Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Les vascularites urticariennes à Dakar : fréquence, aspects cliniques, diagnostic et traitement

Urticarial vasculitis in Dakar: frequency, clinical aspects, diagnosis and treatment

MTN Diop*[1], K Diop[1], B Seck[2], A Diop[3], F Diassé Fall[1], BA Diatta[4], M Ndiaye[4], M Diallo[5], F Ly[3]

Résumé

Introduction : La vascularite urticarienne est une maladie rare. A ce jour aucun cas n'a été rapporté à notre connaissance en Afrique subsaharienne et en particulier au Sénégal. C'est dans ce contexte que nous avons mené cette étude dont les objectifs étaient de décrire les cas de vascularite urticarienne diagnostiquer à Dakar dans les services de dermatologie ; de souligner les difficultés diagnostiques ; de décrire les traitements apportés aux malades dans notre contexte et de les comparer aux données de la littérature.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale observationnelle descriptive sur une période de 3 ans dans les services de dermatologie de l'hôpital Institut d'hygiène sociale, du centre hospitalier National d'Enfant Albert Royer, et le service de dermato-pathologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Nous avons colligé tout malade présentant une vascularite urticarienne avec un tableau clinique d'urticaire et une histopathologie de vascularite leucocytoclasique.

Résultats : Nous avons enregistré 4 patientes représentant une fréquence de 0,006% sur une population de 66000 patients. L'âge moyen était de 42,5 ans. Elles présentaient toutes une éruption urticarienne diffuses avec quelques particularités comme un aspect nécrotique des mains de 2 des patientes. La vascularite urticarienne était associée au lupus systémique dans 1 cas. Toutes les malades ont bien évolué sous corticothérapie.

Conclusion : Notre étude confirme la rareté des vascularites urticariennes. Toutefois, il faut y penser car elle peut être le reflet d'une atteinte systémique sévère. Nos patientes ont très bien évolué sous corticothérapie mais attention à ses effets secondaires et à la cortico-dépendance.

Mots-clés : vascularite urticarienne, Dakar, leucocytoclasie.

Abstract

Introduction: Urticarial vasculitis is a rare disease. To date, no case has been reported to our knowledge in sub-Saharan Africa and in particular in Senegal. It is in this context that we conducted this study whose objectives were to describe the cases of urticarial vasculitis diagnosed in Dakar in dermatology

departments; to underline the diagnostic difficulties; to describe the treatments brought to the patients in our context and to compare them with the data of the literature.

Methodology: We conducted a descriptive observational cross-sectional study over a period of 3 years in the dermatology departments of the Institut d'hygiène sociale hospital, the Albert Royer National Children's Hospital, and the dermato-pathology department of the Cheikh Anta Diop University of Dakar. We collected all patients presenting with urticarial vasculitis with a clinical picture of urticaria and a histopathology of leukocytoclastic vasculitis.

Results: We recorded 4 patients representing a frequency of 0.006% in a population of 66000 patients. The average age was 42.5 years. They all presented a diffuse urticarial rash with some particularities such as a necrotic aspect of the hands of 2 of the patients. The urticarial vasculitis was associated with systemic lupus in 1 case. All patients progressed well under corticosteroid therapy.

Conclusion: Our study confirms the rarity of urticarial vasculitis. However, it should be considered because it may reflect a severe systemic involvement. Our patients evolved very well under corticosteroid therapy but beware of its side effects and corticosteroid dependence.

keywords: urticarial vasculitis, Dakar, leucocytoclastic.

en Afrique subsaharienne en particulier au Sénégal, aucun cas n'a été décrit dans la littérature à notre connaissance.

Objectif : il s'agissait de décrire les cas de vascularite urticarienne diagnostiquer à Dakar dans les services de dermatologie ; de souligner les difficultés diagnostiques ; de décrire les traitements apportés aux malades dans notre contexte et de les comparer aux données de la littérature.

Introduction

Le diagnostic de vascularite urticarienne nécessite une corrélation clinique et histopathologique. Elle se caractérise par la présence sur la peau d'une lésion urticarienne avec une histopathologie cutanée de vascularite leucocytoclasique [1]. Cette corrélation histopathologique indispensable à la définition de la vascularite urticarienne rend ce diagnostic difficile, du fait que l'histopathologie cutanée n'est pas systématique devant un tableau d'urticaire chronique dans notre contexte, d'autant plus qu'il n'existe pas de signe systémique. Il s'agit d'une maladie rare, et,

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale observationnelle descriptive sur une période de 3ans allant du 01 janvier 2019 au 01 Janvier 2022.

