

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête sur la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires
par les médecins généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 28/05/2020 à 16h
au Pôle Formation salle 4
par **Benjamin ADAM**

JURY

Président :

Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Frédéric DEZOTEUX

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMELI	Assurance maladie en ligne
Anti-H1	Anti-histaminique H1
Ao	Angioedème
DLQI	Dermatology Life Quality Index
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute Autorité de Santé
MTX	Methotrexate
OMZ	Omalizumab
QCM	Questionnaire à choix multiple
QdV	Qualité de vie
UAS7	Urticaria Activity Score sur 7 jours
UC	Urticaire Chronique
UCI	Urticaire chronique inducible
UCS	Urticaire chronique spontanée

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract	2
Introduction.....	3
A. Généralités	3
B. Contexte	4
1. Définition.....	4
2. Classification de l'urticaire	7
3. Physiopathologie de l'urticaire chronique spontanée	8
4. Bilan paraclinique	9
5. Evaluation de la sévérité et du retentissement de l'urticaire	11
6. Traitement.....	12
7. Parcours du patient au CHU de Lille.....	15
C. Problématique.....	16
Matériel et Méthodes	18
A. Type d'étude.....	18
B. Élaboration du questionnaire.....	18
C. Population étudiée et modalités de recrutement.....	19
D. Données analysées	20
Résultats.....	21
A. Informations générales concernant la population étudiée :.....	21
B. Diagnostic de l'urticaire chronique par les médecins généralistes :.....	23
C. Prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes :	26
D. Annexe du questionnaire :	28
Discussion.....	29
A. Informations générales concernant la population étudiée :.....	29
B. Diagnostic de l'urticaire chronique par les médecins généralistes :.....	30
C. Prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes :	33
D. Biais de sélection de l'échantillon, représentativité de l'échantillon :	37
E. Biais d'information et lié au questionnaire :.....	38
Conclusion	39
Références Bibliographiques.....	40
Annexes	45

Résumé

Introduction : L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une maladie inflammatoire courante ayant un impact sur la qualité de vie. La prise en charge de l'urticaire chronique en soins premiers n'est pas uniforme. En effet, le diagnostic et le traitement peuvent mettre en difficulté les médecins généralistes.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes de la région Hauts-de-France par un questionnaire prospectif.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive de décembre 2019 à janvier 2020 par questionnaire standardisé et anonymisé. Un échantillon de 200 médecins généralistes avait été sélectionné au hasard dans l'annuaire de la CPAM.

Résultats : Le taux de participation était de 37.5%. Seulement 10.7% des médecins généralistes connaissaient les recommandations EAACI/GA2LEN/EDF/WAO pour la définition, la classification, le diagnostic et la prise en charge de l'urticaire chronique. 74.4% des médecins généralistes avaient déjà rencontré des difficultés (18.7% pour le diagnostic, 45.3% pour la prise en charge thérapeutique). 82.7% des médecins généralistes recherchaient un épisode d'angioedème (Ao) associé, néanmoins pour 77.3%, les Ao remettaient en cause le diagnostic d'UCS. 35.3% prescrivaient des examens complémentaires (84% prescrivaient une NFS, 72% la CRP, 69.3% les IgE spécifiques). 90.7% adressaient les patients atteints d'UCS à un spécialiste (60% à un allergologue et 81.3% à un dermatologue). 4% des médecins généralistes utilisaient un score de qualité de vie. Concernant la prise en charge thérapeutique ; 37.3% des généralistes avaient l'habitude de prescrire des dermocorticoïdes, 41.3% des émoullients, 22.1% des antihistaminiques (anti-H1) de première génération, 69.3% des anti-H1 de deuxième génération à posologie minimale et 58.7% des anti-H1 de deuxième génération à posologie augmentée. 42.7% prescrivaient des corticostéroïdes de courte durée. 64% préconisaient l'éviction d'un éventuel facteur déclenchant. 61.3% réévaluaient les patients après l'introduction d'un traitement.

Conclusion : Notre étude a révélé les difficultés des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France dans la prise en charge de l'UCS. Les solutions pouvant être apportées à ces difficultés sont une formation adaptée, une amélioration du réseau avec les spécialistes, l'apport de la télémédecine.

Abstract

Introduction : Chronic urticaria (CU) is a common inflammatory disease with an important impact on quality of life. The management of chronic urticaria in primary care is not uniform. Indeed, diagnosis and treatment of CU can be a challenge for general practitioners (GP).

The aim of this study was to evaluate the management of CU by GP in the north of France through a prospective questionnaire.

Method : We designed a prospective, descriptive study in the north of France (Hauts-de-France) from December 2019 to January 2020. A sample of 200 physicians was randomly selected. The study was declarative by standardized and anonymized questionnaire.

Results : The participation rate was 37.5%. Only 10.7% of GP were aware of the EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guidelines for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. 74.7% of GP have already encountered difficulties (18.7% about diagnosis, 45.3% about treatment strategy. 82.7% of GP were used to search an associated episode of angioedema (AO) nevertheless for 77.3% of GP, AO lead to question the diagnosis of CU. 85.3% prescribed additional examinations (84% prescribed complete blood count, 72% C-reactive protein, 69.3% specific IgE) and 90.7% referred patients with CU to a specialist (60% referred patients to an allergologist and 81.3% to a dermatologist). 4% of GP used a quality of life score. Concerning therapeutic management, 37.3% used to prescribe dermocorticoids, 41.3% emollients, 22.1% first generation antihistamines, 69.3% second generation antihistamines at minimum dosage and 58.7% at increased doses. 64% preconized the avoidance of a possible triggering factor. 42.7% prescribed short-course corticosteroids. 61.3% reevaluated patients after the introduction of treatment.

Conclusion : the study revealed the difficulties for GP from the North of France in the management of CU which requires better training and support for practitioners about CU in order to improve the care of patients in primary care.

Introduction

A. Généralités

L'urticaire chronique (UC) est une affection cutanée fréquente touchant près de 0,5 à 1% de la population générale (1).

Il s'agit d'un syndrome cutanéomuqueux inflammatoire caractérisé par une éruption de lésions superficielles, papuleuses, érythémateuses, prurigineuses, migratrices et fugaces. Ces plaques peuvent s'associer ou non à des angioœdèmes (Ao) qui correspondent à des œdèmes localisés et soudains du derme et de l'hypoderme.

Le diagnostic de l'urticaire est habituellement facile et repose sur la clinique. Selon l'évolution, on distingue les urticaires aiguës (moins de 6 semaines d'évolution) et les urticaires chroniques avec des poussées quasi quotidiennes sur plus de 6 semaines. L'urticaire chronique est le plus souvent d'étiologie inconnue d'où l'appellation spontanée ou idiopathique (UCS). Dans 15 à 25 % des cas l'urticaire chronique est secondaire à une cause physique avec ou sans UCS associée, dans ce cas on parle d'urticaires chroniques inductibles (UCI)(2).

Les recommandations mises à jour en 2018 pour la prise en charge thérapeutique ont placé l'OMALIZUMAB (Xolair®), première biothérapie anti-IgE, en seconde ligne thérapeutique après les anti-histaminiques de seconde génération à posologie augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour (3).

Comme toute pathologie chronique, l'urticaire chronique spontanée est responsable d'une altération de la qualité de vie chez les patients souffrant de cette dermatose (4), ce qui impacte sur de nombreux aspects de la vie quotidienne (sommeil, travail, estime de soi, stress, ...).

A notre connaissance il existe peu d'études concernant l'urticaire en médecine générale. Dans la pratique courante de dermatologie, le constat est que la prise en

charge de l'urticaire chronique en soins primaires n'est pas uniforme. En effet cette pathologie peut être source de difficultés sur le plan diagnostique avec multiplication des examens (bilans allergologiques, auto-immuns, infectieux, ...) mais aussi sur le choix thérapeutique (utilisation non raisonnée des corticoïdes, non optimisation du traitement anti-histaminique, absence de recours dans un centre expert dans la prise en charge de l'urticaire chronique) majorant le risque de chronicisation ou de récurrences (5).

Les pathologies dermatologiques sont un motif fréquent de consultation en médecine de ville (6) et sont également une source d'incertitudes (7) nécessitant l'avis de spécialistes. Cependant l'évolution défavorable de la démographie dermatologique contribue à une forte croissance des consultations pour dermatoses en soins premiers. En 2030, le nombre de dermatologues actifs en France est estimé à 2717 contre 3918 en 2018 (8) ce qui correspond à une baisse de 30% de l'activité des dermatologues français (9). Ainsi les médecins généralistes seront amenés à pallier à ce déficit et gérer d'avantages de pathologies dans l'attente d'un avis spécialisé.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge de l'urticaire chronique par les médecins généralistes de la région des Hauts-de-France dans le but d'une amélioration des pratiques afin d'optimiser la prise en charge du patient (diagnostic et thérapeutique) et son parcours de soins.

L'objectif secondaire est l'identification des besoins et propositions des médecins généralistes dans la prise en charge de l'urticaire chronique.

B. Contexte

1. Définition

Du latin « urtica », pour ortie, l'urticaire est une dermatose inflammatoire dont les lésions élémentaires de sa forme superficielle sont des papules oedémateuses, « ortiées », rosées ou érythémateuses, à bordure nette, sans topographie préférentielle, avec parfois un centre plus clair, de quelques millimètres à plusieurs

centimètres, restant isolées ou confluent en larges plaques à contours géographiques. L'aspect clinique peut être différent : lésions annulaires ou polycycliques, micro-papuleuses, bulleuses (10). Ces lésions sont fugaces (<24h), migratrices et prurigineuses (figure 1).



Figure 1 : Urticaire superficielle (image du service de dermatologie du CHU de Lille)

Cette forme superficielle peut être associée chez 10% des patients (11) à une forme profonde ou angioedème de la peau ou des muqueuses. Cet angioedème (figure 2) se présente sous la forme de tuméfactions fermes, pâles, douloureuses (sensation de tension) et prurigineuses. Sa régression est plus lente (jusqu'à 72h). Les lésions siègent préférentiellement sur le visage (paupières et lèvres), les extrémités des membres, les organes génitaux externes (10).



Figure 2 : Urticaire profonde ou angioedème (image du service de dermatologie du CHU de Lille)

L'urticaire chronique est définie par la survenue quotidienne de lésions superficielles et/ou profondes pendant plus de 6 semaines. Le diagnostic de cette dermatose est clinique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

L'urticaire chronique survient la plupart du temps sans facteur physique déclenchant, définissant l'urticaire chronique idiopathique ou urticaire chronique spontanée (UCS). Dans 15 à 25 % des cas (2) l'urticaire chronique est secondaire à une cause physique avec ou sans UCS associée, dans ce cas on parle d'urticaires chroniques inductibles (UCI).

Les principaux signes devant faire rechercher une urticaire systémique sont l'absence de prurit, des lésions fixes durant plus de 24 heures, la présence d'excoriations, la présence d'une hyperthermie ou d'arthralgies et le début des symptômes aux âges extrêmes de la vie. Les principaux diagnostics différentiels sont (12):

- L'urticaire pigmentaire, mastocytose
- Syndrome de Schnitzler
- Cryopyrinopathies

- Vascularites urticariennes
- Les angioœdèmes à bradykinine
- Syndrome de Gleich

Les facteurs déclenchants l'UC inducible et les facteurs environnementaux aggravants ou déclenchant des urticaires chroniques sont multiples :

- physiques : froid, chaleur, pression, vibrations, solaires
- infectieux notamment parasitaires et virales
- auto-immuns
- stress psychologique
- alimentaires par ingestion d'aliments riches en tyramine ou en histamine
- médicaments

L'UCS est plus fréquente chez la femme que l'homme avec un pic de fréquence entre 20 et 40 ans et est associée à un terrain atopique dans 40% des cas. L'évolution se fait vers la guérison spontanée au bout de 3 à 5 ans et 20 % des patients auront une évolution au-delà des 5 ans. La prise en charge de l'UCS doit donc se faire sur le moyen et long terme (13) .

2. Classification de l'urticaire

Les recommandations internationales de 2013 (12) et 2017 (3) ont simplifié le classement des différents types d'urticaire. On distingue ainsi l'urticaire chronique spontanée et l'urticaire induite qui comprend l'urticaire cholinergique d'effort, l'urticaire aquagénique, l'urticaire de contact, les urticaires inducibles (au froid, au chaud, solaire, vibratoire (angioedème le plus souvent), retardée à la pression).

Ces différentes formes d'urticaire peuvent coexister chez un même patient. Le diagnostic des urticaires physiques repose sur des tests de provocation. Ceux-ci sont à réaliser à distance de l'arrêt d'un éventuel traitement par antihistaminiques, anti-leucotriènes ou corticothérapie systémique (14) .

3. Physiopathologie de l'urticaire chronique spontanée

L'UCS est initiée par une activation inappropriée et une dégranulation des cellules mastocytaires présentes de façon physiologique dans la peau. Le mastocyte est la cellule clé de l'UCS avec le polynucléaire basophile. Leur activation aboutit au relargage de nombreux médiateurs, dont l'histamine, à la synthèse de médiateurs de l'inflammation (leucotriènes et prostaglandines), et à la synthèse de nombreuses cytokines mais aussi de chimiokines à l'origine d'un afflux d'autres cellules de l'immunité responsables de la phase tardive clinique. Cette cascade inflammatoire aboutit finalement à une vasodilatation responsable de l'érythème et à une extravasation responsable de l'œdème (papules) (12).

