
- Plusieurs scores ont été développés afin d'évaluer la sévérité, l'impact et le contrôle de la maladie.
- Les 7C's de l'urticaire chronique spontanée pour le médecin traitant sont : Confirmer ; Co-facteurs ; Co-morbidités ; Conséquences ; Chemin ; Cause et composants
- Le principal traitement en médecine de premier recours repose sur les antihistaminiques H1 de 2ème génération, leur dosage peut être augmenté jusqu'à 4x la dose standard.

[Article résumant les nouveautés de la stratégie](#)

DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.843.1730

ALGORITHMME



* Selon : Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. World Allergy Organ J. 1 oct 2020;13(10):100472.

** Adrenaline IM (ampoule de 1 mg/mL) : 0,5 mg (1/2 ampoule) par voie intramusculaire, de préférence dans la partie antéro-latérale de la cuisse.

Figure 1 Prise en charge de l'urticaire en ambulatoire

ARA2, antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 ; C1-INH, inhibiteur de la C1 estérase ; C3, protéine C3 du complément ; C4, protéine C4 du complément ; CRP, protéine C-réactive ; FSC, formule sanguine complète ; H1, récepteurs à l'histamine de type 1 ; IEC, inhibiteur de l'enzyme de conversion ; IM, intra-musculaire ; IV, intra-veineux ; O2, oxygène ; RDV, rendez-vous

Adaptée de Zuberbier T et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. mars 2022;77(3):734-66. ¹

URTICAIRE ET ANGIOEDÈME

1. CLASSIFICATION ET DÉFINITIONS

1.1. DÉFINITION

L'urticaire est un terme se référant à la fois à une maladie (*urticaria*) et, dans le langage courant, à une lésion cutanée (*wheal*) caractérisée par une ou plusieurs plaques surélevées érythémateuses très prurigineuses, migrantes et pouvant confluer en placards bien délimités, avec parfois une zone de pâleur centrale. ¹

Dans cette stratégie, l'urticaire se référera à la maladie, et l'urticaire superficielle à la clinique nommée wheal en anglais.

1.2. PHYSIOPATHOLOGIE

L'urticaire est une maladie définie par l'apparition d'urticaire superficielle et/ou d'angioedème.

L'activation des mastocytes cutanés provoque la libération de médiateurs, principalement l'histamine. ² La vasodilatation et l'augmentation de la perméabilité capillaire engendrées créent un oedème. Lorsque l'oedème se limite au derme supérieur, on parle d'urticaire superficielle (*wheals* en anglais). Lorsque l'oedème atteint le derme inférieur et/ou l'hypoderme, on parle d'angioedème (ou urticaire profonde ou oedème de Quincke).

L'urticaire superficielle est parfois accompagnée d'angioedème (40 % des cas). L'angioedème, lui, est accompagné dans 95% des cas d'urticaire superficielle ou d'autres signes de libération mastocytaire (rash, douleur abdominale, diarrhée, dyspnée, tachycardie, hypotension).³ L'angioedème isolé nécessite une prise en charge spécifique (cf. point 3. Diagnostic différentiel).

Plusieurs mécanismes d'activation mastocytaire peuvent aboutir à une urticaire : un facteur physique (urticaire inducible), une réaction d'hypersensibilité de type I (antigène externe ou IgE contre antigène du soi), une réaction d'hypersensibilité de type IIb (auto-anticorps contre mastocytes). ¹

1.3. CLASSIFICATION

L'urticaire, avec ou sans angioedème, est classée selon sa durée et le rôle des déclencheurs (triggers) (cf. Tableau 3) :

- **Urticaire aiguë** : durée de moins de 6 semaines (prévalence d'environ 20%) ⁴
- **Urticaire chronique** : durée de plus de 6 semaines, dont les manifestations peuvent être intermittentes ou continues, jusqu'à quotidiennes (prévalence entre 0,5% à 5%, plus grande proportion de femmes ⁵).
- **Urticaire inducible** : caractérisée par la présence de déclencheurs clairs et reproductibles, 10 à 15 % des urticaires chroniques. ³
- **Urticaire spontanée** : n'exclut pas des crises liées à un déclencheur, mais dont l'effet ne sera pas reproductible, 85 à 90 % des urticaires chroniques. ³

La figure 1 décrit la classification et la prise en charge respective de l'urticaire. L'angioedème isolé est abordé au point 2.

Service de médecine de premier recours

L'urticaire fait partie des signes et symptômes des réactions allergiques (cf. Tableau 1). La gravité d'une potentielle réaction allergique accompagnant l'urticaire va avoir un impact prépondérant sur la prise en charge.

