

A NOTRE MAÎTRE

MADAME LE PROFESSEUR MERNISSI FATIMA ZAHRA

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance. Vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez, chère Maître, trouvé dans ce modeste travail, l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A Tous Nos Maîtres

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir. Vous avez prodigués avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils. Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

A Docteur DOUHI Zakia

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grand estime et profond respect.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre estime, notre reconnaissance et notre admiration.

A ma très chère famille

Nul mots ne pourrait exprimer mon profond attachement et reconnaissance pour l'amour, la tendresse, le soutien et la présence dans mes moments les plus difficiles, à qui je dois tout .si je n'en suis arrivé là ce n'est que grâce à vous. J'espère vous faire honneur car je ne saurai imaginer ma vie sans votre présence.

Puisse Dieux, tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A tous mes amis et à toute l'équipe du service de Dermatologie

Mes remerciements s'adressent à tous les membres de l'équipe du service, pour vos encouragements et votre gentillesse. Merci à tous et à toutes.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: antécédents
ATH	: anti histaminiques
CU Q2oL	: the Chronic Urticaria Quality of Life
HTA	: hypertension artérielle
IgE	: immunoglobulines E
MI	: membres inferieurs
MS	: membres supérieurs
MTX	: méthotrexate
nsAH	: anti histaminique non sédatif
cp	: comprimé
QDV	: qualité de vie
UC	: urticaire chronique
URP	: urticaire retardée à la pression

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des cas d'UC selon le sexe

Figure 2 : Répartition selon l'origine

Figure 3 : Répartition selon l'activité des patients

Figure 4 : Répartition selon la sévérité du prurit

Figure 5 : Répartition selon le caractère du prurit

Figure 6 : Répartition selon le type d'urticaire

Figure 7 : Répartition selon la topographie

PLAN

Introduction :	8
Objectifs du travail	11
Matériels et méthodes :	12
I. Type d'étude	12
II. Lieu et date de l'étude	12
III. Critères d'inclusion	12
IV. Critères d'exclusion	13
Résultats :	15
I. Etude descriptive	16
A. Caractéristiques socio- démographiques des patients atteints d'UC	
B. Antécédents des patients et histoire clinique :	18
C. Caractéristiques cliniques des patients atteints d'urticaire chronique	
II. Etude analytique	25
A. Lien entre les caractéristiques socio- démographiques des patients atteints d'UC et le score de QDV	25
B. Lien entre les caractéristiques de l'urticaire et le score de QDV	26
Discussion :	29
I. Etude descriptive	32
1. L'age	32
2. Le sexe	33
3. La durée d'évolution	33
4. L'origine	34
5. La répartition selon l'activité	34
6. La répartition selon les ATCD personnels, familiaux et comorbidités	34
7. Le type d'urticaire	35
8. Le traitement	36

II. Etude analytique	38
1. Le score	38
2. QDV et facteurs démographiques et socio-économiques	40
3. Impact des aspects cliniques de l'UC sur la QDV	41
4. Impact du traitement sur la QDV d'UC	42
5. Comparaison entre QDV de l'urticaire chronique et autres pathologies	
Conclusion	44
Limites et perspectives	46
I. Limites	46
II. Perspectives	46
REFERENCES	47
RESUME	58

INTRODUCTION

L'urticaire chronique (UC) est une dermatose inflammatoire fréquente qui se définit par la présence de lésions papuleuses érythémateuses œdémateuse, mobiles, fugaces et migratrices, de forme, de taille, de couleur, de nombre et de topographie variables, disparaissant en moins de 24 h sans laisser de trace. [1, 2, 3]

Sur le plan physiopathologique, le mastocyte est la cellule clé dans l'urticaire. Sa dégranulation entraîne une libération de médiateurs préformés contenus dans les vésicules cytoplasmiques dont l'histamine qui est le médiateur principal. D'autres médiateurs nouvellement formés sont ensuite libérés ; des leucotriènes, des prostaglandines et des cytokines et chimiokines participant à l'entretien de la réaction [2].

L'urticaire peut être superficielle donnant un aspect de papules ou plaques érythémateuses, œdémateuses, prurigineuses, fugaces et migratrices, ou profonde représentée par des tuméfactions fermes, pâles, plus douloureuses que prurigineuses sous le nom d'angio-œdème [1].

Différentes formes cliniques d'urticaires peuvent coexister chez un même patient. [1, 2]

La persistance d'une urticaire au-delà de 6 semaines fait poser le diagnostic d'UC. Son incidence exacte n'est pas connue, mais elle est évaluée entre 0,1 et 0,5 % dans la population générale. [3]

Dans la dernière classification internationale de 2013, l'UC regroupe désormais les UC inducibles (par un stimulus donné avec des tests de provocation standardisés) et les UC spontanées. L'UC est exceptionnellement d'origine allergique et son diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire ainsi que sur un examen clinique approfondi qui éliminent les diagnostics différentiels

La majorité des patients atteints d'UC répondent aux antihistaminiques H1 de la 2e génération qui doivent être prescrits en première intention. Ils doivent d'abord

être prescrits à posologie AMM (1 comprimé par jour), et peuvent être rapidement augmentée (jusqu'à 4 comprimés par jour) en cas de mauvaise réponse. En cas d'échec l'ajout d'un antileucotriène peut être envisagé. En troisième ligne de traitement, plusieurs thérapeutiques sont possibles : le méthotrexate, la ciclosporine ou l'omalizumab [3]

L'UC a un réel impact sur la qualité de vie des patients, les poussant à rechercher la cause de la maladie, alors que cette maladie est multifactorielle. Différents scores d'activité de la maladie ont été développés pour évaluer l'impact de l'UC sur la qualité de vie ; le plus spécifique étant le questionnaire sur la qualité de vie de l'urticaire chronique « The Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire » (CU-Q2oL). [4]

Notre étude consiste à évaluer la qualité de vie chez des patients atteints d'urticaire chronique dans un échantillon de population marocaine et d'identifier les facteurs qui influencent la qualité de vie chez ces patients.

Objectif du travail :

Evaluer la qualité de vie des patients atteints d'urticaire chronique

Identifier les facteurs qui influencent la qualité de vie chez les patients urticariens

MATERIELS

ET METHODES

I– Type d'étude :

- Nous avons réalisé une étude transversale unicentrique au sein du service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès. Une étude descriptive et analytique a été faite.

II– Lieu et date de l'étude :

- Ce travail s'est étendu sur une période de 3 mois, de Janvier 2019 à Mars 2019.
- Le recrutement des patients a été réalisé via la consultation de dermatologie allergologique et la consultation de dermatologie générale du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès.

III– Critères d'inclusion :

- Patients présentant une urticaire superficielle vus en consultation de dermatologie au sein du service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès.
- Evolution > 6 semaines.
- Age $\geq$ 18 ans.

IV– Critères d'exclusion :

- Patients présentant une urticaire profonde/ angioedème.
- Patients présentant une urticaire aigue
- Patients présentant une vascularite urticarienne

V- Déroulement de l'étude :

Nous avons colligé 32 cas d'urticaire chronique. Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude.

Toutes les données étaient saisies sur Excel avec un codage.

❖ Des données démographiques, socio-économiques et cliniques des malades :

Pour tous les patients, un interrogatoire et un examen clinique complet ont été réalisés.

Recueil des informations sur une fiche d'exploitation, (voir Annexe 1) précisant l'âge, le sexe, l'origine géographique, le niveau socio-économique, la profession, les antécédents personnels et familiaux, la symptomatologie clinique en rapport avec l'urticaire chronique, les données de l'examen clinique complet (aspect des lésions, topographie, SC atteinte, atteinte muqueuse, signes de gravité), le type d'urticaire (spontanée, physique, retardée à la pression, cholinergique, de contact, aquagénique), le traitement reçu (traitement locale, un antihistaminique, association de deux antihistaminique, autre traitement).

❖ Evaluation de la qualité de vie :

Pour évaluer le retentissement de cette dermatose sur la qualité de vie des patients, nous avons utilisé le questionnaire sur la qualité de vie des patients atteints d'urticaire chronique « the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire » (CU-Q2oL) avec ses différents items. C'est un outil spécifiquement conçu pour évaluer la qualité de vie des patients atteints d'UC.

Le questionnaire comprend 23 éléments divisés en trois dimensions : sommeil / état mental / alimentation, prurit / impact sur les activités quotidiennes et limites / apparence / œdème. Le questionnaire fait référence aux deux semaines précédentes et les patients indiquent l'intensité de chaque élément séparément, sur une échelle de Likert à 5 points, allant de 1 = «pas du tout» à 5 = «beaucoup». Un score est calculé

pour chaque dimension, puis un indice total est calculé pour toutes les dimensions. Le score varie de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus la perception de la qualité de vie par le patient est mauvaise. (Voir Annexe 2)

❖ **Analyse des résultats :**

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique de nos résultats en utilisant le logiciel SPSS version 20.

1) Etape descriptive :

Nous avons réalisé une étude descriptive des caractéristiques de la population étudiée

Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages et pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts– types.

2) Etape analytique :

- Pour la comparaison de deux moyennes, nous avons utilisé le test de Student
- Pour la comparaison de plusieurs moyennes, nous avons utilisé le test ANOVA
- Pour comparer le score avec l'âge et la surface cutanée, nous avons utilisé la régression linéaire

Un degré de signification < 0.05 était considéré pour tous les tests statistiques.

