

NE PAS DISTRIBUER

# MAÎTRISER L'URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Revue de la littérature et commentaires

**Bruno Francoeur, M.D.**

Médecin avec expertise en allergies et maladies respiratoires  
Investigateur principal de recherche au Centre d'Investigation Clinique de la Mauricie



L'urticaire est un motif de consultation relativement fréquent qui résulte de l'activation des mastocytes de la peau. Les papules ortiées caractéristiques de cette affection s'accompagnent généralement d'autres symptômes cutanés comme le prurit et l'œdème. Contrairement à l'urticaire aiguë passagère dont les facteurs déclenchants sont connus, l'urticaire chronique spontanée (UCS) (aussi appelée «idiopathique») dure plus de 6 semaines et sa cause est plutôt floue. Elle peut être prise en charge en médecine de premier recours lorsque les antécédents du patient n'indiquent aucune cause précise. Les lignes directrices les plus récentes préconisent un traitement simplifié en quatre étapes, dont l'objectif prioritaire est l'amélioration de la qualité de vie. Les deux premières étapes reposent sur l'utilisation des antihistaminiques. L'omalizumab, un anticorps anti-IgE, vient s'ajouter à la troisième étape, tandis que les autres options sont réservées à la quatrième. Or les antihistaminiques suffisent pour maîtriser les symptômes dans plus de 50 % des cas.

The  
Medical  change<sup>MD</sup>

REVUE D'EXPERTS

### Contexte

Selon les estimations, l'incidence annuelle de l'UCS dans la population générale se situe entre 0,5 et 1,0 %<sup>1</sup>, ce qui en fait un motif de consultation relativement répandu (Figure 1). Sa prévalence ponctuelle pourrait même atteindre 1 %<sup>2</sup>. Pratiquement tous les dermatologues canadiens (98,4 %) interrogés dans un sondage ont affirmé avoir déjà traité des cas d'UCS<sup>3</sup>. Cette maladie se voit plus souvent chez les adultes et chez les femmes que chez les enfants et chez les hommes<sup>4,5</sup>. À preuve, dans une population de plus d'un million de personnes atteintes d'urticaire suivies pendant 10 ans, la prévalence de l'UCS culminait entre 20 et 65 ans<sup>5</sup>. Chez les adultes âgés de 20 à 44 ans, le rapport des risques instantanés était 25 % plus élevé chez les femmes que chez les hommes (RRI : 1,25; IC à 95 % : de 1,23 à 1,28). Un nombre relativement plus faible de cas d'UCS a été observé chez les enfants et les personnes âgées de plus de 65 ans.