De nombreux autres médiateurs sont impliqués dans la physiopathologie de l'urticaire chronique (14) (médiateurs préformés : histamine, sérotonine, protéases, tryptases, chymases, protéoglycanes, héparines) (médiateurs néoformés : prostaglandines (voie de la cyclo-oxygénase), leucotriènes (voie de la lipo-oxygénase), le PAF-acéther, kinines, la substance P, les anaphylatoxines C3a et C5a).

La libération des médiateurs peut intervenir selon plusieurs mécanismes (14) :

- Mécanisme immunologique : par hypersensibilité de type anaphylactique IgE-dépendante ou hypersensibilité de type III de la classification de Gell et Coombs par activation des fractions du complément via les complexes immuns.
- Mécanisme non immunologique : par histaminolibération directe ou par apport exogène d'histamine.

La physiopathologie complexe et incomplètement élucidée peut être schématisée en figure 3 (15).

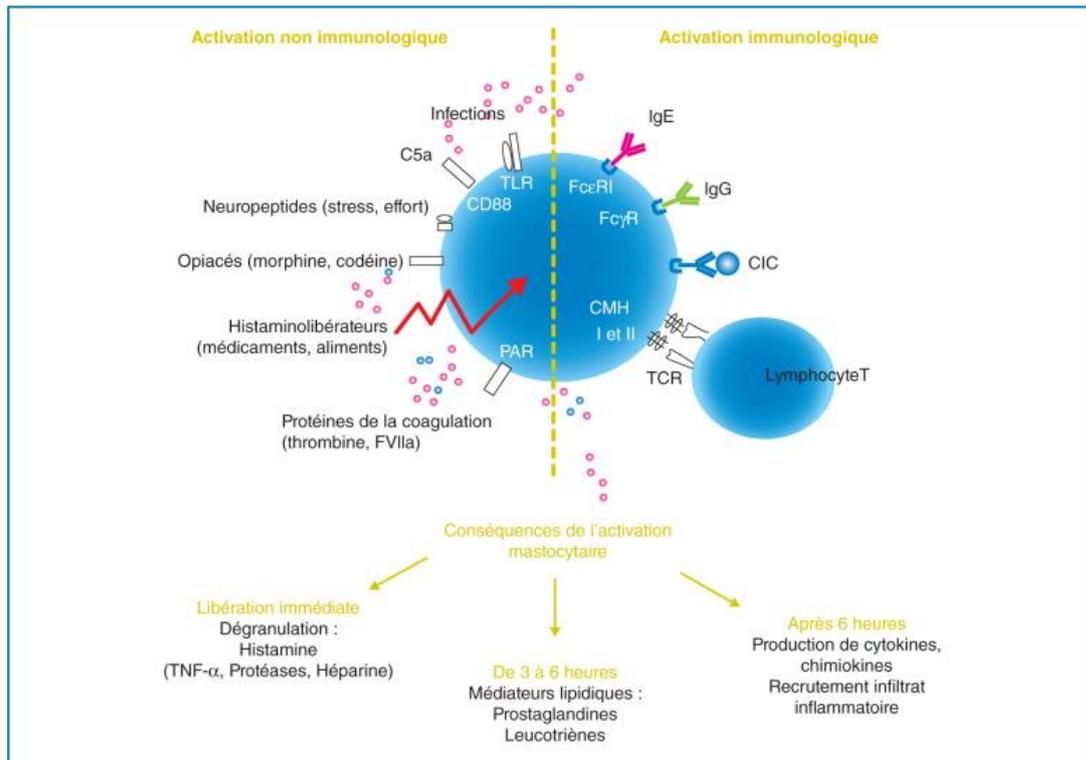


Figure 3 : D'après Nosbaum et al. Les conséquences de l'activation mastocytaire varient au cours du temps. A la dégranulation initiale, se succèdent la synthèse des médiateurs lipidiques et finalement la production de cytokines et chimiokines aboutissant au recrutement d'un infiltrat inflammatoire polymorphe impliquant divers acteurs de la réponse inflammatoire.

4. Bilan paraclinique

Il n'est pas recommandé de réaliser des examens complémentaires en l'absence d'orientation clinique. Ces recommandations orientent avant tout le bilan sur un interrogatoire et un examen clinique minutieux.

La réalisation d'un bilan complémentaire n'est à envisager qu'en cas de doute clinique ou face à une urticaire évoluant depuis de longues années et difficilement contrôlable. Ainsi l'ensemble des sociétés savantes sont pour un bilan biologique minimaliste comportant NFS, VS et CRP (3) (16). Le dosage des anticorps anti-TPO (avec celui de la TSH si ces derniers sont positifs) n'est recommandé qu'en cas

d'histoire clinique évocatrice de dysthyroïdie en raison de l'association fréquente à une dysthyroïdie auto-immune.

Face à une urticaire chronique inductible, des tests de provocation visant à reproduire les symptômes sont à réaliser. Les caractéristiques des tests de provocation des principales urticaires chroniques inductibles sont présentées dans le tableau 1. Par ailleurs, l'urticaire au froid qui est idiopathique dans 96% des cas (17), nécessite un bilan étiologique à la recherche d'une cause secondaire (recherche d'une infection virale, de la présence de cryofibrinogène, de cryoglobulinémie, ou d'agglutinines froides...).

Type d'urticaire	Test de provocation	Lecture à
Dermographisme	Friction cutanée ferme tangentielle avec une pointe mousse (abaisse langue), réalisée dans le dos	Immédiate
Urticaire au froid	Test au glaçon : glaçon enveloppé d'un film plastique déposé sur la face antérieure de l'avant-bras pendant 5 à 20 minutes maximum	10 minutes ou plus précocement en cas d'apparition de symptômes
Urticaire retardée à la pression	Poids (sac de sable) de 2.5 à 7 kg mis en bandoulière sur l'avant-bras, la cuisse ou l'épaule du patient pendant 20 minutes	6 heures à 24h (par le patient)
Urticaire cholinergique	Exercice physique adapté à la condition physique du patient, pendant 15 minutes (monter les escaliers)	30 minutes
Urticaire aquagénique	Application sur l'avant-bras d'une compresse trempée dans de l'eau douce chauffée à 37°C pendant 20 minutes	20-30 minutes
Urticaire au chaud	Application sur l'avant-bras d'un tube rempli d'eau chauffée entre 38 et 50°C pendant 10 minutes	10 minutes

Tableau 1 : Tests de provocation des principales urticaires inductibles réalisés au CHU de Lille

5. Evaluation de la sévérité et du retentissement de l'urticaire

Les lésions d'urticaire chronique étant fugaces et migratrices, l'évaluation de leur sévérité par l'examineur lors de la consultation est donc difficile. L'impact sur la qualité de vie peut cependant être important (4) (18) (19).

Il est possible d'évaluer la sévérité et le retentissement de l'UCS par des scores qui sont faciles d'accès et permettent au patient d'être impliqué dans le suivi et l'évaluation de la réponse de son traitement.

- Le score UAS (urticaria activity score) est utilisé internationalement (20) (21) mais il ne prend pas en compte l'angioedème. Il recense le nombre de plaques par 24h et l'intensité du prurit. Le score maximal est de 6. Le score UAS7 (annexe 1) est un auto-questionnaire rempli une fois par jour sur une période de 7 jours consécutifs permettant d'évaluer sur une période plus longue la survenue et l'intensité des symptômes. L'urticaire est dite sévère si l'UAS7 > 28 et modérée si UAS7= 16-27.
- Le score UCT (Urticaria Control Test) est utilisé pour tester l'efficacité des traitements (annexe 2). Il fonctionne dans l'urticaire superficielle et aussi en cas d'angioedème. Le score total est sur 16 et un résultat ≤11 signe un mauvais contrôle.
- Le score DLQI (Dermatology Life Quality Index) (annexe 3) est une échelle de qualité de vie spécifique en dermatologie et validée dans l'UCS. Elle évalue l'impact de la maladie sur différents aspects de la vie tels que les symptômes, les sentiments, les activités de la vie quotidienne, les loisirs, le travail, l'école et les relations personnelles. Le score total varie de 0 à 30 points : 0-1 = Pas d'effet de l'urticaire sur la vie du patient ; entre 2-5 = Effet léger de l'urticaire sur la vie du patient ; entre 6-10 = Effet modéré de l'urticaire sur la vie du patient ; entre 11-20 = Effet très important de l'urticaire sur la vie du patient et entre 21-30 = Effet extrêmement important de l'urticaire sur la vie du patient.

6. Traitement

Comme toute pathologie chronique, l'UCS nécessite une prise en charge globale.

Prise en charge dans un premier temps des facteurs favorisants (alimentation, stress, éviction des stimulations physiques, médicaments) et en complément proposition de séances d'éducation thérapeutique qui permettent de rassurer et d'apporter des explications simples et compréhensibles sur la pathologie, le caractère suspensif et non curatif du traitement, l'adaptation du traitement et la gestion des poussées.

La prise en charge thérapeutique est basée sur les recommandations internationales EAACI/GA2LEN/WAO de 2013 (révisées en 2017) (16).

Les traitements de références et de première intention sont les anti-histaminiques de type 1 (anti-H1). Ces derniers agissent en bloquant l'action de l'histamine sur ses récepteurs H1, mais aussi en inhibant la libération d'histamine par le mastocyte. Leur mécanisme d'action permet de diminuer la vasodilatation et la perméabilité capillaire, d'inhiber le prurit, et également de diminuer le recrutement des polynucléaires éosinophiles et des macrophages qui entretiennent l'inflammation. Il existe deux types d'anti-H1, ceux de 1^{ère} génération et ceux de 2^{nde} génération.

Il est recommandé d'introduire en première ligne un anti-H1 de seconde génération à posologie minimale et de proposer une augmentation de la posologie jusqu'à un facteur 4 si échec à 2 à 4 semaines du début de traitement (figure 4).

Le quadruplement de la dose d'antihistaminique de seconde génération est plus efficace que l'association de plusieurs antiH1, tout en ayant moins d'effet indésirable, notamment sur la somnolence (22) et l'absence de risque cardio-vasculaire (23). Peu d'études ont comparé l'efficacité des différents antiH1 entre eux. Les antiH1 à 4 fois la dose peuvent être utilisés chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants (à adapter au poids) (24) (25).

Les anti-histaminiques de 1^{ère} génération ne doivent plus être utilisés en raison du risque de somnolence, de trouble de la mémoire, et de déficit de l'attention (26).

En cas de rémission de l'UCS, le traitement pourra être poursuivi pendant au moins 8 semaines avant une diminution progressive (27).

Familles	1^{ère} génération	2^{ème} génération
Alkylamines	Chlorphéniramine (Polaramine®), Bromphéniramine (Dimégan®), Triprolidine (Actifed Rhume®)	Acrivastine
Pipérazines	Hydroxisine (Atarax®), Buclizine, Cyclizine, Oxatomide	Cétirizine (Zyrtec®, Virlix®), Lévocitirizine Xyzall®)
Pipéridines	Ketotifen (Zaditen®), Cyproheptadine (Périactine®), Azatadine, Diphenylpyraline	Fexofénadine (Telfast®), Loratadine (Clarityne®), Desloratadine (Aérius®), Mizolastine (Mistaline®), Ebastine (Kestin®), Rupatadine (Wystamm®), Astemizole, Terfenadine
Ethanolamines	Diphenhydramine (Actifed Rhume jour et nuit®, Nautamine ®), Doxylamine (Donormyl®, Dolirhumepro®), Carbinoxamine, Clemastine, Dimenhydrinate, Phenyltoloxamine	
Ethylène-diamines	Antazoline, Pyrilamine, Tripeleennamine	
Phénothyazines	Promethazine (Phenergan®), Methdilazine	
Autres	Doxepin (Quitaxon®)	Bilastine (Inorial®, Bilaska®)

Tableau 2 : les principaux anti-histaminiques d'après Thériaque, Simons NEJM 2004 (28)

En cas d'échec des antiH1 à 4 fois la dose, il est recommandé d'ajouter un traitement par Omalizumab (OMZ) (Xolair®) (première biothérapie anti-IgE) à la posologie de 300mg/mois par voie sous-cutanée pendant 6 mois (3). L'OMZ est le premier médicament ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de l'UCS en échec aux antiH1.

Son efficacité a été montrée dans de nombreuses études (29) (30). Un délai de 6 mois est recommandé afin de juger de l'efficacité ou non de l'OMZ. Au terme de ces 6 mois, il a été récemment montré que les injections peuvent progressivement être espacées jusqu'à la rémission complète de l'UCS (31).

En cas d'échec de la biothérapie, il est préconisé de l'arrêter et de le remplacer par de la ciclosporine en association avec un antiH1. Les autres traitements (montelukast, hydroxychloroquine, methotrexate etc) n'ont pas montré leur efficacité dans des études robustes.

Perspectives d'avenir : le ligelizumab. Le ligelizumab est une nouvelle biothérapie en développement dans l'urticaire chronique spontanée ciblant, comme l'OMZ, les IgE. Elle possède une affinité 50 fois plus importante que l'OMZ pour les IgE humaines. Les études réalisées sont encourageantes (32).

La prise en charge thérapeutique est résumée dans la figure ci-dessous.

