

Points d'actualité

Urticaire de l'enfant : conduite à tenir

→ N. BELLON

Service de Dermatologie,
CHU Necker-Enfants Malades, PARIS.

Introduction

L'urticaire de l'enfant est fréquente, non grave dans l'immense majorité des cas, mais peut être invalidante du fait du prurit et du caractère affichant. Les urticaires aiguës sont principalement d'origine virale ou infectieuse chez l'enfant, rarement allergiques, et les urticaires chroniques (urticaires durant plus de 6 semaines) sont la plupart du temps spontanées et idiopathiques. Le traitement repose sur les anti-histaminiques H1 de nouvelle génération, non sédatifs, dont on peut augmenter les doses jusqu'à une dose maximale multipliée par 4 par rapport à la dose quotidienne de l'AMM, dans les urticaires chroniques.

Clinique

Le diagnostic d'urticaire est aisé, clinique avant tout avec une éruption de maculo-papules érythémateuses de taille variable (parfois micropapuleuses) souvent figurées, annulaires, arrondies ou polycycliques, œdémateuses, de taille variable, généralement prurigineuses et typiquement mobiles et fugaces, sans laisser de séquelles.

L'urticaire de l'enfant est volontiers annulaire, œdémateuse, ecchymotique, parfois purpurique, et peut être diffuse. Lorsqu'elle est localisée sur les semi-muqueuses (lèvres, paupières, organes génitaux), on observe un œdème parfois impressionnant et pouvant être au premier plan, sans urticaire typique associée. Un érythème associé est très fréquent. Des douleurs voire des arthralgies sont possibles en cas d'œdème.

Interrogatoire et examen clinique

Face à une urticaire, les **antécédents** personnels et familiaux sont recueillis, on recherche un terrain atopique (association fréquente, terrain d'allergie alimentaire), on évalue les **circonstances de survenue** (virose, fièvre, prise médicamenteuse (administrée antérieurement ?), la prise alimentaire (aliment consommé pour la 1^{re} fois ?) ainsi que le **décalage** entre le facteur déclenchant supposé et l'apparition de l'urticaire.

On évalue cliniquement les **symptômes associés** : œdèmes, érythème diffus, purpura, etc.

Rechercher des signes d'anaphylaxie (correspondant à une urgence thérapeutique : adrénaline) :

- symptômes respiratoires ? (bronchospasme, toux, dyspnée) ;
- symptômes digestifs ?
- hypotension artérielle ? (collapsus, tachycardie ou bradycardie, arythmie...).

Orientation étiologique

- **Infectieuse** : virale ++ (75 %), bactérienne (25 %).
- **Médicament** : 5 à 10 % des cas.
- **Aliment** : 5 % des cas.
- **Idiopathique** : 54-80 % des cas (en pratique paravirale dans la plupart des cas).
- **Physique ou de contact** : rare, et non grave dans la grande majorité des cas, sauf cas d'anaphylaxie possible dans certaines urticaires au froid (exemples : urticaire au froid +++, urticaire à la cha-

leur ou à l'effort, urticaire aquagénique, urticaire à la pression ou dermographisme, urticaire solaire...). Des agents urticants peuvent être en cause (orties, des urticaires de contact à des aliments (enfant atopique/allergie alimentaire) ou des cosmétiques (par ex : solaires) sont parfois observées.

- En cas d'angio-œdèmes récidivants, durables (plusieurs jours), blancs, durs, et s'associant à des douleurs abdominales aiguës, penser aux **angio-œdèmes bradykiniques** (héréditaires essentiellement, ou acquis (rare en pédiatrie)). Cette hypothèse reste beaucoup plus rare que l'œdème histaminique, fréquent en pédiatrie.

Diagnostics différentiels

- **Érythème polymorphe** au stade papuleux : rechercher une disposition en cocarde, une vésicule ou bulle centrale, et surtout une atteinte muqueuse érosive débutante, inexistante dans l'urticaire classique.
- **Maladies vésiculo-bulleuses** (pemphigoïde bulleuse) : éléments urticariens associés aux lésions vésiculo-bulleuses.
- **Mastocytose cutanée** : apparition de papules après friction cutanée (signe de Darier), lésion permanente, orangée ou brunâtre, notion de flush diffus réguliers ou aux changements de température ou après consommation de certains aliments.
- **Piqûres d'insectes** : point de piqûre central, lésions parfois bulleuses.
- **Vascularite ou maladie auto-immune** : lésions atypiques, purpura, infiltration, nécrose...

■ Examens complémentaires

La plupart du temps, aucune investigation n'est nécessaire.

En cas de pharyngite, un TDR sera réalisé (angine streptococcique avec urticaire satellite?).