FIGURE 1 | L'urticaire chronique spontanée

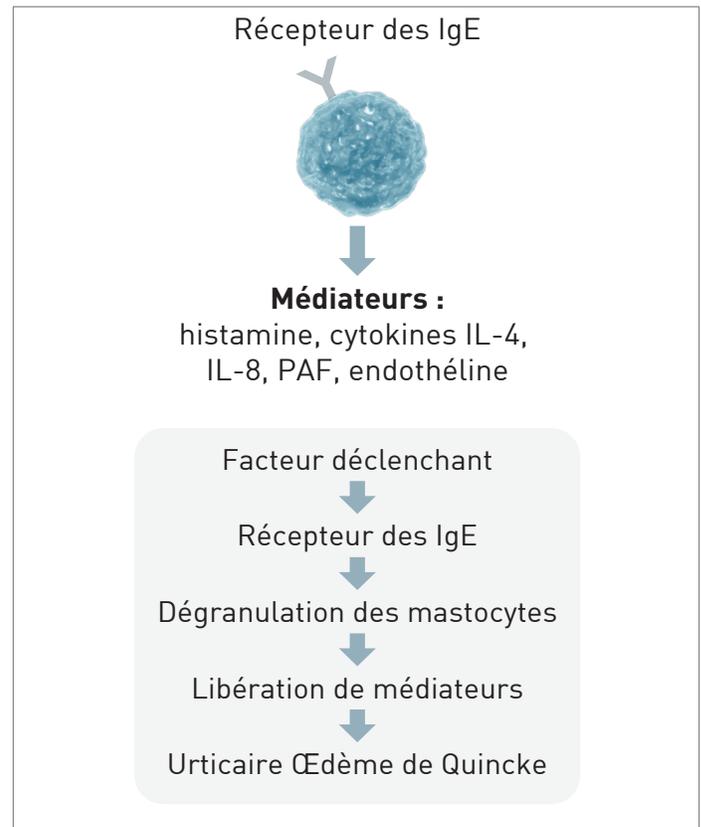


Toutes les formes d'urticaire, qu'elles soient chroniques ou aiguës, provoquées ou spontanées, sont le résultat de la dégranulation des mastocytes et des basophiles dans la peau. Une fois qu'elles sont activées consécutivement à la stimulation des récepteurs des IgE situés à leur surface, ces cellules libèrent de l'histamine et des médiateurs pro-inflammatoires, comme l'interleukine-4 (IL-4), l'IL-5, l'IL-8 et le facteur d'activation des plaquettes (PAF) (Figure 2)<sup>6</sup>. Les chercheurs ne comprennent pas vraiment pourquoi les mastocytes perdent leurs granulations cytoplasmiques dans les cas d'UCS. Une de leurs hypothèses repose sur un déséquilibre immunomodulateur impliquant les IgG ou l'activité d'un autoantigène au niveau du récepteur des IgE<sup>6</sup>. L'œdème de Quincke, qui peut accompagner l'UCS chez 50 % des patients<sup>7</sup>, se manifeste quand l'activation des mastocytes se produit plus profondément dans le derme ou l'hypoderme.

La liste des facteurs déclenchants possibles de l'urticaire aiguë est longue et comprend les allergies

alimentaires, les piqûres d'insectes, des médicaments, des virus, l'exposition au froid, à la chaleur et aux ultraviolets, et les allergènes de contact<sup>8</sup>. Même si l'UCS ne peut être induite, il se peut que les patients voient un lien entre l'apparition des poussées, ou une plus grande probabilité d'une telle poussée, et certains facteurs déclenchants comme des aliments ou une exposition à un type d'environnement en particulier. Il n'empêche que le diagnostic d'UCS reste justifiable si l'urticaire n'est pas systématiquement déclenchée lors d'épreuves de provocation et si les symptômes durent plus de six semaines.

FIGURE 2 | Rôle des mastocytes dans les cas d'urticaire



Des anticorps antithyroïdiens et des anticorps dirigés contre les récepteurs des IgE ont été décelés chez les patients atteints d'UCS, ce qui étaye l'hypothèse d'un processus auto-immunitaire sous-jacent, mais l'intérêt de ce constat pour la prise en charge clinique de cette maladie reste à définir<sup>9</sup>. Par exemple, nous ignorons quels peuvent être l'intérêt thérapeutique et la valeur pronostique de la détection de ces anticorps au moyen d'un test cutané au sérum autologue ou d'un test cutané au plasma autologue<sup>9</sup>.

L'UCS ne menace pas le pronostic vital, mais elle impose un lourd fardeau de morbidité qui se reflète dans les mesures du fonctionnement au quotidien si elle n'est pas traitée ou si elle est mal maîtrisée<sup>10,11</sup>. Une étude d'observation menée chez 673 adultes

atteints d'UCS a révélé que 299 d'entre eux affichaient une maladie intensément ou modérément évolutive d'après le score obtenu au questionnaire d'évaluation de l'évolution de leur maladie qu'ils avaient rempli pendant 7 jours<sup>12</sup>. Or cette étude a aussi fait ressortir un fardeau de morbidité considérable chez les patients atteints d'une forme peu évolutive de la maladie. Par exemple, plus du tiers de ces patients se sont dits anxieux ou dépressifs et 25 % d'entre eux ont signalé avoir du mal à dormir. La plupart des patients aux prises avec des symptômes plus marqués se sont plaints de ces deux types de problèmes, en plus d'un effet négatif sur leurs activités quotidiennes et leur rendement au travail. Ce qui illustre peut-être le mieux l'importance du fardeau de morbidité et de l'urgence d'une maîtrise efficace des symptômes, c'est l'appréhension et la honte exprimées par 55 % des patients atteints d'une forme légère d'UCS, cette proportion grimant à plus de 70 % dans les cas plus graves.

