



## Urticaire chronique

### quand l'urticaire n'est pas allergique !

par Martin Blaquière

**L'**URTICAIRE AVEC OU SANS angio-œdème est l'un des problèmes dermatologiques les plus fréquents (figure 1). Plus de 20 % des gens présenteront de l'urticaire une fois dans leur vie<sup>1</sup>. La lésion urticarienne est une plaque ou une papule érythémateuse, prurigineuse, surélevée, évanescence et migratrice qui pâlit à la pression et dure rarement plus de 24 heures au même endroit. Le prurit est souvent pire le soir et la nuit. L'urticaire est soulagée par frottement plus que par grattage et, conséquemment, on ne voit que rarement des lésions exoriées.

Quand l'urticaire et (ou) l'angio-œdème sont d'apparition subite et de courte durée, il est raisonnable de soupçonner un processus allergique, puisqu'ils en sont la manifestation première. Mais, qu'en est-il lorsque les plaques récidivent quotidiennement pendant des semaines, voire des mois? Après six semaines d'un tel régime, on considère que l'urticaire est chronique, et elle est alors très rarement allergique. Les différents types d'urticaire chronique sont présentés au tableau I. L'urticaire intermittente, quant à elle, dure des jours ou des semaines et récidive toutes les semaines, tous les mois ou chaque année. Moins bien étudiée, elle est souvent considérée comme un équivalent de l'urticaire chronique.

Une crise d'urticaire chronique, même associée à un angio-œdème important du visage et de la langue, est très rarement dangereuse. Cependant, des études utilisant des ques-

**M<sup>me</sup> Boursoufflée se gratte depuis plus de deux mois. Vous lui avez prescrit des antihistaminiques, mais sans grand succès. Que faites-vous alors ? Fouiller à fond ses habitudes alimentaires afin de découvrir l'allergène en cause ? Demander une batterie de tests épicutanés à l'aveuglette pour confirmer une allergie ? Ou, plus simplement, lui proposer de faire un essai avec de la prednisone pendant quelques semaines en attendant une consultation avec l'allergologue ?**

### Tableau I

#### Classification de l'urticaire chronique

- Urticaire physique :
  - dermographisme urticatoire à la pression
  - urticaire au froid
  - urticaire à la vibration
  - urticaire au soleil
  - urticaire à l'eau
  - urticaire cholinergique
- Urticaire vasculitique
- Urticaire idiopathique chronique
- Angio-œdème héréditaire
- Angio-œdème acquis

### Figure 1

#### Exemples d'urticaire et d'angio-œdème



Reproduit avec l'autorisation de Diepgen TL, Eysenbach G et al. Dermatology Online Atlas. <http://www.dermis.net/doi>

*Le Dr Martin Blaquière, interniste spécialisé en immunologie clinique et en allergologie, est chargé d'enseignement clinique et exerce au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc.*

tionnaires sur la qualité de vie (Nottingham Health Profile)<sup>2</sup> ont montré que l'urticaire avait de graves répercussions chez ceux qui en souffrent, dont la privation de sommeil, la fatigue, l'isolement social, l'altération de l'humeur et des difficultés dans la vie de tous les jours. Selon ces études, les patients souffrant d'urticaire chronique sont aussi handicapés que ceux qui souffrent d'insuffisance cardiaque grave.

## Comment différencier les types d'urticaire ?

Avant tout, il importe de reconnaître que le problème auquel nous faisons face est bien de l'urticaire (*encadré 1*). Si c'est l'angio-œdème qui prédomine, l'approche sera quelque peu différente (*encadré 2*).

### L'urticaire physique

Quand nous sommes convaincus d'avoir affaire à une urticaire chronique, la première étape consiste à déterminer s'il s'agit d'une urticaire physique. Cette urticaire peut être provoquée par le grattage (dermographisme), la pression, la vibration, le froid ou le soleil, et possiblement par l'eau dans de rares cas. L'urticaire cholinergique, caractérisée par la présence de petites papules érythémateuses millimétriques, est déclenchée par la chaleur, l'exercice et les émotions. Cinquante pour cent des patients souffrant d'urticaire cholinergique sont atopiques.

