

Urticaire et œdème de Quincke

Item n° 114 : Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact

Objectifs

- Diagnostiquer une urticaire et un œdème de Quincke chez l'enfant et chez l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

L'urticaire, terme féminin venant du mot latin *urtica* signifiant ortie, est une dermatose inflammatoire fréquente. Son diagnostic est en général facile : il repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Elle peut être aiguë, chronique ou récidivante. Il s'agit d'un syndrome dont les causes sont multiples, parfois intriquées dans les formes chroniques, ce qui rend la démarche étiologique difficile et souvent décevante.

Mécanismes non immunologiques ou pharmacodynamiques :

- Apport ou libération d'histamine ;
- Défaut d'inhibition de médiateur (-I-antitrypsine, Cr estérase...);
- Cholinergique.

PHYSIOPATHOLOGIE

La lésion d'urticaire correspond à un œdème dermique (urticaire superficielle) ou dermo-hypodermique (urticaire profonde) dû à une vasodilatation avec augmentation de la perméabilité capillaire consécutive à un afflux de médiateurs inflammatoires. L'histamine est le principal médiateur mais de nombreux autres sont également impliqués : complément, prostaglandines, leucotriènes, cytokines, sérotonine, tyramine, kinines, substance P...

Leurs sources sont multiples : cellulaire (mastocytes, basophiles, éosinophiles, cellules endothéliales...), plasmique et nerveuse. L'histamine et la tyramine peuvent également être apportées par certains aliments.

On distingue deux types de mécanisme : immunologique, faisant intervenir une sensibilisation préalable, et non immunologique. Dans ce dernier cas, le déclenchement d'une urticaire est dépendant de la susceptibilité individuelle (notion de seuil de dégranulation des mastocytes).

Mécanismes immunologiques :

- Hypersensibilité immédiate de type anaphylactique médiée par les immunoglobulines (Ig) E ou les IgG4 (type I) ;
- Hypersensibilité par activation du complément avec ou sans formation de complexes immuns circulants.

DIAGNOSTIC

Urticaire superficielle

Il s'agit de la forme commune dans laquelle l'œdème est dermique. Le diagnostic clinique est en général facile.

Les lésions sont des papules ou plaques érythémateuses ou rosées, œdémateuses à bords nets. Elles sont fugaces (chaque lésion élémentaire disparaissant en moins de 24 heures), migratrices et prurigineuses. Les lésions de grattage sont cependant rares. Le nombre, la taille et la forme des éléments sont extrêmement variables.

Les lésions sont parfois absentes au moment de la consultation, mais l'interrogatoire retrouve leurs caractéristiques cliniques. La biopsie cutanée n'est jamais nécessaire au diagnostic. Elle n'est justifiée qu'en cas de suspicion de vasculite urticarienne.

Urticaire profonde

Il s'agit de l'œdème de Quincke ou angio-œdème dans lequel l'œdème est hypodermique. Il peut toucher la peau ou les muqueuses et peut être isolé ou associé à une urticaire superficielle, aiguë ou chronique. La lésion est une tuméfaction ferme, mal limitée, ni érythémateuse ni prurigineuse, qui provoque une sensation de tension douloureuse.

Elle peut être généralisée mais au visage elle touche préférentiellement les paupières et les lèvres. La localisation

aux muqueuses de la sphère oro-laryngée conditionne le pronostic. L'apparition d'une dysphonie et d'une hypersalivation par troubles de la déglutition sont des signes d'alarme qui peuvent précéder l'asphyxie si l'œdème siège sur la glotte. L'œdème de Quincke peut être le signe inaugural d'un choc anaphylactique.

Formes cliniques

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES

Une hyperthermie modérée, des douleurs abdominales ou des arthralgies peuvent être associées tant dans l'urticaire superficielle que profonde, surtout dans les formes profuses.

VARIANTES MORPHOLOGIQUES

— Formes figurées : secondaires à la guérison centrale et à l'extension centrifuge des plaques. La taille des anneaux ou des arcs de cercle ainsi formés peut être très variable ;

— Vésiculo-bulleuses : rares mais possibles quand l'œdème est très important ;

— Micropapuleuses : évocatrices de l'urticaire cholinergique.

