HAL
archives-ouvertes.fr

État des lieux de la prise en charge de l'urticaire aiguë par les médecins généralistes du département des Pyrénées-Atlantiques (64)

Celine Chasson

▶ **To cite this version:**

Celine Chasson. État des lieux de la prise en charge de l'urticaire aiguë par les médecins généralistes du département des Pyrénées-Atlantiques (64). Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01887259>

HAL Id: dumas-01887259
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01887259

Submitted on 3 Oct 2018

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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 Thèse N° 113

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 18 septembre 2018

Par **Céline CHASSON**

Née le 10 août 1988 à Grenoble (38)

État des lieux de la prise en charge de l'urticaire aiguë par les médecins généralistes du département des Pyrénées-Atlantiques (64)

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Franck BORALEVI	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Rapporteur
Madame le Professeur Marie-Sylvie DOUTRE	Juge
Madame le Docteur Brigitte MILPIED	Juge
Monsieur le Docteur Eric TELLIER	Directeur de thèse

Remerciements

À Monsieur le Professeur Franck BORALEVI,
Président du jury
Je vous remercie de m'avoir reçue pour discuter et initier ce projet de thèse et d'avoir, après tout ce temps, accepté de présider le jury de thèse et de me faire l'honneur de juger mon travail.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,
Rapporteur de thèse
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et d'assister à la soutenance de la thèse.

À Madame le Professeur Marie-Sylvie DOUTRE,
Membre du jury
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse et d'accepter de juger mon travail lors de la soutenance.

À Madame le Docteur Brigitte MILPIED,
Membre du jury
Je vous remercie d'avoir pris le temps de me recevoir pour me donner votre avis d'expert sur ce travail et d'être juge à la soutenance de thèse.

À Monsieur le Docteur Éric TELLIER,
Directeur de thèse
Je te remercie d'avoir accepté de me diriger dans ce travail de thèse. Merci pour ton soutien et ta confiance. Tu as permis que ce travail aboutisse, malgré tous les aléas que nous avons rencontrés.

À tous les médecins généralistes qui ont participé à l'étude,
merci d'avoir accepté de prendre du temps pour me permettre de réaliser ce travail de thèse. Merci à tous.

À mes parents,
Madre et Padre qui m'ont encouragé pendant toutes ces années. Votre soutien sans limite a été une force pour traverser ces études. Les discussions autour du café sont irremplaçables. Madre, merci de ta curiosité sur les médecines ancestrales, graines et plantes en tout genre, avec à chaque fois une petite nouveauté à déguster. Padre, merci de m'avoir transmis ton amour pour la nature et de m'avoir poussé à aller toujours un peu plus loin.

À ma sœur,
Delphine, ses moments Grignette, les pauses thé-goûter, les virées à deux, les randonnées hautes en couleur, les jeux où l'on gagne sans tricher, les fous rires et les dilemmes shopping-dressing. Merci d'être là, de m'avoir aidé à franchir les obstacles et d'avoir éclairé les moments de doute.

À mes grands-parents,
Papi et mamie domène qui m'ont encouragé aveuglément, cette fois-ci c'est bon c'est vraiment terminé ! Papi beauvallon et mamie que je n'oublie pas.

À la Fouf team,
Lilou et Fred. Merci d'être là depuis le début, d'avoir partagé le bianco, les indiens, les vacances entre filles, les margaritas, les soirées kitch, les anniversaires en pagaille, les photos national geographic, les aventures gastronomiques de Carcasos, el chipirion, et j'en passe ! Fred, t'avoir dans le sud ouest est un véritable bonheur avec les visites improvisées et les soirées toulousaines, à poursuivre sans modération. Lilou, tu as été présente à tous les moments clés de ces études de médecine, et surtout une amie précieuse au quotidien ; un ciré, une Guinness et ça repart !

Aux vieux potes,
Bobo, Matt et à notre équipe de Foossa ! Renaud, Romain, Hélène, Claire, Mathilde et Jess. Que de bons moments passés ensemble ! Les retrouvailles Grenobloises sont toujours sources d'innovation, de surprise et de bonheur en barre. Bobo, merci d'être l'acolyte maléfique de la ptite teigne. Matt, merci pour ton esprit libre, geek et résigné au bon côté de la vallée. Romain, merci pour ton humour, ton énergie et tes rêves, paré à virer ? Mathilde, merci d'avoir été une

supportrice hors pair, notre amitié est inestimable. Clarichnouchnette, malgré la distance, je n'oublie pas nos aventures du ski à Calvi en passant par la Punta ! Merci pour la Foossattitude, Foossa for life.

À la team VSL,
Marine, Mona, Marion, Jojo, Tifou, Julie, Joanne et Ben ! D'un petit coin perdu du Lot et Garonne est ressorti une véritable amitié. Grâce à vous les années internat sont passées à vitesse grand V, ponctuées de weekend Béarnais, apéros bordelais hebdomadaires, complicité, soirées internat, dépassement de soi sur le parcours du marathon le plus long du monde, ouverture d'esprit musical, pic nique à la plage, randonnées découverte du 47 et du 64, et bien plus encore. Merci à vous !

À la coloc Mayi Eder,
Mich, Mezzo, Jijouille et Tif. Merci pour votre humour délicat au quotidien, pour les soirées film-culte-tisane-au-chaud-sous-un-plaid et pour les barbec' improvisés entre deux sessions surf.

Aux amis du Sud Ouest,
Merci à Amandine, Mathilde, Fabien, Claire d'avoir croisé et embelli mon chemin. C'est toujours un grand plaisir de vous retrouver et de passer des moments avec vous.
Merci à mes anciens colocs pour la vie écolo bobo locavore.
Aux bayonnais d'adoption pour les soirées bord de Nive, milesker.

Table des matières

Liste des figures **8**

Liste des tableaux **9**

Abréviations **10**

Résumé **11**

Abstract **12**

Introduction **13**

Généralités **14**
1/ ÉPIDÉMIOLOGIE : *14*
1.1 Épidémiologie générale 14
1.2 Épidémiologie en médecine générale 15
2/ PHYSIOPATHOLOGIE : *16*
3/ CARACTÉRISTIQUES DE L'URTICAIRE *20*
3.1/ Définition 20
3.2/ Diagnostic positif 20
3.3/ Classification et étiologies 22
3.4/ Diagnostic différentiel avec l'anaphylaxie 23
3.5/ Cas particulier de la population pédiatrique 25
4/ LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE *26*
4.1/ Mesures générales 26
4.2/ Thérapeutique 27
4.3/ Investigations complémentaires 28
5/ ÉVOLUTION *30*
6/ L'URTICAIRE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE *30*
7/ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE *31*

Matériel et méthodes **32**
1/ TYPE D'ÉTUDE *32*
2/ POPULATION DE L'ÉTUDE *32*
3/ PROTOCOLE D'ÉTUDE *34*
3.1 Élaboration du questionnaire 34
3.2 Validation du questionnaire 36
3.3 Adresse électronique de l'étude ASUN 36
4/ RECUEIL DES DONNÉES *37*
4.1 Inclusion 37
4.2 Modalités de recueil 38
5/ ANALYSE STATISTIQUE *39*
6/ SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ *39*

Résultats **40**
1/ DIAGRAMME DE FLUX *40*
2/ CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RECRUTEURS *41*

2.1 Répartition géographique 41
2.2 Description de l'échantillon 41
3/ CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE *45*

Discussion **52**
1/ RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS *52*
2/ LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE *53*
2.1 Choix du type d'étude 53
2.2 Élaboration du questionnaire 53
2.3 Qualité du recueil 54
2.4 Qualité de l'échantillon 56
3/ RÉPONSE À L'OBJECTIF *57*
3.1/ Population de patients 57
3.2/ Thérapeutique 57
3.3/ Bilan complémentaire et avis spécialisé 63
4/ PERSPECTIVES *63*

Conclusion **66**

Bibliographie **67**

Annexes **73**

Liste des figures

Figure 1 : Schéma d'activation mastocytaire dans l'urticaire, d'après *Physiopathologie de l'urticaire*

Figure 2 : Critères de Samson et al. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement ; d'après *Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence*

Figure 3 : Conduite à tenir diagnostique et thérapeutique devant une urticaire aiguë, d'après *Urticaires: diagnostic, prise en charge et traitement*

Figure 4 : Répartition géographique des médecins participants

Figure 5 : Répartition chronologique des cas d'urticaire en fonction du temps (du 7/11/17 au 13/05/18)

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques générales des médecins recruteurs
Tableau 2 : Caractéristiques complémentaires des médecins recruteurs
Tableau 3 : Caractéristiques du patient
Tableau 4 : Caractéristiques de l'urticaire
Tableau 5 : Caractéristiques de la prise en charge
Tableau 6 : Terrain des patients sous corticothérapie

Abréviations

OMG :	Observatoire de Médecine Générale
SFMG :	Société Française de Médecine Générale
ECOGEN :	étude transversale sur les Éléments de COnsultation en médecine GÉNérale
CIC :	Complexes Immuns Circulants
EAACI :	European Academy of Allergy and Clinical Immunology
GA2LEN :	Global Allergy and Asthma European Network
EDF :	European Dermatology Forum
WAO :	World Allergy Organisation
AINS :	Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CH :	Centre Hospitalier
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
ZRR :	Zone de Revitalisation Rurale
DU :	Diplôme Universitaire
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
AH1 :	Antihistaminique H1
NFS :	Numération Formule Sanguine
CRP :	C Reactive Protein (= protéine C réactive)

Résumé

Introduction : L'urticaire est une pathologie dermatologique courante puisqu'environ 20% de la population présentera un épisode aigu. Il s'agit d'un motif de consultation assez fréquent en médecine générale, cependant peu de données actuelles existent dans le cadre des soins primaires. L'objectif de l'étude ASUN est de décrire la prise en charge globale des patients atteints d'urticaire aiguë, par des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, prospective, réalisée à l'échelle départementale, sur une durée de six mois. Les données étudiées sont issues de questionnaires au format papier. Elles regroupent les caractéristiques intrinsèques des médecins recruteurs et des patients inclus dans l'étude. Les données de prise en charge diagnostique, thérapeutique et d'investigations ont été analysées.

Résultats : L'échantillon de 25 médecins généralistes a inclus 66 patients. Les recruteurs ont un âge médian de 44 ans et pratiquent pour la majorité en libéral, en zone semi-rurale, depuis une dizaine d'années. Sur la période étudiée, dans le département, l'âge moyen des patients est de 34 ans, et les femmes sont majoritaires à 76%. Il s'agit pour 85% d'entre eux de leur premier épisode, et 70% ne présentent aucun signe de gravité. Le traitement médicamenteux le plus prescrit est représenté par les antihistaminiques à 90% suivi par la corticothérapie orale à 38%.

Conclusion : L'étude ASUN a permis d'avoir une première évaluation des pratiques médicales ainsi qu'un profil des patients atteints d'urticaire aiguë.

Abstract

Introduction: Urticaria is a common dermatological condition, with approximately 20% of the population presenting with an acute episode. This is a fairly common reason for consultation in general practice, however, little current data exists in primary care settings. The objective of the ASUN study is to describe the global management of patients with acute urticaria, by general practitioners of the Pyrénées-Atlantiques.

Method: This is a descriptive, quantitative, prospective, departmental study over a period of six months. The data studied come from paper survey. They bring together the intrinsic characteristics of recruiting physicians and patients included in the study. Data on diagnostic, therapeutic and investigative management were analyzed.

Results: The sample of 25 general practitioners included 66 patients. The recruiters have an average age of 44 years and practice for the majority in liberal, in semi-rural zone, since about ten years. Over the studied period, in the department, the average age of patients is 34, and women are the majority at 76%. This is 85% of them of their first episode, and 70% have no sign of gravity. The most prescribed drug treatment is 90% antihistamines followed by 38% oral corticosteroids.

Conclusion: The ASUN study provided an initial assessment of medical practices as well as a profile of patients with acute urticaria.

Introduction

Selon nos observations, l'urticaire semble être une affection dermatologique courante en médecine de soins primaires. Nous détaillerons dans les généralités qu'il est estimé que près de 20% de la population présentera un épisode d'urticaire aiguë à un moment de la vie (1).

À notre connaissance il existe peu d'études concernant l'urticaire en médecine générale, et plus spécifiquement concernant l'urticaire aiguë. Il s'agit d'une pathologie intéressante à étudier du fait de sa prévalence élevée et de l'existence de recommandations de 2013 actualisées en 2017. En pratique clinique, la fréquence de cette pathologie a été observée. Cependant, la prise en charge globale de l'urticaire paraissait très différente entre les praticiens. Cette diversité portait principalement sur la prise en charge thérapeutique et la recherche étiologique lors d'un épisode d'urticaire aiguë. Nous nous sommes donc interrogés sur la réalité des pratiques actuelles.

Avec l'étude ASUN, nous avons voulu faire un état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes. Le but n'étant pas de mesurer leurs compétences mais de décrire leur prise en charge quotidienne de cette pathologie commune dans les cabinets de soins primaires.

Généralités

1/ ÉPIDÉMIOLOGIE :

1.1 Épidémiologie générale

L'urticaire est une dermatose fréquente qui survient chez environ 20% de la population générale (2). Une étude espagnole de 2012, portant sur un recueil de trois ans, retrouvait une prévalence annuelle de l'urticaire de 0,8%, avec une prédominance féminine et un âge moyen de 40 ans (1). Plusieurs études montraient une prévalence à vie de tous les types d'urticaire confondus d'environ 8,8% (3,4). La prévalence de l'urticaire aiguë est plus élevée chez les patients présentant un terrain atopique (rhinite allergique, dermatite atopique et asthme allergique) (5). L'urticaire aiguë serait plus fréquente chez les femmes (6), avec un pic d'incidence entre 20 et 40 ans (7).

