

■ Revues générales

Urticaire au froid

RÉSUMÉ : L'urticaire au froid est une pathologie chronique, pouvant avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patients. C'est l'une des rares formes d'urticaire chronique inducible pouvant mettre en jeu le pronostic vital par choc anaphylactique/vasoplégique, pouvant être évité par l'éducation thérapeutique des patients atteints d'urticaire au froid et par la prescription de stylos d'adrénaline auto-injectable. L'ensemble des éléments rapportés dans cet article émane d'un travail mené par le Centre de Preuves et le Groupe Urticaire de la Société Française de Dermatologie dont l'objectif était d'établir des recommandations françaises sur la prise en charge de l'urticaire au froid [1].



A. BREHON

Service de Dermato-allergologie,
Hôpital Tenon, PARIS.

■ Définition, généralités

L'urticaire au froid (UF) appartient au spectre des urticaires chroniques inducibles pour lesquelles un ou plusieurs facteurs déclenchants peuvent être déterminés. L'UF correspond à une éruption papuleuse (parfois maculeuse), érythémateuse et prurigineuse superficielle (*fig. 1 et 2*) et/ou profonde (angioedème, *fig. 3*) survenant lors des expositions au froid et régressant en moins de 2 h après éviction de la source froide, sans cicatrice ou pigmentation résiduelle.

Il s'agit une pathologie rare, mais probablement sous-estimée, dont la prévalence serait proche de 0,05 % en Europe centrale [2]. Elle peut survenir à tous les âges de la vie avec une nette prédomi-

nance féminine chez l'adulte [3]. L'UF serait, en fréquence, au deuxième rang des urticaires chroniques inducibles après le dermographisme et s'associe



Fig. 2 : Papules érythémateuses sur fond érythémateux diffus à la suite d'une baignade en eau de mer.



Fig. 1 : Papules érythémateuses des cuisses survenant à la suite d'une exposition au froid.



Fig. 3 : Angioedème d'une main à la suite d'une exposition au froid (rangement du congélateur).

Revue générale

dans 30 % des cas, soit à une autre forme d'urticaire inducible (principalement urticaire cholinergique et/ou dermatographe), soit à une urticaire chronique spontanée [3]. L'évolution est chronique, et la guérison survient spontanément après plusieurs mois ou années dans la grande majorité des cas (en moyenne au bout de 6,3 ans) [2].

La température de déclenchement de l'urticaire est variable d'un patient à l'autre, souvent corrélée à la sévérité de l'urticaire.

Les principales situations déclenchant les crises d'UF sont les suivantes : baignade dans les eaux naturelles, exposition à l'air froid (vent, pluie, etc.), ingestion de produits froids, travail en atmosphère froide, différentiel thermique brutal, etc. Mais aussi injection de produits non réchauffés, bloc opératoire, sports extrêmes exposés au froid (ex : parachutisme) ou cabines de cryothérapie.

De rares cas d'UF apparaissant dans les suites de piqûres d'hyménoptères, contact avec des méduses, ou après vaccinations ont été rapportés [4, 5].

Diagnostic

L'UF est facilement évoquée à l'interrogatoire ; les patients rapportent des lésions urticariennes, soit localisées aux zones exposées au froid (exemple : urticaire de la main en cas de contact avec des aliments froids provenant du congélateur), soit généralisées en cas de conditions climatiques extérieures froides (comme lors d'une balade extérieure sous le vent et la pluie).

Parfois, l'UF se manifeste par la survenue d'un œdème oropharyngé ou laryngé dans les suites de l'ingestion de boissons ou d'aliments froids.

Enfin, il faut savoir évoquer l'UF en cas de réactions systémiques sévères, le plus souvent dans un contexte d'immersion



Fig. 4 : Tests au glaçon positifs (papule érythémateuse).

dans l'eau, ou en cas de décès par noyade sans cause identifiée (cf. ci-dessous).