FORMES ÉVOLUTIVES

Urticaire aiguë

Il s'agit le plus souvent d'un épisode unique et rapidement résolutif. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il faut chercher par un interrogatoire patient, un élément déclenchant dans les heures ayant précédé l'éruption. Les médicaments (tableau I) et certains aliments (tableau II) sont les principales causes d'urticaire aiguë.

Tableau I. – Principaux médicaments responsables d'urticaire.

β-lactamines
Anesthésiques généraux (curares)
AINS, acide acétylsalicylique
IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion)
Produits de contraste iodés
Sérums et vaccins

Tableau II. – Principaux aliments responsables d'urticaire.

Poisson
Porc
Œufs
Crustacés
Lait
Tomate
Fraise
Chocolat
Arachide
Noisette
Alcool
Fruits exotiques
Colorants, anti-oxydants (sulfites)

Urticaire chronique

L'urticaire est dite chronique si les poussées, le plus souvent quotidiennes, évoluent depuis plus de six semaines. Les urticaires récidivantes sont définies par un intervalle libre plus ou moins long entre chaque poussée. L'interrogatoire et l'examen clinique restent les éléments essentiels de la démarche étiologique. Les bilans exhaustifs et systématiques sont coûteux et inutiles, la majorité des urticaires chroniques sont idiopathiques, c'est-à-dire sans pathologie sous-jacente retrouvée.

Après échec d'un traitement antihistaminique bien conduit (posologie et durée suffisantes), un bilan minimum comprenant NFS et VS peut être demandé, l'urticaire chronique étant exceptionnellement révélatrice d'une maladie sous-jacente ou d'une allergie. Ce bilan complémentaire sera justifié dans les situations suivantes :

– arguments sur l'interrogatoire et l'examen clinique : pour une urticaire de contact (tests allergologiques cutanés), une urticaire physique (tests cutanés physiques adaptés aux manifestations rapportées par le patient) ou une urticaire d'environnement (piqûres de guêpe ou d'abeille) ;

– arguments sur l'interrogatoire, l'examen clinique, la NFS et la VS pour l'existence d'une cause sous-jacente :

• infectieuse (foyer infectieux bactérien chronique, virale, parasitaire) ;

• dysthyroïdie ;

• maladie auto-immune ;

• allergie alimentaire (enquête alimentaire et si besoin tests allergologiques *in vivo* ou *in vitro*) ;

• allergie médicamenteuse (bien étudier la chronologie des poussées urticariennes par rapport aux prises médicamenteuses et si besoin compléter par des tests cutanés allergologiques sous surveillance hospitalière).

– urticaire commune associée à un syndrome inflammatoire persistant ;

– syndrome de vasculite urticarienne.

Le bilan complémentaire sera orienté par les éléments d'interrogatoire, d'examen clinique. Il pourra par exemple comporter :

– protéinurie, hématurie ;

– TSH, anticorps antithyroïdiens ;

– électrophorèse des protéines sanguines ;

– dosage du complément ;

– anticorps antinucléaires ;

– sérologie des hépatites ;

– biopsie cutanée avec examen histologique et en immunofluorescence directe (IFD).

Ce bilan est le plus souvent négatif. Il faut en donner et en expliquer les résultats au patient et savoir ne pas le répéter.

Le syndrome de vasculite urticarienne

Il s'agit d'un syndrome anatomo-clinique, qui ne peut donc être retenu qu'en présence d'une urticaire chronique et d'une image histologique de vasculite.

Signes cutanés : Ils sont évocateurs mais inconstants. Ils doivent faire réaliser une biopsie avec IFD. Les éléments urticariens sont de petite taille, peu ou pas prurigineux,

volontiers entourés d'un halo de vasoconstriction et sont fixes, restant à la même place durant plus de 24 heures. Un purpura peut être associé, laissant une pigmentation post-lésionnelle transitoire.