L'UCS évolue de façon variable. Lors d'une étude, les symptômes évalués à un an avaient disparu chez 35 % des patients et avaient diminué chez près de la moitié des autres<sup>13</sup>. Une autre étude comportant une période de suivi de cinq ans a révélé que la proportion de patients chez les symptômes avaient disparu était passé de 30 % à un an à 86 % à cinq ans, ce qui laissait tout de même un nombre faible, quoique non négligeable, de patients affligés de symptômes persistants<sup>14</sup>.

### **Diagnostic différentiel de l'UCS en médecine de premier recours**

L'UCS, tout comme l'urticaire aiguë, se manifeste ordinairement sur fond érythémateux, par des lésions pâles et en relief, ayant souvent l'aspect de plaques de formes et de tailles différentes qui peuvent surgir n'importe où sur la peau<sup>8</sup>. Les lésions provoquées par l'UCS, qu'elles s'accompagnent ou non d'un œdème de Quincke, apparaissent souvent en quelques minutes et disparaissent en 24 heures dans la plupart des cas, même si de nouvelles lésions se forment. Ces lésions ne causent pas de sensation de brûlure ni d'ecchymoses, ce qui laisserait soupçonner une vascularite. Dans les cas où il y a un œdème de Quincke, qui peut être douloureux, ce sont la face, les parties génitales et les membres qui sont le plus souvent touchés.

Les lignes directrices actuelles décrivent l'élaboration du diagnostic comme un processus fonctionnant par élimination des affections ayant des symptômes en commun avec l'UCS<sup>15</sup>. En l'absence de signes et de symptômes évoquant une autre maladie hormis l'UCS, les épreuves complètes de dépistage ou visant à diagnostiquer les autres maladies possibles y sont formellement déconseillées. Les épreuves de laboratoire standard, comme un hémogramme, une formule leucocytaire et la détermination du taux

de sédimentation sont suffisantes pour écarter les maladies inflammatoires, mais il faut comprendre que les symptômes de l'UCS sont confinés à la peau. Une anamnèse approfondie et un examen physique ne laissant pas soupçonner une maladie sous-jacente intéressant tout l'organisme suffisent pour poser un diagnostic de présomption d'UCS.

Par exemple, l'urticaire provoquée par le syndrome de Schnitzler qui à l'instar de l'UCS, apparaît souvent chez des personnes d'âge mûr s'accompagne d'autres symptômes caractéristiques tels qu'une ostéalgie, une perte pondérale, de la fatigue et une hypertrophie de la rate qui ne cadrent pas avec l'UCS<sup>16</sup>. Les manifestations des cryopyrinopathies, un groupe de maladies héréditaires très rares, comprennent aussi une urticaire, mais d'autres symptômes, notamment la fièvre et l'arthralgie, sont aussi présents<sup>17</sup>.

Les maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux disséminé et la dermatomyosite peuvent faire partie du diagnostic différentiel de l'UCS, mais encore là, il est inutile de procéder aux analyses sérologiques destinées à ces maladies en l'absence d'autres symptômes hormis l'urticaire<sup>9</sup>. Sans raison valable, notamment une perte pondérale inexplicée qui orienterait l'évaluation vers une affection maligne, les examens diagnostiques visant à déceler de telles maladies sont injustifiés. Le dosage des anticorps thyroïdiens, même si ces derniers sont détectés, est inutile pour orienter la prise en charge en l'absence d'autres signes d'un dysfonctionnement de la thyroïde.

