

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le mercredi 4 juin 2025**  
**Par Mme Lucie COQUEREL**

---

**L'urticaire chronique inducible**

*Physiopathologie, prise en charge et impact sur la qualité de vie du patient*

---

**Membres du jury :**

**Président :** M. Christophe CARNOY, Professeur des Universités en Immunologie, Département de Pharmacie, Université de Lille

**Directeur, conseiller de thèse :** Mme Julie DEMARET, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier en Immunologie, Département de Pharmacie, Université de Lille, CHU de Lille

**Membres extérieurs :**

- Docteur Léa DEHAME, Assistante Spécialiste en Allergologie, Service de Dermatologie - Hôpital C. Huriez, Service de Pneumologie et Immuno-Allergologie - Institut Coeur Poumon, Service de Pneumologie Allergologie Pédiatrique - Hôpital Jeanne de Flandres
- Mme Victoire COCHEZ, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Saint Martin à Hénin Beaumont



### Université de Lille

Président  
Premier Vice-président  
Vice-présidente Formation  
Vice-président Recherche  
Vice-président Ressources Humaine  
Directrice Générale des Services  
CHIRIS-FABRE

Régis BORDET  
Bertrand DÉCAUDIN  
Corinne ROBACZEWSKI  
Olivier COLOT  
Jean-Philippe TRICOIT  
Anne-Valérie

### UFR3S

Doyen  
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
Vice-Doyenne Recherche  
Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
Vice-Doyen International  
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires  
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
Vice-Doyen Territoire-Partenariats  
Vice-Doyen Santé numérique et Communication  
Vice-Doyenne Vie de Campus  
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
Hervé HUBERT  
Karine FAURE  
Emmanuelle LIPKA  
Vincent DERAMECOURT  
Sébastien D'HARANCY  
Caroline LANIER  
Thomas MORGENROTH  
Vincent SOBANSKI  
Anne-Laure BARBOTIN  
Victor HELENA

### Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen  
Premier Assesseur et  
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
Assesseur à la Vie de la Faculté et  
Assesseur aux Ressources et Personnels  
Responsable de l'Administration et du Pilotage  
Représentant étudiant  
Chargé de mission 1er cycle  
Chargée de mission 2eme cycle  
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche  
Chargé de mission Relations Internationales  
Chargée de Mission Qualité  
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA  
Cyrille PORTA  
Honoré GUISE  
Philippe GERVOIS  
Héloïse HENRY  
Nicolas WILLAND  
Christophe FURMAN  
Marie-Françoise ODOU  
Réjane LESTRELIN

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)**

<b>Civ.</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Service d'enseignement</b>	<b>Section CNU</b>
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

**Professeurs des Universités (PU)**

<b>Civ.</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Service d'enseignement</b>	<b>Section CNU</b>
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86

M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87

Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	

M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

#### Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

### Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

### Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

### Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

**LRU / MAST**

<b>Civ.</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Service d'enseignement</b>
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

## Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## REMERCIEMENTS

À ma directrice de thèse, le Docteur **Julie DEMARET**, de m'avoir si bien accompagné dans la rédaction de cette thèse. Je suis vraiment reconnaissante de l'implication et du soutien que vous m'avez apporté. C'était un honneur et un réel plaisir de travailler avec vous.

Au président du jury, le Professeur **Christophe CARNOY**, de me faire l'honneur de votre présence ce jour.

Au Docteur **Léa DEHAME**, d'avoir accepté de faire partie de mon jury mais également d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de m'avoir donné de précieux conseils.

Au Docteur **Victoire COCHEZ**, de me faire l'honneur et le plaisir de faire partie de mon jury, pour son amitié et son soutien sans faille.

À mes parents, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout l'amour et la confiance que vous m'avez donnés et qui m'ont porté jusqu'ici.

À toi papa, celui sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Ce manuscrit, je l'ai réalisé dans le but de mieux comprendre cette maladie qui t'a tant gâché la vie. J'ose espérer que mon travail t'aidera à donner un peu plus de sens à celle-ci. Merci d'être le père que tu es, merci de m'avoir toujours soutenu et poussé vers le haut.

À toi maman, pour la tendresse et le réconfort que tu m'as apporté pendant toutes ces années, à travers tes petits mots et nos appels quotidiens.

À ma petite sœur Romane, pour tes mots rassurants et nos moments de complicité dont je ne me lasserais jamais et qui m'ont souvent permis de garder la tête hors de l'eau.

À Flo, pour sa patience et sa présence apaisante au quotidien, dans les bons comme dans les mauvais moments. Ces dernières années ont été beaucoup plus faciles à vivre à tes côtés et je n'en serais pas là aujourd'hui sans toi.

À mon parrain, pour son écoute attentive et ses précieux conseils qui m'ont beaucoup servi pendant toutes ces années.

À ma marraine, pour sa présence et son réconfort qui m'ont tant apporté.

À mes grands-parents, pour leur soutien et leurs encouragements.

À Léa et Marie, les superbes enseignantes qui ont pris le temps de corriger ce manuscrit mais surtout pour leur amitié sans faille depuis tant d'années.

À mes amies pharmaciennes devenues des sœurs de cœur : Pauline, Victoire, Rachel, Flavie, Constance et Inès.

Et enfin merci à tous les proches dont je n'ai pas cité le nom de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, je n'en serais pas là aujourd'hui sans vous.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. GÉNÉRALITÉS.....</b>	<b>21</b>
a. Qu'est-ce que l'urticaire ?.....	21
i. Étymologie.....	21
ii. Symptômes caractéristiques.....	21
iii. Manifestations associées.....	22
b. Classification de l'urticaire selon la ligne directrice internationale EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI.....	23
c. Cas particulier : l'urticaire allergique.....	24
<b>2. ÉPIDÉMIOLOGIE.....</b>	<b>25</b>
a. L'urticaire à l'échelle mondiale.....	25
i. Tendances mondiales de l'urticaire entre 1990 et 2017.....	25
ii. Étude AWARE : impact de l'urticaire chronique, comparaison Europe et Amérique Centrale/du Sud.....	28
b. L'urticaire à l'échelle nationale : données françaises de l'étude AWARE.....	30
<b>3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'URTICAIRE.....</b>	<b>32</b>
a. Le mastocyte : cellule clé de l'urticaire.....	32
i. Caractéristiques morphologiques.....	32
ii. Rôles du mastocyte.....	33
b. Les différentes phases de développement d'une lésion urticarienne.....	33
i. Phase d'activation mastocytaire.....	34
ii. Phase immédiate : dégranulation.....	36
iii. Phase intermédiaire : synthèse de prostaglandines et de leucotriènes.....	37
iv. Phase tardive : synthèse de cytokines et chimiokines.....	38
<b>4. FOCUS SUR L'URTICAIRE CHRONIQUE INDUCTIBLE.....</b>	<b>39</b>
a. Caractéristiques générales.....	39
b. Épidémiologie des différentes formes d'UCI.....	40
c. Les différentes formes d'UCI.....	40
i. Dermographisme symptomatique.....	40
ii. Urticaire Retardée à la Pression (URP).....	41
iii. Urticaire au froid.....	43
iv. Urticaire à la chaleur.....	43
v. Urticaire solaire.....	43
vi. Angioœdème vibratoire.....	45
vii. Urticaire cholinergique.....	45
viii. Urticaire de contact.....	46
ix. Urticaire aquagénique.....	47
d. Diagnostic.....	48
i. Anamnèse.....	48
ii. Tests de provocation.....	50
iii. Examens complémentaires.....	60
e. Prise en charge thérapeutique.....	63
i. Approche thérapeutique.....	63
ii. Traitements disponibles.....	64
iii. Médicaments déconseillés/contre-indiqués en cas d'urticaire chronique.....	73
iv. Suivi thérapeutique.....	74

<b>5. IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT.....</b>	<b>78</b>
a. Impact sur la vie quotidienne.....	78
i. L'éviction des déclencheurs.....	78
ii. Une anxiété polyfactorielle.....	78
iii. Une perturbation du rythme de vie.....	79
b. Impact sur la vie professionnelle.....	79
c. Fiche d'informations destinée au patient.....	81
<b>6. TABLEAU RÉCAPITULATIF.....</b>	<b>83</b>
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>84</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>85</b>
<b>9. ANNEXES.....</b>	<b>88</b>

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES**

**AH1** : Antihistaminique H1

**APAAACI** : Asia Pacific Association of Allergy, Asthma and Clinical Immunology

**CRP** : C Reactive Protein

**DUM** : Dose Urticarienne Minimale

**EAACI** : European Academy of Allergology and Clinical Immunology

**EBV** : Epstein-Barr Virus

**EDF** : European Dermatology Forum

**EuroGuiDerm** : European Dermatology Forum (EDF) Guidelines

**FC** : Fréquence Cardiaque

**GA<sup>2</sup>LEN** : Global Allergy and Asthma European Network

**GBD** : Global Burden of Disease

**GUS** : Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie

**HS** : Hypersensibilité

**IgE** : Immunoglobuline E

**IHME** : Institute of Health Metrics and Evolution

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**PAF** : Platelet Activating Factor

**PIB** : Produit Intérieur Brut = **GDP** : Gross Domestic Product

**PNN** : Polynucléaire Neutrophile

**SC** : Sous Cutané

**UC** : Urticaire Chronique

**UCI** : Urticaire Chronique Inductible

**UCS** : Urticaire Chronique Spontanée

**UNEV** : Urticaria Network eV

**URP** : Urticaire Retardée à la Pression

**VHB/VHC** : Virus de l'Hépatite B/C

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**VS** : Vitesse de Sédimentation

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure 1** : Photo de papules urticariennes

**Figure 2** : Photos d'angioœdème facial localisé au niveau des lèvres et angioœdème localisé au niveau de la main droite

**Figure 3** : Classification de l'urticaire selon les lignes directrices EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI

**Figure 4** : Répartition mondiale de l'urticaire - prévalence pour 100 000 habitants en 2017

**Figure 5** : Tendances de la prévalence de l'urticaire de 1990 à 2017

**Figure 6** : Prévalence et incidence mondiales de l'urticaire en 2017

**Figure 7** : Prévalence et incidence mondiales de l'urticaire pour 100 000 habitants selon le produit intérieur brut (PIB = GDP) en 2017

**Figure 8** : Proportions des différents types d'UCI entre l'Europe et l'Amérique Centrale/du Sud

**Figure 9** : Répartition en pourcentage des 2 types d'UC sur un échantillon de 94 patients français

**Figure 10** : Coloration d'un mastocyte au protocole de coloration H&E, Mastocytes visualisés au microscope électronique à balayage et Dessin représentant la morphologie d'un mastocyte

**Figure 11** : Activation mastocytaire et ses conséquences dans l'urticaire

**Figure 12** : Photos de dermatographisme urticarien

**Figure 13** : Lésions douloureuses violacées de la plante de pied et Papule prurigineuse et oedémateuse localisée dans la région thoracique gauche

**Figure 14** : Plaques urticariennes caractéristiques d'une urticaire solaire

**Figure 15** : Papules prurigineuses caractéristiques de l'urticaire cholinergique

**Figure 16** : Utilisation d'un FricTest<sup>®</sup>

**Figure 17** : Test du glaçon positif lors du diagnostic d'urticaire au froid

**Figure 18** : Dispositif TempTest<sup>®</sup> et son principe d'utilisation

**Figure 19** : Interprétation des résultats au TempTest<sup>®</sup> à l'aide du pochoir

**Figure 20** : Evaluation de la DUM objectivée par la plus faible réaction après exposition aux UVA par un simulateur solaire

**Figure 21** : Algorithme de prise en charge de l'UC selon les recommandations internationales de 2020

**Figure 22** : Résultats des tests de provocation au FricTest<sup>®</sup> des différents groupes de l'essai avant et après traitement par omalizumab

**Figure 23** : Méthodologie du suivi thérapeutique dans l'UC

**Figure 24** : Analyse quantitative de la connaissance des PROMs par les 2534 médecins interrogés

**Figure 25** : Impact professionnel de l'UC - Résultats par réponses EVA sur les 88 patients et Résultats par réponse EVA chez les 49 patients ayant un impact significatif

**Figure 26** : Fiche d'informations destinée au patient

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Comparaison des 2 voies d'activation mastocytaire

**Tableau 2** : Exemples d'aliments riches en histamine et histamino-libérateurs

**Tableau 3** : Tests de provocation spécifiques au dermographisme symptomatique

**Tableau 4** : Tests de provocation spécifiques à l'URP

**Tableau 5** : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire au froid

**Tableau 6** : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire à la chaleur

**Tableau 7** : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire solaire

**Tableau 8** : Test de provocation spécifique à l'angioedème vibratoire

**Tableau 9** : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire cholinergique

**Tableau 10** : Test de provocation spécifique à l'urticaire de contact

**Tableau 11** : Test de provocation spécifique à l'urticaire aquagénique

**Tableau 12** : Principales pathologies associées aux différentes formes d'UCI

**Tableau 13** : Posologies AMM et hors AMM des différents AH1 indiqués dans l'urticaire

**Tableau 14** : Réponses des différents groupes de l'essai à l'omalizumab - Semaine 10

**Tableau 15** : Exemples d'options thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'UC (hors recommandations internationales)

**Tableau 16** : Contenu et intérêts des différents PROMs dans l'urticaire

**Tableau 17** : Synthèse des différentes formes d'UCI

## **LISTE DES ANNEXES**

**ANNEXE 1** : questionnaire UCT

**ANNEXE 2** : questionnaire DLQI

**ANNEXE 3** : questionnaire CU-Q2oL

**ANNEXE 4** : questionnaire AE-QoL

**ANNEXE 5** : questionnaire UAS7

**ANNEXE 6** : questionnaire AAS

# 1. GÉNÉRALITÉS

## a. Qu'est-ce que l'urticaire ?

### i. *Étymologie*

Le terme "urticaire" vient du latin **urtica** (= ortie) et **urere** (= brûler). En effet, les lésions d'urticaire rappellent les piqûres d'ortie dont elles tirent leur nom.

### ii. *Symptômes caractéristiques*

L'urticaire est un syndrome cutanéomuqueux inflammatoire caractérisé par l'apparition de papules et/ou d'angioœdème(s).

#### ❖ Une **papule** présente trois caractéristiques typiques :

- Un gonflement central superficiel, aux bords nets, de taille et de forme variables et très souvent entouré d'un érythème (= rougeur),
- Une sensation de démangeaison, autrement appelée prurit, ou parfois de brûlure,
- Un caractère passager, fugace : les plaques ne persistent pas plus de 24h au même endroit.



Figure 1 : Photo de papules urticariennes (1)

Dans le cas d'une papule, le gonflement de la peau, appelé œdème, reste localisé au niveau de l'épiderme ce qui lui confère cet aspect superficiel.

Cependant, cet œdème peut s'étendre en profondeur ou gagner les muqueuses sous-jacentes, on parle alors d'angioœdème (*Figure 2*).

❖ L'**angioœdème** est caractérisé par :

- Un gonflement soudain, prononcé et profond : au niveau du derme, de l'hypoderme ou des muqueuses,
- Une localisation plus précise : il touche le plus souvent le visage mais il peut aussi se manifester au niveau des mains, des pieds ainsi que des organes génitaux externes,
- Un ressenti en général plutôt douloureux que prurigineux,
- Une résolution plus lente que celle des papules : l'angioœdème peut persister jusqu'à 72h.



Figure 2 : Photos d'angioœdème facial localisé au niveau des lèvres (*à gauche*) et angioœdème localisé au niveau de la main droite (*à droite*) (2)

Cet angioœdème peut être bénin mais lorsqu'il touche les muqueuses du pharynx, du larynx et de la glotte il peut entraîner des difficultés respiratoires majeures menant vers l'asphyxie. Dans ce cas, c'est une urgence médicale absolue.

*iii. Manifestations associées*

En fonction de l'intensité des symptômes et de la forme d'urticaire, différents signes peuvent être associés à l'éruption urticarienne : (3)

- Fièvre
- Arthralgies
- Troubles digestifs (diarrhées, vomissements, douleurs abdominales)
- Troubles respiratoires
- Chute tensionnelle et collapsus au cours des chocs anaphylactiques (urticaire allergique).

b. Classification de l'urticaire selon la ligne directrice internationale EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI

En décembre 2020, un consensus d'experts en urticaire (médecins et professeurs), venus de 31 pays différents, s'est réuni dans le but d'établir des recommandations à l'échelle internationale afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge de l'urticaire.

Plusieurs recommandations en sont ressorties, prenant en compte la diversité mondiale des patients, des médecins, des systèmes médicaux ainsi que l'accès au diagnostic et aux traitements.

Ainsi, les lignes directrices obtenues ont pour nom l'ensemble des académies et centres de références ayant participé à ce consensus : EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. (4)

L'une des recommandations de ce panel d'experts est le maintien de la classification actuelle de l'urticaire. C'est-à-dire en fonction de sa durée (aiguë ou chronique) et de la pertinence des facteurs déclenchants (inductible ou spontanée). (4)

La *figure 3* représente la **classification de l'urticaire proposée selon les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI** :

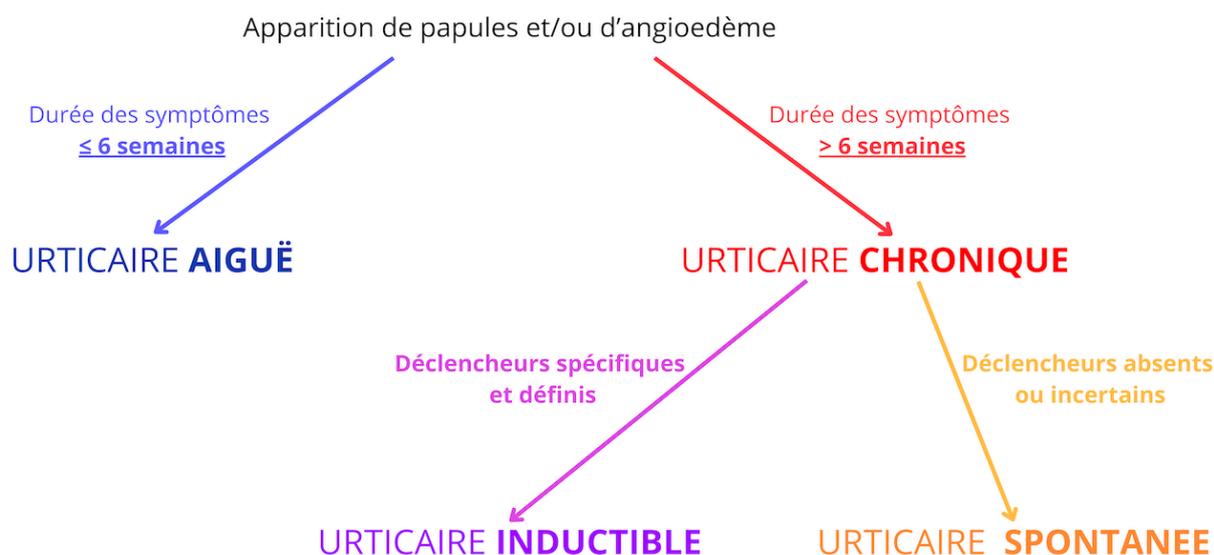


Figure 3 : Classification de l'urticaire selon les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI (4)

- ❖ Urticaire aiguë = apparition de papules et/ou d'angioedème **pendant six semaines ou moins**. C'est dans cette catégorie que l'on retrouve les urticaires allergiques. (4)
- ❖ Urticaire chronique (UC) = apparition de papules et/ou d'angioedème **pendant plus de six semaines**, les symptômes pouvant être quotidiens ou se présenter sous la forme de poussées intermittentes/récurrentes. L'UC est une **pathologie inflammatoire** et non allergique. (4)

- ❖ Urticaire chronique **inductible** (UCI) = forme d'urticaire qui nous intéresse particulièrement ici. Elle se caractérise par des **déclencheurs spécifiques et définis**. Ils sont spécifiques car chaque type d'urticaire a son déclencheur précis et défini à l'origine des symptômes. (4)
- ❖ Urticaire chronique **spontanée** (UCS) = se caractérise par l'**absence de déclencheurs ou des déclencheurs incertains** car leur présence n'induit pas toujours des symptômes. (4)

Dans le cas de l'UC, certains patients peuvent présenter plusieurs formes d'urticaire à la fois, y compris plus d'une forme d'UCI.

c. Cas particulier : l'urticaire allergique

L'urticaire allergique est une **forme exceptionnelle et rare d'urticaire aiguë**. C'est une réaction d'hypersensibilité (HS) de type I. Contrairement à l'UC, elle implique des anticorps spécifiques d'un allergène (IgE) présents à la surface des mastocytes cutanés. (5,6)

En effet, l'UC étant une pathologie inflammatoire et non allergique, elle n'est pas dépendante de l'activité des IgE. (5,6)

L'activation mastocytaire est souvent généralisée dans l'urticaire allergique entraînant un choc anaphylactique. (5)

## 2. ÉPIDÉMIOLOGIE

### a. L'urticaire à l'échelle mondiale

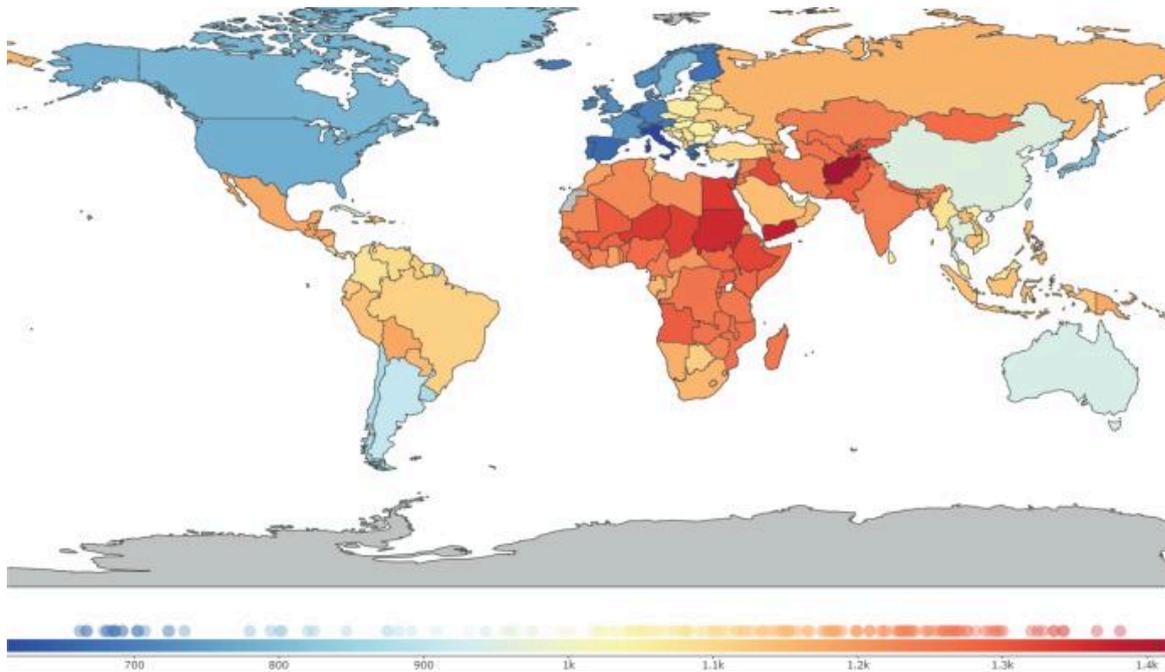
#### i. *Tendances mondiales de l'urticaire entre 1990 et 2017*

L'UC est une pathologie ayant un impact considérable sur la qualité de vie des patients atteints. De ce fait, elle représente une **charge socio-économique** dans le monde entier.