Signes histologiques :

Il existe une vasculite avec nécrose fibrinoïde des petits vaisseaux dermiques (et non une simple turgescence des cellules endothéliales). Par ailleurs, l'IFD négative dans l'urticaire commune, est ici souvent positive avec dépôts d'IgG, IgM et C3 dans la paroi des vaisseaux.

Signes associés :

– hyperthermie, arthralgies et troubles digestifs sont fréquents ;

– des manifestations pulmonaires, rénales, oculaires... peuvent également s'observer et conditionnent le pronostic.

Signes biologiques :

– l'élévation de la VS est fréquente ;

– l'hypocomplémentémie (CH50, C1q, C4, C2), qui a servi à définir le syndrome de Mac Duffie, n'est trouvée que dans la moitié des cas ;

– la découverte d'autres anomalies, notamment immunologiques doit faire chercher une affection systémique qui peut apparaître secondairement, particulièrement un lupus érythémateux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La question se pose rarement car le diagnostic est en général évident. On peut parfois discuter :

– un eczéma aigu du visage qui se distingue par l'absence de lésion muqueuse et surtout par la fixité des lésions et leur suintement qui ne s'observe jamais dans l'urticaire ;

– une pemphigoïde au stade des placards urticariens pré-bulleux ;

– un érythème polymorphe ;

– une maladie de Still qui se caractérise classiquement par une éruption fébrile à tendance vespérale, maculeuse ou parfois pseudo-urticarienne.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Données générales sur les explorations allergologiques « spécifiques »

Un très petit nombre d'urticaire ont une origine allergique. Pour certaines causes allergiques d'urticaire on peut s'aider de tests *in vitro* (dosage d'IgE spécifiques par RAST), ou *in vivo* : tests ouverts, prick-tests, parfois tests intradermiques (IDR), voire test de réintroduction en milieu hospitalier. Les tests *in vivo* comportent un risque de choc anaphylactique. Ils ne doivent donc être réalisés que sous surveillance prolongée et par des spécialistes disposant des moyens de faire face à

une telle réaction. Ces tests ne doivent pas être pratiqués chez des patients traités par bêta-bloqueurs (qui rendraient difficile ou inefficace le traitement du choc).

Principales causes d'urticaire

Certaines causes sont évoquées dès l'interrogatoire : urticaires physiques, urticaires de contact et œdème angio-neurotique. Elles nécessitent un bilan et une prise en charge spécifique.

URTICAIRES PHYSIQUES

Certaines urticaires sont déclenchées par des stimuli physiques de la peau. Elles doivent être cherchées systématiquement à l'interrogatoire (facteurs déclenchants, topographie des lésions), et confirmées pas les tests physiques réalisés après arrêt de tout traitement antihistaminique (au moins 4 jours auparavant).

Le dermographisme

Le dermographisme peut être isolé ou associé à une urticaire. De cause inconnue, son évolution peut être très prolongée. Appelé encore urticaire factice, il est déclenché par la friction cutanée. Il se traduit par des stries urticariennes oedémateuses, blanches en regard des lésions de grattage et peut être reproduit par le frottement à l'aide d'une pointe mousse.

L'urticaire retardée à la pression

L'urticaire retardée à la pression se traduit par un œdème dermique et sous cutané douloureux survenant le plus souvent trois à douze heures après soumission de la peau à une forte pression (plante des pieds après une longue marche, fesses après une station assise prolongée, paume après le port d'un sac...). La durée d'évolution est très variable, allant de quelques semaines à plusieurs années. Le diagnostic est confirmé par la reproduction de la lésion après le port, durant 20 mn, de poids d'au moins 6 kg sur l'épaule, le bras et/ou la cuisse d'un poids. La lecture du test au poids doit être tardive.

L'urticaire cholinergique

Les lésions sont évocatrices car il s'agit de petites papules urticariennes de 1 à 5 mm de diamètre, souvent entourées d'un halo de vasoconstriction siégeant principalement sur le tronc. Déclenchées par la chaleur, la sudation, les émotions ou les efforts, leur durée excède rarement 30 minutes.

L'urticaire au froid

Elle touche typiquement les mains et le visage. Les circonstances déclenchantes sont variées : eau ou air froids, pluie, neige, baignade.

