

Urticaire chronique spontanée

Comprendre les plaques, les gonflements et pourquoi on ne trouve pas toujours « l'allergène »

Le fil conducteur.

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une maladie inflammatoire liée aux mastocytes. Elle provoque des poussées répétées de plaques qui démangent, d'angio-œdème, ou des deux, pendant plus de 6 semaines. Dans la majorité des cas, elle n'est pas due à une allergie alimentaire ou environnementale identifiable.

3 repères essentiels

1. Urticaire chronique ≠ « allergie chronique »

Des plaques qui reviennent depuis plus de 6 semaines ne signifient pas qu'un aliment, un pollen ou un acarien entretient forcément la maladie. L'UCS est une maladie mastocytaire inflammatoire.

2. Évictions alimentaires systématiques : souvent inutiles

Dans l'UCS, rechercher sans fin un aliment caché ou supprimer plusieurs aliments conduit fréquemment à des restrictions inutiles. Le bilan doit rester ciblé par l'histoire clinique.

3. Il existe une stratégie thérapeutique progressive

Les antihistaminiques H1 de 2e génération sont le traitement de première ligne. Si le contrôle reste insuffisant, le médecin peut adapter le traitement puis discuter une biothérapie, notamment l'omalizumab.

À quoi ressemble une plaque d'urticaire ?

- plaque en relief, souvent rose, rouge ou couleur peau ;
- très prurigineuse ;
- elle peut changer de forme ou de place ;
- au même endroit, elle disparaît habituellement en moins de 24 heures, même si d'autres plaques apparaissent ailleurs.

Un angio-œdème plus profond peut accompagner les plaques, notamment aux lèvres ou aux paupières, et peut durer plus longtemps.

Pourquoi dit-on « chronique » et « spontanée » ?

Chronique	Spontanée
Les poussées reviennent pendant plus de 6 semaines. Cela ne veut pas dire que l'urticaire restera présente toute la vie.	Les lésions apparaissent sans déclencheur physique obligatoire et reproductible. Cela ne signifie ni « sans mécanisme » ni « psychologique ».

L'UCS et une urticaire inducible peuvent coexister chez une même personne.

→ Voir aussi : future fiche « Urticaires inducibles ».

Est-ce une allergie ?

Dans l'UCS, une allergie alimentaire, aux pollens, aux acariens ou aux animaux n'est généralement pas la cause. Faire de nombreux tests allergologiques sans histoire évocatrice n'aide donc pas, dans la majorité des cas, à expliquer la maladie.

Une urticaire chronique n'est pas une enquête alimentaire sans fin

On évite les régimes d'exclusion systématiques. Un aliment n'est retiré que s'il existe une histoire clinique crédible ou une autre indication médicale.

Alors pourquoi certaines choses semblent-elles aggraver les poussées ?

Un facteur peut augmenter temporairement les symptômes sans être la cause de fond de l'UCS. Chez certains patients, les AINS (par exemple ibuprofène ou aspirine), l'alcool, la chaleur, certaines infections, la fatigue ou le stress peuvent coïncider avec une aggravation.

Stress ≠ maladie imaginaire : le stress peut moduler les poussées, mais l'UCS reste une maladie inflammatoire.

AINS : à signaler, sans conclure trop vite

Si vous observez une aggravation nette après un anti-inflammatoire, parlez-en au médecin. Cela ne signifie pas automatiquement une allergie classique à tous les AINS.

→ Voir aussi : « Hypersensibilité aux AINS & à l'aspirine ».

Quels examens faut-il faire ?

Le diagnostic est surtout clinique. L'histoire, l'aspect et la durée des lésions, l'angio-œdème, les médicaments et les signes inhabituels guident le bilan. Les recommandations privilégient des explorations limitées et ciblées plutôt qu'une longue batterie d'examens.

Quand faut-il penser à autre chose ?

