

URTICAIRE ET ANGIO-ŒDEME

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. APPROCHE CLINIQUE
3. BILAN SANGUIN, TRAITEMENT ET PRÉVENTION
4. LES POINTS À RETENIR
5. ALGORYTHME
6. RÉFÉRENCES

1 INTRODUCTION

1.1 Généralités

L'urticaire et l'angio-œdème (ou œdème de Quincke) sont des symptômes fréquents et surviennent chez environ 25% des individus au cours de leur vie, d'où leur importance en médecine de premier recours. Bien que l'urticaire et l'angio-œdème puissent survenir à tout âge, chez l'adulte, il semble y avoir un pic dans la troisième ou quatrième décennie et une fréquence égale pour les deux sexes. L'angio-œdème peut mettre en péril la vie du patient en cas d'obstruction des voies aériennes et le traitement doit être adapté à la situation clinique.

Urticaire et angio-œdème sont traités ici simultanément, car ils sont le plus souvent des manifestations communes de réactions d'hypersensibilité immédiate, médicamenteuses, parainfectieuses ou auto-immunitaires. La survenue d'un angio-œdème isolé (sans urticaire) doit en outre faire rechercher une réaction aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou tartans, ou encore un déficit congénital ou acquis en C1-inhibiteur.

En cas de survenue aigue d'une urticaire et/ou d'un angio-œdème, il faut considérer la possibilité d'une réaction d'hypersensibilité immédiate (ou anaphylaxie), car les deux font parties du spectre des symptômes. Les réactions d'hypersensibilité immédiate sont principalement médiées par les IgE et les symptômes aigus majoritairement liés à la libération d'histamine par les mastocytes. La classification de H.U. Müller, distingue 4 stades de réaction anaphylactique ([tableau 1](#)):

- Stade I : Urticaire généralisée, prurit, malaise, anxiété
- Stade II : Eléments du stade I avec ≥ 2 des manifestations suivantes : angio-œdème (également stade II si isolé), oppression thoracique, nausées, douleurs abdominales, diarrhées, vertiges.
- Stade III : Eléments du stade I ou II avec ≥ 2 des manifestations suivantes : sibilances, dyspnée, stridor, dysphagie, dysphonie, dysarthrie, faiblesse, confusion, impression de mort imminente
- Stade IV : Manifestations du stade I, II ou III avec ≥ 2 des manifestations suivantes: hypotension ($< 90\text{mmHg}$), syncope, perte de connaissance, incontinence, cyanose

Tableau 1 : stades de réaction anaphylactique

La prise en charge de la réaction anaphylactique repose essentiellement sur la **discontinuation de l'agent causal suspecté**. En cas d'angio-œdème risquant de compromettre les voies respiratoires ou d'éléments de stade III ou IV, il faut administrer **en premier de l'adrénaline en intramusculaire** (0.5 mg pour un adulte, à répéter en cas de réponse insuffisante), de **l'oxygène** et du **volume** (patient en position de Trendelenburg si pas d'accès veineux). Anti-histaminiques et corticostéroïdes seront administrés ensuite et le patient surveillé pendant au moins 6 heures.

L'urticaire et un angio-œdème peu marqués peuvent être traités par anti-histaminiques seuls ou en association avec des corticostéroïdes.

1.2 Définition

Le terme urticaire (du latin *urtica*, ortie) se réfère à une éruption cutanée constituée de lésions élémentaires identiques à celles observées après une piqûre d'ortie, à savoir des papules ou placards bien délimités et surélevés, pâles sur un fond d'érythème. Ces

lésions prurigineuses sont induites par des médiateurs mastocytaires, dont un des principaux est l'histamine. Les lésions d'urticaire disparaissent sans laisser de traces.

L'angio-œdème ou œdème de Quincke est une atteinte œdémateuse du tissu sous-cutané ou/et sous-muqueux. Il est souvent présent chez les patients avec urticaire chronique.