Pourtant, il est encore difficile aujourd'hui d'évaluer son impact à l'échelle mondiale. En effet, la plupart des publications épidémiologiques actuelles sur l'urticaire se limitent à l'échelle d'un pays.

C'est ainsi dans le but de **mieux comprendre les schémas mondiaux de l'urticaire** au cours des trois dernières décennies (1990 à 2017) qu'une étude a été réalisée par un consensus d'experts et de scientifiques. Parue en 2021, cette dernière s'est appuyée sur la base de données GBD de l'IHME. (7)

*Attention : les données récoltées ici concernent l'urticaire en général, cela concerne donc l'urticaire chronique mais également l'urticaire aiguë.*



La *figure 4* illustre la répartition mondiale de l'urticaire en 2017 en répertoriant sa prévalence pour 100 000 habitants. On constate que les pays les plus touchés par l'urticaire sont l'Afghanistan (1426 cas), le Yémen (1381 cas) et le Soudan (1365 cas). (7)

De manière plus générale, on peut observer que **les pays d’Afrique et d’Asie sont largement plus impactés par l’urticaire que l’Europe**. (7) En effet, on remarque que la France fait partie des pays les moins touchés avec une prévalence approchant les 700 cas pour 100 000 habitants.

La prévalence mondiale de l’urticaire en 2017 était de **86 millions de personnes**, ce qui représente environ **1,1% de la population mondiale**. (7) Comme on peut le constater sur la *figure 5*, les taux de prévalence sont restés quasiment constants entre 1990 et 2017, tant à l’échelle mondiale que dans les quatre continents étudiés.

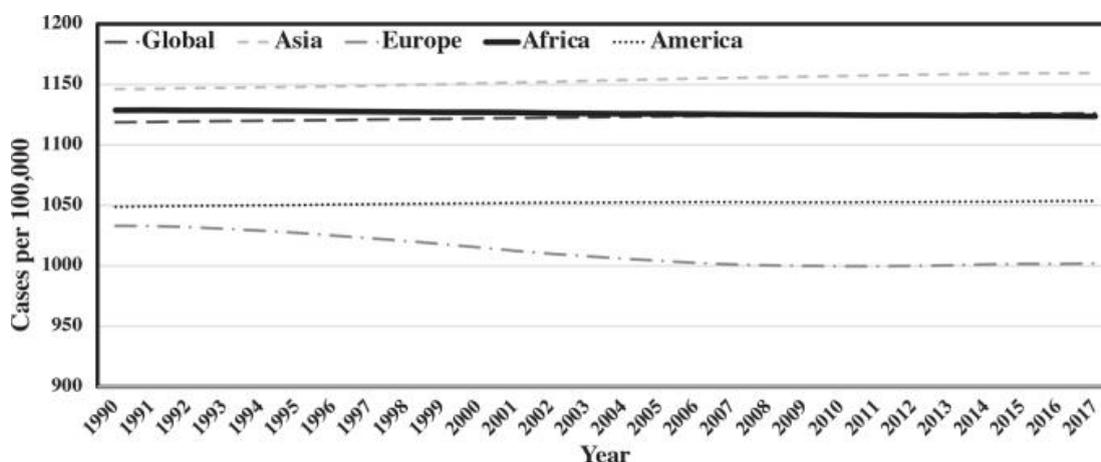


Figure 5 : Tendances de la prévalence de l’urticaire de 1990 à 2017 (7)  
 Nombre de cas pour 100 000 habitants à l’échelle mondiale et dans 4 continents

La *figure 6* ci-après représente la prévalence et l’incidence mondiales de l’urticaire par tranche d’âge en 2017.

On constate que cette année-là, **ce sont les enfants de 1 à 4 ans qui ont été les plus touchés par l’urticaire**, que ce soit au niveau de la prévalence ou de l’incidence. (7) Les enfants de 5 à 9 ans ont également été beaucoup impactés tandis que le nombre de cas diminuait avec l’âge. (7)

**Concernant l’UC, le pic d’incidence a lieu en majorité entre 20 et 40 ans**, engendrant souvent des conséquences importantes dans la vie des patients, notamment professionnelles. Cet aspect sera détaillé plus tard dans le *Chapitre 5. Impact sur la qualité de vie du patient*.

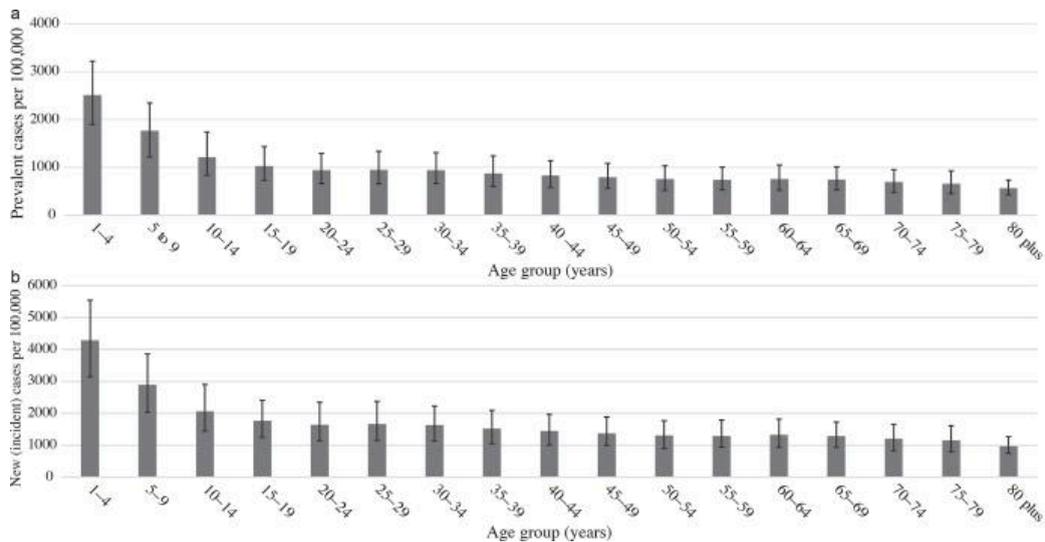


Figure 6 : Prévalence (a) et Incidence (b) mondiales de l'urticaire en 2017 (7)  
Données par tranche d'âge

L'étude a également révélé qu'entre 1990 et 2017, **les femmes étaient davantage touchées que les hommes.** (7)

En 2017, la **durée moyenne de la maladie était de 0,57 an**, chiffre inchangé depuis 1990. (7)

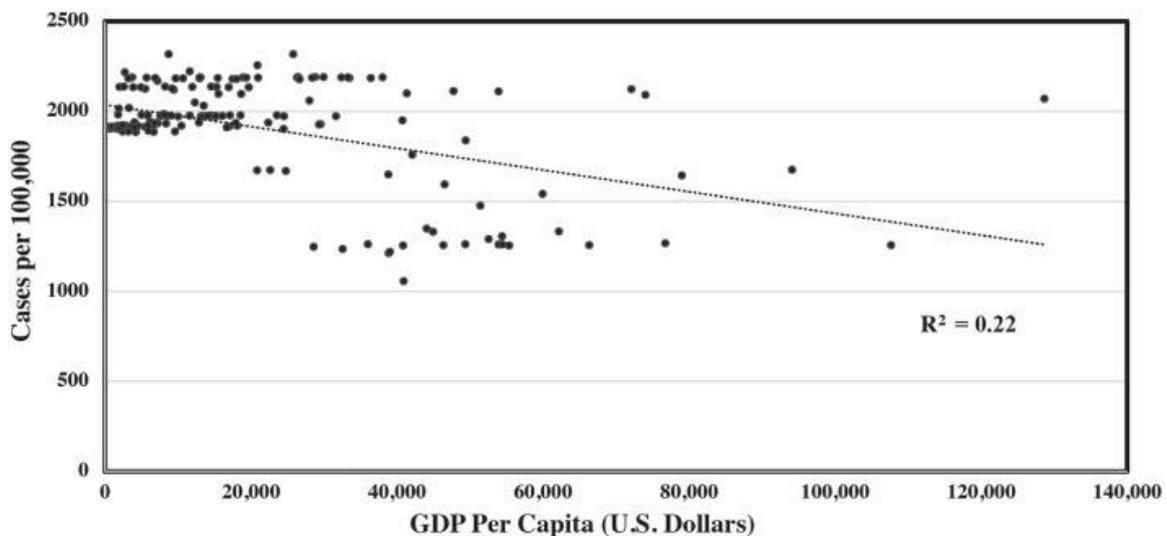


Figure 7 : Prévalence et incidence mondiales de l'urticaire pour 100 000 habitants selon le produit intérieur brut (PIB = GDP) en 2017 (7)  
(PIB exprimé en dollars américains avec ligne de tendance linéaire)

Une analyse de régression a été effectuée afin d'estimer la relation entre la prévalence et l'incidence mondiales de l'urticaire et le PIB par habitant. Les données sélectionnées datent de 2017 (Figure 7).

Si l'on suit la ligne de tendance linéaire, on remarque que **plus le PIB par habitant augmente, plus le nombre de cas actuels et émergents diminue.**

En effet, l'étude a révélé que pour chaque augmentation de 1 dollar américain du PIB par habitant, il y avait :

- Une diminution de 0,0035 cas prévalents pour 100 000 habitants ; (7)
- Une diminution de 0,0062 cas incidents pour 100 000 habitants. (7)

Pour conclure, cette étude a révélé que :

- **Les pays à faible développement socio-économique ont des taux d'incidence et de prévalence plus élevés**, pouvant s'expliquer par un moindre accès aux ressources médicales entraînant ainsi une prise en charge insuffisante de l'urticaire ;
- L'âge, le sexe et la situation géographique n'ont aucun impact sur la durée de la pathologie ;
- Néanmoins **les enfants en bas âge et les femmes ont une morbidité plus élevée.**

ii. *Étude AWARE : impact de l'urticaire chronique, comparaison Europe et Amérique Centrale/du Sud*

L'étude AWARE (*A World-wide Antihistamine-Refractory chronic urticaria patient Evaluation*) est une étude internationale observationnelle organisée par le laboratoire Novartis qui a été effectuée dans 36 pays entre 2014 et 2016. (8)

Son but était de comparer l'impact de l'UC entre l'Europe (patients Eu) et l'Amérique Centrale/du Sud (patients C/S) en se basant sur un total de **4224 patients atteints d'UC depuis au moins 2 mois et réfractaires aux traitements anti-H1**. Étant donné ces critères de sélection, il est important de préciser que ces patients n'étaient pas atteints d'urticaire allergique. Ces derniers ont été recrutés dans 458 centres.

Sur les 4224 patients, il y avait **3732 patients Eu** et **492 patients C/S**. (8)

Quant à la place de l'UCI, **les patients C/S présentaient plus souvent une UCI associée (30%) que les patients Eu (22%)**. (8) Les proportions de chaque type d'UCI ont également été analysées et sont reportées dans la *figure 8*.

On constate que les patients Eu sont plus susceptibles de présenter une urticaire cholinergique ou au froid tandis que les patients C/S sont plus susceptibles de présenter les autres types d'UCI, plus particulièrement le dermatographe et l'urticaire retardée à la pression. (8)

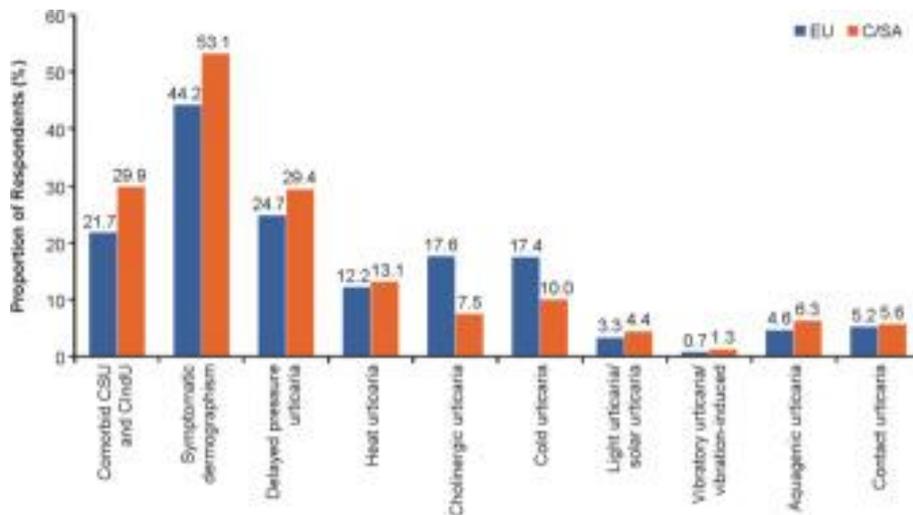


Figure 8 : Proportions des différents types d'UCI entre l'Europe (*en bleu*) et l'Amérique Centrale/du Sud (*en rouge*) (8)

En conclusion, en se basant sur cette étude, on peut affirmer que **les patients résidant en Amérique Centrale/du Sud ont plus de risque de développer une comorbidité UCS/UCI.** (8) Ce fait peut encore une fois être relié à la situation socio-économique moins développée qu'en Europe, comme constaté dans l'étude précédente.

## b. L'urticaire à l'échelle nationale : données françaises de l'étude AWARE

Comme vu précédemment, une étude internationale a été réalisée afin de mieux cerner l'impact de l'UC. Dans cette partie, nous nous concentrons uniquement sur les données récoltées en France qui ont fait l'objet d'une étude parue en 2017 dans la Revue Française d'Allergologie. (9)

L'étude a recruté **94 patients** dans 25 centres français, sur les mêmes critères que cités précédemment : patients atteints d'UC depuis au moins 2 mois, réfractaires aux traitements anti-H1. Sur ce total de patients, **71 % étaient des femmes et l'âge moyen était de 48 ans.** (9)

Comme l'illustre la *figure 9*, parmi les 94 patients se trouvaient :

- **50 % d'UC spontanée,** (9)
- **10 % d'UC inducible,** (9)
- **40 % avec UC spontanée et inducible.** (9)

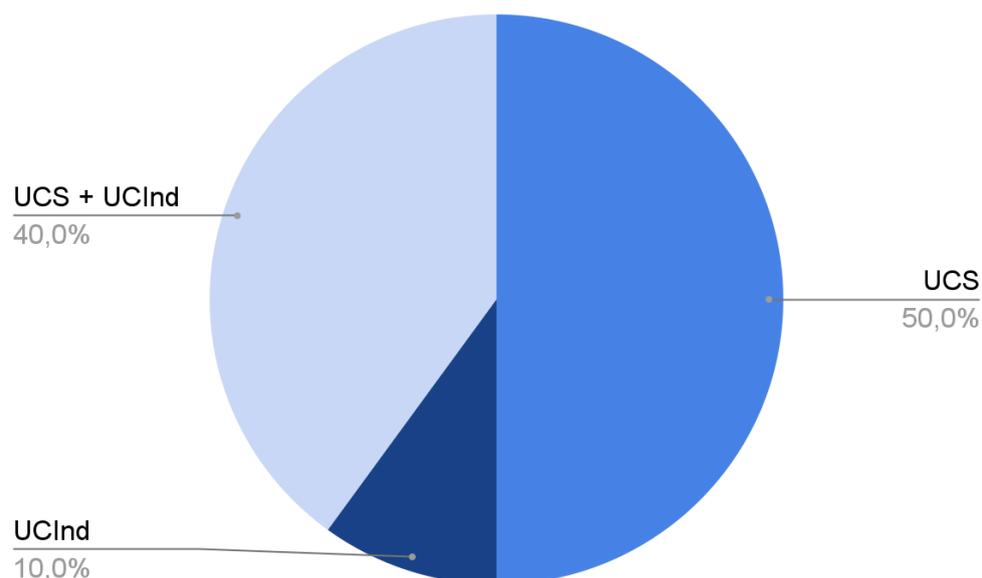


Figure 9 : Répartition en pourcentage des 2 types d'UC sur un échantillon de 94 patients français (9)

Sur les 94 patients interrogés, 81 % ont consulté leur médecin généraliste, **seulement 25 % ont eu recours à une consultation spécialisée** et **44 % étaient traités pour leur urticaire.** (9)

De plus, d'autres facteurs ont été évalués lors de cette étude, notamment plusieurs PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*), des questionnaires standardisés remplis par le patient et utilisés en clinique afin d'améliorer la prise en charge. Ce sujet sera abordé dans le *Chapitre 4 - Partie e) Prise en charge thérapeutique.*

L'un des PROMs étudiés dans cette étude était le score UCT (*Urticaria Control Test*) qui évalue à travers 4 questions le contrôle de la maladie sur les 4 dernières semaines.

À partir de ces 4 questions est établi un score que l'on interprète selon l'échelle suivante :

- Score  $\leq$  11 = mauvais contrôle de la maladie nécessitant une réévaluation thérapeutique
- Score  $\geq$  12 = bon contrôle de la maladie

**La plupart des patients (89 %) avaient un score UCT < 12 à l'inclusion**, témoin d'un contrôle insuffisant de l'urticaire. (9)

Pour conclure sur cette étude, le faible recours aux consultations spécialisées (25 %), l'absence fréquente de traitement (56 %) et le contrôle insuffisant de l'UC (89 %) témoignent de **l'errance thérapeutique des patients atteints d'UC en France**. (9)

### 3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'URTICAIRE

#### a. Le mastocyte : cellule clé de l'urticaire

L'urticaire est due à la **libération massive de médiateurs chimiques** par des cellules du système immunitaire : les **mastocytes** cutanés.

##### i. *Caractéristiques morphologiques*

Ces cellules appartiennent à la catégorie des **granulocytes**. Ces derniers sont la première ligne de défense au cours d'une réponse immunitaire et font partie du système immunitaire inné. (10)

Les granulocytes sont des **globules blancs** (= leucocytes) catégorisés en neutrophiles, basophiles, mastocytes et éosinophiles, sur la base de différences de morphologie cellulaire et de caractéristiques de coloration de leurs granules cytoplasmiques. (10)

Tous les granulocytes ont un noyau multilobé et leur cytoplasme est rempli de granules dont le contenu diffère. Ces granules contiennent une variété de protéines, également appelées médiateurs chimiques, qui ont diverses fonctions et qui sont libérées en réponse à une stimulation lors du processus de dégranulation.

En ce qui concerne le mastocyte, ses granules sont composés de **protéines basophiles**, c'est-à-dire que les granules sont colorés en bleu lors du protocole standard de coloration H&E (*Figure 10*). Le protocole H&E est une technique de coloration courante, combinant deux colorants, l'hématoxyline et l'éosine, permettant de mettre en évidence le noyau et les inclusions cytoplasmiques d'une cellule. (10)

La protéine la plus fréquemment retrouvée dans les granules du mastocyte, et qui joue un rôle important dans l'urticaire, est l'**histamine**. De multiples médiateurs chimiques sont également présents et peuvent être libérés comme des enzymes protéases (tryptase, chymase et carboxypeptidase A) et des protéoglycanes (héparine).