RESULTATS

I. Etude descriptive :

- Sur une période 3 mois, 32 patients ont répondu à nos critères d'inclusion parmi les 37 cas d'urticaire recensés.

A. Caractéristiques socio- démographiques des patients atteints d'UC :

1. Répartition des cas selon l'âge :

- L'âge moyen de nos patients est de 39 ans (+/- 12.33) avec des extrêmes allant de 18 ans à 66 ans.

2. Répartition selon le sexe :

- Dans notre série, on a noté une nette prédominance féminine avec un pourcentage de femmes de 78% contre 22% d'hommes, et un sexe ratio F/H de 3.57.

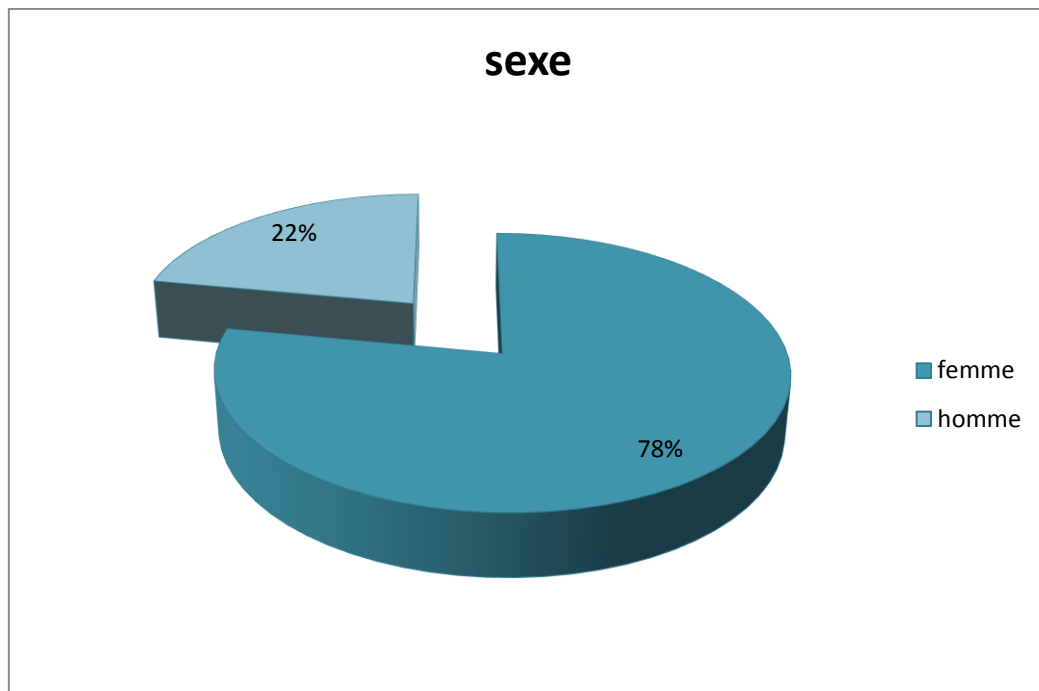


Figure 1: Répartition selon le sexe

3. Répartition selon l'origine :

- La plupart de nos patients provenaient du milieu urbain, avec un pourcentage de 87.4%.

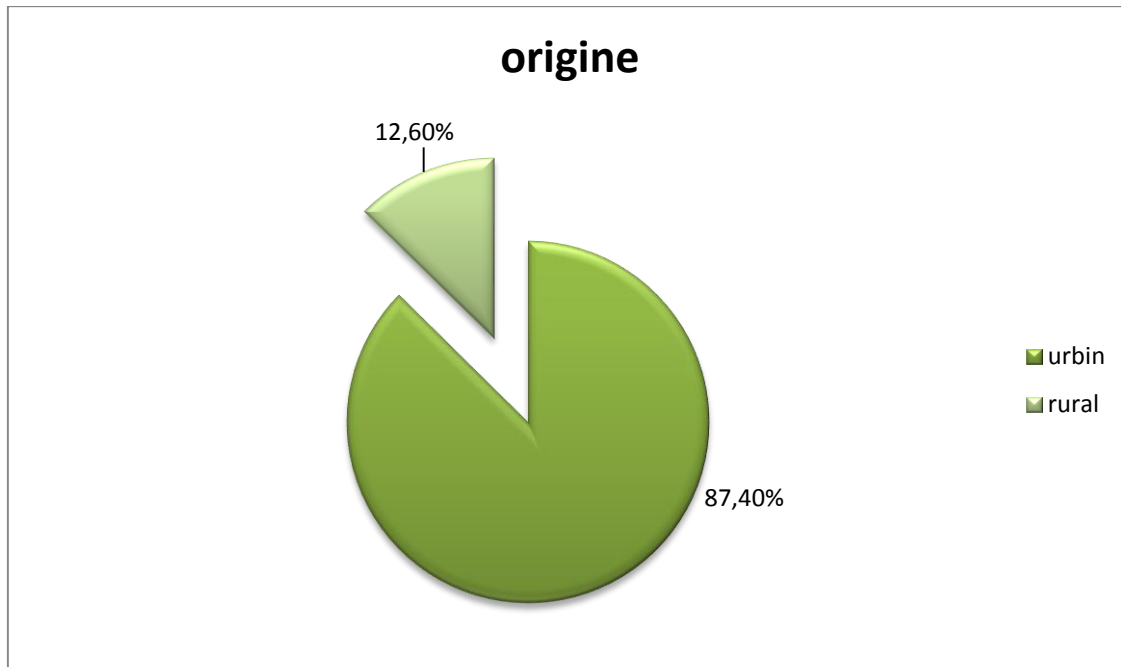


Figure 2: Répartition slon l'origine

4. Répartition selon l'activité :

- 56.2% de nos malades étaient sans profession, 25% étaient en activité et 18.2% étaient des étudiants

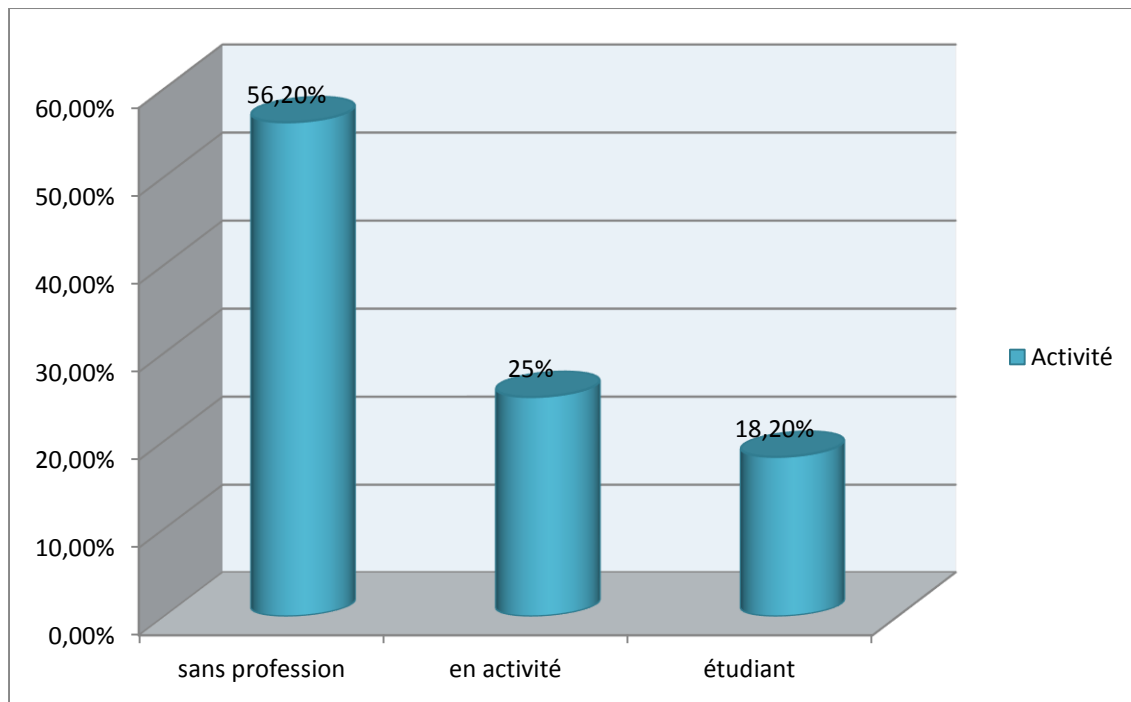


Figure 3: Répartition selon l'activité des patients

B. Antécédents des patients et histoire clinique :

1. Répartition selon les ATCD personnels et comorbidités :

- Des antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 43,7% de nos patients
- L'atopie personnelle était retrouvée dans 21.9% des cas.
- L'HTA dans 9.4% des cas et le diabète dans 6.3%.
- D'autres antécédents étaient rencontrés chez 15,5% des cas, faits principalement d'hypothyroïdie (6.2%) et d'arthrose (3.1).
- Aucun ATCD psychiatrique n'a été noté.

Antécédents	Nombre	Pourcentage
Atopie personnelle	7	21.9%
HTA	3	9.4%
Diabète	2	6.3%
Autres	4	15.5%

2. Répartition selon les ATCD familiaux :

- Aucun cas similaire familial n'a été retrouvé et pas de notion d'atopie familiale.

3. Répartition selon la durée d'évolutivité de la maladie :

- Le délai moyen d'évolution de la maladie chez nos patients était de 4.9 ans, avec des extrêmes allant de 4 mois à 29 ans.