1.3 Etiologies

Le mastocyte est au centre de la pathogénie de la majorité des formes d'urticaire et d'angio-œdème. Cette cellule du système immunitaire regorge de médiateurs inflammatoires et vasoactifs. Une fois activée, elle libère son contenu qui peut provoquer des symptômes dans les minutes qui suivent. Pour d'autres formes d'urticaire et d'angio-œdème, les mécanismes sont moins bien connus, mais semblent impliquer le système du complément, de la fibrinolyse, des kinines et du métabolisme de l'acide arachidonique.

L'urticaire peut donc être due à¹:

- des allergènes (antigènes reconnus par des anticorps anti-IgE à la surface des mastocytes).
- des auto-anticorps, dont certains dirigés contre le récepteur à IgE (urticaire chronique).
- des facteurs physiques (froid, pression, rayonnement solaire et chaleur, ...).
- une altération du métabolisme de l'acide arachidonique (intolérance aux AINS et à l'aspirine ou aggravation d'une urticaire /angio-œdème chronique par ces substances).
- une dégranulation pharmaco-induite des mastocytes (médicament histaminolibérateurs) : héroïne, morphine, codéine, certains relaxants musculaires, vancomycine provoquant le « Red man » syndrome et produits de contraste radiologique.
- des infections, particulièrement chez l'enfant (hépatites virales, HIV, mycoplasmes).
- des complexes immuns.
- des réactions transfusionnelles. des hormones (traitement contenant la progestérone, ou progestérone endogène provoquant l'urticaire cyclique).
- une cause inconnue (idiopathique).

1.4 Classification

L'urticaire est un symptôme dont la recherche de l'étiologie peut être difficile. Cliniquement il est utile de séparer l'urticaire aiguë de la forme chronique (> 6 semaines, la plupart des jours), qui requière un bilan plus approfondi¹.

1.4.1 Les urticaires

1.4.1.1 Urticaires de contact

Sont les plus fréquentes (cf 2.1.2)

1.4.1.2 Urticaires communes

Les lésions ne sont pas limitées à l'endroit de contact avec les causes déclenchant l'urticaire (cf 2.1.3).

1.4.1.3 Urticaires physiques

Touchent environ 5% de la population et sont déclenchées par de nombreux agents physiques tels que des traumatismes mineurs, la pression, le frottement, la vibration, les variations de température (exposition au froid ou au chaud).cf. 2.1.4

1.4.1.4 Urticaires systémiques

Il s'agit d'une urticaire pour laquelle il y a une maladie systémique sous-jacente. Il faut y penser en cas d'autres symptômes (arthralgies, fièvre, amaigrissement etc.) ou si les lésions cutanées sont plus douloureuses que prurigineuses, qu'elles restent fixes pendant plus de 24h ou qu'elles laissent une cicatrice hyperpigmentée. Cette éventualité est très rare et les maladies sous-jacentes sont variées (cf 2.1.6).

1.4.1.5 Urticaire idiopathique

La probabilité d'identifier une cause spécifique dans le cadre d'une urticaire chronique est d'environ 10 à 20%. L'étiologie de cette forme d'urticaire reste donc le plus souvent inconnue et est probablement multifactorielle. Cependant, l'urticaire idiopathique reste un diagnostic d'exclusion.

1.4.2 L'angio-œdème (œdème de Quincke)

L'œdème se traduit par un gonflement diffus des parties molles en nappes, sans limites précises. Il peut siéger en n'importe quel point du corps, mais souvent sur la face (paupières, langue, pharynx), les régions génitales, les régions palmo-plantaires. L'atteinte de l'hypoderme donne une sensation de tension cutanée. L'atteinte laryngée est la plus dangereuse et peut entraîner un trouble de la déglutition, une dyspnée, parfois un stridor et peut aboutir à la suffocation. Des manifestations viscérales peuvent être associées (douleurs épigastriques ou abdominales, diarrhées).