(d) Mast cell

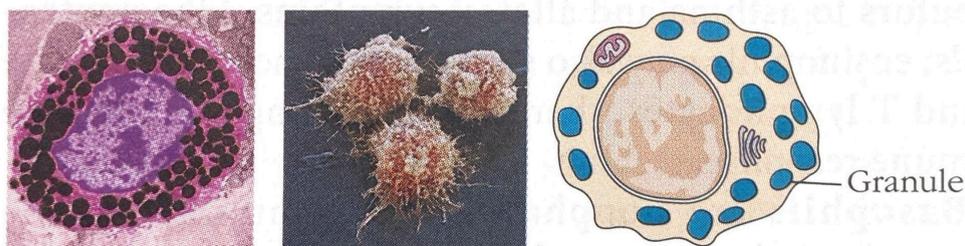


Figure 10 : Coloration d'un mastocyte au protocole de coloration H&E (*gauche*) (11)

Mastocytes visualisés au microscope électronique à balayage (*centre*) (11)

Dessin représentant la morphologie d'un mastocyte (*droite*) (11)

## *ii. Rôles du mastocyte*

Le mastocyte est un granulocyte à localisation essentiellement tissulaire dans sa forme mature. En effet, il est relargué dans le sang à partir de la moelle osseuse sous forme d'une cellule indifférenciée et parvient à maturité seulement après avoir quitté le sang. (10)

**Il est présent dans les tissus richement vascularisés** comme la peau, les tissus conjonctifs de divers organes et les tissus épithéliaux des muqueuses respiratoires, génito-urinaires et digestives. On le retrouve souvent à proximité des vaisseaux sanguins ou des terminaisons nerveuses. (10,12)

Le mastocyte est une **cellule sécrétrice capable de stocker et de libérer, via un processus de dégranulation, de multiples médiateurs chimiques** (histamine, prostaglandines, leucotriènes...) à l'**origine de divers phénomènes pathologiques, allant de l'hypersensibilité aux réactions inflammatoires.** (12)

Cette synthèse de médiateurs chimiques se déroule en plusieurs étapes, ayant pour conséquence une activation rapide des vaisseaux sanguins, sans traduction clinique dans la majorité des cas et permettant une organisation bénéfique des défenses locales face au pathogène. (13)

En effet, les mastocytes ont un rôle prépondérant dans la défense de l'organisme vis-à-vis de nombreux agents pathogènes mais également dans les réactions allergiques, la cicatrisation tissulaire, l'inflammation, la fibrose ou encore le développement tumoral. (12)

**Concernant l'UCI, l'activation des vaisseaux n'est pas silencieuse, provoquant des symptômes tels qu'un érythème et des papules,** conséquences de la libération d'histamine et de médiateurs chimiques pro-inflammatoires comme les prostaglandines et les leucotriènes.

### b. Les différentes phases de développement d'une lésion urticarienne

Comme vu précédemment, l'UCI est une pathologie inflammatoire principalement induite par les mastocytes présents dans la peau.

On explique la récurrence des lésions dans l'UCI par la présence de **mastocytes cutanés très réactifs.**

L'activation de ces derniers par différents stimuli a trois conséquences : (13)

- La **dégranulation brutale avec relargage de médiateurs préformés,**
- La **synthèse secondaire de leucotriènes et de prostaglandines,**
- Et enfin la **synthèse de cytokines et de chimiokines** responsables de la phase clinique tardive.

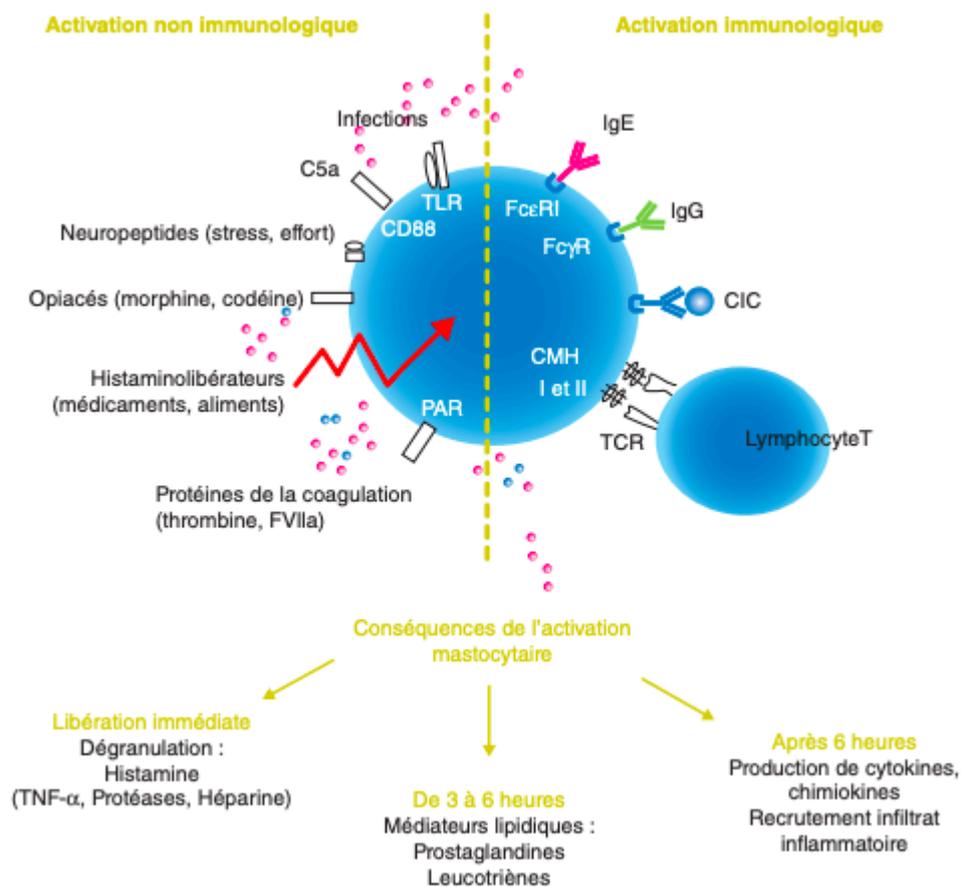


Figure 11 : Activation mastocytaire et ses conséquences dans l'urticaire (13)

### i. Phase d'activation mastocytaire

La figure 11 reprend les différentes étapes de l'activation mastocytaire, cette dernière peut avoir lieu de deux façons différentes :

- ❖ **Activation immunologique = voie d'activation spécifique d'antigène (13)**
  - Cela correspond aux réactions d'hypersensibilité de type I à IV selon la classification de Gell et Coombs.
  - L'urticaire allergique fait partie de cette catégorie (HS de type I) : l'introduction d'allergènes induit la synthèse d'anticorps spécifiques (IgE). Lors d'un contact ultérieur avec ces mêmes allergènes, ces derniers se fixent sur les IgE présents à la surface des mastocytes cutanés. Cette fixation active le mastocyte et le relargage de médiateurs chimiques à l'origine des symptômes de l'urticaire allergique. (5)
  - Ce mécanisme ne concerne pas l'UCI, cette dernière n'étant pas une réaction allergique, raison pour laquelle cette partie ne sera pas traitée.

❖ **Activation non immunologique = voie d'activation non spécifique d'antigène (13)**

- C'est le cas le plus fréquent et le mécanisme qui nous intéresse ici puisqu'il peut conduire à l'apparition d'UCI.
- Divers facteurs physiques comme le froid, la chaleur ou les vibrations stimulent la membrane du mastocyte cutané entraînant la libération des médiateurs chimiques. (3)
- Dans l'urticaire cholinergique, l'acétylcholine est libérée par les terminaisons nerveuses sensibles par neuroréflexe secondaire à la perception par le système nerveux central de l'élévation de la température locale. Ce neurotransmetteur agit en stimulant la libération d'histamine, à l'origine des symptômes. (3)

Le *tableau 1* ci-dessous synthétise l'ensemble des mécanismes pouvant aboutir à l'activation mastocytaire (néanmoins ces derniers ne concernent pas uniquement l'urticaire).

	<b>Voie d'activation non spécifique d'antigène = activation NON IMMUNOLOGIQUE</b>	<b>Voie d'activation spécifique d'antigène = activation IMMUNOLOGIQUE</b>
<b>Réponse immunitaire</b>	Immunité innée	Immunité adaptative
<b>Principe de stimulation</b>	Stimulation de "récepteurs de danger" = récepteurs membranaires à la surface des mastocytes	Activation d'anticorps ou de lymphocytes
<b>Cellules effectrices ou phénomènes activateurs</b>	<p><b>Neuromédiateurs et neuropeptides</b> (urticaire cholinergique ++)</p> <p><b>Composés du complément</b> (anaphylatoxines C3a et C5a)</p> <p><b>Micro-organismes (infections)</b> se liant aux Toll-like récepteurs (TLR)</p> <p><b>Cytokines et chimiokines</b></p> <p><b>Facteurs physiques ++</b></p> <p><b>Thrombine et facteur de coagulation VIIa</b> se liant aux <i>proteinase activated receptors</i> (PAR)</p> <p><b>Médicaments (opiacés ++)</b> et <b>aliments histamino-libérateurs</b></p>	<p><u>HS de type I</u> : IgE spécifique d'allergène = URTICAIRE ALLERGIQUE</p> <p><u>HS de type II</u> : IgG ou IgM = URTICAIRE AUTO-IMMUNE</p> <p><u>HS de type III</u> : complexes immuns circulants</p> <p><u>HS de type IV</u> : lymphocytes T</p>

Tableau 1 : Comparaison des 2 voies d'activation mastocytaire (13)

Il apparaît clairement que le mastocyte peut être activé par différentes voies et sous l'effet de divers stimuli immunologiques ou non, qu'ils soient spécifiques ou non. Cette complexité dans les paramètres d'activation mastocytaire reflète la variété des pathologies inflammatoires impliquant le mastocyte et la difficulté d'en comprendre les mécanismes, comme dans l'UCI.

#### *ii. Phase immédiate : dégranulation*

Les granules sécrétoires du mastocyte sont programmés pour libérer leur contenu à l'extérieur de la cellule de manière rapide et massive. (10)

Les mastocytes activés libèrent immédiatement les **médiateurs inflammatoires préformés** (ou primaires) associés aux granules, c'est ce qu'on appelle la **dégranulation mastocytaire**. (10)

La diffusion des médiateurs mastocytaires préformés à travers les tissus environnants est responsable des symptômes de l'UCI.

#### ❖ **L'histamine**

Le principal médiateur préformé mis en jeu dans l'urticaire, que le mécanisme d'activation soit immunologique ou non, est **l'histamine**. Cet amine biogène représente environ 10% du poids d'un granule. (10)

En tant que médiateur préformé, l'histamine est déjà présente dans les granules lors de l'activation mastocytaire et ses effets biologiques sont observés dans les minutes suivantes cette dernière. (13)

Une fois libérée, l'histamine se lie à l'un de ses quatre récepteurs spécifiques : H1, H2, H3 et H4. Ces derniers ont des distributions tissulaires différentes et induisent donc des effets différents. (10)

**L'interaction de l'histamine avec les récepteurs H1, présents sur les cellules endothéliales, augmente la perméabilité de ces dernières et entraîne une vasodilatation** (par relâchement des muscles lisses des vaisseaux sanguins). (3)

Ce sont ces deux phénomènes qui vont entraîner l'apparition de deux symptômes caractéristiques de l'urticaire :

- **Un érythème (rougeur) provoqué par la vasodilatation**
- **Et un oedème, conséquence de l'extravasation du plasma sanguin dans les tissus cutanés**, par augmentation de la perméabilité vasculaire.

Au cours des poussées d'urticaire, on note une **augmentation transitoire du taux d'histamine dans le sérum**, mais celle-ci est métabolisée dans les minutes suivant son excrétion. Ceci explique le caractère transitoire des lésions urticariennes. (3)

Cependant l'histamine n'est pas le seul médiateur en cause dans l'urticaire, expliquant le peu d'efficacité des anti-histaminiques dans certaines formes d'urticaire.

#### ❖ **Autres médiateurs préformés**

En effet, d'autres molécules peuvent également être relarguées, et être directement ou indirectement liées à l'apparition de l'urticaire, comme par exemple :

- Le **TNF- $\alpha$**  : cette cytokine stimule l'expression de molécules d'adhérence et la production de chimiokines permettant le recrutement de leucocytes sanguins vers le foyer inflammatoire ; (14)
- Des enzymes protéolytiques (= protéases) : la **carboxypeptidase**, la **chymase** et la **tryptase**. (3)

#### *iii. Phase intermédiaire : synthèse de prostaglandines et de leucotriènes*

Suite à cette première phase immédiate, une phase intermédiaire s'ensuit, ayant pour conséquence la production de deux médiateurs néoformés (ou secondaires).

Ces derniers, contrairement aux médiateurs primaires comme l'histamine, ne sont pas formés tant que le mastocyte n'a pas subi de dégranulation.

En effet, c'est une fois le mastocyte activé que se déclenche une dégradation enzymatique des phospholipides de la membrane plasmique de ce dernier. Cette réaction se produit par l'intermédiaire d'une enzyme : la **phospholipase A2**, activée par le **TNF- $\alpha$**  libéré précédemment. (14)

Ces médiateurs lipidiques de l'inflammation sont les **prostaglandines**, issus de la voie des cyclo-oxygénases (COX) et les **leucotriènes**, issus de la voie des lipo-oxygénases. (10,13)

Ces derniers sont chimiotactiques pour les neutrophiles et les macrophages et induisent également l'augmentation de la vasodilatation et de la perméabilité vasculaire, facilitant ainsi l'arrivée des leucocytes sur le site inflammatoire. (14)

Cette phase intermédiaire est maximale 3 à 6 heures après la dégranulation mastocytaire. (13)

#### *iv. Phase tardive : synthèse de cytokines et chimiokines*

Au-delà de six heures d'activation, le mastocyte produit de nombreuses cytokines et chimiokines, aboutissant au recrutement local des leucocytes depuis le sang. (13)

Les cytokines sont des petites protéines permettant la communication entre les cellules immunitaires et l'orientation de la réponse en fonction de la nature du signal détecté. Ces cellules pro-inflammatoires sont par exemple **l'interleukine-1** (IL-1) et le **TNF- $\alpha$** . (10,14)

Les chimiokines sont des cytokines impliquées dans la migration cellulaire, elles forment un gradient et dirigent la migration des populations leucocytaires requises vers le site de l'inflammation. (10,14)

Il est important de noter que **selon le type d'urticaire, les médiateurs libérés sont quelque peu différents.**

Ainsi, dans l'urticaire retardée à la pression, l'histamine n'intervient que peu ou pas, raison pour laquelle les antihistaminiques sont en général peu efficaces. (3) De même, dans l'urticaire au froid, c'est le PAF, induisant la sécrétion d'amines vaso-actives comme l'histamine, qui aurait un rôle particulièrement important. (3)

Malgré l'avancée des recherches concernant l'UCI, il reste encore de nos jours des incertitudes concernant les mécanismes précis menant à cette dernière. Cependant, on peut affirmer qu'elle est la conséquence d'une cascade de réactions menant à la genèse d'un foyer inflammatoire complexe.

## 4. FOCUS SUR L'URTICAIRE CHRONIQUE INDUCTIBLE

### a. Caractéristiques générales

L'UCI est une affection cutanéomuqueuse inflammatoire caractérisée par la **récidive** de papules prurigineuses et/ou d'angioœdème dont les poussées persistent **au-delà de 6 semaines** et sont **induites par des stimuli physiques ou environnementaux** spécifiques.

Les symptômes se développent en général quelques minutes après l'exposition au facteur déclenchant puis disparaissent en quelques heures, à condition que ce dernier soit évincé. Il existe cependant des formes semi-retardées et retardées ainsi que des formes persistantes dont le diagnostic est plus difficile. (3)

L'expression clinique est variable selon les différentes formes d'UCI mais ce sont des **urticaires très prurigineuses**. Une sensation de brûlure ou des douleurs peuvent aussi être ressenties lors des crises. (3) Les signes cliniques sont généralement limités aux zones cutanées exposées au déclencheur mais ils peuvent parfois se généraliser rapidement.

Les crises s'accompagnent souvent d'une **période réfractaire de plusieurs heures voire plusieurs jours** pouvant prendre en défaut les tests de provocation lors du diagnostic. (3)

L'UCI récidive dès la mise en présence du stimulus déclenchant, d'où l'impact important sur la qualité de vie des patients.

Une même personne peut présenter plusieurs formes d'UCI à la fois et il est fréquent d'observer la coexistence d'un UCS et d'un UCI chez un même patient, (15) comme l'a démontré l'étude AWARE française (*Figure 9*) avec 40% d'UCI+UCS sur un échantillon de 94 personnes. (9)

Des recommandations pour la définition, le diagnostic et la prise en charge de l'UCI ont été établies à l'initiative conjointe de la section Dermatologie de l'EAACI, du groupe de travail sur l'urticaire du GA<sup>2</sup>LEN, de l'EDF et de l'UNEV. (15) Ces recommandations ont été publiées en mars 2016, prenant en compte les résultats des études publiées sur l'UCI depuis lors.

Nous nous baserons sur ces recommandations ainsi que sur les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI dans les parties suivantes.

## b. Épidémiologie des différentes formes d'UCI

Bien que certaines formes d'UCI aient été observées plus fréquemment que d'autres, il n'existe pas de statistiques à grande échelle sur la prévalence de l'UCI.

En effet, selon une étude rétrospective réalisée sur 423 patients entre janvier 2013 et juillet 2019 par une équipe turque, **les formes d'UCI les plus fréquentes sont le dermatographe symptomatique (50,6%), l'urticaire au froid (7,6%) et l'urticaire cholinergique (6,6%).** (16)

Cette même étude a également démontré que **les patients atteints d'UCI isolée avaient rarement des angioœdèmes** : seuls 24% des patients atteints d'UCI en présentaient et parmi eux 82,1% avaient une UCS concomitante. (16)

## c. Les différentes formes d'UCI

### i. *Dermatographe symptomatique*

Le terme "dermatographe" en soi, ne décrit que l'action d'écrire sur la peau. Il est important de différencier le dermatographe urticarien, qui est une affection cutanée, au dermatographe physiologique qu'un individu sain peut rencontrer dans la vie de tous les jours. En effet, cette réaction normale de la peau ne dure que quelques minutes et ne s'accompagne d'aucun prurit. (3)

Le dermatographe urticarien qui nous intéresse ici et qui fait partie des formes d'UCI est une situation pathologique dans laquelle la **friction de la surface cutanée** est suivie d'une **lésion urticarienne typique dessinant fidèlement la zone traumatisée** (*Figure 12*). (3)

Les facteurs déclenchants de cette forme d'UCI correspondent à tous les petits traumatismes cutanés de la vie courante : frottements contre les meubles, frictions vestimentaires (ceinture, montre, brides de soutien-gorge), frottements lors de la toilette (par les gants et serviettes), coiffage à l'aide de peignes et de brosses...(3) Ce qui rend cette pathologie très invalidante au quotidien.



Figure 12 : Photos de dermographisme urticarien (3) (17)

C'est une forme assez commune d'UCI qui se traduit cliniquement par l'apparition en quelques minutes de **stries érythémateuses puis papuleuses reproduisant exactement le dessin de la zone frictionnée**. La papule atteint son maximum de relief et de largeur en 6-7 minutes et disparaît en 30 minutes environ. **Le prurit est important** dès les premières minutes et dure jusqu'à l'involution de la papule.

Il s'agit essentiellement d'une **affection de l'adulte jeune**, débutant en majorité des cas entre 15 et 35 ans, même si les âges extrêmes ne sont pas épargnés.

#### *ii. Urticaire Retardée à la Pression (URP)*

Cette forme d'urticaire est caractérisée par l'apparition d'**œdème(s) cutané(s) localisé(s) après application d'une pression forte et prolongée** sur la peau. (3) Les symptômes peuvent survenir entre 30 minutes et 12 heures (généralement entre 6 et 8 heures) suivant l'exposition et ils peuvent durer jusqu'à 72 heures. (15)

Le siège des lésions est très variable, en fonction des stimuli. Il s'agit généralement :

- Des pieds après la marche,
- Des paumes des mains (ex : manipulation d'outils),
- Des fesses (position assise prolongée),
- Des zones d'appui lors de port de sacs (ex : bandoulières de sac à main) ou de vêtements serrés. (3)

Globalement, **les oedèmes douloureux plantaires sont un des signes les plus fréquents et les plus évocateurs d'URP** (Figure 13 - gauche). (3) Les patients décrivent cela comme une sensation de "boules sous les pieds".



Figure 13 : Lésions douloureuses violacées de la plante de pied (gauche) (3) et Papule prurigineuse et oedémateuse localisée dans la région thoracique gauche (droite) (source personnelle)

Parfois, bien qu'il n'y ait pas de pression externe évidente, peuvent apparaître des oedèmes en regard des groupes musculaires en contraction lors d'efforts physiques (Figure 13 - droite). (3)

Une **asthénie** est souvent associée aux signes cliniques spécifiques. Une **fièvre modérée** (38°C) ainsi que des **frissons** peuvent survenir mais ils sont moins fréquents. (3)

Un syndrome inflammatoire avec une élévation de la vitesse de sédimentation peut être retrouvé, ainsi qu'une hyperleucocytose. En effet, **l'URP peut ressembler à une pathologie infectieuse ou auto-immune associant parfois fièvre, hyperleucocytose et syndrome inflammatoire**, d'où l'importance des tests de provocation lors du diagnostic. (3)

**L'URP survient souvent avec d'autres formes d'urticaire dont l'UCS**, d'où la présence fréquente d'autres symptômes comme des papules prurigineuses.