Le cadre d'étude était constitué par : les services de dermatologie de l'hôpital Institut d'hygiène sociale (IHS) et du Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (CHNEAR), le service d'anatomopathologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). Le service de dermatologie de l'IHS représente un des plus grands services hospitalo-universitaire de prise en charge des pathologies dermatologiques à Dakar avec en moyenne 17000 consultations par année. Le service de dermatologie du CHNEAR constitue également un service hospitalo-universitaire de prise en charge des pathologies dermatologiques avec en moyenne 5000 consultations par année. Le service d'anatomopathologie de l'UCAD constitue le seul service de dermato-pathologie de tout le Sénégal et reçoit toutes les biopsies cutanées réalisées par les dermatologues au Sénégal.

Critère d'inclusion : tout patient présentant le diagnostic d'une vascularite urticarienne avec une histopathologie cutanée en faveur.

Recueil des données : Nous avons regardé dans le registre du service de dermato-pathologie les patients ayant le diagnostic de vascularite urticarienne dans la période d'étude et nous avons cherché leur dossier au niveau des services d'origine (service de dermatologie de l'IHS et du CHNEAR) pour pouvoir recueillir les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Résultats

Fréquence

Durant la période d'étude, 66000 patients ont été vus dans les 2 services de dermatologie dont 4 cas de vascularite urticarienne. Ceci représente une fréquence de 0,006%. Tous les malades étaient des femmes. L'âge moyen était de 42,5 ans.

Aspects cliniques

Il n'existait aucun antécédent pathologique particulier chez les patients 1 et 2 (tableau I). Il existait une notion de poussée et rémission pendant 2 ans des lésions urticariennes chez la patiente 3 (tableau I) avec des poussées rapidement régressives sous prednisone. On notait un terrain de lupus systémique suivi sous prednisone et méthotrexate depuis 2 ans chez la patiente 4 (tableau I). Nous n'avons pas retrouvé de prise médicamenteuse chez nos patientes avant le début de la symptomatologie. Le motif de consultation pour toutes étaient une éruption aigue de moins de 7 jours avec une sensation de cuisson chez les patientes 1, 2 et 4. Le prurit était présent, insomniant et invalidant chez la patiente 3. L'examen dermatologique retrouvait chez toutes les patientes, des lésions cutanées papuleuses et en plaques oedémateuses urticariennes diffuses sur le corps avec atteinte du visage. Ces lésions étaient légèrement érythémateuses, fixes, évoluant depuis plus de 48h sans tendance à la disparition spontanée (FIGURE I). Il existait un aspect nécrotique et boudiné des doigts chez les patientes 1 et 2 (FIGURE 2). L'examen extra-dermatologique était normal chez les patientes 1, 2 et 3. On notait une polyarthrite, une fièvre et une altération de l'état général chez la patiente 4 (tableau I). Le reste de l'examen clinique ne retrouvait pas d'anomalie notamment cardio-vasculaire, spléno-ganglionnaire, urogénitale. Il y avait un arrêt des activités professionnelles et de la vie quotidienne chez toutes les patientes.

Diagnostic

Devant cet aspect de plaques pseudo-urticariennes les hypothèses diagnostiques qui ont été évoquées étaient : une vascularite urticarienne, un syndrome périodique associé à la cryopirine (cryopirinopathie), une urticaire commune. L'histopathologie cutanée permettait de retenir le diagnostic de vascularite urticarienne en retrouvant chez toutes les patientes une vascularite leucocytoclasique (FIGURE 3).

Sur le plan immunologique, le dosage du complément, n'a pu être fait que chez la patiente 4 faute de moyen financier. Ce dosage réalisé chez cette patiente qui présentait une atteinte systémique révélait une hypocomplémentémie avec baisse du complément C1q, C3, C4 et CH50. Le dosage des anticorps antinucléaires (ANN) était positif chez la patiente 4 avec les antiSm positif tandis que le dosage de ces anticorps était négatif chez les 3 autres patientes. Le dosage de la cryoglobulinémie était négatif chez la patiente 4 et n'était pas fait chez les autres par faute de moyens. Le tableau I montre le profil des anticorps chez les patients présentant une vascularite urticarienne à Dakar.