La présence d'un œdème de Quincke concomitant ne change rien à la démarche diagnostique même s'il allonge la liste des maladies à prendre en compte dans un diagnostic différentiel. Par exemple, l'anamnèse et l'examen physique sont habituellement suffisants pour écarter un œdème angioneurotique (OAN) héréditaire, puisqu'il ne s'accompagne généralement pas de papules ortiées et qu'il est plus grave que celui ordinairement observé dans les cas d'UCS<sup>15</sup>.

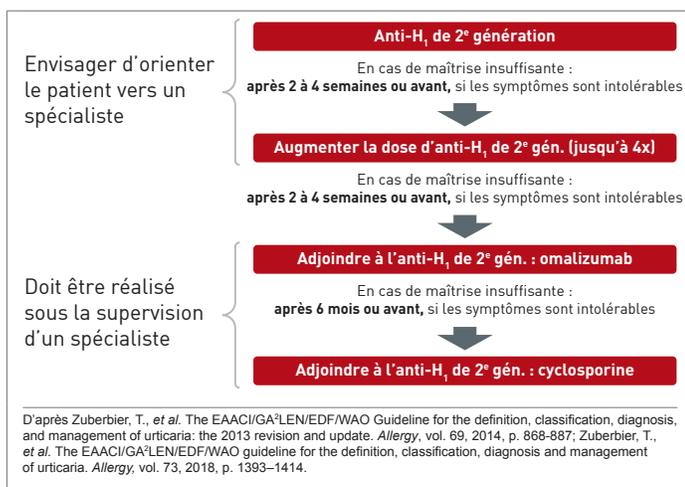
Selon les lignes directrices actuelles, une première anamnèse des patients soupçonnés d'UCS devrait porter sur les circonstances d'apparition de la maladie et sur son évolution. Elle doit aussi servir à obtenir des renseignements sur les facteurs déclenchants, comme le stress, une infection ou des médicaments, risquant d'avoir un lien avec le début de la maladie<sup>15</sup>. Les outils validés employés pour documenter l'évolution de la maladie et ses répercussions sur le fonctionnement des patients au quotidien peuvent être utiles pour en évaluer la gravité et pour suivre les changements une fois le traitement amorcé. Les outils validés mentionnés dans les lignes directrices comprennent l'échelle d'évaluation de l'évolution de l'urticaire sur 7 jours

utilisée par les patients (*7-day urticaria activity score* [UAS7])<sup>18</sup>, qui permet de déterminer l'intensité du prurit et le nombre de papules ortiées, le score d'évolution de l'œdème de Quincke (*angioedema activity score* [AAS])<sup>19</sup> et le test sur la maîtrise de l'urticaire (*urticaria control test* [UCT])<sup>20</sup>.

### Soins fondés sur la médecine factuelle

Le traitement de l'UCS vise à améliorer la qualité de vie et le meilleur moyen d'y parvenir consiste à éliminer complètement les symptômes. Dans les cas d'UCS, une affection idiopathique, le traitement est largement tributaire des traitements pharmacologiques dans la mesure où est respecté le principe voulant qu'on utilise autant de médicaments que nécessaire, mais en même temps le moins possible pour atteindre cet objectif<sup>15</sup>. Bien que l'UCS soit une maladie idiopathique par définition, ce type d'urticaire n'est pas toujours facile à distinguer d'une urticaire chronique inducible. Il se peut que les patients établissent un rapprochement entre l'apparition de l'UCS ou des poussées de cette maladie avec des aliments, certaines circonstances ou des activités en particulier, même s'ils obtiennent des résultats négatifs ou contradictoires aux épreuves de provocation. En pareils cas, il convient de les inciter à éviter leurs facteurs déclenchants présumés même s'ils suivent un traitement pharmacologique.

