



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

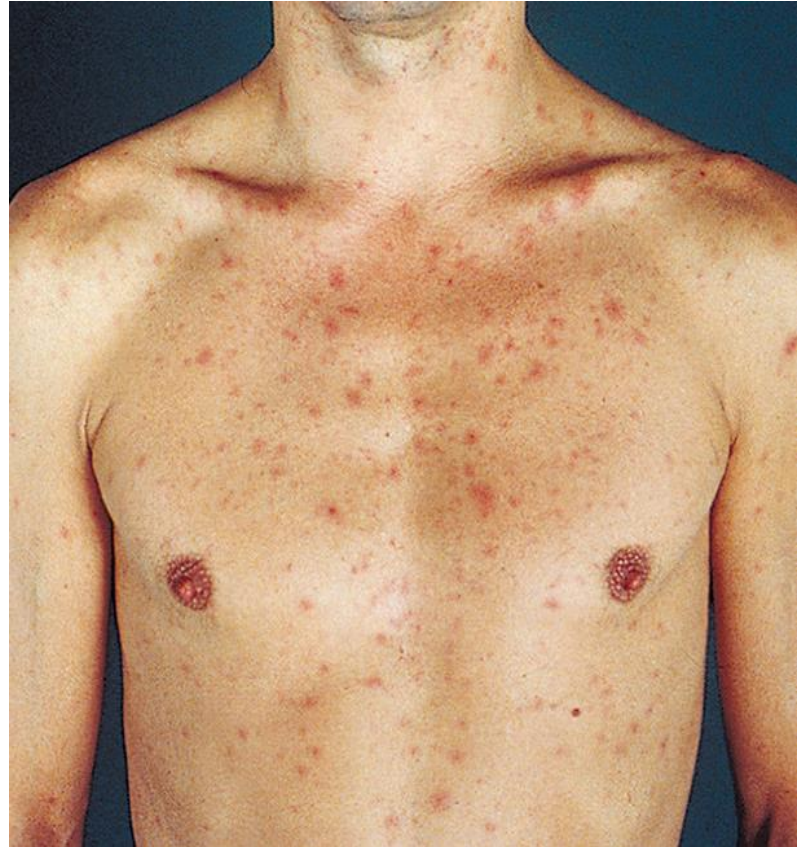
FACULTÉ DE MÉDECINE

# URGENCES DERMATOLOGIQUES POUR LE MPR

Colloque SMPR 25.04.18



# RASH CUTANES



Rash  
cutané

Toxidermie ?

Infectieux ?



# ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

	INFECTIEUX	TOXIDERMIE
<b>Anamnèse</b>	Contage	Prise médicamenteuse
<b>Clinique</b>	Sp ORL: rhinorrhée, odynophagie Exanthème	Pustules Signe de Nikolski Eruption douloureuse
<b>Biologie</b>	Sérologies CMV, EBV, parvo B19, HHV6, HHV7, <b>VIH</b> , <b>syphilis...</b>	Atteinte d'autres organes: foie, rein...
<b>Biopsie cutanée</b>	Aspécifique	Nécroses kératinocytaires
		Critères d'imputabilité : - intrinsèque (chronologie) - extrinsèque (littérature)



**Avis dermato**



# TOXIDERMIES

- = Effets indésirables médicamenteux à expression cutanéomuqueuse
- Les plus fréquentes: exanthèmes maculopapuleux > urticaires > vascularites
- Graves / mise en jeu du pronostic vital: < 2% des toxidermies (PEAG / DRESS / SJS, Lyell)
  - En raison de leur pronostic, ces toxidermies doivent être rapidement identifiées afin d'orienter la prise en charge
- Prédispositions: immunodéprimés / maladies auto-immunes



# MÉDICAMENTS IMPUTABLES

- Théoriquement tous les médicaments
- Quelques classes médicamenteuses regroupent la majorité des cas:
  - l'allopurinol ;
  - les pénicillines (amoxicilline et ampicilline surtout) ;
  - les sulfamides (surtout anti-infectieux, notamment le cotrimoxazole) ;
  - les anti-tuberculeux ;
  - les céphalosporines, la gentamycine, les fluoroquinolones, nitrofurantoïnes ;
  - plus rarement les tétracyclines, les macrolides.
  - les anti-comitiaux (carbamazépine, acide valproïque...) ;
  - les AINS (surtout les oxicams, la chlormézanone, la phénylbutazone) ;





# EXANTHÈME MACULO-PAPULEUX

- Très fréquent
- Maculo-papules rosées ou rouges +/- confluentes ,  
prédominant sur le tronc et  
racine membres
- Prurit
- Fièvre modérée
- **5-21j après introduction  
médicament**
- Dure ~ 1 semaine
- Ttt symptomatique:  
dermocorticoides
- *Pas de CI à réintroduction du  
ttt*