Une fois le type d'urticaire identifié, il peut être confirmé par des tests de provocation spécifiques, qui malheureusement ne sont pas nécessairement fiables. Si l'urticaire physique n'est pas associée à d'autres symptômes ou signes cliniques, tout autre examen d'investigation devient superflu.

### L'urticaire vasculitique

L'urticaire vasculitique est certainement plus rare que l'urticaire chronique, mais elle mérite une attention

## Encadré 1

### Les troubles pouvant imiter une urticaire chronique

Tout ce qui pique n'est pas de l'urticaire. Confondu fréquemment avec l'urticaire, l'érythème multiforme mineur est souvent associé à un prodrome de malaise, de fièvre, de mal de gorge, de myalgies et d'arthralgies, suivi d'une éruption cutanée pouvant prendre plusieurs formes. Mais contrairement à l'érythème urticarien, l'érythème multiforme n'est ni évanescence ni migratoire, et peut être associé à une atteinte des muqueuses. Les piqûres d'insectes sont habituellement faciles à différencier de l'urticaire. La mastocytose doit être envisagée si on trouve des lésions pigmentées avec un signe de Darier (réaction urticarienne au grattage d'une de ces lésions). Le prurit chronique isolé, quant à lui, n'est pas un équivalent d'urticaire. Il n'évoque pas non plus un processus allergique, mais peut à l'occasion être la complication d'une maladie systémique impliquant le foie, les reins, la thyroïde, ou encore du diabète, d'une polycythémie vraie, d'une maladie lymphoproliférative, d'une néoplasie, d'une grossesse, d'un trouble psychiatrique ou, plus simplement, d'une xérose. Le prurit accompagné de dermographisme peut facilement être confondu avec l'urticaire chronique.

particulière parce qu'elle peut être associée à une vasculite d'hypersensibilité ou à une connectivite avec atteinte multisystémique. Toute lésion urticarienne persistant plus de 24 heures au même endroit évoque une urticaire vasculitique. En règle générale, ces lésions tendent à être moins prurigineuses, mais plus douloureuses. Elles sont souvent plus abondantes sur les membres inférieurs. Elles peuvent être purpuriques (ne pas pâlir à la pression) et, contrairement à d'autres formes d'urticaire, une hyperpigmentation de la peau peut persister après la résolution des lésions. L'urticaire vasculitique, comme toute vasculite, s'accompagne de symptômes systémiques tels de la fièvre, des arthralgies, des symptômes pulmonaires, gastro-intestinaux ou ocu-

laire. Quand on soupçonne une urticaire vasculitique, une biopsie cutanée s'impose pour confirmer le diagnostic. L'analyse histopathologique révélera la présence d'un infiltrat polymorphonucléaire dans la paroi des vaisseaux et à leur pourtour. L'immunofluorescence pourrait mettre en évidence un dépôt de compléments ou d'immunoglobulines. Le bilan paraclinique inclura une formule sanguine pour rechercher des signes d'inflammation ou de maladie auto-immune systémique. La vitesse de sédimentation pourrait alors être élevée, contrairement à ce que l'on observe dans les cas d'urticaire non vasculitique. Le taux de complément 3 (C3) peut être abaissé, et on peut voir des complexes immuns circulants ou des cryoglobulines. Un dosage de la clairance de la créatinine et une analyse d'urine permettront de mettre en évidence une atteinte rénale. Le reste du bilan dépendra des symptômes et des signes cliniques accompagnant l'urticaire et visera à confirmer l'atteinte d'organes cibles (intestins, poumons, yeux, mus-