En cas de suspicion d'urticaire au froid, il est recommandé de réaliser un test au froid, et plus particulièrement un **test au glaçon**, à visée diagnostique.

Comme expliqué dans les recommandations menées par le Centre de Preuves et le Groupe urticaire de la Société Française de Dermatologie (SFD) [1], le test au glaçon consiste à poser un glaçon, emballé dans un plastique (pour le différencier de l'urticaire aquagénique), pendant 5 min au niveau de la face antérieure de l'avant-bras. En cas de négativité à 5 min, la pose du glaçon peut être prolongée jusqu'à 10, voire 20 min, en conservant un délai de 10 min après ablation de la source froide pour lecture du test [6].

Ce test, facilement réalisable par les dermatologues libéraux, est considéré positif lorsqu'une papule érythémateuse

apparaît en regard de la source froide (**fig. 4**). Le délai d'apparition de la papule érythémateuse est considéré par certains auteurs comme un marqueur de sévérité de l'UF [8].

Bilan paraclinique

La place des examens complémentaires dans l'UF est très limitée ; il est recommandé de réaliser uniquement une numération formule sanguine et un dosage de la C-Réactive Protéine [1, 7].

La recherche des immunoglobulines cryosensibles (cryoglobulines, cryofibrinogène, agglutinines froides) ne sera proposée que dans certaines situations et notamment en cas de signes, à rechercher à l'interrogatoire et par un examen clinique complet, en faveur d'une cryopathie (purpura, fièvre, arthralgies, neuropathie périphérique, etc.).

En revanche, les formes liées aux cryopathies ne seront pas abordées (UF familiales, génétiquement déterminées, UF accompagnant des maladies auto inflammatoires).

Le dosage d'une tryptase en phase aiguë (environ à 2 h de la réaction) complété d'une tryptasémie basale (à plus de 24 h de l'événement) n'est recommandé qu'en cas de réactions généralisées sévères.

Formes sévères d'urticaire au froid

L'UF est l'une des rares formes d'urticaire chronique inducible pouvant mettre en jeu le pronostic vital. En effet, en cas d'exposition au froid importante (ex : baignade en eau de mer, conditions climatiques extérieures avec pluie et vent, etc.), les patients peuvent présenter des symptômes suggestifs d'hypotension (pâleur, tachycardie, malaise, etc.), une authentique hypotension artérielle, voire un choc "anaphylactique", bien que l'on ne sache pas si la vasoplégie

sévère induite par une réaction systémique à l'exposition au froid est IgE médiée.

On estime qu'environ 10 à 38 % des patients ont eu au moins une expérience de réaction systémique sévère [8, 9], et que l'immersion dans l'eau est responsable de 77 % de ces réactions, pouvant expliquer le décès par noyade [8, 9].

Les principaux facteurs prédictifs d'anaphylaxie sont les suivants [8] :

- un antécédent d'anaphylaxie au froid ;
- un antécédent d'angioedème après exposition au froid ;
- un antécédent de symptôme pharyngolaryngé après une exposition au froid (y compris après l'ingestion d'aliments froids).

■ Prise en charge thérapeutique

L'urticaire au froid peut avoir un retentissement important sur la qualité de vie, évaluable par des scores de qualité de vie : *Urticaria Control Test* UCT, score d'activité de l'urticaire UAS7, *Dermatology Life Quality Index*, etc. En fonction de cet impact et de la fréquence des crises pourra se discuter d'introduire un traitement de fond.

1. Traitement de fond

Concernant la prise en charge thérapeutique de l'UF, la littérature est relativement pauvre, rapportant des études à la puissance limitée.