Une étude allemande publiée en 2014 retrouvait une incidence d'environ 1% par année chez les enfants. La prévalence cumulée chez les enfants jusqu'à 10 ans est de 14,5% pour les garçons et 16,2% pour les filles. Elle est aussi corrélée à la présence d'antécédent parental d'atopie ou d'urticaire (8). Chez les enfants, le rapport hommes/femmes est à peu près équivalent (9), avec une prédominance pour l'urticaire aiguë spontanée (10).

Un article de Konstantinou et al. concerne l'épidémiologie de l'urticaire aiguë chez les enfants européens. Il en ressort que les fluctuations de l'urticaire aiguë ont montré une tendance épidémiologique similaire en Europe du Nord et du Sud, indépendamment des différences attendues sur le plan génétique, géographique et environnemental (11).

1.2 Épidémiologie en médecine générale

Peu de données ont été retrouvées concernant l'incidence et la prévalence de l'urticaire aiguë en soins primaires.

L'Observatoire de Médecine Générale (OMG) édité par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) comptabilisait en 2009 en France, 587 patients ayant consulté pour une urticaire. On note deux pics de survenue, entre 2 et 9 ans, et entre 30 et 39 ans. Globalement, les femmes sont plus atteintes que les hommes. On ne note pas de saisonnalité particulière à l'échelle nationale.

En Aquitaine, on remarque une nette diminution de la prévalence de l'urticaire au mois d'août et septembre. Le pic de survenue est visible chez les garçons de 2 à 9 ans et chez les hommes de 60 à 69 ans, alors que chez les femmes l'incidence est étalée de 50 à 79 ans (12).

L'étude ECOGEN en France en 2014 retrouvait que les motifs dermatologiques représentent environ 5% des motifs de consultations en médecine générale (13).

Une étude prospective, quantitative et descriptive dans le cadre d'une thèse de médecine générale concernant les pathologies cutanées retrouvées en médecine générale, publiée en 2012, retrouvait l'urticaire dans les 10 pathologies dermatologiques les plus fréquemment rencontrées par les médecins généralistes de Haute-Normandie, avec un taux estimé à 3,35% (14).

2/ PHYSIOPATHOLOGIE :

L'urticaire est une pathologie conduite et dirigée par les mastocytes (15).

Le mastocyte cutané est une cellule de défense contre les micro-organismes dont l'activation déclenche trois réactions. La dégranulation, responsable de la libération immédiate de médiateurs préformés dont l'histamine. La synthèse secondaire de médiateurs lipidiques tels que prostaglandines et leucotriènes, et la synthèse de cytokines et chimiokines responsable de la phase tardive clinique.

L'histamine entraine une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité vasculaire avec exsudation plasmatique dans le tissu en agissant sur les récepteurs H1 et H2 des cellules endothéliales. Ces mécanismes induisent une activation des vaisseaux, permettant une organisation des défenses locales contre les pathogènes.

Les récepteurs H1 de l'histamine sont situés sur les vaisseaux et sur les fibres C des terminaisons nerveuses. Ceux-ci deviennent perméables au plasma, et un signal de sensation de démangeaison est envoyé au système nerveux central (2).

Au cours de l'urticaire, l'action vasculaire est excessive, entraînant une vasodilatation et un œdème se traduisant cliniquement par un érythème papuleux (16).

L'urticaire est causée par la dégranulation des mastocytes cutanés, par les voies immunologique, non immunologique et idiopathique (17). Il existe différents mécanismes d'activation des mastocytes, selon le type de facteurs d'activation.

La dégranulation des mastocytes induite par les antigènes se déroule en deux phases. La première est une phase de réaction immédiate résultant de la libération de médiateurs préformés et survient dans les 30 minutes. La seconde phase est tardive et correspond à la libération de nouveaux médiateurs mastocytaires, et de certains médiateurs de cellules inflammatoires, et survient 6 à 8 heures plus tard (17).

Lorsque les mastocytes sont activés par les différents effecteurs de l'immunité adaptative (les anticorps ou les lymphocytes T), il s'agit d'une urticaire immunologique, ou allergique, dont il existe quatre types d'étiologies (16).

- La réaction allergique médiée par les IgE est une manifestation d'hypersensibilité dite de type I. Elle se déroule en deux phases, et correspond à la réaction reproduite lors des *prick tests* (tests épicutanés). La première phase est une phase muette de sensibilisation permettant la production importante d'IgE spécifiques d'un allergène. La seconde phase correspond à

l'expression clinique de l'urticaire lors d'un second contact avec l'allergène qui se lie aux IgE présents à la surface des mastocytes et les activent. Cette voie d'activation est la mieux connue. Il s'agit de la voie immunologique la plus fréquente (6).

- L'hypersensibilité de type II est médiée par les IgG,
- L'hypersensibilité de type III est médiée par les Complexes Immuns Circulants (CIC),
- L'hypersensibilité de type IV est médiée par les Lymphocytes T présentateurs d'antigènes (LT CD4 ou CD8).

Les mastocytes disposent de nombreux récepteurs membranaires permettant leur activation, résultants de l'immunité innée, tels que des récepteurs aux cytokines ou chimiokines, au froid ou à la chaleur, au stress, au complément… Ils peuvent ainsi être activés par des substances chimiques ou par des protéines, lors d'un effet pharmacologique ou toxique direct d'un médicament ou d'un aliment. Cette voie d'activation correspond à l'urticaire non allergique (16).

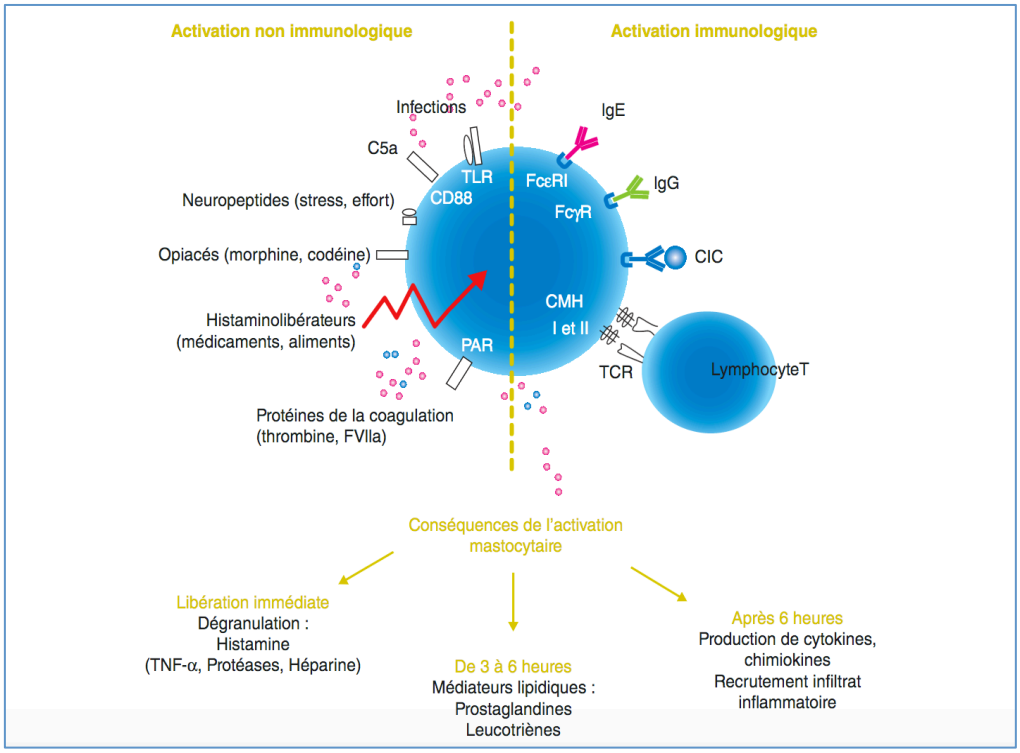


Figure 1. Schéma d'activation mastocytaire dans l'urticaire d'après *Physiopathologie de l'urticaire (18).*

Les différentes expressions cliniques de l'urticaire peuvent s'expliquer par le fait que l'activation des mastocytes peut aboutir à une partie seulement ou à la totalité des réactions biologiques (18).

En résumé, l'urticaire est l'expression clinique de l'activation des récepteurs H1 par l'histamine, libérée par les mastocytes activés exerçant leur rôle physiologique de défense contre les micro-organismes.

3/ CARACTÉRISTIQUES DE L'URTICAIRE

3.1/ Définition

L'urticaire est un nom féminin dérivé du terme latin *« Urtica dioica »* signifiant ortie. Cette dermatose inflammatoire était déjà décrite du temps d'Hippocrate (2). Plusieurs études reprennent la définition de l'urticaire, avec d'une part l'urticaire superficielle qui résulte de l'œdème dermique (16), et d'autre part l'urticaire profonde ou angiœdème qui concerne le tissu sous-cutané, mais aussi les organes abdominaux et les voies aériennes supérieures (19). De ce fait, la présentation de l'urticaire peut être caractérisée par des papules dermiques, un angioedème, ou l'association des deux (20).

L'urticaire est considérée comme une pathologie aiguë lorsqu'elle évolue en moins de six semaines, au-delà elle devient chronique (21). Tant que la pathologie est active, les lésions peuvent apparaître n'importe où sur le corps (22).

3.2/ Diagnostic positif

Le diagnostic positif de l'urticaire et de l'angioedème est clinique (22,23).

L'**urticaire** se définie par une éruption érythémateuse, papuleuse, fugace (16). Chaque lésion ne reste pas plus de 24 heures (6). Les lésions blanchissent sous l'effet de la pression et disparaissent sans laisser aucune pigmentation ou cicatrice résiduelle (24).

Une papule se compose de trois éléments typiques : un gonflement central de taille variable avec un érythème périphérique réflexe, une sensation de brûlure ou de démangeaison, un caractère éphémère avec un retour à l'état normal en moins de 24 heures (23). Les papules ont une taille variable pouvant aller de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Leur caractère transitoire et migratoire est un élément déterminant pour le diagnostic d'urticaire (7). La localisation péri-oculaire ou faciale de l'urticaire peut être confondue avec un angiœdème, mais le caractère prurigineux les distingue (25).

L'**angiœdème** est caractérisé par un érythème soudain et prononcé, par gonflement du derme et de l'hypoderme. Il se manifeste par une sensation de douleur ou brûlure plutôt que de démangeaison. La plupart des lésions durent moins de 48 heures mais peuvent atteindre 72 heures (5,7). Même si l'angiœdème peut survenir sur n'importe quelle partie du corps, il est plus fréquent au niveau des paupières, des lèvres et des organes génitaux ; parfois au niveau de la langue, du pharynx ou du larynx menaçant le pronostic vital. Il est habituellement asymétrique avec une localisation variée (26). Certains signes d'angiœdème sont moins évidents comme l'hypersialorrhée, des difficultés pour parler, un stridor ou des diarrhées (23).

L'urticaire est isolée chez 50% des patients, l'association des papules et de l'angiœdème est présente dans près de 40% des cas, et l'angiœdème apparaît seul dans environ 10% des cas (7). L'angiœdème isolé est très rare, et doit alerter le praticien vers des diagnostics différentiels (27).

3.3/ Classification et étiologies

La classification retenue de l'urticaire est celle proposée par plusieurs sociétés savantes internationales, publiée en 2013 et maintenue en 2017. Elle est basée sur la durée d'évolution et la présence ou l'absence de facteurs inducteurs (15,28). EAACI, GA2LEN, EDF et WAO proposent donc:

- Urticaire spontanée :
  - Aiguë : papules et/ou angioedème de résolution spontanée en moins de six semaines.
  - Chronique : papules et/ou angioedème présents au moins deux jours par semaine pendant six semaines ou plus.
- Urticaire inductible (aussi nommée urticaire physique) : se produit lorsqu'elle est déclenchée par des stimuli physiques spécifiques (dermographisme, urticaire de contact au froid, solaire, retardée à la pression, contact à la chaleur).

L'urticaire peut être divisée en trois groupes étiologiques. Ces groupes découlent de la physiopathologie de l'urticaire et du mécanisme d'activation macrophagique (7,17,19).

L'urticaire aiguë non allergique est de loin l'étiologie la plus fréquente (5). Les causes idiopathiques représentent la plupart des cas d'urticaire et environ 50% des causes d'urticaires aiguës.

Les causes immunologiques sont principalement représentées par les urticaires allergiques avec réactions IgE médiées d'hypersensibilité de type I.

Elles peuvent être causées par des médicaments (Béta-lactamines), du venin d'insectes, des aliments (arachide), le latex et des aéroallergènes. Il peut exister des prodromes tels qu'un picotement ou une démangeaison de la bouche, paumes et plantes. Un angiœdème associé à une urticaire est dans la plupart des cas d'origine allergique (23).

Les causes non immunologiques sont dues à des agents physiques ou chimiques. De nombreux médicaments sont impliqués tels que les opiacés, AINS, Aspirine, produits de contraste radiologiques. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les statines sont plutôt pourvoyeurs d'angiœdème. Certains aliments sont histaminolibérateurs (fraises, fruits de mer).

3.4/ Diagnostic différentiel avec l'anaphylaxie

Il existe de nombreux diagnostics différentiels de l'urticaire. Le diagnostic d'urticaire ou d'angiœdème est posé lorsque les épisodes sont limités au derme superficiel et profond sans être associés à d'autres symptômes systémiques (29).

Il faut suspecter un autre diagnostic lorsque la présentation clinique n'est pas caractéristique. Par exemple : papules persistantes plus de 24 heures, fixées, laissant des cicatrices résiduelles, autres lésions cutanées associées.

Nous détaillerons ici uniquement l'anaphylaxie, pour deux raisons. La première est qu'il est important de différencier ces deux diagnostics car l'anaphylaxie peut nécessiter un traitement d'urgence (30). La deuxième est qu'il s'agit du diagnostic différentiel le plus susceptible d'être rencontré par les médecins de soins primaires.