**Tout ce qui pique n'est pas de l'urticaire. Confondu fréquemment avec l'urticaire, l'érythème multiforme mineur est souvent associé à un prodrome de malaise, de fièvre, de mal de gorge, de myalgies et d'arthralgies, suivi d'une éruption cutanée pouvant prendre plusieurs formes.**

**Repère**

Encadré 2

**L'angio-œdème**

L'angio-œdème, qui accompagne près de 50 % des cas d'urticaire, est le résultat du même processus physiopathologique que l'urticaire, mais apparaît dans les couches plus profondes du derme et le tissu sous-cutané. À cause de la rareté des terminaisons nerveuses à ces niveaux, l'angio-œdème n'est habituellement pas prurigineux, mais plutôt associé à une sensation de brûlure ou d'engourdissement. L'angio-œdème, contrairement à d'autres types d'œdèmes, n'est pas en relation avec les parties déclives du corps. Il tend à être asymétrique, avec une prédilection pour le visage (incluant les lèvres et la langue), les extrémités et les organes génitaux.

L'angio-œdème est souvent confondu avec une multitude de maladies se manifestant par des œdèmes : surcharge liquidienne, traumatisme local, myxoœdème, obstruction veineuse, cellulite, dermatite de contact, certaines maladies auto-immunes, sarcoïdose, amyloïdose et angio-œdème granulomateux des lèvres et de la région péri-orale (syndrome de Melkersson-Rosenthal). Lorsqu'on évalue un angio-œdème, il est important de vérifier s'il est associé ou non à de l'urticaire. L'angio-œdème récidivant associé à de l'urticaire est impossible à différencier de l'urticaire chronique. L'angio-œdème sans urticaire évoque un tout autre diagnostic différentiel. Il pourrait s'agir d'une réaction médicamenteuse, habituellement à l'aspirine ou aux AINS, ou encore aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et, plus rarement, aux antagonistes de son récepteur. L'angio-œdème est parfois la seule manifestation d'une urticaire à la pression ou au froid. Plus rarement, l'angio-œdème isolé est secondaire d'un déficit de l'inhibiteur de la C1 estérase. Dans ce cas, il peut être congénital ou acquis. À l'anamnèse, le patient signale des périodes d'œdèmes localisés à la suite de traumatismes ou de manipulations (intervention dentaire, intubation, etc.) et (ou) des périodes de douleurs abdominales récurrentes.

**L'angio-œdème auto-immun**

L'angio-œdème secondaire d'un déficit de l'inhibiteur de la C1 estérase, lorsqu'il est acquis, est le plus souvent dû à la présence d'autoanticorps anti-inhibiteurs du C1. Ces autoanticorps peuvent apparaître dans le contexte d'une connectivite ou d'autres maladies auto-immunes, mais aussi chez des personnes affligées d'un syndrome lymphoprolifératif, d'un lymphome, d'une paraprotéïnémie ou même d'un adénocarcinome. Le traitement usuel du déficit de l'inhibiteur du C1 avec les androgènes n'est habituellement pas efficace lorsque la présence d'autoanticorps peut être mise en évidence. Certains patients ont bénéficié d'une corticothérapie, de plasmaphérèse ou d'un traitement immunosuppresseur.

cles) ou de préciser le diagnostic (anticorps antinucléaires [ANA] et leurs sous-types, anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles [ANCA], facteur rhumatoïde, etc.).

**Trouver une cause à l'urticaire chronique idiopathique (UCI)**

Quand on ne parvient pas à préciser la cause de l'urticaire, il devient idiopathique. Longtemps, des études de cas ont associé l'urticaire chronique idiopathique (UCI) à la présence d'infections chroniques concomitantes comme des abcès dentaires, des sinusites et, plus récemment, la gastrite à *Helicobacter pylori*. Cependant, la litté-

rature reste contradictoire et le débat persiste quant à savoir s'il existe un lien de cause à effet entre les processus infectieux et l'urticaire. Les infestations parasitaires avec éosinophilie feraient exception à cette controverse et sont une cause acceptée d'urticaire chronique. Les allergies alimentaires, et surtout les allergies aux additifs alimentaires, ne sont que très rarement en cause dans l'UCI<sup>3</sup>. Moins de 5 % des patients souffrant d'UCI répondraient

à une diète d'exclusion sans aucun additif, restreinte à du riz, à de l'agneau et à quelques légumes. L'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les opiacés sont des facteurs aggravants de l'urticaire chronique, mais sont habituellement très bien tolérés lorsque l'urticaire est quiescent.