### *iii. Urticaire au froid*

Également appelé “urticaire de contact au froid”, ce sous-type d’urticaire physique est caractérisé par l’**apparition de papules après une exposition au froid**. Cette dernière peut correspondre au contact de la peau avec de l’air froid, à des objets et/ou à des liquides à basse température. (15)

Bien que les symptômes se limitent généralement aux zones de la peau exposées au froid, certaines personnes peuvent présenter des papules généralisées et des symptômes systémiques (œdème de Quincke) dans les cas graves. (18)

L’urticaire au froid est la seule forme d’urticaire pour laquelle les patients doivent avoir une trousse d’urgence sur eux.

En dehors de cette situation d’urgence, les papules apparaissent fréquemment quelques minutes après l’exposition et peuvent persister pendant une heure. (15)

Les zones les plus fréquemment touchées sont celles qui sont les plus exposées : les mains et le visage. L’urticaire au froid se développe souvent chez les jeunes adultes. (15)

### *iv. Urticaire à la chaleur*

Également appelé “urticaire de contact à la chaleur”, ce sous-type d’urticaire physique exceptionnellement rare est défini par l’**apparition de papules, souvent prurigineuses et parfois associées à une sensation de brûlure, après contact direct de la peau à une source de chaleur**. (15)

L’urticaire à la chaleur doit être différenciée de l’urticaire cholinergique, cette dernière est la conséquence d’un réchauffement actif ou passif de l’organisme et non pas d’un contact direct uniquement (*Cf partie VII ci-après*). Il est également différent de l’urticaire solaire, résultat d’une exposition cutanée aux radiations solaires (*Cf partie V ci-dessous*).

### *v. Urticaire solaire*

L’urticaire solaire est un sous-type d’UCI très invalidant dont la survenue est très rare et **survient après une exposition solaire**. Cette pathologie peut survenir à tout âge mais on la retrouve plus fréquemment entre 20 et 40 ans et elle est ubiquitaire, c’est-à-dire qu’elle peut affecter tout type de peau (peau noire, asiatique...). (3)

Cette urticaire s’exprime cliniquement par l’**apparition rapide** (dans les minutes après le début de l’exposition) **d’un prurit important ou de sensations de brûlures**. Ce prurit est **suivi d’une éruption formée de papules érythémateuses pouvant confluer en grandes plaques urticariennes** (*Figure 14*). (3)

L'éruption atteint de préférence les zones exposées à la lumière (le plus souvent décolleté, bras et jambes) mais le visage et le dos des mains insolés tout au long de l'année peuvent être épargnés, pouvant témoigner d'une tolérance solaire. (3)



Figure 14 : Plaques urticariennes caractéristiques d'une urticaire solaire (19)

Classiquement, cette éruption disparaît rapidement en quelques heures après éviction solaire, bien qu'un érythème résiduel puisse persister plus longtemps. Il existe cependant des formes retardées dans le déclenchement et des formes persistant plus de 24 heures. (3)

**La sévérité de la dermatose dépend de deux facteurs :**

- ❖ **La durée et l'intensité du rayonnement solaire** : plus elles augmentent, plus les lésions sont importantes. En effet, une exposition prolongée peut s'accompagner de plaques sur les zones habituellement couvertes mais également de symptômes généraux (malaise, céphalées, nausées). (3)
- ❖ **La sensibilité solaire individuelle** : le seuil de déclenchement est propre à chaque patient. Chez les plus sensibles, des lésions peuvent même survenir en automne ou en hiver, au moindre rayon de soleil. (3)

Les conditions de survenue de cette UCI justifient son caractère très invalidant et la difficulté pour les patients à mener une vie "normale".

#### vi. *Angioœdème vibratoire*

Il s'agit d'une forme exceptionnelle d'UCI déclenchée par une **exposition cutanée à des vibrations de nature variée** (marteau piqueur, tondeuse, vélo tout-terrain, applaudissements...). (15)

C'est une pathologie très rare et aucune information sur ses caractéristiques démographiques n'est disponible. (15)

L'expression clinique de cette forme d'UCI est la présence d'un **angioœdème prurigineux circonférentiel** au niveau de la zone exposée, pouvant atteindre le membre dans son entièreté. On distingue l'angioœdème vibratoire du dermatographisme retardé et de l'URP par cet aspect circonférentiel et prurigineux. (3)

#### vii. *Urticaire cholinergique*

L'urticaire cholinergique est une affection de l'adolescent et de l'adulte jeune **déclenchée par un réchauffement actif** (exercice physique) **ou passif** (bain chaud, ingestion d'aliments épicés, stress émotionnel...) **de l'organisme**. (3,15)

Sa pathogénie présente encore de nos jours de nombreuses inconnues mais on sait qu'elle fait intervenir une stimulation des fibres sympathiques cholinergiques au niveau des glandes sudorales eccrines. Ces glandes sécrétant la sueur, contrôlées par le système nerveux autonome, ont un rôle important dans la thermorégulation de l'organisme. En effet, par sécrétion de sueur, la température corporelle diminue et se maintient à 37°C.

Cependant, dans l'urticaire cholinergique, ce mécanisme devient pathologique et déclenche une dégranulation mastocytaire à l'origine des symptômes, par l'intermédiaire de l'acétylcholine. (3)



Figure 15 : Papules prurigineuses caractéristiques de l'urticaire cholinergique (20)

La clinique de l'urticaire cholinergique est très évocatrice (*Figure 15*) : elle est annoncée par un prurit ou une sensation de brûlure précédant l'apparition de **petites papules monomorphes de 1 à 4 mm de diamètre, constamment prurigineuses, cernées d'un halo érythémateux**. (3) Ces dernières sont fréquemment localisées au niveau du tronc et des membres. Elles surviennent en général 5 à 10 minutes après l'incidence du facteur déclenchant (surchauffe ou transpiration) et ne durent pas plus d'une heure. (3)

Les signes cliniques se limitent souvent à ces micropapules mais il existe des formes rares de présentation sévère s'accompagnant de signes systémiques (malaise, atteinte respiratoire). (3)

Dans le cas d'un exercice physique, la sévérité de la poussée est dépendante de l'intensité de ce dernier mais le degré d'effort nécessaire au déclenchement de l'urticaire varie d'un sujet à l'autre. (3)

L'urticaire cholinergique doit être différenciée de l'anaphylaxie induite par l'exercice, réaction anaphylactique provoquée uniquement par un exercice physique. Cette dernière se manifeste d'abord par un prurit distal (mains, pieds, oreilles) suivi de bouffées vasomotrices et enfin d'une éruption érythémateuse avec de grandes lésions. (15)

### *viii. Urticaire de contact*

L'urticaire de contact est définie par le développement de lésions urticariennes survenant après un **contact direct avec un agent exogène**. Elle s'exprime cliniquement par des **papules prurigineuses et érythémateuses** et est à l'origine des urticaires de contact professionnelles. (15)

L'urticaire de contact est divisée en :

#### ❖ **Urticaire de contact immunologique :**

- Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type I dans la classification de Gell et Coombs. En effet, c'est une **réaction IgE dépendante**, correspondant à de l'urticaire aiguë allergique qui ne nous concerne pas ici. (15)
- Cette réaction nécessite une **sensibilisation préalable asymptomatique** sur le plan clinique et peut se propager au-delà de la zone de contact en une urticaire généralisée, pouvant évoluer vers une anaphylaxie. (15)
- L'un des allergènes les plus courants pour ce type d'urticaire de contact est le **latex**. (15)

❖ **Urticaire de contact non immunologique :**

- C'est la forme la plus fréquente mais son mécanisme est mal connu.
- Elle survient **sans sensibilisation immunologique antérieure** et atteint de nombreux sujets exposés. (15)
- Les lésions cutanées sont strictement limitées aux zones où l'agent déclencheur est entré en contact avec la peau. (15)
- Les agents déclencheurs ou "agents urticants" peuvent être des plantes (ex : ortie), des animaux (ex : méduses) ou des produits chimiques. (15)

*ix. Urticaire aquagénique*

Cette urticaire est une forme rare d'UCI dans laquelle **le contact avec n'importe quelle source d'eau, quelle que soit sa température et son degré de salinité**, provoque des papules. (3,15)

Dans les 30 minutes suivant le contact avec l'eau, les patients développent des lésions urticariennes, généralement de 1 à 2 mm. Une incidence familiale a déjà été rapportée. (15)

Cette affection doit être différenciée du prurit aquagénique qui est une réaction cutanée provoquant un prurit important après contact avec de l'eau mais n'entraînant aucune lésion cutanée visible. Le diagnostic différentiel concerne également l'urticaire cholinergique, au froid et à la chaleur par la similitude dans leurs aspects cliniques.

#### d. Diagnostic

Selon les recommandations consensuelles EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/UNEV citées précédemment, le diagnostic des UCI repose sur une **anamnèse complète** et des **tests de provocation**. (15)

##### i. *Anamnèse*

Une anamnèse détaillée est essentielle, c'est la première étape du bilan diagnostique de tous les patients pour lesquels on soupçonne une urticaire.

##### ❖ Interrogatoire

Le but est de déterminer, à l'aide d'un interrogatoire poussé du patient, un déclencheur spécifique en établissant un **compte rendu le plus détaillé possible** :

- **De chaque épisode d'urticaire** (localisation, taille et aspect des lésions, fréquence et durée d'apparition) **ainsi que les activités et expositions à risques** (profession exercée pour l'urticaire de contact) ayant eu lieu 24h avant, immédiatement avant et pendant la crise ; (19,21)
- **Des circonstances potentiellement déclenchantes** : des frottements, un effort physique, une pression exercée sur une partie du corps, une exposition à la chaleur, au froid, à l'eau, au soleil ou encore aux vibrations ; (21)
- **De l'exposition à des allergènes potentiels, à des insectes ou à des animaux, à de nouveaux produits ménagers, à de nouveaux aliments**, avec le délai entre l'exposition et l'apparition de l'urticaire, ces derniers pouvant être à l'origine d'urticaire de contact (immunologique ou non) ; (19)
- **Des habitudes alimentaires** : le but est de rechercher une surconsommation d'aliments riches en histamine (naturellement riches en histamine) ou histamino-libérateurs (ayant des capacités de libération d'histamine). Ces derniers sont à l'origine de "fausses allergies alimentaires" dues à une intolérance à l'histamine (*Tableau 2*) ; (21)
- **La présence ou non de symptôme(s) associé(s)** comme une rhinorrhée, un oedème de la face et/ou de la langue ainsi qu'une dyspnée ;
- **La présence du facteur stress**, souvent considéré comme aggravant.

ALIMENTS RICHES EN HISTAMINE	ALIMENTS HISTAMINO-LIBÉRATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aliments fermentés (choucroute, sauce soja, kéfir, cornichons)</li> <li>- Conserves de poisson</li> <li>- Fruits de mer</li> <li>- Charcuterie</li> <li>- Fromages affinés</li> <li>- Yaourts</li> <li>- Tomate, chou, épinard</li> <li>- Avocat, figue, raisin</li> <li>- Levure alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agrumes</li> <li>- Fraise, pêche, abricot</li> <li>- Chocolat</li> <li>- Réglisse</li> <li>- Arachides</li> <li>- Certaines épices (cannelle, muscade)</li> <li>- Alcool (vin et bière)</li> </ul>

Tableau 2 : Exemples d'aliments riches en histamine et histamino-libérateurs (22)

❖ Diagnostic différentiel

Certaines pathologies présentent ce que l'on appelle des **lésions urticariformes**. Ces dernières ressemblent à de l'urticaire mais diffèrent sur certains critères (par exemple : durée supérieure à 24 heures, pigmentation résiduelle...).

Afin d'assurer le diagnostic, il est important d'éliminer toute pathologie différentielle. Pour cela, une étude des symptômes associés, s'il y en a, doit être effectuée.

Les principaux diagnostics différentiels de l'urticaire sont (*liste non exhaustive*) : une thyroïdite auto-immune, la vascularite pseudo-urticarienne, l'urticaire pigmentaire (mastocytose), l'angioedème à bradykinine et certaines maladies auto-inflammatoires. (23)

❖ Recherche d'antécédents médicaux

Un ensemble d'informations sera demandé au patient, parmi lesquelles :

- **La présence ou non d'antécédents allergiques** (rhinite allergique, asthme, eczéma...) avec leur(s) cause(s) possible(s) ; (19,21)
- **La conciliation de tous les traitements médicamenteux pris par le patient de façon chronique mais également spontanée**, notamment ceux en vente libre et les produits de phytothérapie, en ayant une attention particulière sur ceux susceptibles de provoquer ou d'aggraver l'urticaire (IEC, sartans, aspirine, AINS non sélectifs, codéine et morphiniques) ; (21)

- **La présence ou non d'antécédents familiaux d'urticaire**, d'atopie, de maladie rhumatoïde systémique, de maladies auto-immunes ou de cancer ; (21)
- **Les voyages effectués récemment** ainsi que **les éventuelles expositions à des maladies infectieuses** comme l'hépatite ou le VIH. (19)

## *ii. Tests de provocation*

Les tests de provocation ont pour objectifs de : (15)

- Déterminer le ou les déclencheur(s) pertinent(s)
- Évaluer le ou les seuil(s) de déclenchement, propre(s) à chaque patient

Les résultats des tests de provocation sont influencés par un certain nombre de facteurs, notamment le traitement pris par les patients. Par conséquent, **le traitement symptomatique doit être interrompu avant le test si possible** : les antihistaminiques doivent être arrêtés au moins 3 jours avant le test et les glucocorticoïdes 7 jours avant le test.(15) Certains patients peuvent ne pas tolérer l'arrêt du traitement, dans ce cas les réponses aux tests doivent être interprétées avec prudence.

Les tests doivent être effectués sur des zones cutanées n'ayant pas été affectées par l'urticaire au cours des dernières 24 heures en raison de la présence potentielle d'une période réfractaire. (15)

Chaque test de provocation est spécifique à une forme d'UCI (*Tableaux 3 à 11*). Étant donné qu'un même patient peut présenter plusieurs formes d'UCI à la fois, **tous les déclencheurs suspectés d'être pertinents doivent être testés.**

Les patients atteints d'une UCI sévère peuvent développer des symptômes systémiques potentiellement graves lors des tests de provocation (vertiges, troubles digestifs ou respiratoires, œdème de Quincke). C'est donc pour cela que ces tests ne doivent être **effectués que par des médecins formés et expérimentés dans le traitement d'urgence** et lorsque des instaurations de ces traitements d'urgence sont disponibles. (15)

En général, les tests de provocation entraînent l'apparition rapide de réactions urticariennes chez les patients positifs. Par exemple, dans l'urticaire au froid et le dermatographe symptomatique, les papules apparaissent quelques minutes après la provocation. Cependant, l'URP peut mettre plusieurs heures à apparaître et c'est souvent au patient de signaler une réponse positive dans ce cas. (15)

Chez les patients présentant des **réponses de provocation négatives, mais une forte suspicion d'UCI selon l'anamnèse, le test doit être répété**. Dans ces cas-là, ce dernier doit être répété sur une zone cutanée n'ayant pas présenté de lésions dans les 72 dernières heures et une conciliation médicamenteuse complète est de nouveau réalisée afin d'identifier tout médicament susceptible d'inhiber la réaction au test. (15)

UCI	Test de provocation spécifique
<p><b>Dermographisme symptomatique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>application de frottements sur la peau</b></li> <li>❖ <u>Différentes méthodes</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Test courant : <b>frottement avec un objet lisse et émoussé perpendiculairement à la peau</b> (par exemple un stylo à bille fermé ou une spatule en bois) sur la partie antérieure de l'avant-bras ou le haut du dos sur 10 cm (3,15)</li> <li>➢ Existence d'instruments gradués à pression variable : <b>dermographomètres</b> (ex : FricTest®)</li> </ul> </li> <li>❖ <u>FricTest® (Figure 16)</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dermographomètre validé et facile à utiliser pour diagnostiquer, mesurer les seuils de déclenchement et l'activité du dermographisme symptomatique</li> <li>➢ <b>Instrument constitué d'un peigne en plastique à 4 pointes de longueurs différentes appliquant des forces de cisaillement graduées sur la peau (24)</b></li> <li>➢ Méthode plus fiable que le test courant ci-dessus car il exerce un stimulus reproductible (25)</li> <li>➢ L'instrument doit frotter la peau avec une pression modérée sur la face interne de l'avant-bras sur 6 cm</li> <li>➢ Plus la pointe est longue, plus elle exerce une pression importante sur la peau (de I la plus faible à IV la plus forte) (24)</li> <li>➢ <b>Une réponse positive avec les quatres pointes signifie un dermographisme sévère (25)</b></li> </ul> </li> </ul> <div data-bbox="671 1182 1206 1534" style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">Figure 16 : Utilisation d'un FricTest® (24)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>10 min après la provocation (15,24)</b></li> <li>➢ Test courant : résultat positif si apparition d'une <b>papule prurigineuse</b> (si papule sans prurit : dermographisme physiologique) (15)</li> <li>➢ FricTest® : résultat positif en cas de <b>papule prurigineuse ≥ 3 mm</b> (le diamètre des pointes) (24)</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 3 : Tests de provocation spécifiques au dermographisme symptomatique (3,15,24,25)

UCI	Test de provocation spécifique
URP	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>application d'une pression soutenue sur la peau</b></li>   <li>❖ <u>Différentes méthodes</u> : (3,15) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>Port d'une bandoulière</b> sur l'épaule, mesurant 3 cm de large et pesant 7 kg, pendant 10 à 20 minutes</li> <li>➢ <b>Application de différents poids calibrés</b> (500 g/cm<sup>2</sup>, 1 000 g/cm<sup>2</sup> et 1 500 g/cm<sup>2</sup>) sur le dos, la cuisse ou l'avant-bras pendant 10 minutes</li> <li>➢ <b>Utilisation d'un dermographomètre</b>, appliqué perpendiculairement au plan du dos, avec une pression de 100 g/mm<sup>2</sup> pendant 70 secondes</li> </ul> </li>   <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>Lecture à 30 minutes, à 3 heures, à 6 heures puis à 24 heures</b> en fonction des données récoltées lors de l'anamnèse (forme plus ou moins retardée) (3)</li> <li>➢ Evaluation des caractéristiques de l'URP : oedème +/- douleur +/- prurit (plus rare) et durée de positivité du test (souvent jusqu'à 72 heures)</li> <li>➢ <b>Test positif : présence d'un oedème érythémateux palpable retardé</b> → évaluation du seuil de déclenchement (15)</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 4 : Tests de provocation spécifiques à l'URP (3,15,19)

UCI	Test de provocation spécifique
<p><b>Urticaire au froid</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>application d'un stimulus froid sur la peau de l'avant-bras</b></li> <li>❖ <u>Différentes méthodes</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>Test au glaçon</b> (Figure 17), appliqué sur la peau pendant 5 à 20 minutes (selon le seuil de déclenchement) dans un sac en plastique (afin d'éviter d'endommager la peau et d'éviter la confusion avec l'urticaire aquagénique par fonte du glaçon) (3,15)</li> </ul> </li> </ul>  <p><u>Figure 17</u> : Test du glaçon positif lors du diagnostic d'urticaire au froid (photo prise 5 minutes après le retrait du glaçon) (19)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>Immersion</b> : test réalisé uniquement en cas de négativité du test au glaçon (risque de réactions systémiques) caractérisé par l'immersion de la main et de l'avant-bras dans une eau à 5-10°C pendant 10 à 15 minutes (3)</li> <li>➢ <b>Mesures TempTest® (15,26)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dispositif basé sur l'effet Peltier (phénomène de déplacement de chaleur induit par un courant électrique) avec un pochoir en aluminium appliquant une plage de températures en continu (Figure 18)</li> </ul> </li> </ul>  <p><u>Figure 18</u> : Dispositif TempTest® et son principe d'utilisation (15,26)</p>

Tableau 5 : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire au froid - *partie 1* (3,15,19,26)

UCI	Test de provocation spécifique
Urticaire au froid	<p>➤ <b>Mesures TempTest® (suite) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il peut également être utilisé pour le diagnostic de l'urticaire à la chaleur (températures allant de 4°C à 44°C)</li> <li>■ <b>Principe (Figures 18 et 19) :</b> le patient place l'intérieur de l'avant-bras sur l'appareil pendant 5 minutes puis on observe l'apparition ou non de papules au bout de 10 minutes hors de l'appareil</li> </ul> <div data-bbox="518 517 1385 846" style="text-align: center;"> </div> <p>Figure 19 : Interprétation des résultats au TempTest® (gauche et droite) à l'aide du pochoir (centre) (26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ce dispositif permet de réaliser des <b>tests reproductibles et standardisés selon les recommandations EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/UNEV de 2016</b></li> </ul> <p>❖ <u>Interprétation des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Test au glaçon et immersion :</b> positif si apparition d'une papule prurigineuse</li> <li>➤ <b>Mesures TempTest® :</b> les papules apparues sur le bras sont comparées au pochoir (Figure 19) permettant de déterminer la température seuil (température la plus élevée suffisante pour induire une réaction positive)</li> </ul>

Tableau 5 : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire au froid - *partie 2* (3,15,26)

UCI	Test de provocation spécifique
<p><b>Urticaire à la chaleur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>application d'un stimulus chaud sur la peau de l'avant-bras</b></li>   <li>❖ <u>Différentes méthodes</u> : (3,15) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Mise en contact avec la peau de récipients</b> (souvent des cylindres type tube à essais) <b>en verre ou en métal remplis d'eau chaude</b> (38°C à 50°C) pendant 5 minutes</li> <li>➤ <b>Immersion</b> : même principe que pour l'urticaire au froid mais dans une eau chaude à 40°C avec augmentation progressive de la température jusqu'à 56°C selon le seuil de déclenchement individuel</li> <li>➤ <b>Mesures TempTest®</b> : même principe que pour l'urticaire au froid</li> </ul> </li>   <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : (3,15) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Mise en contact et immersion</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Lecture à 10 minutes</b> voire plus en cas de suspicion d'une forme retardée d'après l'anamnèse (formes généralement familiales)</li> <li>■ <b>Test positif</b> : apparition de papules prurigineuses +/- sensation de brûlure au point de contact avec la chaleur</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Mesures TempTest®</b> : même principe que pour l'urticaire au froid</li> <li>➤ En cas de test positif : détermination des seuils de temps de stimulation et/ou de température</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 6 : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire à la chaleur (3,15)

