Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements

Angèle Soria

► To cite this version:

Angèle Soria. Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements. Revue française d'allergologie, 2016, 10.1016/j.reval.2016.02.002 . hal-01297346

HAL Id: hal-01297346

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01297346>

Submitted on 4 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements

Chronic urticaria in practice in 2016 : treatments

Angèle Soria*

*Service de Dermatologie et Allergologie, AP-HP, Hôpital Tenon, Paris, 75020, France ; Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06 ; Inserm, Centre d'Immunologie et des Maladies Infectieuses (Cimi-Paris), UMR 1135, 91 Boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris.

Membre du Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie.

Conflits d'intérêts : Novartis Pharma : consultante et invitation congrès, AIK-Abello : invitation congrès

Auteur correspondant :

Dr Angèle Soria

Service de Dermatologie et Allergologie,

AP-HP, Hôpital Tenon,

4 rue de la Chine

75020 Paris

angele.soria@aphp.fr

Tél : 0156017220

Fax : 0156017234

Résumé

En plus du contrôle des facteurs favorisants et de la prise en compte du retentissement de l'UC sur la vie quotidienne des patients, un traitement de fond adapté doit être institué. Aucun traitement curatif n'est actuellement disponible dans l'urticaire chronique (UC). La majorité des patients atteints d'UC répond aux traitements antihistaminiques anti-H1. Les antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération prescrits en continu sont la base du traitement de l'UC. Initialement prescrits à posologie AMM (1 comprimé par jour), ils peuvent être rapidement augmentés (jusqu'à 4 comprimés par jour) en cas de mauvaise réponse. En cas d'échec l'ajout d'un *anti-leucotriènes* (montélukast : Singulair®) peut être essayé. En troisième ligne de traitement plusieurs thérapeutiques sont possibles ; le méthotrexate, la ciclosporine ou l'omalizumab. Ces traitements doivent être associés aux antihistaminiques. L'omalizumab à 300mg/semaine en injection sous-cutanée reste le seul qui à l'AMM dans cette indication, il est d'initiation hospitalière.

Mots clefs : antihistaminiques ; omalizumab ; urticaire chronique

Les traitements utilisés dans l'urticaire chronique (UC) spontanée (UCS) ou inducible (UCI) sont uniquement suspensifs ; actuellement, aucun traitement curatif n'a fait la preuve de son efficacité dans l'UC.

Traitements disponibles

Les antihistaminiques

Les antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération sont le traitement de première intention de l'UC. Entre 45 et 80% des urticaires chroniques sont améliorées par les antihistaminiques, selon les études. Une méta-analyse récente sur les antihistaminiques anti-H1 au cours de l'UC ne retrouve pas de supériorité d'un antihistaminique par rapport aux autres compte-tenu du peu d'études et des différentes méthodologies (1). Une conférence d'experts internationaux récente (2014) propose de majorer jusqu'à 4 fois les doses d'anti-H1 de 2^{ème} génération en cas d'inefficacité à posologie classique (1 comprimé par jour) (2).

Les antihistaminiques anti-H2 :

Les antihistaminiques anti-H2 (type ranitidine, cimetidine) n'ont pas leur place dans le traitement de l'UC (2) (3).

Les anti-leucotriènes

L'efficacité propre du montélukast est difficile à évaluer car il est le plus souvent associé à un antihistaminique anti-H1 dans les études ; néanmoins il serait efficace dans environ 50% des cas.

Les immunomodulateurs

Corticothérapie générale :

Elle n'est pas recommandée et n'a pas sa place dans le traitement de l'UCS, d'après la Conférence de consensus française de 2003 (4). Elle aurait des effets délétères favorisant la cortico-dépendance, l'escalade thérapeutique et l'aggravation de l'UC lors de son arrêt. La conférence d'experts internationaux de 2014 la préconise en cures courtes de 3 à 7 jours dans les exacerbations (sans précision sur les posologies utilisées)(2).

Ciclosporine :

Elle reste un traitement suspensif dans l'UCS (5) et non dénué d'effets secondaires. Pour certains auteurs elle serait efficace chez 70 à 80 % des patients après 6 semaines de traitement.

Méthotrexate :

Un essai randomisé multicentrique en cours dans le cadre d'un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (NCT01960283) devrait permettre de définir la place de cette molécule dans la prise en charge de l'UCS.

Les anticorps monoclonaux

L'Omalizumab :

Il s'agit d'un anticorps monoclonal humanisé, IgG1 κ se fixant aux immunoglobulines E (IgE) et empêchant leur fixation sur le récepteur de haute affinité de IgE (Fc ϵ RI) exprimé à la surface des mastocytes. L'omalizumab a obtenu l'Autorisation de Mise sur le Marché européenne en traitement additionnel dans l'urticaire chronique spontanée (UCS) chez les adultes et adolescents (à partir de 12 ans) présentant une réponse insuffisante aux traitements antihistaminiques anti-H1. Plusieurs études randomisées contrôlées retrouvent une efficacité significative dans l'UCS chez 75 à 80 % des patients, avec un bon profil de tolérance (6,7). Aucune étude randomisée de l'efficacité de l'omalizumab dans les UCI n'a été publiée, par contre il existe des observations de l'efficacité, et parfois de l'échec, de l'omalizumab dans les UCI. La conférence d'experts internationaux de 2014 positionne l'omalizumab en 3^{ème} ligne de traitement de l'UCS, au même niveau que la ciclosporine ou le montélukast (2). L'initiation de l'omalizumab dans l'UCS est hospitalière, annuelle et son renouvellement est réservé aux spécialistes en dermatologie, pédiatrie ou médecine interne ; la dose recommandée est de 300 mg en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines, la demi-vie d'élimination est d'environ 26 jours. La durée de traitement n'est actuellement pas définie. Il reste au même titre que les antihistaminiques dans l'urticaire chronique spontanée un traitement symptomatique et non curatif.