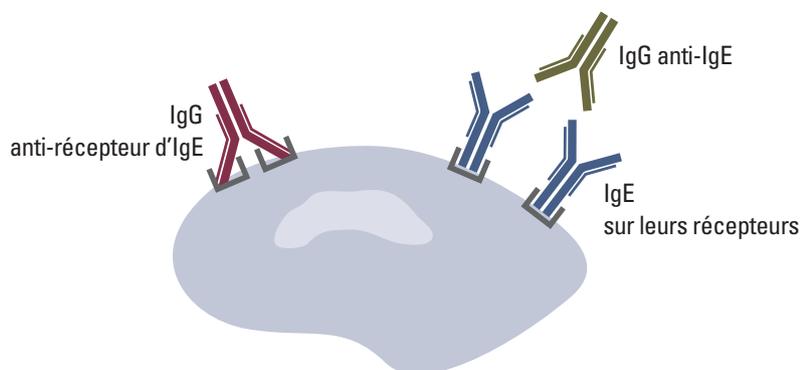
Depuis 20 ans, les rapports indiquant une association entre l'UCI et les thyroïdites auto-immunes se multiplient<sup>4</sup>. Leznoff et ses collaborateurs

**Les allergies alimentaires, et surtout les allergies aux additifs alimentaires, ne sont que très rarement en cause dans l'urticaire chronique idiopathique. Moins de 5 % des patients qui en souffrent répondraient à une diète d'exclusion sans aucun additif, restreinte à du riz, à de l'agneau et à quelques légumes.**

**Repère**

## Figure 2

### Les autoanticorps dans l'urticaire



## Tableau II

### Le traitement de l'urticaire chronique

#### Contrôle des facteurs aggravants

#### Médicaments à prendre tous les jours

- inhibiteurs des récepteurs H<sub>1</sub> de l'histamine de troisième génération :
  - Reactine<sup>MC</sup> (cétirizine) : 10 mg, 1 à 2 comprimés *die*
  - Claritin<sup>®</sup> (loratidine) : 10 mg, 1 comprimé *die*
  - Allegra<sup>®</sup> (fexofénadine) : 60 mg, 1 à 3 comprimés *die* à b.i.d.

#### et (ou)

- inhibiteurs des récepteurs H<sub>1</sub> de l'histamine de première génération :
  - Atarax<sup>TM</sup> (hydroxyzine) : 25 mg, 1 à 2 comprimés *per os* hs jusqu'à un total de 200 mg par jour en 3 ou 4 doses
  - Sinequan<sup>MC</sup> (doxépine)
    - adultes : 25 mg, 1 à 3 comprimés par jour
- Singulair<sup>®</sup> (montélukast) : 10 mg, 1 comprimé *die*

ont été les premiers à observer une prévalence accrue d'anticorps antimicrosomaux thyroïdiens chez 140 patients successifs souffrant d'UCI, soit 17/140 (12,1 %) par rapport à un groupe témoin 27/477 (5,6 %)⁵. Depuis, nous savons que le traitement de la thyroïdite ne garantit pas la résolution de l'urticaire et que les maladies thyroïdiennes non auto-immunes ne sont pas associées à l'UCI, ce qui

semble indiquer que les hormones thyroïdiennes n'ont pas de rôle physiopathologique à jouer. Il est de plus en plus accepté que la présence d'anticorps antithyroïdiens n'est qu'un marqueur d'auto-immunité. On admet donc de plus en plus que l'association entre l'urticaire et la thyroïdite est le reflet du contexte auto-immun commun, et non d'un mécanisme physiopathologique qui serait tributaire de

la fonction thyroïdienne. C'est pourquoi plusieurs incluent un dosage de la TSH (thyrotrophine) et des anticorps antithyroïdiens au bilan paraclinique lorsque l'urticaire est réfractaire au traitement.