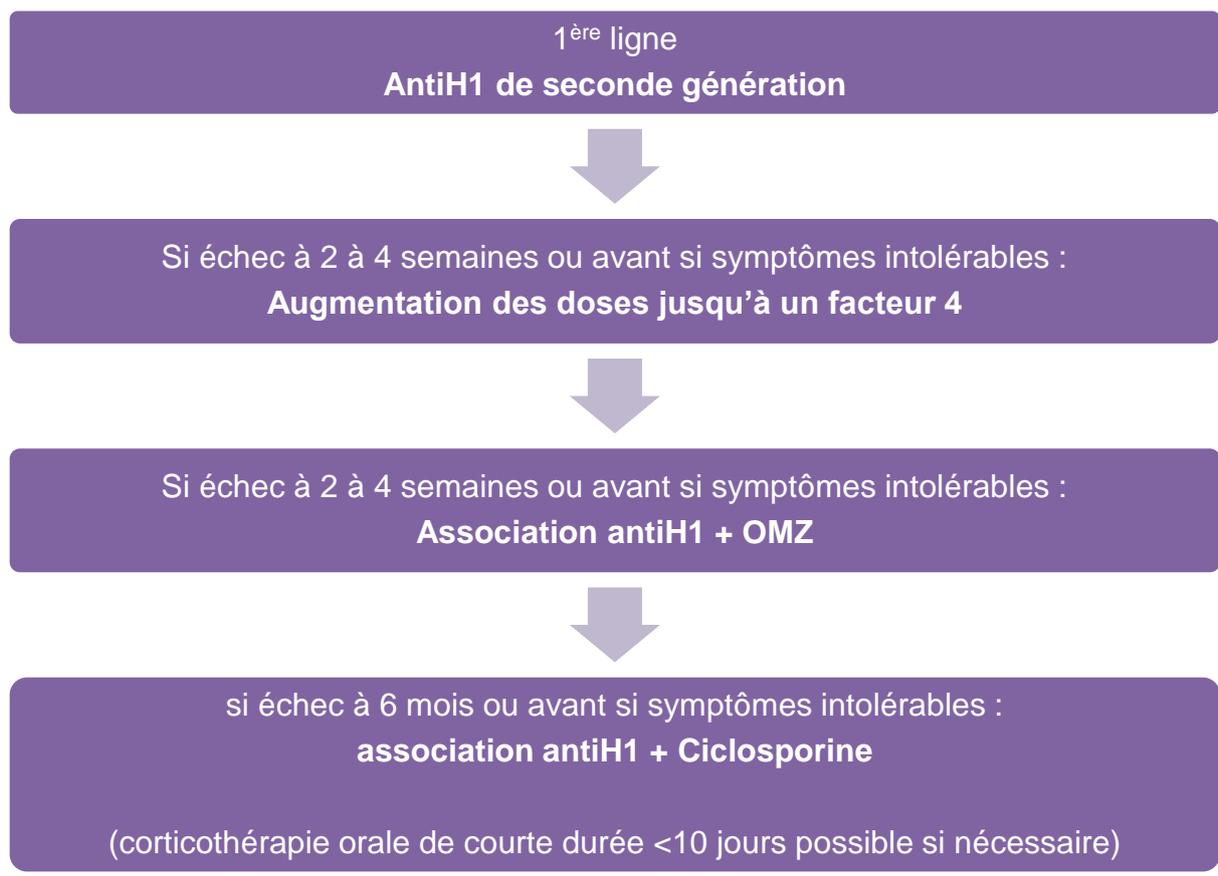


Figure 4 : Nouvelles recommandations EAACI/GA2LEN/EDF/WAO pour le traitement de l'UCS en 2017.

7. Parcours du patient au CHU de Lille

Depuis 2007, le service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, propose une consultation spécialisée, afin de proposer une prise en charge spécialisée de cette maladie. Lors de ces consultations dédiées est réalisé de l'éducation thérapeutique individualisée (à propos de la physiopathologie de la maladie, des facteurs aggravants, et des possibilités thérapeutiques) pour permettre une prise en charge ciblée et spécifique. Ces consultations permettent également de proposer aux médecins correspondants un avis diagnostique et thérapeutique. La prise en charge des malades du CHU repose sur les recommandations internationales révisées en 2013 et 2017 (12) (3).

En 2014, un « état des lieux » des consultations thématiques « urticaire » du CHU de Lille avait été réalisé. Il s'agissait d'une étude rétrospective sur 7 ans (33). Cette étude avait permis de mettre en évidence l'intérêt de cette consultation thématique puisque sur les 538 patients programmés, le diagnostic pouvait être rectifié (14 % des patients ne présentaient pas une urticaire chronique, et pour 80 % d'entre eux le diagnostic était retenu). Il était également constaté que la durée d'évolution de l'urticaire avant la consultation était de 2 ans et que seulement 68 % des patients avaient déjà reçu un antihistaminique (anti-H1) au long cours et seuls 4 % à posologie augmentée. Il en était conclu que la consultation urticaire permettait une prise en charge adaptée, et une prise en charge hyperspécialisée pour les cas difficiles.

C. Problématique

L'urticaire chronique est une maladie fréquente et responsable d'une altération majeure de la qualité de vie des malades, clairement démontrée au même titre que d'autres dermatoses chroniques (le psoriasis ou la dermatite atopique). Elle est capable d'affecter la perception de soi, la vie en société, la vie familiale et est responsable de troubles de l'humeur et du sommeil (34) .

Notre expérience issue de la prise en charge des patients dans le service de Dermatologie du CHU de Lille, révèle la difficulté pour un grand nombre de patients dans leur parcours de soin. Il existe peu de données sur la prise en charge en soins primaire mais nous supposons donc que cette pathologie puisse être source de difficultés pour les médecins généralistes peu habitués à la prise en charge d'une dermatose certes chronique mais moins fréquente que bon nombre de problèmes de santé de soins courants (diabète, hypertension...). Ces difficultés peuvent concerner l'approche diagnostique avec multiplication des examens mais aussi la stratégie thérapeutique qui a été récemment mise à jour (3).

Nous avons réalisé une étude de pratique et pragmatique dont l'objectif principal était de faire un état des lieux instantané de la prise en charge de l'urticaire chronique par un échantillon aléatoire de médecins généralistes de la région des Hauts-de-France

dans le but de mieux appréhender le parcours de soin et d'optimiser l'ensemble de la prise en charge des patients.

Matériel et Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative, prospective, observationnelle, transversale, à partir d'un questionnaire anonyme de type enquête de pratique auprès d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes de la région des Hauts-de-France réalisée entre décembre 2019 et janvier 2020.

B. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé en collaboration avec deux médecins généralistes libéraux volontaires.

Pour augmenter le taux de participation des médecins généralistes et pour faciliter le recueil des données ; nous avons réalisé un questionnaire court, réalisable en moins de 10 minutes et constitué essentiellement de questions fermées à choix multiples.

L'enquête était donc déclarative par questionnaire papier standardisé (annexe 5). Ce questionnaire était composé de 27 questions et proposait des réponses essentiellement de type QCM (26/27) et une question finale ouverte.

Il était structuré en 4 parties, la première concernait des informations générales des médecins généralistes (formations, incidence de l'urticaire chronique au sein de leur patientèle, difficultés rencontrées), la seconde sur le diagnostic d'urticaire chronique (diagnostic clinique, réalisation de bilans paracliniques), la troisième sur la prise en charge (thérapeutiques, la coordination des soins, le suivi) et la quatrième plus générale sur la proposition d'une Formation Médicale Continue (FMC) et une question libre (suggestions des médecins généralistes).

C. Population étudiée et modalités de recrutement

La population étudiée est composée des médecins généralistes installés dans la région des Hauts-de-France et plus précisément dans les départements du Nord et du Pas de Calais. Un échantillon de 200 médecins avait été choisi aléatoirement et empiriquement par tirage au sort dans l'annuaire des professionnels de santé d'AMELI afin de constituer un échantillon représentatif. Sur le site « Annuaire santé.ameli.fr », nous avons utilisé les mots clés suivants pour la recherche : Profession : « Médecins généralistes », Où ? : « Nord Pas de Calais », Femme/Homme : « Indifférent ». Le résultat de la recherche était de 3667 médecins, parmi lesquels nous en avons sélectionné aléatoirement 250 sur cette liste.

Nous avons vérifié, les adresses postales, ainsi que les éventuelles spécialités pratiquées par les médecins présents sur cette liste, au moyen des sites Internet (dont le site AMELI), et des Pages Jaunes. L'objectif était d'identifier et de supprimer de cette liste les médecins n'exerçant plus à l'adresse indiquée, les médecins pratiquant une médecine alternative, les médecins généralistes ayant une qualification et qui potentiellement ne pratique plus la médecine. Un des médecins sélectionnés faisait partie de l'association SOS Médecins, ce dernier a été conservé dans la liste de diffusion (puisque pratique quotidienne de médecine générale). Nous avons donc supprimé 38 médecins de la liste initiale pour obtenir notre échantillon. Les 12 médecins restant n'ont pas été inclus pour obtenir notre échantillon d'étude de 200 praticiens.

Le questionnaire (annexe 5) a été envoyé à cet échantillon de médecins généralistes le 10 décembre 2019, accompagné d'une lettre d'introduction (annexe 4), ainsi que d'une enveloppe de retour préaffranchie.

Nous avons clôturé la réception des questionnaires le 31 janvier 2020 et aucune relance postale ni téléphonique n'a été réalisée afin de conserver l'anonymat nécessaire à cette étude.

D. Données analysées

Parmi les 200 médecins sélectionnés, 75 réponses ont été recueillies en 7 semaines soit un taux de 37.5% de réponses.

Toutes les données ont été saisies par l'investigateur grâce au logiciel EXCEL (MICROSOFT, Inc), qui a également permis l'analyse statistique et la réalisation des graphiques.

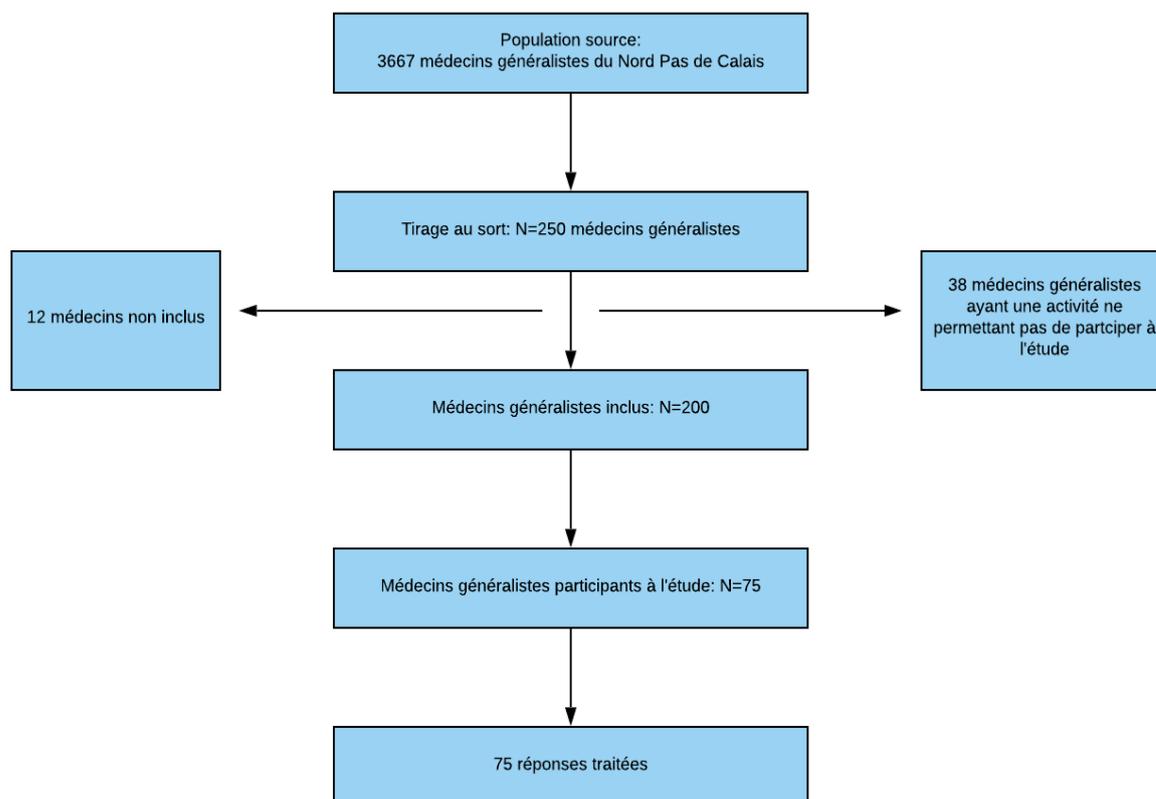


Figure 5 : Diagramme de flux des données recueillies.

Résultats

A. Informations générales concernant la population étudiée :

Notre échantillon était composé de 12% de médecins généralistes exerçant en milieu rural, 41.3% en milieu semi-rural et 46.7% en ville.

