

Peau et grossesse

D. Staumont-Sallé
Cours DES Gynécologie-Obstétrique
03/02/06

Les dermatoses de la grossesse

- Dermatoses spécifiques de la grossesse
- Dermatoses non spécifiques de la grossesse

Les éruptions spécifiques de la grossesse

- Dénominations diverses, sources de confusion nosologique
- Caractéristique commune : **prurit**
- Fréquence estimée selon les études : **0.5 à 3 % des grossesses**
- Il est important de savoir reconnaître les différentes éruptions spécifiques de la grossesse car elles n'ont pas toutes le même pronostic materno-fœtal.

Les éruptions spécifiques de la grossesse

Classification actuellement admise :

- Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse: dénomination regroupant plusieurs dermatoses prurigineuses spécifiques de la grossesse dont les critères histologiques, le pronostic materno-fœtal et le traitement sont identiques
- Pemphigoïde gravidique
- Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique
- Prurit gravidique = considéré comme un diagnostic différentiel des éruptions spécifiques de la grossesse

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Dénomination regroupant plusieurs dermatoses prurigineuses inflammatoires spécifiques de la grossesse, présentant des critères histologiques et un pronostic materno-fœtal identiques.

| |
|--|
| Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse |
| Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP) |
| Polymorphic eruption of pregnancy (PEP) |
| Rash toxémique gravidique |
| Prurigo tardif de la grossesse |
| Prurigo gestationis de Besnier |
| Dermatite papuleuse de Spangler |
| Folliculites prurigineuses de la grossesse |
| Dermatose à IgM linéaire de la grossesse |

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

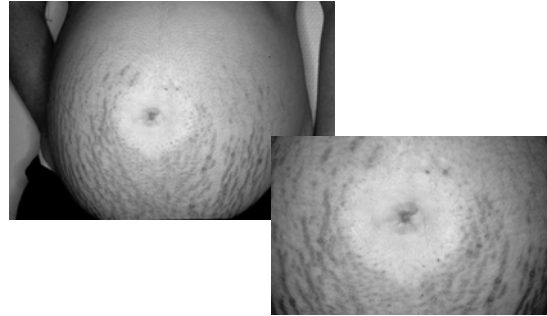
- Fréquence : 1/160 à 1/300 grossesses
- Primipare (60 à 70%)
- Survenue tardive : 80% après 34 SA (36-39 SA) et 16% en post-partum immédiat
- Physiopathologie inconnue

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

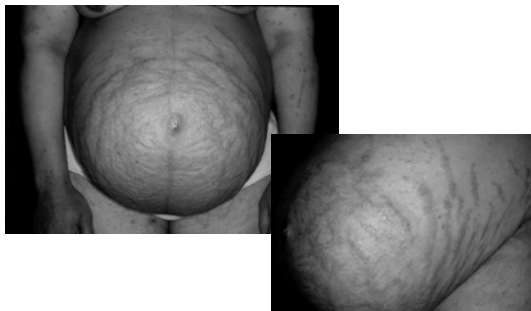
Clinique :

- Prurit intense et insomniant
- Eruption débutant sur l'abdomen avec respect de la région péri-ombilicale et atteinte préférentielle des vergetures (50%)
- Extension centrifuge sur les fesses, le tronc et la racine des membres
- Atteinte faciale exceptionnelle, pas d'atteinte des muqueuses

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

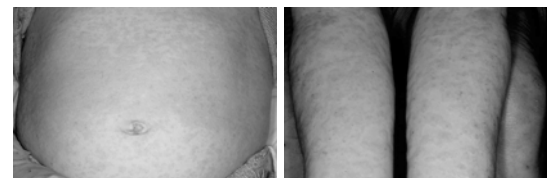


Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

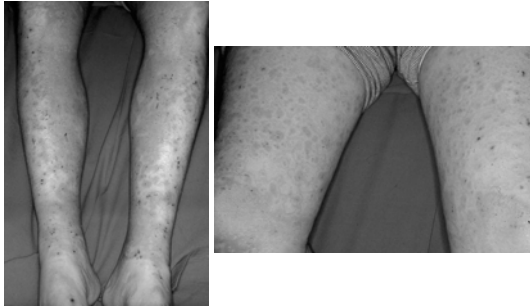
- Lésion initiale = papule oedémateuse de quelques mm entourée d'un halo blanchâtre
- Confluence des lésions formant des plaques, des motifs annulaires ou polycycliques
- Vésicules (40 à 70%) mais pas de bulles ; cocardes (20%) ; ainsi lésions folliculaires, pustuleuses, excoriées; aspect de dysidrose.