# URTICAIRE AIGUE

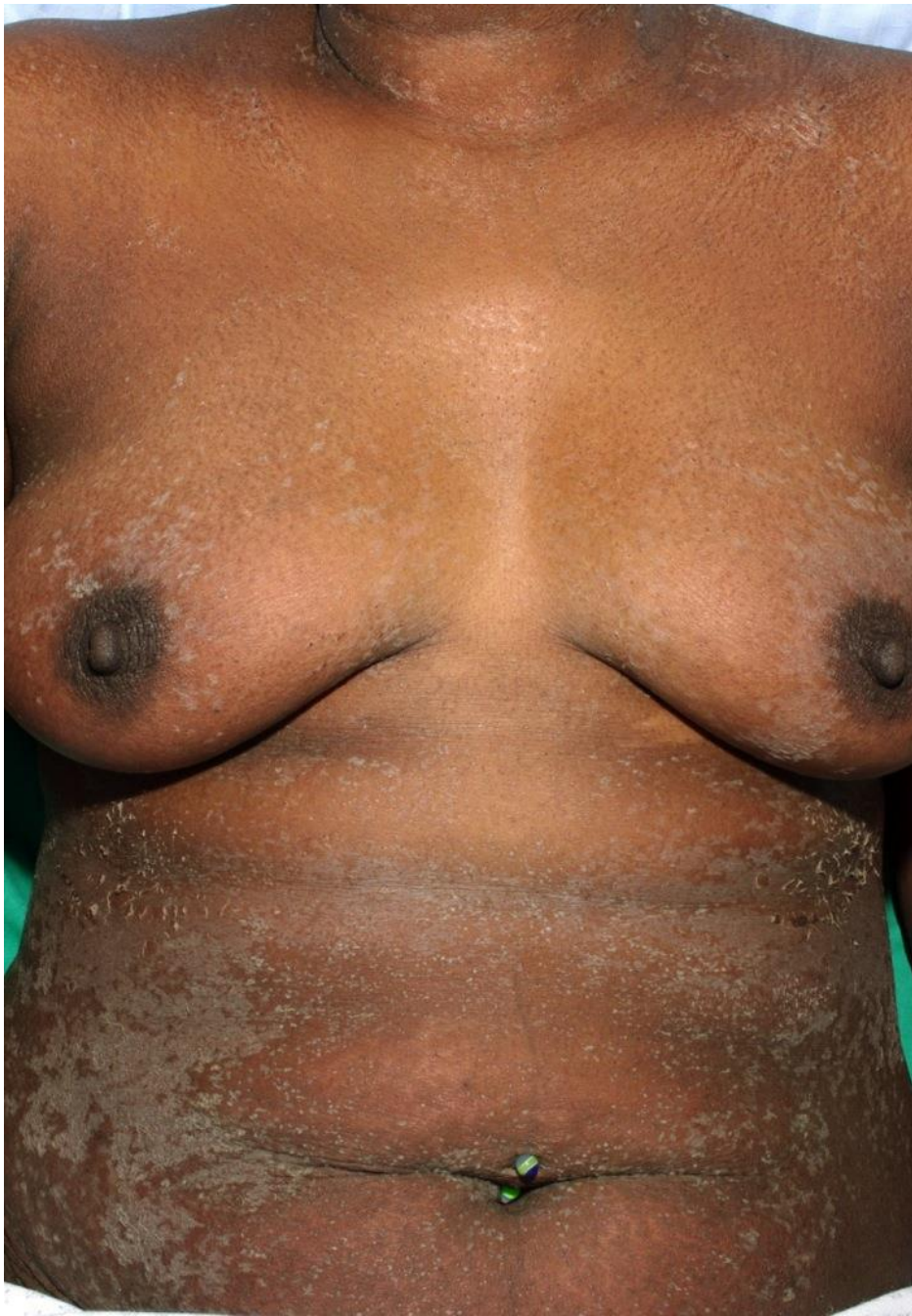
- Simple crise d'urticaire
- Angio-œdème
- Choc anaphylactique
  
- Survient **immédiatement après l'administration du médicament (qq min – 2h)**
  
- Ttt selon gravité: Adr, corticoïdes PO, antihistaminiques
  
- *CI formelle à la réintroduction du médicament !!!*















Diagnostic: **pustulose  
exanthématique aigue généralisée  
(PEAG)**

# PEAG

## • Présentation clinique:

- Survient en **48h** (2-11j)
- Etat fébrile
- Multiples **pustules** non folliculaires stériles avec œdème, érythème étendu
- Prurit/sensation de brûlure
- Atteinte initial des **plis / visage / tronc**
- Nikolsky + si confluence des pustules
- Atteinte muqueuse orale dans 20-25% des cas

## Laboratoire:

- **Leucocytose** avec
  - neutrophilie (> 7 G/l)
  - et éosinophilie dans 1/3 des cas
- Hépatite, néphrite

## • Evolution:

- Bon pronostic, mortalité dans 5% des cas
- Durée de la fièvre et pustule 7-10 j puis desquamation



# Critères diagnostics selon EuroSCAR (Sidoroff et al. 2001)

<b>MORPHOLOGIE</b>	Pustules	Typique +2	Compatible +1	Insuffisant 0
	Erythème	Typique +2	Compatible +1	Insuffisant 0
	Distribution	Typique +2	Compatible +1	Insuffisant 0
<b>EVOLUTION</b>	Atteinte des muqueuses		Oui -2	Non 0
	Début aiguë		Oui 0	Non -2
	Résolution en 15 jours		Oui 0	Non -2
	Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$		Oui +1	Non 0
	PMN $\geq 7$ G/L		Oui +1	Non 0
<b>HISTOLOGIE</b>	Autre maladie			-10
	Aspécifique			0
	Exocytose ou PMN			+1
	-Pustules sous-cornées et/ou intraépidermique non spongiforme -pustules avec œdème papillaire -pustules sous-cornées et/ou intraépidermique spongiforme -pustules sans œdème papillaire			+2
	Pustules sous-cornée spongiforme et/ou intraépidermique AVEC œdème papillaire			+3

## SCORE

$\leq 0$  = non

1-4= possible

5-7 =probable

8-12=PEAG



# TRAITEMENT

- Arrêt du traitement incriminé
- Corticoïdes topiques
- émoullients
- solutions antiseptiques
- antipyrétique
- *Pas de corticostéroïdes systémiques*
  - *car ne change pas l'évolution (Chang et al., 2008)*
  - *et risque de PEAG induit par prednisolone (Buettiker et al., 2006) !*











Diagnostic:

DRESS

# DRESS - PRÉSENTATION CLINIQUE

- Survient **2-6 semaines** après exposition médicamenteuse
- **Atteinte systémique:**
  - fièvre > 38.5
  - malaise général
  - polyadénopathie
- **Exanthème maculo-papuleux étendue / érythrodermie** (occasionnellement pustules, purpura)
- prurigineux
- puis desquamation
- **Œdème facial et acral**
- Atteinte **muqueuse buccale** (50% des cas) sans érosions



## **Atteinte d'organes:**

- Hépatite cytolytique et cholestatique (*80% des cas*)
- Néphrite interstitielle (*10-30% des cas*)
- Atteinte pulmonaire (pneumopathie interstitielle, épanchement pleural)
- Atteinte cardiaque (péricardite, myocardite)
- *Dans de rare cas: atteinte digestive, pancréatite, thyroïdite auto-immune, encéphalite, méningite, myosite, polyneurite, uvéite, CIVD, syndrome d'activation macrophagique*

# DRESS - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

## Laboratoire:

- leucocytose avec **éosinophilie** (>0.7 G/l)
- lymphocytes atypiques
- Atteinte hépatique: ↗ ALAT
- infection à HHV-6 ou autres virus herpès (pas toujours détectés, *infection vs réactivation*)
- **Pronostic:** guérison lente (semaine – mois) même après arrêt du traitement avec rechute possible
- **Complication:** taux de mortalité à 10%, hépatite fulminante et insuffisance cardiaque

<b>Bilan initial et évaluation d'atteinte d'organe</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formule sanguine complète (FSC) avec répartition et frottis sanguin</li><li>• HHV-6 et EBV: PCR quantitative</li><li>• ASAT, ALAT, bilirubine, gamma GT, phosphatases alcalines</li><li>• Créatininémie, clairance de la créatinémie</li><li>• Sédiment urinaire, protéinurie</li><li>• Créatinine kinase et troponine</li><li>• LDH, ferritinémie, triglycéridémie</li><li>• Glycémie</li><li>• Lipase</li></ul>
<b>Exclusion des diagnostics différentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facteur antinucléaire (FAN)</li><li>• Sérologies hépatites A, B et C</li><li>• Biopsie des adénopathies</li></ul>
<b>Examen de Suivi (2x/sem)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FSC</li><li>• ASAT, ALAT, phosphatase alcaline</li><li>• Créatininémie</li></ul>



# DRESS - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Définition selon Kardaun et al. 2007  
(RegiSCAR):

**Scoring system for classifying drug reactions with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS)**

Item	Present	Absent
Fever $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ( $101.3^{\circ}\text{F}$ )	0	-1
Enlarged lymph nodes (>1 cm size, at least two sites)	1	0
Eosinophilia: $\geq 700$ or $\geq 10$ percent (leucopenia)   $\geq 1500$ or $\geq 20$ percent (leucopenia)	1   2	0
Atypical lymphocytes	1	0
Rash $\geq 50$ percent of body surface area	1	0
Rash suggestive ( $\geq 2$ of facial edema, purpura, infiltration, desquamation)	1	0
Skin biopsy suggesting alternative diagnosis	-1	0
Organ involvement: one   two or more	1   2	0
Disease duration >15 days	0	-2
Investigation for alternative cause (blood cultures, ANA, serology for Hepatitis viruses, mycoplasma, Chlamydia) $\geq 3$ done and negative	1	0

Total score <2: excluded; 2-3: possible; 4-5: probable;  $\geq 6$ : definite.



# DRESS - TRAITEMENT

- Arrêt du médicament incriminé
- Emollient
- Corticostéroïdes topiques
- Antihistaminiques si prurit

**Si atteinte sévère (élévation transaminase > 5x norme atteinte pulmonaire, cardiaque, neurologique ou rénale):**

- Prednisone (1 mg/kg) et schéma dégressif sur **2-3 mois**
- IVIG (2 g/kg sur 5j) en association avec corticostéroïdes si menace vitale mais risque de complication











**J7**



**J10**





Diagnostic: **nécrolyse  
épidermique**

- **Steven Johnson: <30% SCA**

**Tyell: >30% SCA**

# NET - PRÉSENTATION CLINIQUE

- Délai entre introduction du médicament et symptômes **4-28 jours**, maximum 8 semaines
- **Syndrome grippal** 1-3 j avant atteinte cutanéomuqueuse
- Eruption **douloureuse** avec **macules rouges sombres** ou pseudo-cocardes
- Débutant sur le **tronc** et **visage**, atteinte symétrique
- Puis **décollement épidermique** avec formation de bulles, érosions → **signe de Nikolsky**
- Enanthème puis **érosion douloureuse des muqueuses** (atteinte > 2 muqueuses dans 80% des cas)
- Progression limitée sur 7-10 j