C. Caractéristiques cliniques des patients atteints d'UC :

1. Répartition selon les signes fonctionnels :

- Le prurit était constant chez tous nos malades.

2. Répartition selon la sévérité et le caractère diurne ou nocturne du prurit :

- plus de la moitié des malades avaient un prurit modéré (53.1%), 28% avaient un prurit sévère et 18.8% avaient un prurit minime
- 31.2% de nos malades avaient un prurit diurne, 18.8% avaient un prurit nocturne et 50% avaient l'association des deux

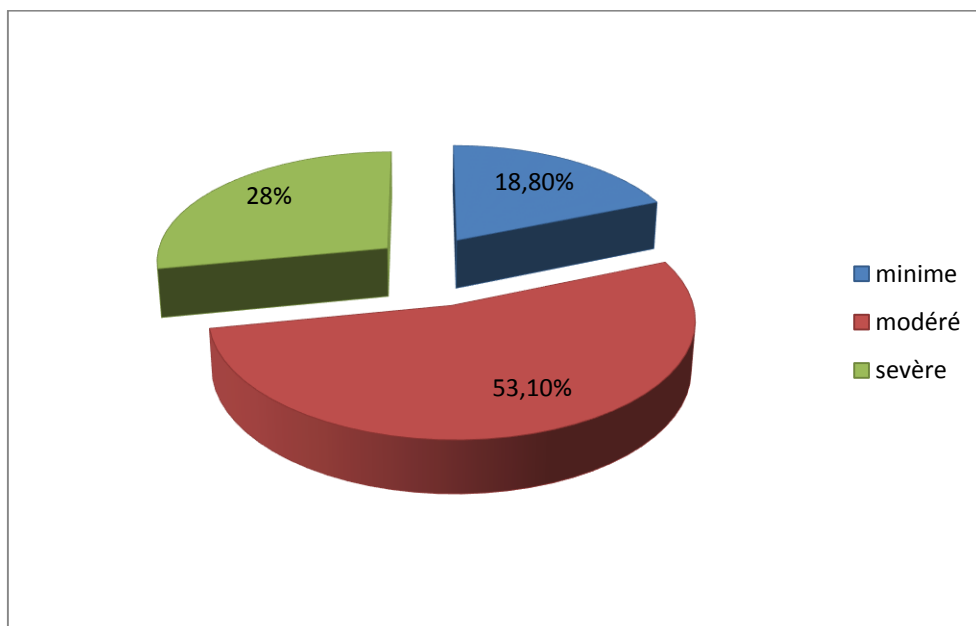


Figure 4: Répartition selon la sévérité du prurit

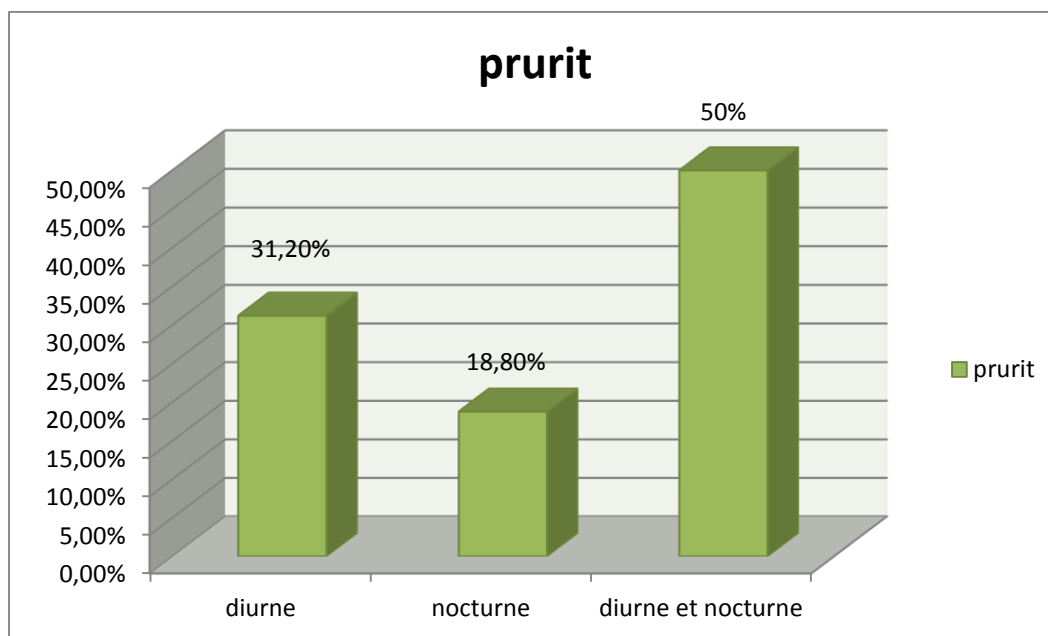


Figure 5 Répartition selon le caractère du prurit

3. Répartition selon le type d'urticaire :

- L'urticaire alimentaire était présente dans 59.4% des cas : 19 patients
- L'urticaire physique dans 37.5% des cas : 12 patients
- L'urticaire retardée à la pression dans 34.4% des cas : 11 patients
- L'urticaire cholinergique dans 15.6 % des cas : 5 patients
- L'urticaire de contact dans 6.3% des cas : 2 patients
- L'urticaire aquagénique dans 9.4% des cas : 3 patients
- L'urticaire spontanée dans 3.1% des cas : 1 patient

43.7% des patients avaient une association de plusieurs types d'urticaire

L'association la plus fréquente était : urticaire alimentaire et urticaire physique

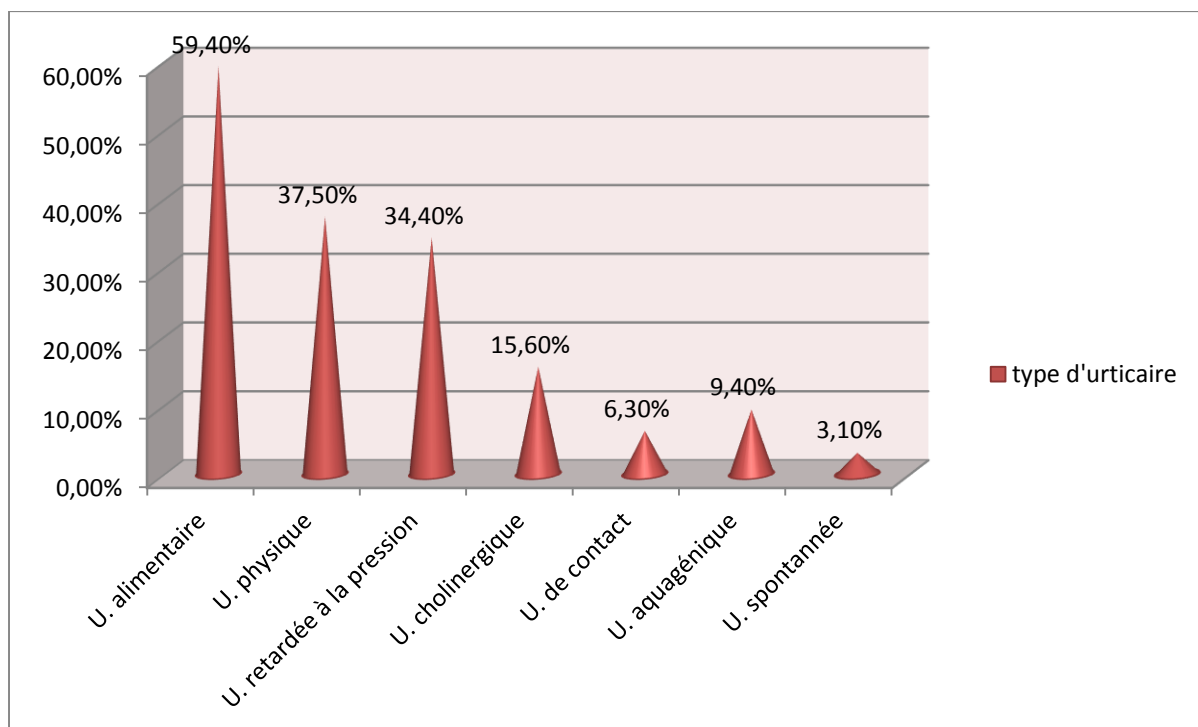


Figure 6 Répartition selon le type d'urticaire

4. **Répartition selon la topographie :**

- MS : 75% des cas : 24 patients
- MI : 46.9% des cas : 15 patients
- Tronc : 75% des cas : 24 patients
- Visage : 18.8% des cas : 6 patients