Sur le plan étiologique, il convient de distinguer les entités suivantes :

- L'angio-œdème sporadique commun qui correspond dans la terminologie française à la maladie de Quincke.
Il peut être associé à l'urticaire chronique ou survenir isolément. Du point de vue étiologique il présente des similitudes avec l'urticaire isolée.
Il peut survenir au décours -et exceptionnellement à la suite- d'un traitement par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou plus rarement aux antagonistes du récepteur de l'angiotensine II. Cette forme d'angio-œdème n'est pas rare et potentiellement grave. Les patients avec des antécédents d'angio-œdème sporadique ont un risque augmenté de développer un angio-œdème suite à l'administration des IEC. Les IEC peuvent également dévoiler un déficit en C1-inhibiteur latent.

- Le déficit en inhibiteur du C1 est un déficit de synthèse ou un déficit fonctionnel de l'inhibiteur de la C1-estérase du complément (C1-INH) et ne comporte habituellement pas de manifestations urticariennes.
- Le déficit congénital en C1-INH (syn. angio-œdème héréditaire) comporte une atteinte cutanée (œdème), muqueuse ou/et intestinale (tableau subocclusif, douleurs abdominales vives) ou/et surtout laryngée ce qui fait toute la gravité de l'affection. Il y a souvent une anamnèse familiale positive (mode de transmission autosomique dominant). Les manifestations débutent habituellement dans la première ou la deuxième décennie. Le diagnostic est effectué par la détection de taux sériques abaissés de C4 mais de C3 normal, et par un déficit pondéral ou fonctionnel de l'inhibiteur sérique de la C1-estérase (C1-INH).
- Le déficit acquis en C1-INH peut se rencontrer, par l'intermédiaire d'anticorps dirigés contre le C1-INH. D'autres formes sont associées aux processus lymphoprolifératifs et maladies auto-immunes.

2 APPROCHE CLINIQUE

2.1 Anamnèse

Le prurit est le symptôme le plus fréquemment retrouvé, mais parfois les lésions peuvent également être douloureuses (si oui: rechercher une urticaire systémique ou physique). Des symptômes tels qu'arthralgies, fatigue, douleurs abdominales, fièvre, diarrhées doivent faire rechercher une urticaire systémique^{1,2,3}

2.1.1 Rechercher les facteurs qui favorisent la survenue d'une poussée d'urticaire ou d'angio-œdème

- Alcool, fatigue, chaleur, froid, exercice, fièvre, hérédité, contact...
- Facteurs hormonaux: exacerbation prémenstruelle, dysthyroïdies.
- Médicaments (AINS et acide acétylsalicylique, opiacés, antibiotique, β -bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) et antagonistes du récepteur de l'angiotensine si angio-œdème isolé).
- Infections (en particulier virale ; le rôle des foyers infectieux est controversé).

2.1.2 Rechercher une urticaire de contact

- Irritative ou toxique : Chenilles processionnaires, anémones de mer, araignées, contact avec les orties, DMSO (Diméthyle sulfoxyde solvant organique), acide benzoïque, cosmétiques.
- Immuno-allergique : Souvent terrain atopique : cheveux, poils, œufs, céleri, pomme, pêche, carotte, latex,...
- Autres (mécanisme peu clair) : persulfate d'ammonium (agent oxydant des décolorations capillaires), cosmétiques, eau...

2.1.3 Rechercher l'étiologie d'une urticaire commune

- Allergènes aéroportés : pollens, phanères d'animaux, latex, farine (exposition professionnelle).
- Allergènes alimentaires et aliments histaminolibérateurs : blanc d'œuf, crevette, fraise, poisson, cacahuètes, lait, céleri,.....
- Allergènes médicamenteux et médicaments histaminolibérateurs : nombreux, y compris produits de contraste.
- Causes infectieuses : phases précoces des infections virales (hépatites A, B, mononucléose et HIV..) les infections virales étant fréquemment associées à une urticaire aiguë; les parasitoses sont parfois associées à une urticaire chronique.

- Facteurs psychiques : souvent suspectés comme facteurs étiologiques ou favorisants sans qu'il y ait d'éléments objectifs ni d'études concluantes à ce sujet.