Not anaphylaxis		ANAPHYLAXIS		
Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Présence d'au moins 1 symptôme/signé suivant :	Présence de symptômes/signés pour ≥ 2 systèmes du grade 1	Au moins 1 des symptômes/signés suivants :	Au moins 1 des symptômes/signés suivants :	Au moins 1 des symptômes/signés suivants :
Cutané Urticaire et/ou érythème chaud et/ou prurit, en dehors du site d'injection <i>et/ou</i> Picotements ou démangeaisons des lèvres * <i>ou</i> Angio-œdème (non laryngé)		Voies respiratoires inférieures Bronchospasme modéré (p.ex. toux, sibilances, dyspnée répondant au traitement)	Voies respiratoires inférieures Bronchospasme sévère (p.ex. ne répondant pas au traitement voire en péjoration malgré traitement)	Voies respiratoires supérieures ou inférieures Insuffisance respiratoire
Ou	Et/ou	Et/ou	Et/ou	Et/ou
Voies respiratoires supérieures Symptômes nasaux (p.ex. éternuements, rhinorrhée, prurit nasal et/ou congestion nasale) <i>et/ou</i> Démangeaisons/maux de gorge * <i>et/ou</i> Toux (non liée au bronchospasme)	Gastro-intestinal * Crampes abdominales et/ou vomissements, diarrhées (non-sévères)	Gastro-intestinal ** Crampes abdominales sévères et/ou vomissements/diarrhées à répétition	Voies respiratoires supérieures Œdème laryngé avec stridor	Cardiovasculaire Collapsus cardiovasculaire, perte de conscience (excepté malaise vaso-vagal)
Ou		Et/ou		
Conjonctival Erythème, prurit ou larmolement		Utérin Crampes ± saignements		
Ou				
Autre Nausées, goût métallique				

Tableau 1. Stades des réactions allergiques, selon la World Allergy Organization. ⁶

Traduction de la version originale en anglais

* Les réactions au site d'application seraient considérées comme des réactions locales. Les symptômes de la muqueuse buccale, tels que le prurit ou les démangeaisons de la gorge, après l'administration d'une immunothérapie sublinguale (ITS) ou d'une immunothérapie orale (OIT), ou la chaleur et/ou le prurit à un site d'injection d'immunothérapie sous-cutanée, seraient considérés comme une réaction locale. Les réactions du tractus gastro-intestinal après un ITS ou une OIT seraient également considérées comme des réactions locales, à moins qu'elles ne se produisent avec d'autres manifestations systémiques (auquel cas elles seraient classées comme des réactions allergiques systémiques). Les réactions locales de l'ITS doivent être classées selon le système de classification WAO pour les réactions locales de l'ITS.

** Les symptômes gastro-intestinaux ne sont considérés comme de grade 3 que s'ils répondent aux critères d'anaphylaxie : p.ex. crampes abdominales sévères, vomissements répétés.

1.4. PRÉSENTATION CLINIQUE

L'urticaire peut donc se manifester par de l'urticaire superficielle et/ou de l'angioedème.

L'urticaire superficielle se présente en plaques surélevées érythémateuses très prurigineuses, migrantes et pouvant confluer en placards bien délimités, avec parfois une zone de pâleur centrale. La majorité des poussées dure moins de 24H et se résout spontanément. 15 % de la population fera une poussée d'urticaire superficielle au cours de la vie. ³

L'angioedème est asymétrique, sans limite précise, non-prurigineux et accompagné d'une sensation de tension et/ou douleur. Il n'est pas gravitationnel et ne prend pas le godet. Les localisations fréquentes sont le visage, les extrémités des membres, et les organes génitaux externes. La localisation laryngo-pharyngée peut provoquer des troubles de la déglutition, une dyspnée, un stridor ainsi qu'une insuffisance respiratoire avec mise en jeu du pronostic vital. Des symptômes d'épigastralgie, douleurs abdominales, ou diarrhées peuvent être associés. L'angioedème apparaît généralement en quelques minutes et disparaît en moins de 72H.



Image 1. Urticaire superficielle ⁷



Image 2. Urticaire superficielle inducible par pression (dermographisme) ⁷

2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les diagnostics différentiels de l'urticaire sont résumés dans le tableau 2 et incluent : ¹

- Les urticaires dues à un mécanisme physiopathologique différent de la libération mastocytaire (p.ex. l'angioedème héréditaire ou la vasculite urticarienne)
- Les pathologies pouvant être confondues avec une urticaire (p.ex. la pemphigoïde bulleuse en phase pré-bulleuse ou la cellulite)

Les diagnostics différentiels prioritaires à rechercher lors d'une urticaire superficielle isolée sont : ¹

- **Les syndrome auto-inflammatoires** : fièvre récurrente inexplicquée, arthralgies, douleurs osseuses, malaise, anamnèse familiale positive, CRP élevée
- **La vasculite urticarienne** : sensation de brûlure, purpura, pigmentation post-inflammatoire

La vasculite urticarienne représente 5-10% des urticaires chroniques. ⁸

Pathologie	Description	Attitude
Vascularite urticarienne	 <p>Image 3. Vascularite urticarienne ^Z Pigmentation/hématomes post-lésionnels, ± purpura, durée > 24h, possible atteinte systémique associée</p>	Biopsie cutanée, référer au/à la spécialiste en urgence
AOSD (Adult onset Still's disease)	Fièvre, rash cutané, arthralgies, myalgies	Biopsie cutanée, référer au/à la spécialiste en urgence
CAPS (Cryopirin-associated periodic syndrom)	Dont FCAS, MWS, NOMID Fièvre, arthralgies, anamnèse familiale, CRP élevée	Référer au/à la spécialiste en urgence
Syndrome de Wells/Sweet	 <p>Image 4 Syndrome de Wells ^Z Dermatite granulomateuse avec éosinophilie / cellulite éosinophilique ; larges plaques érythémateuses, souvent aux extrémités</p>	Référer au/à la spécialiste
Pemphigoïde bulleuse	 <p>Image 5. Pemphigoïde bulleuse au stade pré-bulleux ^Z Lésions urticariennes ou de type eczéma ou papulaire</p>	Référer au/à la spécialiste
Mastocytose cutanée ou mastocytose systémique indolente avec atteinte cutanée	 <p>Image 6. Mastocytose cutanée = urticaire pigmentée progressive ^Z Macules et papules brunes, durée d'environ 1h</p>	Référer au/à la spécialiste