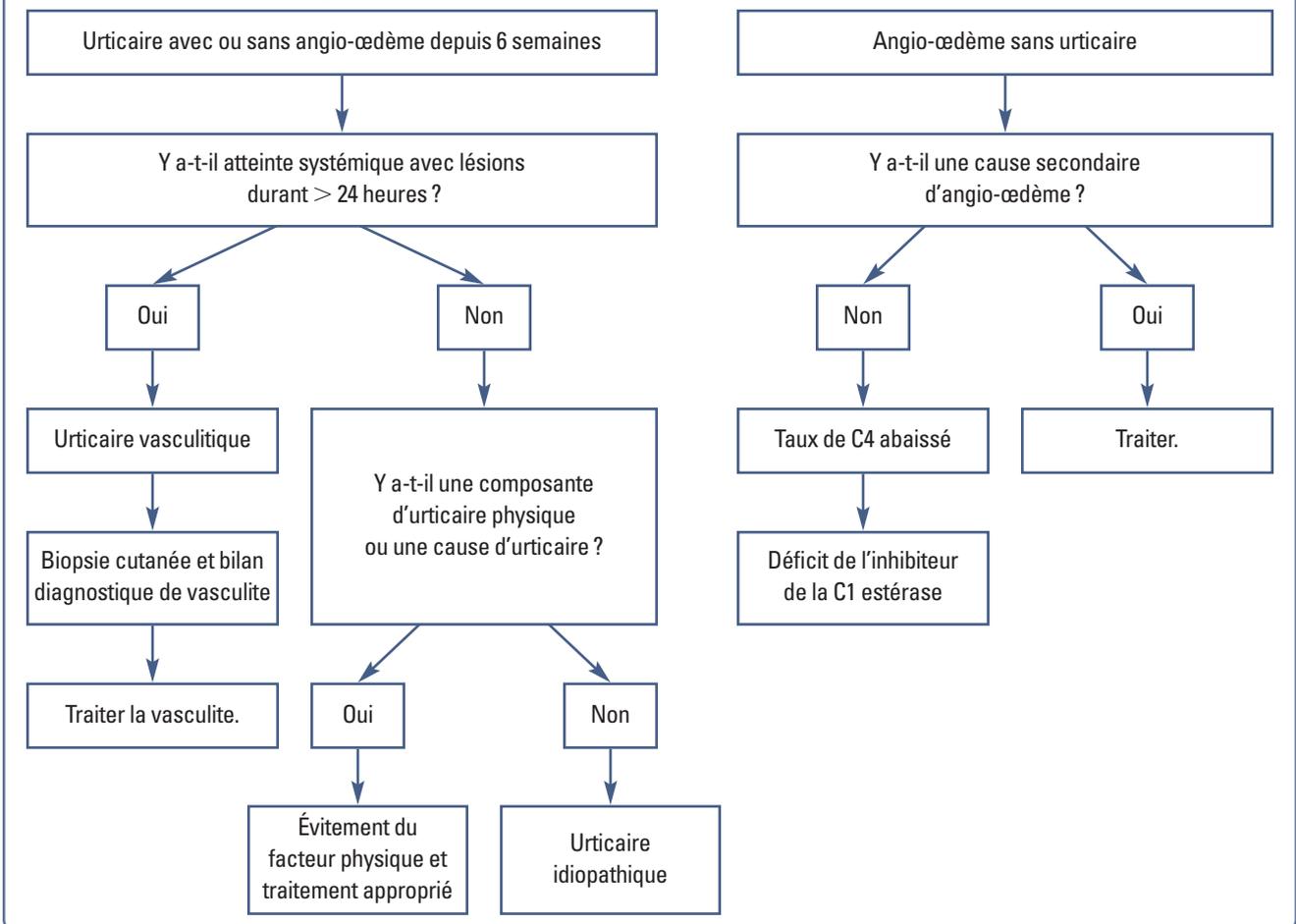
En 1986, Grattan et ses collaborateurs constataient que, chez certains patients souffrant d'UCI, l'injection intradermique de sérum autologue provoquait une réaction locale inflammatoire⁶. Ce n'est qu'en 1993 que Hide et ses collaborateurs ont montré pour la première fois la présence d'autoanticorps chez certaines personnes souffrant d'UCI⁷. Dans les cas d'urticaire, les autoanticorps sont le plus souvent dirigés contre le récepteur des immunoglobulines E (IgE) à la surface des mastocytes (figure 2). Plus rarement, ils peuvent être dirigés contre les IgE eux-mêmes. Selon les études, ils peuvent être présents chez près de 50 % des patients souffrant d'UCI. Voilà enfin un mécanisme auto-immun qui permet de faire avancer la compréhension de l'UCI.