Sur le plan des autres explorations, l'hémogramme était normal, la Vitesse de sédimentation accélérée et la C-réactive protéine normale chez les 4 patientes. L'urée, la créatininémie, la protéinurie des 24H étaient normales. La recherche d'une infection avec la Radio thorax, l'ECBU, l'hémoculture, la Sérologie rétrovirale, l'AgHbs et le TPHA/VDRL ne retrouvait aucune anomalie chez toutes les patientes.

Traitement

Le traitement qui a été institué chez toutes les patientes était une corticothérapie à base de prednisone à 1 mg / Kg/jour associée aux mesures adjuvantes suivi d'une régression spectaculaire des symptômes après 24h. Ce traitement a été associé à du méthotrexate chez la patiente 4. Après un recul de 1 an, nous n'avons pas observé de récidive chez les patientes 1, 2 et 4 alors que la patiente 3 présente toujours des poussées et rémissions dès l'arrêt des corticoïdes ou la dégression à moins de 20 mg de prednisone.

Tableau I : Aspects cliniques et profil immunologique des patients présentant une vascularite urticarienne à Dakar

Patient	Age (ans)	Clinique	Complément	AAN	Ac antiSm	Ac Anti U1RNP	Ac Anti SSA/ SSB	cryoglobulinémie	ANCA
1	60	Urticaire Nécrose Digitale sans signes systémique	Non fait	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
2	45	Urticaire Nécrose Digitale sans signes systémique	Non fait	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
3	30	Urticaire sans signes systémique	Non fait	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
4	35	Urticaire Polyarthrite fièvre Altération de l'état général suivie pour lupus systémique	C1q, C3, C4, CH50 Abaissé	Positif	Positif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif



Figure 1 : lésions papuleuses et en plaques pseudo-urticarienne diffuses



Figure 2 : doigts boudinés avec un aspect nécrotique

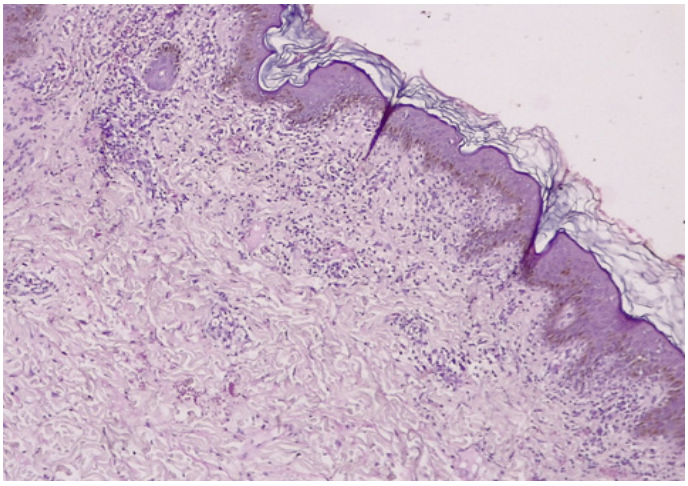


Figure 3 : grossissement X 10 : infiltrat dermique vasculaire de polynucléaire neutrophile avec leucocytoclasie

Discussion

Fréquence

Nous avons noté une fréquence de 0,006%. Cette fréquence représente 4 cas en 3 ans sur une population de 66000 patients. La vascularite urticarienne est une maladie rare. Il n'existe pas vraiment de mesure de prévalence fiable dans la littérature permettant de déterminer la réelle prévalence des vascularites urticariennes. Les études rapportent des nombres de cas limitées sur de longues périodes. En effet, Sjöwall C. et al. rapportaient 14 cas en 15 ans sur une population moyenne de 1378063 personnes [2]. De même, d'autres études rapportent que les vascularites urticariennes représentent 5% des urticaires chroniques [3] [4]. Par contre en Inde, des auteurs ont rapportés 75 cas de vascularite urticarienne en 1 an sur 657 patients atteint d'urticaire représentant une fréquence de 11,4%. [5] Ainsi, la rareté de cette maladie soulignée par de nombreux auteurs, pourrait être lié à un déficit diagnostic, du fait que, la vascularite urticarienne a une définition clinico-histopathologique, et que, la biopsie n'est pas systématique en cas d'urticaire chronique. Ceci conduit ainsi à l'errance diagnostique. Tous nos malades étaient des femmes. Ceci est en accord avec les données de la littérature qui montre que la vascularite urticarienne atteint le plus souvent les femmes, avec une incidence maximale au cours de la quatrième décennie de vie [2].