## Atteinte multi-organes:

### Oculaire:

- Photophobie
- Lacrimation
- Conjonctivite

### Pulmonaire:

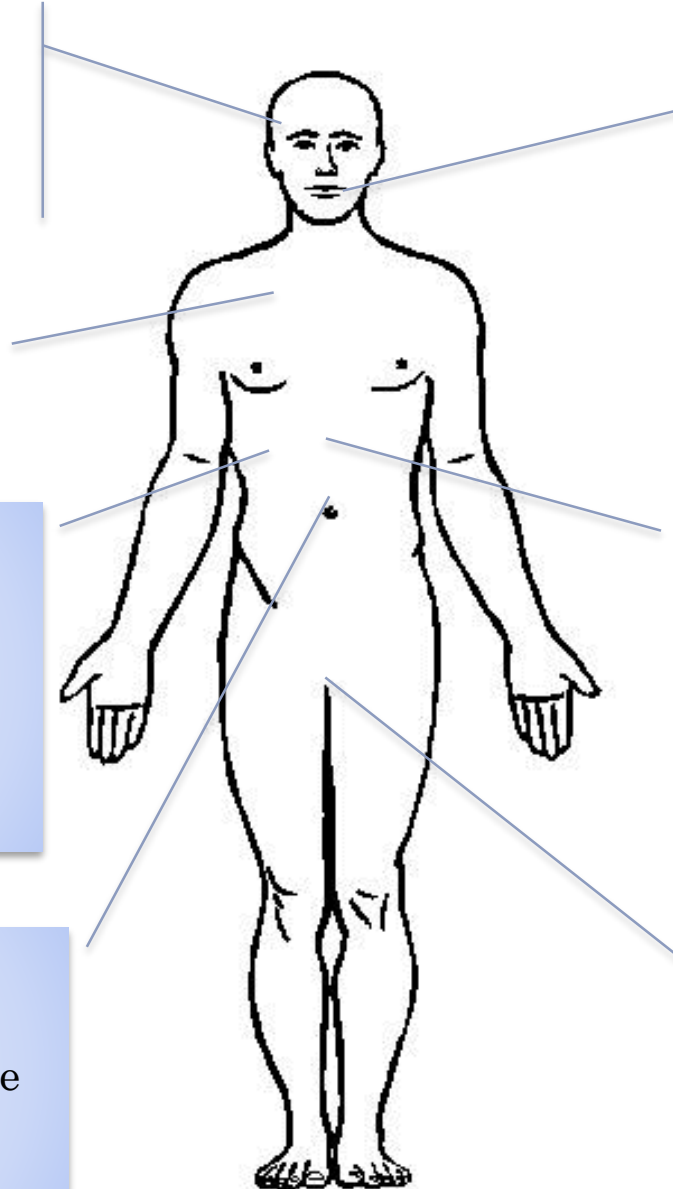
- Oedème pulmonaire

### Néphrologique:

- Hématurie
- Protéinurie,
- Microalbuminurie
- Elévation de la créatinine

### Digestive:

- Diarrhée, méléna
- Perforation digestive
- Pancréatite
- Insulinorésistance



### Muqueuse bucale:

- Dysphagie
- Érosion hémorragique lèvre avec membrane grisâtre

### Hématologique:

- Leucopénie
- Thrombopénie
- Anémie

### Urinaire / génitale:

- Brûlure mictionnelle
- Rétention urinaire
- Synéchie vaginale

# COMPLICATIONS SYSTÉMIQUES

- Hypovolémie sur perte insensible
- Troubles électrolytiques
- Sepsis (pulmonaire, digestif, cutané)
- SDRA
- Défaillance d'organes multiples
  
- **Taux de mortalité:**
  - SJS 5-12%
  - NET plus de 30%





# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

- **Macules purpuriques** ou pseudo-cocardes disséminées ne prédominant pas aux extrémités
- Vésicules, bulles → décollements épidermiques en linge mouillé
- **Signe de Nikolsky** (décollement de l'épiderme sous la pression du doigt)
- Atteinte érosive muqueuse **multifocale** (cavité buccale, nasopharynx, oropharynx, oculaires ou génito-anales)

**La présence d'au moins 3 critères cliniques rend le diagnostic de SJS/NET probable**

# NET - PRISE EN CHARGE INITIALE

- **Examen extemporané en urgence**
- **Laboratoire:**
  - FSC avec répartition, CRP, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Mg<sup>+</sup>, phosphate, bicarbonate, fonction rénale, tests hépatiques, glucose, crase
- **Gazométrie**
- **Prélèvements bactériologiques**
- **Recherche par PCR/sérologie: *Mycoplasma pneumoniae***
- **Radiographie du thorax**



# TRAITEMENT

- **Arrêt précoce du médicament imputable** et transfère unité spécialisée
- **Traitement symptomatique:**
  - Réanimation volémique,  $T > 28^{\circ}$
  - Intubation oro-trachéale
  - Sonde urinaire
  - Sonde nasogastrique
  - Prélèvements bactériologiques répétés
  - Antalgie
  - Anticoagulation prophylactique
  - Traitement anxiolytique
- **Traitement systémique:**
  - Corticostéroïdes systémiques (*controversé*)
  - IVIG (*controversé*)
  - Ciclosporine
  - Plasmaphérèse





# INFECTIONS

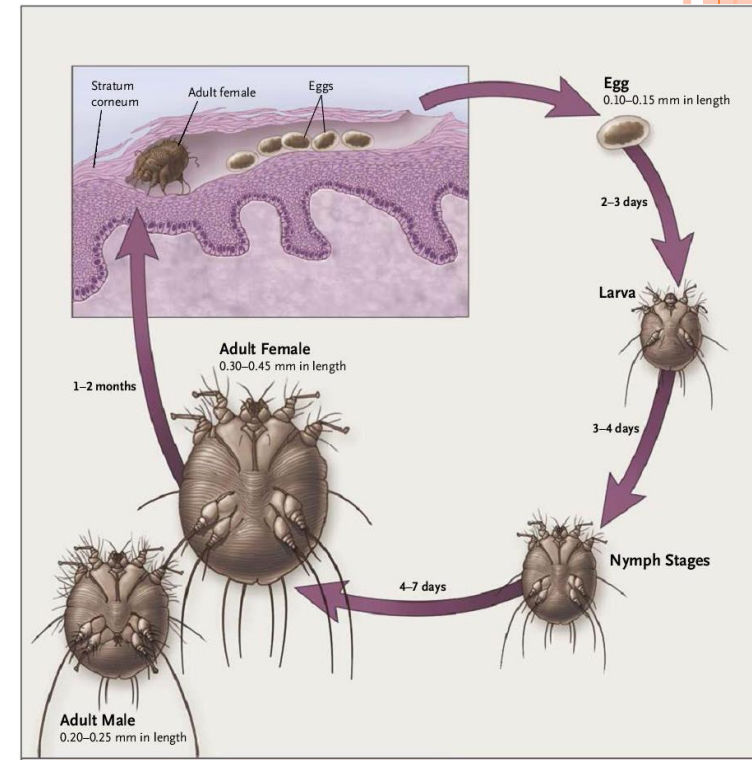


Diagnostic ?