Le diagnostic repose sur la reproduction des lésions par le test au glaçon ou, sous surveillance hospitalière, par l'immersion du bras dans l'eau glacée. Cette urticaire est le plus souvent idiopathique, ou parfois liée à une virose, mais doit faire rechercher une dysglobulinémie, une cryoglobulinémie, une cryofibrinogénémie ou des agglutinines froides. Cette urticaire impose de se protéger du froid, d'éviter les aliments glacés et prendre beaucoup de précautions lors des baignades (risque de malaise).

L'urticaire aquagénique

Elle est rare, se déclenche lors du contact avec l'eau. Les lésions élémentaires ressemblent à celles de l'urticaire cholinergique. Elle est reproduite par l'application sur la peau d'une compresse mouillée à 37°C pendant trente minutes.

L'urticaire solaire

Exceptionnelle, elle survient dans les premières minutes d'une exposition à la lumière visible et/ou aux ultra-violet (UV) des zones habituellement couvertes et disparaît en moins d'une heure après mise à l'ombre. Elle peut être très invalidante lorsque le seuil de déclenchement est bas et nécessite une prise en charge en milieu spécialisé.

D'exceptionnelles urticaires au chaud ou vibratoire ont également été décrites.

URTICAIRES DE CONTACT

Elles peuvent, être de mécanisme immunologique IgE dépendant (latex, aliments, médicaments...) ou non immunologique (orties, méduses, chenilles processionnaires...). Les lésions apparaissent rapidement (moins de 30 minutes) au point de contact avec les protéines allergisantes mais peuvent se généraliser secondairement avec risque de choc anaphylactique. Le diagnostic est confirmé par tests ouverts et/ou prick-tests, faits sous grande surveillance.

L'allergie au latex est de plus en plus fréquente en particulier chez les personnels de santé, les sujets atopiques et les malades multi-opérés. Cette sensibilisation est à l'origine d'accidents per-opératoires liés au contact avec les gants de caoutchouc du chirurgien. La recherche d'IgE spécifiques (RAST) et surtout les prick-tests et confirment le diagnostic.

URTICAIRES D'ENVIRONNEMENT

Les piqûres d'hyménoptères (abeilles, guêpes) sont des causes fréquentes d'urticaires aiguës à répétition. Leur répétition expose au risque de choc anaphylactique (apiculteurs, maraîchers). Des prick-tests et surtout des tests intradermiques avec des extraits standardisés de venin permettent de confirmer le diagnostic.

URTICAIRES ALIMENTAIRES

De très nombreux aliments mais également additifs et conservateurs peuvent être impliqués (*tableau II*) dans l'urticaire aiguë et plus rarement chronique le plus souvent par un mécanisme non immunologique : aliments histaminolibérateurs, riches en histamine ou en tyramine, consommés en grande quantité (fausses allergies alimentaires). Parfois, il s'agit d'une allergie vraie, IgE dépendante.

L'urticaire survient rapidement après l'ingestion et la responsabilité de l'aliment doit être mise en doute au-delà d'un délai de trois heures.

L'interrogatoire, l'analyse du cahier alimentaire, le dosage des IgE spécifiques d'un aliment (RAST), les prick-tests, voire le test de réintroduction en milieu hospitalier doivent permettre de cibler le ou les aliments responsables et débouchent sur l'éviction de l'aliment avec contrôle de l'équilibre alimentaire suivi par une diététicienne en cas d'allergie ou sur les

corrections des déséquilibres alimentaires (fausses allergies alimentaires).

URTICAIRES MÉDICAMENTEUSES

Il s'agit d'une cause assez fréquente d'urticaire aiguë et plus rarement d'urticaire chronique (avec les AINS, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion...). Les lésions apparaissent dans les minutes ou les heures qui suivent la prise du médicament et peuvent s'accompagner de signes systémiques.

Le *tableau I* liste les médicaments souvent rapportés comme inducteurs d'urticaire mais tous les médicaments peuvent être en cause, quelle que soit leur voie d'administration.