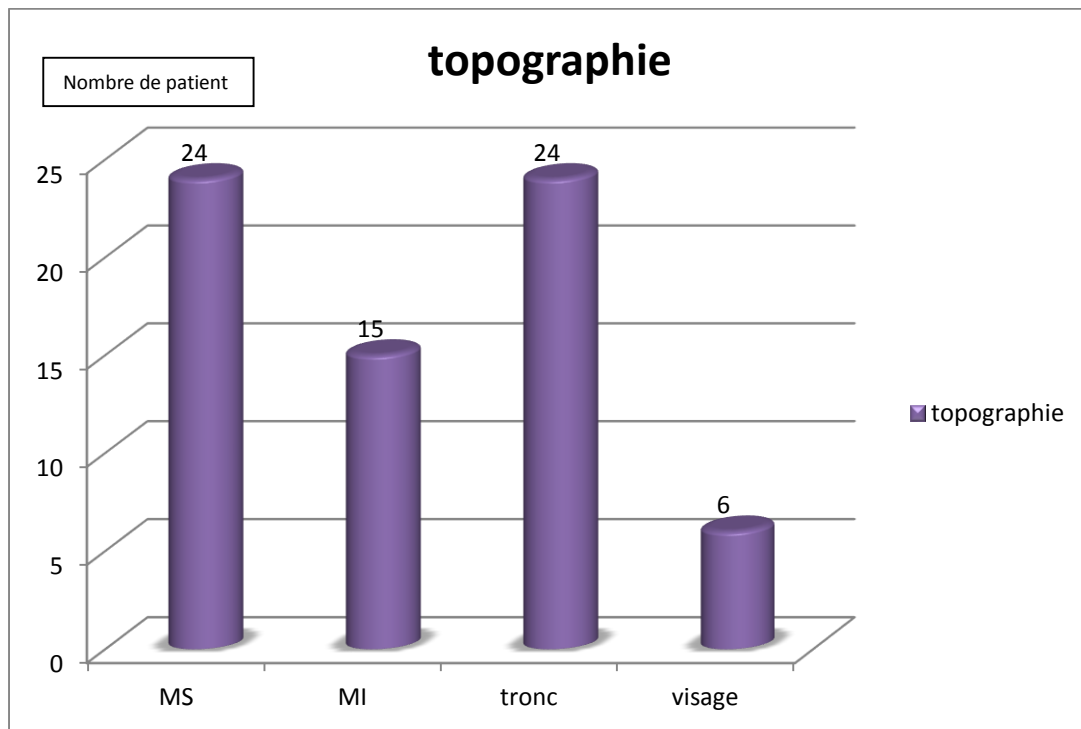


Figure 7 : Répartition selon la topographie

5. Surface cutanée atteinte :

- 71.9% des patients avaient une atteinte de moins de 10% de SC
- 25% des patients avaient une atteinte entre 10 et 30%
- 1 patient avait un prurit isolé sans lésion cutanée

6. Atteinte psychiatrique :

Un seul patient présentait un état dépressif et a été adressé en psychiatrie

7. Traitement :

- 71% étaient mis sous traitement local (émollient + gel surgras) en association à un traitement oral
- 62.5% étaient mis sous antihistaminiques 1 cp/jour
- 37.5% étaient mis sous antihistaminiques à une dose élevée (2 – 4 cp /jour)

8. Score :

Le score total du questionnaire sur la qualité de vie de l'urticaire chronique variait de 100 à 1425 avec une moyenne de 672.66 (+/- 385,43)

Les items avec les scores moyens les plus élevés étaient la gêne des symptômes, les troubles du sommeil, la nervosité et la mauvaise humeur, tandis que les items avec les scores les plus bas étaient le gonflement des yeux et des lèvres, les effets secondaires des médicaments, l'utilisation de produits de beauté ainsi que les choix vestimentaires.

	Moyenne	Ecart type
Q1	61,72	26,92
Q2	34,38	37,43
Q3	4,69	13,37
Q4	5,47	15,20
Q5	39,06	35,32
Q6	36,72	30,44
Q7	42,19	31,39
Q8	21,09	23,85
Q9	21,87	31,59
Q10	22,66	24,88
Q11	37,50	31,10
Q12	36,72	34,77
Q13	32,81	27,99
Q14	28,13	34,04
Q15	62,50	30,45
Q16	44,53	39,52
Q17	24,22	25,78
Q18	14,84	28,29
Q19	1,56	8,83
Q20	61,72	30,44
Q21	31,25	32,37
Q22	5,47	18,76
Q23	1,56	6,14
Score	672.66	385.43

II. Etude analytique :

A. Lien entre les caractéristiques socio- démographiques des patients atteints d'UC et le score de QDV :

1. L'âge :

Caractéristiques	Coefficient β	p Valeur
Age	0.47	0.93

Le score augmente de 0.47 quand l'âge augmente d'un an. Néanmoins, cette association n'était pas statistiquement significative ($p = 0,93$).

2. Le sexe :

Caractéristiques	Score	p Valeur
Sexe		
Femmes	678.0	0.88
Hommes	653.5	

On note une QDV meilleure chez les hommes que chez les femmes. Mais il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie. ($p=0.88$).

3. L'activité :

Caractéristiques	Score	p Valeur
Activité		
étudiant	845,8	0.22
sans profession	676,47	
en activité	534,38	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'activité des patients et la QDV ($p=0,22$)

4. Les antécédents personnels :

Caractéristiques		Score	p Valeur
ATCD personnels	atopie	571,43	0.44
	diabète	662,50	0.97
	HTA	816,67	0.50
	autres	431,25	0.18

Il n'y avait pas de corrélation entre la présence d'ATCD personnels et le score de QDV ($p > 0.05$).

B. Lien entre les caractéristiques de l'urticaire et d'UC et le score de QDV :

1. Le caractère diurne ou nocturne du prurit :

Caractéristiques		Score	p Valeur
prurit	Diurne	517,50	0.10
	Nocturne	545,83	
	Diurne-nocturne	817,19	

Nous avons remarqué que le score de la QDV augmente avec la persistance du prurit toute la journée ($p = 0,10$).

2. La sévérité du prurit :

Caractéristiques		Score	p Valeur
prurit	Minime	370.8	0.00
	Modéré	555.8	
	Sévère	1094.4	

L'association entre le score de la QDV et la sévérité du prurit était franchement significative ($p = 0$). En effet, les patients ayant un prurit sévère avaient le score le plus élevé

3. La topographie et le nombre de localisation atteinte :

Caractéristiques		Score	p Valeur
Topographie			
	MS	776,04	0.006
	MI	783,33	0.129
	Tronc	728,13	0.162
	Visage	800,00	0.378
Nombre de localisations atteintes			
	1	397,50	
	2	646.88	0.034
	3	919.44	

Nous avons noté une forte association entre l'atteinte du MS et l'altération de la QDV ($p=0.006$)

La localisation au niveau du visage n'altère pas significativement la QDV des patients.

Dans le même sens, l'association entre le score de QDV et le nombre de localisations atteintes était significative ($p=0.034$). En effet, le score augmente avec l'augmentation du nombre de localisations.

4. La surface cutanée atteinte :

Caractéristiques	Coefficient β	p Valeur
SC %	139.43	0.33

Le score augmente de 139.43 quand la SC atteinte augmente d' 1%. Mais, cette association n'était pas statistiquement significative ($p = 0,33$).

5. Le type d'urticaire :

Caractéristiques	Score	p Valeur
Urticaire inducible		
Alimentaire	702,63	0.60
physique	1162,50	0.24
de contact	862,50	0.48
aquagénique	458,33	0.32
cholinergique	770,00	0.54
retardée à la pression	595,45	0.42
Urticaire spontanée	1200,00	0.16

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le type d'urticaire chronique et le score de QDV. ($p > 0.05$). Néanmoins, l'urticaire physique remplit les scores de QDV les plus élevés.

6. Le traitement :

Caractéristiques	Score	p Valeur
traitement		
local	671,74	
ATH (1 cp /j)	571,25	0.053
ATH (> 1cp /j)	841,67	

Les patients sous dose élevée d'ATH avaient un score plus augmenté, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif

DISCUSSION

L'UC est une cause fréquente de consultation. Sa prise en charge est souvent rendue difficile en raison de son impact important sur la qualité de vie, de son association potentielle avec de nombreuses pathologies sous-jacentes et d'une réponse parfois insuffisante au traitement de première ligne. [5]

Sa physiopathologie est encore mal élucidée mais des pistes tendent à montrer qu'un mécanisme immunologique est en cause devant la présence chez certains patients d'auto-anticorps du récepteur aux IgE ou des IgE. Le mastocyte est la cellule clé dans l'urticaire. Sa dégranulation entraîne une libération de médiateurs préformés contenus dans les vésicules cytoplasmiques dont l'histamine qui est le médiateur principal. D'autres médiateurs nouvellement formés sont ensuite libérés ; des leucotriènes, des prostaglandines et des cytokines et chimiokines participant à l'entretien de la réaction. [2]

Cliniquement, caractérisé par l'apparition de papules et des plaques, fugaces (d'une durée habituellement inférieure à 24 heures) migratrices, prurigineuses, de forme, de taille, de couleur, de nombre et de topographie variables. L'éruption peut être localisée ou généralisée.

Dans la dernière classification internationale de 2013, l'UC regroupe les UC inducibles (par un stimulus donné avec des tests de provocation standardisés) et les UC spontanées. L'urticaire chronique est exceptionnellement d'origine allergique et son diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire ainsi que sur un examen clinique approfondi qui éliminent les diagnostics différentiels [3].

L'UC a un impact négatif non négligeable sur la qualité de vie. Les patients présentant une UC ont une moins bonne qualité de vie que ceux souffrant de pathologies respiratoires allergiques ou d'un psoriasis [5].

De nombreuses études ont évalué cet impact en utilisant différents scores d'activité de la maladie, le plus utilisé étant le score UAS (Urticaria Activity Score), et

des échelles évaluant l'impact de l'urticaire sur la qualité de vie, les plus utilisées étant les DLQI (Dermatological Life Quality Index) et des questionnaires CU-QOL (Chronic Urticaria-Specific Quality of Life) et CU-Q2oL (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire). Ces différents scores d'activité ou échelle d'intensité de l'UC montrent que les patients atteints d'UC ont une importante altération de la qualité de vie surtout en cas d'angio-œdèmes. De plus, dans 48 % des cas, l'UC est associée à des troubles psychiatriques : anxiété, syndrome dépressif, troubles émotionnels pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée [2].