### Comment aborder le problème de l'urticaire chronique ?

L'investigation sur l'urticaire chronique s'appuiera d'abord et avant tout sur une anamnèse détaillée visant à découvrir les facteurs déclenchants ou aggravants, le caractère des lésions et une atteinte systémique (figure 3). Il est essentiel de faire un historique exhaustif de la prise de médicaments, en refaisant la chronologie des médicaments prescrits ou en vente libre et en portant une attention particulière à la prise d'aspirine, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'opiacés qui, sans être cause d'allergie, peuvent entretenir une réaction urticarienne par leur

Figure 3

Algorithme pour le diagnostic de l'urticaire et de l'angio-œdème chronique



action sur les mastocytes. Si les lésions persistent plus de 24 heures au même endroit ou qu'elles ont un caractère purpurique, la biopsie cutanée devient nécessaire.

Si l'urticaire est à prédominance physique et qu'elle est en plus confirmée par un test de provocation adéquat, tout examen d'investigation additionnel s'avère alors superflu. Si l'angio-œdème prédomine, des taux de C4 plasmatique normaux permettront d'exclure, presque à coup sûr, un déficit de l'inhibiteur de la C1 estérase. Si l'hémogramme montre une éosinophilie, il faudra faire une recherche

de parasites dans les selles. Sinon, le bilan devrait probablement se limiter à un dosage de la TSH en plus de l'hémogramme.

Si l'on soupçonne que l'urticaire est causée par des aliments ou des additifs alimentaires, des tests épicutanés pourraient s'avérer appropriés, quoique le plus souvent les aliments ou les additifs qui déclenchent les symptômes ne le font pas nécessairement par un mécanisme activé par les IgE. Seule une diète d'exclusion suivie de la réintroduction un à un des aliments incriminés permettrait alors de prouver qu'ils sont en cause.

Quel est le traitement de l'urticaire chronique ?

Que l'urticaire soit auto-immune ou non, le traitement reste le même. Les différents traitements de l'urticaire chronique sont résumés au *tableau II*. Il faut premièrement recommander au patient d'éviter les facteurs aggravants comme le stress et la chaleur, le fait d'être vêtu trop chaudement ou de porter des vêtements trop ajustés, l'aspirine, les AINS et l'abus d'alcool. Il faut aussi le rassurer et dédramatiser la situation : l'urticaire chronique est chronique, et si l'état de

bon nombre de patients s'améliore après quelques mois, un nombre non négligeable restent symptomatiques pendant plusieurs années. Il faut dans ce cas trouver moyen de soulager le patient et d'améliorer ses capacités fonctionnelles. Le patient doit aussi éviter les diètes sévères et prolongées, qui sont rarement efficaces et lui imposent un stress injustifié.