Les urticaires médicamenteuses sont peu sensibles aux traitements anti-allergiques et sont de résolution plus longue que dans d'autres urticaires allergiques ; de nouvelles lésions pouvant ainsi apparaître pendant plusieurs jours malgré l'arrêt du médicament responsable.

Les urticaires médicamenteuses peuvent relever de différents mécanismes :

- allergique nécessitant donc une sensibilisation préalable. Des explorations peuvent être réalisées *in vivo* (prick tests, IDR), par des équipes spécialisées et ce en milieu hospitalier. Aucun test *in vitro* n'est validé pour explorer une urticaire médicamenteuse ;
- par histaminolibération non-spécifique : codéine par exemple ;
- par mécanisme pharmacologique ou par accumulation de métabolites pro-inflammatoires : intolérance à l'aspirine et aux AINS par exemple. Il faut aussi signaler la survenue d'œdème de Quincke chez 1 à 5 p. 1 000 des patients prenant des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), le plus souvent quelques jours après le début du traitement et contre-indiquant définitivement toutes les molécules de cette classe thérapeutique mais aussi les inhibiteurs du récepteur de l'angiotensine II.

URTICAIRES DE CAUSE INFECTIEUSE

La plupart des viroses (hépatite B, MNI, CMV...) sont des causes classiques mais exceptionnelles d'urticaire le plus souvent aiguë. Les parasitoses (giardiase, ascariadiase, toxocarose...) sont plutôt responsables d'urticaire chronique.

La responsabilité d'un foyer infectieux (granulome apical, sinusite chronique, candidose vaginale...) dans les urticaires chroniques « idiopathiques » est une notion ancienne qui ne repose que sur quelques observations isolées témoignant d'associations probablement fortuites.

AUTRES CAUSES

Certaines urticaires pourraient être expliquées par la présence d'auto-anticorps IgG dirigés contre les IgE ou leurs récepteurs de forte affinité, responsables de la dégranulation des mastocytes et des basophiles. L'origine auto-immune de l'urticaire est très controversée.

Urticaires idiopathiques

Les urticaires idiopathiques regroupent la plupart des urticaires chroniques, puisque plus de 50 à 80 p. 100 d'entre-elles

ne sont associées à aucune pathologie sous-jacente. Dans ce contexte, il faut garder présent à l'esprit, que les causes d'urticaire peuvent être intriquées (urticaires multifactorielles), que les urticaires alimentaires sont peut être sous-estimées car difficiles à prouver et que le facteur psychogène représente un élément favorisant qu'il faut chercher et prendre en considération.

Œdème angio-neurotique

Il est lié à un déficit quantitatif ou plus rarement qualitatif en inhibiteur de la C1 estérase. Il se traduit par des épisodes récidivants d'angio-œdème sans urticaire superficielle. **Ces épisodes sont évocateurs lorsqu'ils respectent les paupières et prédominent aux extrémités ainsi qu'aux organes génitaux externes.** Le pronostic est conditionné par l'atteinte laryngée. L'atteinte digestive, fréquente et trompeuse, à type de douleurs abdominales ou de syndrome pseudo-occlusif est souvent révélatrice. La notion de facteurs déclenchants est très évocatrice en particulier les traumatismes (chirurgie, endoscopie) et certains médicaments dont les œstrogènes.

La plupart des cas sont héréditaires avec une transmission autosomique dominante mais il existe de rares formes acquises (néoplasies, infections).

Le diagnostic repose sur le dosage du C1 inhibiteur et des fractions C2 et C4 du complément, qui sont abaissés, alors que le C3 est normal.

— traitement prophylactique (si plus d'une crise par mois) :

- androgènes : danazol (Danatrol®). Ils augmentent la synthèse hépatique de l'inhibiteur de la C1 estérase.
- acide tranexamique (Exacyl®) en cas de contre-indication des androgènes. C'est un anti-fibrinolytique qui inhibe la consommation de la fraction C1 du complément.

— traitement des crises :

- acide tranexamique si crises peu importantes.
- en cas de crise grave, l'hospitalisation est nécessaire pour perfusion de C1 inhibiteur purifié et/ou corticothérapie à forte dose.