Le traitement de fond de l'UC repose en première intention sur les antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération. La posologie des antihistaminiques peut être augmentée et ils peuvent être associés à un anti-leucotriènes en cas de mauvais contrôle de l'urticaire. Le traitement antihistaminique continu est dans la plupart des cas efficace, mais il faut laisser un certain délai d'action de 4 à 8 semaines pour que l'UC soit bien contrôlée. La résistance aux antihistaminiques à forte posologie pendant plusieurs semaines doit faire adresser le patient dans un centre spécialisé pour lui proposer d'autres traitements notamment les immunosuppresseurs et les anti-IgE, en fonction du retentissement de la maladie sur sa vie quotidienne et de sa sévérité [2, 3].

A. Etude descriptive :

1. L'âge :

L'UC affecte 10 à 25% de la population [6, 7]. Conformément aux données de la littérature, dans notre série, elle intéresse surtout l'adulte jeune avec un âge moyen de 39 ans $\pm$ 12.33 et des extrêmes allant de 18 ans à 66 ans. Ceci a été concordant avec plusieurs séries de la littérature, tels que celle décrite par Ines Zaraa et coll. en Tunisie, où l'âge moyen des patients était de 36 ans avec des extrêmes allant de 1 à 79 ans [8], rappelant que notre série s'intéressait uniquement à la population adulte. Ce ci rejoint aussi les résultats rapportés par les études faites en Algérie (âge moyen : 39,60 ans) [6], en Iran (âge moyen était de 38 ans) [9], ainsi que les données de la série thaïlandaise où l'âge moyen était de 41.8 ± 13.8 ans [10]. Cependant, le pic de fréquence rapporté dans d'autres études était de 0–9 ans et de 70–79 ans en Corée, supérieur à 65 ans en Espagne, de 40–59 ans en Allemagne, de 60–69 ans en Italie, de 40–49 en Taiwan [11]. Une autre étude internationale faite dans 6 pays européens et Canada publiée par J.-P.Lacour où la moyenne d'âge des patients colligés était de 48,7 ans [12]. Dans la série brésilienne rapportée par Dias GAC en 2016, l'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes de 18 –90 ans [13] et dans une étude marocaine réalisée en 2015 au CHU de Marrakech colligeant 30 patients dont l'âge moyen était de 51 ans [3].

Série	Espagne	Brésil	Iran	Tunisie	Notre série
Age moyen	65 ans	46 ans	38 ans	36 ans	39 ans

Ces différences de fréquence et d'âge moyen confirment que cette pathologie peut survenir à n'importe quel groupe d'âge.

2. Le sexe :

Dans notre série, on a noté une nette prédominance féminine avec un pourcentage de femmes de 78% contre 22% d'hommes, avec un sexe ratio F/H de 3.57, ce qui rejoint les données rapportées dans la littérature. En effet, il y'avait une prédominance féminine dans les séries rapportées à Marrakech où le sexe féminin représentait 85 % [3], ainsi qu'en Iran (72% de femmes) [9], en Allemagne (76.4% de femmes) [14], au Brésil (85.72% de femmes contre 14,28% d'hommes) [13], en Algérie (sex-ratio H/F était de 0,20), en Tunisie et en Corée [6, 8, 11]. Dans l'étude de J.-P.Lacour 75.5% des cas colligés étaient des femmes. Une série thaïlandaise decrite par K Kulthanan et coll a appuyé cette prédominance féminine (79% de femmes contre 21% d'hommes) [10, 12]. Contrastant avec d'autres études qui ne rapportent pas de prédominance de sexe évidente. [15, 16, 17]

Ceci pourrait être expliqué par une demande esthétique plus importante chez la femme

3. La durée d'évolution :

La durée d'évolution moyenne constatée dans notre série était de 42.3 mois avec des extrêmes allant de 4 mois à 29 ans. Cela est plus court par rapport aux séries rapportées dans la littérature. En effet, la durée moyenne d'évolution notée dans la série de Marrakech était de 68 mois [3] et de 64,1 mois dans la série de J-P Lacour [12]. Ceci rejoint l'étude brésilienne où la durée moyenne d'évolution était de 10 ans avec des extrêmes de 3 mois à 60 ans [10, 13] et une durée moyenne plus longue était notée en Iran (12 ans) [9]. Cependant, dans les séries algérienne et tunisienne la durée moyenne était plus courte (27 mois et 21 mois respectivement) [6, 8]. Ainsi que dans la série rapportée par K Kulthanan et coll. avec une durée moyenne de 2 ans et des extrêmes allant de 2 mois à 34 ans [12].

Ces données divergentes peuvent être expliquées par la nature chronique de la maladie et l'évolution imprévisible et capricieuse de l'UC.

4. L'origine :

Peu d'études se sont intéressées au mode de vie rural ou urbain des patients. Néanmoins, dans notre série, 87.4% des patients étaient issus du milieu urbain alors que seul 12.6 % des cas vivaient au milieu rural.

5. Répartition selon l'activité :

Plus de la moitié de nos patients étaient sans profession et avaient un bas niveau socio-économique avec un pourcentage de 52.2 % de l'ensemble des cas, contre 25 % des patients qui étaient en activité et 18.2% étaient des étudiants. Ceci pourrait expliquer le long délai de consultation.

6. Répartition selon les ATCD personnels, familiaux et comorbidités :

Peu d'études se sont intéressées aux ATCD et comorbidités des patients. Néanmoins, dans notre série, les antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 43,7% de nos patients dont 21.9% avaient une atopie personnelle (rhinite allergique, asthme..), 9.4% avaient une HTA, 6.3% avaient un diabète et 15.5% avaient d'autres ATCD (hypothyroïdie, gonarthrose)

Chez les malades ayant une UC, les maladies allergiques tel que la rhinite allergique, l'allergie aux médicaments et l'asthme étaient les plus rapportés dans la littérature [11]. La maladie thyroïdienne est depuis longtemps reconnue comme l'une des maladies auto-immunes les plus courantes associées à l'UC [18, 19]. Dans une étude récemment conduite dans la population israélienne, les hypothyroïdies et les hyperthyroïdies ont été observées chez 10% et 2,6% des patients atteints d'UC,

respectivement [20]. Dans une revue de la littérature réalisée par E.Yvin et coll. en 2019, ils ont colligé 17 cas d'urticaire chronique superficielle associée à un cancer. L'évolution des deux pathologies est souvent synchrone et marquée par l'inefficacité (86 %) des traitements antihistaminiques et corticoïdes par voie générale. L'UC superficielle associée au cancer solide reste rare mais la sévérité et l'importante résistance aux traitements pourraient faire envisager cette éventualité [21].

7. type d'urticaire :

Les urticaires physiques représentent 10 à 20% des UC. En effet dans une série tunisienne rapportée par Ines Zaraa et coll, l'urticaire physique était l'étiologie la plus fréquente retrouvée dans 11 % des cas [8, 22, 23, 24]. Ce qui rejoint la série algérienne où 5 cas avaient une physique dans (urticaire cholinergique [2 cas], urticaire au froid [1 cas], urticaire au froid [2 cas]) [6]. Selon la « British Association of Dermatologists » (BAD), 90,2% des patients avaient des "uricaire ordinaires" et l'urticaire physique était la plus fréquente [9].

Dans notre série, l'urticaire alimentaire était la plus fréquente, présente dans 59.4% des cas (19 patients), l'urticaire physique vient en 2^{ème} position, dans 37.5% des cas (12 patients), l'urticaire retardée à la pression dans 34.4% des cas (11 patients), l'urticaire cholinergique dans 15.6 % des cas (5 patients), l'urticaire de contact dans 6.3% des cas (2 patients), l'urticaire aquagénique dans 9.4% des cas (3 patients), l'urticaire spontanée chez un patient et 43.7% des patients avaient une association de plusieurs types d'urticaire.

La multiplicité des causes étiologiques de l'UC incite le praticien parfois à la réalisation de bilans exhaustifs et coûteux mais les études récentes soulignent le faible rendement d'un bilan approfondi systématique. Actuellement, suite aux recommandations de la conférence de consensus de 2003 sur la prise en charge des urticaires chroniques [25], la prescription d'un bilan minimal orienté en fonction des

données de l'anamnèse et de la clinique est préconisée. Devant un patient ayant une UC, il faut effectuer un interrogatoire et un examen clinique minutieux à la recherche d'éléments évocateurs de maladie associée ou d'une forme particulière d'UC. Devant une urticaire isolée aucun bilan ne sera réalisé et un traitement antihistaminique sera prescrit. Devant une résistance au traitement après 4 semaines d'observance, on proposera alors un bilan comportant une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, une C réactive protéine, la recherche des anticorps anti-TPO et un dosage de la TSH [6, 8, 25].