**FIGURE 3 |** Algorithme de traitement recommandé dans les cas d'urticaire



L'histamine est le grand médiateur de l'urticaire. C'est pourquoi les antihistaminiques sont la pierre angulaire du traitement (Figure 3). Une étude menée avec répartition aléatoire a révélé qu'un traitement continu de l'UCS était plus efficace pour améliorer la qualité de vie qu'un traitement administré au besoin<sup>21</sup>. Les lignes directrices les plus récentes déconseillent les antihistaminiques de première génération en raison de leurs effets anticholinergiques et sédatifs<sup>22</sup>. Les antihistaminiques de deuxième génération n'ont pas tous été étudiés expressément dans le traitement de l'urticaire. En outre, aucune étude comparative

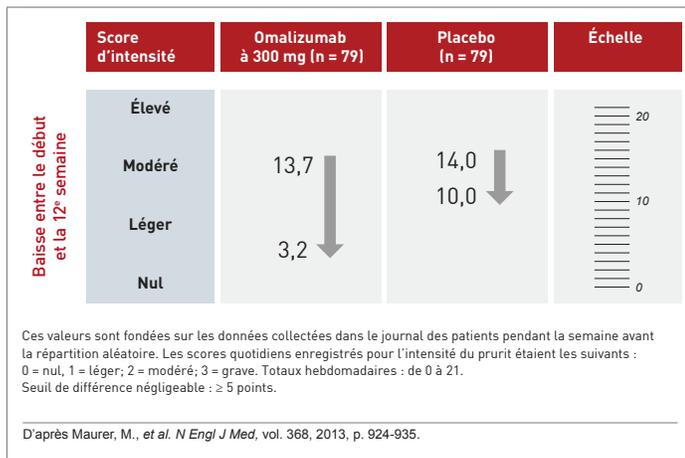
n'a été effectuée avec ceux qui l'ont été, notamment la loratadine, la desloratadine et la cétirizine, ce qui a tout de même incité les auteurs à permettre d'envisager l'utilisation des agents modernes risquant peu de provoquer des interactions médicamenteuses. Advenant que l'administration continue de l'antihistaminique de deuxième génération choisi en première intention ne permette pas de bien maîtriser l'urticaire, on peut essayer de le remplacer par un autre, mais il est déconseillé de combiner des agents différents. La prochaine étape du traitement consiste plutôt à augmenter la dose de l'agent utilisé en monothérapie. Lors d'une étude à double insu citée dans les lignes directrices, il a été possible d'atténuer significativement le prurit ( $p = 0,006$ ), l'érythème ( $p = 0,033$ ) et les papules ortiées ( $p = 0,015$ ) provoqués par une urticaire cholinergique en doublant la dose type de cétirizine<sup>23</sup>. Il faut songer à augmenter la dose si les symptômes ne sont pas maîtrisés en deux à quatre semaines. Cela dit, il n'est pas nécessaire d'attendre aussi longtemps si les symptômes sont insupportables. Des doses pouvant aller jusqu'à quatre fois la dose type peuvent être envisagées, mais il est déconseillé d'aller au-delà de cela.

Si les symptômes ne sont toujours pas maîtrisés avec des doses élevées d'un antihistaminique de deuxième génération, il faut passer à la troisième étape de l'algorithme des lignes directrices : l'ajout d'omalizumab, un anticorps monoclonal dirigé contre les IgE. En abaissant les taux d'IgE libres et fixées aux récepteurs des IgE de haute affinité à la surface des cellules, l'omalizumab inhibe des étapes essentielles à l'activation des mastocytes et des basophiles<sup>24</sup>. Au cours de l'étude d'homologation de phase III menée à double insu et avec répartition aléatoire chez des patients atteints d'UCS, le paramètre d'évaluation principal était le score d'intensité du prurit obtenu à la 12<sup>e</sup> semaine. La réduction du score médian enregistrée avec l'omalizumab à 300 mg était plus de deux fois supérieure à celle obtenue avec le placebo (-10,5 vs -4,0;  $p < 0,001$ ) (Figure 4). La majorité des patients s'en sont trouvés grandement soulagés. De plus, les chercheurs ont constaté des baisses significatives de l'évolution de la maladie qui ont été confirmées par les résultats obtenus pour les paramètres d'évaluation secondaires, soit le score UAS7, le nombre hebdomadaire de papules ortiées et l'indice de la qualité de vie appliqué en dermatologie.