# GALE

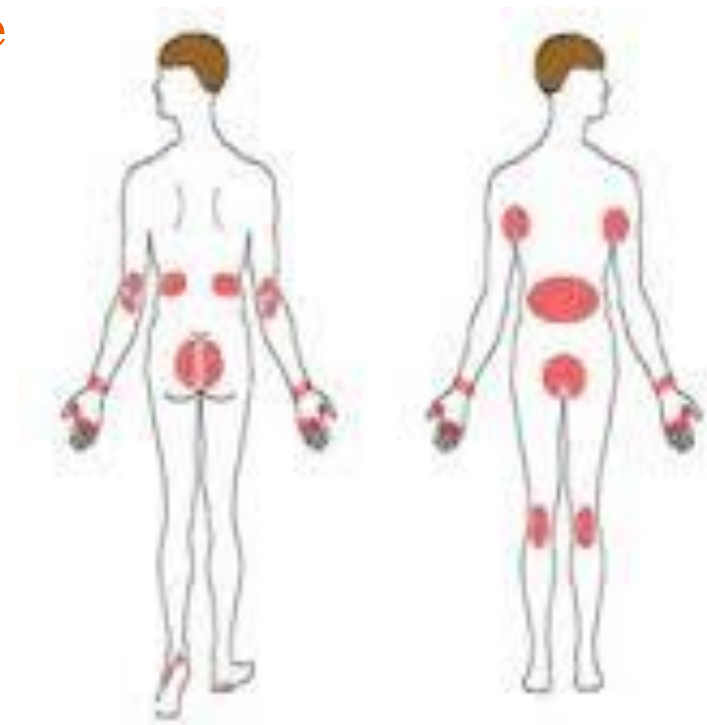
- = Contamination de la peau par acarien, *Sarcoptes Scabiei Hominis*
- **CONTAGIEUX** : transmission
  - **DIRECTE +++ = INTERHUMAINE** :
    - st par contacts humains directs, intimes et prolongés
    - st sexuelle (=IST)
  - Indirecte : par l'environnement préalablement contaminé (linge, literie, vêtements infestés)
- **Survie ds l'environnement** :
  - acarien = 2j
  - larves = 5j
  - œufs = 10j
- **Période d'incubation de 3 semaines** (réduit à 1-3j si réinfestation).





# GALE : CLINIQUE

- **Notion de CONTACT** avec des personnes atteintes
- **PRURIT à recrudescence nocturne**
- Eruption cutanée :
  - **Topographie caractéristique**
    - espaces inter-digitaux
    - paumes mains et plantes pieds
    - face ant poignets
    - coudes / creux axillaires
    - ombilic / mamelon
    - sommet fesses
  - **Sillons scabieux**
  - **Nodules scabieux**
  - **Vésicules perlées**



## SILLON SCABIEUX



## NODULES SCABIEUX



# TOPOGRAPHIE PARTICULIÈRE CHEZ NOURRISSON





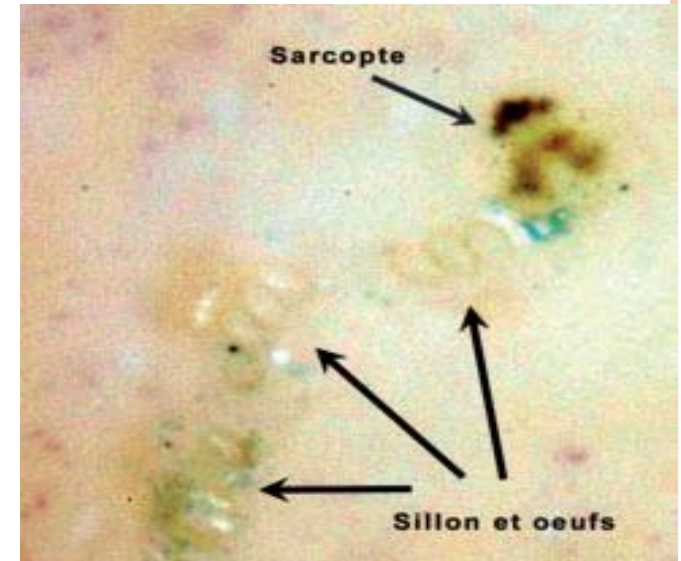
# GALE: DIAGNOSTIC

## ○ CLINIQUE: dermoscopique

- visualise sarcopte sous forme d'un triangle noir de petite taille

## ○ Prélèvement parasitologique avec examen au microscope :

- Visualise sarcopte / œufs / larves / sybales (excréments)
- Sensibilité moyenne





# GALE : TRAITEMENT

- **PATIENT + ENTOURAGE** contaminés et/ou suspects même en l'absence de sp (= pers vivant sous même toit / partenaires)
- Ttt **SYNCHRONE** +++
- **Ttt par voie générale: Ivermectine**
- **Cas particuliers:**
  - enfants <15kg, enfants <2ans
  - femmes enceintes, femme allaitantes
  - → **Ttt topique : Perméthrine**
- **Ttt de l'environnement:**
  - Désinfection de literie (draps, serviettes...)
  - Des vêtements utilisés depuis 1 semaine
  - De l'environnement: matériaux absorbants, textiles (matelas, oreillers, fauteuils... / !!! peluches, poussette)
    - st lavage en machine à 60°C
    - st pulvérisation aérosol antiacarien: Sanytol, Baygon Vert, A-Par
    - st mettre dans un sac poubelle fermé hermétiquement pdt 1 semaine
- Prurit peut persister au décours 2-3 sem.