Dans son article de 2015 « Anaphylaxis and urticaria », Williams et al. ont résumé les connaissances actuelles dans ce domaine et nous proposent une aide au diagnostic. L'anaphylaxie est une réaction systémique et peut donc concerner plusieurs organes, dont les symptômes ont une vitesse d'apparition rapide, habituellement inférieure à deux heures après l'exposition, et une résolution en 24 heures. La peau et les tissus sous-cutanés sont les plus communément impliqués, avec apparition d'une urticaire et/ou d'un angiœdème dans près de 90% des réactions anaphylactiques. Le diagnostic est clinique, et les signes communs sont nombreux (6).

La Société Française de Médecin d'Urgence (SFMU) a présenté en 2016 les critères diagnostics d'anaphylaxie de Samson et al., décrit dans la *Figure 2* (31).

1	Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une **atteinte cutanéomuqueuse** de type urticarienne[a] **ET au moins un** des éléments suivants : • Atteinte respiratoire[b] • Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes[c]
2	**Au moins deux** des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un **probable allergène** pour ce patient (minutes à quelques heures) : • Atteinte cutanéomuqueuse[a] • Atteinte respiratoire[b] • Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes[c] • Signes gastro-intestinaux persistants[d] (douleurs abdominales, vomissements, etc.)
3	Hypotension artérielle après exposition à un **allergène connu** pour ce patient (minutes à quelques heures) : • De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg • De 1 à 10 ans, PAS < 70 + (2 × âge) mmHg • De 11 à 17 ans, PAS < 90 mmHg • Adulte, PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle
PAS : pression artérielle systolique. [a] Éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres, de la langue ou de la luette, etc. [b] Dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe, etc. [c] Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence. [d] Le groupe propose d'entendre par « persistant » une symptomatologie encore présente au moment du contact médical.	

Figure 2: Critères de Samson et al. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement ; d'après *Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence (31).*

En pratique, la différence entre une urticaire aiguë allergique et non allergique se fait sur l'association d'une urticaire à des signes extra-cutanés. Les signes cliniques forts sont la gène respiratoire (rhinite, asthme ou simple toux), troubles digestifs (douleurs abdominales, vomissements), sensation de malaise ou de grande fatigue (notamment chez l'enfant) (32).

3.5/ Cas particulier de la population pédiatrique

Les formes cliniques diffèrent un peu chez l'enfant, avec une prédominance des lésions de type hémorragiques dans 50% des cas. On observe aussi une plus grande fréquence de l'angiœdème (33).

Les infections sont la cause majeure d'urticaire aiguë chez l'enfant, en particulier les infections virales des voies aériennes supérieures (34). L'hypersensibilité médicamenteuse est la deuxième cause suspectée. Les plus communes sont liées aux antibiotiques et aux AINS. Un allergène alimentaire est moins fréquent, retrouvé dans moins de 7% des cas dans certaines études (10).

Dans cette étude rétrospective de 2015, il semblerait que la prévalence de l'urticaire aiguë diminue au fur et à mesure que l'âge augmente, avec une prévalence de 42,1% chez les moins de 6 ans contre 17,1% chez les adolescents (35).

L'article de Pite et al. publié en 2013 concernant les connaissances actuelles et les recommandations pratiques chez les enfants, expliquait que la plupart des cas d'urticaire aiguë sont transitoires et non compliqués. Ils répondent au traitement médicamenteux par antihistaminiques et peuvent être

pris en charge dans le cadre des soins primaires. L'étape critique de l'évaluation initiale de l'enfant est la distinction entre urticaire et anaphylaxie, car l'urticaire peut en être la première manifestation (10).

4/ LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE

4.1/ Mesures générales

Le traitement principal de l'urticaire est l'identification et l'élimination de sa cause (29,36). La première étape du diagnostic étiologique est un interrogatoire soigneux à la recherche d'un facteur déclenchant potentiel de l'urticaire aiguë ou de l'angiœdème (30,36). Les facteurs déclenchant alimentaires doivent être exclus de l'alimentation, les traitements (Aspirine, AINS) doivent être arrêtés, les infections sous-jacentes doivent être traitées (7).

Le clinicien s'attardera sur la fréquence, la chronologie et la durée de l'éruption cutanée, l'association à un angiœdème, la présence de symptômes suggérant une pathologie sous-jacente (7). La survenue d'un épisode familial ou personnel similaire, l'exposition à des allergènes ou des stimuli physiques, les traitements en cours sont aussi des éléments importants à préciser (23). Cependant, il est important d'informer le patient que le facteur causal a peu de chances d'être identifié (23).

Le second principe thérapeutique de la prise en charge de l'urticaire est la mise en place d'un traitement visant à soulager les symptômes, en inhibant la libération et/ou l'effet des médiateurs des mastocytes et éventuellement d'autres médiateurs de l'inflammation (37,38). Le troisième point est d'obtenir un équilibre entre la gravité de la pathologie et le désagrément des traitements (39).

4.2/ Thérapeutique

La mise en place d'un traitement n'est pas systématique selon les pays. Les recommandations de la Japanese Dermatological Association de 2012 (39), proposaient de ne pas introduire de traitement médicamenteux s'il s'agit du premier épisode d'urticaire, qu'il n'y a pas de signe de gravité et que les symptômes ne durent pas plusieurs jours. Cette notion est reprise par Williams et al. qui se justifie par le caractère transitoire de l'urticaire aiguë (6). Les recommandations de 2013 actualisées en 2017 sont aussi dans ce sens, pour les cas bénins seulement (15).

Depuis les années 1950, les antihistaminiques anti H1 (AH1) sont indiqués dans le traitement symptomatique de l'urticaire. On distingue deux générations d'antihistaminiques anti H1 :

- Les AH1 de première génération : ils agissent rapidement et de manière efficace, chez les adultes comme chez les enfants. Ils ont des effets indésirables importants, notamment anticholinergiques, sédation et altération des fonctions motrices. Ils doivent être prescrits avec précaution chez le patient âgé (29).

- Les AH1 de seconde génération : ils sont mieux tolérés et engendrent moins d'effets sédatifs et anticholinergiques (40).

Zuberbier et al., en 2013 et en 2017 proposaient les antihistaminiques anti H1 de seconde génération comme traitement de première intention dans l'urticaire (15,28).

4.3/ Investigations complémentaires

Dans la plupart des cas, un recueil complet de l'histoire clinique est suffisant, et la réalisation d'examens complémentaires n'est pas nécessaire (9,22). La démarche étiologique doit être orientée par l'histoire clinique du patient. En général, le bilan diagnostic n'est indiqué que lorsqu'une réaction IgE médiée (type I) est soupçonnée d'être la cause sous-jacente de l'urticaire aiguë spontanée (1). Selon Williams et al., tous les patients qui ont présenté une réaction anaphylactique doivent consulter un spécialiste d'immuno-allergologie. Dans cette situation, des prick-tests cutanés ou un test direct d'allergène dans le sérum peuvent être réalisés dont les résultats sont à interpréter selon le contexte clinique (6).

L'article de Smallwood et al. paru dans les annales de pédiatrie en 2016 ne retenait pas l'intérêt de pratiquer un bilan diagnostic complet chez l'enfant lors d'un épisode d'urticaire aiguë spontanée (35).

L'article de Soria et al. publié dans la revue de médecine interne en 2014 proposait un diagramme décisionnel sur la conduite à tenir en cas d'urticaire aiguë, représenté sur la *Figure 3* (5).

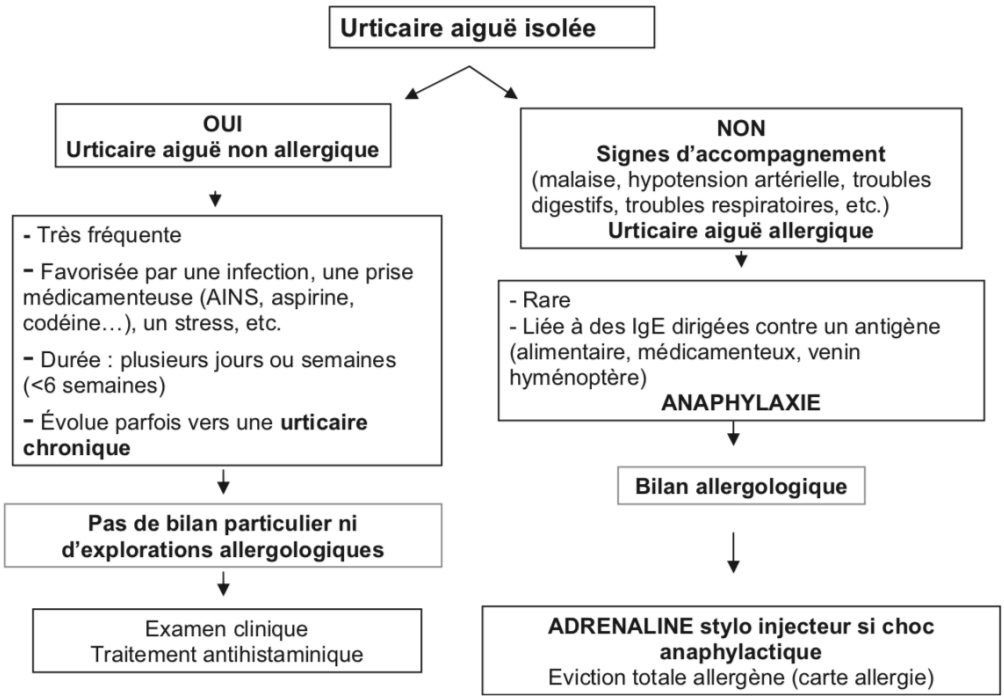


Figure 3: Conduite à tenir diagnostique et thérapeutique devant une urticaire aiguë, d'après *Urticaires: diagnostic, prise en charge et traitement (5)*

Une synthèse destinée aux soins primaires est aussi proposée par l'article de Najib et al. dans la revue Américaine Postgraduate Medicine, en 2009 (41). La prise en charge de l'urticaire aiguë est d'abord d'identifier les facteurs déclenchant à travers l'histoire et l'examen clinique. Puis vient l'éducation et l'évitement des facteurs déclenchant, comme l'arrêt des médicaments facultatifs. Enfin, introduire un traitement par antihistaminiques H1 en préférant ceux de seconde génération, non sédatifs, plus ou moins associés à une cure courte de corticoïdes. L'adrénaline injectable est à discuter selon les signes d'anaphylaxie. Si l'évolution des lésions se poursuit au-delà de six semaines, l'urticaire devient chronique.

5/ ÉVOLUTION

Le pronostic de l'urticaire aiguë est généralement favorable, avec une bonne réponse aux thérapeutiques conventionnelles (3). La majorité des cas d'urticaire aiguë va régresser spontanément en moins de trois semaines (40). En pratique, il n'est pas possible de pronostiquer si une urticaire va devenir chronique (42).

6/ L'URTICAIRE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Peu d'études ont été retrouvées concernant la prise en charge de l'urticaire aigue en médecine générale.

Nous n'avons eu accès qu'au résumé d'une étude Danoise de 1985 portant sur l'urticaire chez les enfants. Cette étude menée auprès de 186 patients a montré que la plupart des cas d'urticaire vu par le médecin généraliste concernent l'urticaire aiguë. Les motifs de consultation principaux étaient le prurit et l'éruption cutanée (43).

Une thèse de médecine générale intitulée « Évaluation des pratiques concernant la prise en charge de l'urticaire par des Médecins Généralistes » soutenue en 2016 à la faculté d'Aix-Marseille, retrouvait une confrontation fréquente du médecin généraliste face à l'urticaire, surtout sous sa forme aiguë. Il était de plus en plus sollicité pour les pathologies dermatologiques, du fait de l'accès plus difficile aux spécialistes, en particulier les dermatologues et

allergologues. Les médecins interrogés déclaraient voir 90,7% d'urticaire aiguë en consultation contre 9,3% d'urticaire chronique. La plupart d'entre eux estimaient la fréquence à deux urticaires par mois en moyenne (44).

7/ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est la description des pratiques professionnelles des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques sur la prise en charge de l'urticaire aiguë. Leur attitude de soins primaires, leur conduite thérapeutique, leur recours à un spécialiste, l'évaluation de la gravité et le recours à des examens complémentaires. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les facteurs d'influence de la prise en soins et d'étudier le profil des patients atteints d'urticaire aiguë se présentant en médecine générale.

Matériel et méthodes

1/ TYPE D'ÉTUDE

Nous avons proposé une étude quantitative, observationnelle, descriptive, transversale, prospective. Elle a été réalisée à l'échelle du département des Pyrénées-Atlantiques (64). L'étude a été intitulée « Étude ASUN » en référence au mot basque signifiant ortie.

2/ POPULATION DE L'ÉTUDE

L'étude ASUN s'est basée sur les réponses des médecins généralistes installés dans le département des Pyrénées-Atlantiques, exerçant une activité libérale. Les médecins ont été choisis au hasard parmi la liste des médecins généralistes inscrits au CNOM, ayant leur cabinet installé dans le département étudié. Pour cela, une recherche avancée a été effectuée sur le site internet du CNOM le 09 octobre 2017. Il a été précisé la discipline exercée (Médecine générale), autres titres autorisés (toutes), orientation particulière (toutes), sexe (indifférent), la région (Aquitaine) et le département (Pyrénées-Atlantiques). Le CNOM a sélectionné une liste aléatoire de 500 médecins parmi les 1256 médecins inscrits à cette date là. Cette liste a été sauvegardée sur fichier au format PDF le temps de l'inclusion.

Les médecins ont été contactés dans l'ordre de la liste, par téléphone, directement ou par l'intermédiaire du secrétariat. Des explications sur l'objectif de l'étude et le type de protocole mis en place leurs ont été données. Lorsque les coordonnées téléphoniques étaient manquantes sur la liste du CNOM, une recherche du médecin concerné a été faite sur internet à l'aide du moteur de recherche « Google ». Lorsque vingt-cinq médecins ont donné leur accord téléphonique pour participer à l'étude nous avons arrêté le recueil ; nous avions alors contacté quatre-vingt-dix médecins généralistes.