L'omalizumab qui, tout comme le placebo, a été administré par injections sous-cutanées toutes les quatre semaines a été bien toléré. Des effets indésirables ont été observés dans des proportions comparables chez les patients traités par l'omalizumab à 300 mg (65 %) et chez les témoins (61 %). Aucun des patients affectés à l'omalizumab à 300 mg n'a abandonné son traitement pour cause d'effets

indésirables comparativement à un sujet du groupe témoin. Les chercheurs n'ont déploré aucun choc anaphylactique ni aucun décès pendant l'étude. La comparaison de l'omalizumab à 300 mg et du placebo a permis de constater la similarité de l'incidence des effets indésirables graves (8 % vs 9 %) et des effets indésirables sérieux (6 % vs 3 %) dans les deux groupes de sujets.

**FIGURE 4 | Score d'intensité du prurit à la 12<sup>e</sup> semaine**



Il faut envisager d'avoir recours à l'omalizumab si un traitement moins intensif ne permet toujours pas de bien maîtriser les symptômes au bout de six mois, mais il serait acceptable d'y recourir plus tôt si les symptômes étaient vraiment intolérables. Les lignes directrices mentionnent que l'omalizumab, qui atténue également l'œdème de Quincke dans les cas d'UCS<sup>25</sup>, est un moyen efficace d'améliorer la qualité de vie des patients et qu'il peut être utilisé à long terme. La dose recommandée est de 300 mg administrée par injection sous-cutanée toutes les quatre semaines. Dans le cadre de l'étude, la dose de 150 mg s'est révélée efficace, mais celle de 300 mg l'était beaucoup plus tout en étant aussi bien tolérée. Notons que la dose de 300 mg est celle qui est la plus souvent utilisée.

Parmi les options recommandées dans les lignes directrices pour la quatrième étape, c'est la cyclosporine, qui exerce un effet direct sur la libération de médiateurs des mastocytes, dont il est question en premier. Elle n'est pas officiellement indiquée dans le traitement de l'UCS, mais des études menées avec contrôle placebo ont démontré son efficacité contre cette maladie<sup>26,27</sup>. La cyclosporine a été reliée à des effets indésirables sérieux comme l'hypertension artérielle, des infections, l'hyperkaliémie et une néphrotoxicité. Bien que ces effets indésirables soient rares lorsque la cyclosporine est employée aux doses habituellement administrées dans les cas d'UCS, cet agent doit être réservé aux patients qui ne parviennent pas à maîtriser suffisamment leurs symptômes au

moyen des traitements recommandés en premier lieu dans les lignes directrices.

Les lignes directrices font mention d'autres médicaments dotés de propriétés immunosuppressives ou anti-inflammatoires et qui sont susceptibles d'être utilisés advenant que les quatre étapes de traitement se soldent par un échec. Cela dit, aucun d'eux n'y fait l'objet d'une recommandation explicite. Les glucocorticostéroïdes, par exemple, pourraient être efficaces, mais ils ne conviennent pas aux traitements de longue durée. Des rapports de cas portent à croire que des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) pourraient être utiles chez des patients atteints d'UCS difficile à traiter<sup>28</sup>, mais les lignes directrices stipulent que leur emploi doit être réservé aux centres spécialisés, le rapport entre les bienfaits et les risques de ce type d'intervention étant plutôt flou.

Contrairement aux versions antérieures, les nouvelles lignes directrices déconseillent l'utilisation des antihistaminiques sédatifs de première génération et les médicaments pour lesquels nous disposons de peu de données probantes confirmant leurs effets positifs, notamment les inhibiteurs des récepteurs H2 et le montélukast, un inhibiteur des leucotriènes. Selon les lignes directrices récemment remaniées, il est à prévoir que la majorité des patients parviendront à maîtriser leurs symptômes d'UCS de façon satisfaisante avec les trois premières étapes qui y sont actuellement recommandées. Advenant qu'une maîtrise durable des symptômes soit obtenue, il conviendrait alors de tenter de diminuer la dose de médicament. Bien que l'UCS puisse évoluer vers la chronicité chez un très petit nombre de patients, les symptômes de cette affection finissent habituellement par s'estomper et par disparaître complètement.