## **IVERMECTINE (= Stromectol) cp 3mg**

- Posologie fonction du poids: 200µg/kg
  - 15-24kg => 1cp
  - 25-35kg => 2cp
  - 36-50kg => 3cp
  - 51-65kg => 4cp
  - 66-79kg => 5cp
  - >80kg => 6cp
- à prendre en 1 seule prise, au milieu d'un repas
- 2<sup>e</sup> prise à J10-J14

## **PERMETHRINE crème 5% (= Lyclear, Topiscab)**

- appliquer sur tout le corps / laisser au contact de peau 8-12h puis rincer
- Répéter l'application à J10
- Posologie:
  - Adultes et >12 ans : 30 g (1 tube)
  - Enfants 6-12 ans : 15 g (½ tube)
  - Enfants 1-5 ans : 7,5 g (1/4 tube)
  - Enfants de 2 mois à 1 an : 3,75 g (1/8 tube)







Diagnostic ?

# DERMOHYPODERMITE INFECTIEUSE

- Svt à *Streptocoque*, + rarement à *Staphylocoque aureus*
- Facteurs favorisants : eczéma / macération / diabète / lymphoedème - IVC / déficits immunitaires / plaies traumatiques et chir
- Clinique :
  - Début brutal / fièvre élevée (*mais inconstant*)
  - Placard inflammatoire érythémateux / œdémateux, induré / douloureux / à limites floues, irrégulières / extension centrifuge
  - ± lymphangite
  - ± ADP douloureuses
- Rechercher une porte d'entrée : intertrigo fissuraire / eczéma / piqûres ou morsures d'arthropodes / plaies
- Examens complémentaires :
  - FSC, CRP: sd inflammatoire
  - ± hémoc si sepsis
  - pvt de porte d'entrée bactério-myco
  - Bilan du terrain: glycémie / HBA1c





# DERMOHYPODERMITE - TRAITEMENT

## ○ Prise en charge

- Hospitalisation si: SdG / comorbidités / échec antibiothérapie à 72h
- Ambulatoire si: peu de signes généraux / terrain sain / contexte favorable
- *!! Arrêt des AINS le cas échéant (risque cellulite / fasciite)*

## ○ Tt curatif = **antibiothérapie**

- Amoxicilline – acide aclavulanique 1g X3 OU Clindamycine 600mg X3
- **7-10 jours**

## ○ Tt étiologique : rechercher et traiter la **porte d'entrée**

- si intertrigo = antifongiques topiques ++

## ○ Mesures associées

- Antalgique-antipyrétique
- **Contention élastique** des membres inférieurs +++ (OMI favorisant)
- Vérification du statut vaccinal antitétanique

## ○ Prévention des récurrences

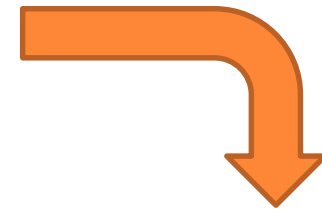
- Traitement de la porte d'entrée +++
- Prise en charge des FdR: IVC = bas de contention
- Si récurrences multiples: discuter ABP (Péni G IM / Ospen)



DD: DERMITE DE STASE



DD: TVP



Au moindre doute Dc:  
○ US doppler veineux





# DD: HYPODERMITE INFLAMMATOIRE







DD:  
ALGONEURODYSTROPHIE



# RECHERCHER SIGNES DE GRAVITÉ

## ○ Signes locaux :

- Placard de dermohypodermite **rapidement évolutif**
- Dleur intense ou **hypoesthésie**
- Œdème : induration diffuse, rapidement extensive
- ± bulles hémorragiques, nappes purpuriques
- Nécrose ± crépitation sous-cutanée
- Pas d'amélioration sous ATB

## ○ Signes généraux:

- Fièvre ou hypothermie
- Signes de choc septique



Fasciite



# FASCIITE NÉCROSANTE



- = Dermo-hypodermite profonde (atteinte du fascia) aigue nécrosante
- Facteurs favorisants :
  - prise d'AINS
  - Peut survenir sur érysipèle ou d'emblée
- Examens complémentaires :
  - Bio : aggravation du sd inflam / thrombocytopénie / ↑ CK
  - Pvt bactériolo locaux et hémoc
  - IRM + écho des parties molles
- Ttt :
  - Urgence médico-chirurgicale +++ → hospitalisation
  - Tt médical: bi-ABT IV = Amoxicilline/Clav 2.2g/6h + Clindamycine 900mg/8h
  - Tt chirurgical: débridement et excision des tissus nécrosés, drainage des collections profondes





# URTICAIRE



# URTICAIRE = Eruption oedémateuse labiles

## SUPERFICIELLE

= Œdème dermique

Eruption

- **Monomorphe** : papule oedémateuse rouge ou rosée, +/- confluent en plaques
- **FUGACE** : lésions persistent qq min / heures avant de disparaître sans laisser de traces
- **MIGRATRICE** : des lésions disparaissent alors que d'autres apparaissent
- **PRURIGINEUSE** +++

## PROFONDE = ANGIO-OEDEME

= Œdème dermo-hypodermique / muqueux

- Tuméfaction ferme, pâle, mal limitée, du **visage ++** (paupières et lèvres) / région génitale / extrémités
- **Tension douloureuse** > prurit
- Peut persister **48-72h**
- Isolée ou associée à urticaire superficielle (50%)
- Gravité liée aux localisations muqueuses : atteinte pharyngolaryngée (dysphonie / troubles déglutition / précédant une détresse respi) → peut être annonciateur d'un choc anaphylactique
- *95% d'origine histaminique / 5% bradykinique*