Le Rituximab :

Seuls des cas cliniques isolés sont publiés pour lesquels les résultats en terme d'efficacité sont contradictoires.

Les anti-TNF α :

Ils ont été utilisés dans des études ouvertes ou rétrospectives chez un petit nombre de patients atteints d'UC ou d'urticaire retardée à la pression.

Autres traitements

D'autres traitements ont été essayés dans le traitement de l'UC avec des résultats variables dans des études non contrôlées ; la colchicine, la dapson, la salazopyrine, le plaquénil ou encore les anticoagulants ou la persantine.

Urticaire chronique et régimes d'éviction

Les données publiées concernant le rôle des aliments dits « riches en histamine » ou « histamino-libérateurs » ainsi que les régimes sans pseudo-allergènes au cours de l'UC ne sont pas convaincantes.

Urticaire chronique et qualité de vie

L'UC a un réel impact sur la qualité de vie des patients, les poussant à rechercher la cause de la maladie, alors que cette maladie est multifactorielle. Différents scores d'activité de la maladie ont été développés pour évaluer l'impact de l'UC sur la qualité de vie ; score UAS7 (Urticaria Activity Score sur les 7 derniers jours), CU-Q2oL (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire) ou l'UCT (Urticaria Control Test). Certaines équipes proposent des séances d'éducation thérapeutique dans l'UC ; cette démarche en apportant une information claire et détaillée au patient et en évaluant son retentissement sur la vie quotidienne peut améliorer l'adhésion thérapeutique et la prise en charge globale.

Traitement de l'urticaire chronique : en pratique

Mesures générales

En plus du contrôle des facteurs favorisants et de la prise en compte du retentissement de l'UC sur la vie quotidienne des patients, un traitement de fond adapté doit être institué. L'objectif du traitement n'est pas d'obtenir une disparition complète des lésions, mais une bonne qualité de vie et des lésions acceptables du point de vue du patient. En effet de nombreux patients sous antihistaminiques ont encore des plaques d'UC mais peu ou non symptomatiques, non prurigineuses.

Traitement médicamenteux

Les antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération prescrits en continu sont la base du traitement ; ils sont prescrits initialement à posologie AMM (soit 1 comprimé par jour). Rapidement (dans un délai de 2 semaines) ce traitement peut être majoré (augmentation jusqu'à 4 comprimés par jour des antihistaminiques) en cas de non contrôle de l'UC. En cas d'échec de ce traitement l'ajout d'un *anti-leucotriènes* peut être essayé. Ce traitement doit être

systématiquement associé à des antihistaminiques à posologies augmentées et doit être prescrit en continu pour plusieurs semaines avant de parler d'échec. En troisième ligne de traitement plusieurs options thérapeutiques sont possibles ; l'omalizumab, le méthotrexate ou la ciclosporine. Ces traitements doivent être associés aux antihistaminiques. L'omalizumab à 300mg/semaine en injection sous-cutanée reste le seul qui à l'AMM dans cette indication, il est d'initiation hospitalière.

Références

1. Sharma M, Bennett C, Carter B, Cohen SN. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria: an abridged Cochrane Systematic Review. *J Am Acad Dermatol.* oct 2015;73(4):710- 6.e4.
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* juill 2014;69(7):868- 87.
3. Guevara-Gutierrez E, Bonilla-Lopez S, Hernández-Arana S, Tlacuilo-Parra A. Safety and efficacy of cetirizine versus cetirizine plus ranitidine in chronic urticaria: Double-blind randomized placebo-controlled study. *J Dermatol Treat.* déc 2015;26(6):548- 50.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Société Française de Dermatologie. [Management of chronic urticaria. Recommendations (long text). French Society of Dermatology. National Agency for Health Accreditation and Evaluation]]. *Ann Dermatol Vénéréologie.* mai 2003;130 Spec No 1:1S182- 92.
5. Vena GA, Cassano N, Colombo D, Peruzzi E, Pigatto P, Neo-I-30 Study Group. Cyclosporine in chronic idiopathic urticaria: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* oct 2006;55(4):705- 9.
6. Maurer M, Rosén K, Hsieh H-J, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med.* 7 mars 2013;368(10):924- 35.

7. Urgert MC, van den Elzen MT, Knulst AC, Fedorowicz Z, van Zuuren EJ. Omalizumab in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and GRADE assessment. *Br J Dermatol*. août 2015;173(2):404- 15.
8. Metz M, Ohanyan T, Church MK, Maurer M. Retreatment with omalizumab results in rapid remission in chronic spontaneous and inducible urticaria. *JAMA Dermatol*. mars 2014;150(3):288- 90.
9. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Diet in dermatology: Part II. Melanoma, chronic urticaria, and psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. déc 2014;71(6):1053.e1 - 1053.e16.
10. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. mai 2014;133(5):1270- 7.