Le nombre de médecins choisis a été calculé en fonction des données épidémiologiques fournies par l'Observatoire de Médecine Générale (OMG). L'OMG étant fermé depuis 2009, aucune donnée plus récente n'a pu être recueillie. L'OMG récupérait les données auprès d'un groupe de médecins investigateurs répartis sur la France entière. Ces médecins investigateurs ont été choisis par l'OMG comme étant un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes français. Le traitement des données des médecins investigateurs n'était pas possible du fait de la fermeture du site. Seulement deux médecins exerçaient en Aquitaine. Ceci n'étant pas significatif, nous avons utilisé les données de la France entière.

Afin de représenter un échantillon similaire à celui de l'OMG les critères d'inclusions et d'exclusions sont les suivants. Nous avons inclus les médecins inscrits comme « en activité ». Nous avons inclus les médecins pratiquant une activité particulière de soins (acupuncture, hypnose, homéopathie, ostéopathie).

Nous avons exclus les médecins inscrits comme exerçant dans une structure de soins : EHPAD, CH, SSR. Nous avons exclus les médecins inscrits comme remplaçants.

3/ PROTOCOLE D'ÉTUDE

3.1 Élaboration du questionnaire

La méthode d'évaluation choisie pour l'étude ASUN est le recueil prospectif des données sous la forme d'un questionnaire au format papier. Afin de préserver leur anonymat, une lettre de l'alphabet a été attribuée à chaque médecin participant à l'étude. Pour faciliter le recueil, les deux questionnaires sont volontairement courts, avec questions fermées ou à choix multiples. Nous avons fait le choix de proposer une case « ne sait pas » pour limiter les données manquantes. Tous les commentaires ont été lus et pris en compte lorsque cela était pertinent.

Le formulaire de recueil des données était constitué de deux parties.

- La première partie intitulée « À propos de vous » en unique exemplaire, illustrée en *Annexe N°1.* Elle recueille les caractéristiques du médecin sollicité. Les questions sont majoritairement fermées. Elles concernent les caractéristiques de pratique et d'installation du médecin. Son genre et son âge. Son mode et ses conditions d'exercice. Le nombre d'années

d'installation, la distance de son cabinet avec les urgences hospitalières les plus proches. Le nombre de patients vu en moyenne par jour et pour motif dermatologique par mois. L'utilisation de son réseau de confrères. Son choix de formation médicale continue. Sa participation à la permanence des soins. Son expérience personnelle d'une urticaire et la prise en charge d'une situation médicale grave. Deux questions sont évaluées à l'aide d'une échelle numérique graduée de 0 à 10. L'une concerne le ressenti personnel du médecin face à la dermatologie, l'autre face à l'urticaire. Un champ libre est destiné à recevoir les remarques et commentaires éventuels que le médecin souhaiterait nous adresser.

- La seconde page est intitulée « Ma prise en charge de l'urticaire aiguë », illustrée en *Annexe N°2.* Elle recueille les données du patient pour qui le médecin pose le diagnostic d'urticaire aiguë. Les questions sont là aussi fermées pour une vitesse de remplissage optimale. Elles concernent l'âge et le sexe du patient. Les antécédents personnels d'allergie, d'atopie, d'urticaire. La chronologie des symptômes, le motif de consultation et l'automédication. La présence de signes de gravité et leur influence sur la prise en charge. L'attitude thérapeutique immédiate au cabinet puis l'ordonnance. Un champ libre est destiné à recevoir les remarques et commentaires éventuels. Cette page est distribuée en 10 exemplaires. Un exemplaire pour chaque consultation dont le

diagnostic est l'urticaire aiguë. Lorsqu'un patient consulte de nouveau pour le même épisode d'urticaire, un nouveau questionnaire doit être rempli. Une case est prévue à cet effet.

3.2 Validation du questionnaire

Le questionnaire a été testé par trois médecins généralistes volontaires. Cette phase de test a permis d'apporter plusieurs modifications :

- améliorer la compréhension des questions
- adapter le type de questions (questions à choix multiples, échelle de graduation).
- évaluer le temps de remplissage, estimé à moins de deux minutes.

3.3 Adresse électronique de l'étude ASUN

Une adresse électronique est dédiée à l'étude ASUN, afin de permettre aux médecins de nous contacter de façon simple et rapide. Cette adresse est urticaireMG@hotmail.com. Tous les courriers électroniques ont été honorés d'une réponse.

4/ RECUEIL DES DONNÉES

4.1 Inclusion

Un entretien individuel a été organisé avec chaque médecin généraliste ayant accepté oralement de participer à l'étude. Au cours de cet entretien, l'étude ASUN était de nouveau expliquée ainsi que le mode de recueil des données avec les consignes suivantes. Pour chaque cas d'urticaire aiguë diagnostiqué au cours de la période d'inclusion, le médecin devait remplir un questionnaire « Ma prise en charge de l'urticaire ». En cas de doute diagnostic ou pour toute autre remarque sur le patient, l'espace « mes commentaires » était dédié. L'urticaire aiguë était définie comme une urticaire en plaques plus ou moins associée à un angiœdème, évoluant depuis moins de six semaines. Enfin, le matériel nécessaire à la participation était remis.

Ce nécessaire est illustré en *Annexe N°3* et comprenait :

- Une pochette de couleur avec le nom de l'étude « Étude ASUN »
- La fiche «À propos de vous »
- Dix exemplaires du questionnaire « Ma prise en charge de l'urticaire » rangés dans un feuillet « Questionnaires à remplir »
- Un feuillet « Questionnaires à envoyer »
- Deux enveloppes affranchies pour le retour des questionnaires. Premier envoi en février 2018, dernier envoi en mai 2018.
- La notice d'information exigée par la CNIL représentée en *Annexe N°4*.

Au cours de cette entrevue, la fiche « À propos de vous » était remplie et récupérée par nos soins. En suivant, un courrier électronique était envoyé au médecin, avec le fichier « Ma prise en charge de l'urticaire aiguë » dans le but d'être imprimé si le nombre fourni s'avérait insuffisant.

4.2 Modalités de recueil

La période de recueil était de six mois, débutant le 7 novembre 2017 et finissant le 13 mai 2018. Une fois remplis, les questionnaires ont été envoyés par voie postale à l'aide des enveloppes affranchies. Le premier envoi a été réalisé à trois mois, soit en février 2018. Le dernier envoi a été réalisé à six mois, soit en mai 2018. Aucun traitement d'analyse des données n'a été fait avant la fin de la période d'inclusion.

Afin de limiter l'oubli de remplissage des questionnaires, les médecins ont été contactés à plusieurs reprises au cours de la période d'inclusion. Une fois par mois, ils recevaient un courrier postal ou électronique pour leur communiquer l'avancée de l'étude. Ils ont ainsi reçu le compte-rendu du premier recueil de données, avec le nombre de questionnaires remplis et le nombre de médecins impliqués. Un e-mail d'aide au bon remplissage des questionnaires a été fait suite au premier recueil, afin de limiter les données manquantes. Les médecins recevront de la même façon les résultats de l'étude ASUN.

Lorsque les questionnaires étaient incomplets, les médecins ont été contactés pour limiter les biais. Ce rappel ne concernait que des données objectives ne faisant pas intervenir la prise en charge du médecin afin de ne pas influencer les réponses. Par exemple, les données d'identité du patient (âge, sexe).

5/ ANALYSE STATISTIQUE

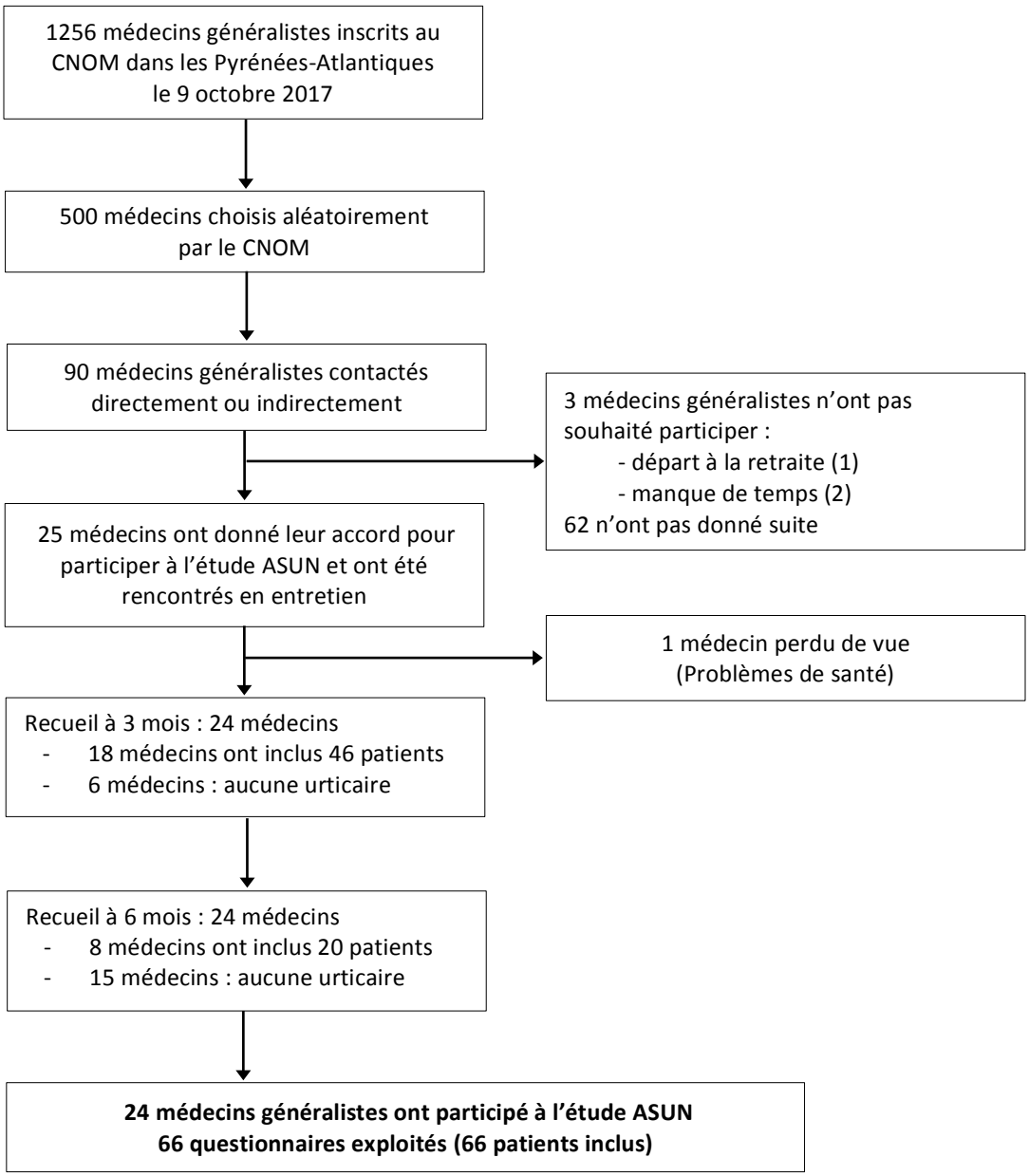
Toutes les données ont été traitées, mêmes celles qui étaient incomplètes. Si un traitement était prescrit comme facultatif, il a été considéré comme prescrit sur l'ordonnance à la posologie indiquée. Le recueil et l'analyse ont été effectués à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 14.7.2. Les tests statistiques ont été effectués avec un seuil de significativité de 0,05.

6/ SÉCURITÉ ET CONFIDENTIALITÉ

L'étude ASUN a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'anonymat du patient et du médecin a été garanti. Les données recueillies ont été traitées informatiquement sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données ont été sauvegardées sur clé USB et sur un compte Google Drive sécurisé.

Résultats

1/ DIAGRAMME DE FLUX



2/ CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RECRUTEURS

2.1 Répartition géographique

Les médecins participant à l'étude ASUN étaient répartis sur tout le territoire du département des Pyrénées-Atlantiques, comme représenté dans la *Figure 4*.

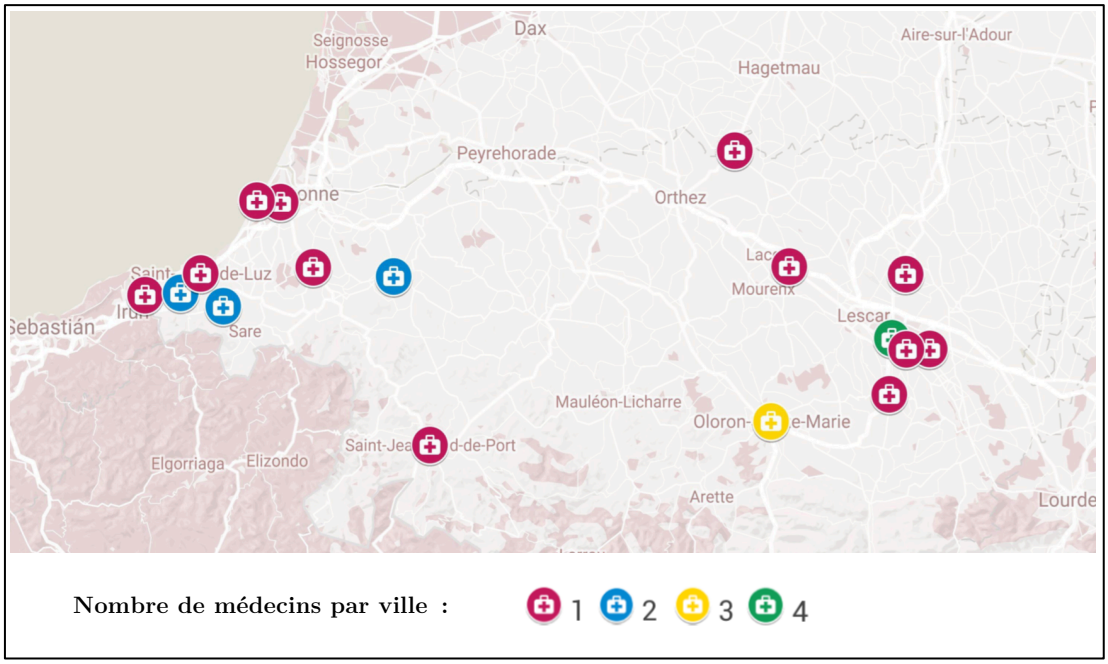


Figure 4: Répartition géographique des médecins participants

2.2 Description de l'échantillon

Le *Tableau 1* détaille les caractéristiques générales des médecins recruteurs de l'étude ASUN selon leur zone, mode, type et conditions d'exercice. Les médecins étaient majoritairement des hommes avec 64% de l'échantillon. L'âge médian était de 44 ans, hommes et femmes confondus. Le mode d'exercice

était préférentiellement dans les zones de population semi-rurales à 48%, urbaines à 36%, en cabinets de groupe à 84% et sur un mode libéral exclusif pour 88% des médecins. Environ un tiers des médecins complétait son activité avec une orientation particulière de soins. La médiane d'années d'installation était de 10 ans. Le cabinet des médecins recruteurs était situé à un peu moins de dix kilomètres d'un service d'urgences hospitalières. Le nombre médian de patients vus par jour a été estimé à 25, alors que le nombre médian de patients vus pour motif dermatologique par mois a été estimé à 15.