Tableau 2. Diagnostics différentiels de l'urticaire (superficielle et profonde) pertinents pour le ou la médecin de premier recours ^{1,7,10,11} (suite page suivante →)

Pathologie	Description	Attitude
Syndrome d'activation mastocytaire	Associé à symptômes respiratoires, cardio-vasculaires et/ou digestifs	Référer au/à la spécialiste
Syndrome de Schnitzler	Urticaire chronique + gammopathie monoclonale IgM	Référer au/à la spécialiste
Syndrome de Gleich	Angioedème épisodique + hyperéosinophilie + élévation IgM	Référer au/à la spécialiste
Prise d'IEC ou ARA II	Jours-mois après le début du traitement	Eviction IEC / ARA II
Angioedème héréditaire	Spontané ou facteurs déclencheurs : stress émotionnel, traumatisme mineur, procédures dentaires, facteurs hormonaux Activité C1NH diminuée → kalikréine augmentée → production de bradykinine 3 types selon la mutation	Dosage C3, C4, C1-INH pondéral, C1-INH fonctionnels, référer au spécialiste dès que possible
Angioedème acquis	Causé par lymphome B ou anticorps anti-C1-INH Association avec lymphoprolifération et maladie auto-immune (p.ex. lupus érythémateux systémique) Début > 40 ans	

Tableau 2 (suite). Diagnostics différentiels de l'urticaire (superficielle et profonde) pertinents pour le ou la médecin de premier recours [1,7,10,11](#)

FCAS = familial cold autoinflammatory syndrome ; MWS = Muckle-Wells syndrome ; NOMID = neonatal onset multisystem inflammatory disease ; C1-NH = C1-inhibiteur ; IEC = inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ARA II = antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; CRP = protéine C-réactive

Les diagnostics différentiels prioritaires à rechercher lors d'un angioedème isolé sont : ¹

- **la prise d'IEC** (inhibiteur de l'enzyme de conversion) ou d'ARA2 (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II)
- **l'angioedème héréditaire ou acquis** : dosage de C3, C4, C1-INH pondéral et C1-INH fonctionnels, immunofixation, et référer à l'allergologue dès que possible

L'angioedème héréditaire correspond en général à une mutation qui réduit la concentration ou l'activité du C1-inhibiteur (qui inhibe le système du complément). 25% des mutations apparaissent de novo donc l'anamnèse familiale peut être négative. ⁹

L'angioedème acquis correspond à une utilisation excessive du C1-inhibiteur (p.ex. en cas de lymphoprolifération) ou à la présence d'auto-anticorps contre le C1-inhibiteur.

En cas de prise d'IEC / ARA2, l'éviction est nécessaire. En cas d'absence d'IEC / ARA2 ou si leur éviction ne permet pas la résolution des symptômes, il faudra investiguer l'angioedème héréditaire ou acquis.¹ En fonction de la sévérité de la réaction, il faut considérer également l'éviction des inhibiteurs DPP4 (p.ex. sitagliptine, vildagliptine, sayagliptine, linagliptine), inhibiteurs de lanéprysiline (p.ex. sacubitril), inhibiteurs de la rénine (p.ex. aliskiren) et inhibiteurs m-TOR (p.ex. sirolimus, everolimus) qui peuvent interférer avec le système kinine-kalikréine).

3. ETIOLOGIES ET INVESTIGATIONS

Le tableau 3 résume les différents types d'urticaire, les investigations ¹ et leur prise en charge. Plusieurs urticaires d'étiologies différentes peuvent co-exister chez un-e même patient-e.

Type	Sous-Type	Investigations	Prise en charge
Urticaire aiguë	Réaction allergique de stade I ou II	Conseiller RDV allergologie, sans urgence	- Éviction de l'allergène jusqu'au RDV en allergologie - Anti-histaminiques H1 jusqu'à résolution des symptômes
	Anaphylaxie – réaction allergique de stade III ou IV		- Idem ci-dessus - Prescrire stylo auto-injecteur d'adrénaline si réaction > type II
	Inductible	Conseiller RDV dermatologie, sans urgence	- Éviction du facteur déclencheur - Anti-histaminiques H1 jusqu'à résolution des symptômes
	Spontanée	Nihil	- Anti-histaminiques H1 jusqu'à résolution des symptômes
Urticaire chronique	Inductible	Conseiller RDV dermatologique, sans urgence	- Éviction du facteur déclencheur - Anti-histaminiques H1
	Spontanée	FSC, CRP IgE totaux, IgG anti-TPO, thyroglobuline, TRAK, tryptase (par le ou la spécialiste) Recherche de facteurs aggravants et déclencheurs	<ul style="list-style-type: none"> ◦ possibilité d'augmenter jusqu'à 4x la dose ◦ possibilité de faire une rotation d'antihistaminique si pas de réponse à dose max ◦ si insuffisant, discuter introduction omalizumab (avec spécialiste) - Evaluation régulière de l'activité, l'impact et le contrôle de la maladie
Angioedème isolé	Aigu ou chronique	Recherche d'IEC/ARA2 Recherche d'angio-œdème héréditaire ou acquis - dosage de C3, C4, C1-INH pondéral et C1-INH fonctionnels - référer à l'allergologue dès que possible)	- Eviction IEC/ARA2 si présent - Idem que l'urticaire aigu/chronique

Tableau 3. Etiologie et prise en charge des différents types d'urticaire et de l'angioedème isolée, selon Zuberbier et al. ¹

CRP= protéine C-réactive ; FSC= Formule sanguine complète ; IEC= inhibiteur de l'enzyme de conversion ; ARA2= antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 ; TPO= thyroid peroxidase ; TRAK= anti-récepteur de la TSH ; VS= vitesse de sédimentation.