TRAITEMENT

Il doit évidemment être celui de la cause quand cela est possible : éviction d'un médicament, d'un ou plusieurs aliments ou agents contacts, suppression du facteur physique déclenchant, traitement d'une infection ou d'une maladie systémique associée.

Traitement symptomatique

MÉDICAMENTS DIMINUANT LA SYNTHÈSE D'HISTAMINE OU BLOQUANT SES EFFETS

Les antihistaminiques 1 (anti-H1)

Les molécules de première génération sont également anticholinergiques et sédatives : dexchlorphéniramine (Polara-

mine®), hydroxyzine (Atarax®), méquitazine (Primalan®). Elles sont contre-indiquées en cas de glaucome et d'adénome prostatique. La méquitazine ne doit pas être associée aux IMAO.

Les molécules de seconde génération sont peu ou pas sédatives et généralement prescrites en première intention : cétirizine (Virlix®, Zyrtec®), fexofénadine (Telfast®), loratadine (Clarytine®), mizolastine (Mizollen®), oxatomide (Tinsset®), ébastine (Kestin®). Des molécules viennent d'être récemment commercialisées : desloratadine (Aerius®), lévocétirizine (Xyzal®).

Chez l'enfant de moins de deux ans seuls la méquitazine et l'oxatomide peuvent être prescrits. A partir de deux ans la cétirizine et la loratadine peuvent aussi être administrées. Durant la grossesse la plupart des anti-H1 sont contre-indiqués. La dexchlorphéniramine peut être utilisée durant les 2 premiers trimestres de grossesse. La cétirizine peut être utilisée durant les 2 derniers trimestres de grossesse.

Les associations d'anti-H1 sont possibles en prenant soin d'éviter l'association de molécules pouvant agir sur la cellule myocardique. La cétirizine et la fexofénadine n'agissent pas sur le myocarde.

Les antihistaminiques H2

Prescrits seuls, ils n'ont pas d'effet mais peuvent être prescrits en association avec les anti-H1 dans les urticaires chroniques rebelles.

MÉDICAMENTS BLOQUANT LA DÉGRANULATION DES MASTOCYTES

Le kétotifène (Zaditen®) : il s'utilise en association aux anti-H1 et peut être utile dans certains cas d'urticaire cholinergique.

Le cromoglycate disodique (Nalcron®, Intercron®) : anti-allergique n'ayant qu'une action locale sur le tube digestif, il peut être prescrit dans certains cas d'urticaire par fausse allergie alimentaire mais ne dispense pas du régime d'éviction.

Les antagonistes des leucotriènes (montelukast), ont une efficacité comparable à celle des anti-H1 sur de petites séries de patients. Il faut souligner que ce médicament anti-asthmatique (Singulair®) n'a pas d'autorisation de mise sur le marché dans l'indication « urticaire ».

Antidépresseurs tricycliques : doxépine (Quitaxon®).

Autres psychotropes : benzodiazépines, anti-sérotoninergiques.

CORTICOSTÉROÏDES

Ils sont souvent prescrits en association à un anti-H1 et sur une courte durée (3 à 5 jours) dans les urticaires aiguës étendues et très prurigineuses. Dans ces formes profuses, leur intérêt est de soulager plus vite le malade de son prurit avec un risque assez faible d'effets secondaires. **Leur prescription systématique n'est pas recommandée.** En revanche, leur utilisation **par voie I.V. n'est pas discutée dans l'œdème de Quincke.**

Ils n'ont pas de place dans la prise en charge au long court des urticaires chroniques.

Indications

L'URTICAIRE AIGÜE SUPERFICIELLE ISOLÉE

Anti-H1 pendant une semaine éventuellement associé aux corticoïdes pendant les premiers jours, ces derniers étant donnés *per os* ou par voie parentérale dans les formes profuses.

L'URTICAIRE CHRONIQUE OU RÉCIDIVANTE « IDIOPATHIQUE »

Les anti-H1 sont toujours prescrits en première intention et pendant au moins trois mois puis arrêtés progressivement après disparition des poussées. Leur prescription peut être prolongée plusieurs années, voire à vie.