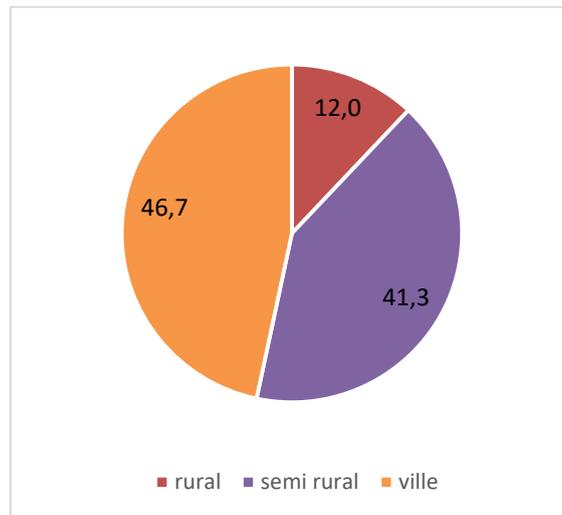


Figure 6 : Secteurs d'activité des médecins généralistes. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

Parmi ces différents médecins, 16% avaient déclaré avoir suivi une formation en dermatologie (FMC pour la majorité et un médecin avait déclaré être titulaire d'un DIU de Dermatologie pédiatrique ainsi que du DIU de plaies et cicatrisation).

Parmi les praticiens ayant répondu au questionnaire, 73.3% des praticiens déclaraient voire au maximum 1 patient souffrant d'UCS par mois, 21.3% en voient 2 à 5 par mois et 2.7% en voient plus de 5 par mois.

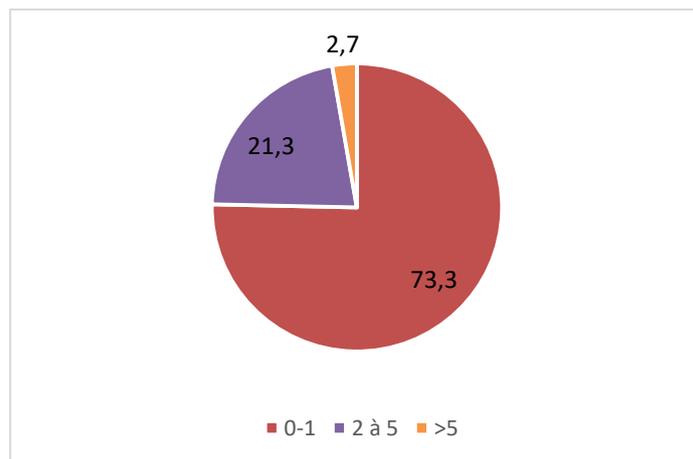


Figure 7 : Nombre de consultation pour UCS par mois. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

Dans notre échantillon, 10.7% des généralistes connaissaient l'existence des dernières recommandations concernant la prise en charge de l'urticaire chronique et éditées par le EAACI/GA2LEN/EDF/WAO en 2018 (3).

Par ailleurs, 74.7% des médecins déclaraient avoir été mis en difficulté par de l'UCS. Seulement 18.7% présentaient des difficultés diagnostiques. Pour 33.3% des médecins de l'échantillon, il existait une difficulté d'élimination des diagnostics différentiels. Les principales difficultés rencontrées étaient thérapeutiques pour 45.3% et pour obtenir un avis spécialisé pour 54.7%. Pour 10.3% des praticiens, le temps de consultation est inadapté, pour 18.7% il existe une difficulté d'évaluation de la réponse aux traitements, pour 17.3% des difficultés d'informations à communiquer et enfin pour 9.3% il existe une difficulté concernant le parcours de soins.

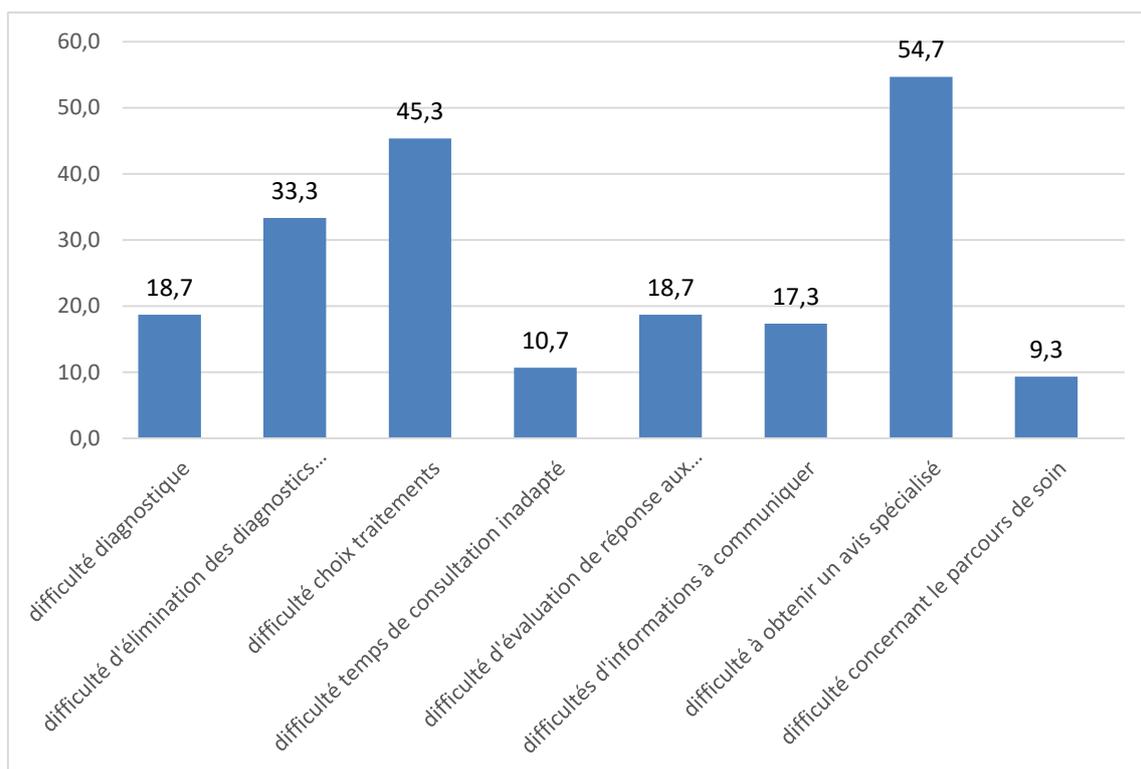


Figure 8 : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

B. Diagnostic de l'urticaire chronique par les médecins généralistes :

D'une part, pour 52% des médecins généralistes, le diagnostic était évident et 82.7% recherchaient un épisode d'angioedème associé. Cependant pour 77,3% d'entre eux, ce type d'épisode remettait en cause le diagnostic.

D'autre part, 85.3% des praticiens demandaient des examens complémentaires face à de l'UCS. Dans le cadre du bilan, 84% demandaient une NFS, 72% une CRP, 52% une EPP, 48% une TSH, 50.7% des IgE totales et ou spécifiques, 69.3% des IgE spécifiques (Phadiatop ® et ou Trophatop ®), 36% des sérologies virales ou EPS, 33.3% le dosage du c1 inhibiteur si présence d'un Ao, 16% les anticorps anti-TPO, 22.7% les AAN, 29.3% des tests physiques d'UCI, aucune demande de biopsie cutanée. Parmi les autres examens complémentaires déclarés en plus on retrouvait notamment un bilan hépatique.

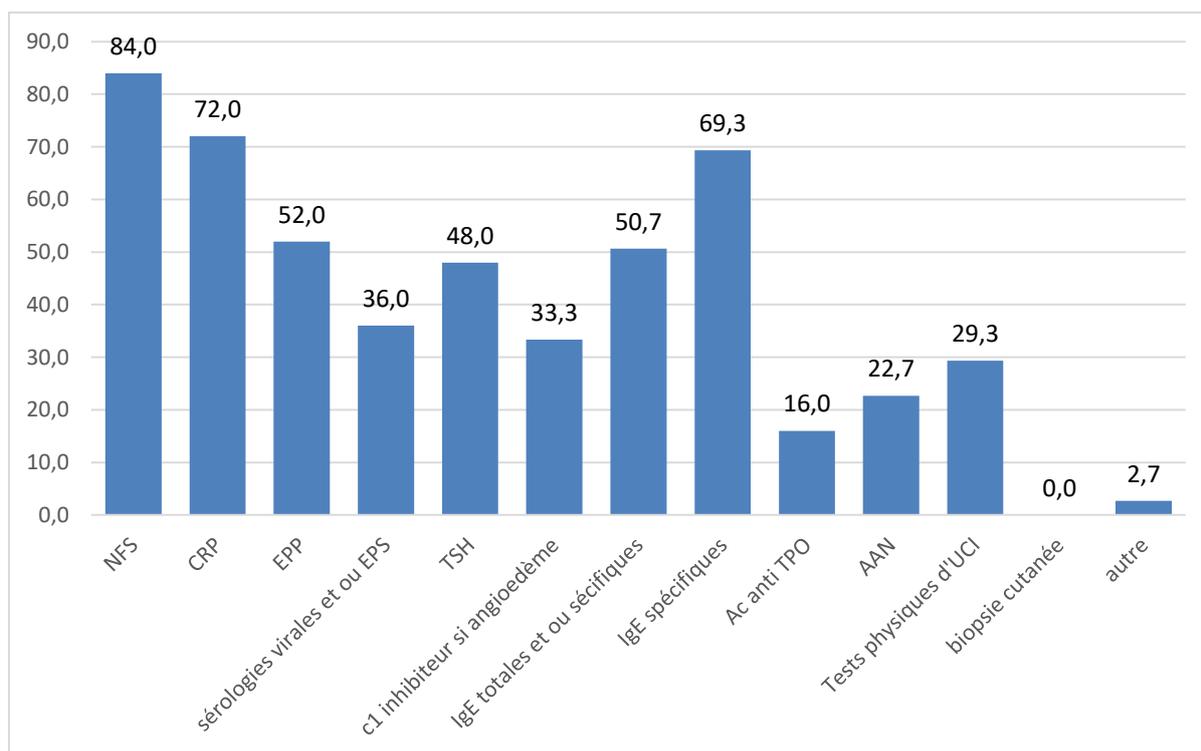


Figure 9 : Examens complémentaires demandés devant une UCS. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte). (AAN= Anticorps anti-nucléaires).

Concernant l'organisation des soins, 90.7% des médecins généralistes adressaient les patients souffrant d'UCS à un spécialiste. Parmi eux, 50.7% les adressaient toujours et 42.7% les adressaient parfois ; 81.3% orientaient les patients vers un dermatologue, 60% vers un allergologue et 16% vers un interniste. Les commentaires recueillis en plus, indiquaient que le patient était très souvent orienté vers le spécialiste dont les délais de consultation était le plus court.

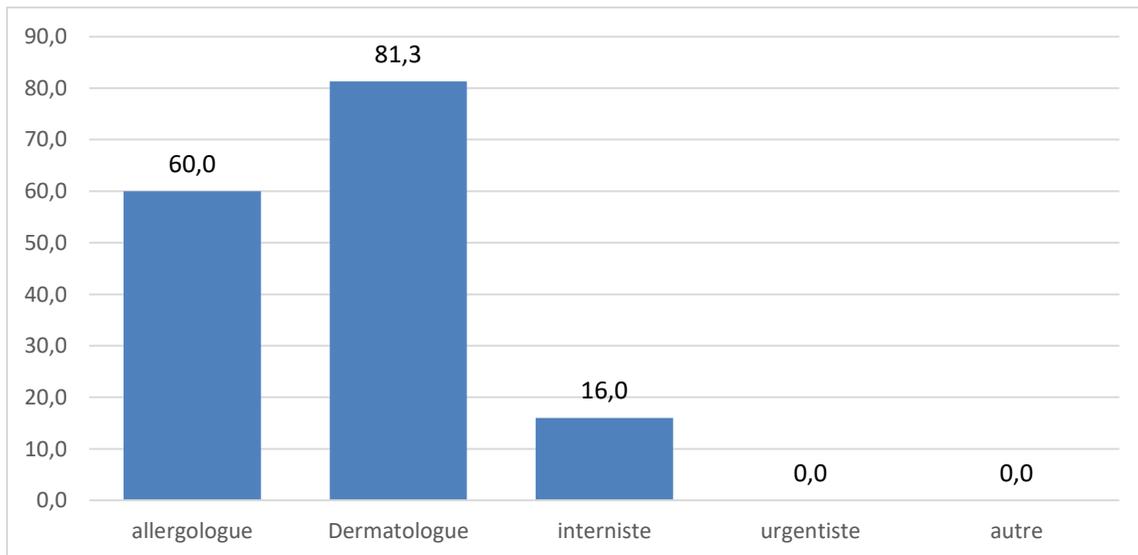


Figure 10 : Les différents spécialistes auxquels sont adressés les UCS. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

Les motifs pour lesquels les patients sont adressés, étaient : une prise en charge globale pour 62.7%, un échec thérapeutique pour 53.3% et l'introduction d'une biothérapie anti IgE pour 12%.