8. Traitement :

La prise en charge des UC est souvent délicate. Les ATH de 2^{ème} génération constituent le traitement de choix en 1^{ère} intention. Lorsque la cause est identifiée il faut bien sûr en tenir compte. Les ATH de 2^{ème} génération permettent de contrôler l'UC dans la majorité des cas. Il n'existe pas d'éléments dans la littérature permettant de privilégier une molécule donnée [25, 26, 27, 28]. En effet, dans notre série, la majorité des patients ont été traités par des antihistaminiques en 1^{ère} intention. Il s'agissait essentiellement d'antihistaminique de 2^{ème} génération associé à un traitement topique à base d'émollient, dans 62.5% on a noté une amélioration sous antihistaminiques 1 cp / jour et 37.5% ont nécessité une dose plus élevée (2 – 4 cp /jour) et certains patients, non répondeurs, ont eu recours à une autre alternative thérapeutique tel que les anti-leucotriène, la DDS et l'indométacine pour les URP, le méthotrexate et la ciclosporine.

Ce qui rejoint les thérapeutiques décrites en première intention dans la littérature, notamment l'étude algérienne où l'amélioration clinique était observée dans 85% des cas. Cependant, le MTX a été proposé à faible dose (7,5 mg/semaine) avec succès et une bonne tolérance chez 14 patients après échec des antihistaminiques [6].

Dans les études expérimentales qui ont été réalisés, les corticoïdes n'avaient pas montré d'efficacité sur la prévention ou la diminution de la libération d'histamine par les mastocytes cutanés, mais agissaient en inhibant les leucotriènes [29]. Le rôle des corticoïdes dans la pérennisation d'une urticaire a été suggéré. Actuellement aucune donnée dans la littérature ne permet de le confirmer. Dans l'étude de Zuberbier et al [30], les patients n'ont pas présenté un rebond de la symptomatologie ou un passage à la chronicité à l'arrêt des corticoïdes après 8 semaines de suivi. Toutefois une étude récente note que chez des patients traités à la fois par des antihistaminiques et des corticoïdes on observe une fréquence élevée du rebond temporaire de l'UC, alors qu'après arrêt des corticoïdes on note une constante rémission complète des signes extra cutanés ou de vascularite suggérant ainsi qu'une résistance aux antihistaminiques peut être favorisée par les corticoïdes généraux lors de leur prescription en association [31].

Pour les malades ayant une urticaire chronique résistante aux ATH, certains auteurs préconisent l'association aux anti-leucotriène ou l'utilisation de traitements moins classiques comme les immunosuppresseurs (MTX, ciclosporine) ou les perfusions d'immunoglobulines. Ces médicaments semblent être utiles à la prise en charge des UC les plus rebelles aux traitements classiques, mais ils ne sont en général que suspensifs et leur arrêt est souvent suivi de rechute après quelques semaines. De nombreux cas cliniques ont aussi montré une efficacité de l'omalizumab dans les urticaires inducibles ou physiques. L'ensemble de ces traitements, hormis l'omalizumab, n'ont pas d'AMM dans l'UC mais ils ont fait preuve d'une certaine efficacité et sont couramment utilisés. Dans tous les cas, ces traitements ont pour but d'améliorer la qualité de vie des patients [1, 32].

B. Etude analytique :

1. Le score :

Le CU-Q2oL est le premier et actuellement le seul instrument permettant d'évaluer la qualité de vie des patients atteints d'UC [14]. Dans une étude brésilienne, les items avec les scores moyens les plus élevés étaient la nervosité et la honte devant les lésions, tandis que les items avec les scores les plus bas étaient le gonflement des lèvres et les limitations d'activités sportives [13]. Ce qui rejoint l'étude allemande où les démangeaisons et la gêne des symptômes, les troubles de sommeil et l'état mental ont obtenu les scores les plus élevés, alors que les scores les plus bas étaient représentés par le gonflement, la gêne de l'alimentation et les limites [14].

Conformément aux données de la littérature, dans notre série, les items ayant les scores moyens les plus élevés étaient : la nervosité, le prurit, les troubles de sommeil et la mauvaise humeur, tandis que les items avec les scores les plus bas étaient : le gonflement des yeux et des lèvres, les effets secondaires des médicaments, l'utilisation de produits de beauté ainsi que le choix vestimentaire.

Série	Items avec score élevé	Items avec score bas
Brésilienne	– nervosité – honte devant les lésions	– gonflement des lèvres – limitation d'activité sportive
Allemande	– démangeaisons – gêne des symptômes – troubles de sommeil – état mental	– gonflement des yeux et des lèvres – gêne de l'alimentation – limites
Notre série	– nervosité – prurit – troubles de sommeil – mauvaise humeur	– gonflement des yeux et des lèvres – EII des médicaments – produits de beauté – choix vestimentaire.

La question 15, «nervosité», avait le score le plus élevé. Ceci confirme l'impact important de l'urticaire chronique sur la santé mentale des patients. Pasaoglu et al. ont démontré que les patients atteints d'urticaire spontanée chronique avaient une prévalence plus élevée de dépression, d'hystérie, d'hypochondrie et de conflits avec leur environnement social [33].

Les questions «gênées par les signes» et «prurit» ont également révélé un impact important sur la qualité de vie, la première question évaluant les sentiments des patients et la seconde, le symptôme principal. Ce fait n'est pas surprenant dans la mesure où le prurit est le symptôme principal et le plus gênant de cette maladie, qui nuit aux activités quotidiennes et à la santé mentale des patients. Ceci est conforme aux connaissances cliniques et aux observations d'autres études [34,35,36,37], notamment l'étude brésilienne évaluant l'impact de l'UC sur la QDV des malades [13].

Les questions 19 « effets secondaires des médicaments » et 23 « le choix vestimentaire » avaient les scores les plus bas. Ceci pourrait être expliqué, pour la question 19, par le fait que nos malades étaient sous antihistaminiques de 2^{ème}

génération ayant très peu d'effets secondaires. Et pour la question 23, par le fait que la majorité de nos malades étaient des femmes dont la plupart était voilées.

2. QDV et facteurs démographiques et socio-économiques

Dans notre série, nous avons constaté que quand l'âge augmentait d'un an, le score augmentait de 0.47. Néanmoins, cette association n'était pas statistiquement significative ($p = 0,93$). Ce qui rejoint les données de la littérature. En effet, dans l'étude Brésilienne, les patients âgés de 41 à 60 ans avaient un impact plus important sur la QDV. Ce groupe d'âge comprenait les adultes ayant des troubles du sommeil et de l'état mental ce qui limitait leur vie professionnelle [13].

En ce qui concerne le sexe, dans notre série, un impact plus important a été constaté sur toutes les dimensions chez les femmes, bien qu'il n'y ait aucune signification statistique. Ceci a été noté dans les études rapportées dans la littérature, notamment en Brésil [13], et pourrait être expliquée par le fait que les femmes ont probablement une peau plus sensible et une conscience mentale plus sensible aux symptômes de l'urticaire et sont davantage influencées par le côté inesthétique des lésions.

Dans l'échantillon analysé dans une étude polonaise, le sexe et l'âge étaient les facteurs qui n'avaient aucune influence sur la QDV des patients [38].

Par rapport à l'activité des patients, on avait noté que 56.2% de nos malades étaient sans profession, 25% étaient en activité et 18.2% étaient des étudiants. Ces résultats n'étaient pas significatifs. Et peu d'études se sont intéressées à évaluer l'activité des malades. En effet, l'étude polonaise avait noté que la majorité des patients étaient en activité (66.7%), 23.8% étaient sans emploi et 9.5% étaient des étudiants. Cependant, ces résultats également n'étaient pas statistiquement significatifs [38].

3. Impact des aspects cliniques de l'UC sur la QDV :

La population étudiée était très hétérogène et englobait des patients présentant différents types d'urticaire à différents stades de progression de la maladie

Dans notre série, le score de la QDV augmente avec la persistance du prurit toute la journée et diminue en cas de prurit diurne isolé. Ceci pourrait être expliqué par l'altération de l'activité journalière ainsi que la qualité du sommeil. Dans la littérature, aucune étude ne s'est intéressée à analyser le caractère diurne ou nocturne du prurit et son influence sur la QDV des patients.

Le prurit représentait le maître symptôme chez tous nos patients. L'association entre le score de la QDV et la sévérité du prurit était franchement significative ($p=0$). En effet, les patients ayant un prurit sévère avaient le score le plus élevé. Ceci rejoint l'étude polonaise [38]. Cependant, dans l'étude rapportée par Firooz, A et coll. le prurit était le 2^{ème} symptôme après la sensation de picotement [9]. Néanmoins, ils n'ont pas corrélé la sévérité des symptômes à l'altération de la QDV.

Concernant la topographie des lésions, les patients présentant une atteinte du visage avaient les scores les plus élevés, mais ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Cependant, on a noté une forte association entre l'atteinte du MS et l'altération de QDV ($p=0.006$). Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'atteinte des MS est plus affichante que l'atteinte du tronc ou des MI.

Par ailleurs, nous avons noté une différence significative entre l'altération de la qualité de vie et nombre de localisations atteintes ($p=0.034$). En effet, une altération plus importante de la qualité de vie a été constatée chez les malades qui avaient l'atteinte de plusieurs localisations.

En analysant le type d'urticaire, nous avons noté que le type ayant le score d'altération de QDV le plus élevé était l'urticaire physique, ce qui pourrait être expliqué par le fait que ce type altère les activités quotidiennes des patients et influence ainsi leur QDV.