Grâce au travail établi par le Centre de Preuve de Dermatologie et le Groupe Urticaire de la SFD [1], la prise en charge thérapeutique suivante peut être proposée :

- **en 1^{re} intention** : les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération à posologie conventionnelle (simple dose, conforme à l'AMM) [10]. À noter que les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération étudiés dans l'UF sont : rupatadine, bilastine, desloratadine, cetirizine et mizolastine ;

POINTS FORTS

- L'urticaire au froid est une pathologie chronique, pouvant impacter fortement la qualité de vie des patients, justifiant un traitement de fond par antihistaminique anti-H1 de seconde génération simple dose en première intention. En l'absence d'efficacité, la posologie des antihistaminiques pourra être augmentée jusqu'à quadruple dose, puis si l'UF persiste pourra se discuter l'omalizumab.
- L'UF est à risque de mise en jeu du pronostic vital des patients par choc anaphylactique/vasoplégique, survenant majoritairement lors d'une immersion dans l'eau (77 %).
- En cas de réaction systémique sévère, le traitement repose sur l'injection intramusculaire d'adrénaline.
- Un antécédent de réaction systématique sévère au froid (hypotension, symptômes suggestifs d'hypotension), et/ou de symptomatologie pharyngolaryngé après exposition au froid, est considéré comme un facteur de risque de formes sévères, justifiant d'équiper les patients de stylos d'adrénaline auto-injectable.
- L'éducation thérapeutique du patient est primordiale (cf. chapitre "conseils aux patients").

- **en 2^e intention** : augmentation de la posologie des antihistaminiques anti-H1 de seconde génération jusqu'à quatre fois la posologie conventionnelle [11-13]. À noter que les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération pour lesquels des études ont été menées à une posologie allant jusqu'à 4 fois la posologie conventionnelle dans l'urticaire au froid sont : bilastine, desloratadine et rupatadine ;
- **en 3^e intention** et malgré le faible niveau de preuve : omalizumab à la posologie de 150 mg toutes les 4 semaines [14, 15] pouvant être optimisé à 300 mg toutes les 4 semaines en l'absence de réponse (score UCT < 12/16) en association avec les antihistaminiques anti-H1 de seconde génération à 4 fois la posologie conventionnelle.

2. Prise en charge des formes sévères

En cas de réaction systémique sévère de type choc anaphylactique/vasoplégique (vasodilatation périphérique brutale et majeure), la prise en charge en phase

aiguë sera l'injection d'adrénaline en intramusculaire.

Les recommandations françaises sur l'UF [1] recommandent la prescription d'un stylo d'adrénaline auto-injectable dans les situations suivantes :

- antécédent de réaction anaphylactique au froid (hypotension ou symptômes suggestifs d'hypotension) ;
- antécédent de symptomatologie pharyngolaryngé après une exposition au froid (ou après consommation d'ingesta froids).

■ Conseils aux patients

Comme pour toute pathologie chronique, l'éducation thérapeutique des patients atteints d'UF est primordiale :

- apprentissage à l'utilisation des stylos d'adrénaline auto-injectable pour le patient et pour son entourage ;
- savoir reconnaître les principales situations à risque (cf. définitions, gén-