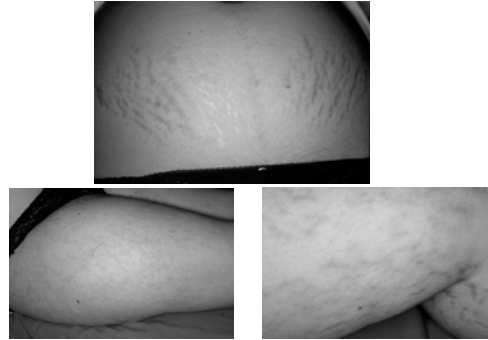
Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Diagnostic :

- Diagnostic clinique +++ :
Absence de marqueur biologique ou histologique spécifique
Vérification systématique de la normalité du bilan biologique hépatique
- La biopsie cutanée n'est utile que pour éliminer une pemphigoïde gravidique en cas de doute clinique.
Histologie standard : lésions épidermiques de parakératose, spongiose ou exocytose inconstantes ; infiltrat dermique inflammatoire périvasculaire lympho-histiocytaire ;
Immunofluorescence directe : négative ; parfois dépôts linéaires non spécifiques d'IgM ou IgG (jamais de C3)

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Traitement :

- Dermocorticoïdes d'activité forte pendant 7 à 10 jours ;
Sevrage souvent difficile ⇒ poursuivre la corticothérapie locale jusqu'en post-partum
- Traitement symptomatique par émoullissants et anti-H1 (Atarax®)
- En cas de forme résistante (rare) : discuter une corticothérapie orale (0.5 mg/kg/j) , voire déclenchement de l'accouchement en cas de proximité du terme

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Pronostic :

- Pronostic maternel :
Disparition 1 à 6 semaines après l'accouchement
Exacerbation dans le post-partum immédiat dans 15% des cas
20% de récurrences lors des grossesses ultérieures (mais en général récurrence de moindre intensité)
- Pronostic fœtal :
Excellent, pas d'éruption du nouveau-né

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

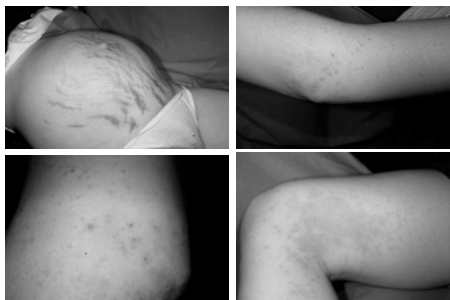
Formes cliniques particulières d'individualisation discutée

Prurigo gravidique ou prurigo gestationis de Besnier

- Fréquence : 1/300 grossesses.
- Ne serait pour certains qu'un prurit de la grossesse survenant sur un terrain atopique.
- Survenue à n'importe quel moment de la grossesse, plus fréquemment au 3e trimestre, peut se prolonger plusieurs mois après l'accouchement.
- Clinique : papules excoriées associées à un prurit touchant principalement les faces d'extension des membres. Présence d'une pigmentation résiduelle.
- Aucun examen complémentaire spécifique.
- Traitement purement symptomatique.
- Pronostic materno-fœtal : excellent.
- Récidives rares lors des grossesses ultérieures.

Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Prurigo gravidique ou prurigo gestationis de Besnier



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Formes cliniques particulières d'individualisation discutée

Dermatite papuleuse de Spangler

- Fréquence : 1/2500 grossesses.
- Clinique : prurigo gravidique ; pas de localisation élective ; papules de petite taille (3 à 5 mm.) évoluant en 10 jours vers une pigmentation avec poussées successives.
- Bilan paraclinique : augmentation excessive du taux sérique de β HCG
- Pronostic : surmortalité fœtale décrite dans la première série de Spangler en 1962 mais non confirmée par la suite

Folliculite prurigineuse de la grossesse

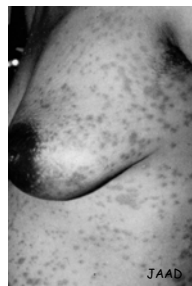
- Eruption prurigineuse folliculaire de régression spontanée après l'accouchement
- Histologie : folliculite aiguë, IFD négative
- Pronostic materno-fœtal excellent

Dermatose à IgM linéaire de la grossesse

- Eruption prurigineuse polymorphe à prédominance folliculaire, \pm pustules
- Histologie : absence de folliculite, dépôts linéaires non spécifiques d'IgM le long de la jonction dermo-épidermique

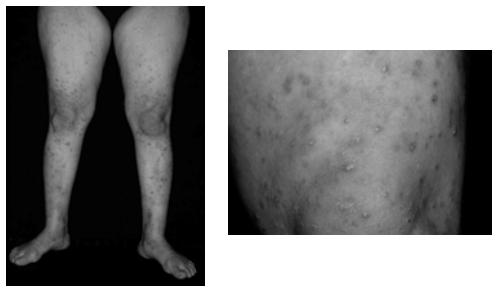
Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Dermatite papuleuse de Spangler



Dermatite polymorphe gravidique ou éruption polymorphe de la grossesse

Folliculite prurigineuse de la grossesse



Pemphigoïde gravidique

Encore appelée herpès gestationis ou pemphigoïde gestationis

- Fréquence : rare, entre 1/7 000 et 1/40 000 grossesses
- Survenue en général lors de la 1e grossesse ou lors d'une grossesse issue d'un père différent
- Physiopathologie : pemphigoïde de la grossesse
Dermatose auto-immune + facteurs hormonaux
Prédisposition génétique maternelle et paternelle (HLA)
Expression par le placenta d'un Ag (Ag 180 kDa de PB) = cible d'auto-Ac dirigés contre la membrane basale dermo-épidermique et la jonction amnio-trophoblastique
- Survenue au 2e trimestre (à partir de 21 SA) ou au 3e trimestre (avant 32 SA) dans 60 % des cas et dans les 7 premiers jours du post-partum dans 20% des cas

Pemphigoïde gravidique

Clinique :

- Prurit constant, précédant l'éruption de 1 à 4 semaines, intense et insomniant
- Lésion initiale = papule oedémateuse, érythémateuse, pseudo-urticarienne ; confluence en plaques annulaires et/ou polycycliques et/ou en cocardes

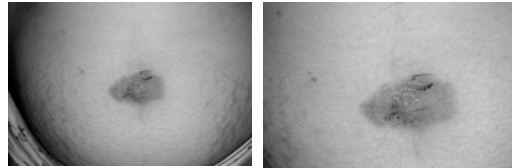
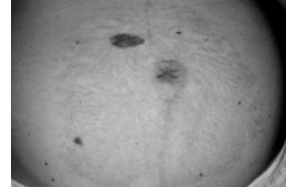


Pemphigoïde gravidique

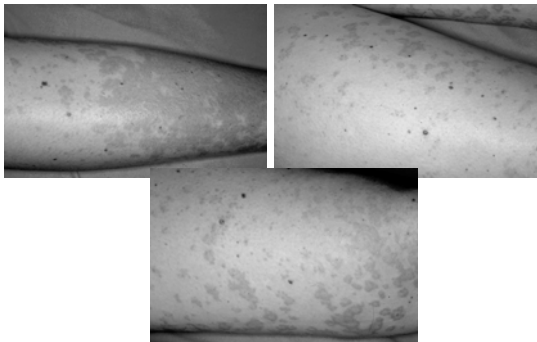
- Apparition secondaire de vésicules puis de bulles tendues à contenu clair sur les lésions ou en peau saine
- Début de l'éruption sur l'abdomen dans 50 à 90% des cas, en région péri ombilicale le plus souvent.
- Extension centrifuge avec atteinte possible du visage, des zones palmo-plantaires et des muqueuses buccales ou génitales(10à 20%)