Tableau 1. Caractéristiques générales des médecins recruteurs

Caractéristiques générales	N=25 (%)
Âge : médiane [interquartile]	44 [40-46]
Hommes	16 (64)
Femmes	9 (36)
Zone d'exercice :	**-**
ZRR	4 (16)
Rural	0 (0)
Semi-rural	12 (48)
Urbain	9 (36)
Orientation particulière :	8 (32)
Mode d'exercice :	**-**
Seul	2 (8)
Groupe	21 (84)
MSP	2 (8)
Type d'exercice :	**-**
Libéral exclusivement	22 (88)
Vacations hospitalières	0 (0)
Structures de soins	3 (12)
Conditions d'exercice :	Médiane [interquartile]
Nombre d'années d'installation	10 [5-13]
Distance cabinet-urgences (km)	7 [2-15]
Nombre de patients vus par jour	25 [23-30]
Consultations dermatologiques par mois	15 [10-20]

Les caractéristiques complémentaires s'articulant autour de l'exercice médical des médecins recruteurs de l'étude ASUN sont présentées dans le *Tableau 2*. Les confrères sollicités le plus régulièrement par les recruteurs étaient majoritairement les dermatologues à 88% suivis par les allergologues à 44%. Très peu de médecins participant à l'étude ont eu une activité universitaire. Il est à noter qu'un médecin avait arrêté récemment d'accueillir des étudiants en stage et de dispenser des cours après 31 années d'implication universitaire. La grande majorité des recruteurs de l'étude ASUN étaient abonnés à une ou plusieurs revues médicales. Aucun n'a participé à un DU ou DIU dermatologique ou portant sur l'urticaire. Cependant, un médecin a réalisé une Formation Médicale Continue non présentielle sur les gestes pratiques en dermatologie et sur l'urticaire. Environ un tiers des recruteurs participait à des groupes de pairs.

Parmi les médecins interrogés, 68% participaient à la permanence des soins, principalement aux gardes de weekend à 68%, en nuit à 36% et en nuit profonde à 20%. Un médecin prenait aussi des gardes à la régulation du centre 15. Le ressenti moyen des médecins participant à l'étude ASUN face à la dermatologie en général était de 5 sur 10 ; alors que face à l'urticaire le ressenti était meilleur à 7 sur 10. Moins de 20% des médecins interrogés ont présentés personnellement une urticaire. Environ deux tiers d'entre eux avaient déjà pris en charge une situation médicale grave.

Tableau 2: Caractéristiques complémentaires des médecins recruteurs

Caractéristiques complémentaires	N=25 (%)
Sollicitation réseau médical	**-**
Allergologues	11 (44)
Dermatologues	22 (88)
Médecins généralistes	4 (16)
Médecins hospitaliers	7 (28)
Lien universitaire :	**-**
Accueil de stagiaires	2 (8)
Cours	1 (4)
Membre du DMG	1 (4)
Formation Médicale Continue :	**-**
Abonnement à une revue médicale	22 (88)
Réalisation d'un DU ou DIU dermatologique ou portant sur l'urticaire	0 (0)
Participation à des groupes de pairs	9 (36)
Permanence des soins :	**-**
Aucune participation	8 (32)
Garde de nuit (20-minuit)	9 (36)
Garde de nuit profonde (20h-8h)	5 (20)
SOS médecins	1 (4)
Urgences hospitalières	0 (0)
Garde de week-end	17 (68)
Données personnelles :	**-**
Ressenti face à la dermatologie : médiane [interquartile]	5 [5-7]
Ressenti face à l'urticaire : médiane [interquartile]	7 [5-8]
Antécédent personnel d'urticaire	4 (16)
Antécédent de prise en charge d'une situation médicale grave	16 (64)

3/ CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

La répartition chronologique des urticaires est représentée sur la *Figure 5.* La date de début de l'inclusion était le 7 novembre 2017, la date de fin du recueil a été fixée au 13 mai 2018. Les mois de novembre et de mai étaient donc incomplets.

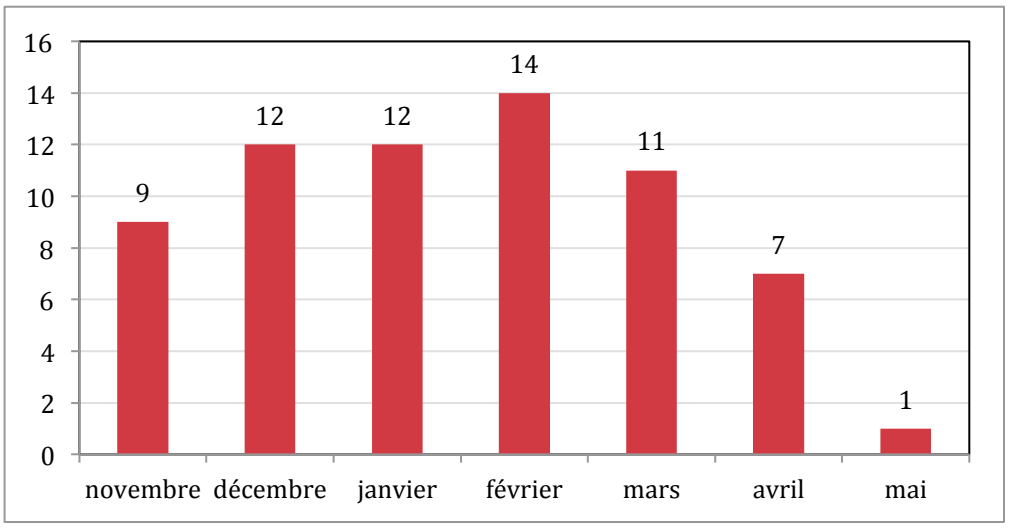


Figure 5: Répartition chronologique des cas d'urticaire en fonction du temps (du 7/11/17 au 13/05/18).

Les caractéristiques des patients sont détaillées dans le *Tableau 3.* Le diagnostic d'urticaire a été posé pour plus de femmes que d'hommes, avec 50 femmes incluses, soit 76% de l'échantillon. Environ un tiers des patients présentait des antécédents d'allergie, d'atopie ou d'asthme. Il s'agissait pour près de 60% de l'échantillon du premier épisode d'urticaire. Pour 85% des patients une seule consultation a été effectuée concernant l'épisode d'urticaire, moins de 5% des patients ont été vu plus d'une fois pour le même épisode. Les motifs les plus courants de consultation étaient le prurit et l'éruption cutanée, suivis par

l'inquiétude et la persistance des symptômes. Les autres motifs de consultation étaient une gêne laryngée la veille, consultation initiale pour une tierce personne et une conjonctivite allergique. Près de 80% des patients n'ont pas eu recours à l'automédication. Lorsqu'elle a été utilisée, l'automédication a été faite par des antihistaminiques exclusivement.

Tableau 3: Caractéristiques du patient

Caractéristiques du patient	N=66 (%)
Âge des patients : médiane [interquartile]	34 [18-64]
Dont enfants ≤15 ans	*15 (23)*
Patients de sexe masculin	16 (24)
Premier épisode d'urticaire aiguë	40 (61)
Antécédent :	**-**
Aucun	24 (36)
Personnel d'allergie	25 (38)
Personnel d'atopie ou d'asthme	15 (23)
Données manquantes	2 (3)
Pour cet épisode, patient vu pour :	**-**
1ère fois	56 (85)
2e fois	2 (3)
≥ 3e fois	3 (4)
Données manquantes	5 (8)
Motif(s) de consultation principal :	**-**
Inquiétude	19 (29)
Prurit	48 (73)
Éruption cutanée	52 (79)
Persistance des symptômes	13 (20)
Autre	3 (4)
Automédication :	**-**
Aucune	52 (79)
Antihistaminiques (AH)	13 (20)
Corticoïdes	0 (0)
Autre	0 (0)
Données manquantes	1 (1,5)

Les caractéristiques de l'urticaire sont détaillées dans le *Tableau 4*. La chronologie d'apparition des signes cutanés était de 39% en moins de 24 heures, 33% en plus de 24 heures et 26% en plus de 3 jours. Il n'y avait pas de signes estimés graves chez 70% des patients. Lorsqu'il était présent, le signe de gravité principal était le prurit intense (20%), suivi par les lésions étendues (8%) et 3% pour la tachycardie et la dysphagie. Les autres signes de gravité étaient en lien avec une décompensation asthmatique (sibilants respiratoires) et un malaise.

Tableau 4: Caractéristiques de l'urticaire

Caractéristiques de l'urticaire	N=66 (%)
Apparition des signes cutanés depuis :	**-**
< 24 heures	26 (39)
> 24 heures	22 (33)
> 3 jours	17 (26)
Ne sait pas	1 (1,5)
Signes de gravité estimés :	**-**
Aucun	46 (70)
Lésions étendues (>50%)	5 (8)
Hypotension	1 (1,5)
Tachycardie	2 (3)
Œdème des muqueuses	2 (3)
Dyspnée	0 (0)
Dysphagie	2 (3)
Prurit intense	13 (20)
Autre	2 (3)

Les caractéristiques de la prise en charge des médecins concernant les patients atteints d'urticaire sont notées dans le *Tableau 5*. L'absence de prise en charge et l'administration d'antihistaminiques per os étaient les deux mesures principales immédiates avec respectivement 48% et 47%. Les corticoïdes ont été mis en place instantanément dans moins de 20% des cas.

En absence de signe de gravité, aucune prise en charge spécifique n'a été mise en place 30% des cas (20 patients). La prise en charge principale a été de prolonger le traitement antihistaminique chez 48% des patients, dont 71% d'entre eux pour une durée supérieure ou égale à 7 jours. Lorsqu'un avis spécialisé a été demandé, il s'agissait dans la majorité des cas d'un allergologue. Le bilan biologique le plus demandé était la NFS associée à la CRP et à l'électrophorèse des protéines sériques. Un phadiatop a été prescrit.

Concernant l'ordonnance de prescription, les antihistaminiques de seconde génération étaient majoritaires à 67% contre 23% pour ceux de première génération. La posologie la plus répandue était un comprimé par jour à 51,5% puis deux comprimés par jour à 15%. Une corticothérapie a été instaurée dans 38% des cas, à la dose principale de 1 mg/kg/jour. Parmi les autres traitements instaurés, les dermocorticoïdes ont été prescrits à quatre reprises. Une instauration ou majoration d'un traitement par corticoïdes inhalés ou bronchodilatateurs a été réalisée chez trois patients.

Un lien avec une allergie médicamenteuse a été fait chez 7 patients, dont 2 avec un antibiotique (ceftriaxone et amoxicilline-acide clavulanique) et 1 avec un AINS (naproxène). Une allergie d'origine alimentaire (fruits de mer, sulfites) a été suspectée chez deux patients.

Les antihistaminiques ont été associés à une corticothérapie dans 21% des cas ; alors que l'association de deux antihistaminiques de première et seconde génération n'a été retrouvée que dans 3%.

L'analyse croisée ne montre pas de différence de prescription entre les molécules d'AH1 de 1e ou 2e génération et les corticoïdes, entre la population adulte et la population pédiatrique (Fisher : p=0,78).

Tableau 5: Caractéristiques de la prise en charge

Caractéristiques de la prise en charge	N=66 (%)
Attitude thérapeutique immédiate	**-**
Aucune	32 (48)
Corticoïdes per os	12 (18)
Antihistaminiques per os	31 (47)
Corticoïdes IM	2 (3)
Adrénaline IM	0 (0)
Autre	4 (6)
Présence signe de gravité conduit à :	**-**
Prescrire corticoïdes	24 (36)
Prolonger AH1	32 (48)
Augmenter posologie AH1	2 (3)
Modifier traitement initial	5 (8)
Revoir à 48 heures	6 (9)
Demander un avis spécialisé	7 (11)
Prescrire un bilan biologique	7 (11)
Adresser le patient aux urgences	1 (1,5)
Ordonnance et posologie:	**-**
AH1 1e génération	15 (23)
Dont enfants ≤15 ans (N=15)	*4 (27)*
AH1 2e génération	46 (67)
Dont enfants ≤15 ans (N=15)	*9 (60)*
- 1 comprimé/ jour	34 (51,5)
- 2 comprimés/ jour	10 (15)
- 3 comprimés/ jour	3 (4,5)
- ≥ 4 comprimés/ jour	0 (0)
Corticoïdes	25 (38)
Dont enfants ≤15 ans (N=15)	*5 (33)*
- 0,5 mg/kg/j	4 (6)
- 1mg/kg/j	18 (27)
Autre traitement	8 (12)
Données manquantes	15 (23)
Association AH-corticoïdes	14 (21)
Association AH 1e et 2e génération	2 (3)

Le terrain des patients mis sous corticothérapie est présenté dans le *Tableau 6*. Elle a été prescrite dans 44% des cas chez des patients ne présentant aucun antécédent d'atopie, d'allergie ou d'asthme ; dans 48% chez des patients allergiques et dans 28% chez des patients atopiques ou asthmatiques. Il est a noter que 44% des patients ayant bénéficié d'une prescription de corticoïdes ne présentaient aucun signe de gravité, et 40% un prurit intense.