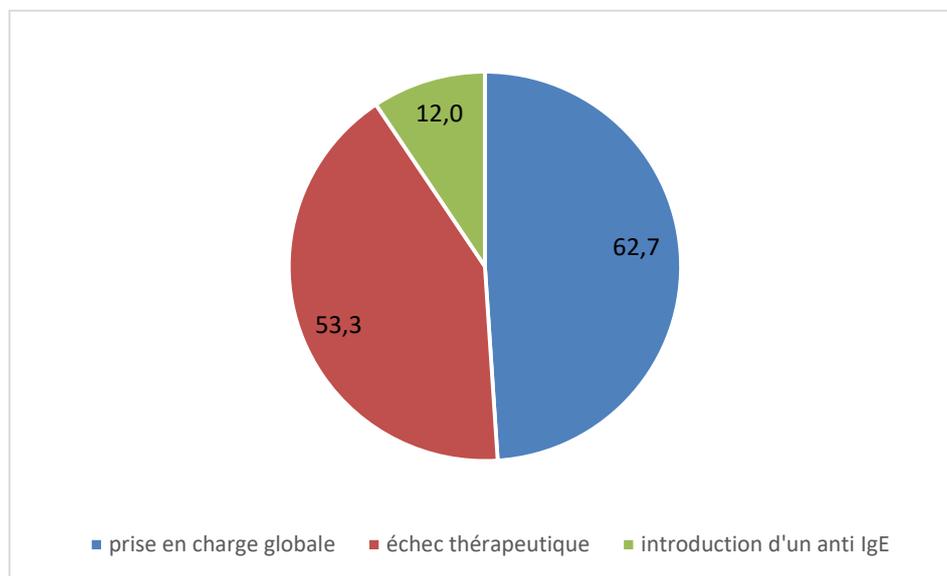


Figure 11: Motifs pour lesquels les patients sont adressés. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

C. Prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes :

Concernant la prise en charge thérapeutique, 37.3% des médecins généralistes utilisaient des dermocorticoïdes, 41.3% des émoullients, 22.7% des anti-H1 de 1^{ère} génération à posologie minimale, 12% des anti-H1 de 1^{ère} génération à posologie augmentée, 69.3% des anti-H1 de 2^{nde} génération à posologie minimale, 58.7% des anti-H1 de 2^{nde} génération à posologie augmentée, 17.3% des anti-H1 de 1^{ère} et 2^{nde} générations en association, 6.7% une association d'anti-H1 de 2^{nde} génération, 64% l'éviction d'un éventuel facteur déclenchant, 42.7% l'utilisation de corticoïdes oraux en cure courte, aucune corticothérapie au long cours n'était prescrite, 8% des anti-leucotriènes et 20% proposaient un régime alimentaire pauvre en histamine. Nous n'avons pas interrogé précisément les médecins sur les éventuels facteurs déclenchants, et certains d'entre eux ont ajouté des commentaires et donnaient des consignes d'éviction aux patients sur des produits cosmétiques, lessives.

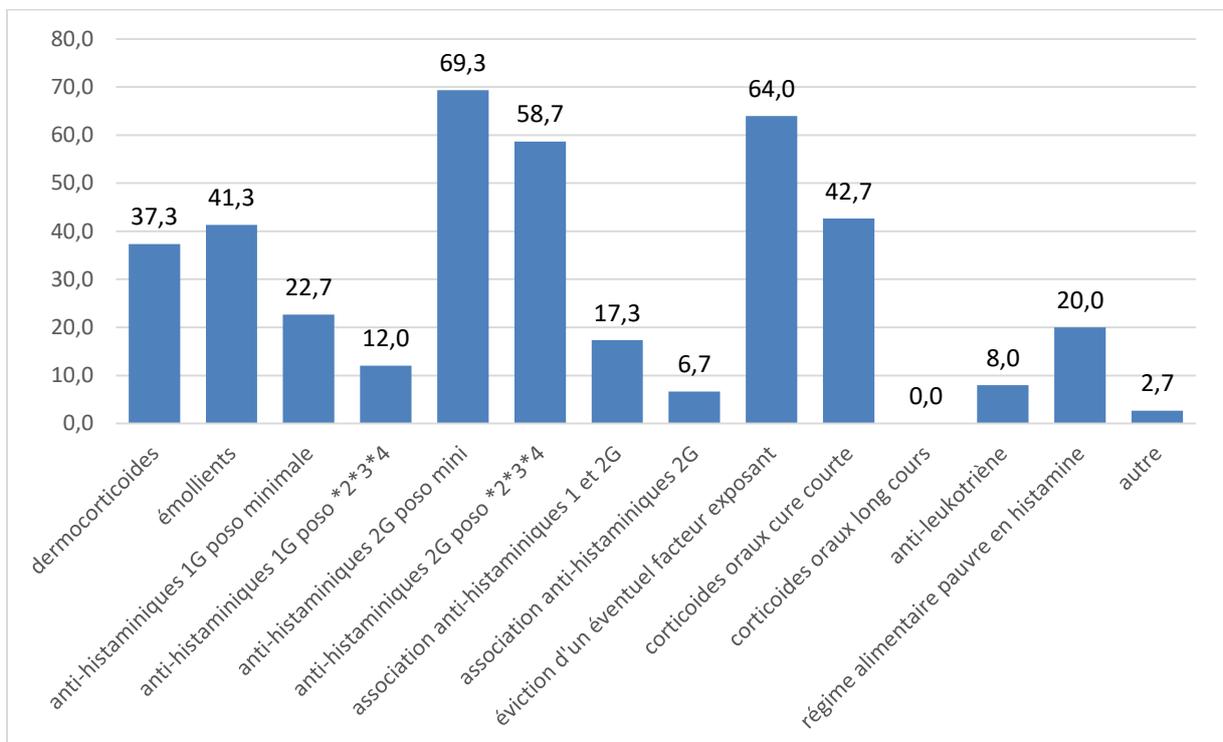


Figure 12: traitements prescrits par les médecins généralistes. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

On observait que 61.3% des médecins réévaluaient les patients souffrant d'UCS après l'introduction d'un traitement. Le délai moyen était de 1 mois pour 37.3%, 3 mois pour 16%, 6 mois pour 2.7%, et à la demande du patient pour 24%.

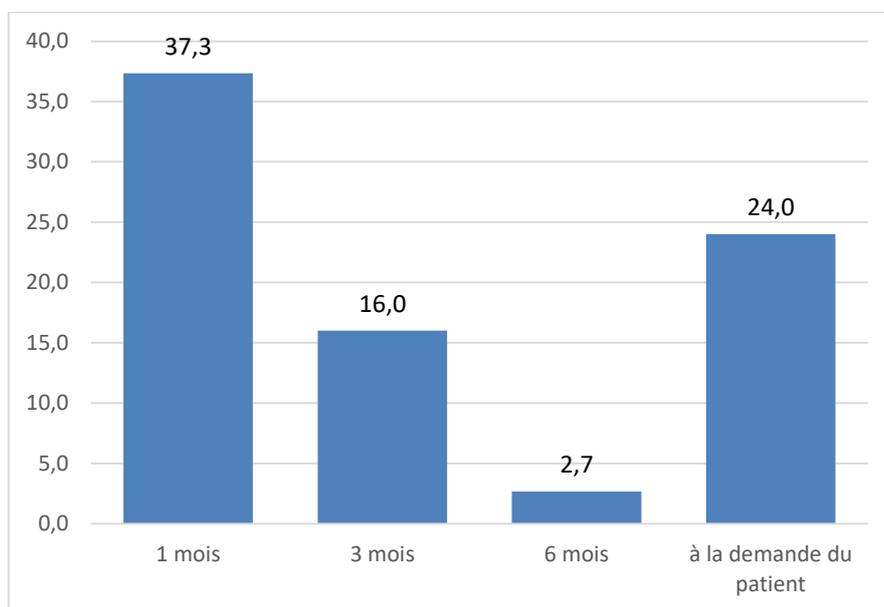


Figure 13 : Délai moyen de réévaluation des patients après la 1^{ère} consultation. (Résultats exprimés en pourcentage de médecins généralistes de la cohorte).

Concernant le retentissement sur la qualité de vie, 4% des généralistes utilisaient un score de qualité de vie dans l'UCS.

Parmi les autres mesures intéressant la prise en charge de l'UCS, 18.7% des praticiens proposaient un soutien psychologique (assuré par eux-mêmes ou délégué à un spécialiste).

Concernant le parcours de soins, parmi l'échantillon, 13.3% des médecins connaissaient les consultations spécialisées du CHU de Lille et 84% estimaient que des séances d'éducation thérapeutique seraient nécessaires pour la prise en charge.

Concernant la coordination des soins, 74% des médecins généralistes estimaient qu'il n'était pas facile de joindre un dermatologue. Pour 90.7% d'entre eux, les

patients souffrant d'UCS étaient adressés au dermatologue libéral et pour 50.7% à un dermatologue hospitalier.

Parmi les participants, 93.3% des médecins généralistes déclaraient recevoir un courrier retour lorsqu'ils adressent un patient pour de l'UCS.

D. Annexe du questionnaire :

Dans l'échantillon, 74.7% des médecins généralistes déclaraient être intéressés par une Formation Médicale Continue (FMC).

Dans le questionnaire adressé, la dernière question était ouverte et a permis de recueillir les différentes suggestions des médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge de l'UCS.

Les différents résultats obtenus étaient :

- L'utilisation de la télémédecine (pour avis diagnostique, thérapeutique et suivi éventuel afin d'améliorer l'errance diagnostique)
- Diminution du délai d'attente pour la prise de rendez-vous ou d'avis dermatologique
- Article dans une revue médicale
- Une soirée FMC
- E-learning : une formation en ligne rapide avec iconographies
- Création d'un DU adapté aux dermatoses rencontrées en médecine générale
- Communication dans un Congrès comme le FORMATHON, PREUVES ET PRATIQUES
- Un courrier de diffusion destiné aux médecins généralistes

Discussion

A. Informations générales concernant la population étudiée :

Le taux de participation calculé à 37.5 %, était satisfaisant pour une enquête de pratiques en médecine générale par voie postale et sans relance (afin de respecter l'anonymat des participants). En effet le taux moyen de participation est de 30 % pour ce type d'étude. Par ailleurs le taux de remplissage du questionnaire était de 100% pour les 75 réponses reçues permettant une interprétation comparative pour chacun des items.

La répartition des sexes, des classes d'âge au sein de notre échantillon n'étaient pas étudiées et il n'a donc pas été possible d'estimer la représentativité par rapport aux médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France sur ce point.

Une minorité des médecins généralistes interrogés avait suivi une formation complémentaire en dermatologie (16%). Néanmoins le désir de formation est unanime chez les médecins généralistes interrogés dans notre étude (74.7% des médecins généralistes sont intéressés par une FMC) mais également dans l'étude d'Ado CHATAL et collaborateurs (35) où 98% des généralistes répondants de son étude exprimaient le souhait d'une formation complémentaire. D'autres équipes ont déjà travaillé sur ce sujet (Universités de Haute-Normandie et Aix Marseille (36) (37)) concordent sur ce point. Ces études ont pu démontrer que le médecin généraliste était souvent confiant dans son diagnostic dermatologique (le degré de certitude diagnostique était en moyenne de 8.56 sur une échelle de 0 à 10 mais que 1 consultation sur 4 environ aboutissait à une demande d'avis spécialisé et concernait surtout les tumeurs cutanées). Différentes études retrouvent le désir de formation en dermatologie des médecins généralistes (37) (35) afin d'acquérir des compétences utiles puisque le recours au spécialiste dans certaines zones géographiques françaises est parfois long (selon un rapport de 2011 de l'Institut Français d'Opinion Publique 46% des français trouvait l'accès au dermatologue assez voire très difficile (38)).

Dans une enquête réalisée en 2002 par Doutre et collaborateurs (39) avant la Conférence de Consensus Urticaire Chronique de 2003, il avait été mis en évidence que les médecins généralistes n'étaient pas confrontés à ce type de pathologie plus d'une fois par an. Ce qui est contradictoire avec certains de nos résultats (73.3% des praticiens déclaraient y être confrontés au maximum 1 fois par mois, 21.3% 2 à 5 par mois et 2.7% plus de 5 par mois) et peut-être expliqué par une meilleure reconnaissance de cette pathologie. En effet dans notre cohorte, 74.7% des médecins déclaraient avoir été mis au moins une fois en difficulté par de l'UCS et principalement dans le choix des traitements (45.3%) et pour obtenir un avis spécialisé (54.7%) alors que les difficultés diagnostiques représentaient 18.4%. Plusieurs études retrouvent le fait qu'en médecine générale, les diagnostics dermatologiques sont aisés concernant les pathologies fréquemment rencontrées, mais que l'avis spécialisé est très souvent demandé en raison de l'incertitude diagnostique (40). Comme précisé précédemment, une enquête réalisée en Normandie retrouvait qu'une consultation pour motif dermatologique sur quatre aboutissait à une demande d'avis spécialisé (36). Une communication ou une mise à jour des connaissances pourrait mettre en confiance les généralistes pour initier la prise en charge (accessible en pratique de soins premiers) avant d'en référer à un spécialiste.

B. Diagnostic de l'urticaire chronique par les médecins généralistes :

Dans notre enquête, il en ressort que les médecins généralistes connaissent la définition de l'urticaire chronique, pour eux, le diagnostic est évident (52%). Dans la majorité des cas (82.7%), ils recherchent un épisode d'Ao associé mais ce dernier remet en cause leur diagnostic dans 77.3% des cas. Ce dernier chiffre est élevé et nous interpelle. Nous supposons donc que les médecins généralistes sont confiants quant au diagnostic d'UCS en présence uniquement de lésions superficielles mais que la présence d'Ao associé est probablement supposée être un facteur de gravité et ou suspect d'une manifestation anaphylactique ou d'Ao bradykinique. Or, l'Ao

associé à l'UCS n'est pas un facteur de gravité (absence de cas fatal décrit) ce qui est ignoré par les médecins.