Aspects cliniques

La vascularite urticarienne est une entité clinico-pathologique caractérisée par des épisodes d'urticaire présentant les caractéristiques histopathologiques d'une vascularite leucocytoclasique. Les particularités de cette éruption urticarienne en plus des lésions cutanées d'urticaire classique qu'on peut observer sont : la possible présence de sensation de douleur, de brûlure ; de prurit comme dans l'urticaire chronique classique ; la persistance de lésions supérieures à 24 heures ; la possible présence de nécrose, de purpura palpable, de vésicule ; l'hyperpigmentation résiduelle après résolution. [6] Chez nos malades, nous avons noté une sensation de cuisson chez tous, et un prurit insomniant et invalidant chez 1 malade. Ce prurit classique dans l'urticaire commune, peut égarer le diagnostic si la biopsie n'est pas réalisée. Nous avons également noté de la nécrose et des doigts boudinées chez les patientes 1 et 2 alors que les 2 autres patientes (3 et 4) ne présentaient pas ces signes cliniques. Ainsi, les caractéristiques cliniques de la vascularite urticarienne peuvent chevaucher celles de l'urticaire chronique rendant ainsi l'histologie indispensable pour le diagnostic de la vascularite urticarienne comme chez nos patientes 3 et 4. Ces similitudes cliniques font qu'on parle d'éruption pseudo-urticarienne.

Diagnostic

Un large tiroir d'hypothèse diagnostique doit être considéré lorsqu'on est en face d'une éruption urticarienne, surtout lorsqu'elle est atypique. En effet, il faudrait évoquer : une urticaire commune, une vascularite urticarienne, un syndrome périodique associé aux cryopyrines, une pemphigoide, une mastocytose, une éruption polymorphe lié à la grossesse, un syndrome hyperéosinophilique, un syndrome de Schnitzler…Toutefois, la biopsie cutanée permet de conduire au bon diagnostic dans

la plupart des cas. [7] [8] [9] [10] C'est ainsi que dans les cas que nous décrivons, la biopsie cutanée a été l'élément fondamental permettant d'aboutir au diagnostic de vascularite urticarienne en montrant une histopathologie de vascularite leucocytoclasique. Cette dernière qui atteint les vaisseaux de petits calibres (artérioles, veinules, capillaires) a une histologie assez caractéristique et est composée des éléments suivants : une infiltration de neutrophiles à l'intérieur et autour de la paroi vasculaire avec des signes de leucocytoclasie (désintégration des noyaux de neutrophiles en fragments ou poussière nucléaire); une nécrose fibrinoïde (dépôt de fibrine dans et autour des parois du vaisseau); des signes de lésions de la paroi vasculaire et des tissus environnants (par exemple, sang rouge extravasé, cellules endothéliales endommagées) [11]. Cependant cette biopsie n'est pas toujours accessible dans nos régions du fait de son cout, ce qui fait qu'elle n'est pas systématique devant une éruption urticarienne, rendant ainsi le diagnostic difficile. Surtout lorsque l'éruption urticarienne n'est pas associée à des signes systémiques. De ce fait, le patient peut vivre pendant longtemps dans l'errance diagnostique, comme la patiente 3 dans nos résultats, qui a pris pendant 2 ans de la prednisone avec un diagnostic d'urticaire chronique.