UCI	Test de provocation spécifique
<p data-bbox="213 203 440 232"><b>Urticaire solaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="531 203 1385 264">❖ <u>Principe du test</u> : <b>exposition aux rayons ultraviolets et à la lumière visible</b></li> <li data-bbox="531 315 1385 562">❖ <u>Différentes méthodes</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="627 349 1385 528">➢ <b>Exposition du bras du patient à la lumière naturelle du soleil</b> : test rapide et facile à effectuer permettant d'authentifier le diagnostic mais n'est pas toujours réalisable et ne permet pas de déterminer la photosensibilité du patient (3)</li> <li data-bbox="627 533 1091 562">➢ Utilisation de <b>simulateurs solaires</b></li> </ul> </li> <li data-bbox="531 607 1385 1077">❖ <u>Simulateurs solaires</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="627 640 1385 707">➢ Ces appareils permettent de confirmer le diagnostic en reproduisant les radiations émises par le soleil</li> <li data-bbox="627 712 1385 999">➢ Il existe différents types de simulateurs solaires : (3,15) <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="722 752 1385 781">■ <b>Simulateur avec filtres</b> : teste les UV-A et UV-B</li> <li data-bbox="722 786 1385 999">■ <b>Simulateur équipé d'un monochromateur</b> (appareil optique produisant une lumière monochromatique = une longueur d'onde) : teste les UV-A, UV-B et le visible, établit avec précision les longueurs d'onde incriminées, étude longue et difficile évaluant qualitativement la photosensibilité</li> </ul> </li> <li data-bbox="627 1003 1385 1077">➢ L'utilisation d'écrans solaires et de médicaments photoactifs doit être évitée avant le test (15)</li> </ul> </li> <li data-bbox="531 1122 1385 1290">❖ <u>Interprétation des résultats</u> : (15) <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="627 1155 1114 1184">➢ Lecture 10 minutes après l'exposition</li> <li data-bbox="627 1189 1385 1290">➢ <b>Test positif : apparition d'un érythème ou de papules accompagnés d'un prurit et/ou d'une sensation de brûlure</b> sur la zone exposée</li> </ul> </li> <li data-bbox="531 1335 1385 1738">❖ <u>DUM (Dose Urticarienne Minimale)</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="627 1368 1385 1435">➢ Test de seuil réalisé en cas de réponse positive à l'un des simulateurs solaires</li> <li data-bbox="627 1440 1385 1552">➢ Exprimée en milijoules/cm<sup>2</sup>, elle correspond à la <b>plus petite dose de radiations entraînant un érythème prurigineux avec ou sans papule</b> (<i>Figure 20</i>)</li> <li data-bbox="627 1556 1385 1624">➢ Elle permet de faire une évaluation quantitative de la photosensibilité du patient</li> <li data-bbox="627 1628 1385 1738">➢ Elle se réalise en faisant varier la dose de rayonnement, par exemple en modifiant le temps d'exposition à la source lumineuse standard (ex : une lampe à xénon)</li> </ul> </li> </ul> <div data-bbox="507 1765 746 2018" style="text-align: center;">  </div> <p data-bbox="770 1888 1385 1995"><u>Figure 20</u> : Evaluation de la DUM objectivée par la plus faible réaction (<i>flèche</i>) après exposition aux UVA par un simulateur solaire (27)</p>

Tableau 7 : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire solaire (3,15,27)

UCI	Test de provocation spécifique
<b>Angioœdème vibratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>contact cutané direct avec une vibration</b></li> <li>❖ <u>Méthode</u> : <b>utilisation d'un agitateur vortex</b> de laboratoire <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'avant-bras est maintenu sur une plaque posée sur l'agitateur vortex fonctionnant entre 780 tour/min et 1380 tour/min pendant 5 minutes (15)</li> <li>➤ La zone d'exposition est examinée 10 minutes après le test (puis 5-6 heures après si suspicion de forme retardée)</li> </ul> </li> <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : présence/absence d'un gonflement par calcul de la différence de circonférence du bras mesurée avant et après le test sur 3 points (poignet, milieu de l'avant-bras et coude) (15)</li> </ul>

Tableau 8 : Test de provocation spécifique à l'angioedème vibratoire ((3,15,27)

UCI	Test de provocation spécifique
<p><b>Urticaire cholinergique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Premier test : reproduction d'un réchauffement actif par réalisation d'un exercice physique modéré adapté à l'âge et à l'état général du patient (3,15)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Précautions pré-test : (15)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prudence chez les patients présentant une affection cardiaque préexistante</li> <li>■ Examen visuel préalable afin d'identifier les lésions cutanées préexistantes non urticariennes (ex : papules d'acné) pouvant rendre l'évaluation plus difficile par leur ressemblance avec les lésions d'une urticaire cholinergique</li> </ul> </li> <li>➤ <b>Méthode : (3,15)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réalisation de <b>course sur tapis roulant ou pédalage sur un vélo stationnaire</b></li> <li>■ Test réalisé dans une pièce chauffée avec port de vêtements chauds afin d'accélérer le test pour en diminuer la durée</li> <li>■ <b>Exercice effectué jusqu'au point de transpiration</b> (variable selon les patients)</li> <li>■ <b>Test positif</b> : apparition de micropapules monomorphes au bout de 10-15 minutes d'effort (variable selon les patients)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>❖ <b>Deuxième test (réalisé uniquement en cas de réaction au test à l'effort) : reproduction d'un réchauffement passif par immersion complète dans un bain à 42°C pendant 15 minutes maximum (15)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ce dernier doit être <b>réalisé au moins 24 heures après le test à l'effort</b></li> <li>➤ La température corporelle doit augmenter d'au moins 1°C</li> <li>➤ Ce test est réalisé dans le but d'exclure l'anaphylaxie induite par l'exercice</li> <li>➤ <b>Test positif</b> : apparition de micropapules monomorphes</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Nouveau protocole standardisé pour la mesure des seuils de déclenchements : utilisation de l'ergométrie à impulsions contrôlées (15)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pédalage de manière contrôlée par le rythme cardiaque sur un vélo ergomètre</li> <li>➤ Le patient accélère ou ralentit sa vitesse de pédalage afin d'augmenter sa FC (fréquence cardiaque) de 15 bpm toutes les 5 minutes, afin d'arriver à une augmentation maximale de 90 bpm par rapport à sa FC de départ après 30 minutes d'effort</li> <li>➤ <b>Interprétation des résultats</b> : on observe le temps d'apparition des papules lors de l'effort, plus elles apparaissent tôt, plus l'urticaire est sévère</li> </ul> </li> </ul>

Tableau 9 : Tests de provocation spécifiques à l'urticaire cholinergique (3,15)

UCI	Test de provocation spécifique
<b>Urticaire de contact</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>application cutanée directe du/des déclencheur(s) suspecté(s)</b></li> <li>❖ <u>Méthode</u> : <b>Prick-test</b> (3,15) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Introduction dans l'épiderme d'une goutte comportant le déclencheur suspecté à l'aide d'une microlance</li> <li>➢ Réalisé en général sur l'avant-bras ou le dos</li> <li>➢ <b>Interprétation des résultats</b> : lecture à 15 minutes, test positif si apparition d'une papule prurigineuse</li> </ul> </li> <li>❖ En cas de suspicion d'urticaire de contact immunologique (IgE dépendant) : dosage sanguin des IgE spécifiques en complément du test de provocation (15)</li> <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : si le prick-test est positif, cela signifie qu'une réaction allergique a eu lieu donc c'est une urticaire de contact immunologique (allergique)</li> </ul>

Tableau 10 : Test de provocation spécifique à l'urticaire de contact (3,15)

UCI	Test de provocation spécifique
<b>Urticaire aquagénique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <u>Principe du test</u> : <b>contact cutané direct avec de l'eau</b></li> <li>❖ <u>Méthode</u> : <b>application d'une compresse/serviette imbibée d'eau à 37°C sur le tronc du patient pendant 30 minutes</b> (3,15)</li> <li>❖ <u>Interprétation des résultats</u> : test positif si apparition de papules prurigineuses sur la zone d'exposition dans les 10 minutes suivant le retrait de la compresse/serviette (15)</li> </ul>

Tableau 11 : Test de provocation spécifique à l'urticaire aquagénique (3,15)

### iii. Examens complémentaires

En général, des examens complémentaires ne sont réalisés qu'en cas d'amélioration insuffisante après un ou deux mois de traitement.

#### **Le bilan minimal conseillé ne comporte que 5 examens sanguins : (21)**

- **NFS** (Numération Formule Sanguine)
- **VS** (Vitesse de sédimentation) **et CRP** (C Reactive Protein) qui sont des marqueurs inflammatoires
- **TSH** et **Anticorps anti thyroperoxydases** qui permettent d'éliminer une thyroïdite auto-immune pouvant également provoquer de l'UC

Dans l'URP, on peut retrouver les signes biologiques d'un syndrome inflammatoire. En effet, on retrouve souvent une élévation de la VS et de la CRP associée à une hyperleucocytose (souvent à PNN). (3) Comme vu précédemment, l'URP s'apparente beaucoup à une pathologie infectieuse, que ce soit cliniquement ou biologiquement.

En fonction des informations récoltées lors de l'interrogatoire, certains examens supplémentaires peuvent être réalisés lors du diagnostic pour plusieurs raisons :

- Exclure tout diagnostic différentiel et ainsi confirmer le diagnostic d'UCI
- Rechercher la présence de pathologies associées

❖ Examens complémentaires - Diagnostic différentiel :

Concernant l'URP, une **biopsie cutanée** peut être réalisée. Elle n'est pas indispensable au diagnostic et est effectuée uniquement en cas d'incertitude clinique, notamment pour éliminer une vasculite (pathologie inflammatoire atteignant la paroi des vaisseaux sanguins et pouvant s'exprimer par une éruption cutanée urticarienne). (3)

L'examen consiste en une biopsie profonde au niveau d'une zone oedémateuse. En cas d'URP, on retrouve une infiltration cellulaire de topographie péri-vasculaire composée d'éosinophiles et parfois de neutrophiles allant jusque dans le derme profond. (3)

Dans le diagnostic de l'urticaire au froid, d'autres examens biologiques peuvent être réalisés afin d'affirmer le diagnostic ou non d'une urticaire systémique (urticaire associée à des maladies générales comme une pathologie infectieuse ou une maladie auto-immune). (21) On les réalise uniquement en cas de signes associés évocateurs.

Ces analyses ont pour but d'analyser la présence ou l'absence de :

- **Cryoglobulinémie et cryofibrinogénémie** : présence anormale dans le sang de protéines se précipitant au froid, phénomène retrouvé dans de nombreuses pathologies notamment le virus de l'hépatite C et le lupus.
- **Agglutinines froides** : auto-anticorps "froids" actifs à des températures inférieures à 30°C caractéristiques de la maladie des agglutinines froides (MAF), forme d'anémie hémolytique auto-immune (AHAI).

❖ Pathologies potentiellement associées aux UCI :

Dans certaines UCI, il est important de rechercher des associations pathologiques. Le *tableau 12* ci-dessous répertorie, pour certaines formes d'UCI, les plus importantes pathologies pouvant leur être associées.

UCI	Pathologie associée
<b>Dermographisme symptomatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain atopique</li> <li>- Mastocytose localisée ou diffuse</li> </ul>
<b>URP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain atopique</li> <li>- Autre forme d'urticaire (dermographisme immédiat ou retardé, UCS...)</li> <li>- Allergie alimentaire</li> <li>- Infection par <i>Helicobacter pylori</i></li> <li>- Lupus érythémateux systémique</li> </ul>
<b>Urticaire au froid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cryopathies (cryoglobulinémie primitive ou secondaire, cryofibrinogénémie, agglutinines froides)</li> <li>- Infections (VHB, VHC, EBV, VIH...)</li> <li>- Vasculites</li> <li>- Autre forme d'UCI</li> </ul>
<b>Urticaire cholinergique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain atopique</li> </ul>
<b>Urticaire à la chaleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrain atopique</li> <li>- Autre forme d'UCI</li> </ul>
<b>Urticaire aquagénique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autre forme d'UCI</li> </ul>

Tableau 12 : Principales pathologies associées aux différentes formes d'UCI (3,21)

e. Prise en charge thérapeutique

i. *Approche thérapeutique*

Il n'existe, à ce jour, aucun traitement permettant de guérir définitivement l'UCI. Cependant, il est fréquent d'observer une **rémission spontanée au bout de quelques années**.

En effet, il est possible d'obtenir un contrôle total de la maladie et une normalisation de la qualité de vie, par une disparition temporaire ou définitive des poussées grâce aux traitements symptomatiques. (4,15)

L'approche thérapeutique implique plusieurs éléments ayant tous pour objectif de **réduire l'activité de la maladie et ainsi augmenter son contrôle** :

- Le premier est l'**éviction des facteurs déclenchants**, importante et bénéfique dans l'UCI mais pouvant entraîner une **altération marquée de la qualité de vie**. (4) Par exemple, les patients atteints d'urticaire cholinergique doivent s'abstenir de faire de l'exercice physique et les patients atteints d'urticaire solaire doivent éviter d'être en extérieur.
- Le deuxième est l'**induction de la tolérance** par l'exposition quotidienne des patients aux facteurs déclenchants. (4) Par exemple, dans l'urticaire au froid, l'induction de la tolérance consiste en la prise de bains/douches froids quotidiens. Cette désensibilisation peut être très utile dans certaines formes d'UCI, notamment l'urticaire au froid, l'urticaire cholinergique et l'urticaire solaire. Cependant, ce sont des **méthodes souvent contraignantes et peu acceptées par les patients**.
- Le dernier élément est l'**utilisation d'un traitement pharmacologique ayant pour objectif d'empêcher la libération des médiateurs mastocytaires et/ou leurs effets**, à l'origine des symptômes. (4)

## ii. Traitements disponibles

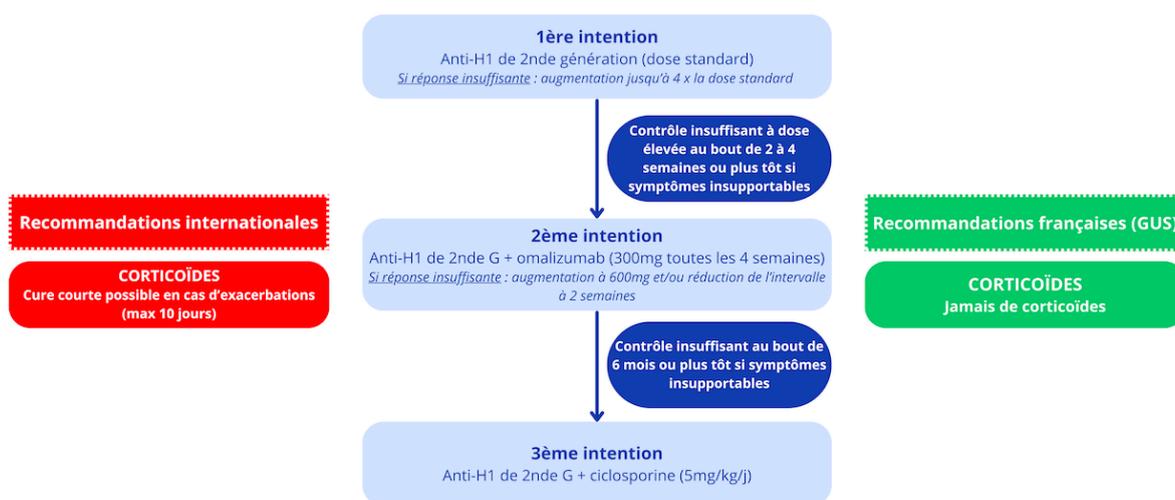
L'objectif commun de tous les traitements disponibles est **l'espacement voire la disparition des poussées** jusqu'à ce que l'urticaire montre une **rémission spontanée**. Pour y parvenir, **le traitement symptomatique doit être pris en continu** jusqu'à ce qu'il ne soit plus nécessaire. (4)

**Le traitement symptomatique de l'UCI cible les mastocytes, soit par l'inhibition de leur activation** (ex : omalizumab), **soit par le blocage des médiateurs libérés** (ex : antihistaminiques H1, ciclosporine et antagonistes des récepteurs aux leucotriènes). (15)

Etant donné que très peu d'études ont été réalisées sur le traitement des différentes formes d'UCI et que leurs causes sous-jacentes restent aujourd'hui peu connues, les schémas thérapeutiques de l'UCI sont généralement basés sur les dernières recommandations internationales pour l'UCS (lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI évoquées dans la *partie 1 - Généralités*). (4,15)

L'UCI étant encore de nos jours une pathologie méconnue et mal comprise, **certaines options thérapeutiques citées ci-dessous sont hors indication (hors AMM) dans la plupart des pays dont la France**. Les recommandations évoquées pour chaque traitement sont basées sur les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI pour l'urticaire (2020) et les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/UNEV pour l'UCI (2016).

La *figure 21* ci-après illustre l'algorithme de prise en charge thérapeutique de l'UC selon les recommandations internationales de 2020. En France, le protocole utilisé est généralement similaire à cet algorithme, la seule divergence importante concerne l'utilisation des corticoïdes.



**Figure 21** : Algorithme de prise en charge de l'UC selon les recommandations internationales de 2020 (4,28)

❖ Les antihistaminiques H1 (AH1) :

➤ **Mécanisme d'action**

Les AH1 sont des antagonistes des récepteurs H1 dont l'objectif est d'inhiber les effets de l'histamine, à l'origine des symptômes de l'urticaire. Cette classe thérapeutique est divisée en 2 groupes :

- **Les AH1 de 1ère génération** : ce sont les premiers AH1 découverts. Leur manque de sélectivité pour les récepteurs histaminiques est la cause de leurs nombreux effets indésirables (effets sédatifs et anticholinergiques majoritairement). (29)  
Les lignes directrices de 2020 déconseillent leur utilisation dans la prise en charge courante de l'UC en 1ère intention. (4)
- **Les AH1 de 2ème génération** : découverts plus récemment, ils provoquent peu ou pas d'effets sédatifs et sont dépourvus d'effets anticholinergiques grâce à leur pouvoir antagoniste très sélectif sur les récepteurs H1. (29)

**La plupart des AH1 de 2ème génération ont été testés spécifiquement sur l'urticaire et ont obtenu l'AMM :**

- La bilastine, la desloratadine, l'ébastine, la lévocétirizine et la rupatadine pour l'urticaire en général (indiqués pour l'urticaire aiguë, l'UCS et l'UCI)
- La cétirizine, la fexofénadine (180 mg) et la loratadine pour l'UCS

Les lignes directrices de 2020 et la HAS recommandent **l'utilisation d'un AH1 de 2ème génération à dose standard comme traitement symptomatique de 1ère intention pour tous les types d'urticaire**. (4,21) Cependant, aucune recommandation ne peut être faite quant au choix de la molécule car, à ce jour, il n'existe pas d'essais cliniques concluants comparant l'efficacité et la sécurité de chaque AH1 dans l'urticaire. (4)

➤ **Posologie**

**Il est recommandé d'augmenter la dose des AH1 de 2ème génération jusqu'à quatre fois chez les patients atteints d'UC ne répondant pas aux doses standards** avant d'envisager d'autres traitements. (4) Les patients doivent être informés que l'augmentation de la dose d'AH1 de 2ème génération est **hors indication**. La loratadine ne fait pas partie de ces AH1 car aucune étude n'a été réalisée avec une dose supérieure à la dose standard.

Cependant, il est déconseillé :

- D'utiliser les AH1 de 2ème génération à une dose supérieure à quatre fois la dose standard car aucun test n'a été effectué au-delà de cette dose (4)
- D'utiliser simultanément différents AH1 de 2ème génération (4)

AH1 de 2ème génération	Posologie
<b>Bilastine</b> Bilaska <sup>®</sup> , Inorial <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 20 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 80 mg par jour
<b>Desloratadine</b> Aerius <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 5 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 20 mg par jour
<b>Ebastine</b> Kestin <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 10 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 40 mg par jour
<b>Lévocétirizine</b> Xyzall <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 5 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 20 mg par jour
<b>Rupatadine</b> Wystamm <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 10 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 40 mg par jour
<b>Cétirizine</b> Zyrtec <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 10 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 40 mg par jour
<b>Fexofénadine</b> Telfast <sup>®</sup>	<b>AMM</b> : 180 mg soit 1 comprimé par jour <b>Hors AMM</b> : maximum 720 mg par jour
<b>Loratadine</b>	<b>AMM</b> : 10 mg soit 1 comprimé par jour

Tableau 13 : Posologies AMM (selon RCP) et hors AMM des différents AH1 indiqués dans l'urticaire

### ➤ Prescription et administration

Les AH1 peuvent être prescrits par tout médecin et doivent être pris par voie orale.