Tableau 6: Terrain des patients sous corticothérapie

Terrain des patients sous corticothérapie	N=25 (%)
Aucun antécédent (allergie, atopie, asthme)	11 (44)
Antécédent d'atopie ou d'asthme	7 (28)
Antécédent d'allergie	12 (48)
Aucun signe de gravité	11 (44)
Prurit intense	10 (40)
Lésions étendues	5 (20)
Autres signes de gravité (œdème muqueuses, hypotension, tachycardie, dysphagie)	5 (20)

Discussion

1/ RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'étude ASUN est une étude descriptive prospective quantitative de la prise en charge de l'urticaire aiguë par les médecins généralistes du département des Pyrénées-Atlantiques. Cette étude a réuni 24 médecins généralistes qui ont inclus 66 patients sur une période de six mois allant de novembre 2017 à mai 2018. Les questionnaires permettaient de recueillir les caractéristiques intrinsèques du patient et de l'urticaire ainsi que les modalités de sa prise en charge.

Notre échantillon de médecins recruteurs dont la moyenne d'âge est de 44 ans, représente des généralistes installés en moyenne depuis une dizaine d'années, en zone semi-rurale, exerçant une activité libérale exclusivement, et en groupe. Leur patientèle est significative avec un nombre de patients moyens par jour estimé à 25, dont 15 consultations de dermatologie par mois en moyenne. Ils déclarent avoir un ressenti à 5 sur 10 pour la dermatologie, et à 7 sur 10 pour l'urticaire. La plupart des médecins recruteurs sont abonnés à une revue médicale.

La partie descriptive des patients de notre étude montre une prédominance féminine, une moyenne d'âge de 34 ans, une majorité de premier épisode d'urticaire sans signe de gravité. Les patients ne prennent pas de traitement en automédication dans près de 80% des cas. Les antihistaminiques antiH1, première et seconde générations confondues, ont été prescrits chez 90% des

patients. La corticothérapie a été initiée chez environ un tiers des patients de l'étude.

L'analyse comparative ne montre pas de différence de prescription des différentes molécules thérapeutiques (AH1 1e génération, 2e génération et corticoïdes), entre la population adulte et la population pédiatrique.

2/ LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

2.1 Choix du type d'étude

Nous avons fait le choix d'une étude prospective avec un recueil au format papier. L'étude prospective permet d'éviter les biais de mémorisation. Par contre, nous n'avons pas de contrôle strict du recueil des données. Chaque médecin a rempli les questionnaires sans contrôle par un observateur extérieur. Il y a eu des oublis (questionnaires incomplets), et peut-être des erreurs. Une étude quantitative est plus adaptée pour répondre à notre objectif principal.

2.2 Élaboration du questionnaire

Les items des questionnaires ont été élaborés à partir de données de la littérature. Puis la phase de pré-test a permis d'améliorer la qualité des questionnaires en corrigeant les erreurs d'écriture, de compréhension et de réponse, et confirmer leur rapidité de remplissage.

Malgré cette étape, il manquait la posologie en dose poids pour la population pédiatrique. Nous supposons qu'il y a eu une confusion pour le paragraphe « ma prise en charge de l'urticaire aiguë : mon attitude thérapeutique immédiate au cabinet ». En effet, de nombreux médecins déclarent traiter les patients alors qu'en pratique la distribution de médicaments au cabinet est devenue exceptionnelle lorsqu'il n'y a pas de critère d'urgence.

Lors des entretiens nous avons souligné que plusieurs médecins auraient souhaité une précision sur le diagnostic d'urticaire, ainsi qu'une fiche récapitulative de la prise en charge de l'urticaire. Il est prévu de leur envoyer cette fiche mémo présentée en *Annexe 5*.

2.3 Qualité du recueil

2.3.1 La participation à l'étude ASUN

L'effectif des médecins est de 25 participants dont un médecin perdu de vue au cours de l'étude. Cet effectif représente 27% des médecins contactés par téléphone. Parmi les médecins inclus, 96% ont participé à l'intégralité de l'étude ASUN. Le taux faible de médecins répondeurs suite à l'appel téléphonique peut s'expliquer par le fait qu'il y a souvent eu l'intermédiaire d'un secrétariat. Les trois médecins généralistes qui ont été contacté directement ont tous accepté d'emblée de participer à l'étude ASUN. Ceci peut avoir constitué un biais de sélection. Les rappels après avoir laissé un message avec l'explication brève du projet de thèse et les coordonnées n'ont pas été nombreux. Cela peut s'expliquer

par le fait que les médecins généralistes sont déjà suffisamment sollicités par téléphone pour les patients.

Nous avons choisi de rencontrer personnellement les médecins généralistes en entretien pour plusieurs raisons. D'abord leur expliquer le projet de thèse et la démarche de notre travail. D'autre part, pour les sensibiliser à la question de recherche et améliorer la qualité de remplissage des questionnaires en précisant certains points, si nécessaire. Enfin, pour augmenter leur implication dans l'étude ASUN.

2.3.2 La qualité des réponses

Environ un tiers des questionnaires comprenait au moins une donnée manquante. Le courrier électronique qui a suivi le premier recueil a sûrement permis d'améliorer la qualité du deuxième recueil qui ne comptait aucun questionnaire incomplet. Au cours de l'étude ASUN, nous avons considéré le diagnostic du médecin comme juste, le but n'étant pas d'évaluer les compétences du médecin généraliste.

2.3.3 La période du recueil

Les différentes sources d'épidémiologie de l'urticaire en médecine générale ne retrouvent pas de saisonnalité de cette pathologie en France (12). Le recueil a été fait sur une période de six mois afin d'avoir un nombre de questionnaires suffisant tout en étant pas trop intrusif dans le planning des consultations. La

période hivernale avec surcharge de travail pour les médecins généralistes a pu induire des erreurs ou des oublis de remplissage des questionnaires. Le nombre de questionnaires a été plus faible lors du deuxième recueil malgré un nombre de consultations médicales important d'après les médecins.

2.4 Qualité de l'échantillon

Lors de l'inclusion des médecins à partir du site internet du CNOM, nous avons pris la décision de retirer six médecins sur sept travaillant à SOS médecins (Pau et Bayonne) pour éviter un biais de sélection. Les médecins recruteurs ont été choisis aléatoirement via le site du CNOM, leur représentativité de la population de médecins généralistes français est détaillée dans le *Tableau 7* (45,46). Dans notre étude, les hommes étaient un peu plus représentés ainsi que les médecins généralistes ayant un exercice libéral exclusif. L'âge moyen était plus jeune.

Tableau 7: Comparaison des données démographiques des médecins généralistes

	Etude ASUN	DREES 64 (2016)	DREES France (2016)	Atlas démographique CNOM 2016
Hommes	64%	56%	55%	54%
Femmes	36%	44%	45%	46%
Âge moyen	44	50,3	51,6	52
Libéraux exclusifs	88%	61,2%	59%	56,9%

3/ RÉPONSE À L'OBJECTIF

3.1/ Population de patients

L'âge moyen des patients de notre étude est de 34 ans, avec une prédominance féminine dans la survenue d'un épisode d'urticaire aiguë avec 76% de femmes contre 24% d'hommes. Ces données épidémiologiques sont retrouvées dans la littérature, comme dans cette publication de la World Allergy Organization en 2012, qui observe une prévalence de l'urticaire aiguë plus importante chez les femmes entre 35 et 60 ans, avec un âge moyen à 40 ans (1). Environ un quart de nos patients avaient des antécédents personnels d'atopie ou d'asthme. D'après plusieurs études, dont celle de Sanchez-Borges et al., il semblerait que l'urticaire spontanée aiguë survienne particulièrement dans la population atopique (3).

3.2/ Thérapeutique

D'après les recommandations Japonaises de 2012, il n'est pas nécessaire de traiter un premier épisode d'urticaire aiguë s'il n'est pas sévère (39). Cela concernerait 15% des patients de notre étude qui présentent les critères suivants: 1er épisode, apparition <24 heures et absence de signe de gravité.

3.2.2/ Les antihistaminiques H1 (AH1)

Dans notre étude, 90% des patients ont été traités avec des AH1 ; dont 67% par des AH1 de 2e génération et 23% par des AH1 de 1e génération. De nombreuses études considèrent les AH1 de seconde génération comme le traitement symptomatique de première intention de l'urticaire (7,15,42). Parmi eux, la Cetirizine et la Levocetirizine semblent être les plus efficaces cliniquement (6). Les AH1 sont aussi le traitement de première intention de l'angiœdème (29), ce qui intéresse deux patients de notre étude.

Toutefois, les AH1 de 1e génération, plus sédatifs, peuvent être utilisés au coucher pour améliorer le sommeil du patient ou en seconde intention chez les patients peu répondeurs (38). Cette association concernait 3% des patients de notre étude. D'autres travaux ont montré que la combinaison d'AH1 sédatifs au coucher avec des AH1 non sédatifs a tendance à augmenter les effets indésirables dus à l'effet sédatif au cours de la journée (40). L'étude des pratiques professionnelles réalisée en 2016 retrouve une prescription d'antihistaminiques dans 61,1% des cas d'urticaire aiguë (44).

Dans l'étude ASUN, la posologie des AH1 la plus prescrite est de 1 comprimé par jour (51,5%), puis 2 comprimés par jour (15%), puis 3 comprimés par jour (4,5%). Aucun patient n'a bénéficié d'une posologie supérieure. La littérature recommande une dose standard d'AH1 initiale. L'effet des AH1 dans l'urticaire est dose dépendant (17). C'est pourquoi, l'augmentation de la dose jusqu'à quatre fois la posologie initiale pour obtenir un contrôle des symptômes

est à privilégier par rapport à l'ajout d'un AH1 de 1e génération (28,30). Les AH1 de 2e génération sont en général bien tolérés même à des dosages élevés (38).

3.2.3/ La corticothérapie orale

Dans l'étude ASUN, 38% des patients ont été traités par une corticothérapie orale. 21% a bénéficié d'une bithérapie associant les AH1 et les corticoïdes. Cette association de traitement a été retrouvée chez 69,4% des médecins interrogés dans les Bouches-du-Rhône dans le cadre de la thèse de médecine générale de 2016 (44).

Selon les pays et les études, l'utilisation des corticoïdes dans le cadre de l'urticaire spontanée aiguë est variable. Sur le plan international, les principales publications affirment qu'il manque des essais cliniques randomisés bien conçus pour répondre à cette question (15,39).

Certaines études ne trouvent aucune place pour la corticothérapie dans le traitement de l'urticaire aiguë. Pour l'équipe d'allergologie et d'immunologie du CH de Lyon-Sud, les corticoïdes n'ont pas leur place dans le traitement de l'urticaire aiguë. Sur le plan expérimental, ils n'ont pas montré d'efficacité sur la réduction de l'œdème ni de l'érythème, que se soit sous forme topique ou systémique (47).

Pour Zuberbier et al. 2009, l'utilisation des corticoïdes oraux comme alternative thérapeutique aux non-répondeurs d'un traitement antihistaminique dans le cadre d'une urticaire aiguë spontanée, est de très faible niveau de preuve et donc, n'est pas recommandée (37).

D'autres publications l'intègrent dans la prise en charge de l'urticaire aiguë avec signes de gravité, ou persistante malgré traitement antihistaminique, ou récidivante (9,29). Un article Britannique de 2008 déclare que chez les patients présentant une urticaire sévère plus ou moins associé à un angiœdème ou à des symptômes systémiques, une cure courte de corticoïdes oraux est indiquée (7). Elle aurait permis de réduire l'activité et la durée des symptômes (9,15). Elle entraînerait une disparition des signes principaux (éruption cutanée, prurit) plus rapide qu'avec des antihistaminiques seuls, sans que des effets délétères n'aient pu être mis en évidence (effet rebond, passage à la chronicité) (48). Il est recommandé de traiter avec une cure courte de corticoïdes systémiques lorsque l'éruption est étendue à plus de 30% de la surface corporelle (39). 8% de notre échantillon de patients avaient une urticaire étendue à 50% ; ils ont tous été traités par corticoïdes. Une publication Américaine de 2008 intègre les corticostéroïdes dans le traitement d'un épisode sévère d'urticaire aigue (27). Dans notre étude, 44% des patients ayant bénéficié d'une corticothérapie ne présentaient aucun signe clinique de gravité et 40% présentaient un prurit intense.

En cas de traitement par corticostéroïdes, les études s'accordent sur une durée courte, allant de quelques jours à un maximum de 10 jours (15,26,48). Lorsqu'elle était prescrite, la corticothérapie était aussi de courte durée pour les patients de l'étude ASUN.

La dose souvent retrouvée dans les publications est un maximum de 50mg d'équivalent Prednisone par jour (9,15,36). La dose et la durée sont déterminées par le poids du patient et la réponse clinique au traitement (7). La molécule recommandée est la Prednisone à la dose de 1 mg/kg/j (27).

3.2.4/ Les traitements locaux

Nous avons retrouvé dans l'étude ASUN une prescription de dermocorticoïdes chez certains patients. Plusieurs études ne recommandent pas leur application en cas d'urticaire. Ils sont jugés inutiles dans l'urticaire (15) et inefficaces (47).

D'autres agents topiques sont proposés comme traitement symptomatique de l'urticaire, agissant notamment sur le prurit. Un article de la société de dermatologie Allemande publié en 2014 explique que de nombreux patients associent une thérapie topique à un traitement systémique. Les agents anti-prurigineux et de refroidissement, comme par exemple les lotions ou crèmes contenant du polidocanol à 3-5% se sont révélés adaptés. Les antihistaminiques topiques ne sont pas recommandés en raison d'un risque de sensibilisation (36).
De même, l'application d'une crème aqueuse à 1-2% de menthol peut contribuer à diminuer les démangeaisons (9).