Parlez-en au médecin si une lésion reste au même endroit plus de 24 h, devient surtout douloureuse, laisse un bleu ou une coloration persistante, ou s'accompagne de fièvre, douleurs articulaires ou signes généraux inhabituels. Des gonflements répétés sans aucune plaque méritent aussi une évaluation spécifique.

Comment traite-t-on l'UCS ?

L'objectif est de contrôler complètement ou presque complètement les plaques, les démangeaisons et les gonflements pendant que la maladie est active. On n'a pas besoin d'avoir identifié un allergène pour pouvoir traiter efficacement.

Étape	Principe
1. Première ligne	Antihistaminique H1 de 2e génération, selon le plan médical.
2. Contrôle insuffisant	Le médecin peut augmenter la dose au-delà de la dose habituelle, jusqu'à quatre fois la dose standard dans certaines recommandations.
3. Toujours insuffisant	Une biothérapie, notamment l'omalizumab, peut être discutée selon l'indication.
4. Formes réfractaires	D'autres traitements spécialisés peuvent être envisagés avec surveillance médicale.

Ne modifiez jamais vous-même la dose ou la fréquence d'un traitement prescrit.

Antihistaminiques : quelques repères

Les antihistaminiques H1 de 2e génération constituent le traitement de première ligne. Dans l'UCS, ils sont souvent plus efficaces lorsqu'ils sont pris régulièrement selon le plan prescrit plutôt que seulement après l'apparition d'une poussée importante.

→ Voir « Bien utiliser les antihistaminiques H1 ».

Corticoïdes : pas un traitement de fond

Les corticoïdes par voie générale ne doivent pas devenir un traitement chronique de l'UCS. Une courte cure peut parfois être utilisée dans une poussée sévère, mais des cures répétées doivent conduire à réévaluer le traitement de fond.

Et si les antihistaminiques ne suffisent pas ?

L'omalizumab est une biothérapie de référence dans l'UCS insuffisamment contrôlée malgré un traitement antihistaminique adapté. Le choix, le rythme et la durée du traitement relèvent de l'équipe médicale.

→ Voir « Comprendre et suivre sa biothérapie ».

Faut-il rechercher une maladie auto-immune ?

Des mécanismes auto-immuns existent dans certains profils d'UCS et certaines associations, notamment thyroïdiennes, sont mieux reconnues. Cela ne signifie pas qu'il faut rechercher toutes les maladies auto-immunes chez tous les patients : les examens supplémentaires dépendent du contexte.

Comment savoir si l'urticaire est contrôlée ?

Le suivi tient compte de la fréquence des plaques et gonflements, des démangeaisons, du sommeil et du retentissement quotidien. Des outils validés comme l'UCT peuvent être utilisés par les équipes pour mesurer le contrôle. Cette fiche ne reproduit ni ne calcule ce score.

Angio-œdème associé : quand est-ce une urgence ?

Un gonflement des lèvres ou des paupières peut faire partie de l'UCS. En revanche, un gonflement aigu de la langue ou de la gorge avec gêne respiratoire, malaise ou tableau sévère nécessite une prise en charge urgente.

Urgence

Si vous avez un plan d'urgence personnel, suivez-le. En cas de difficulté respiratoire, malaise sévère ou aggravation rapide : appelez le 15 ou le 112.

Des gonflements répétés sans urticaire doivent être distingués d'autres formes d'angio-œdème.

→ Voir future fiche « Angio-œdème sans urticaire ».

Photographier les plaques : très utile

Les lésions peuvent avoir disparu le jour de la consultation. Prenez si possible une photo nette et notez la date, la durée approximative de la plaque au même endroit, la présence d'un gonflement et le traitement pris.

Qualité de vie : dites aussi ce que la maladie vous empêche de faire

L'UCS peut perturber sommeil, travail, école, activité physique, vie sociale et image corporelle. Ce retentissement fait partie de la maladie et doit être discuté avec l'équipe, même si les lésions ne sont pas visibles le jour du rendez-vous.

Est-ce contagieux ?

Non. L'urticaire chronique spontanée n'est pas contagieuse et ne correspond pas à une accumulation de « toxines » qui devrait sortir par la peau.