4. Impact du traitement sur la QDV d'UC :

Pour le traitement de l'UC, selon les guidelines internationales disponibles, y compris l'Académie européenne d'allergie et d'immunologie clinique et l'Organisation mondiale contre l'allergie, le traitement de première intention recommandé consiste à administrer des doses normales de nsAH, suivies de nsAH à une dose deux à quatre fois plus élevée en seconde ligne (Grattan et Humphreys 2007; Zuberbier, Aberer et al. 2014; Zuberbier, Aberer et al. 2018). De même, après l'échec du traitement en deuxième ligne et chez les patients résistants, les AH sédatifs combinés aux nsAH pourraient être utilisés pour améliorer la réponse des patients [9]. Chez la majorité des patients, ce traitement est suffisant pour contrôler l'urticaire chronique. En cas d'échec, l'association aux anti-leucotriènes ou autres traitements en particulier immunomodulateurs peuvent être proposés.

Dans notre série, la majorité des patients (62.5%) étaient mis sous nsAH à dose ordinaire (1cp/j) et le reste sous dose plus élevée (2–4 cp/j). On a constaté que les patients sous dose élevée d'ATH avaient un score plus augmenté. Cependant, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Le type transversal de notre étude pourrait expliquer l'absence de corrélation entre la qualité de vie et l'évolution sous traitement.

5. Comparaison entre QDV de l'urticaire chronique et autres pathologies :

La dégradation de la qualité de vie dans l'urticaire chronique est comparable à celle observée dans la maladie coronarienne et est plus importante que dans d'autres affections dermatologiques telles que le psoriasis, l'acné et le vitiligo. En effet, Une étude française a comparé l'impact sur la QDV dans l'urticaire chronique, le psoriasis et la dermatite atopique sur plus de 1300 patients, a mis en évidence un profil

particulier de retentissement de l'urticaire chronique : inconfort physique et gêne dans les activités quotidiennes, plus marqués que dans le psoriasis, mais moins de gêne liée au traitement d'impact sur les loisirs et de dégradation de sa propre image que dans le psoriasis ou la dermatite atopique. De ce fait, l'impact sur la QDV de l'urticaire ne doit pas être sous-estimé. Pour autant il manque des études évaluant précisément ce retentissement [38, 39, 40].

CONCLUSION :

L'urticaire chronique est une affection fréquente, habituellement bénigne, mais le retentissement psychologique et en particulier scocio-professionnel de cette dermatose est souvent très important, pouvant altérer la qualité de vie [8].

L'évaluation de cette dernière est nécessaire dans l'évolution de la maladie et dans l'efficacité du traitement. L'UC étant une maladie ayant un effet profond sur la QDV et les activités quotidiennes, son évaluation précise a une grande valeur.

Le questionnaire CU-Q2oL est le seul instrument conçu spécifiquement pour évaluer la QDV chez les patients atteints d'UC. Il est simple à utiliser et pouvant constituer un complément de mesure clinique et aider dans la PEC thérapeutique [41].

L'altération de la qualité de vie des malades atteints d'UC est très importante, comme en témoigne notre étude. L'évaluation de cet impact chez ces malades est souhaitable afin de déceler les dimensions les plus affectées et d'essayer d'intervenir par des conseils pratiques et au besoin par une prise en charge psychologique spécialisée. La prise en charge des malades atteints d'UC devrait être globale nécessitant parfois la coopération du dermatologue et du psychiatre pour évaluer et éventuellement traiter les retentissements psychologiques de cette dermatose. L'instauration de consultations mixtes de « dermatologie-psychiatrique » serait intéressante pour concrétiser cette coopération.

Notre étude vient confirmer l'impact important de l'UC sur la QDV des malades malgré le faible nombre de cas colligés.

Des études devraient être réalisées par les praticiens dans ce sens, sur un grand échantillon de patients, afin de mieux étudier ce volet pour une meilleure PEC.

Limites et perspectives :

I. Limites :

- Au cours de notre étude, nous avons été limités par le faible nombre de nos malades
- La taille relativement réduite de notre échantillon n'a pas permis de dégager certaines corrélations.
- Le manque d'études à l'échelle nationale et internationales limitait notre analyse de l'impact d'UC sur la QDV des patients.

II. Perspectives :

- Il est nécessaire de multiplier les études chez les patients atteints d'UC au niveau des autres régions du Maroc pour comparer le retentissement de cette pathologie sur la QDV de ces patients à travers notre pays. Ou de réaliser une étude à l'échelle nationale pour que les résultats soient représentatifs de toute la population Marocaine.
- De larges études avec un échantillonnage plus grand devraient être réalisées afin de mieux analyser les différents facteurs influençant la QDV des patients atteints d'UC.

REFERENCES :

- [1] Mathelier–Fusade P. Urticaire chronique spontanée : recommandations françaises et internationales. Rev Fr Allergol (2019), <https://doi.org/10.1016/j.reval.2019.02.203>
- [2] A. Soria, C. Francès ; Urticaires : diagnostic, prise en charge et traitement ; La Revue de médecine interne 35 (2014) 586–594
- [3] Abdelaziz R, et al. Profil clinique et prise en charge de l'urticaire chronique au Maghreb. Rev Fr Allergol (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2017.04.002>
- [4] Soria A. Urticaire chronique en pratique en 2016 : traitements. Rev Fr Allergol (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.02.002>
- [5] Vincent Morel, Conrad Hauser ; Urticaire chronique ; Rev Med Suisse 2008 ; volume 4. 1019–1023
- [6] Boussaid R. Les aspects clinico–épidémiologiques de l'urticaire chronique en Algérie. Rev Fr Allergol (2016), 56(3), 212–214
- [7] Guldbakke KK, Khachemoune A. Etiology, classification, and treatment of urticaria. Cutis. 2007 Jan ; 79(1) :41–9.
- [8] I Zaraa, N Sliti, Z Ben Kheder, D El Euch, S Trojjet, M Mokni, A Ben Osman ; Chronic urticaria: a report of 233 cases ; La tunisie Medicale – 2010; Vol 88 (n°011): 794 – 798

- [9] Firooz A et al ; Real life management of chronic urticaria: Multicenter and cross sectional study on patients and dermatologists in Iran. *Dermatol Ther.* 2019 Mar ; 32(2) :e12796
- [10] K Kulthanan, L Chularojanamontri, P Tuchinda, C Rujitharanawong, I Baiardini and F Braido ; Minimal clinical important difference (MCID) of the Thai Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL) ; *Asian Pac J Allergy Immunol* 2016 ; 34:137–45
- [11] B R KIM, S YANG, J W CHOI, C W CHOI, S W YOUN ; Epidemiology and comorbidities of patients with chronic urticaria in Korea: A nationwide population–based study. *The Journal of Dermatology* 2017, 45(1), 10–16
- [12] J.–P.Lacour , F.Giordano–Labadie, L.Martin, D.Staumont–Salle, H.Tian, D.Mac Bride, ,C.Radder,, C.Thénié, P.Pinton, M.–M.Balp, F.Bérard ; Étude de l'impact économique et humain de l'urticaire chronique spontanée : étude ASSURE–CSU ; *Ann Dermatol Vener* December 2015, 142(12)– S494–S495
- [13] Dias GAC, Pires GV, Valle SOR, Dortas Junior SD, Levy S, França AT, et al ; Impact of chronic urticaria on the quality of life of patients followed up at a university hospital ; *An Bras Dermatol.* 2016 ; 91(6) :754–9
- [14] K Weller, M K. Church, D Kalogeromitros, K Krause, M Magerl, M Metz, D Pisarevskaja, F Siebenhaar, M Maurer ; Chronic Spontaneous Urticaria: How to Assess Quality of Life in Patients Receiving Treatment ; *Arch Dermatol* OCT 2011 / Vol 147 (NO. 10), 1221–1222

- [15] Grattan C, Sabroe RA, Greaves MW. Chronic urticaria. J Am Acad Dermatol 2002 ; 46:645-57
- [16] Morand JJ, Lightburn E. Urticaires. In : EMC Dermatologie. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2000 [98-480-A-10]
- [17] Brodell LA, Beck LA, Saini SS. Pathophysiology of chronic urticaria. Ann Allergy Asthma Immunol 2008 ; 100 [291-322-19]
- [18] Leznoff A, Josse RG, Denburg J, Dolovich J. Association of chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity. Arch Dermatol 1983 ; 119: 636-640.
- [19] Dreskin SC, Andrews KY. The thyroid and urticaria. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2005 ; 5: 408-412.
- [20] Confino-Cohen R, Chodick G, Shalev V, Leshno M, Kimhi O, Goldberg A. Chronic urticaria and autoimmunity: associations found in a large population study. J Allergy Clin Immunol 2012 ; 129: 1307- 1313.
- [21] E. Yvina J. Delaunayb. Lozac'ha. Lavigne a .Martinb. Urbanskia, Urticaire chronique superficielle associée aux cancers solides : un cas et revue de la littérature
- [22] Morand JJ et Lightburn E. Urticaires. Encycl Méd Chir, Dermatologie, 98-480-A-10, 2000.

- [23] Brodell LA, Beck LA, Saini SS. Pathophysiology of chronic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2008 ; 100: 291–322.
- [24] Hamel-Teillac D. Les urticaires chroniques de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 2003 ; 130 : 1S69–72.
- [25] Conférence de consensus. Texte long. Prise en charge de l'urticaire chronique. *Ann Dermatol Venereol* 2003 ; 130 [1S182–1S192].
- [26] Vigan M. Place des antihistaminiques dans la prise en charge des urticaires. *Rev fr d'allerg et d'immuno clin* 2004 ; 44: 120–24.
- [27] Monroe E. Review of H1 antihistamines in the treatment of chronic idiopathic urticaria. *Cutis* 2005 ; 76: 118–26.
- [28] Juregui I, Ferrer M, Montoro J, et al. Antihistamines in the treatment of chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007 ; 17: 41–52.
- [29] Doutre M S. Corticothérapie générale et urticaire : un serpent de mer. *Ann Dermatol Vénéréol* 2008 ; 135: 7–8.
- [30] Zuberbier T, Ifflander J, Semmler C, Henz BM. Acute urticaria : clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Acta Dermatol Venereol* 1996 ; 76: 295–7.