3.2.5/ Cas particulier des enfants

Les enfants de 15 ans ou moins représentent 23% de notre échantillon. L'algorithme thérapeutique de prise en charge ne diffère pas de celui des adultes (15). Le traitement de première intention repose sur les antihistaminiques H1 de seconde génération, non sédatifs (7,10,15,42). Les molécules à privilégier sont la Cetirizine, Levocetirizine, Loratadine, Desloratadine et la Fexofenadine (15). Seule la Fexofenadine n'est pas disponible en sirop (7). Chez l'enfant à partir d'un an, la Desloratadine est autorisée (7). Ces molécules réduisent significativement les symptômes (10). La posologie initiale est une dose poids qui peut être augmentée jusqu'à quatre fois si les symptômes persistent et sont invalidants (42). Il est conseillé d'éviter les antihistaminiques de première génération (37,42).

Il apparaît chez Zuberbier et al. en 2009 que de nombreux praticiens utilisent en première intention les antihistaminiques de première génération malgré l'avis contraire des recommandations, du fait qu'ils soient mieux connus (37). Les antihistaminiques H1 de première génération serait préférés par de nombreux praticiens chez les enfants de plus de deux ans d'après cette étude de 2012 (49). Ceci n'est pas retrouvé dans notre étude puisque 60% des enfants ont reçus un traitement par antihistaminique H1 de seconde génération contre 27% pour une première génération.

L'utilisation des corticoïdes oraux pour une courte durée semble être limitée à la persistance ou apparition des symptômes dans les deux heures qui suivent la prise d'antihistaminiques (34). Un tiers des enfants de notre étude

(33%) a reçu une corticothérapie orale, alors que 80% d'entre eux ne présentaient aucun signe de gravité.

3.3/ Bilan complémentaire et avis spécialisé

Il y a eu peu d'investigations complémentaires dans notre étude. Lorsque cela a été le cas, le bilan biologique le plus souvent prescrit associe NFS, CRP et bilan hépatique. Il peut être utile de faire ces examens comme bilan initial d'une évaluation non spécifique (29).

Seulement 11% des patients ont été adressés à un spécialiste. Lors des entretiens, certains médecins déclarent ne pas contacter les allergologues car ils ne sont pas assez disponibles ni assez nombreux.

Dans l'étude Française ayant fait l'objet d'une thèse en 2016, 19,4% des médecins interrogés déclaraient prescrire un bilan complémentaire lors d'un épisode d'urticaire aiguë. Un avis spécialisé dermatologique était sollicité pour 40,7% des patients, l'avis d'un allergologue pour 52,8% des patients (44).

4/ PERSPECTIVES

Nous remarquons dans notre étude une prédominance de premier épisode d'urticaire aiguë. Pour ceux dont ce n'est pas le cas, nous n'avons pas de données supplémentaires permettant de s'orienter vers une étiologie. L'étude

ASUN n'incluait pas le suivi des patients. Nous n'avons donc pas de notion sur l'efficacité et la tolérance des traitements mis en place, ni sur un éventuel passage à la chronicité. Il serait intéressant de mener une étude avec un rappel des patients pour connaître l'aboutissement de la prise en charge et l'évolution de l'urticaire.

Dans l'étude ASUN, la variation du nombre de cas d'urticaire sur six mois peut suggérer une éventuelle saisonnalité de l'urticaire aiguë dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Une étude à plus grande échelle permettrait de comparer les différents départements français, ou pays européens, afin d'apprécier la variation des cas d'urticaire au cours de l'année, sur le même principe que l'OMG.

Au cours de notre étude, l'essentiel de la prise en charge était en adéquation avec les recommandations récentes des sociétés savantes. Cependant, nous avons noté une variabilité entre les praticiens, sur le plan thérapeutique mais aussi sur le parcours de soins. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes pourrait être intéressante pour connaître leurs freins et leurs motivations concernant leur décision médicale face à une urticaire. De même qu'une étude avec un échantillon plus important permettrait de mettre en avant les facteurs d'influence de la prise en charge. Dans le même registre, une étude des pratiques auprès des allergologues et dermatologues permettrait une comparaison intéressante sur le profil de patients.

Dans la littérature on retrouve un manque de données de niveau de preuve suffisant concernant la corticothérapie, les intérêts et les risques de son utilisation. De même, les données épidémiologiques concernant les adultes et les enfants sont insuffisantes, comme le remarque la dernière mise à jour des sociétés savantes EAACI, GA2LEN, EDF et WAO (28).

Ces deux éléments peuvent être des pistes de réflexion dans l'analyse générale de l'urticaire, notamment dans sa prise en charge en soins primaires.

Conclusion

L'urticaire spontanée aiguë est une pathologie fréquemment rencontrée par les médecins généralistes avec une prédominance de l'atteinte chez les femmes d'âge moyen. La prise en charge thérapeutique est marquée par la prescription d'antihistaminiques de seconde génération en adéquation avec les dernières recommandations internationales. Le diagnostic différentiel principal à rechercher est l'anaphylaxie. La saisonnalité de l'urticaire serait intéressante à étudier, en particulier dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Une étude plus puissante serait nécessaire pour évaluer tous les aspects de la prise en charge de l'urticaire aiguë.

Bibliographie

1. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and Treatment of Urticaria and Angioedema: A Worldwide Perspective. World Allergy Organ J. 15 nov 2012;5(11):125-47.

2. Grattan C. The urticarias: pathophysiology and management. Clin Med. 4 janv 2012;12(2):164-7.

3. Sánchez-Borges M, Capriles-Hulett A, Caballero-Fonseca F. Demographic and clinical profiles in patients with acute urticaria. Allergol Immunopathol (Madr). août 2015;43(4):409-15.

4. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. Clin Exp Dermatol. 1 déc 2010;35(8):869-73.

5. Soria A, Francès C. Urticaires : diagnostic, prise en charge et traitement. Rev Médecine Interne. sept 2014;35(9):586-94.

6. Williams KW, Sharma HP. Anaphylaxis and urticaria. Immunol Allergy Clin North Am. févr 2015;35(1):199-219.

7. Deacock SJ. An approach to the patient with urticaria. Clin Exp Immunol. août 2008;153(2):151-61.

8. Brüske I, Standl M, Weidinger S, Klümper C, Hoffmann B, Schaaf B, et al. Epidemiology of urticaria in infants and young children in Germany – Results from the German LISAplus and GINIplus Birth Cohort Studies. Pediatr Allergy Immunol. 1 févr 2014;25(1):36-42.

9. Sabroe RA. Acute urticaria. Immunol Allergy Clin North Am. févr 2014;34(1):11-21.

10. Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 4 sept 2013;93(5):500-8.

11. Konstantinou GN, Papadopoulos NG, Tavladaki T, Tsekoura T, Tsilimigaki A, Grattan CEH. Childhood acute urticaria in northern and southern Europe shows a similar epidemiological pattern and significant meteorological influences. Pediatr Allergy Immunol. 1 févr 2011;22(1-Part-I):36-42.

12. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la médecine générale. 2009. Disponible sur: http://omg.sfmg.org

13. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine Générale. Exercer. 2014;114:148-57.

14. Avogadro-Leroy S. Pathologies cutanées en médecine générale : une étude quantitative en Haute-Normandie. Thèse de médecine, Rouen: université mixte de médecine et pharmacie de Rouen; 2012

15. 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.

16. Nosbaum A, Augey F, Nicolas J-F, Bérard F. Physiopathologie de l'urticaire et approches thérapeutiques. Rev Médecine Interne. juin 2010;31, Supplement 1:S18-22.

17. Khalaf AT, Li W, Jinquan T. Current advances in the management of urticaria. Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 1 avr 2008;56(2):103.

18. Nosbaum A, Augey F, Nicolas J-F, Bérard F. Physiopathologie de l'urticaire. Ann Dermatol Vénéréologie. nov 2014;141, Supplement 3:S559-64.

19. Muller BA. Urticaria and angioedema: a practical approach. Am Fam Physician. 1 mars 2004;69(5):1123-8.

20. Leech S, Grattan C, Lloyd K, Deacock S, Williams L, Langford A, et al. The RCPCH care pathway for children with urticaria, angio-oedema or mastocytosis: an evidence and consensus based national approach. Arch Dis Child. nov 2011;96 Suppl 2:i34-37.

21. Ridley M, Safranek M. Common skin conditions. Occas Pap R Coll Gen Pract. déc 1992;(58):50-5.

22. Grattan C e. h., Humphreys F, on behalf of the British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. Br J Dermatol. 1 déc 2007;157(6):1116-23.

23. Lewis LM. Angioedema: etiology, pathophysiology, current and emerging therapies. J Emerg Med. nov 2013;45(5):789-96.

24. Yates C. Parameters for the treatment of urticaria and angioedema. J Am Acad Nurse Pract. nov 2002;14(11):478-83.

25. Spickett GP, Stroud C. Does this patient with urticaria/angioedema have anaphylaxis? Clin Med. 8 janv 2011;11(4):390-6.

26. Wedi B. Urticaria. JDDG J Dtsch Dermatol Ges. 1 avr 2008;6(4):306-17.

27. Amar SM, Dreskin SC. Urticaria. Prim Care Clin Off Pract. 1 mars 2008;35(1):141-57.

28. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Latiff AHA, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update. Allergy

29. 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):1270-1277.e66.

30. Fine LM, Bernstein JA. Urticaria Guidelines: Consensus and Controversies in the European and American Guidelines. Curr Allergy Asthma Rep. 1 juin 2015;15(6):30.

31. les membres de la commission des référentiels de la SFMU, et experts de la SFA, du GFRUP et de la SP2A, Gloaguen A, Cesareo E, Vaux J, Valdenaire G, Ganansia O, et al. Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU);Ann Fr Médecine Urgence. sept 2016;6(5):342-64.

32. Mathelier-Fusade P. Place du bilan allergologique dans l'urticaire. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 nov 2014;141:S565-9.

33. Mortureux P, Léauté-Labrèze C, Legrain-Lifermann V, Lamireau T, Sarlangue J, Taïeb A. Acute Urticaria in Infancy and Early Childhood: A Prospective Study. Arch Dermatol. 1 mars 1998;134(3):319-23.

34. Huang S-W. Acute urticaria in children. Pediatr Neonatol. juin 2009;50(3):85-7.

35. Smallwood J. Urticaria: "You're Probably Just Allergic to Something". Pediatr Ann. 14 nov 2016;45(11):e399-402.

36. Wedi B, Wieczorek D, Raap U, Kapp A. Urticaria. J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG. nov 2014;12(11):997-1007; quiz 1008-9.

37. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM, et al. EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. Allergy. 1 oct 2009;64(10):1427-43.

38. Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. Acta Derm Venereol. 2007;87(3):196-205.

39. Hide M, Hiragun T. Japanese Guidelines for Diagnosis and Treatment of Urticaria in Comparison with Other Countries. Allergol Int. 1 janv 2012;61(4):517-27.

40. Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Chanyachailert P, Korkij W, Chunharas A, et al. Clinical practice guideline for diagnosis and management of urticaria. Asian Pac J Allergy Immunol. sept 2016;34(3):190-200.

41. Najib U, Sheikh J. An update on acute and chronic urticaria for the primary care provider. Postgrad Med. janv 2009;121(1):141-51.

42. Máspero J, Cabrera H, Ardusso L, De Gennaro M, Fernández Bussy R, Galimany J, et al. Argentine guidelines for urticaria and angioedema. Medicina (Mex). 2014;74 Suppl 1:1-53.

43. Sørensen HT, Christensen BC, Kjaerulff E. Urticaria among Danish children in general practice. Scand J Prim Health Care. mai 1985;3(2):87-9.

44. Macinscaia E. Evaluation des pratiques concernant la prise en charge des urticaires par des médecins généralistes. Thèse de médecins, Marseille: Université d'Aix-Marseille; 2016.

45. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS). Synthèse des effectifs au 1er janvier 2016. 2016

46. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. 2016;326.

47. Augey F, Nosbaum A, Berard F, Nicolas J-F. Corticosteroids should not be used in urticaria because of the potential risk of steroid dependence and development of severe anti-H1- resistant urticaria. Eur J Dermatol. 1 juill 2011;21(3):431-431.

48. Doutre M-S. Corticothérapie générale et urticaire : un serpent de mer. Ann Dermatol Vénéréologie. 1 janv 2008;135(1):7-8.

49. Marrouche N, Grattan C. Childhood urticaria. Curr Opin Allergy Clin Immunol. oct 2012;12(5):485-90.

Annexes

Annexe 1 :

A PROPOS DE VOUS

Je suis : ❑ une Femme ❑ un Homme
Age : …… ans

Mon mode d'exercice :
❑ ZRR ❑ Rural
❑ Semi-rural ❑ Urbain

❑ Seul ❑ en groupe
❑ Maison de Santé Pluridisciplinaire

❑ Libéral exclusivement
❑ Vacations hospitalières
❑ Structures de soins (Coordinateur EHPAD, HAD, EMSP …)

❑ Orientation particulière (homéopathie, acupuncture, hypnose ….) veuillez préciser :

❑ Je suis maître de stage (externes, internes, SASPAS)
❑ Je dispense des cours aux internes
❑ Je suis membre du DMG

Je suis installé depuis ….. années

Distance de mon cabinet avec le service d'urgences hospitalières le plus proche:
……. Km

Nombre de patients vus en moyenne par jour : ……

Estimation du nombre de consultations pour motif dermatologique par mois :
…….