2.1.4 Rechercher les facteurs évoquant une urticaire physique :

- Exposition à des facteurs de l'environnement (chaud, froid, pression, soleil...).
- Taille et topographie des lésions (points d'appui...).
- Horaire et durée des poussées.
- Exercice physique.

2.1.5 Rechercher une urticaire physique

- Le dermatographe vrai ou urticaire factice

Est mis en évidence par grattage, et est caractérisé par un érythème, un œdème et une extension à distance (5-10mm) par réflexe d'axone. Les lésions disparaissent en 10-30 min. Le dermatographe peut être isolé, associé à une urticaire banale ou se manifester comme un prurit généralisé (dermatographe symptomatique).

- L'urticaire cholinergique (cf. [photo 2](#))

Est une forme fréquente d'urticaire qui survient habituellement chez les patients jeunes et se présente par de multiples petites lésions de 3 à 5mm de diamètre sur les parties supérieures du corps, après un facteur provoquant une augmentation de la température corporelle (p.ex. effort physique, émotions, bain chaud). Cette forme est à différencier de l'urticaire à l'effort physique où ce dernier est l'unique déclencheur.

- L'urticaire de pression

Les lésions surviennent immédiatement ou jusqu'à 24h (!) après une pression. Certaines formes peuvent être associées à des douleurs ou des symptômes systémiques.

- L'urticaire au froid

Elle peut se manifester au point d'application du froid ou après l'exposition à l'air froid. Elles apparaissent dans les minutes qui suivent et durent 2 ou 3 heures. A côté des formes primaires acquises, l'urticaire au froid peut être également retrouvée chez des patients atteints de diverses maladies. Enfin, il existe deux formes d'urticaires au froid (autosomiques dominantes).

- L'urticaire solaire
- L'urticaire au chaud (contact avec un corps chaud)
- L'angio-œdème vibratoire : rechercher l'anamnèse compatible (marteau piqueur !)

2.1.6 Rechercher les signes évocateurs d'une urticaire systémique

- Chronicité
- Résistance au traitement
- Fixité des lésions cutanées > 24heures
- Absence de prurit
- Fièvre
- Arthralgies, myalgies, fatigue, céphalées, douleurs abdominales
- Augmentation de la VS

Si un de ces signe est présent, rechercher une maladie systémique sous-jacente :

- Désordres endocriniens

Dysthyroïdies (importantes à dépister car la cause la plus fréquente et traitable : une substitution peut induire une rémission de l'urticaire).

Sensibilité à la progestérone (urticaire cyclique, sur contraceptifs oraux ou substitution hormonale).

- Maladie sérique

Se manifeste par une fièvre, une urticaire, des lymphadénopathies, des arthralgies, une néphrite, 2-3 semaines après l'administration de l'agent causal. Les symptômes sont en relation avec une vasculite à complexes immuns avec activation du complément.

- Vasculite urticarienne

Peut être associée à des arthralgies, des douleurs abdominales, des arthrites, une glomérulonéphrite et une pneumopathie obstructive ou une autre maladie auto-immune.

- Maladies auto-immunes

Pouvant être associées soit à des urticaires d'aspect banal ou à des vasculites urticariennes

Le lupus érythémateux systémique, l'arthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren, cryoglobulinémie et d'autres syndromes plus rares

- Néoplasies

Lymphomes, paraprotéïnémies, tumeurs solides.