Les antihistaminiques sont le traitement de prédilection de l'urticaire chronique. Ils sont plus efficaces s'ils sont pris régulièrement tous les jours plutôt qu'au besoin. Les antihistaminiques de première génération sont souvent plus puissants, mais ils causent plus de somnolence parce qu'ils traversent facilement la barrière hémato-encéphalique. Les nouveaux antihistaminiques, à plus longue durée d'action, causent moins (cétirizine) ou pas (loratadine, fexofénadine) de somnolence. Il est donc possible d'associer ces thérapies pour obtenir un meilleur soulagement. Il est d'usage courant de prescrire un antihistaminique de troisième génération le matin avec de l'hydroxyzine en soirée et (ou) au coucher selon l'intensité des symptômes et l'importance du prurit associé aux lésions. Il est essentiel d'adapter le traitement médicamenteux au cycle circadien des symptômes. Il ne sert à rien de prescrire un traitement le matin si l'urticaire n'apparaît qu'en soirée.

Si le patient n'est pas soulagé, il faut s'assurer qu'il a une dose suffisante d'antihistamine. Et si l'urticaire réci-

diver malgré la prise d'antihistaminiques, on peut ajouter d'autres agents pouvant aider à soulager les symptômes. Traditionnellement, on prescrivait les inhibiteurs des récepteurs H<sub>2</sub> de l'histamine. Cependant, leur efficacité est marginale. La doxépine, avec son effet anti-H<sub>1</sub>, mais aussi ses effets antidépresseurs, anxiolytiques et sédatifs, est un choix judicieux ; on l'ajoute au coucher et on peut augmenter la dose jusqu'à deux ou trois fois par jour au besoin (attention aux interactions médicamenteuses avec les macrolides et les inhibiteurs de la monoamine oxydase). Plus récemment, il semble que les antagonistes des leucotriènes aient montré une certaine efficacité dans le soulagement de l'urticaire lorsqu'ils sont associés avec la loratadine.

Et qu'en est-il des corticostéroïdes ? Leur utilisation devrait être restreinte au strict nécessaire. Ils sont très efficaces, mais les effets secondaires et les complications associés à leur prise à long terme les rendent peu indiqués pour le traitement d'une maladie qui, quoique très débilitante, n'est pas mortelle. Donc, on les prescrit pour deux ou trois jours seulement au début d'une crise d'urticaire, en même temps qu'on amorce un traitement avec des antihistaminiques.

Si l'urticaire est vasculitique et qu'il n'y a pas d'atteinte autre que cutanée, le traitement est le même que celui de l'UCI. Cependant, si l'urticaire vasculitique est réfractaire au traitement ou associée à une atteinte systémique, on

suggère de tenter un traitement anti-inflammatoire (corticoïdes, hydroxychloroquine, colchicine, dapsone) ou immunosuppresseur (méthotrexate, azathioprine, cyclophosphamide) pendant quelques mois.

**L'**EFFICACITÉ DU TRAITEMENT de l'urticaire chronique dépend d'une bonne relation patient-médecin. Il faut se faire rassurant et empathique. Les patients qui en souffrent vivent une détresse qui peut aggraver leur urticaire. Adressez le patient à un allergologue si vous soupçonnez que des allergies sont en cause, si l'urticaire ne répond pas au traitement usuel d'antihistaminiques, si vous soupçonnez une vasculite, si un angio-œdème prédomine ou s'il y a eu angio-œdème des voies respiratoires. □