— en cas d'échec après quatre semaines de traitement, on peut soit augmenter la posologie, soit associer l'anti-H1 à une autre molécule (autre anti-H1, anti-H2, kétotifène,...). Il faut essayer plusieurs associations avant de conclure à l'inefficacité du traitement ;

— l'hydroxyzine est souvent efficace dans l'urticaire cholinergique ;

— le dermatographisme comme l'urticaire peut nécessiter la prescription d'un anti-H1, éventuellement associé à un anti-H2 pendant plusieurs années.

L'ŒDÈME DE QUINCKE

— l'adrénaline est le traitement d'urgences des formes graves ;

— dans les formes modérées commencer par les corticoïdes : bétaméthasone (Célestène®) 1 à 2 ampoules à 4 mg/ml ou dexaméthasone (Soludécadron®, contenant des sulfites) ou méthylprednisolone (Solu-médrol®) : (20 à 40 mg) par voie IM ou IV lente en fonction de la gravité.

— puis Anti-H1 : Polaramine® 1 ampoule par voie IM ou IV à renouveler en cas de besoin ;

— si gêne laryngée : adrénaline en aérosol (Dyspne-inhal®) ;

— si dyspnée (œdème de la glotte) : adrénaline sous-cutanée ou intramusculaire (0,25 mg à 0,5 mg, à répéter éventuellement toutes les 15 minutes) oxygène et hospitalisation d'urgence en réanimation.

LE CHOC ANAPHYLACTIQUE

— allonger le patient en position de Trendelenburg ;

— adrénaline intramusculaire ou voie sous-cutanée (0,25 mg à 0,5 mg, pouvant être renouvelée 10 mns plus tard) ou éventuellement en IV lente sous surveillance hémodynamique (0,25 mg à 1 mg dans 10cc de sérum physiologique) en fonction de la gravité de l'état de choc. Chez l'enfant de moins de 6 ans la dose est de 0,01 mg/kg ;

— appeler le SAMU pour transfert en réanimation pour surveillance durant 24 heures ;

— mise en place d'une voie d'abord veineuse pour remplissage vasculaire, oxygène, intubation... ;

— ensuite le relais sera pris par les corticoïdes.

Points clés

1. Les urticaires sont un motif fréquent de consultation : 15 p. 100 des individus sont concernés au moins une fois dans leur vie.
2. La lésion élémentaire est une papule œdémateuse « ortiée », prurigineuse, fugace et migratrice.
3. L'histamine est le principal médiateur inflammatoire impliqué dans la survenue des lésions, que l'urticaire soit d'origine immunologique ou non immunologique.
4. L'urticaire est un syndrome aux multiples causes, parfois intriquées, particulièrement dans les formes chroniques.
5. L'urticaire aiguë correspond plus souvent à un épisode unique et ne nécessite aucune exploration complémentaire.
6. Les causes physiques, les médicaments et certains aliments sont les principales causes d'urticaire aiguë.
7. L'œdème de Quincke ou angio-œdème est une urticaire profonde qui peut mettre le pronostic vital en jeu quand elle concerne la sphère oro-laryngée.
8. Le diagnostic d'œdème angio-neurotique héréditaire est très souvent fait tardivement. Un quart des malades atteints meurt d'un œdème laryngé.
9. Le syndrome de vasculite urticarienne doit faire chercher une affection systémique qui peut n'apparaître que secondairement.
10. L'adrénaline en injection intramusculaire est le traitement du choc anaphylactique et de l'œdème de Quincke entraînant une détresse respiratoire.



Fig. 1. Urticaire profuse.



Fig. 2. Urticaire circinée.



Fig. 3. Œdème de Quincke (avec œdème de la langue)



Fig. 4. Dermographisme.



Fig. 5. Urticaire au froid — Test au glaçon.



Fig. 6. Urticaire circinée (ici : d'origine médicamenteuse).



Fig. 7. Vasculite urticarienne.



Fig. 8. Eczéma aigu du visage (diagnostic différentiel).