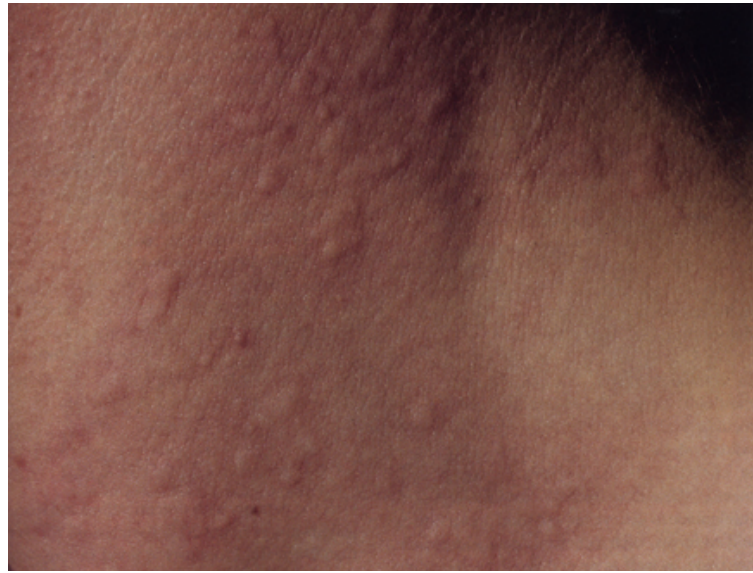
2.2 Examen clinique

Si les lésions ne sont plus présentes au moment de l'examen, on peut montrer les photos au patient, ce qui permettra la plupart du temps de s'assurer de la réelle présence d'une urticaire.

2.2.1 Aspect des lésions

La papule urticarienne, d'apparition rapide à bords bien délimités, de couleur rose ou rouge, -pâle dans certaines lésions très fraîches ou suraiguës (« anémique »)-, est de dimension variable allant de quelques millimètres de diamètre à plusieurs centimètres. Les plaques urticariennes ont souvent tendance à s'affaïsser au centre et par cela à prendre un aspect annulaire et, lorsque les lésions confluent, un aspect circiné (cf. [photo 1](#)). Les lésions sont souvent migratrices et de siège ubiquitaire. Elles sont d'habitude éphémères évoluant en quelques dizaines de minutes ou quelques heures. Des lésions persistant au même endroit doivent faire rechercher une urticaire physique ou systémique.

La forme des lésions est rarement le témoin de leur étiologie, à l'exception de l'urticaire cholinergique et de l'urticaire adrénargique où elles sont micro-papuleuses (3-5mm, cf. [photo 2](#)). La topographie des lésions peut être informative dans les urticaires physiques et l'urticaire de contact. Si une urticaire prend un aspect purpurique, il peut s'agir d'une vasculite (urticarienne ou autre). Une urticaire systémique doit être recherchée si ces lésions persistent.



Photos 1 : urticaire en plaques ; photo2 :urticaire cholinergique

2.2.2 Durée de la poussée

Les poussées d'urticaire aiguë évoluent généralement en 24-48h, le plus souvent en moins de 3 semaines. Les urticaires chroniques sont celles dont les lésions apparaissent d'une façon continue ou récidivante pour une période égale ou supérieure à 6 semaines. Seulement 10% de toutes les nouvelles urticaires évoluent vers la chronicité^{1,2}.

2.2.3 Reconnaître l'urticaire en éliminant les autres affections

- Piqûres d'insectes (parfois mécanisme allergique)
- Gale
- Exanthèmes maculo-papuleux
- Phase préclinique d'une maladie bulleuse auto-immune (pemphigoïde bulleuse,.....)
- Erysipèle
- Mastocytose cutanée
- Dermatite de contact allergique surtout au niveau du visage
- Erythèmes annulaires
- Syndrome de Sweet, syndrome de Wells (cellulite à éosinophiles)
- Erythème polymorphe
- Erythème noueux (surtout planaire)

3 BILAN SANGUIN, TRAITEMENT ET PREVENTION

3.1 Examens complémentaires

3.1.1 Bilan de base pour l'urticaire aiguë

- **Aucun bilan** de routine n'est proposé.
- En cas de doute sur une réaction anaphylactique, doser la **tryptase sérique** dans les 3 heures après l'apparition des symptômes.
- Dans le cas d'une cause spécifique suspectée, diriger le bilan sur cette dernière (cf. 1.3).

3.1.2 Bilan de base pour l'urticaire/ angio-œdème chronique

- Formule sanguine avec répartition, VS, ASAT, ALAT.