### Résumé

L'UCS ne menace pas le pronostic vital, mais elle peut nuire considérablement à la qualité de vie, même dans les cas légers ou modérés. Il n'existe aucune épreuve diagnostique de référence pour l'UCS, mais il est possible de poser un diagnostic de présomption chez les patients atteints de prurit et de lésions cutanées caractéristiques en l'absence de signes évoquant une maladie intéressant tout l'organisme. Les antihistaminiques sont les agents à privilégier en première intention. La plupart des patients obtiendront une bonne maîtrise de leurs symptômes en suivant l'algorithme de traitement en vigueur qui comporte des doses élevées d'antihistaminiques de deuxième génération et, au besoin, un anticorps monoclonal dirigé contre les IgE. Le traitement vise l'élimination complète des symptômes. Avec le temps, l'UCS disparaît chez la majorité des patients, mais elle peut persister chez une minorité d'entre eux. ●

## Références

1. SUSSMAN, G., J. Hébert, W. Gulliver, *et al.* Insights and advances in chronic urticaria: a Canadian perspective. *Allergy Asthma Clin Immunol*, vol. 11, 2015, p. 7.
2. MAURER, M., K. Weller, C. Bindslev-Jensen, *et al.* Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA[2]LEN task force report. *Allergy*, vol. 66, 2011, p. 317-330.
3. CHEUNG, L.Y. et C.W. Lynde. Chronic Spontaneous Urticaria (UCS): Canadian Dermatologists' Perspective. *J Cutan Med Surg*, vol. 20, 2016, p. 308-312.
4. ASERO, R. Sex differences in the pathogenesis of chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*, vol. 111, 2003, p. 425-426.
5. EUN, S.J., J.Y. Lee, D.Y. Kim et H.S. Yoon. Natural course of new-onset urticaria: Results of a 10-year follow-up, nationwide, population-based study. *Allergol Int*, vol. 68, 2019, p. 52-58.
6. JAIN, S. Pathogenesis of chronic urticaria: an overview. *Dermatol Res Pract*, vol. 2014, 2014, p. 674709.
7. CHAMPION, R.H., S.O. Roberts, R.G. Carpenter et J.H. Roger. Urticaria and angio-oedema. A review of 554 patients. *Br J Dermatol*, vol. 81, 1969, p. 588-597.
8. SCHAEFER, P. Acute and Chronic Urticaria: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*, vol. 95, 2017, p. 717-724.
9. BERNSTEIN, J.A., D.M. Lang, D.A. Khan, *et al.* The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*, vol. 133, 2014, p. 1270-1277.
10. BAIARDINI, I., F. Braido, C. Bindslev-Jensen, *et al.* Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA[2] LEN taskforce position paper. *Allergy*, vol. 66, 2011, p. 840-844.
11. MAURER, M., P. Staubach, U. Raap, *et al.* H1-antihistamine-refractory chronic spontaneous urticaria: it's worse than we thought - first results of the multicenter real-life AWARE study. *Clin Exp Allergy*, vol. 47, 2017, p. 684-692.
12. MAURER, M., M. Abuzakouk, F. Bérard, *et al.* The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE-UCS. *Allergy*, vol. 72, 2017, p. 2005-2016.
13. KOZEL, M.M., J.R. Mekkes, P.M. Bossuyt et J.D. Bos. Natural course of physical and chronic urticaria and angioedema in 220 patients. *J Am Acad Dermatol*, vol. 45, 2001, p. 387-391.
14. TOUBI, E., A. Kessel, N. Avshovich, *et al.* Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. *Allergy*, vol. 59, 2004, p. 869-873.
15. ZUBERBIER, T., M. Balke, M. Worm, G. Edenharter et M. Maurer. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol*, vol. 35, 2010, p. 869-873.