- [31] Augey F, Guillot-Pouget I, Gunera Saad N, Berard F, Nicolas J F. Effet de l'arrêt des corticoïdes au cours de l'urticaire chronique (étude prospective de 17 malades). *Ann Dermatol Vénéréol* 2008 ; 135: 21–25.
- [32] A. Soria C. Francès ; Urticaires : diagnostic, prise en charge et traitement ; *Rev de Med Int*, Vol 35, (9), September 2014, 586–594
- [33] Pasaoglu G. Psychological status of patients with chronic urticaria. *J Dermatol*. 2006 ; 33:765–71.
- [34] O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997 ; 136:197–201
- [35] Valero A, Herdman M, Bartra J, Ferrer M, Ja'uregui I, Da'vila I, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *J Investig Allergol Clin Immunol* 2008 ; 18:426–32.
- [36] Młynek A, Magerl M, Hanna M, Lhachimi S, Baiardini I, Canonica GW, et al. The German version of the Chronic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire : factor analysis, validation, and initial clinical findings. *Allergy* 2009 ; 64:927–36.
- [37] Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T. Chronic urticaria: an internet survey of health behaviours, symptom patterns and treatment needs in European adult patients. *Br J Dermatol* 2009 ; 160:633–41.

- [38] Z. Brzoza, K. Badura-Brzoza, A. Młynek, M. Magerl, I. Baiardini, W. Canonica, K. Weller, E. Kocatu, D. Kalogeromitros, A. Zalewska-Janowska, T. Zuberbier, M. Maurer ; Adaptation and initial results of the Polish version of the GA2 LEN Chronic Urticaria Quality Of Life Questionnaire (CU-Q2oL) ; Journal of Dermatological Science 62 (2011) 36-41.
- [39] GobJJ, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G, Comparative study of the chronic urticaria psoriasis and atopic dermatitis. Br J Dermatol 2004, in press.
- [40] Poon E, Seed PT, Greaves M, Kobza Black A. The extent and nature of disability in different urticarial conditions. Br J Dermatol 1999 ; 140:667-71.
- [41] Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria : a representative cross-sectional population survey. Clin Exp Dermatol 2010 ; 35:869-73

ANNEXES :

• **Annexe 1 : Fiche d'exploitation :**

1. IP.....

2. Sexe..... 3. Age 4. Origine

5. profession : en activité..... Sans emploi..... Etudiant..... Retraité.....

6. assurance maladie..... pas d'AM..... RAMED.....

7. Revenu : <1000DH..... 1000-5000DH..... 5000-10000DH..... >10000H.....

8. Antécédents

♦ Personnels : Diabète HTA

Atopie

Néoplasies associées

Cardiopathie.....

Autres maladies chroniques

Toxique : tabac autres.....

♦ Familiaux : urticaire Atopie parents..... frere/sœur..... cousins....

9. durée d'évolution

10. Signes fonctionnels : Prurit..... Douleur Picotement

Diurne..... nocturne.....

Minime..... modéré sévère.....

11. Etat général : asthenie Amaigrissement.....

12. Examen dermatologique :

- Atteinte cutanée :

-Aspect des lésions :

Plaque erythemo oedemateuse.....

Plaque circinée annulaire.....

Micro papule.....

Vesicule/bulle.....

Lesions Pigmentée.....

-Dermographe :

-Topographie des lésions : 1) MS 2)MI 3) tronc 4)visage 5) 2 zones ou +

- Atteinte muqueuse :

13. signes de gravité : Dysphonie..... Dysphagie..... hyper-sialorrhée.....

14. type d urticaire :

Urticaire chronique spontanée :

Urticaire inducible : physique : froid..... chaleur..... pression.....

Retardé a la pression

Cholinergique

De contact

Aquagénique

15. Traitement : topique

Oral : 1 ATH (1cp)..... 1 ATH (>1cp)..... 2 ATH.....

16. Evolution :

• **Annexe 2 : Questionnaire CU-Q2oL :**

À quel point ces symptômes vous affectent-ils ? Minimum de 1 (pas du tout), maximum de 5 (énormément).						
	Pas du tout	Un peu	Quelque peu	Beaucoup	Énormément	Score
Démangeaisons						
1. Démangeaisons (prurit)	1	2	3	4	5	
2. Papules	1	2	3	4	5	
Enflure						
3. Enflure des yeux	1	2	3	4	5	
4. Enflure des lèvres	1	2	3	4	5	
Répercussions sur les activités quotidiennes						
5. L'urticaire gêne mon travail	1	2	3	4	5	
6. L'urticaire gêne mes activités physiques	1	2	3	4	5	
7. L'urticaire gêne mon sommeil	1	2	3	4	5	
8. L'urticaire gêne mes temps libres	1	2	3	4	5	
9. L'urticaire gêne mes relations sociales	1	2	3	4	5	
10. L'urticaire gêne mes habitudes alimentaires	1	2	3	4	5	
Troubles du sommeil						
11. Avez-vous de la difficulté à vous endormir ?	1	2	3	4	5	
12. Vous réveillez-vous la nuit ?	1	2	3	4	5	
13. Ressentez-vous de la fatigue durant la journée en raison de troubles du sommeil la nuit ?	1	2	3	4	5	
14. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer ?	1	2	3	4	5	
15. Éprouvez-vous de la nervosité ?	1	2	3	4	5	
Limites						
16. Êtes-vous de mauvaise humeur ?	1	2	3	4	5	
17. Vos choix alimentaires sont-ils limités ?	1	2	3	4	5	
18. L'urticaire limite-t-elle vos activités sportives ?	1	2	3	4	5	
Apparence						
19. Les effets secondaires des médicaments vous affectent-ils ?	1	2	3	4	5	
20. Les symptômes de l'urticaire vous gênent-ils ?	1	2	3	4	5	
21. Éprouvez-vous de la gêne à aller dans des endroits publics ?	1	2	3	4	5	
22. L'utilisation de produits de beauté vous pose-t-elle des problèmes ?	1	2	3	4	5	
23. Vos choix vestimentaires sont-ils limités ?	1	2	3	4	5	
						Score total du CU-Q2oL

Chaque énoncé ou question est noté sur une échelle de 5 points (1 : pas du tout; 5 : énormément).

Résumé :

Introduction : L'urticaire chronique (UC) est une maladie allergique invalidante de la peau, qui affecte 0,5 à 1% de la population et se caractérise par des lésions érythémateuses, papuleuses et prurigineuses, de nature fluctuante, persistantes pendant plus de six semaines. Elle reste complexe par rapport à son étiologie et son traitement est difficile.

Objectif : Evaluer la qualité de vie des patients atteints d'urticaire chronique, en utilisant le questionnaire sur la qualité de vie de l'urticaire chronique (CU-Q2oL), et identifier les facteurs qui influencent la qualité de vie chez ces patients.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale unicentrique portant sur l'évaluation de la qualité de vie chez les patients présentant une urticaire chronique superficielle colligés au sein du service de dermatologie vénérologie du centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès, sur une période allant de janvier 2019 à Mars 2019, en utilisant le questionnaire sur la qualité de vie de l'urticaire chronique (CU-Q2oL).

Résultat : Sur une période de 03 mois, nous avons inclus 32 patients, dont l'analyse a montré que l'âge moyen était de 39 ans $\pm$ 12.33, la durée d'évolution moyenne de la maladie était de 4.9 ans, avec des extrêmes allant de 4 mois à 29 ans. On a noté une prédominance féminine avec un pourcentage de 78%, 87.4% des patients étaient issus d'un milieu urbain et 52.2 % était de bas niveau socio-économique. Les antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 43,7% de nos patients dont 21.9% avaient une atopie personnelle, et l'urticaire alimentaire était le type le plus fréquent retrouvé chez 59.4% des cas. Sur le plan thérapeutique, la majorité de nos patients ont été traités par les antihistaminiques de 2^{ème} génération en 1^{ère} intention. Conformément aux données de la littérature, dans notre série, les

items ayant les scores moyens les plus élevés étaient : la nervosité, le prurit, les troubles de sommeil et la mauvaise humeur, tandis que les items avec les scores les plus bas étaient : le gonflement des yeux et des lèvres, les effets secondaires des médicaments, l'utilisation de produits de beauté ainsi que le choix vestimentaire. L'analyse uni-variée a objectivé que le degré de sévérité du prurit, la localisation au niveau des membres supérieurs et le nombre de localisations atteintes ont une influence significative sur le score globale de la qualité de vie, avec des degrés de signification de 0, 0.006 et 0.034 respectivement. L'analyse multi-variée n'a montré aucune liaison entre les données sociodémographiques, les antécédents, le traitement et la qualité de vie de l'urticaire.

Conclusion : Le CU-Q2oL est le premier, et actuellement le seul, instrument d'évaluation de la qualité de vie spécifique des patients atteints d'urticaire chronique. L'utilisation de ce questionnaire dans les essais cliniques permettra une meilleure connaissance des facteurs influençant sur la qualité de vie de ces patients et ainsi une meilleure prise en charge.