Est-ce que cela finit par partir ?

Souvent oui, mais la durée est très variable. L'UCS peut durer des mois ou plusieurs années puis entrer en rémission. Le traitement sert à contrôler les symptômes pendant la période active, avec réévaluation régulière de sa nécessité.

Idées reçues

Idée reçue	Message SOS Allergo
« Je mange forcément quelque chose qui me rend allergique. »	Dans l'UCS, une allergie alimentaire n'est généralement pas la cause.
« Il faut faire tous les tests possibles. »	Non. Le bilan est surtout clinique et ciblé.
« Si on ne trouve pas la cause, on ne peut rien faire. »	Faux. Le traitement vise le contrôle de la maladie.
« Une plaque d'urticaire reste plusieurs jours au même endroit. »	Ce n'est pas le comportement classique : il faut alors en parler au médecin.
« La cortisone est le traitement de fond. »	Non. Les corticoïdes généraux ne doivent pas être utilisés au long cours pour l'UCS.
« C'est le stress, donc c'est psychologique. »	Non. Le stress peut moduler les poussées ; l'UCS reste une maladie inflammatoire mastocytaire.

À retenir

- L'UCS correspond à des plaques, un angio-œdème ou les deux qui reviennent pendant plus de 6 semaines.
- Une allergie alimentaire ou environnementale n'en est généralement pas la cause.
- Le bilan doit rester ciblé : multiplier les tests et les évictions est souvent inutile.
- Les antihistaminiques de 2e génération sont le traitement de première ligne ; des traitements plus avancés existent si besoin.
- Le but est de contrôler la maladie et de préserver la qualité de vie.

Le message SOS Allergo

Même si aucun « allergène responsable » n'est identifié, l'UCS peut être comprise, suivie et traitée. L'objectif est le contrôle de la maladie, pas une enquête sans fin.

Pour préparer la consultation

Si possible, apportez des photos datées et notez : la durée d'une plaque au même endroit, la présence d'angio-œdème, les médicaments pris (notamment AINS), les facteurs qui semblent aggraver les poussées et l'effet réel du traitement. Cela aide davantage qu'une liste d'aliments supprimés au hasard.

À lire aussi

Bien utiliser les antihistaminiques H1 · Hypersensibilité aux AINS & à l'aspirine · Comprendre et suivre sa biothérapie · future fiche Urticaires inducibles · future fiche Angio-œdème sans urticaire.

Références principales

Zuberbier T, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for urticaria. *Allergy*. 2022;77:734-766. DOI: 10.1111/all.15090. PMID: 34536239.

Kolkhir P, Bonnekoh H, Metz M, Maurer M. Chronic Spontaneous Urticaria: A Review. *JAMA*. 2024;332:1464-1477. DOI: 10.1001/jama.2024.15568. PMID: 39325444.

Friedman A, Kwatra SG, Yosipovitch G. A Practical Approach to Diagnosing and Managing Chronic Spontaneous Urticaria. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2024;14:1371-1387. DOI: 10.1007/s13555-024-01173-5. PMID: 38758422.

Metz M, et al. The Diagnostic Workup in Chronic Spontaneous Urticaria - What to Test and Why. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9:2274-2283. DOI: 10.1016/j.jaip.2021.03.049. PMID: 33857657.

Lang DM. Management of chronic urticaria: Treatment options when omalizumab fails. *Allergy Asthma Proc*. 2025;46:455-461. DOI: 10.2500/aap.2025.46.250072. PMID: 41152678.

Sánchez J, et al. Chronic spontaneous urticaria remission definition and therapy stepping down: World Allergy Organization position paper. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;155:1050-1056.e2. DOI: 10.1016/j.jaci.2024.11.039. PMID: 39732405.

Information générale : cette fiche ne pose pas de diagnostic, ne remplace pas votre plan de soins et ne doit pas conduire à modifier seul(e) un traitement. En cas d'urgence, appelez le 15 ou le 112.