3.1. URTICAIRE AIGUË

L'urticaire aiguë spontanée ne devrait pas être investiguée. L'anamnèse et le status devront rechercher les critères d'urgence. Un bilan allergologique peut être organisé si la clinique est évocatrice (rash, crampes abdominales, diarrhées, dyspnée, tachycardie, hypotension).

L'urticaire aiguë inductible doit être investiguée par un test de provocation spécifique. Elle est définie par l'identification d'un élément déclencheur strict et commun à toutes les poussées d'urticaire. Dans de rares cas, 2 éléments déclencheurs simultanés sont nécessaires au déclenchement de la crise. Les déclencheurs connus sont le dermatographisme (le plus fréquent, 5% de la population générale), le froid, la pression, les UV, la chaleur, les vibrations, l'eau et la libération cholinergique (émotions intenses, exercice physique, eau chaude, etc).

3.2. URTICAIRE CHRONIQUE

L'urticaire chronique inductible devra être investiguée comme sa forme aiguë. Il faudra en plus évaluer régulièrement les conséquences à long terme pour le ou la patient-e en lien avec sa maladie chronique (cf. 3.3. Morbidité de l'urticaire chronique).

Pour l'urticaire chronique spontanée, l'anamnèse devra rechercher au minimum les éléments suivants :

- Aspect et emplacement des lésions
- Cinétique de la poussée
- Recherche de facteurs aggravants, déclencheurs et aliments histamino-libérateurs
- Recherche de symptômes évocateurs de maladie systémique
- Évaluation de la thymie, des fonctions sexuelles et autres conséquences au long terme (cf. 3.3. Morbidité de l'urticaire chronique)

Le status cutané devra être complet et le reste du status ciblé en fonction de l'anamnèse.

Des photographies seront très utiles au suivi du ou de la patient-e, notamment afin de faciliter la prise en charge longitudinale et multidisciplinaire.

L'urticaire chronique spontanée semble être liée à des réactions auto-allergiques d'hypersensibilité type I (IgE-induite) et IIb (auto-anticorps contre les mastocytes), causées ou favorisées par différents facteurs (cf. Tableau 4). Elle doit être investiguée par un bilan de base (FSC, CRP) pour éclaircir la réaction sous-jacente. Dans la réaction auto-immune de type IIb, on observe fréquemment une élévation de la CRP, et une diminution des éosinophiles et basophiles. Les dosages des IgE totaux, IgG anti-TPO, thyroglobuline, TRAK et tryptase devraient être réalisés et interprétés par le ou la spécialiste. Ils donnent également des informations sur le mécanisme sous-jacent.

Si nécessaire, des investigations supplémentaires peuvent être réalisées afin d'identifier un facteur aggravant (cf. Tableau 4). Cependant, un dépistage systématique de tous les patient-e-s n'est pas recommandé.

L'urticaire chronique peut également être favorisée par des aliments histamino-libérateurs qu'il conviendra de chercher à l'anamnèse.

Facteurs aggravants	Facteurs déclencheurs de l'urticaire inductible	Aliments histamino-libérateurs les plus fréquents
<ul style="list-style-type: none"> - Infection - Alimentation - Stress - AINS - Processus inflammatoire - Dysthyroïdie - Progestérone 	<ul style="list-style-type: none"> - Dermatographisme - Froid - Pression - Rayons UV - Chaleur - Vibrations - Eau - Libération cholinergique (émotions intenses, exercice physique, eau chaude, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcool - Fromage fermenté - Chocolat

Tableau 4. Facteurs aggravants, déclencheurs et aliments histamino-libérateurs

AINS= anti-inflammatoires non-stéroïdiens ; UV= ultra-violets

Adapté de Zuberbier T et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. mars 2022;77(3):734 66¹

Dans leur récente publication, Metz et al. [10](#) ont synthétisé la prise en charge de l'urticaire chronique spontanée en 7 points, qui permettent d'assurer une meilleure autonomie au / à la médecin de premier recours concernant cette pathologie complexe. Ces 7 points sont décrits dans le tableau 5.

Confirmer	Exclure les diagnostics différentiels
Co-facteurs	Identifier des facteurs déclencheurs et aggravants potentiels
Co-morbidités	Par ex. rechercher urticaire chronique inducible, auto-immunité, santé mentale
Conséquences	Par ex. identifier des troubles du sommeil, détresse psychologique, santé sexuelle, performance professionnelle et sociale
Chronicité	Suivi régulier de l'évolution de la maladie selon avis spécialisé
Cause et Composants	Bilan des indicateurs d'urticaire chronique spontanée et de biomarqueurs selon avis spécialisé

Tableau 5. Les 7C de l'urticaire chronique en médecine de premier recours

Adapté et traduit de Metz M et al.[10](#)

3.3. MORBIDITÉ DE L'URTICAIRE CHRONIQUE

Plusieurs études ont démontré la morbidité objective et subjective liée à l'urticaire, qui reste un fardeau important pour beaucoup de patient-e-s. [11-14](#) Les conséquences fréquentes à rechercher sont la dépression, l'anxiété, les dysfonctions sexuelles et les troubles du sommeil.