En outre, 85.3% des praticiens demandaient des examens complémentaires face à de l'UCS. Comme précisé précédemment, nous n'avons pas demandé à quel moment de la prise en charge ils réalisaient les examens complémentaires. La recherche d'un syndrome inflammatoire, d'une dysthyroïdie est correcte et à interpréter en fonction de la situation clinique. L'association de l'urticaire chronique avec les pathologies thyroïdiennes auto-immunes est connue dans la littérature sans pour autant que le lien physiopathologique ou étiologique soit clairement établi. Une revue de la littérature réalisée par une équipe italienne retrouvait une prévalence de la positivité d'au moins un des anticorps antithyroïdiens chez les patients avec UCS de 20,1% (avec des résultats hétérogènes d'une étude à l'autre, de 6,5% à 57,4%) (41). Les thyroïdites auto-immunes sont donc les comorbidités associées les plus fréquentes de l'UCS. Ainsi dans notre étude nous montrons que les praticiens recherchent une dysthyroïdie (48% demandaient une TSH) mais que la recherche d'auto-immunité thyroïdienne est sous-estimée (dosage des anticorps anti-TPO pour 16%) par rapport à l'Ao bradykinique (dosage du c1 inhibiteur en présence d'Ao pour 33.3%). Or la prévalence des Ao bradykiniques héréditaires par déficit en C1 inhibiteur est rare et estimée entre 1/10 000 et 1/50 000 (42). Par ailleurs, sa clinique est évocatrice, avec la présence d'œdème blanc, mou, non prurigineux, fixe, sans urticaire superficielle associée mais avec une atteinte de la filière laryngée et des signes digestifs associés. Nous pensons également que les praticiens font un amalgame avec l'urticaire aiguë d'origine allergique puisqu'ils demandent pour 50.7% d'entre eux un dosage des IgE totales et ou spécifiques, et pour 69.3% des IgE spécifiques (Phadiatop ® et ou Trophatop ®) habituellement recommandés dans l'exploration des pathologies d'origine allergique (43). L'exploration allergologique est utile face à une urticaire aiguë suspecte d'étiologie allergique, afin d'écartier une réaction IgE dépendante. Du fait du rôle exceptionnel de l'allergie IgE médiée dans l'UCS, aucun bilan ne doit être réalisé de façon systématique (44).

Nous constatons que dans la majorité des cas les médecins généralistes adressent les patients souffrant d'UCS à un spécialiste. Que ce soit allergologue ou dermatologue, le patient est adressé au spécialiste le plus accessible sans distinction entre secteur hospitalier et libéral. Un des éléments manquant de cette enquête est

le moment dans la prise en charge ambulatoire où il est adressé au spécialiste. Il est adressé essentiellement pour une prise en charge globale et rarement pour l'introduction d'une biothérapie. Nous pouvons supposer qu'il existe une méconnaissance du caractère non allergique mais aussi du traitement de seconde ligne. Il s'agit probablement d'un problème du champ de compétence lié à la spécialité.

Nous constatons que l'utilisation de scores de qualité de vie (QdV) est quasiment inexistante dans ce type de pathologie en pratique ambulatoire. La QdV est un concept parfois mal compris et encore mal utilisé. La prise de décision médicale repose le plus souvent sur des critères dits objectifs, qui intègrent peu l'aspect qualitatif. Pourtant, aujourd'hui, certaines appréciations de la QdV permettent de quantifier les états de santé et d'éclairer la décision médicale. L'évaluation de la QdV est devenue une pratique habituelle et nécessaire au cours de la prise en charge des pathologies chroniques (45).

La réponse au traitement est définie de manière hétérogène dans les études, et est une notion complexe, multiple qui intègre des paramètres objectifs et subjectifs. Ainsi l'objectif principal du traitement est la guérison des symptômes de la maladie (prurit et plaques) et une amélioration de la QdV. Les différents scores cités précédemment ont été validés pour évaluer l'activité de l'urticaire chronique, son retentissement sur la qualité de vie et sa réponse aux traitements. Par exemple le score UAS7 (annexe 1) qui est validé pour l'évaluation de la sévérité de la maladie (20) (21), permet de considérer plusieurs catégories de réponses (46): une réponse complète correspond à un score UAS7 à 0, une réponse partielle entre 0 et 6 et une non-réponse >6. Même si en pratique courante de soins premiers l'évaluation de la réponse par score n'est pas réalisée, elle pourrait l'être puisque non chronophage, facile d'accès et adaptée à de la consultation et serait intéressante pour le suivi du patient qui s'impliquerait dans l'évaluation de son traitement.

C. Prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes :

Concernant la prise en charge thérapeutique nous constatons que 37.3% des médecins généralistes prescrivent des dermocorticoïdes. Ces derniers ne sont pas recommandés dans la prise en charge de l'urticaire aiguë et chronique mais sont le traitement de référence de la dermatite atopique. Plusieurs études ne retrouvent pas d'efficacité de ces derniers dans le traitement de l'UCS (47) (48) . Cependant une étude retrouve l'efficacité des corticoïdes topiques dans le traitement à court terme de l'urticaire chronique retardée à la pression (49). Etant donné l'absence d'efficacité et les effets indésirables potentiels (l'exceptionnelle freination de l'axe hypothalamo-hypophysaire, atrophie cutanée, dermatite rosacéiforme du visage, cataracte et glaucome induits...) il n'est pas recommandé de débiter ce type de traitement qui peut être une source de retard à la prise en charge. D'où la nécessité de diffuser les recommandations (3) aux praticiens.

De façon surprenante, l'application d'émollients (qui ne fait pas partie des recommandations) concerne 41.3% des prescriptions des médecins généralistes dans notre étude. Dans les interventions non pharmacologiques de la prise en charge de l'UCS et du prurit occasionné, l'hydratation fréquente peut être utile pour rétablir la barrière cutanée, surtout lorsqu'il existe une xérose associée qui peut à la fois causer et aggraver le prurit (50). D'autres mesures peuvent également être proposées comme couper les ongles courts afin de limiter les lésions de grattage et le risque infectieux. Le prurit induit dans l'UCS est essentiellement lié à l'histamine et par conséquent son traitement est systémique. Les émollients ont donc un rôle adjuvant mineur.

Moins d'un médecin sur quatre (22.7%) utilise les anti-H1 de 1^{ère} génération à posologie minimale et 12% augmentent les doses de ces derniers. Comme vu précédemment les anti-H1 de première génération ne doivent plus être utilisés en raison des effets indésirables (sédatifs et anticholinergiques) (26).

Nous constatons que la majorité des généralistes (69.3%) suivent les recommandations (3) et utilisent les anti-H1 de 2^{nde} génération à posologie minimale et 58.7% des anti-H1 de 2^{nde} génération à posologie augmentée. Il s'agit de

molécules bien connues et largement utilisées dans le domaine de l'allergologie (urticaire aiguë et chronique, rhinite allergique et conjonctivite allergique) et en pratique quotidienne de médecine générale. Les anti-H1 de seconde génération sont efficaces dans l'UCS. Cependant certains critères pourraient permettre d'en privilégier certains en premier choix en raison de certains effets indésirables, du délai d'action, de la cinétique (plus de somnolence avec la cétirizine et la lévocétirizine, possible allongement du QT avec l'ébastine, ...). La bilastine, présente une haute sélectivité vis-à-vis des récepteurs H1 périphériques, un délai d'action de 1h et une durée d'action de 24h, elle n'induit pas de somnolence, ni de trouble de la vigilance ni d'allongement du QT(51). Mais aucune étude comparative n'a été menée à ce jour visant à comparer ces différentes molécules et il n'est pas possible aujourd'hui de dégager de recommandations sur ce point.

Nous mettons en évidence dans notre étude l'utilisation de cures courtes de corticoïdes oraux à hauteur de 42.7%. Ce résultat est surprenant étant donné que depuis la Conférence de Consensus française de 2003 (52), la corticothérapie par voie générale n'est plus recommandée et n'a plus sa place en France dans le traitement de l'urticaire, qu'elle soit aiguë ou chronique. Les corticoïdes auraient des effets délétères favorisant la cortico-dépendance, l'escalade thérapeutique et l'aggravation de l'urticaire chronique lors de son arrêt (53) (54). Cependant, cette attitude n'est pas unanime sur le plan international puisque certains pays les prescrivent. La conférence d'experts internationaux de 2018 la préconise en cures courtes de 3 à 7 jours dans les exacerbations (3). De plus les corticoïdes peuvent entraîner une résistance aux anti-H1 et donc un échappement thérapeutique au traitement de première intention (5) (55). C'est pourquoi les dernières recommandations proposent donc un sevrage de toute corticothérapie générale et la reprise des anti-H1 à forte-dose d'autant que l'UCS est un facteur de risque indépendant d'ostéoporose (56).

Dans notre enquête nous remarquons que 64% des médecins généralistes préconisaient l'éviction d'un éventuel facteur déclenchant. Nous n'avons pas approfondi les différents types de facteurs déclenchants recherchés et surtout nous n'avons pas fait la distinction entre facteurs déclenchants et facteurs favorisants. En effet, pour distinguer les urticaires chroniques inductibles des urticaires chroniques spontanées, il faut différencier facteurs « déclenchants » et « favorisants ». Les

facteurs déclenchants des urticaires chroniques inducibles sont bien connus (57). Tandis que dans l'UCS les facteurs déclenchants sont pour la plupart du temps indéterminés. Nous pouvons retrouver les facteurs favorisant les exacerbations (les aliments, les médicaments, les infections, les vaccins, les facteurs physiques, le stress psychologique).

En outre, 20% des médecins généralistes préconisaient un régime alimentaire pauvre en histamine. Des poussées d'UCS peuvent être causées par l'absorption d'aliments riches en histamine ou histamino-libérateurs capable d'activer les mastocytes ou par des aliments riches en amines biogènes vasoactives (fraises, tomates, fromages fermentés, vin blanc, charcuterie, crustacés, café, tabac, additifs...) (58) mais il ne s'agit pas d'une allergie. L'éviction de ces aliments ne change rien (59) et par conséquent cela ne doit pas entraîner de régime particulier (60).

Un peu plus de la moitié des médecins (61.3%) réévaluaient les patients après l'introduction d'un traitement. Parmi ces médecins, 37.3% réévaluaient le patient à 1 mois comme le préconise les dernières recommandations (3) afin de juger de l'efficacité des anti-H1. Et un médecin sur 4 estimait que l'évaluation du traitement était à la demande du patient. En ce qui concerne les patients non réévalués, la cause n'était pas recherchée (délégation au spécialiste ? amélioration des symptômes sous traitement ? pratique du médecin généraliste ?).

L'UCS est une maladie dermatologique affectant un organe visible pouvant avoir un impact sur les relations sociales. Cet impact est attribuable en partie aux symptômes (lésions, prurit), à l'asthénie induite mais également en raison de l'imprévisibilité des poussées qui créent un sentiment de perte de contrôle. L'impact psychologique et social que peut avoir cette pathologie sur le patient est donc considérable (61) (62).

Nous savons que les adultes et les enfants souffrant d'UCS sont plus souvent absents du travail et de l'école que les autres individus, et que leurs capacités sont fortement diminuées (63). L'UCS représente alors un coût et peut avoir un impact économique conséquent. De fait il est surprenant qu'en soins primaires, nous constatons que le soutien psychologique ne soit pas proposé aussi fréquemment dans ce type de pathologie puisqu'il existe différents outils pour en assurer la prise en charge en médecine de ville: des échelles de qualité de vie, des échelles permettant d'évaluer les niveaux d'anxiété et de dépression comme le BDI (beck

dépression inventory) et le BAI (beck anxiety inventory), les médicaments, arrêt de travail, recours au spécialiste, travail en réseau, psychothérapie de soutien. Il serait intéressant d'en comprendre les raisons afin de pouvoir apporter le soutien, la formation nécessaire à cet aspect de la prise en charge dans le contexte du soin primaire.

Nous savons que les consultations de médecine générale sont complexes et pluridisciplinaires, ainsi les plaintes peuvent être multiples dans un temps réduit. Une des solutions serait de réaliser une consultation dédiée à l'UCS au cours de laquelle il serait utilisé les différents scores (DLQI, UAS7, BAI...) en fonction des connaissances et de la pratique du praticien, afin de réassurer le patient et de l'orienter en fonction des attentes.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) concerne l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique. Son objectif vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (64). Du fait de son efficacité clairement prouvée dans des pathologies comme le diabète, le syndrome coronarien, son application à toutes les pathologies chroniques paraît utile. C'est pour cela que notre enquête retrouve que 84% des omnipraticiens estimaient la nécessité de séances d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de l'UCS. L'UCS est une pathologie chronique avec un fort retentissement sur la qualité de vie. L'objectif de l'ETP est donc de favoriser l'adhérence au traitement avec un meilleur contrôle de l'UCS et d'améliorer la qualité de vie. De nombreux programmes d'ETP existent dans différentes maladies dermatologiques chroniques (dermatite atopique, l'eczéma chronique des mains ou le psoriasis) mais jusque 2016 aucun programme d'ETP n'existait sur le plan national et international (65). L'équipe Lyonnaise d'immuno-allergologie a publié en 2018 un article évaluant un premier programme d'éducation thérapeutique (66). Cette étude montrait que l'ETP permettait d'améliorer les connaissances des patients et une meilleure gestion du prurit. Cependant il était nécessaire de démontrer l'impact positif de l'ETP dans l'UCS en vie réelle.

Concernant la coordination des soins, 74% des médecins généralistes estimaient qu'il n'était pas facile de joindre un dermatologue. Les commentaires apportés par les médecins à ce sujet nous informent que les patients étaient orientés en fonction

de la disponibilité du ou des spécialistes correspondants. Et certains médecins rapportaient un délai d'attente variant de 3 mois à un an selon les secteurs de la région.