- TSH et anti-corps anti-thyroïdiens (anti-thyroglobulines, anti-thyreoperoxydase).
- Si suspicion d'urticaire physique, demander tests d'urticaire physique (poliambulatoire de Dermatologie).
- Si angio-œdème isolé : dosage du C3 et C4 et du C1-inhibiteur fonctionnel (déficit en C1-INH).
- Si éosinophilie sanguine : recherche de parasites dans les selles et sérologies parasitaires.
- Si > 50ans : immunoelectrophorèse et dosage des immunoglobulines.

3.1.3 Référer à un spécialiste pour compléter le bilan si

- Urticaire et/ou angio-œdème chronique invalidant dont les causes n'ont pas été identifiées et /ou dont les symptômes mettent en jeu la vie du patient.
- Patients avec œdème laryngé et/ou avec une histoire familiale d'angio-œdème.
- Urticaire et angio-œdème chroniques dont les symptômes ne sont pas calmés de manière satisfaisante par le traitement proposé ou par l'éviction des facteurs favorisants.
- Suspicion de piste allergique ou immunologique, afin de compléter le bilan par des tests spécialisés.
- En cas de doute sur l'aspect des lésions.

3.2 Traitement^{2,3}

3.2.1 Eviction : supprimer la cause favorisante si possible

3.2.2 Anti-histaminiques H1

Les anti-histaminiques ([tableau 1](#)) qui se lient au récepteur H1 (anti-H1) sont un traitement efficace mais toujours symptomatique. Pour l'urticaire, ils doivent être prescrits pour une durée de 3 à 4 semaines, puis arrêtés progressivement, sous peine de risque de récurrence.

Les anti-H1 de première génération ont la particularité d'être sédatif et doivent donc être administrés le soir et à l'exclusion de toute conduite ou activité professionnelle nécessitant une attention particulière. Le traitement se base aujourd'hui principalement sur les anti-H1 de la dernière génération, peu sédatifs¹.

Certaines études ont montré que le triple ou quadruple des doses standard (et recommandée par Swissmédic) pouvait s'avérer nécessaire, particulièrement dans le traitement de l'urticaire chronique. Dans ce cas, on prêtera une attention particulière aux éventuels effets indésirables.

Une étude a montré une efficacité plus grande de la levocétirizine par rapport à la desloratadine¹.

Loratadine et cétirizine peuvent être prescrites aux femmes enceintes. La fexofénadine est contre-indiquée en cas de grossesse. La loratadine peut être administrée aux femmes qui allaitent.

Nom de marque	Principe actif	Dose unitaire	Posologie (standard)	Durée d'action (env.)	Sédatif	Prix à l'unité
générique	loratadine	10mg	1 x 10 mg/j	24h	non	0.65
générique	cétirizine	10mg	1 x 10mg/j	24h	+/-	0.75
Xyzal®	levocétirizine	5mg	1 x 5mg/j	24h	+/-	1.40
Aerius®	desloratadine	5mg	1 x 5 mg/j	24h	non	1.50
Telfast®	fexofenadine	180mg	1x180mg/j	24h	non	1.60

Tableau 1 : antiH1 classés par ordre de coût (pour une dose standard).

3.2.3 Anti-histaminiques H2

En cas d'échec des anti-H1, il est justifié de tenter l'adjonction d'anti-H2.

Par exemple : ranitidine 150 mg 1 à 2x par j. La cimétidine est possible mais engendre des interactions médicamenteuses (inhibiteur des cytochromes P450 2D6 et 3A4).

3.2.4 Doxepine (Sinquane®)

Substance antidépressive (tricyclique) et antihistaminique puissante (anti H1 et H2). Peut être utilisée en cas de résistance aux autres anti-histaminiques. La dose de départ est de 10 à 25 mg/j au coucher, qui peut ensuite être augmentée selon tolérance jusqu'à 75mg par jour. Attention à son fort effet sédatif initial, et son potentiel prolongement de l'espace QT. A proscrire en cas de risque suicidaire.