Je sollicite régulièrement mon réseau de confrères :
❑ allergologue
❑ dermatologue
❑ médecins généralistes
❑ médecins hospitaliers

FMC générale et dermatologique:
Abonnement à des revues :
❑ Prescrire
❑ Exercer
❑ La Revue du praticien,
❑ Le Quotidien du médecin
❑ Autre (précisez) :

❑ Réalisation d'un DU ou DIU portant sur la dermatologie et plus particulièrement sur l'urticaire

❑ Participation a des Groupes de pairs

Je participe à la permanence des soins :
❑ nuit : 20h-minuit
❑ nuit profonde 20h-8h
❑ SOS médecins
❑ gardes aux urgences
❑ week-end et/ou jours fériés

Mon ressenti face à la Dermatologie :
La dermatologie en général :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas du tout à l'aise) (très à l'aise)

Avec l'urticaire :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(pas du tout à l'aise) (très à l'aise)

❑ *J'ai déjà présenté personnellement une urticaire*

❑ J'ai déjà pris en charge une situation médicale grave (ex : œdème de Quincke)

Mes remarques, mes commentaires :

Annexe 2 :

MA PRISE EN CHARGE DE L'URTICAIRE AIGUE

Vous avez posé le diagnostic d'urticaire aigue chez l'un de vos patients :
urticaire spontanée, en plaques, évoluant depuis moins de 6 semaines.

DATE : ……/……/…….

Le patient est de sexe ❑ Féminin ❑ Masculin *Age :* …….. ans

Antécédent personnel d'allergie : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas (NSP)

Antécédents personnel d'atopie ou d'asthme : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Premier épisode d'urticaire aigue : ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Pour cet épisode, je vois le patient pour la ❑ 1ere fois ❑ 2e fois ❑ ≥ 3e fois

Apparition des signes cutanés depuis :

❑ < 24 heures ❑ > 24 heures ❑ > 3 jours ❑ NSP

Motif(s) de consultation principal:

❑ Inquiétude ❑ Prurit ❑ Eruption cutanée ❑ Persistance symptômes
❑ Autre :

Automédication : ❑ Non ❑ Antihistaminique ❑ Corticoïdes ❑ NSP ❑ Autre :

Quel(s) symptôme(s) présenté(s) par le patient estimez vous être un signe de gravité :

❑ Aucun signe de gravité
❑ Lésions étendues (>50%) ❑ Hypotension ❑ Tachycardie
❑ Œdème des muqueuses ❑ Dyspnée ❑ Dysphagie
❑ Prurit intense
❑ Autre (précisez) :

Mon attitude thérapeutique immédiate au cabinet :

❑ Aucune administration immédiate d'un traitement
❑ Administration per os de corticoïdes ❑ Administration per os d'antihistaminique
❑ Injection IM de corticoïdes ❑ Injection IM d'adrénaline
❑ Autre :

La présence d'un de ce(s) signe(s), va-t-elle vous conduire à :

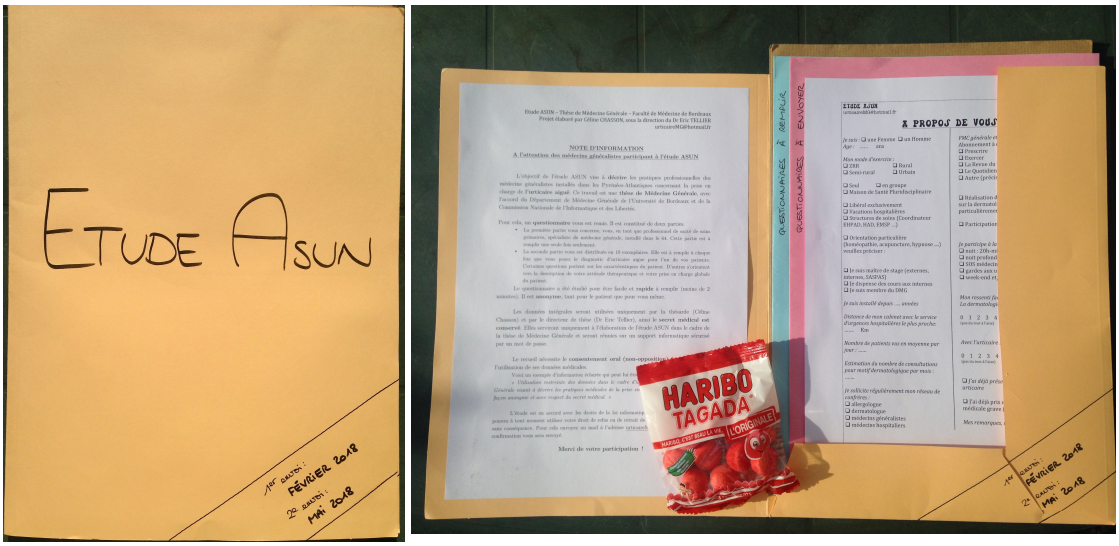
❑ Prescrire des corticoïdes pendant 1 2 3 4 5 6 7 >7 jours
❑ Prolonger le traitement par antihistaminiques 1 2 3 4 5 6 7 >7 jours
❑ Augmenter la posologie du traitement antihistaminique 1 2 3 4 >4 cp / jour
❑ Modifier le traitement initial : ❑ changement de classe thérapeutique
❑ changement de molécule d'antihistaminique
❑ Revoir le patient à 48 heures
❑ Demander un avis spécialisé
❑ Prescription d'un bilan biologique, si OUI : lequel :
❑ Adresser le patient aux urgences hospitalières

Quelle est votre ordonnance ? :

❑ Antihistaminique 1er génération (sédatif) ❑ 1 ❑ 2
❑ Antihistaminique 2e génération ❑ 3 ❑ 4 ❑ >4 comprimés/ jour
❑ Corticoïdes ❑ 0,5mg/kg/j ❑ 1mg/kg/j ❑ Autre posologie :
❑ Autre (précisez) :

Mes remarques, mes commentaires :

Annexe 3 :


ETUDE ASUN
1er SAISIE : FEVRIER 2018
2e SAISIE : MAI 2018
QUESTIONNAIRES À RENDRE
QUESTIONNAIRES À ENVOYER
HARIBO
TAGADA
ORIGINAL
ETUDE ASUN
A PROPOS DE VOUS
1er SAISIE : FEVRIER 2018
2e SAISIE : MAI 2018

Annexe 4 :

NOTE D'INFORMATION
A l'attention des médecins généralistes participant à l'étude ASUN

L'objectif de l'étude ASUN vise à **décrire** les pratiques professionnelles des médecins généralistes installés dans les Pyrénées-Atlantiques concernant la prise en charge de **l'urticaire aiguë**. Ce travail est une **thèse de Médecine Générale**, avec l'accord du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Pour cela, un **questionnaire** vous est remis. Il est constitué de deux parties.

- La première partie vous concerne, vous, en tant que professionnel de santé de soins primaires, spécialiste de médecine générale, installé dans le 64. Cette partie est à remplir une seule fois seulement.
- La seconde partie vous est distribuée en 10 exemplaires. Elle est à remplir à chaque fois que vous posez le diagnostic d'urticaire aigue pour l'un de vos patients. Certaines questions portent sur les caractéristiques du patient. D'autres s'orientent vers la description de votre attitude thérapeutique et votre prise en charge globale du patient.

Le questionnaire a été étudié pour être facile et **rapide** à remplir (moins de 2 minutes). Il est **anonyme**, tant pour le patient que pour vous même.

Les données intégrales seront utilisées uniquement par la thésarde (Céline Chasson) et par le directeur de thèse (Dr Eric Tellier), ainsi le **secret médical est conservé**. Elles serviront uniquement à l'élaboration de l'étude ASUN dans le cadre de la thèse de Médecine Générale et seront réunies sur un support informatique sécurisé par un mot de passe.

Le recueil nécessite le **consentement oral (non-opposition)** du patient pour l'utilisation de ses données médicales.

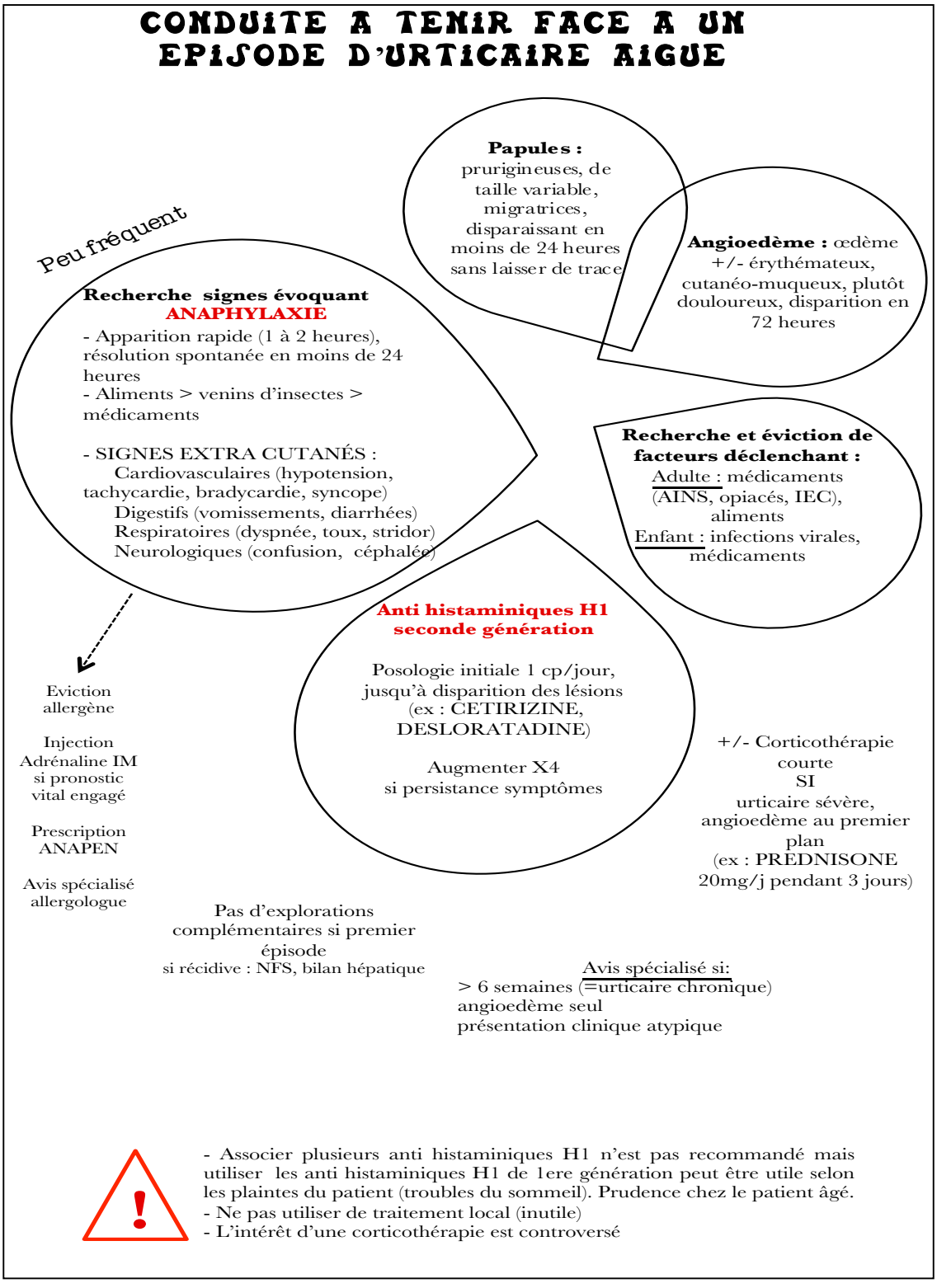
Voici un exemple d'information éclairée qui peut lui être délivrée :

« Utilisation restreinte des données dans le cadre d'un projet de thèse de Médecine Générale visant à décrire les pratiques médicales de la prise en charge de l'urticaire aigue, de façon anonyme et avec respect du secret médical. »

L'étude est en accord avec les droits de la loi informatique et des libertés, ainsi vous pouvez à tout moment utiliser votre droit de refus ou de retrait de l'étude, sans justification et sans conséquence. Pour cela envoyez un mail à l'adresse urticaireMG@hotmail.com. Un mail de confirmation vous sera envoyé.

Merci de votre participation !

Annexe 5 :


CONDUITE A TENIR FACE A UN EPISODE D'URTICAIRE AIGUE
Papules : prurigineuses, de taille variable, migratrices, disparaissant en moins de 24 heures sans laisser de trace
Angioedème : œdème +/- érythémateux, cutanéo-muqueux, plutôt douloureux, disparition en 72 heures
Peu fréquent
Recherche signes évoquant ANAPHYLAXIE
- Apparition rapide (1 à 2 heures), résolution spontanée en moins de 24 heures
- Aliments > venins d'insectes > médicaments
- SIGNES EXTRA CUTANÉS :
Cardiovasculaires (hypotension, tachycardie, bradycardie, syncope)
Digestifs (vomissements, diarrhées)
Respiratoires (dyspnée, toux, stridor)
Neurologiques (confusion, céphalée)
Recherche et éviction de facteurs déclenchant :
Adulte : médicaments (AINS, opiacés, IEC), aliments
Enfant : infections virales, médicaments
Anti histaminiques H1 seconde génération
Posologie initiale 1 cp/jour, jusqu'à disparition des lésions (ex : CETIRIZINE, DESLORATADINE)
Augmenter X4 si persistance symptômes
Eviction allergène
Injection Adrénaline IM si pronostic vital engagé
Prescription ANAPEN
Avis spécialisé allergologue
+/- Corticothérapie courte SI urticaire sévère, angioedème au premier plan (ex : PREDNISONE 20mg/j pendant 3 jours)
Pas d'explorations complémentaires si premier épisode
si récidive : NFS, bilan hépatique
Avis spécialisé si:
> 6 semaines (=urticaire chronique)
angioedème seul
présentation clinique atypique
- Associer plusieurs anti histaminiques H1 n'est pas recommandé mais utiliser les anti histaminiques H1 de 1ere génération peut être utile selon les plaintes du patient (troubles du sommeil). Prudence chez le patient âgé.
- Ne pas utiliser de traitement local (inutile)
- L'intérêt d'une corticothérapie est controversé

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.