D. Biais de sélection de l'échantillon, représentativité de l'échantillon :

L'échantillon des 200 médecins n'a pas été déterminé de façon statistique et a été choisi empiriquement. Ce qui pouvait entraîner un manque de puissance de l'étude.

Il existe un biais de sélection (ou biais de volontariat) lié à la forme de l'enquête basée sur le volontariat, n'incluant par conséquent que les participants ayant un intérêt préalable pour la dermatologie ou l'allergologie. Par conséquent, les répondants au questionnaire sont susceptibles de faire partie des médecins les plus intéressés par la thématique ainsi que par une formation médicale continue. Néanmoins, dans ce type d'études, l'exhaustivité de l'échantillon n'est pas le cas général en l'absence d'obligation de réponse et l'impossibilité d'interroger l'ensemble des praticiens d'une région déterminée.

Concernant la représentativité, nous n'avons pas interrogé les médecins sur leur âge ni leur sexe. La seule caractéristique étudiée était le secteur d'activité. Il existe peut-être un problème de représentativité de l'ensemble des médecins des Hauts-de-France. Pour limiter ce biais de sélection, nous aurions pu réaliser une relance afin d'inciter les sujets non répondant initialement à participer finalement à l'enquête.

Cependant, le taux de réponse de 37.5 % était satisfaisant pour ce type d'étude, rendant nos résultats utilisables pour émettre des hypothèses.

E. Biais d'information et lié au questionnaire :

Le questionnaire ne présentait pas de questions à réponses ouvertes concernant la prise en charge de l'UCS ce qui peut entraîner une perte de précision, d'informations et de nuances, en orientant les réponses des médecins.

Il existe un biais de classement en ce qui concerne la question « *Combien de patients souffrant d'urticaire chronique (urticaire évoluant depuis plus de 6 semaines) voyez-vous au cours d'un mois ?* », en sur- ou sous-estimant le nombre de consultations pour UCS réalisé mensuellement.

Une autre limite de l'étude vient du mode de recueil des données qui était de type déclaratif. Par conséquent il n'est pas possible de vérifier les pratiques réelles des médecins généralistes interrogés ce qui expose ce travail à un biais de déclaration et de compréhension.

L'utilisation de questions type QCM à réponses fermées permettait néanmoins une augmentation du nombre de répondants en rendant le questionnaire moins fastidieux à compléter et permettaient la simplification de l'analyse des données.

Conclusion

L'urticaire chronique est une pathologie peu fréquente en soins premiers mais elle est connue par les praticiens. Cependant la prise en charge n'est pas homogène pouvant justifier la mise en place de nouvelles formations ou la mise à disposition d'outils pour aider à hiérarchiser la prise en charge des patients. Dans la majorité des situations la prise en charge thérapeutique est adaptée avec l'utilisation des anti-histaminiques de seconde génération simple dose. La multiplication des doses d'anti-histaminiques semble moins connue. Concernant l'utilisation de corticoïdes en cure courte ; cette pratique n'est pas recommandée en France, mais il s'agit d'un point qui est débattu dans certains pays. Il existe probablement une mauvaise identification diagnostique de la pathologie lorsqu'elle s'associe à un épisode d'angioedème.

Le soutien psychologique apparaissant nécessaire dans cette pathologie étant donné son retentissement sur la qualité de vie, est manifestement délaissé par les médecins généralistes et un point à améliorer dans la pratique quotidienne.

L'éducation thérapeutique pourrait être l'un des piliers de la prise en charge de l'UCS. Cependant, au niveau régional, le seul centre pouvant proposer de l'ETP conduit évidemment à un accès difficile pour les patients qui pourraient en bénéficier. L'éducation thérapeutique en médecine générale étant très chronophage, l'orientation vers ce centre permettrait une amélioration de la prise en charge et l'amélioration du réseau ville-hôpital.

La mise à la disposition des médecins de la télémédecine comme outils pourrait être une mesure bénéfique afin de conforter le diagnostic et d'assurer un suivi dans un contexte défavorable de démographie médicale des dermatologues.

Dans cette étude nous avons pu constater également l'envie des médecins généralistes à se former en dermatologie. Ceci pourrait conduire à un nouveau travail pour envisager une formation adaptée aux besoins des praticiens.

Références Bibliographiques

1. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, Bousquet PJ, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report. *Allergy*. mars 2011;66(3):317-30.
2. Kontou-Fili K, Borici-Mazi R, Kapp A, Matjevic LJ, Mitchel FB. Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. An EAACI position paper. *Allergy*. mai 1997;52(5):504-13.
3. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Latiff AHA, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-414.
4. Jáuregui I, de Frutos FO, Ferrer M, Giménez-Arnau A, Sastre J, Bartra J, et al. Assessment of Severity and Quality of Life in Chronic Urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014;24:7.
5. Augey F, Nosbaum A, Berard F, Nicolas J-F. Corticosteroids should not be used in urticaria because of the potential risk of steroid dependence and development of severe anti-H1- resistant urticaria. *Eur J Dermatol*. juin 2011;21(3):431.
6. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
7. Majewski E. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
8. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
9. ATTAL-TOUBERT Kitty, VANDERSCHULDEN Mélanie. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES; 2009. Report No.: 12.
10. CEDEF. CEDEF, le Collège des Enseignants en Dermatologie de France [Internet]. cedef.org. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: [//cedef.org/](http://cedef.org/)
11. Maurer M, Rosén K, Hsieh H-J, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med*. 7 mars 2013;368(10):924-35.
12. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. juill 2014;69(7):868-87.

13. Mathelier-Fusade P. Urticaire chronique spontanée : recommandations françaises et internationales. //www.em-premium.com/data/revues/18770320/unassign/S1877032019302374/ [Internet]. 16 mars 2019 [cité 27 janv 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/1281650/resultatrecherche/2>
14. Staumont-Sallé D, Piette F, Delaporte E. [Etiological diagnosis and treatment of chronic urticaria]. *Rev Med Interne*. janv 2003;24(1):34-44.
15. Nosbaum A, Augey F, Nicolas J-F, Bérard F. [Pathophysiology of urticaria]. *Ann Dermatol Venereol*. 2014;141 Suppl 3:S559-564.
16. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014;69:868–87.
17. Buss Y-L, Sticherling M. Cold urticaria; disease course and outcome--an investigation of 85 patients before and after therapy. *Br J Dermatol*.2005;153(2):440-1.
18. Vietri J, Turner SJ, Tian H, Isherwood G, Balp M-M, Gabriel S. Effect of chronic urticaria on US patients: analysis of the National Health and Wellness Survey. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*.2015;115(4):306-11.
19. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol*.1997;136(2):197-201.
20. Młynek A, Zalewska-Janowska A, Martus P, Staubach P, Zuberbier T, Maurer M. How to assess disease activity in patients with chronic urticaria? *Allergy*. 2008;63:777– 80.
21. Mathias SD, Dreskin SC, Kaplan A, Saini SS, Spector S, Rosén KE. Development of a daily diary for patients with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*. 2010;105:142–8.
22. Schulz S, Metz M, Siepmann D, Luger TA, Maurer M, Ständer S. [Antipruritic efficacy of a high-dosage antihistamine therapy. Results of a retrospectively analysed case series]. *Hautarzt*. juill 2009;60(7):564-8.
23. M. Dumoulin, K. Martin, K. Titier, M. Molimard, N. Moore. Cardiotoxicity of second generation antihistamines. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique* 2006; 46(4):392–401.
24. Uysal P, Avcil S, Erge D. High-dose anti-histamine use and risk factors in children with urticaria. *Turk Pediatri Ars*. 1 déc 2016;51(4):198-203.
25. Etwel F, Faught LH, Rieder MJ, Koren G. The Risk of Adverse Pregnancy Outcome After First Trimester Exposure to H1 Antihistamines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Saf*. 2017;40(2):121-32.

26. Church MK, Maurer M, Simons FER, Bindslev-Jensen C, van Cauwenberge P, Bousquet J, et al. Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper. *Allergy*. avr 2010;65(4):459-66.
27. Choonhakarn C, Chaowattanapanit S, Julanon N. The treatment outcomes and dose de-escalation of desloratadine up-dosing in chronic spontaneous urticaria. *Int J Dermatol*. avr 2018;57(4):423-7.
28. d'allergologie F française, Wallaert B, Birnbaum J. *Le grand livre des allergies*. Editions Eyrolles; 2014. 334 p.
29. Saini SS, Bindslev-Jensen C, Maurer M, Grob J-J, Bülbül Baskan E, Bradley MS, et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1 antihistamines: a randomized, placebo-controlled study. *J Invest Dermatol*. janv 2015;135(1):67-75.
30. Maurer M, Metz M, Brehler R, Hillen U, Jakob T, Mahler V, et al. Omalizumab treatment in patients with chronic inducible urticaria: A systematic review of published evidence. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(2):638-49.
31. Türk M, Maurer M, Yılmaz İ. How to discontinue omalizumab in chronic spontaneous urticaria? *Allergy*. 2019;74(4):821-4.
32. Maurer M, Giménez-Arnau AM, Sussman G, Metz M, Baker DR, Bauer A, et al. Ligelizumab for Chronic Spontaneous Urticaria. *N Engl J Med*. 03 2019;381(14):1321-32.
33. Le Moing-Lecailtel A. Consultation urticaire chronique du service de dermatologie du CHRU de Lille: « état des lieux » à 7 ans [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
34. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. janv 2008;22(1):36-40.
35. Ado Chatal A. Formation complémentaire de dermatologie en médecine générale: étude quantitative auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
36. Avogadro-LEroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. [Thèse de Médecine Générale] Université de Médecine et de Pharmacie Rouen. 2012;
37. Sautreau A-C. Evaluation des besoins de formations des médecins généralistes aux pathologies dermatologiques courantes [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2013.
38. L'observatoire d'accès aux soins : enquête auprès des français et des professionnels de santé. IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) ; 2011 Oct Report N° :n°19743.

39. Maurice-Tison S, Pouyanne J, Doutre M-S. Médecins généralistes, dermatologues, allergologues et prise en charge de l'urticaire chronique. /data/revues/01519638/01300HS1/1S160/ [Internet]. 29 avr 2008 [cité 10 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/154385#>
40. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes [Thèse de Médecine Générale] Rouen: Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie. 2012. <dumas-00768344>.
41. Bagnasco M, Minciullo PL, Saraceno GS, Gangemi S, Benvenga S. Urticaria and thyroid autoimmunity. *Thyroid*. avr 2011;21(4):401-10.
42. Du-Thanh A, Raison-Peyron N, Guillot B. Les angioedèmes à bradykinine. /data/revues/01519638/v138i4/S0151963811000111/ [Internet]. 14 avr 2011 [cité 2 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/286683>
43. Pierotti FF, Aranda CS, Cocco RR, Sarinho E, Sano F, Porto A, et al. Phadiatop, Phadiatop Infant and total IgE evaluated in allergic Brazilian children and adolescents. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 7 oct 2019;
44. Masson E. Place du bilan allergologique dans l'urticaire [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/947847/place-du-bilan-allergologique-dans-l-urticaire>
45. Hand C. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings. *Can Fam Physician*. juill 2016;62(7):e375-83.
46. Mathias SD, Crosby RD, Zazzali JL, Maurer M, Saini SS. Evaluating the minimally important difference of the urticaria activity score and other measures of disease activity in patients with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*. 2012;108:20–4.
47. Mehta A, Godse K, Patil S, Nadkarni N, Gautam M. Treatment of Refractory Chronic Urticaria. *Indian J Dermatol*. 2015;60(3):230-7.
48. Ellingsen AR, Thestrup-Pedersen K. Treatment of chronic idiopathic urticaria with topical steroids. An open trial. *Acta Derm Venereol*. janv 1996;76(1):43-4.
49. Vena GA, Cassano N, D'Argento V, Milani M. Clobetasol propionate 0.05% in a novel foam formulation is safe and effective in the short-term treatment of patients with delayed pressure urticaria: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol*. févr 2006;154(2):353-6.
50. Nowak D, Yeung J. Diagnostic et traitement du prurit. *Can Fam Physician*. déc 2017;63(12):925-31.
51. Bachert C, Kuna P, Zuberbier T. Bilastine in allergic rhinoconjunctivitis and urticaria. *Allergy*. 2010;65(s93):1-13.
52. Conférence de consensus. Prise en charge de l'urticaire chronique. *Ann Dermatol Vénéréol* 2003;130:S1-192.