Pour ces raisons, il est donc devenu primordial de considérer l'urticaire chronique comme une maladie chronique à part entière, et d'en évaluer la sévérité, l'impact et le contrôle des symptômes, à la première consultation et à chaque consultation de suivi.

Plusieurs scores ont été développés afin d'évaluer la sévérité, l'impact et le contrôle de la maladie avec entre autres le développement des PROMs (patients-reported outcomes mesures). [15-17](#) Ils abordent ces thématiques:[17](#)

- la sévérité : nombre, horaires et inconfort des poussées, impact sur la perception de soi
- l'impact : limitations fonctionnelles (travail, sommeil, activité physique, loisirs, interactions sociales, alimentation, altération de la santé mentale (dépression, anxiété)), effets secondaires des traitements
- le contrôle : satisfaction en lien avec le traitement

Certains sont utilisables en clinique (UAS7, CU-Q2oL) [15-17](#) et peuvent soutenir le suivi dans la durée.

3.4. CONSULTATION SPÉCIALISÉE

Les indications à référer le ou la patient-e vers un-e spécialiste sont les suivantes :

- Allergologue : urticaire chronique invalidante sans cause identifiée ou avec réponse insuffisante au traitement/à l'éviction, piste allergique
- Dermatologue : doute sur l'aspect des lésions, signes de vascularite urticarienne (cf. 3. Diagnostic différentiel)

4. PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT

4.1. CRITÈRES D'URGENCE

En cas d'angio-oedème risquant de compromettre les voies respiratoires ou d'éléments de stade III ou IV, il faut administrer en premier de l'adrénaline en intramusculaire (0.5 mg pour un-e adulte, à répéter en cas de réponse insuffisante), de l'oxygène et du volume (patient-e en position de Trendelenburg si pas d'accès veineux) et adresser le ou la patient-e aux urgences. Les antihistaminiques et corticostéroïdes seront administrés ensuite et le ou la patient-e surveillé-e.¹⁹

En cas de progression ou d'atteinte laryngée/respiratoire sans effet satisfaisant sous prednisone, antihistaminique et adrénaline, il faut considérer rapidement un traitement par Firazyr® ou Berinert®. Il faut considérer ces traitements particulièrement chez les patient-e-s sous IEC. Dans tous les autres cas, y compris les plaintes gastro-intestinales, on peut se permettre d'attendre 1 à 2 heures après le traitement par prednisone, anti-histaminique et adrénaline.

Les indications à une hospitalisation sont à discuter au cas par cas.

Un bilan allergologique est indispensable en cas d'urticaire aiguë s'il existe une suspicion d'allergie. Cette suspicion repose sur l'apparition rapide (moins de 2 heures) de plaques d'urticaire ou d'angio-œdème après l'ingestion d'un aliment suspect, d'un médicament ou d'une piqûre d'insecte venimeux, l'association fréquente à des signes digestifs ou respiratoires et une durée de la crise courte n'excédant pas 24 heures.

4.2. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX - LIGNES DE TRAITEMENT

Le but du traitement est une rémission complète des symptômes. Comme discuté dans le tableau 3, la première ligne de traitement consiste en l'éviction des facteurs déclencheurs et l'administration d'antihistaminiques H1 de 2ème génération.

4.2.1. Antihistaminiques H1

Les antihistaminiques sont un traitement symptomatique efficace. Ceux de la 2ème génération sont à privilégier car moins sédatifs que les plus anciens. La durée du traitement se fait jusqu'à la disparition des symptômes. Ils doivent être prescrits pour une durée de 4-6 semaines, en effet on considère qu'une urticaire aiguë peut durer jusqu'à 6 semaines, au-delà on considère les traitements de l'urticaire chronique (cf. Figure 2). Dans ce cas, les effets secondaires nécessitent une attention particulière.

Plusieurs molécules ont fait leurs preuves dans les études sans que l'une d'elle soit préférable. On note l'utilisation de la bilastine, cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine et loratadine (cf Tableau 6).

Il est préférable d'augmenter la dose de l'antihistaminique jusqu'à quatre fois la dose standard avant d'envisager une autre molécule. Même si cette recommandation est off-label, celle-ci est recommandée dans le traitement de l'urticaire depuis les années 2000 sans effet indésirable grave rapporté dans la littérature. ¹ L'utilisation de plusieurs antihistaminiques H1 en même temps n'est pas recommandée.

Molécule	Dose standard et maximale (dose max sont off-label)	Prix	Effets secondaires	Personnes enceintes
Cétirizine	10 mg (max. 40mg)	7,55CHF/10pce	Sédation & effets anticholinergiques : - somnolence - sécheresse buccale et oculaire - céphalées - fatigue - vertiges - nausées - constipation	N'est pas contre-indiqué durant la grossesse
Desloratadine (Aerius®)	5mg (max. 20mg)	7,35CHF/10pce		N'est pas contre-indiqué durant la grossesse
Fexofenadine	120mg (max. 480mg)	5,85CHF/10pce		N'est pas contre-indiqué durant la grossesse
Levocétérizine (Xyzal®)	5mg (max. 20mg)	7,20CHF/10pce		N'est pas contre-indiqué durant la grossesse
Loratidine (Calritine®)	10mg (max. 40mg)	8,35CHF/14pce		Déconseillé par manque d'étude
Bilastine (Bilaxten®)	20mg (max. 80mg)	5,95CHF/10 pce		Déconseillé par manque d'étude

Tableau 6. Description des anti-histaminiques H1 pertinents pour la pratique clinique (avec doses maximales off label) [19,20](#)

4.2.2. Corticoïdes

Dans le cadre d'une prise en charge urgente de l'anaphylaxie, l'utilisation des corticoïdes à court terme peut être bénéfique et n'a pas d'effets indésirables graves. [21,22](#) Mais celle-ci sera à éviter au vu du manque de données concernant leur utilisation dans l'urticaire et du risque d'effet rebond des symptômes à leur arrêt. Ils peuvent être utiles chez les patient-e-s atteint-e-s d'urticaire chronique mais leur utilisation sera jugée par le ou la spécialiste.