Un bilan allergologique, à distance de l'épisode, n'est justifié qu'en cas de :

- **suspicion d'allergie médicamenteuse**: notamment si le délai entre la prise du médicament et l'urticaire est court (réaction immédiate) et que le tableau est brutal et sévère (angio-œdème, dyspnée...);
- **suspicion d'allergie alimentaire**: syndrome de prurit oral et réaction immédiate, inquiétante; rechercher des comorbidités atopiques.

Le dosage de tryptase n'est justifié qu'en cas d'anaphylaxie, et devra être refait à distance de l'épisode (tryptase basale).

Le bilan sanguin minimal, en cas de doute ou d'élément d'orientation, comprend **NFS, VS, CRP, anticorps anti-TPO (± TSH d'emblée si signes évocateurs)**, du fait de la fréquence de l'association urticaire chronique/hypothyroïdie dans la population générale.

Une allergie ou une parasitose, bien que souvent évoquées, sont des causes beaucoup plus rares d'urticaire. Un tel bilan ne doit donc pas être systématiquement envisagé.

Une biopsie cutanée n'est nécessaire qu'en cas d'urticaire atypique: lésions purpuriques, fixes, infiltrées, nécrotiques, avec livédo, nodules, ou en cas de suspicion de maladie auto-immune (lésions lupiques).

En cas d'urticaire de contact cosmétique ou alimentaire, des investigations allergologiques spécialisées peuvent être demandées.

■ Traitement

● **ÉVICTION** du facteur déclenchant si existant.

● **Anti-histaminique (AH)**: un seul AH de type H1 2^e génération: desloratadine ou levocetirizine.

● Possibilité de doubler la dose (prise matin et soir) dans l'urticaire aiguë, et de la quadrupler en cas de résistance et dans l'urticaire chronique, en administrant deux doses le matin et deux doses le soir.

● Si prurit insomniant: on peut associer un AHH1 de 1^{re} génération comme l'hydroxyzine au coucher (rarement nécessaire).

● On ne prescrit pas de corticoïdes ni d'adrénaline en dehors de l'anaphylaxie, même lorsqu'il y a un œdème associé à l'urticaire (sauf si dyspnée, ou œdème laryngé, hypotension, ou autre signe d'anaphylaxie).

● **Traitement étiologique** éventuellement (antibiothérapie si angine bactérienne...).

● **Avant tout on rassure! L'évolution est en général rapidement favorable et il s'agit d'une situation bénigne, même si elle est parfois impressionnante.**

● **Évolution**: l'urticaire peut persister au-delà de 15 jours chez environ 5 % des enfants.

● Dans l'urticaire chronique (UC), en cas d'échec des AH x4, des traitements systémiques peuvent être envisagés chez l'enfant: l'**omalizumab** (anti-IgE, Xolair®, AMM à partir de 12 ans) ou la **ciclosporine**. Dans l'UC résistante aux AH de l'enfant de moins de 12 ans, un avis spécialisé hospitalier est nécessaire. Avant d'envisager un traitement

systémique, et au cours du suivi d'UC, il est utile d'évaluer le retentissement par des scores simples: test de contrôle de l'urticaire (*Urticaria Control Test*), score d'activité de l'urticaire (UAS 7) et questionnaire de qualité de vie dermatologique de l'enfant.

■ Conclusion

L'urticaire de l'enfant est fréquente, en grande majorité non grave, idiopathique ou paravirale, mais peut être impressionnante par son caractère diffus, affichant, ou œdémateux. Un bilan est rarement nécessaire. Le traitement repose sur les anti-histaminiques dont la posologie peut être augmentée. Un traitement systémique par omalizumab ou ciclosporine est rarement nécessaire dans les urticaires chroniques en pédiatrie.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Prise en charge de l'enfant présentant une urticaire chronique spontanée, Centre de Preuves en Dermatologie: <https://reco.sfdermato.org/fr/recommandations-urticaire-chronique-spontan%C3%A9/>
- WANG EA, CHAN SK. Chronic Urticaria in Children: an Update on Diagnosis and Treatment. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2020;20:31.
- SAINI S, SHAMS M, BERNSTEIN JA *et al.* Urticaria and Angioedema Across the Ages. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2020;8:1866-1874.
- ZUBERBIER T, ABERER W, ASERO R *et al.* The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*, 2014;69:868-887.

Liens d'intérêts: Nathalia Bellon est consultante pour Sanofi, AbbVie (participation à des réunions scientifiques, présentations lors de congrès scientifiques), Almirall, Galderma (participation à des réunions scientifiques), La Roche-Posay et Vichy (présentations internes au personnel, consultante).