**Date de réception :** 15 mai 2001.

**Date d'acceptation :** 25 juillet 2001.

**Mots clés :** urticaire, urticaire chronique, angio-œdème.

## Bibliographie

1. Greaves MW. Chronic urticaria. *N Engl J Med* 1995 ; 332 : 1767-72.
2. Greaves MW, Sabroe RA. Allergy and the skin. I – Urticaria. *BMJ* 1998 ; 316 : 1147-50.
3. Kaplan AP. Urticaria and angioedema. Dans : Middleton E Jr, Reed CE, Ellis EF, Ankinson NF Jr, Yunginger JW, Busse WW, éd. *Allergy, Principles & Practice*. 5<sup>e</sup> éd. St. Louis : Mosby, 1998.
4. Heymann WR. Chronic urticaria and angioedema associated with thyroid autoimmunity: Review and therapeutic implications. *J Am Acad of Dermatol* 1999 ; 40 : 229-32.
5. Leznoff A, Josse RG, Denburg J, Dolovich J. Association of chronic urticaria and angioedema with thyroid autoimmunity. *Arch Dermatol* 1983 ; 119 (8) : 636-40.
6. Grattan CEH, Wallington TB, Warin RP. A serological mediator in chronic idiopathic urticaria: a clinical immunological and histological evaluation. *Br J Dermatol* 1986 ; 114 : 583-90.

**Qu'en est-il des corticostéroïdes ? Leur utilisation devrait être restreinte au strict nécessaire. Ils sont très efficaces, mais les effets secondaires et les complications associés à leur prise à long terme les rendent peu indiqués pour le traitement d'une maladie qui, quoique très débilitante, n'est pas mortelle.**

**Repère**

## formation continue

### Summary

**Chronic urticaria: when urticaria is not an allergy!** Chronic urticaria is a common cutaneous disease defined as an occurrence of widespread hives daily or almost daily for more than six weeks. It can be accompanied by recurrent episodes of angioedema. Chronic urticaria must be differentiated from erythema multiform, urticaria pigmentosa and chronic pruritis with or without dermatographism. The differential diagnosis of chronic urticaria includes the different physical or cholinergic urticaria, vasculitic urticaria and chronic idiopathic urticaria (CIU). You will often find in the literature case reports of CIU being associated with a chronic infection (like *H. pylori* gastritis), but the links have not been demonstrated beyond any doubt. Food, food additives and medications are rarely an allergic cause of CIU. The latest studies on auto-antibodies against the IgE receptors on mast cells reinforce the autoimmune theory of chronic urticaria. Treatment of CIU must focus on identification of aggravating factors and prescription of adequate dosage of antihistamines. The use of prednisone and other immunosuppressors should be limited to very refractory CIU.

**Key words:** urticaria, chronic urticaria, angioedema.

7. Hide M, Francis DM, Grattan CEH, Greaves MW. Autoantibodies against the high affinity IgE receptor as a cause for histamine release in chronic urticaria. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 1599-604.
8. Greaves MW. Chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2000 ; 105 : 664-72.
9. Joint Task Force on Practice Parameters. The diagnosis and management of urticaria: a practice parameter. *Ann of Allergy, Asthma & Immunology* 2000 ; 85 Suppl 2 : 521-44.



## Congrès de formation médicale continue FMOQ

### Novembre 2001

15, 16 **L'appareil locomoteur/La santé au travail**  
Hôtel Wyndham, Montréal

### 25 novembre

au 2 décembre **La FMOQ sous d'autres cieux**  
Varadero, Cuba

### Décembre 2001

6, 7 **La périnatalité et l'obstétrique**  
Hôtel Hilton, Québec

### Février 2002

7, 8 **L'endocrinologie**  
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

### Mars 2002

14, 15 **La santé des femmes (reprise)**  
Palais des Congrès, Montréal

### Avril 2002

18, 19 **La pédiatrie**  
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

### Mai 2002

9, 10 **La pneumologie**  
Palais des Congrès, Montréal

### Juin 2002

13, 14 **La cardiologie**  
Hôtel Rimouski, Rimouski

### Septembre 2002

12, 13 **La santé mentale**  
Hôtel Radisson Gouverneurs, Québec

### Octobre 2002

17, 18 **La dermatologie**  
Hôtel Wyndham, Montréal