3.2.5 Corticoïdes

En cas de crise d'urticaire aiguë sévère ou d'angio-œdème menaçant, une corticothérapie systémique rapidement dégressive peut être utilisée, en particulier dans les formes dues à une réaction allergique. Dans l'urticaire aiguë idiopathique on assiste cependant souvent à un phénomène rebond au sevrage des corticostéroïdes. Dans les formes chroniques, les corticostéroïdes sont contre-indiqués.

3.2.6 Epinéphrine

Adrénaline (ampoules à 1mg) : 0,5 mg par voie IM, dans le deltoïde ou la cuisse, lors d'angio-œdème compromettant les voies aériennes, de bronchospasme ou d'hypotension.

3.2.7 Hospitalisation

En cas d'œdème laryngé, d'atteinte des voies respiratoires, ou de symptômes sévères.

3.2.8 Autres mesures

Coniotomie, si suffocation et pas d'autres mesures possibles.

Traitement local seulement avec de l'eau si nécessaire (pas de bains et ne pas se doucher trop fréquemment).

Emollients (Excipial U Lipolotion® ou Anti-Dry Lotion®), surtout après la douche.

Eviter les topiques (à base d'antihistaminiques ou de corticostéroïdes). Dans les cas réfractaires, d'autres traitements sont à disposition du spécialiste (kétotifène pour l'urticaire physique, ciclosporine A, inhibiteurs des leucotriènes, anti-IgE, nifédipine, anti-malariques, dapsonne, sulfasalazine).

3.3 Arrêt de travail

Exceptionnel, de courte durée, seulement si lésions cutanées ou angio-œdèmes importants ou très invalidants esthétiquement

3.4 Prévention

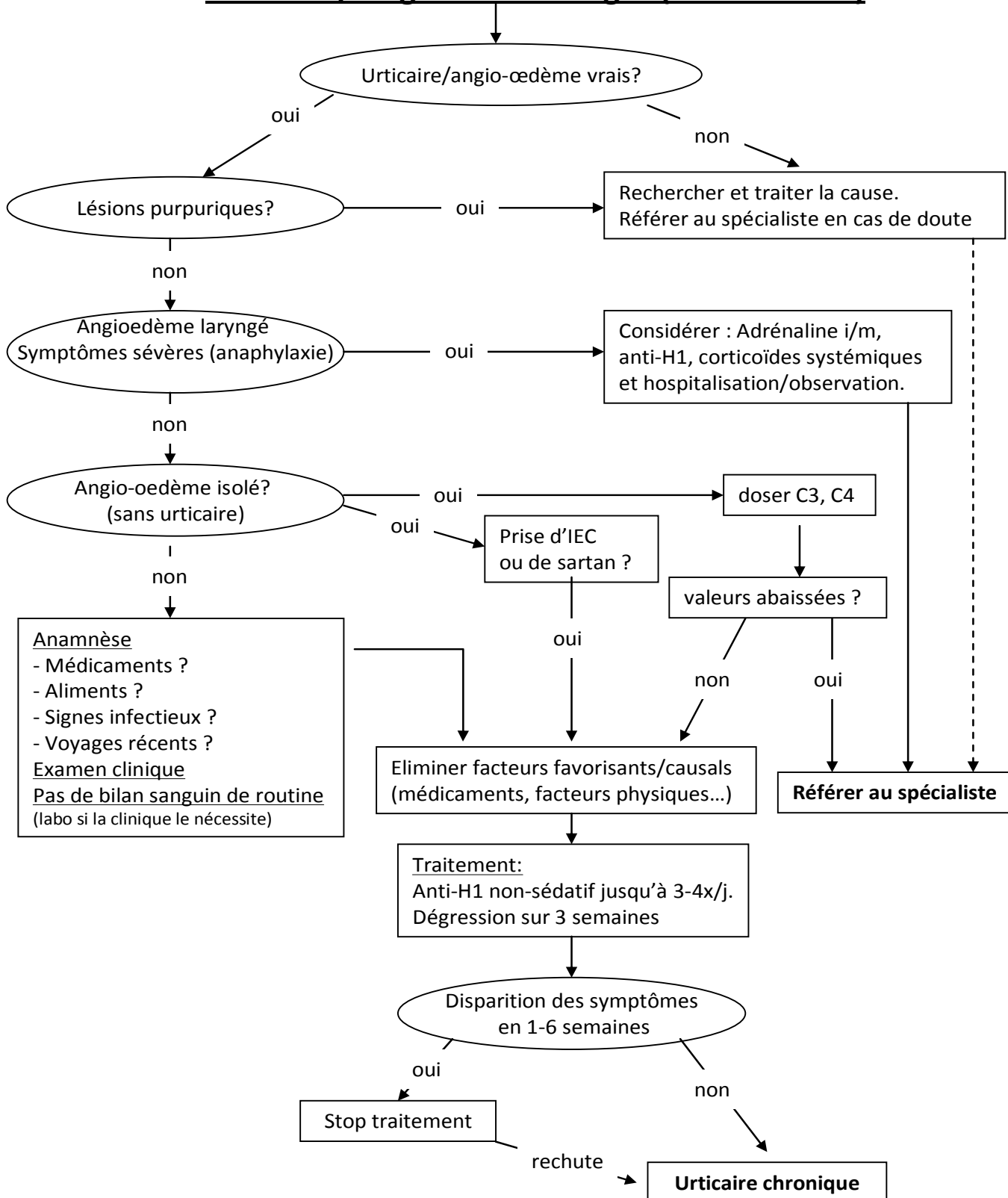
Limiter la consommation de boissons alcoolisées et aliments histamino-libérateurs (fromages fermentés, excès de chocolat...)