Par ailleurs la sévérité dépend du mécanisme immunologique sous-jacent. En effet, sur le plan physiopathologique, la vascularite urticarienne est une réaction d'hypersensibilité de type III qui se traduit par le dépôt de complexes immuns (antigène-anticorps) dans lumière vasculaire. Ce dépôt de complexes immuns va avoir comme conséquence une activation du système du complément. Ainsi, sur la base de la consommation de complément, il existe 2 types de vascularite urticarienne : normocomplémentémique (avec complément normal) et hypocomplémentémique (avec baisse du complément en particulier le C1q, C3 et C4). [12] Les patients normocomplémentémiques ont généralement peu ou pas d'atteinte systémique et ont souvent un meilleur pronostic. En revanche, dans la vascularite urticarienne hypocomplémentémique encore appelé vascularite à anti-C1q dans sa forme la plus sévère (syndrome de la vascularite urticarienne hypocomplémentémique), les patients ont une tendance à avoir une atteinte multiviscérale sévère. En effet, lorsque l'on se réfère à la classification de Chapel Hill 2012, nous notons que ce type de vascularite affecte les petits vaisseaux (capillaires, venules, artérioles) et ont une grande probabilité d'évoluer vers une glomérulonéphrite, une arthrite, une pneumopathie obstructive et une inflammation oculaire. [13]. Cependant, dans notre série, seul 1 malade a pu faire le dosage du complément qui a montré une hypocomplémentémie du fait d'un manque de moyen financier. Et c'est chez ce malade que nous avons noté une atteinte systémique à type d'arthralgie et de fièvre et un terrain de lupus systémique avec AAN et antiSm positif. Tandis que, les autres malades ne présentaient pas d'atteinte systémique, la maladie était localisée seulement au niveau cutané. Ces derniers pourraient donc avoir une normocomplémentémie puisque c'est dans ce cas ou on ne retrouve pas d'atteinte systémique en général. La vascularite urticarienne peut être idiopathique ou être secondaire à une maladie auto-immune comme le lupus systémique, une infection, une prise médicamenteuse ou une néoplasie. [14] Ainsi, le lupus a été retrouvé chez la patiente 4. Cependant nous n'avons retrouvé aucune cause chez les 3 autres patientes. Toutefois, des études ont montré que les vascularites urticariennes idiopathiques sont le plus souvent des vascularites urticariennes normocomplémentémique. Ces derniers sont rarement associés à : une gammapathie à immunoglobuline (Ig) M, l'hépatite A, les expositions solaires et au froid, l'exercice physique, les médicaments et exceptionnellement à la sclérodermie cutanée limitée [3] [4]. Concernant les vascularites urticariennes hypocomplémentémiques, Davis et al. [15] ont montré à travers leur étude portant sur 132 patients atteints de vascularite urticarienne, qu'elles sont associées à une atteinte systémique, notamment la présence d'une atteinte articulaire et une positivité des anticorps antinucléaires positifs. Cette étude suggère que la vascularite urticarienne hypocomplémentémique est

une manifestation du lupus érythémateux systémique. Ces résultats de Davis et al. sont en corrélation avec les résultats de la patiente 4.

En outre, la difficulté diagnostique de la vascularite urticarienne dans nos régions relève surtout du fait que l'histopathologie cutanée n'est pas systématique devant un tableau d'urticaire du fait de son cout. De la même manière, le dosage du complément qui permet la détermination du mécanisme immunologique, prédictrice de la sévérité de la maladie, n'est pas systématique même devant une histopathologie contributive.