# URTICAIRE - PHYSIOPATHOLOGIE

- **Fréquent** : 15% de population fait au – 1 épisode dans leur vie
- Vasodilatation et augmentation de la perméabilité vasculaire
- Consécutifs à l'activation des mastocytes → afflux de médiateurs inflammatoires (histamine)
  - Soit par des mécanismes immuno-allergique = hypersensibilité immédiate (type I)
    - Nécessite 1 sensibilisation préalable
    - Urticaire apparaît dans les minutes qui suivent le contact ac l'allergène
    - **!\ choc anaphylactique**
    - **RARE**
  - Soit par des mécanismes non immunologiques = lié au seuil individuel de dégranulation mastocytaire +++
    - Substances pharmacologiques provoquant la libération de médiateurs mastocytaires en exerçant une action directe sur les cellules
      - > Aliments : fraises, blanc d'œuf
      - > médicaments : PCI, AINS
      - > facteurs physiques : froid, chaleur, vibrations
    - Activation directe du complément par toxines bactériennes / médicamenteuses



# URTICAIRE

- Quel bilan dans quelle situation?
- Quels traitements ?

→ *Cas cliniques*





# CAS CLINIQUE 1

## MLLE O... 27 ANS

- Motif de consultation: « **urticaire géant** »
- Antécédents: aucun
- Pas de terrain atopique
- Contraception mécanique



- **1<sup>er</sup> épisode 3 semaines auparavant:**
  - Urticaire superficielle diffuse + angioedème (lèvre)
  - Contexte:
    - état grippal depuis l'avant-veille
    - dafalgan codéiné la veille au soir et ibuprofène le matin-même
    - Repas de midi: paëlla + salade d'agrumes + bière
  - Est allée à la pharmacie: desloratadine 1cp
  - Disparition des plaques le lendemain au réveil
  - Récidive les 3 jours suivants malgré 1cp de desloratadine/jour
- **2<sup>ème</sup> épisode 2 jours avant la consultation:**
  - Dîner chinois, se réveille vers 5h « couverte de plaques », ont disparu en fin de journée
  - la veille odynophagie (prise d'AINS)
- N'a pas d'urticaire le jour de la consultation

Quel est votre diagnostic

?



Urticaire aigue < 6 semaines



# QUEL BILAN FAITES-VOUS?

- **AUCUN** bilan para-clinique
- **Urticaire aiguë** favorisée par:
  - Infection
  - Médicaments : prise d'AINS et de codéine
  - Aliments histamino-libérateurs

Poissons et crustacés	Thon, sardine, saumon, anchois, maquereau, œufs de poissons, conserves de poissons, poissons séchés, fumés ou surgelés
Charcuterie	Viande bovine, foie de porc, saucisson, charcuterie emballée, gibier
Blanc d'œuf	
Fromages	Camembert, roquefort, parmesan, emmenthal, gruyère, cheddar
Légumes	Épinards, tomate, choux, choucroute, concombre
Fruits	Fraise, banane, raisin, agrumes, noix et noisette
Boissons alcoolisées	Bière, vin
Chocolat et cacao	



# QUEL TRAITEMENT ?

- Suppression des facteurs aggravants (éviction AINS)
- Ttt 1ère ligne : **antihistaminique anti-H1 2<sup>e</sup> génération** pendant 1-2sem lors crises
  - Si échec au bout de 2 sem => ↑ dose de 1cp ttes les 2 sem jusqu'à 4 cp /j
  - Maintien du ttt anti-H1 pdt 3 mois au moins ou jusqu'à l'Ø de lésion urticarienne, puis diminuer progressivement d'1cp /mois. Si reprise des lésions : remonter au palier supérieur
- En cas d'urticaire chronique, si échec après 1-4sem à 4cp : *référer aux spécialistes*
  - Montelukast = SINGULAIR® (=antagoniste des récepteurs aux leucotriènes)
  - CICLOSPORINE A
  - OMALIZUMB =XOLAIR® (Ac anti-IgE)
- Cure courte de corticothérapie générale (max 10j) uniquement en cas d'**angio-œdème important / choc anaphylactique**
  - *!/\ effet rebond + résistance au ttt anti-H1*



# CAS CLINIQUE 2

## MONSIEUR P. 32 ANS

- **Terrain atopique:** rhume des foins (cyprès)
- **Un mois avant la consultation:**
  - angioedème labial prurigineux
  - environ 15 minutes après l'ingestion d'une pêche
  - régression en quelques heures sous Zyrtec 1 cp et solupred 40 mg
- Avait déjà mangé des pêches sans problèmes auparavant
- **Plus récemment:**
  - prurit du palais et des lèvres + angioedème
  - environ 5min après l'ingestion d'une salade de fruits mélangés avec des pêches
  - sensation de malaise associée
  - régression rapide après 40mg solupred
- N'a pas osé remanger de pêches depuis



Qu'en pensez-vous ?



- Urticaire aigue

MAIS....

- **Cause allergique IgE médiée suspectée**

- **Bilan allergologique impératif (risque d'anaphylaxie+++)**!!!



# QUAND PENSER À DE L'ALLERGIE DEVANT UNE URTICAIRE?

- Urticaire **aigue +++**
- Installation brutale et rapide
- **Délai <1-2 heure** (10-20min en général) après le contact avec l'allergène
  
- Résolution rapide en <24h, rien entre les poussées
  
- **Signes d'anaphylaxie associés:**
  - Troubles hémodynamiques : sensation de malaise, tachycardie, hypoTA, choc
  - Respiratoires: dyspnée, toux, sifflement
  - Digestifs: douleurs abdominales, vomissements, diarrhées...
  