### ➤ Effets indésirables

Comme vu précédemment, les AH1 de 1ère génération peuvent être à l'origine de nombreux effets indésirables à cause de leur manque de sélectivité. En effet, ils peuvent agir sur les récepteurs histaminiques situés dans le cerveau, se traduisant cliniquement par un effet sédatif. De plus, ils peuvent se fixer sur les récepteurs cholinergiques périphériques et provoquer des effets anticholinergiques comme :

- Une sécheresse buccale,
- Une constipation,
- Une rétention urinaire,
- Des vertiges...

Contrairement à eux, les AH1 de 2ème génération sont beaucoup plus sélectifs et n'induisent pas ces effets indésirables. Ils sont en général très bien tolérés, les seuls effets pouvant être rapportés sont des céphalées et une asthénie.

**Selon la HAS, la résistance à un traitement AH1 ne s'envisage en général qu'après 4 à 8 semaines de traitement.** En l'absence de rémission complète et après évaluation de l'observance du patient, les seuls critères de jugement pour envisager un changement de traitement sont les suivants : (21)

- Retentissement sur la qualité de vie (quasiment systématique chez les patients atteints d'UCI)
- Importance du prurit
- Extension des lésions, poussées d'angioœdème

❖ Omalizumab (Xolair®) :

L'omalizumab est le **seul autre traitement ayant une AMM dans l'urticaire** chez les patients présentant une réponse insuffisante aux AH1 de 2ème génération.

Initialement indiqué dans le traitement de l'asthme allergique, l'omalizumab a obtenu, en 2014, un avis favorable de la HAS pour une extension d'indication à l'UCS pour les dosages 150 mg et 300 mg. (30) **Il doit être utilisé en traitement additionnel des AH1 de 2ème génération** en cas de réponse insuffisante à ces derniers, malgré une augmentation à quatre fois la dose standard. (21) Il est indiqué en 2ème intention dans l'UCS chez l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans.

➤ **Mécanisme d'action**

Omalizumab est un **anticorps monoclonal humanisé qui se fixe de manière sélective aux IgE humaines**, diminuant ainsi la quantité d'IgE libres. Cela provoque une diminution de l'activation des récepteurs FcεRI présents sur les mastocytes, beaucoup moins stimulés par les IgE. De ce fait, il en résulte une **inhibition de la dégranulation mastocytaire et un rétrocontrôle au niveau de ces récepteurs diminuant leur quantité à la surface des mastocytes**. Le lien de causalité avec l'amélioration des symptômes de l'UCS et de l'UCI n'a pas été entièrement élucidé. (31)

➤ **Posologie**

La dose recommandée est de **300 mg en injection SC toutes les 4 semaines**. En cas de réponse insuffisante, une augmentation de la dose jusqu'à 600 mg et/ou une diminution de l'espacement des prises jusqu'à une fois toutes les 2 semaines sont à considérer (hors AMM). (4,32)

### ➤ Prescription et administration

Ce traitement est disponible sous le nom de **XOLAIR®** sous forme de stylo ou de seringue préremplie. C'est un **médicament d'exception** qui, jusqu'en avril 2024, était à prescription initiale hospitalière. **Désormais, le XOLAIR® peut être initié en ville mais uniquement par certains spécialistes car sa prescription reste restreinte.** En effet, que ce soit pour l'initiation ou le renouvellement, seuls les pneumologues, pédiatres, ORL, dermatologues, allergologues et spécialistes en médecine interne peuvent le prescrire. (33)

Concernant l'administration, les trois premières injections sont réalisées par un professionnel de santé. A partir de la 4ème dose, le patient peut les effectuer lui-même s'il le souhaite.

### ➤ Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez les patients traités pour une UCS sont des sinusites, des céphalées, des arthralgies, des réactions au site d'injection (pouvant être un signe de réaction allergique) et des infections des voies aériennes supérieures. (31,32)

### ➤ Efficacité dans l'UCI

Malgré son indication limitée à l'UCS, **l'omalizumab s'est également révélé efficace dans l'UCI.** A ce jour, aucun essai clinique de grande envergure n'a été réalisé afin de tester l'efficacité de l'omalizumab dans le traitement de l'UCI. Cependant, quelques études à petite échelle ont été réalisées pour plusieurs formes d'UCI.

Un essai a été réalisé en Allemagne afin de tester l'efficacité de l'omalizumab dans le dermographisme symptomatique.(30)

Ce dernier est une étude multicentrique, randomisée, en double aveugle et contrôlée par placebo qui a été menée par les cliniques de l'urticaire de trois hôpitaux universitaires allemands. Cette dernière a duré 16 semaines et a été réalisée chez 55 patients adultes, âgés de 18 à 75 ans et atteints de dermographisme symptomatique résistant aux AH1, recrutés entre 2012 et 2014. (33)

Sur les 55 patients, 18 étaient sous placebo, 19 sous omalizumab 150 mg et 18 sous omalizumab 300 mg. Chaque patient a reçu 3 injections SC d'omalizumab ou de placebo à 4 semaines d'intervalle. A la fin des semaines 0, 4, 8, 10 et 16, les patients ont subi des tests de provocation à l'aide d'un FricTest® (outil décrit dans le *Tableau 3*) afin d'évaluer les seuils de déclenchements. (33)

La *figure 22* ci-dessous illustre les résultats des seuils de provocation avant (*baseline*) et après traitement (*Week 10 = 10e semaine*). Les seuils de provocation sont évalués de 0 à 4 :

- 0 signifie l'absence de réponse au test de provocation donc une réponse complète à l'essai
- 4 indique une réponse positive aux 4 pics du FricTest® dont celui avec la force la plus faible, ce qui révèle un test de provocation positif et une absence de réponse à l'essai
- un résultat entre 1 et 3 indique une réponse partielle, plus ou moins importante, à l'essai

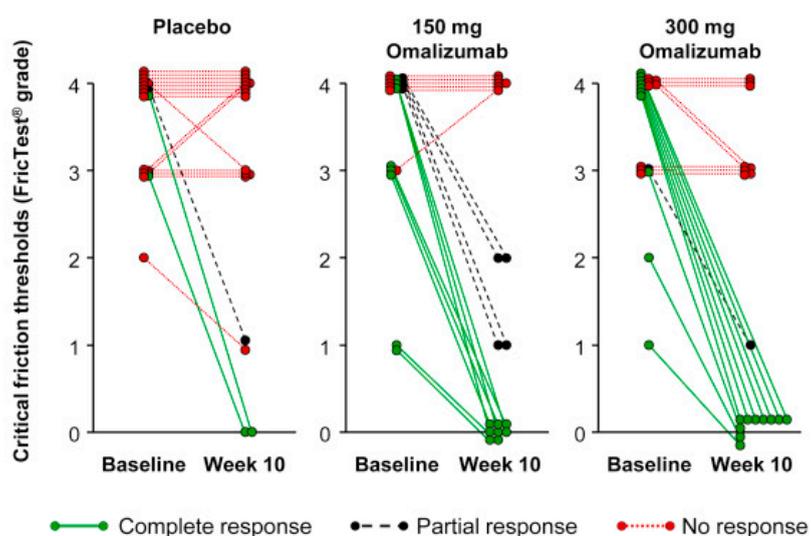


Figure 22 : Résultats des tests de provocation au FricTest® des différents groupes de l'essai avant et après traitement par omalizumab (33)

Cette étude révèle une réduction considérable des seuils de déclenchement dans le dermatographe symptomatique grâce à l'omalizumab. De plus, les deux dosages, 150 et 300 mg, se sont révélés efficaces sans différences statistiques importantes entre elles.

Les résultats de l'essai pour les différents groupes de patients sont les suivants :

Groupe de patients	Résultats de l'essai à la semaine 10 (en nombre de patients et pourcentage)		
	Absence de réponse	Réponse partielle	Réponse complète
Placebo (n = 18)	15 (83%)	1 (6%)	2 (11%)
Omalizumab 150 mg (n = 19)	6 (32%)	5 (26%)	8 (42%)
Omalizumab 300 mg (n = 18)	8 (44%)	0	10 (56%)

Tableau 14 : Réponses des différents groupes de l'essai à l'omalizumab - Semaine 10 (33)

Afin d'évaluer l'efficacité de l'omalizumab, les valeurs seuils (seuils de déclenchement) de chaque patient ont été comparées entre la semaine 0 et la semaine 10, donnant les résultats que l'on retrouve dans le *tableau 14*.

On constate que sur les 20 patients ayant obtenu une réponse complète à l'essai (absence de réponse au test de provocation à la semaine 10), 18 ont été traités par l'omalizumab. (33) Ces chiffres démontrent ainsi que ce dernier peut être efficace dans le traitement du dermographisme symptomatique.

#### ❖ Ciclosporine :

En cas d'échec de l'association AH1 de 2ème génération et omalizumab à une posologie optimisée, la ciclosporine (hors AMM) peut être utilisée en association aux AH1 de 2ème génération. (4,32)

La ciclosporine est un médicament **immunosuppresseur**, chef de file des inhibiteurs de la calcineurine. Il agit principalement sur les lymphocytes T en inhibant la production de leur facteur de croissance (TCGF) mais il a également une action anti-inflammatoire, probablement à l'origine de ses effets sur les symptômes de l'UC.

En raison de la fréquence et de la gravité de ses effets indésirables mais également de sa forte variabilité pharmacocinétique interindividuelle, **la ciclosporine est un médicament à marge thérapeutique étroite**. En effet, certains effets secondaires peuvent être graves comme une atteinte rénale ou hépatique ou encore des convulsions. De plus, la ciclosporine est un **inhibiteur du CYP3A4 et de la glycoprotéine P (P-gp)** ce qui peut augmenter les taux plasmatiques des autres médicaments s'ils sont des substrats de ces derniers.

Selon les recommandations internationales de 2020, **la ciclosporine est recommandée en troisième intention, hors AMM dans l'UC, à raison de 3,5 à 5 mg/kg/jour, en adjonction aux AH1 de 2nde génération**. (4)

#### ❖ Glucocorticoïdes :

Les glucocorticoïdes sont des médicaments ayant un **fort pouvoir anti-inflammatoire**, agissant en modulant l'expression génique d'un certain nombre de protéines impliquées dans la réaction inflammatoire.

Selon les recommandations internationales de 2020, **l'utilisation de glucocorticoïdes systémiques est déconseillée à long terme dans le traitement de l'UC**. (4)

En effet, la prise prolongée de cette classe thérapeutique expose le patient à des complications éventuelles comme de l'hypertension artérielle, une fonte musculaire, une prise de poids, une fragilisation des os et des vaisseaux voire une insuffisance surrénalienne secondaire.

Cependant, selon ces mêmes recommandations, il est suggéré d'envisager un traitement de courte durée par glucocorticoïdes systémiques chez les patients présentant une exacerbation aiguë de l'UC. (4) En effet, en cas de crise d'urticaire, une courte cure de corticostéroïdes oraux, c'est-à-dire un traitement d'une durée maximale de 10 jours, peut être utile pour réduire la durée et l'activité de cette dernière. (4) En raison du risque d'effet rebond lié à une cortico-dépendance, l'arrêt des corticoïdes doit se faire par palier si la durée de traitement dépasse les 10 jours.

De nombreuses molécules sont disponibles en France dont les plus couramment utilisées sont la prednisone et la prednisolone.

Concernant les pratiques courantes en France, le GUS (Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie) considère l'utilisation des corticoïdes en cas d'insuffisance des AH1 comme étant non souhaitable. En effet, le risque important de corticodépendance rend la corticothérapie générale délétère. **Susceptible d'accroître à moyen terme la durée et la sévérité de la maladie, cette classe thérapeutique est à supprimer de l'algorithme de prise en charge selon le GUS.** (34)

#### ❖ Anti-leucotriènes :

Cette classe thérapeutique fait également partie des traitements utilisés **hors AMM** dans l'urticaire. Le montélukast est la seule molécule commercialisée en France, elle agit en bloquant les récepteurs des leucotriènes, médiateurs lipidiques pro-inflammatoires. Ils peuvent être pris en association avec des AH1. (4)

#### ❖ Autres options thérapeutiques :

D'autres traitements ont été et sont encore utilisés dans le traitement de l'UC. Leur **efficacité interindividuelle est très variable** ce qui rend leur **usage moins fréquent**, aucune étude fiable n'ayant été effectuée à ce jour afin de prouver leur efficacité dans l'UC. Les lignes directrices internationales ne peuvent effectuer de recommandations concernant ces options thérapeutiques à cause du manque de preuves mais elles confirment qu'elles peuvent être envisagées dans des cas particuliers. Quelques-uns de ces traitements sont cités dans le *tableau 15* ci-après.

<b>Molécule</b>	<b>Classe thérapeutique</b>
Doxépine	<b>Antidépresseur</b> possédant également des propriétés antihistaminiques H1 et H2
Ranitidine	<b>Antihistaminique H2</b> (indisponible en France depuis 2019)
Dapsone	<b>Antimycobactérien</b> agissant sur les polynucléaires neutrophiles (indiqué en France dans le traitement de la lèpre)
Sulfasalazine	<b>Anti-inflammatoire intestinal</b> (indiqué en France dans la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn)
Méthotrexate	<b>Immunosuppresseurs</b>
Mycophénolate mofétil	
Colchicine	<b>Anti-inflammatoire</b> indiqué dans le traitement de la goutte

Tableau 15 : Exemples d'options thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'UC (hors recommandations internationales) (4)

### *iii. Médicaments déconseillés/contre-indiqués en cas d'urticaire chronique*

Certains médicaments sont fortement déconseillés voire contre-indiqués chez les patients atteints d'UC. En effet, **ils agissent comme facteurs d'aggravation de l'urticaire en favorisant la survenue de poussées.** (3,20)

Parmi eux, on retrouve :

- **Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)** : ils peuvent entraîner l'apparition d'angioedèmes de topographie essentiellement faciale, survenant généralement dans les premières semaines d'utilisation, mais parfois aussi après plusieurs mois ou années de traitement.(3,20) Un antécédent d'angioedème est une contre-indication aux IEC.(3,20) Cependant, un antécédent d'UC sans angioedème n'est pas une contre-indication à l'utilisation d'IEC mais nécessite une surveillance accrue. (20)
- **Les anti-inflammatoires stéroïdiens (cortisone) et non stéroïdiens (AINS) y compris l'aspirine** : ils peuvent être responsables d'une aggravation de l'UC, par un mécanisme non allergique. (3,20) La corticothérapie générale est davantage évitée de nos jours à cause du risque de corticodépendance, même s'il existe une divergence entre les recommandations internationales et celles du GUS (*aspect détaillé dans la partie précédente*).
- **Les substances histamino-libératrices** (opiacés, codéine, curares, bêta-lactamines, vancomycine, produits de contraste iodés, atropine...) : elles sont susceptibles d'aggraver une UC, en entraînant des poussées d'urticaire aiguë ou d'angioedème. (20) Leur utilisation nécessite ainsi une surveillance accrue chez les patients atteints d'UC.

#### iv. Suivi thérapeutique

##### ❖ Principes de base :

L'UCI est une pathologie dont l'activité est très variable au cours du temps. C'est pour cette raison que le suivi thérapeutique, influencé par l'évolution de la maladie, repose sur trois principes clés reliés entre eux comme l'illustre la *figure 23* ci-dessous.

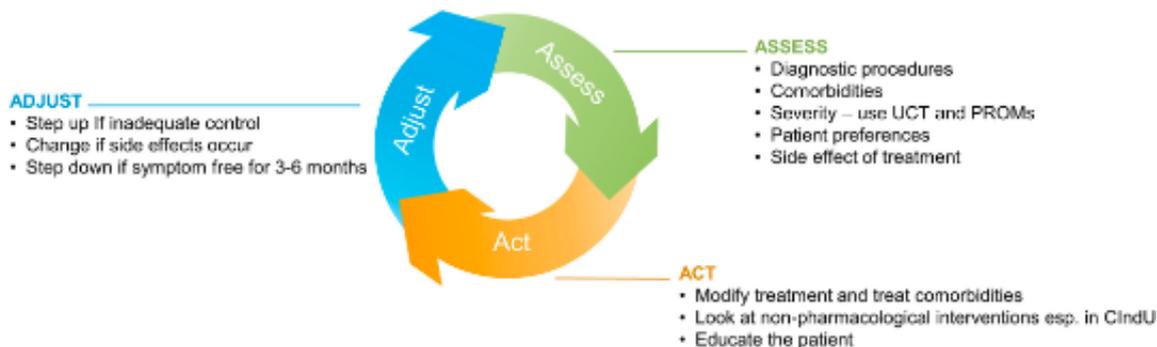


Figure 23 : Méthodologie du suivi thérapeutique dans l'UC (4)

Les trois principes de base du suivi thérapeutique sont les suivants :

- **Évaluer = Assess** : le but ici est d'établir un bilan général sur la pathologie et son retentissement sur la vie du patient. Cette étape inclut le diagnostic et la recherche de comorbidités (*détaillés dans la partie précédente*), l'évaluation de la sévérité de la maladie à l'aide des PROMs (*partie abordée ci-après*) et le dialogue avec le patient afin d'apprécier son ressenti vis à vis du traitement initié, notamment la survenue ou non d'effets secondaires.
- **Agir = Act** : le but ici est de réagir en fonction des données récoltées lors de la première étape. On peut alors décider de modifier le traitement si besoin et/ou de traiter les comorbidités s'il y en a. On procède également à l'éviction des facteurs déclenchants, bénéfique surtout en cas d'UCI, par exemple le froid dans l'urticaire au froid. L'éducation thérapeutique du patient est également abordée ici afin de donner au patient toutes les clés pour mieux comprendre sa pathologie et ainsi mieux vivre avec celle-ci au quotidien.
- **Ajuster = Adjust** : l'objectif est d'améliorer le contrôle de la maladie en ajustant le traitement si besoin. Si le contrôle est insuffisant, la posologie du traitement actuel est augmentée si possible. Si la dose maximale est atteinte et/ou s'il y a des effets indésirables importants, on change d'option thérapeutique. En l'absence de symptômes pendant 3 à 6 mois, une diminution de la posologie est envisageable.

❖ Les PROMs :

Les **PROMs** (*Patient Reported Outcome Measures*) sont des **outils validés et standardisés** utilisés en pratique clinique. Ils permettent de compléter l'évaluation des médecins et guident leurs décisions thérapeutiques à travers des questionnaires génériques et spécifiques d'une pathologie. C'est au patient de remplir ces questionnaires ce qui permet également d'améliorer la communication entre ce dernier et son médecin.

Le *tableau 16* ci-après détaille les différents PROMs pouvant être utilisés dans le cadre du suivi de l'UCI.

PROMs		Contenu et intérêts
Réalisés <u>en salle d'attente</u>	<p><b>UCT</b> (Urticaria Control Test) <i>Cf Annexe 1</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Composé de 4 questions, score de 0 à 16</li> <li>❖ <b>Intérêt</b> : Évalue le contrôle de l'UC par le traitement sur les 4 dernières semaines</li> <li>❖ <b>Résultats</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Score <math>\leq 11</math> = mauvais contrôle de la maladie, réévaluation du traitement</li> <li>➢ Score <math>\geq 12</math> = bon contrôle de la maladie, traitement maintenu</li> </ul> </li> </ul> <p>→ <b>Recommandé dans les mesures diagnostiques de routine en cas d'UCI selon les lignes directrices EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI</b></p>
	<p><b>DLQI</b> (Dermatology Life Quality Index) <i>Cf Annexe 2</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Composé de 10 questions, score de 0 à 30</li> <li>❖ <b>Intérêt</b> : Évalue l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient sur les 7 derniers jours</li> <li>❖ <b>Résultat</b> : Score <math>&gt; 10</math> = mauvaise qualité de vie</li> </ul>
	<p><b>CU-Q2oL</b> (Chronic Urticaria Quality Of Life Questionnaire) <i>Cf Annexe 3</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Autre score évaluant l'impact de l'urticaire sur la qualité de vie mais cette fois-ci sur quinze jours</li> <li>❖ Plus précis que le DLQI (deux questions de plus)</li> </ul>
	<p><b>AE-QoL</b> (Angioedema Quality Of Life) <i>Cf Annexe 4</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Concerne uniquement les patients ayant des angioedèmes récurrents</li> <li>❖ <b>Intérêt</b> : Évalue l'impact des angioedèmes sur la qualité de vie du patient sur les 4 dernières semaines</li> </ul>
Réalisés <u>à domicile</u>	<p><b>UAS 7</b> (Urticaria Activity Score) <i>Cf Annexe 5</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tableau à remplir à domicile dans lequel le patient inscrit le nombre de plaques et l'intensité des démangeaisons sur 24h. La somme des deux scores sur 7 jours donne le résultat de l'UAS 7</li> <li>❖ <b>Intérêts</b> : Évalue l'activité de l'urticaire (évolution des symptômes sur sept jours) et l'efficacité du traitement</li> <li>❖ <b>Résultats</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <math>0 \leq \text{score} \leq 6</math> = activité urticarienne nulle ou bien contrôlée</li> <li>➢ <math>7 \leq \text{score} \leq 15</math> = activité légère</li> <li>➢ <math>16 \leq \text{score} \leq 27</math> = activité modérée</li> <li>➢ Score <math>&gt; 28</math> = activité sévère</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>AAS</b> (Angioedema Activity Score) <i>Cf Annexe 6</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Concerne uniquement les patients ayant des angioedèmes récurrents, score sur 7 jours à réaliser quatre semaines d'affilée</li> <li>❖ <b>Intérêts</b> : Évalue la récurrence et la sévérité des poussées d'angioedème</li> </ul>

Tableau 16 : Contenu et intérêts des différents PROMs dans l'urticaire (4)

❖ Etude sur la connaissance et l'utilisation des PROMs dans le monde

Une étude américaine, publiée en juin 2024 dans le journal officiel de l'American Academy of Allergy Asthma and Immunology, a mis en évidence la **sous-utilisation des PROMs à l'échelle mondiale**. (35)

Le but de cette étude est d'analyser l'utilisation réelle des PROMs en diffusant un questionnaire dans des centres d'allergologie et de dermatologie dans 73 pays différents.