53. Soria. A. Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements. *Revue Française d'Allergologie*. 2016.
54. Groupe urticaire de la Société française de dermatologie, Amsler E, Nosbaum A. Urticaire chronique et corticothérapie générale, les liaisons dangereuses. *Ann Fr Med Urgence*. sept 2011;1(5):303-4.
55. Augey F, Guillot-Pouget I, Gunera-Saad N, et al (2008) Effet de l'arrêt des corticoïdes au cours de l'urticaire chronique : étude prospective de 17 cas. *Ann Dermatol Venereol* 135:21–5.
56. Shalom G, Kridin K, Babaev M, Magen E, Tiosano S, Dreiherr J, et al. Chronic urticaria and osteoporosis: a longitudinal, community-based cohort study of 11 944 patients. *British Journal of Dermatology*. 2019;180(5):1077-82.
57. Du Thanh A. Urticaires inducibles et urticaires chroniques spontanées. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 nov 2014;141:S570-9.
58. Siebenhaar F, Melde A, Magerl M, Zuberbier T, Church MK, Maurer M. Histamine intolerance in patients with chronic spontaneous urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. oct 2016;30(10):1774-7.
59. Magerl M, Pisarevskaja D, Scheufele R, Zuberbier T, Maurer M. Effects of a pseudoallergen-free diet on chronic spontaneous urticaria: a prospective trial. *Allergy*. janv 2010;65(1):78-83.
60. Jaros J, Shi VY, Katta R. Diet and Chronic Urticaria: Dietary Modification as a Treatment Strategy. *Dermatol Pract Concept [Internet]*. 31 déc 2019 [cité 3 avr 2020];10(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6936629/>
61. Chu CY, Cho YT, Jiang JH, Chang CC, Liao SC, Tang CH. Patients with chronic urticaria have a higher risk of psychiatric disorders: a population-based study. *British Journal of Dermatology*. 2020;182(2):335-41.
62. Ben-Shoshan M, Blinderman I, Raz A. Psychosocial factors and chronic spontaneous urticaria: a systematic review. *Allergy*. févr 2013;68(2):131-41.
63. Vietri J, Turner SJ, Tian H, Isherwood G, Balp M-M, Gabriel S. Effect of chronic urticaria on US patients: analysis of the National Health and Wellness Survey. *Ann Allergy Asthma Immunol*. oct 2015;115(4):306-11.
64. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obes*. mars 2009;4(1):39-43.
65. Bernier. C, Bauer. D, Boccon-Gibod. I, Carrat. N, Debons. M, Du Thanh. A et al. Elaboration d'un programme national d'éducation thérapeutique dans l'urticaire chronique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, 2017, vol 144, p. 65.
66. Hacard F, Martin C, Verdu V, Montagnon A, Augey F, Braire-Bourrel M, et al. Therapeutic patient education improves knowledge and skills for patients with chronic spontaneous urticaria. *Eur J Dermatol*. 1 déc 2018;28(6):823-7.

Annexe 2 : Score UCT

Test de contrôle de l'urticaire (Urticaria Control test)

Nom et prénom :

Date :

Date de naissance :

Instructions : Vous avez de l'urticaire. Les questions suivantes sont destinées à mieux évaluer l'état actuel de votre maladie. Veuillez lire attentivement chaque question, puis choisissez parmi les cinq réponses celle qui vous correspond le mieux. Nous vous prions de vous baser sur les quatre dernières semaines. Ne réfléchissez pas longtemps et répondez à toutes les questions en ne choisissant qu'une seule réponse par question.

1. Dans quelle mesure avez-vous été gêné physiquement par votre urticaire (démangeaisons, plaques rouges et/ou oedèmes) durant les 4 dernières semaines ?
très fortement fortement moyennement peu pas du tout
2. Dans quelle mesure votre qualité de vie a-t-elle été altérée par votre urticaire ces 4 dernières semaines ?
très fortement fortement moyennement peu pas du tout
3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois le traitement de votre urticaire n'a-t-il pas été suffisant pour contrôler vos symptômes ?
très souvent souvent occasionnellement rarement jamais
4. Au total, comment estimez-vous que votre urticaire a été contrôlée au cours de ces 4 dernières semaines ?
pas du tout peu moyennement bien complètement

Annexe 3 : Score DLQI



DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix de vos vêtements que vous portiez ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou étudier ?
₃ Oui ₀ Non ₀ Non concerné(e)
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou vos études ?
₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis ou votre famille ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
₃ Enormément ₂ Beaucoup ₁ Un peu ₀ Pas du tout ₀ Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)

Annexe 4 : Courrier d'accompagnement du questionnaire de thèse



Enquête sur la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires :

Cher confrère, Chère consœur,

Actuellement médecin généraliste remplaçant, je réalise un travail de thèse intitulé « **Prise en charge de l'urticaire chronique par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais** » sous la supervision du service de Dermatologie du CHRU de Lille et du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille.

L'urticaire chronique est une affection cutanée fréquente touchant près de 1% de la population générale. Elle est responsable d'une altération importante de la qualité de vie. Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique peuvent être source de difficultés pour le médecin généraliste ou le dermatologue.

Ce travail a pour objectif principal d'établir un **état des lieux** de la prise en charge de l'urticaire chronique par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais afin de comprendre et d'améliorer la prise en charge et le parcours du patient.

Pour cela, cette étude repose sur un **questionnaire** papier qui sera traité de manière **anonyme**. Ce dernier est composé de **27 questions** courtes à choix multiples à cocher pour vous permettre de répondre sur un temps court (environ 10min).

Il est structuré en **3 parties**, la première concerne des informations générales, la seconde sur le diagnostic et la troisième sur la prise en charge.

Bien évidemment, nous serions heureux de partager avec vous les résultats de cette étude, aussi, n'hésitez pas à nous communiquer votre mail.

Nous vous remercions vivement d'avance de l'attention que vous porterez à ce travail.

Très fraternellement,

Benjamin ADAM
Médecin remplaçant

Dr Frédéric DEZOTEUX
Dermatologue CHU

Pr Delphine STAUMONT-SALLE
Dermatologue CHU

Mail : these.urticaire59@gmail.com

Annexe 5 : questionnaire de thèse



Enquête sur la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires : merci de cocher la ou les cases

A / Informations générales sur la population étudiée :

1/ Dans quel milieu travaillez-vous ?

- rural
- semi-rural
- ville

2/ Avez-vous suivi une ou des formations complémentaires en dermatologie ou allergologie ?

- Oui
- Non
- Si oui, préciser quelle formation :

3/ Combien de patients souffrant d'urticaire chronique (urticaire évoluant depuis plus de 6 semaines) voyez-vous au cours d'un mois ?

- 0-1
- 2-5
- >5

4/ Avez-vous connaissance de l'existence de recommandations concernant la prise en charge de l'urticaire chronique et éditées par le WHO/EAACI en 2018 ?

- Oui
- Non

5/ Avez-vous déjà été mis en difficulté pour prendre en charge une urticaire chronique ?

- Oui
- Non

6/ si Oui :

- difficulté diagnostique
- difficulté d'élimination des diagnostics différentiels
- difficulté dans les choix de traitement
- difficulté par rapport au temps de consultation inadapté
- difficulté d'évaluation de réponse aux traitements
- difficulté d'informations à communiquer aux patients
- difficulté à obtenir un rendez-vous avec un spécialiste
- difficulté concernant le parcours de soin du patient

B/ Diagnostic de l'urticaire chronique :

1/ Le diagnostic clinique d'urticaire chronique est-il évident pour vous ?

- Oui
- Non

2/ Pour chaque patient souffrant d'urticaire chronique, recherchez-vous un ou des épisode(s) d'angioedème pouvant être associé(s) ?

- Oui
- Non

3/ La présence d'angioedème associé modifie-t-elle votre diagnostic et la prise en charge ?

- Oui
- Non

4/ Avez-vous pour habitude de réaliser un bilan paraclinique devant une urticaire chronique ?

- Oui
- Non

5/ Si oui, quel(s) bilan(s) réalisez-vous en pratique courante ?

- NFS
- CRP
- Electrophorèse des protéines plasmatiques
- Sérologies virales et ou examen parasitologique des selles
- TSH
- Dosage du c1 inhibiteur si angioedème
- IgE totales et ou spécifiques
- IgE spécifiques (Phadiatop ®, Trophatop ®)
- Anticorps anti-TPO
- Anticorps anti-nucléaires
- Tests physiques d'urticaire induite (dermographisme, test du glaçon)
- Biopsies cutanées
- Autres : préciser :

C/ Prise en charge de l'urticaire chronique :
--

1/ Avez-vous pour habitude d'adresser les patients atteints d'urticaire chronique à un confrère spécialiste ?

- Oui
- Non

2/ Si oui :

- Toujours
- Parfois
- Rarement

3/ Et si oui, à quel(s) confrère(s) adressez-vous les patients souffrant d'urticaire chronique ?

- Allergologue
- Dermatologue
- Médecin interniste
- Urgentiste
- Autre

4/ Pour quel motif principal, adressez-vous les patients à un spécialiste ?

- Prise en charge globale (diagnostic et thérapeutique)
- Echec thérapeutique
- Introduction d'un traitement anti IgE (Omalizumab, Xolair®)

5/ Utilisez-vous des scores de qualité de vie et/ou de sévérité de l'urticaire pour le suivi d'urticaire chronique ?

- Oui
- Non
- Si oui, le(s)quel(s)

6/ Concernant l'urticaire chronique spontanée, à quel(s) traitement(s) avez-vous recours ?

- Dermocorticoïdes
- Emollients
- Anti-histaminiques de 1^{ère} génération (Polaramine®, Atarax®, Primalan®...) à posologie minimale
- Anti-histaminiques de 1^{ère} génération avec posologie doublée/triplée/quadruplée
- Anti-histaminiques de 2^{nde} génération (Aerius®, Xyzal®, Zyrtec®, Kestin®...) à posologie minimale
- Anti-histaminiques de 2^{nde} génération avec posologie doublée/triplée /quadruplée
- Association d'anti-histaminiques de 1^{ère} et 2^{nde} générations
- Association d'anti-histaminiques de 2^{nde} générations
- Eviction d'un éventuel facteur exposant
- Corticoïdes oraux en cure courte (<5j)
- Corticoïdes oraux au long cours
- Anti-leucotriène (Montelukast®)
- Régime alimentaire pauvre en histamine
- Autre, préciser :

7/ Avez-vous pour habitude de revoir de façon systématique les patients atteints d'urticaire chronique en consultation après initiation d'un traitement ?

- Oui
- Non

8/ Si oui, dans quel délai moyen ?

- 1 mois
- 3 mois
- 6 mois
- A la demande du patient

9/ Proposez-vous un soutien psychologique par vos soins ou auprès d'un spécialiste aux patients souffrant d'urticaire chronique spontanée ?

- Oui
- Non

10/ Avez-vous connaissance des consultations spécialisées d'urticaire chronique du CHU ?

- Oui
- Non

11/ Pensez-vous que des séances d'éducation thérapeutiques pour les patients seraient bénéfiques pour vous aider dans le suivi et la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires ?

- Oui
- Non

12/ Est-il facile de joindre un dermatologue pour la prise en charge de cette pathologie ?

- Oui
- Non

13/ Adressez-vous les patients souffrant de cette pathologie à un dermatologue :

- libéral
- hospitalier

14/ Avez-vous un courrier retour lorsque vous adressez un patient à un dermatologue concernant cette pathologie ?

- Oui
- Non

ANNEXE

1/ Seriez-vous intéressé par une FMC concernant la prise en charge de l'urticaire chronique ?

- Oui
- Non

2/ Facultative :

Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires (télé médecine, suivi de patients qui vont bien par les généralistes, formations, communication orale/affichée/article dans une revue de médecine générale ...) ?

AUTEUR : Nom : ADAM

Prénom : Benjamin

Date de soutenance : 28/05/2020

Titre de la thèse : Enquête sur la prise en charge de l'urticaire chronique en soins primaires par les médecins généralistes des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : urticaire chronique, soins premiers, dermatologie, angioedème, anti-histaminiques, corticothérapie, qualité de vie, éducation thérapeutique,

Introduction : L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une maladie inflammatoire courante ayant un impact sur la qualité de vie. La prise en charge de l'urticaire chronique en soins premiers n'est pas uniforme. En effet, le diagnostic et le traitement peuvent mettre en difficulté les médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prise en charge de l'UCS par les médecins généralistes de la région Hauts-de-France par un questionnaire prospectif. **Méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive de décembre 2019 à janvier 2020 par questionnaire standardisé et anonymisé. Un échantillon de 200 médecins généralistes avait été sélectionné au hasard dans l'annuaire de la CPAM. **Résultats :** Le taux de participation était de 37.5%. Seulement 10.7% des médecins généralistes connaissaient les recommandations EAACI/GA2LEN/EDF/WAO pour la définition, la classification, le diagnostic et la prise en charge de l'urticaire chronique. 74.4% des médecins généralistes avaient déjà rencontré des difficultés (18.7% pour le diagnostic, 45.3% pour la prise en charge thérapeutique). 82.7% des médecins généralistes recherchaient un épisode d'angioedème (Ao) associé, néanmoins pour 77.3%, les Ao remettaient en cause le diagnostic d'UCS. 35.3% prescrivaient des examens complémentaires (84% prescrivaient une NFS, 72% la CRP, 69.3% les IgE spécifiques). 90.7% adressaient les patients atteints d'UCS à un spécialiste (60% à un allergologue et 81.3% à un dermatologue). 4% des médecins généralistes utilisaient un score de qualité de vie. Concernant la prise en charge thérapeutique ; 37.3% des généralistes avaient l'habitude de prescrire des dermocorticoïdes, 41.3% des émoullients, 22.1% des antihistaminiques (anti-H1) de première génération, 69.3% des anti-H1 de deuxième génération à posologie minimale et 58.7% des anti-H1 de deuxième génération à posologie augmentée. 42.7% prescrivaient des corticostéroïdes de courte durée. 64% préconisaient l'éviction d'un éventuel facteur déclenchant. 61.3% réévaluaient les patients après l'introduction d'un traitement. **Conclusion :** Notre étude a révélé les difficultés des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France dans la prise en charge de l'UCS. Les solutions pouvant être apportées à ces difficultés sont une formation adaptée, une amélioration du réseau avec les spécialistes, l'apport de la télémédecine.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Delphine STAUMONT-SALLE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Frédéric DEZOTEUX