Revue générale

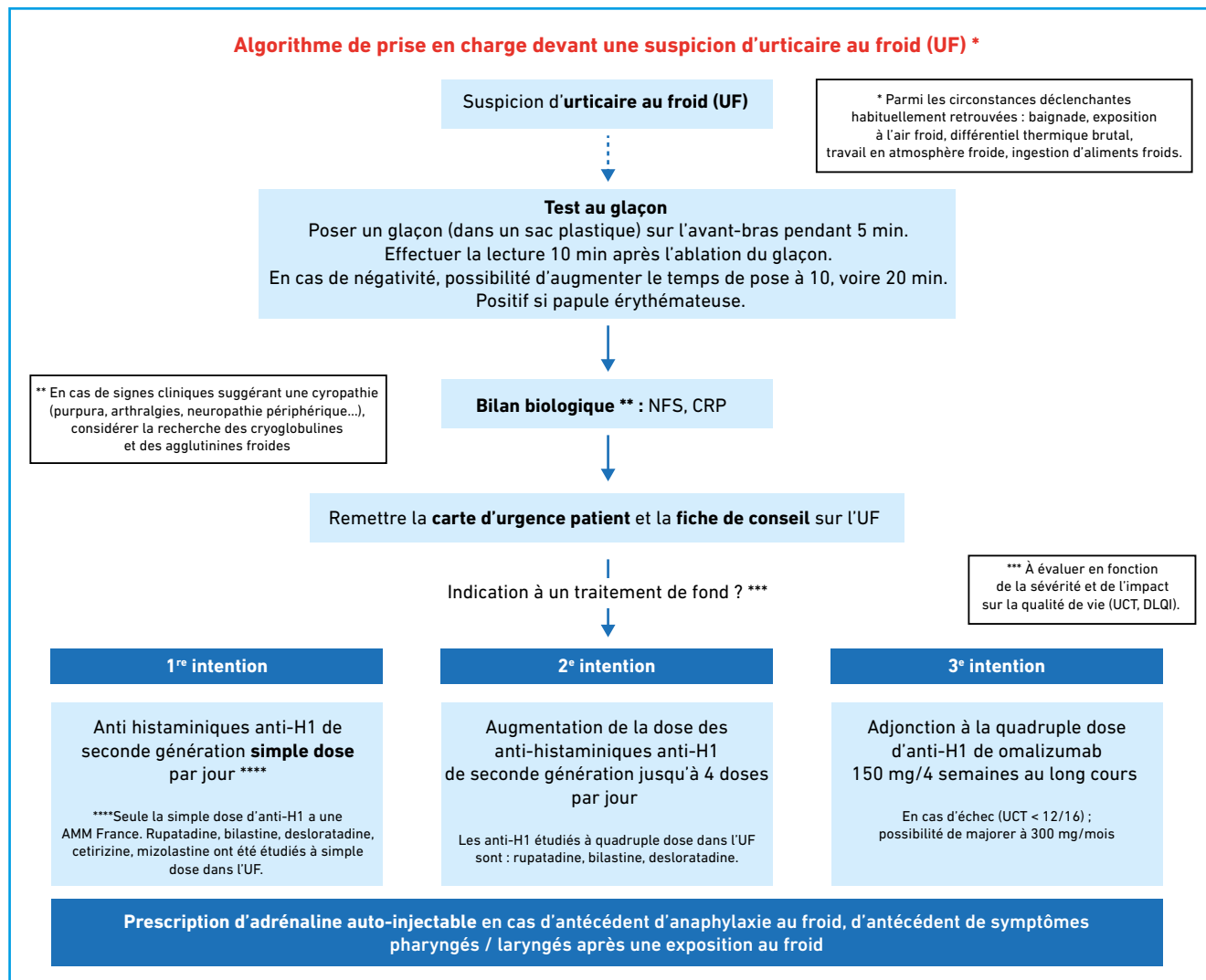


Fig. 4 : Algorithme de prise en charge devant une suspicion d'urticaire au froid [1]. CRP : C-Reactive Protéine. NFS : Numération formule sanguin. UCT : Urticaria Control Test.

ralités) et insister sur le différentiel thermique qui semble plus important dans le déclenchement de l'UF que la température absolue ;
– éducation sur la protection physique contre le froid (vêtements adaptés, couverture chauffante, etc.) ;
– contre-indication aux situations à risque de formes sévères, ce d'autant qu'il existe des facteurs prédictifs d'anaphylaxie (cf. ci-dessus) : baignade en eau de mer seul où le patient n'a pas pieds, sports aquatiques, plongée sous-marine, parachutisme, spéléologie ou saut à l'élastique ;

– prévenir l'anesthésiste en cas d'intervention chirurgicale (réchauffement du bloc opératoire, des solutés de perfusion et des matériaux en contact avec le patient) [16] ;
– lorsque l'UF survient dans un contexte professionnel, il est important de prendre contact avec son médecin du travail afin qu'une consultation y soit dédiée (reclassement professionnel, etc.) ;
– remettre une carte d'urgence aux patients (disponible sur le site de la SFD).