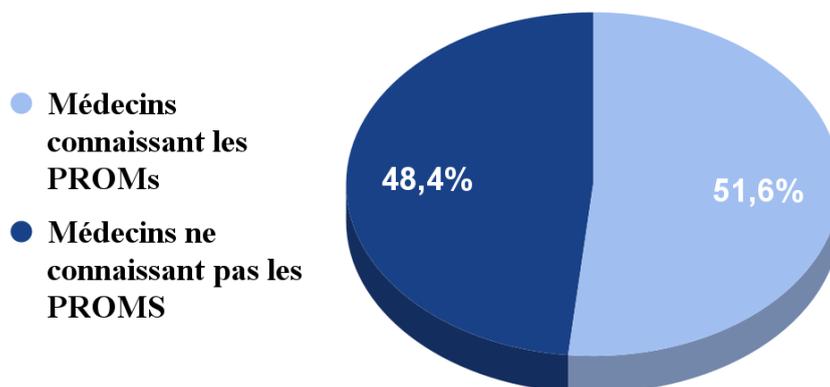


Figure 24 : Analyse quantitative de la connaissance des PROMs par les 2534 médecins interrogés (35)

Sont répertoriés dans le graphique ci-dessus une partie des résultats de cette étude : sur les 2534 médecins interrogés, 1308 connaissent les PROMs et **28% d'entre eux (soit 370 médecins) les utilisent pour l'UC**. Ceux qui les pratiquent le font en général rarement ou parfois et **les plus utilisés pour l'urticaire sont l'UAS 7 et l'UCT**. (35)

On constate une méconnaissance importante et une sous-utilisation de ces outils au niveau mondial. Selon les médecins interrogés, les principaux obstacles à l'utilisation de ces questionnaires sont la contrainte de temps et le manque d'intégration dans la pratique clinique.

Pour ce qui est de la France, **la HAS recommande fortement l'utilisation des PROMs** en réalisant des guides d'utilisation de ces derniers pour des pathologies chroniques comme la BPCO, l'insuffisance cardiaque ou encore l'obésité.

Selon la HAS, *“les questionnaires PROMs sont des outils importants pour la prise en charge des patients atteints notamment de pathologie chronique, et la bonne organisation de leur parcours de prise en charge. Ils facilitent la communication entre les patients et les professionnels de santé, ainsi que l'engagement des patients.”* (36)

## 5. IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

### a. Impact sur la vie quotidienne

L'urticaire chronique, notamment l'UCI, n'est pas une pathologie grave mais elle peut être très invalidante au quotidien. En effet, elle peut avoir un **impact multidimensionnel majeur sur la qualité de vie du patient**.

#### i. *L'éviction des déclencheurs*

L'UCI, à cause de ses nombreux déclencheurs, entraîne des **restrictions au quotidien** qui peuvent vite représenter un fardeau pour le patient.

Les poussées d'UCI étant déclenchées par des stimuli physiques et/ou environnementaux, l'éviction de ces derniers réduit fortement l'activité de la maladie. Cependant, cette éviction peut également entraîner une altération de la qualité de vie. Par exemple, pour les patients atteints d'urticaire solaire devant éviter d'être en extérieur ou encore pour les patients atteints d'URP dont la simple position assise ou la marche peuvent déclencher des symptômes.

#### ii. *Une anxiété polyfactorielle*

Une grande partie des patients atteints d'UCI, et plus généralement d'UC, présentent une **anxiété dépendante de plusieurs facteurs**. L'un d'eux est généralement une **incompréhension liée à leur parcours** car, malgré les avancées dans les méthodes diagnostiques et la prise en charge, l'UCI reste de nos jours une pathologie avec de nombreuses inconnues. Si certains spécialistes ont bien suivi les évolutions conceptuelles récentes de l'urticaire, il n'en est pas de même de l'ensemble des praticiens, comme l'illustre l'étude sur la connaissance des PROMs dans la partie précédente, aboutissant souvent à une prise en charge inadaptée. (34)

De plus, par manque de temps et de moyens, beaucoup de médecins ne peuvent effectuer d'explications supplémentaires, souvent nécessaires à la compréhension du patient. C'est pour cela que sont mis en place de **nouvelles stratégies d'éducation thérapeutique et de soutien** :

- Les **associations de patients** : par exemple l'AFSAM-UCS (Association Française Syndrome Activation Mastocytaire - Urticaire Chronique Spontanée)
- Les **patients "experts"** : personnes atteintes de la maladie ayant effectué des formations afin que leur expertise soit reconnue
- L'utilisation des **PROMs** : le DLQI (*Annexe 2*) et le Cu-Q2oL (*Annexe 3*) permettent un suivi de l'impact de l'UC sur la qualité de vie du patient
- Les **entretiens personnalisés avec un professionnel de santé formé** (ex : entretien pharmaceutique, psychothérapie...)

Comme toutes les maladies chroniques, il existe des interactions entre le psychisme et la peau pouvant favoriser certaines poussées de la maladie. Le stress à lui seul n'induit pas l'UC, mais **les périodes de stress peuvent favoriser ou aggraver les poussées, d'où l'importance de la prise en charge de ce stress.**

### *iii. Une perturbation du rythme de vie*

Les symptômes de l'UC peuvent se déclencher durant la nuit ce qui **perturbe fortement le sommeil des patients** et impacte donc également leur journée, les rendant souvent moins productifs au travail (*détaillé ci-après*) mais peut aussi **impacter leur vie sociale.**

En effet, beaucoup de patients atteints d'UC, et notamment d'UCI, disent éviter les sorties par peur de développer des symptômes en dehors de chez eux mais aussi à cause de l'éviction des déclencheurs. La fatigue pouvant être particulièrement importante après une crise d'urticaire, cela participe également à la **diminution de leurs interactions sociales.** Cette dernière pouvant favoriser l'anxiété donc la survenue d'une poussée, cela peut conforter le patient dans son isolement, induisant un véritable "**cercle vicieux**" duquel il est compliqué de sortir.

### b. Impact sur la vie professionnelle

Comme évoqué dans le chapitre 2. *Epidémiologie*, **l'UC peut avoir un impact professionnel important.** En effet, ce dernier est peu décrit alors que **le pic d'incidence de cette pathologie se situe entre 20 et 40 ans**, période durant laquelle survient la majorité de la période professionnelle.

C'est donc dans l'objectif d'évaluer l'impact professionnel de l'UC et de son traitement qu'une étude observationnelle monocentrique a été réalisée au sein du service de dermatologie-allergologie du CHU de Montpellier entre juillet 2021 et juillet 2022. (37)

L'étude a inclus 88 patients atteints d'UC. Sur ces 88 patients, 85 exerçaient un emploi lors de la réalisation de l'étude. Le critère d'évaluation principal était l'impact subjectif de l'UCS et de l'UCI sur la vie au travail de ces patients. Pour cela, ces derniers ont dû répondre à un autoquestionnaire avec une échelle visuelle analogique (EVA) graduée de 0 à 10. Une réponse EVA > 5 était considérée comme reflétant un impact significatif de l'UC sur la vie au travail, et une réponse EVA ≥ 7 comme un impact sévère. (37)

Sur les 88 patients interrogés, 73 (83 %) présentaient des symptômes d'UC au travail. Dans 68,5 % des cas ces symptômes survenaient au moins une fois par semaine. Parmi ces 73 patients, 27 avaient une UCS isolée et 46 avaient une comorbidité UCS + UCI. (37)

Concernant l'impact sur le travail, le score EVA moyen était d'environ  $5,5 \pm 3$ . Comme l'illustre la *figure 25* de gauche, l'UC avait un retentissement professionnel significatif ( $EVA > 5$ ) chez 55,7 % des patients ( $n=49$ ) et parmi eux, 36 personnes ont rapporté un retentissement majeur ( $EVA \geq 7$ ) comme le montre la *figure 25* de droite. (37)

De plus, 18,2 % des patients rapportaient que les effets indésirables de leur traitement affectent leur travail. (37)

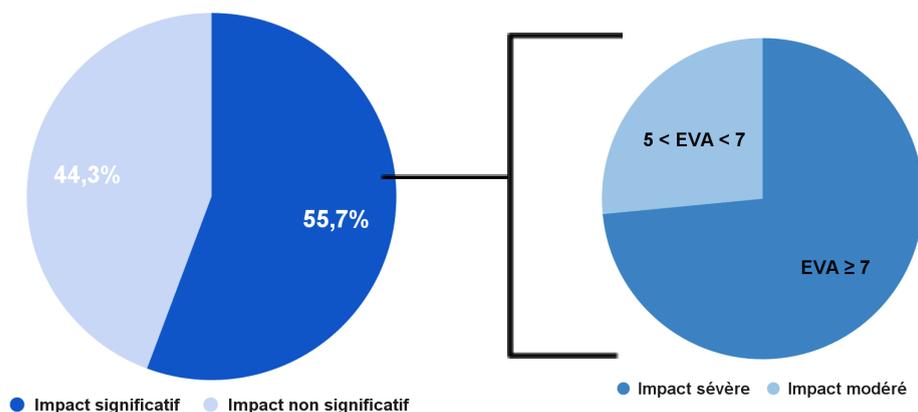


Figure 25 : Impact professionnel de l'UC (37)  
Résultats par réponses EVA sur les 88 patients (*gauche*)  
Résultats par réponse EVA chez les 49 patients ayant un impact significatif (*droite*)

# L'urticaire chronique inductible (UCI)

© Lucie COQUEREL-2025



## Qu'est ce que l'urticaire chronique ?

L'urticaire est une maladie **inflammatoire** de la peau et/ou des muqueuses se présentant sous la forme de plaques et/ou d'oedèmes. Elle est considérée comme **chronique** lorsque ces symptômes apparaissent **plusieurs fois par semaine pendant plus de 6 semaines**.



## Quels sont les symptômes ?

- **Plaques** (ou papules) souvent rouges et **qui démangent** (ou brûlent) ressemblant à des piqûres d'ortie. Elles peuvent apparaître sur tout le corps et ne persistent pas plus de 24h.  
**ET/OU**
- **Oedèmes** (ou angioedèmes) : **gonflements** atteignant souvent le visage mais aussi les mains et les pieds. Ils peuvent durer jusqu'à 72h mais ne sont **jamais graves** (sauf pour l'urticaire au froid).

## Que signifie "inductible" ?



On caractérise cette urticaire d'inductible car les crises sont **déclenchées (induites) par des évènements physiques ou environnementaux** spécifiques.

## Les différentes formes d'UCI

Forme d'UCI	Déclencheur	Exemple de situation déclenchante
<b>Dermographisme symptomatique</b>	Frottements (1)	Ceinture frottant sur la peau
<b>Urticaire retardée à la pression</b>	Pression forte et prolongée (1)	Position assise prolongée
<b>Urticaire au froid</b>	Contact avec une substance/surface froide (1)	Baignade en eau froide
<b>Urticaire à la chaleur</b>	Contact direct avec une source de chaleur (1)	Ingestion de liquides chauds
<b>Urticaire solaire</b>	Exposition aux radiations solaires (1)	Exposition solaire
<b>Urticaire cholinergique</b>	Réchauffement actif ou passif de l'organisme	Exercice physique (réchauffement actif)
<b>Urticaire de contact</b>	Contact direct avec un agent "urticant" (1)	Piqûre de méduse
<b>Urticaire aquagénique</b>	Contact avec de l'eau (1)	Baignade
<b>Angioedème vibratoire</b>	Exposition à des vibrations (1)	Utilisation d'une tondeuse



## Quels sont les traitements ?

Le traitement donné en 1ère intention est l'**anti-histaminique**. Il permet de réduire les symptômes et leur durée chez la majorité des patients.

La dose standard est d'**un comprimé par jour**, même en l'absence de symptômes, mais elle peut être augmentée jusqu'à 4 par jour.

**Exemples : Desloratadine (Aerius®), Bilastine (Inorial® et Bilaska®), Ebastine (Kestin®), Levocétirizine (Xyzall®), Cétirizine (Zyrtec®)...**

Si les anti-histaminiques ne sont pas assez efficaces, **d'autres options de traitement existent** et peuvent vous être prescrites par votre médecin.

**Exemples : Omalizumab (Xolair®), Ciclosporine...**

**La cortisone n'est pas recommandée en cas d'urticaire chronique (2)**

(1) sur la peau (2) selon le GUS (Groupe Urticaire de la Société Française de dermatologie) : risque d'aggraver voire de déclencher une crise

Figure 26 : Fiche d'informations destinée au patient (recto)

## Quelles sont les conséquences de l'UCI ?

L'UCI n'est pas une maladie grave mais elle peut fortement impacter la qualité de vie, les événements déclencheurs pouvant être difficiles à éviter au quotidien.

L'UCI peut être une **source de stress**, ce dernier n'étant pas à l'origine de la maladie mais pouvant favoriser voire aggraver les symptômes.

Les patients peuvent voir leur **rythme de sommeil perturbé**, entraînant une fatigue +/- intense pouvant altérer leur vie sociale et professionnelle.



### Gestion du stress

Psychothérapie, méditation, communication avec l'entourage...

### Pas de régime alimentaire

Inutile et source de stress

### CONSEILS GÉNÉRAUX

### Éviter l'automédication

Certains médicaments peuvent aggraver voire déclencher une crise  
(Ex : les anti-inflammatoires comme l'aspirine et l'ibuprofène)

### Signaler ma maladie à tout nouveau professionnel de santé

#### DERMOGRAPHISME :

- Éviter le port de vêtements/accessoires trop serrés
- Privilégier la toilette à la main (*plutôt que les gants de toilette*), les brosses à poils doux et les serviettes douces (*microfibre*)

#### URP :

- Éviter le port prolongé de charges lourdes et le port de vêtements/accessoires trop serrés
- Privilégier la natation au vélo (*position assise prolongée = risque d'oedèmes*)

#### URTICAIRE AU FROID :

- Toujours avoir sa trousse d'urgence sur soi
- Éviter les déplacements en extérieur par temps froid (*sinon bien se couvrir, surtout les zones exposées : mains, pieds et visage*)
- Pas de baignade en eau froide
- Privilégier la consommation de liquides/aliments tièdes ou chauds

#### URTICAIRE À LA CHALEUR :

- Prendre des douches/bains tièdes (*max 37°C*)
- Privilégier la consommation de liquides/aliments froids ou tièdes

### CONSEILS SPÉCIFIQUES

#### URTICAIRE SOLAIRE :

- Éviter au maximum l'exposition solaire, surtout entre 11h et 16h (*sinon port obligatoire de vêtements couvrants + protection solaire maximum*)
- Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à 24h après l'exposition

#### ANGIOEDÈME VIBRATOIRE :

- Éviter les métiers du BTP (*sinon pas de manipulation d'outils vibrants*) et les loisirs exposants à des vibrations (*ex : vélo*)

#### URTICAIRE CHOLINERGIQUE :

- Éviter les efforts intenses (*adapté à votre sensibilité*) et l'ingestion d'aliments épicés et de boissons chaudes
- Prendre des bains/douches tièdes (*max 37°C*)

#### URTICAIRE DE CONTACT :

- Retrait de la substance incriminée, port de gants
- Éviter les métiers à risque (*laboratoire, secteurs agricole, alimentaire...*)

#### URTICAIRE AQUAGÉNIQUE :

- Baignades : immersion progressive dans l'eau, éviter les eaux froides

### Liens utiles

- Association de patients : AFSAM-UCS (Association Française Syndrome Activation Mastocytaire - Urticaire Chronique Spontanée) <https://www.afsam.fr/>
- Site de la Société Française de Dermatologie : fiches d'informations destinées aux patients dont une sur l'urticaire <https://www.sfdermato.org/>
- Site du Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie : dernières recommandations et fiches d'informations sur l'urticaire <https://www.sfdermato.org/groupe-6->



Figure 26 : Fiche d'informations destinée au patient (verso)

## 6. TABLEAU RÉCAPITULATIF

SOUS-TYPES D'UCI	DÉCLENCHEUR	EXEMPLES DE SITUATIONS DÉCLENCHANTES	CARACTÉRISTIQUE(S) SPÉCIFIQUE(S)	TESTS DE PROVOCATIONS DISPONIBLES	CONSEILS
DERMOGRAPHISME SYMPTOMATIQUE	Fricion de la surface cutanée	Frottements dus aux vêtements (ceinture, montre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lésion urticaire typique dessinant fidèlement la zone traumatisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fricion cutanée avec un objet lisse et ébroussé</li> <li>Dermographomètre (ex : FricTest®)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter les frottements sur la peau : Éviter le port de ceintures trop serrées</li> <li>Ne pas porter de vêtements/bijoux trop serrés</li> <li>Privilégier la toilette à la main (éviter les gants de toilette) et les serviettes en microfibre (tapoter au lieu de frotter)</li> <li>Privilégier les brosses douces aux poignées</li> </ul>
URTICAIRE RETARDEE À LA PRESSION (URP)	Application d'une pression forte et prolongée	Port de charges lourdes, position assise prolongée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oedème(s) cutané(s) douloureux localisé(s)</li> <li>Présente souvent les signes biologiques d'un syndrome inflammatoire (VS, CRP et leucocytes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Application d'une pression soutenue sur la peau : Bandoulière sur l'épaule</li> <li>Poids calibrés sur le dos, la cuisse ou l'avant-bras</li> <li>Dermographomètre sur le dos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter le port, surtout prolongé, de charges lourdes</li> <li>Pratiquer une activité physique adaptée : privilégier la natation au vélo ou à la course</li> <li>Ne pas porter de vêtements/bijoux trop serrés</li> <li>Si manipulation d'outils : port de gants</li> </ul>
URTICAIRE AU FROID	Contact cutané avec une substance/surface froide	Baignade en eau froide, ingestion de liquides/aliments froids	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zones les plus touchées = les plus exposées (mains et visage)</li> <li>Seule forme d'UCI avec un vrai risque de symptômes systémiques graves (baignade)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test au glaçon</li> <li>Immersion de l'avant-bras dans une eau à 5-10°C</li> <li>Mesures TempTest® (effet Peltier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toujours avoir sa trousse d'urgence sur soi (risque d'œdème de Quincke)</li> <li>Éviter les sports ou déplacements en extérieur par temps froid, sinon se couvrir au maximum en insistant sur les zones exposées (extrémités et visage)</li> <li>Proscrire les baignades en eau froide ++</li> <li>Éviter la consommation d'aliments et de liquides froids</li> </ul>
URTICAIRE À LA CHALEUR	Contact cutané direct avec une source de chaleur	Baignade en eau chaude, ingestion de liquides/aliments chauds	<ul style="list-style-type: none"> <li>À différencier de l'urticaire cholinergique (réchauffement actif/passif de l'organisme) et de l'urticaire solaire (exposition aux radiations solaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en contact de récipients en verre ou en métal remplis d'eau chaude sur la peau</li> <li>Immersion de l'avant-bras dans une eau à 40°C</li> <li>Mesures TempTest® (effet Peltier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter les baignades en eau chaude (jacuzzi), les saunas, les hammams...</li> <li>Prendre des douches/bains tièdes</li> <li>Éviter la consommation d'aliments et de liquides chauds</li> </ul>
URTICAIRE SOLAIRE	Exposition aux radiations solaires (UV et visible)	Exposition solaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>La sévérité des symptômes dépend de la durée et de l'intensité du rayonnement solaire et de la sensibilité solaire individuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition du bras à la lumière naturelle du soleil</li> <li>Simulateurs solaires : Avec filtres (UV-A et UV-B)</li> <li>Avec monochromateur (UV-A, UV-B et visible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter au maximum l'exposition solaire, surtout entre 11h et 16h</li> <li>En cas d'exposition : port de vêtements couvrants + protection solaire obligatoire (insister au niveau du décolleté, des bras et des jambes qui sont le plus souvent touchés)</li> <li>Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à 24h après l'exposition (risque de formes retardées)</li> </ul>
ANGIOÈDÈME VIBRATOIRE	Exposition cutanée à des vibrations	Utilisation d'un marteau piqueur ou d'une tondeuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angioedème prurigineux circonscrit au niveau de la zone exposée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contact cutané avec un agitateur vortex de laboratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviter l'exposition aux vibrations intenses : Dans le cadre professionnel : éviter les métiers du BTP</li> <li>Éviter les loisirs exposant à des vibrations comme le VTT</li> </ul>
URTICAIRE CHOLINERGIQUE	Réchauffement actif ou passif de l'organisme	Exercice physique (actif) ou bain chaud (passif)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petites papules monomorphes très prurigineuses de 1 à 4 mm de diamètre et cernées d'un halo érythémateux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reproduction d'un réchauffement actif : réalisation d'un exercice physique modéré</li> <li>Reproduction d'un réchauffement passif : immersion complète dans un bain à 42°C</li> <li>Ergométrie à impulsions contrôlées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratiquer une activité physique adaptée à sa sensibilité (seuil de déclenchement), éviter les efforts intenses</li> <li>Éviter l'ingestion d'aliments et de boissons chauds/épicés</li> <li>Prendre des bains/douches tièdes</li> <li>Prise en charge du stress émotionnel</li> </ul>
URTICAIRE DE CONTACT	Contact cutané direct avec un agent exogène "urticants"	Contact avec des métaux, de l'ortie ou des produits chimiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>A l'origine de nombreuses urticaires professionnelles</li> <li>Sa forme non allergique ne nécessite pas de sensibilisation antérieure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prick-test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éviction totale de(s) substance(s) incriminées</li> <li>Professions à risques (secteur de la santé, alimentaire, laboratoire, agricole, coiffure...) : Prévention collective : substitution ou retrait des substances urticantes, limitation des contacts cutanés (port de gants) et aéroportés (ventilation et aspiration correctes) et information du personnel</li> <li>Prévention individuelle : port de gants adaptés à l'activité professionnelle</li> </ul>
URTICAIRE AQUAGÉNIQUE	Contact cutané avec de l'eau	Baignade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les sources d'eau peuvent être concernées</li> <li>A différencier du prurit aquagénique n'entraînant pas de lésions cutanées visibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Application d'une compresse/serviette imbibée d'eau à 37°C sur le tronc du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baignades : Pas de baignades en eau froide ++</li> <li>Immersion progressive dans l'eau, ne pas sauter directement</li> </ul>

Tableau 17 : Synthèse des différentes formes d'UCI

## 7. CONCLUSION

Après de nombreuses années de bilans diagnostiques exhaustifs et d'errance thérapeutique dus à une incompréhension de la maladie, la prise en charge de l'urticaire chronique inducible a récemment évolué.