16. DAVIS, M.D.P. et J.C.H. van der Hilst. Mimickers of Urticaria: Urticarial Vasculitis and Autoinflammatory Diseases. *J Allergy Clin Immunol Pract*, vol. 6, 2018, p. 1162-1170.
17. KEDDIE, S., T. Parker, H.J. Lachmann et L. Ginsberg. Cryopyrin-Associated Periodic Fever Syndrome and the Nervous System. *Curr Treat Options Neurol*, vol. 20, 2018, p. 43.
18. HOLLIS, K., C. Proctor, D. McBride, *et al.* Comparison of Urticaria Activity Score Over 7 Days (UAS7) Values Obtained from Once-Daily and Twice-Daily Versions: Results from the ASSURE-UCS Study. *Am J Clin Dermatol*, vol. 19, 2018, p. 267-274.
19. WELLER, K., A. Groffik, M. Magerl, *et al.* Development and construct validation of the angioedema quality of life questionnaire. *Allergy*, vol. 67, 2012, p. 1289-1298.
20. WELLER, K., A. Groffik, M.K. Church, *et al.* Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol*, vol. 133, 2014, p. 1365-1372, 72 e1-6.
21. GROB, J.J., P. Auquier, I. Dreyfus et J.P. Ortonne. How to prescribe antihistamines for chronic idiopathic urticaria: desloratadine daily vs PRN and quality of life. *Allergy*, vol. 64, 2009, p. 605-612.
22. CHURCH, M.K., M. Maurer, F.E. Simons, *et al.* Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA[2]LEN position paper. *Allergy*, vol. 65, 2010, p. 459-466.
23. ZUBERBIER, T., C. Munzberger, U. Haustein, *et al.* Double-blind crossover study of high-dose cetirizine in cholinergic urticaria. *Dermatology*, vol. 193, 1996, p. 324-327.
24. BECK, L.A., G.V. Marcotte, D. MacGlashan, A. Togias et S. Saini. Omalizumab-induced reductions in mast cell FcεR1 expression and function. *J Allergy Clin Immunol*, vol. 114, 2004, p. 527-530.
25. STAUBACH, P., M. Metz, N. Chapman-Rothe, *et al.* Effect of omalizumab on angioedema in H1 -antihistamine-resistant chronic spontaneous urticaria patients: results from X-ACT, a randomized controlled trial. *Allergy*, vol. 71, 2016, p. 1135-1144.
26. GRATAN, C.E., B.F. O'Donnell, D.M. Francis, *et al.* Randomized double-blind study of cyclosporin in chronic 'idiopathic' urticaria. *Br J Dermatol*, vol. 143, 2000, p. 365-372.
27. VENA, G.A., N. Cassano, D. Colombo, E. Peruzzi, P. Pigatto et I.S.G. Neo. Cyclosporine in chronic idiopathic urticaria: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*, vol. 55, 2006, p. 705-709.
28. MAGERL, M., S. Philipp, M. Manasterski, M. Friedrich et M. Maurer. Successful treatment of delayed pressure urticaria with anti-TNF-alpha. *J Allergy Clin Immunol*, vol. 119, 2007, p. 752-754.

## NE PAS DISTRIBUER

L'information et les opinions formulées aux présentes sont celles des participants et ne reflètent pas forcément celles de Communications Xfacto inc. ou du commanditaire. La diffusion de ce rapport de conférence a été rendue possible grâce au soutien de l'industrie en vertu d'une convention écrite garantissant l'indépendance rédactionnelle. Ce document a été créé à des fins didactiques et son contenu ne doit pas être vu comme faisant la promotion de quelque produit, mode d'utilisation ou schéma posologique que ce soit. Avant de prescrire un médicament, les médecins sont tenus de consulter la monographie du produit en question. Toute distribution, reproduction ou modification de ce programme est strictement interdite sans la permission écrite de Communications Xfacto inc. © 2019. Tous droits réservés. The Medical Xchange<sup>MD</sup>