C'est en ce sens qu'a été établie une fiche d'informations à remettre aux patients

atteints d'UF (disponible également sur le site de la SFD).

L'ensemble de ces données est synthétisé au sein de l'algorithme de prise en charge de l'UF (fig. 4) [1].

BIBLIOGRAPHIE

1. BRÉHON A, BENSEFA-COLAS L, D'ANDREA C *et al.* Guidelines for cold urticaria management, established by the Centre of Evidence of Dermatology and the Urticaria Group of the French Society of Dermatology. *Br J Dermatol*, 2023;ljad447.

2. MÖLLER A, HENNING M, ZUBERBIER T *et al.* Epidemiologie und Klinik der Kälteurtikaria [Epidemiology and clinical aspects of cold urticaria]. *Hautarzt*, 1996;47:510-514.
3. NETTAAANMÄKI H. Cold Urticaria Clinical findings in 220 patients. *J Am Acad Dermatol*, 1985;13:636-644.
4. MATHELIER-FUSADE P, LEYNADIER F. Acquired cold urticaria after jellyfish sting. *Contact Dermatitis*, 1993;29:273.
5. RAISON-PEYRON N, PHILIBERT C, BERNARD N *et al.* Cold Contact Urticaria Following Vaccination: Four Cases. *Acta Derm Venereol*, 2016;96:852-853.
6. MAGERL M, ALTRICHTER S, BORZOVA E *et al.* The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias - The EAACI/GA 2 LEN/EDF/ UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy*, 2016;71:780-802.
7. YEN H, YEN H, HUANG CH *et al.* Systematic Review and Critical Appraisal of Urticaria Clinical Practice Guidelines: A Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP). *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2023;11:3213-3220.
8. BIZJAK M, KOŠNIK M, DINEVSKI D *et al.* Risk factors for systemic reactions in typical cold urticaria: Results from the COLD-CE study. *Allergy*, 2022;77:2185-2199.
9. YEE CSK, EL KHOURY K, ALBUHAIRI S *et al.* Acquired Cold-Induced Urticaria in Pediatric Patients: A 22-Year Experience in a Tertiary Care Center (1996-2017). *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2019;7:1024-1031.
10. WEINSTEIN ME, WOLFF AH, BIELORY L. Efficacy and tolerability of second- and Third generation antihistamines in the treatment of acquired cold urticaria: a meta-analysis. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2010;104:518-522.
11. KRAUSE K, SPOHR A, ZUBERBIER T *et al.* Up-dosing with bilastine results in improved effectiveness in cold contact urticaria. *Allergy*, 2013;68:921-928.
12. ABAJAN M, CURTO-BARREDO L, KRAUSE K *et al.* Rupatadine 20 mg and 40 mg are Effective in Reducing the Symptoms of Chronic Cold Urticaria. *Acta Derm Venereol*, 2016;96:56-59.
13. MAGERL M, PISAREVSKAJA D, STAUBACH P *et al.* Critical temperature threshold measurement for cold urticaria: a randomized controlled trial of H 1-antihistamine dose escalation. *Br J Dermatol*, 2012;166:1095-1099.
14. MAURER M, METZ M, BREHLER R *et al.* Omalizumab treatment in patient with chronic inducible urticaria: A systemic review of publish evidence. *J Allergy Clin Immunol*, 2018;141:638-649.
15. METZ M, SCHÜTZ A, WELLER K *et al.* Omalizumab is effective in cold urticaria—results of a randomized placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol*, 2017;140:864-867.
16. VEBRIENE R, MALINAUSKIENE L, BLAZIENE A *et al.* Premedication for cold induced urticaria in a patient undergoing cold cardioplegia. *Allergol Int*, 2019;68:544-545.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.