Longtemps associée à une physiopathologie d'origine allergique, les avancées scientifiques ont permis de déceler son caractère inflammatoire, simplifiant son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique.

Certes, la maladie est aujourd'hui mieux comprise par les dermatologues mais il n'en est pas de même pour l'ensemble des praticiens. Cela expose les patients à une prise en charge inadaptée et parfois dangereuse, notamment à travers la surprescription de corticoïdes, classe thérapeutique n'ayant pas sa place dans le traitement de l'UCI selon le GUS.

C'est pourquoi l'un des axes d'amélioration concernant cette pathologie est l'information simple et homogène des professionnels de santé.

L'UCI est une pathologie sans gravité (sauf cas particulier) mais elle est à l'origine d'un lourd impact psychologique et social affectant la qualité de vie des patients atteints. De plus, le peu de données épidémiologiques récoltées sur l'urticaire chronique mettent en évidence une errance thérapeutique encore trop présente, notamment en France.

Les patients peuvent se sentir seuls et incompris, d'où l'importance d'un accompagnement psychologique, notamment à travers des associations de patients.

En outre, l'éducation thérapeutique des patients (ETP), méthode d'apprentissage et d'accompagnement des personnes atteintes de maladie chronique, est un outil prometteur encore trop peu utilisé de nos jours par manque de temps et de moyens.

Malgré des avancées majeures sur l'élucidation de cette pathologie, l'UCI présente encore de nombreuses inconnues, notamment épidémiologiques. La mise en place d'études multicentriques sur l'UCI permettraient peut-être de mettre en lumière certaines particularités de cette maladie qui la rendent encore si mystérieuse.

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. Elsan [Internet]. [cité 5 nov 2024]. Urticaire. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-generale/urticaire-causes-traitements>
2. strategie\_urticaire.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/Strategies/strategie\\_urticaire.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_urticaire.pdf)
3. Jean François Nicolas, Jean Thivolet, Catherine Goujon, éditeurs. Les urticaires : de la clinique à la thérapeutique. John Libbey Eurotext; 2001. 205 p. (EJD book series).
4. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy [Internet]. 2022 [cité 17 sept 2024];77(3):734-66. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.15090>
5. Inserm [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Urticaire · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/urticaire/>
6. Urticaire : symptômes et causes [Internet]. [cité 24 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/urticaire/reconnaitre-urticaire>
7. PECK G, HASHIM MJ, SHAUGHNESSY C, MUDDASANI S, ELSAYED NA, FLEISCHER AB. Global Epidemiology of Urticaria: Increasing Burden among Children, Females and Low-income Regions. Acta Derm Venereol [Internet]. 22 avr 2021 [cité 17 sept 2024];101(4):795. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9364256/>
8. Maurer M, Houghton K, Costa C, Dabove F, Ensina LF, Giménez-Arnau A, et al. Differences in chronic spontaneous urticaria between Europe and Central/South America: results of the multi-center real world AWARE study. World Allergy Organ J. 2018;11:32.
9. Guillet G, Giordano-Labadie F, Becherel PA, Pralong P, Delbarre M, Outtas O, et al. Étude de l'impact de la prise en charge de l'urticaire chronique : données initiales françaises de l'étude AWARE. Rev Fr Allergol [Internet]. 1 avr 2017 [cité 25 sept 2024];57(3):240. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032017301100>
10. Janis Kuby, Judith Owen, Jenni Punt, Sharon A. Stranford. Immunologie : le cours de Janis Kuby. 7e édition. Dunod; 2014. 800 p. (Sciences sup Sciences de la vie cours).
11. Janis Kuby, Jenni Punt, Judith Owen, Sharon A. Stranford, Patricia P. Jones. Immunology. 8th edition. Macmillan education; 2019. 805 p.
12. Milliat F, François A. Les mastocytes, stakhanovistes de l'immunité: Un rôle énigmatique dans les lésions radiques.... médecine/sciences [Internet]. févr 2018 [cité 23 oct 2024];34(2):145-54. Disponible sur: <https://www.medecinesciences.org/10.1051/medsci/20183402012>
13. Nosbaum A, Augéy F, Nicolas JF, Bérard F. Physiopathologie de l'urticaire. Ann Dermatol Vénéréologie [Internet]. 1 nov 2014 [cité 15 avr 2024];141:S559-64. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963814701589>
14. Les médiateurs de l'inflammation — Site des ressources d'ACCES pour enseigner les Sciences de la Vie et de la Terre [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: <https://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/immunité-et-vaccination/thematiques/immunité-innée-barrières-naturelles-et-réaction-inflammatoire/les-médiateurs-de-l2019inflammation>

15. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Giménez-Arnau A, Grattan CEH, Lawlor F, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy* [Internet]. 2016 [cité 3 oct 2024];71(6):780-802. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12884>
16. Ornek Ozdemir S, Kuteyla Can P, Degirmentepe EN, Cure K, Singer R, Kocaturk E. A comparative analysis of chronic inducible urticaria in 423 patients: Clinical and laboratory features and comorbid conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2024 [cité 5 févr 2025];38(3):513-20. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.19637>
17. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 8 nov 2024]. Image:Dermographisme. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/multimedia/image/dermographisme>
18. Soyoz O, Sancakli O, Celik FC, Boluk SO, Taskirdi I, Haci IA, et al. Cold urticaria in children may be the cause of anaphylaxis: Clinical findings of our patients. *Rev Fr Allergol* [Internet]. 1 mai 2023 [cité 16 nov 2023];63(4):103259. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032022004407>
19. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Urticaire - Troubles dermatologiques. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/prise-en-charge-d-u-patient-atteint-de-troubles-dermatologiques/urticaire>
20. urticaire\_et\_angio-oedeme\_arce.pdf [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Disponible sur: [https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\\_de\\_premier\\_recours/documents/infos\\_soignants/urticaire\\_et\\_angio-oedeme\\_arce.pdf](https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/urticaire_et_angio-oedeme_arce.pdf)
21. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 avr 2024]. Prise en charge de l'urticaire chronique. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272211/fr/prise-en-charge-de-l-urticaire-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272211/fr/prise-en-charge-de-l-urticaire-chronique)
22. Facteurs susceptibles d'induire la dégranulation mastocytaire [Internet]. Site internet maladies rares de l'hôpital Necker. [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://maladiesrares-necker.aphp.fr/facteurs-susceptibles-dinduire-la-degranulation-mastocytaire/>
23. SFD\_2019-11\_synthèse\_urticaire-chronique-spontanée.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: [https://document.sfdermato.org/reco/urticaire-chronique-spontan%C3%A9e/SFD\\_2019-11\\_synth%C3%A8se\\_urticaire-chronique-spontan%C3%A9e.pdf](https://document.sfdermato.org/reco/urticaire-chronique-spontan%C3%A9e/SFD_2019-11_synth%C3%A8se_urticaire-chronique-spontan%C3%A9e.pdf)
24. Outil Frictest® - facile, simple et économique | évaluation de l'urticaire de contact et dermatographique [Internet]. 2020 [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://medelink.ca/allergy/sub-page-frictest/>
25. Mehta A, Godse K, Agarwal S, Patil S. Feasibility and Utility of the Fric Test in Symptomatic Dermographism: A Pilot Study. *Indian J Dermatol* [Internet]. 2015 [cité 21 nov 2024];60(6):638. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681236/>
26. Brochure\_Temptest.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: [https://medelink.ca/wp-content/uploads/2023/06/Brochure\\_Temptest.pdf?srltid=AfmBOopNdmKxaoQtILNdHoK71m6PhOc6Pdsr3fOi7Cq31VqFM-sLJhQ](https://medelink.ca/wp-content/uploads/2023/06/Brochure_Temptest.pdf?srltid=AfmBOopNdmKxaoQtILNdHoK71m6PhOc6Pdsr3fOi7Cq31VqFM-sLJhQ)
27. Adamski H, Viguiet M. L'urticaire solaire. *Ann Dermatol Vénéréologie* [Internet]. avr 2012 [cité 28 nov 2024];139(4):324-8. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963812000531>

28. rg-augey-version-finale-84ac0f648276fe3c5eb70b16ef274273.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/upload/groupe/bloc/file/rg-augey-version-finale-84ac0f648276fe3c5eb70b16ef274273.pdf>
29. Vincent Arcani, Charlotte Reytier. Médicaments : 2e cycle et internat en pharmacie. MED-LINE; 2022. 274 p.
30. CT-13773\_XOLAIR\_PIC\_EI\_Avis2\_CT13773.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13773\\_XOLAIR\\_PIC\\_EI\\_Avis2\\_CT13773.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13773_XOLAIR_PIC_EI_Avis2_CT13773.pdf)
31. VIDAL [Internet]. [cité 21 déc 2024]. XOLAIR 150 mg sol inj en seringue préremplie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/xolair-150-mg-sol-inj-en-seringue-preremplie-92490.html>
32. CT-20272\_XOLAIR\_PIC\_REEV\_AvisDef\_CT20272.pdf [Internet]. [cité 21 déc 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20272\\_XOLAIR\\_PIC\\_REEV\\_AvisDef\\_CT20272.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-20272_XOLAIR_PIC_REEV_AvisDef_CT20272.pdf)
33. Maurer M, Schütz A, Weller K, Schoepke N, Peveling-Oberhag A, Staubach P, et al. Omalizumab is effective in symptomatic dermographism—results of a randomized placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 1 sept 2017 [cité 21 déc 2024];140(3):870-873.e5. Disponible sur: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(17\)30514-6/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30514-6/fulltext)
34. Groupe Urticair de la Société Française de Dermatologie (GUS) [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.sfdermato.org/groupe-6->
35. Cherrez-Ojeda I, Bousquet J, Giménez-Arnau A, Godse K, Krasowska D, Bartosińska J, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Atopic Dermatitis and Chronic Urticaria Are Underused in Clinical Practice. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. juin 2024 [cité 13 sept 2024];12(6):1575-1583.e1. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213219824003490>
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 sept 2024]. Aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3501799/fr/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501799/fr/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante)
37. BAUDY A, RAISON-PEYRON N, SERRAND C, CRÉPY MN, DU-THANH A. Impact of Chronic Spontaneous or Inducible Urticaria on Occupational Activity. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 29 mars 2024 [cité 29 janv 2025];104:36122. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11000653/>

## 9. ANNEXES

### ANNEXE 1 : questionnaire UCT (PROM)

#### 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 2 : questionnaire DLQI (PROM)



### 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)** ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> 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** ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement** empêché de **travailler** ou **étudier** ?  
<sub>3</sub> Oui    <sub>0</sub> Non    <sub>0</sub> Non concerné(e)  
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?  
<sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> 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 ?  
<sub>3</sub> Enormément    <sub>2</sub> Beaucoup    <sub>1</sub> Un peu    <sub>0</sub> Pas du tout    <sub>0</sub> Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... (0-30)

### **ANNEXE 3 : questionnaire CU-Q2oL (PROM)**

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

#### ***L'urticaire chronique : Questionnaire sur la qualité de vie (CU-Q<sub>2</sub>oL)***

**À quel point avez-vous été dérangé par les symptômes suivants au cours des 15 derniers jours ?**

*Faites un «x» ou un «√» à la réponse qui s'applique pour chacun des items suivants.*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<b>1. Démangeaison (prurit)</b>					
<b>2. Plaques rouges</b>					
<b>3. Gonflement des yeux</b>					
<b>4. Gonflement des lèvres</b>					

**Au cours des 15 derniers jours, indiquez si l'urticaire vous a limité dans les domaines suivants :**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<b>5. Travail</b>					
<b>6. Activité physique</b>					
<b>7. Sommeil</b>					
<b>8. Loisirs</b>					
<b>9. Relations interpersonnelles</b>					
<b>10. Alimentation</b>					

**Les questions suivantes visent à mieux comprendre les difficultés et les problèmes pouvant être liés à l'urticaire durant les 15 derniers jours ?**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
<b>11. Avez-vous de la difficulté à vous endormir ?</b>					
<b>12. Vous réveillez-vous durant la nuit ?</b>					

## ANNEXE 4 : questionnaire AE-QoL (PROM)

### AE-QoL

#### Questionnaire sur la qualité de la vie des patients qui ont des épisodes d'angioedèmes récurrents

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date du questionnaire: \_\_\_\_\_

**Instructions:** S'il vous plaît, lire attentivement chaque question et choisir parmi les cinq réponses proposées celle qui convient le mieux pour vous. Ne prenez pas trop de temps pour penser à vos réponses, et assurez-vous de répondre en donnant une seule réponse à chaque question, c.-à-dire cocher une case seulement.

Pour les domaines de votre vie quotidienne énumérés ci-dessous, indiquez à quelle fréquence <u>au cours des 4 dernières semaines</u> vous avez été limité en raison d'épisodes de gonflement, que vous ayez eu ou non des épisodes de gonflement au cours de cette période de temps.	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
<b>1. Travail</b>					
<b>2. Activité physique</b>					
<b>3. Passe-temps/Loisirs</b>					
<b>4. Relations avec les autres</b>					
<b>5. Alimentation</b>					
Pour les questions suivantes, nous désirons avoir plus de détails sur les problèmes et les difficultés qui peuvent être associés à vos épisodes récurrents de gonflement ( <b>Pensez à vos 4 dernières semaines</b> )	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
<b>6. Avez-vous de la difficulté à vous endormir?</b>					
<b>7. Vous réveillez-vous durant la nuit?</b>					
<b>8. Êtes-vous fatigué durant la journée parce que vous n'avez pas bien dormi?</b>					
					Très

## ANNEXE 5 : questionnaire UAS7 (PROM)

*Feuillet à destination du patient souffrant d'urticaire chronique*

**A RAPPORTER LORS DE VOTRE PROCHAINE CONSULTATION**

Date : ..... / ..... / .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### Pourquoi dois-je remplir le score UAS ? (Urticaria Activity Score)

- Le score UAS permet d'évaluer l'activité de votre urticaire (évolution des symptômes) et l'efficacité des traitements afin que votre médecin puisse adapter votre prise en charge. Suivez bien ses recommandations.
- A l'aide du tableau ci-dessous, évaluez chaque jour vos symptômes :
  - Nombre de papules sur une échelle de 0 à 3
  - Intensité du prurit (démangeaisons) sur une échelle de 0 à 3
- Votre score total quotidien est compris entre 0 et 6
- Votre score hebdomadaire UAS7 (somme des UAS quotidiens sur 7 jours) est compris entre 0 et 42. L'intensité de vos symptômes variant de jour en jour, l'activité globale de la maladie doit être réalisée sur 7 jours.

Tableaux réalisés à partir des données validées sur l'UAS lors du dernier consensus international sur l'urticaire de 2012<sup>(1)</sup>

Semaine N° ..... : Du ..... au .....									
Jour	Nombre de plaques d'urticaire/24H				Intensité des démangeaisons/24H				Somme des scores de plaques et démangeaisons = UAS
	Aucune	< 20	20-50	> 50	Aucune	Léger	Moyen	Intense	
1	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
2	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
3	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
4	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
5	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
6	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
7	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
<b>Total = UAS7</b>									

Semaine N° ..... : Du ..... au .....									
Jour	Nombre de plaques d'urticaire/24H				Intensité des démangeaisons/24H				Somme des scores de plaques et démangeaisons = UAS
	Aucune	< 20	20-50	> 50	Aucune	Léger	Moyen	Intense	
1	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
2	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
3	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
4	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
5	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
6	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
7	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
<b>Total = UAS7</b>									

Semaine N° ..... : Du ..... au .....									
Jour	Nombre de plaques d'urticaire/24H				Intensité des démangeaisons/24H				Somme des scores de plaques et démangeaisons = UAS
	Aucune	< 20	20-50	> 50	Aucune	Léger	Moyen	Intense	
1	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
2	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
3	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
4	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
5	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
6	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
7	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
<b>Total = UAS7</b>									



(1) Zuberbier T 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(7):868-87.

## ANNEXE 6 : questionnaire AAS (PROM)

### AAS

(Angioedema Activity Score)

#### Score d'activité de l'angio-oedème

Nom du malade: \_\_\_\_\_

Date à laquelle le questionnaire a été complété (JJ/MM/AAAA): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

#### Semaine 1:

**Instructions:** Veuillez indiquer pour chaque jour de la semaine vos symptômes. Tenez compte à chaque fois des dernières 24 heures. Veuillez répondre le plus complètement possible à chaque question

		Jour						
		1	2	3	4	5	6	7
Avez-vous eu un oedème lors des dernières 24 heures?	non							
	oui							
↓								
Veuillez remplir les lignes suivantes seulement en cas d'oedème au cours des dernières 24 heures !								
A quel(s) moment(s) de la journée, le ou les oedème(s) ont-ils été présents ? <small>(sélectionner toutes les périodes correspondantes)</small>	0 - 8 heures							
	8 - 16 heures							
	16 - 24 heures							
Quelle est ou était l'intensité de la gêne physique causé par les oedèmes (lié par exemple à la douleur, à des sensations de brûlures, à la démangeaison...)?	aucun							
	léger							
	moyen							
	fort							
Pouvez-vous ou pouviez-vous effectuer vos tâches quotidiennes malgré l'oedème ?	pas de restriction							
	légère restriction							
	forte restriction							
	tâches impossibles							
Sur le plan esthétique, comment évaluez-vous la gêne occasionnée par l'oedème ?	aucune gêne							
	gêne légère							
	gêne moyenne							
	gêne importante							
Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la gravité de l'oedème ?	négligeable							
	légère							
	moyenne							
	forte							

**Le score AAS doit être réalisé 4 semaines d'affilée.**

Université de Lille  
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2024/2025

**Nom :** COQUEREL  
**Prénom :** Lucie

**Titre de la thèse :** "L'urticaire chronique inductible : physiopathologie, prise en charge et impact sur la qualité de vie du patient"

**Mots-clés :** Immunologie, urticaire chronique inductible, papule, plaque, angioedème, épidémiologie, diagnostic, mastocyte, histamine, tests de provocation, prise en charge et suivi thérapeutique, impact sur la qualité de vie, fiche d'informations destinée au patient.

---

**Résumé :**

L'urticaire chronique inductible (UCI) est une affection cutanéomuqueuse inflammatoire caractérisée par la récurrence de papules prurigineuses et/ou d'angioedème dont les poussées persistent au-delà de 6 semaines et sont induites par des stimuli physiques ou environnementaux spécifiques.

Diagnostiquée à travers une anamnèse poussée et des tests de provocation spécifiques, l'UCI se traite majoritairement via le protocole suivant : (1) 1ère intention : anti-histaminique (posologie allant jusqu'à 4 fois celle de l'AMM) ; (2) 2ème intention : omalizumab (Xolair®) sous forme d'injections sous-cutanées à intervalles réguliers.

Cette pathologie aux origines encore mystérieuses de nos jours n'est pas encore assez connue par l'ensemble du corps médical, occasionnant une prise en charge souvent inadaptée et parfois dangereuse pour le patient.

C'est pourquoi le suivi thérapeutique a une importance majeure dans ce type de pathologie. Ce dernier peut être effectué à travers des PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*), questionnaires génériques et spécifiques représentant de véritables outils d'évaluation de la pathologie mais également de son impact sur la qualité de vie du patient.

En effet, l'UCI est une dermatose affectant de façon significative la qualité de vie des patients atteints, que ce soit au quotidien ou professionnellement parlant. C'est pourquoi les associations de patients et l'éducation thérapeutique sont importantes, cette dernière étant encore trop peu mise en place par manque de temps et de moyens.

---

**Membres du jury :**

**Président :** M. Christophe CARNOY, Professeur des Universités en Immunologie, Département de Pharmacie, Université de Lille

**Directeur, conseiller de thèse :** Mme Julie DEMARET, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier en Immunologie, Département de Pharmacie, Université de Lille, CHU de Lille

**Membres extérieurs :**

- Docteur Léa DEHAME, Assistante Spécialiste en Allergologie, Service de Dermatologie - Hôpital C. Huriez, Service de Pneumologie et Immuno-Allergologie - Institut Coeur Poumon, Service de Pneumologie Allergologie Pédiatrique - Hôpital Jeanne de Flandres
- Mme Victoire COCHEZ, Docteur en Pharmacie, Pharmacie Saint Martin à Hénin Beaumont