- Contact avec un allergène identifié
- **Sensibilisation préalable**





# QUEL BILAN EN CAS DE SUSPICION D'URTICAIRE ALLERGIQUE?

- Orienté par l'interrogatoire:
  - circonstances de survenue
  - allergène(s) suspect(s)?
- Prick test et dosage IgE spécifiques

➔ Avis spécialisé allergologique

- Quelques exemples:
  - Urticaire de contact au latex
  - Aliments
  - Certains médicaments
  - Venins d'hyménoptères
  - Attention aux **allergies croisées!!**
- **Attention:** si répétition des contacts avec l'allergène: aggravation des symptômes (+ précoces, + graves) voire **choc anaphylactique**



## CAS CLINIQUE 3

Mlle A. 32 ANS

- Pas d'atcd particulier, ni atopie
- Depuis 3 mois, « pieds gonflés » au niveau des voûtes plantaires, dure entre 24h-48h, +/- douloureux, peu prurigineux
- Fréquence irrégulière, au moins 1/sem
- Parfois des plaques douloureuses +/- prurigineuses sur les genoux, durent plusieurs heures (parfois 24h) et disparaissent

Des idées...?



- Urticaire chronique (> 6 semaines)
- Facteur inducteur suspecté?
  - Physique: en **zones de PRESSION**
- En l'interrogeant...
  - Course à pied 1/semaine (urticaire le lendemain)
  - Bébé à la maison: maman à genoux très souvent (bain, jeux etc)
  - Urticaire au niveau de la ceinture du pantalon serré parfois, ou sous le soutien-gorge, ou après port prolongé d'un sac sur l'épaule

➔ Urticaire retardée à la pression



# URTICAIRE CHRONIQUE INDUCTIBLE

- Urticaire provoquée par un stimulus reproductible défini (friction, effort, froid, pression etc.)
- En pratique: le patient peut répondre **OUI** à la question: « *êtes-vous capables de déclencher vos lésions* »?
- Plusieurs types:
  - Urticaire retardée à la pression
  - Froid
  - Chaud
  - Solaire
  - Vibratoire
  - Dermographisme
  - Aquagénique
  - Cholinergique
  - Contact: immunologique (latex par ex.)  
ou non immunologique (orties, méduses, chenilles)
- Diagnostic: tests physiques





# CAS CLINIQUE 4

M. J, 63 ANS

- Urticaire chronique depuis 2 ans, par poussées
- Fièvre et arthralgies lors des crises
- Asthénie et amaigrissement 6kg
- Anti-H1 inefficaces, corticoïdes transitoirement efficaces
  
- En l'interrogeant:
  - les lésions cutanées sont fixes (plusieurs jours)
  - peu, voire pas de prurit





Qu'en pensez-vous ?

# URTICAIRE SYSTÉMIQUE

- Urticaire chronique ou récidivante **pouvant révéler une maladie générale**
- *Quand y penser?*
  - **Fixité des plaques**
  - Tension-brûlures > prurit
  - Cicatrices (macules hyperpigmentées)
  - **Signes dermatologiques associés:** bulles/vésicules, pseudo cocardes, purpura, livedo, raynaud...
  - **Symptômes associés:** fièvre, arthralgies/arthrites, neurologiques, ophtalmologiques (uvéite, épisclérite) , pulmonaire, douleurs abdominales, diarrhées etc
- Etiologies:
  - Lupus érythémateux systémique
  - Vasculite urticarienne
  - Néoplasies / hémopathies
  - Maladies auto-inflammatoires acquises: Still / Schnitzler
  - Fièvres récurrentes héréditaires



Bilan  
complémentaire:  
orienté par la  
clinique

# CAS CLINIQUE 5

MELLE E. 34 ANS

- Terrain atopique (DA enfance)
- Urticaire superficielle et parfois angioedèmes depuis 1 an, par poussées
- Actuellement 2-3/semaine
- Crises non stéréotypées, horaire variable (souvent nocturnes)
- A changé de lessive, de savon, ne mange plus de gluten ni de lait de vache, se soigne uniquement par homéopathie, a vu un psy...
- Mais ne comprend toujours pas... *«pourquoi les crises surviennent?!»*

Diagnostic ???



Urticaire chronique spontanée  
> 6 semaines



# URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE

- Toutes les urticaires >6 semaines,
  - sans argument pour une maladie systémique
  - et dont les tests de provocation (si faits) sont négatifs
- **Interrogatoire** détaillé (facteurs aggravants tels la prise d'AINS ou de corticoïdes?) et **examen clinique**++
- Bilan minimaliste:
  - NFS, VS ou CRP
- *Examens éventuels pour rechercher une **pathologie associée** (lien de causalité débattu...):*
  - Infection (gastrite à H.Pylori, foyers dentaires et ORL, parasitose)
  - terrain dysimmunitaire, pathologie thyroïdienne



# CONCLUSION: QUEL BILAN DANS QUELLE SITUATION??

## ○ **Urticaire aiguë = < 6 semaines:**

- pas de bilan...

**SAUF**

- si cause allergique IgE médiée suspectée!!

## **Urticaire chronique = > 6 semaines:**

### ○ **Inductible:**

- Tests physiques

### ○ **Spontanée:**

- Examens **INUTILES** pour poser le diagnostic ou rechercher une étiologie
- +/- Rechercher des pathologies associées (thyroïdite, H Pylori, dysimmunité, hép B.par ex)

### ○ **Urticaire atypique, dite « systémique »:**

- Examens complémentaires orientés selon les hypothèses diagnostiques (maladies auto-inflammatoires, vasculites urticariennes, ...)

- Merci pour votre attention !!



Diagnostic ?