Traitement

Tous nos malades ont bénéficié d'une corticothérapie à 1mg/ Kg/jour avec une bonne évolution à court terme. Cependant, la réponse au traitement est variable et l'efficacité de beaucoup de médicaments ont été rapporté par différents auteurs (antihistaminiques, corticostéroïdes, médicaments immunosuppresseurs, biothérapies) [16] [17]. Le choix du traitement dépend essentiellement de la gravité de l'atteinte cutanée et systémique et de la maladie sous-jacente [18]. De nombreux médicaments présentent une efficacité limitée et/ou ont des effets indésirables potentiellement graves. Les corticoïdes sont les médicaments les plus fréquemment administrés chez les patients atteints de vascularite urticarienne. En effet, les corticoïdes seuls ou en association avec d'autres médicaments sont décrit comme le traitement le plus efficace dans tous les types de vascularite urticarienne. Ils améliorent ou entrainent une rémission des symptômes cutanés des vascularite urticarienne chez plus des trois quarts des patients atteints de vascularite urticarienne. De plus, il a été démontré que les corticostéroïdes diminuent les effets articulaires, oculaires, pulmonaires et symptômes gastro-intestinaux, ainsi que les niveaux de marqueurs de l'inflammation ; ils augmentent aussi les niveaux des composants du complément avec une grande rapidité d'action [19] [20]. Enfin, les corticoïdes sont largement disponibles et peu coûteux. Cette efficacité prouvée des corticoïdes dans le traitement des vascularites urticariennes a justifié son choix en premier intention chez tous nos malades avec une bonne évolution. Cependant, l'administration à long terme de corticoïdes entraînent des effets indésirables dose-dépendants, avec ente autre l'acné, la prise de poids, le glaucome, l'hypertension artérielle, le diabète, le risque accru d'infection, l'atrophie cutanée et les ecchymoses, et l'ostéoporose. [21]. De plus, la diminution progressive de la prednisone conduit souvent à une rechute de la maladie dans certains cas [22] comme nous l'avons observé chez notre patiente 3. Ainsi, les avantages et les risques des corticoïdes doivent être pesés lors du choix de ce médicament pour le traitement des vascularite urticarienne. Ainsi, il est nécessaire de disposer de modalités de traitement plus sûres. Les biothérapies telles que l'omalizumab (anti-IgE humanisé) [23] [24], l'anakinra (antagoniste des récepteurs de l'IL-1), le canakinumab (anticorps anti-IL-1b), les anti-TNF (étanercept et infliximab), le tocilizumab (anti-récepteur de l'IL-6), le rituximab (anti-CD20) ont été montré comme efficace dans la vascularite urticarienne [18]. Toutefois, ce ne sont que des études sur un nombre limité de cas. Cependant, leur association aux corticoïdes permettrait une réduction progressive des corticoïdes et une amélioration des signes cutanés et systémiques [25]. Néanmoins, aucun de ces médicaments ne bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des vascularites urticariennes. En outre, la plupart de ces biothérapies ne sont pas disponibles dans notre pays et pour ceux qui le sont comme le rituximab, le cout est très élevé et donc inaccessible pour nos patients. L'utilisation des antihistaminiques H1 a été démontré comme efficace dans 24% des patients atteints de vascularite urticarienne [24]. Ainsi, en raison de leur innocuité, leur utilisation peut être envisagé pour le soulagement symptomatique des démangeaisons et chez les patients sans plaintes systémiques, en particulier dans la population pédiatrique. [18]. L'association d'un antihistaminique H1 de deuxième génération aux corticostéroïdes peut augmenter l'efficacité du traitement [26].

Conclusion

Les vascularites urticariennes sont rares à Dakar. Cette rareté peut être le reflet d'un déficit diagnostic du fait que l'histopathologie cutanée n'est pas systématique devant un tableau d'éruption urticarienne. De plus nos malades répondent très bien à la corticothérapie. Toutefois il faudrait faire très attention aux effets secondaires de la corticothérapie lorsque le traitement doit se poursuivre à long terme mais également à la corticodépendance. Dans les perspectives il faudrait mener des études afin de connaitre la réelle prévalence des vascularites urticariennes en faisant une biopsie systématique devant les tableaux d'éruption urticarienne.

Remerciement : Professeur Assane Kane

***Correspondance**

Mame Tene Ndiaye Diop

mametene@gmail.com

Disponible en ligne: 30 Novembre 2023

1 : Université Cheikh Anta Diop, Service de dermatologie-Vénéréologie, Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer, Dakar/Sénégal, BP 25755
2 : Université Gaston Berger de Saint Louis, Service de dermatologie-Vénéréologie, Saint-Louis/Sénégal
3 : Université Cheikh Anta Diop, Service de dermatologie-Vénéréologie, Institut d'hygiène sociale, Dakar/Sénégal, BP 3370
4 : Université Cheikh Anta Diop, Service de dermatologie-Vénéréologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar/Sénégal BP 3001
5 : Université Cheikh Anta Diop, Service de dermato-pathologie, Dakar/Sénégal, BP 5005