4.2.3. Antihistaminiques H2

Ils ne sont plus d'actualité dans le traitement de l'urticaire au vu d'effets secondaires importants, leur utilisation devrait être évitée. Il s'agit, par exemple, de la ranitidine ou cimétidine (qui ne sont plus disponibles sur le marché).

4.2.4. Omalizumab

Actuellement, le traitement de 2ème ligne de l'urticaire chronique est l'omalizumab. [23](#) La mise en place de ce traitement se déroule après consultation avec le ou la spécialiste, chez les patient-e-s ne répondant pas suffisamment aux antihistaminiques. La première ordonnance doit être faite par un-e médecin spécialiste en allergologie, elle peut ensuite être renouvelée par le ou la médecin de premier recours.

4.2.5. Ciclosporine

La ciclosporine peut être utilisée comme traitement de 3e ligne, celui-ci est uniquement prescrit par le ou la médecin spécialiste.

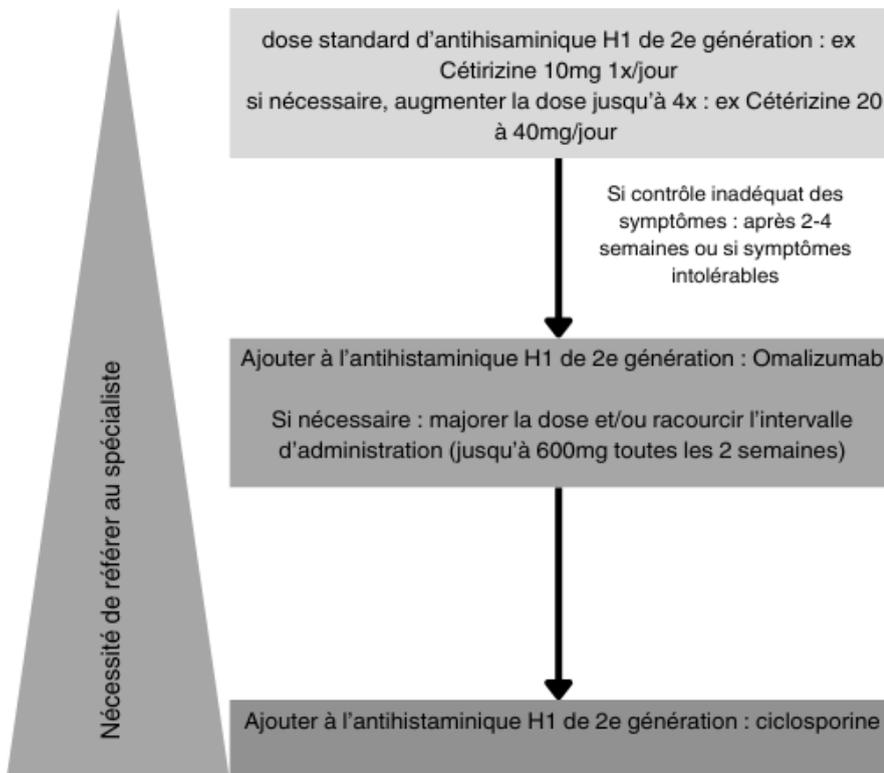


Figure 2. Algorithme de traitement de l'urticaire, selon Zuberbier et al. ¹

4.3. KIT D'URGENCE À REMETTRE AUX PATIENT-E-S

La prescription d'un stylo auto-injecteur d'adrénaline doit être faite dans les situations suivantes²⁴:

- Antécédent de réaction anaphylactique sévère déclenché par de la nourriture, le latex ou des aéro-allergènes
- Anaphylaxie induite par le sport
- Antécédent d'anaphylaxie idiopathique
- Co-existence d'un asthme sévère persistant et d'une allergie alimentaire
- Allergie au venin d'hyménoptère ou lors d'une immunothérapie au venin d'hyménoptère

Elle peut être considérée dans les situations suivant-e-s :

- Antécédent de réaction allergique modérée (stade II-III) sur allergène alimentaire
- Adolescent-e et jeune adulte avec allergie alimentaire
- Patient-e habitant dans une zone reculée ou prévoyant un voyage à l'étranger avec possible difficulté à joindre un centre médical d'urgence
- Allergie au venin d'hyménoptère supérieure au stade I

Il faut toujours prescrire 2 auto-injecteurs d'adrénaline aux patient-e-s. Les auto-injecteurs disponibles en Suisse sont l'EpiPen® ou le Jext®. Prévenez votre patient-e qu'un EpiPen® atteint sa date de péremption après environ 12 mois.