Eviter l'Aspirine et les AINS (exacerbation non spécifique de l'urticaire chronique)

4 LES POINTS A RETENIR

- Identifier l'urticaire-angio-œdème qui est une affection **fréquente** (1 individu sur 4 présente un épisode d'urticaire-angio-œdème dans sa vie).
- Veiller aux **facteurs de gravité**, malgré le fait que l'urticaire-angio-œdème soit souvent d'évolution rapidement favorable.
- Administrer le **traitement adéquat** : le plus souvent anti-H1, et adrénaline puis corticoïdes en cas d'angio-œdème laryngé ou de difficulté respiratoire.

Urticaire / Angio-oedème aigu (< 6 semaines)



Date de la première édition : mars 1998 par M. Perin Minisini, H. Stalder et C. Hauser.

Date des mises à jour :

- juillet 2000 par M. Perin Minisini, H. Stalder et C. Hauser.
- décembre 2002 par M. Perin Minisini, H. Stalder et C. Hauser.
- novembre 2010 par M. Th. Favrod-Coune et C. Ribi.

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch

6 REFERENCES

1. Bingham Clifton O, III, MD. New onset urticaria: Diagnosis and treatment. UpToDate® 2010. www.uptodate.com
2. Frigas E, Park MA. Acute urticaria and angioedema: diagnostic and treatment considerations. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(4):239-50.
3. Grattan CE, Humphreys F; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee. Guidelines for evaluation and management of urticaria in adults and children. *Br J Dermatol.* 2007;157(6):1116-23.
4. BeItrani V.S. An overview of chronic urticaria. *Cin Rev Allergy Immunol* 2002; 23: 147-69.
5. Greaves M. Chronic Urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* 2000; 105(4): 664-72.
6. Zuberbier T. and co. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy* 2009; 64: 1427–1443.
7. Khan David A, MD. Chronic urticaria: Management and patient education. UpToDate® 2010. www.uptodate.com
8. Mann R.D et al. Sedation with "non-sedating" anti-histamines: four prescription-event monitoring studies in general practice. *BMJ* 2000; 320: 1184-87.
9. Potter, PC, Kapp, A, Maurer, M, et al. Comparison of the efficacy of levocetirizine 5 mg and desloratadine 5 mg in chronic idiopathic urticaria patients. *Allergy* 2009; 64:596.