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Venzor J, Lee WL, Huston DP. Urticarial vasculitis. Clin Rev Allergy Immunol. 2002 Oct;23(2):201-16
[2] Sjöwall C, Mandl T, Skattum L, Olsson M, Mohammad AJ. Epidemiology of hypocomplementaemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis). Rheumatology (Oxford). 2018 Aug 1;57(8):1400-1407
[3] Brown NA, Carter JD. Urticarial vasculitis. Curr Rheumatol Rep. 2007 Aug;9(4):312-9
[4] Kato Y, Aoki M, Kawana S Urticarial vasculitis appearing in the progression of systemic sclerosis. J Dermatol 2006, 33:792–797
[5] Dincy CV, George R, Jacob M, Mathai E, Pulimood S, Eapen EP. Clinicopathologic profile of normocomplementemic and hypocomplementemic urticarial vasculitis: a study from South India. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008 Jul;22(7):789-94
[6] Peroni A, Colato C, Zanoni G, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part II. Systemic diseases. J Am Acad Dermatol. 2010 Apr;62(4):557-70
[7] Davis MDP, van der Hilst JCH. Mimickers of Urticaria: Urticarial Vasculitis and Autoinflammatory Diseases. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018 Jul-Aug;6(4):1162-1170
[8] Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part I. Cutaneous diseases. J Am Acad Dermatol. 2010 Apr;62(4):541-55
[9] Gusdorf L, Lipsker D. Neutrophilic urticarial dermatosis: A review. Ann Dermatol Venereol. 2018 Dec;145(12):735-740
[10] Chang S, Carr W. Urticarial vasculitis. Allergy

Asthma Proc. 2007 Jan-Feb;28(1):97-100

[11] Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med. 2021 Jun;16(4):831-841

[12] Sjöwall C, Skattum L, Olsson M, Nilsson A, Mohammad AJ. Hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: a rare but not always benign condition. Lakartidningen. 2019 Nov 29;116:FR49

[13] Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum. 2013 Jan;65(1):1-11

[14] Dash S, Behera B, Sethy M, Mishra J, Garg S. COVID-19 vaccine-induced urticarial vasculitis. Dermatol Ther. 2021 Sep;34(5):e15093

[15] Davis MD, Daoud MS, Kirby B, et al.: Clinicopathologic correlation of hypocomplementemic and normocomplementemic urticarial vasculitis. J Am Acad Dermatol 1998, 38:899–905

[16] Jachiet M, Flageul B, Deroux A, Le Quellec A, Maurier F, Cordoliani F, et al. The clinical spectrum and therapeutic management of hypocomplementemic urticarial vasculitis: data from a French nationwide study of fifty-seven patients. Arthritis Rheumatol 2015;67:527-34

[17] Sunderkotter C, Bonsmann G, Sindrilaru A, Luger T. Management of leukocytoclastic vasculitis. J Dermatolog Treat 2005;16:193-206

[18] Kolkhir P, Grakhova M, Bonnekoh H, Krause K, Maurer M. Treatment of urticarial vasculitis: A systematic review. J Allergy Clin Immunol. 2019 Feb;143(2):458-466

[19] Wilson D, McCluggage W, Wright G. Urticarial vasculitis: a paraneoplastic presentation of B-cell non-Hodgkin's lymphoma. Rheumatology 2002;41:476-7

[20] Saeki T, Ueno M, Shimada H, Nishi S, Imai N, Miyamura S, et al. Membranoproliferative glomerulonephritis associated with hypocomplementemic urticarial vasculitis after complete remission of membranous nephropathy. Nephron 2001;88:174-7

[21] Buchman AL. Side effects of corticosteroid therapy. J Clin Gastroenterol 2001; 33:289-94

[22] Makol A, Gibson LE, Michet CJ. Successful use of interleukin 6 antagonist tocilizumab in a patient with refractory cutaneous lupus and urticarial vasculitis. J Clin Rheumatol 2012;18:92-5

[23] Maurer M, Rosen K, Hsieh HJ, Saini S, Grattan C, Gimenez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. N Engl J Med 2013;368:924-35

[24] Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 revision and update. Allergy 2018;73:1393-414

[25] Hauser B, Mcrorie E, Mckay N, Brenn T, Amft N. A case of hypocomplementaemic urticarial vasculitis with cardiac valve involvement successfully treated with cyclophosphamide and high-dose glucocorticoids. Int J Rheum Dis 2017;20: 1850-2

[26] Tosoni C, Lodi-Rizzini F, Cinquini M, Pasolini G, Venturini M, Sinico RA, et al. A reassessment of diagnostic criteria and treatment of idiopathic urticarial vasculitis: a retrospective study of 47 patients. Clin Exp Dermatol 2009;34:166-70

Pour citer cet article :

MTN Diop, K Diop, B Seck, A Diop, F Diassé Fall, BA Diatta et al. Les vascularites urticariennes à Dakar : fréquence, aspects cliniques, diagnostic et traitement. Jaccr Africa 2023; 7(4): 167-174