Concernant l'utilisation de l'EpiPen®, un mode d'emploi détaillé est disponible sur le site du fabricant : <https://www.epipen.fr/fr-fr/mode-emploi-epipen>

Service de médecine de premier recours

Il est essentiel que le patient connaisse les indications et les modalités de son usage. En effet seulement 30% des personnes l'utilisent lors des réactions anaphylactiques sévères et 10% dès l'apparition des symptômes. Cela semble être causé par l'anxiété générée par l'usage de l'EpiPen, possiblement à cause de connaissances inadéquates quant à son utilisation.²⁵

Les consignes à donner si présence d'urticaire sévère et/ou angio-oedème :

- toujours prendre en premier un set de secours : Cétirizine 2 cps de 10 mg

En cas d'atteinte laryngée (dysphonie), troubles respiratoires :

- Cétirizine 20mg + auto-injecteur d'adrénaline 0.3 mg (à répéter si réponse insuffisante ou si poids >75 kg) et se rendre à l'hôpital (en ambulance au besoin).

S'il existe d'emblée des symptômes d'anaphylaxie (vertiges, chute de la tension artérielle), il faut appliquer l'auto-injecteur d'adrénaline immédiatement (à répéter si réponse insuffisante ou poids >75 kg) et se rendre à l'hôpital en ambulance.

4.4. MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

- Un traitement local avec de l'eau en évitant les bains et douches trop fréquentes peut améliorer la symptomatologie aiguë.
- L'application d'eau froide permet de diminuer la sensation de prurit.
- Employer un émoullient (Excipial®, U Lipolotion ou Antidry® Lotion), directement après la douche.
- Éviter les topiques à base d'antihistaminiques ou de corticoïdes.

Les régimes pauvres en histamine, à but diagnostique et thérapeutique, peuvent être instauré pour les patient-e-s avec une anamnèse en faveur de facteurs déclencheurs alimentaires.¹ En l'absence d'effet positif, ils doivent être limités à 3 ou 4 semaines afin d'éviter les carences potentielles. Ils ne doivent pas retarder un traitement efficace.¹

Exceptionnellement et pour une courte durée, un arrêt de travail peut être rédigé en cas de lésions cutanées ou d'angio-oedème important ou très invalidant esthétiquement parlant.

4.5. LIMITER LES ÉLÉMENTS FAVORISANTS

Ils sont à rechercher à l'anamnèse initiale et comprennent les facteurs déclencheurs en cas d'urticaire inductible, les facteurs aggravants ainsi que les aliments histamino-libérateurs (cf. Tableau 4).

4.6. ÉLÉMENTS DEVANT MENER À RE-CONSULTER

Bien que les cas légers d'urticaire puissent souvent être traités avec des antihistaminiques H1, il existe certains signes et symptômes qui nécessitent de consulter en urgence. Ces signes et symptômes comprennent^{1,6,24}:

1. Angioedème, atteinte laryngée, stridor
2. Etourdissements ou vertiges
3. Nausées ou vomissements
4. Tachycardie ou hypotension
5. Malaise ou perte de connaissance

Ces symptômes peuvent indiquer une réaction anaphylactique.

En cas de persistance des symptômes (lésion d'urticaire, d'oedème et/ou prurit) au-delà de 4-6 semaines, il est nécessaire de consulter le ou la médecin généraliste pour changer d'antihistaminique. Si les symptômes perdurent au-delà de 6 semaines, un bilan étiologique d'urticaire chronique est à faire ainsi qu'une consultation chez le ou la spécialiste pour introduction d'un traitement spécifique (omalizumab). ^{1,26}

5. CAS SPÉCIFIQUES

5.1. GROSSESSE & ALLAITEMENT

L'urticaire chronique peut se révéler pour la première fois durant la grossesse, avec une tendance aux exacerbations lors des grossesses suivantes. La pathogenèse n'est pas connue. L'urticaire limitée à la grossesse est rare.²⁷ Le traitement systémique est à éviter, en particulier lors du premier trimestre. Les antihistaminiques H1 de 2e génération n'ont pas démontré de malformations congénitales à ce jour, néanmoins les études ont été réalisées sur des petites cohortes. Il est donc recommandé d'utiliser le même algorithme de traitement mais avec précaution chez les femmes enceintes.

Concernant l'allaitement, il n'y a pas de contre-indications à l'utilisation des antihistaminiques H1 de 2e génération, mais ceux-ci passent dans le lait maternel et peuvent donc causer une somnolence chez le nourrisson.

5.2. INSUFFISANCE RÉNALE ET HÉPATIQUE

Lors d'une insuffisance rénale, une adaptation de la dose des antihistaminiques H1 est à envisager lorsqu'on atteint un DFG < 60ml/min. Les adaptations de posologie sont indiquées dans le [compendium](#). Les antihistaminiques H1 sont contre-indiqués à partir d'un DFG < 15ml/min.

Aucune adaptation posologique des antihistaminiques H1 n'est nécessaire si le ou la patient-e présente exclusivement une fonction hépatique diminuée.

5.3. INFECTION À SARS-CoV-2

Des études récentes ont montré une prévalence entre 9 et 16% d'urticaire aiguë chez les patient-e-s positif-ve-s au SARS-CoV2, avec une durée moyenne des symptômes de 7 jours. La littérature ne rapporte actuellement pas d'urticaire chronique suite à une infection à SARS-CoV2. Les patient-e-s avec une urticaire chronique semblent à risque d'exacerbation dans un contexte d'infection à SARS-CoV2.^{28,29}

Des études ont rapporté plusieurs cas d'urticaire chronique suivant la vaccination contre SARS-CoV2, dépendant du type de vaccin et du dosage.^{30,31}

RÉFÉRENCES

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. mars 2022;77(3):734-66.
2. Church MK, Kolkhir P, Metz M, Maurer M. The role and relevance of mast cells in urticaria. *Immunol Rev*. mars 2018;282(1):232-47.
3. Item 183 – UE 7 Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. *Ann Dermatol Vénérologie*. 1 mars 2018;145:S114-30.
4. Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micaletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol*. févr 2018;54(1):88-101.
5. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. *Front Immunol*. 2019;10:627.
6. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organ J*. 1 oct 2020;13(10):100472.
7. Urticaria and urticaria-like conditions | DermNet [Internet]. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <https://dermnetnz.org/topics/urticaria-and-urticaria-like-conditions>
8. Lapointe AK, Leimgruber A, Spertini F, Deruaz C, Floriana L, Périard D, et al. Vasculites cutanées: leurs implications en immunologie clinique. 1 janv 2004;
9. Pappalardo E, Cicardi M, Duponchel C, Carugati A, Choquet S, Agostoni A, et al. Frequent de novo mutations and exon deletions in the C1inhibitor gene of patients with angioedema. *J Allergy Clin Immunol*. déc 2000;106(6):1147-54.
10. Metz M, Altrichter S, Buttgereit T, Fluhr JW, Fok JS, Hawro T, et al. The Diagnostic Workup in Chronic Spontaneous Urticaria-What to Test and Why. *J Allergy Clin Immunol Pract*. juin 2021;9(6):2274-83.
11. Gonçalo M, Giménez-Arnau A, Al-Ahmad M, Ben-Shoshan M, Bernstein JA, Ensina LF, et al. The global burden of chronic urticaria for the patient and society*. *Br J Dermatol*. 1 févr 2021;184(2):226-36.
12. Maurer M, Staubach P, Raap U, Richter-Huhn G, Bauer A, Ruëff F, et al. H1-antihistamine-refractory chronic spontaneous urticaria: it's worse than we thought - first results of the multicenter real-life AWARE study. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. mai 2017;47(5):684-92.
13. Maurer M, Staubach P, Raap U, Richter-Huhn G, Baier-Ebert M, Chapman-Rothe N. ATTENTUS, a German online survey of patients with chronic urticaria highlighting the burden of disease, unmet needs and real-life clinical practice. *Br J Dermatol*. avr 2016;174(4):892-4.
14. Maurer M, Abuzakouk M, Bérard F, Canonica W, Oude Elberink H, Giménez-Arnau A, et al. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-CSU. *Allergy*. déc 2017;72(12):2005-16.
15. Weller K, Zuberbier T, Maurer M. Clinically relevant outcome measures for assessing disease activity, disease control and quality of life impairment in patients with chronic spontaneous urticaria and recurrent angioedema. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. juin 2015;15(3):220.
16. Maurer M, Eyerich K, Eyerich S, Ferrer M, Gutermuth J, Hartmann K, et al. Urticaria: Collegium Internationale Allergologicum (CIA) Update 2020. *Int Arch Allergy Immunol*. mai 2020;181(5):321.
17. Baiardini I, Braido F, Bindslev-Jensen C, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW, et al. Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA(2) LEN taskforce position paper. *Allergy*. juill 2011;66(7):840-4.
18. Brigade sanitaire cantonale. 4.12. Allergie [Internet]. HUG; 2008 [cité 1 juill 2023]. Disponible sur: https://smur.hug.ch/sites/smur/files/protocoles/4-12_allergie.pdf
19. Swissmedic 2019 © Copyright. Accueil [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home.html>
20. compendium.ch [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://compendium.ch/>
21. Liyanage CK, Galappatthy P, Seneviratne SL. Corticosteroids in management of anaphylaxis; a systematic review of evidence. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. sept 2017;49(5):196-207.

Service de médecine de premier recours

22. Rohacek M, Edenhofer H, Bircher A, Bingisser R. Biphasic anaphylactic reactions: occurrence and mortality. *Allergy*. juin 2014;69(6):791-7.
23. He ZH, Qiu SC, Huang ZW, Zhang GQ, An QQ, Qu F, et al. Comparison between chronic spontaneous urticaria and chronic induced urticaria on the efficacy of omalizumab treatment: A systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther*. déc 2022;35(12):e15928.
24. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. févr 2022;77(2):357-77.
25. Ackaoui A. Treatment of anaphylaxis: EpiPen, Twinject, or another autoinjector? *Can Fam Physician Med Fam Can*. mars 2011;57(3):273-4.
26. New-onset urticaria - UpToDate [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria>
27. Recognition and management of allergic disease during pregnancy - UpToDate [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/recognition-and-management-of-allergic-disease-during-pregnancy>
28. Galli E, Cipriani F, Ricci G, Maiello N. Cutaneous manifestation during COVID-19 pandemic. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol*. nov 2020;31 Suppl 26(Suppl 26):89-91.
29. Sachdeva M, Gianotti R, Shah M, Bradanini L, Tosi D, Veraldi S, et al. Cutaneous manifestations of COVID-19: Report of three cases and a review of literature. *J Dermatol Sci*. mai 2020;98(2):75-81.
30. Zaiem A, Salem Mahjoubi Y, Aouinti I, Lakhoua G, Kaabi W, Kastalli S, et al. Chronic spontaneous urticaria following vaccination against SARS-CoV-2. *Therapie*. 10 déc 2022;S0040-5957(22)00281-5.
31. Duperrex O, Tommasini F, Muller YD. Incidence of Chronic Spontaneous Urticaria Following Receipt of the COVID-19 Vaccine Booster in Switzerland. *JAMA Netw Open*. 1 févr 2023;6(2):e2254298.