Pemphigoïde gravidique



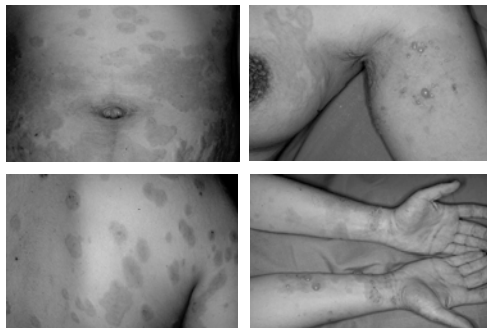
Pemphigoïde gravidique



Pemphigoïde gravidique



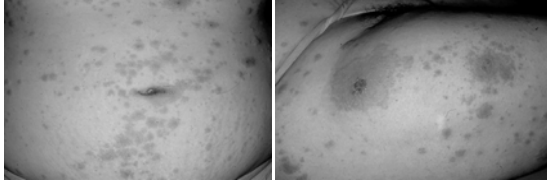
Pemphigoïde gravidique



Pemphigoïde gravidique



Pemphigoïde gravidique



Pemphigoïde gravidique

Diagnostic :

- NFS : éosinophilie dans 50% des cas, d'intensité corrélée à la gravité clinique
- Biopsie cutanée
Examen histologique standard : bulle sous épidermique avec infiltrat inflammatoire riche en éosinophiles
IFD : dépôts constants de C3 linéaires le long de la jonction dermo-épidermique, dépôts d'IgG dans 30 à 50 % des cas
± Examen en microscopie électronique : dépôts inconstants d'IgG dans la lamina lucida pouvant persister plusieurs années après l'éruption (possibilité de diagnostic rétrospectif)
- IFI (sang) : détection dans 60 à 90 % des cas d'un auto-Ac IgG1 reconnaissant un Ag hémidesmosomal de 180 kDa (identique à l'Ag mineur de la pemphigoïde)

Pemphigoïde gravidique

Evolution :

Amélioration spontanée des symptômes dans les 6 à 8 dernières semaines de la grossesse

Exacerbation transitoire en post-partum (surtout immédiat = 12 à 48H après l'accouchement) dans 75 à 85% des cas

Guérison en 1 à 17 mois

Pemphigoïde gravidique

Pronostic maternel :

- Récidives lors des grossesses ultérieures dans 50 à 70% des cas si le père est identique ; récidives plus précoces et sévères
- Récidives dans 20 à 50 % des cas après prise d'oestro-progestatifs ou en période prémenstruelle ou pré-ovulatoire
- Pas de contre-indication absolue à une grossesse ultérieure, mais le risque doit être clairement expliqué et la décision prise après avis spécialisé.

Pronostic fœtal :

- Eruption vésiculo-bulleuse transitoire chez 7 % des nouveau-nés
- Pas de risque de surmortalité fœtale
- Risque de prématurité
- Risque d'hypotrophie fœtale modérée

Pemphigoïde gravidique

Traitement :

- Adapté à la gravité de l'atteinte
- Formes paucibulleuses : dermocorticoides d'activité forte et anti-H1 (Atarax®) : la pyridoxine (vit B6) à la dose de 200 à 600 mg/j serait une alternative thérapeutique.
- Formes plus sévères : corticothérapie orale (0.5 à 1 mg/Kg/j) : posologie lentement dégressive à la fin de la grossesse et augmentée en post-partum immédiat
- Exceptionnellement, en cas de corticorésistance : bolus de cyclophosphamide ou recours à d'autres immunosuppresseurs (Imurel®) après l'accouchement

Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique

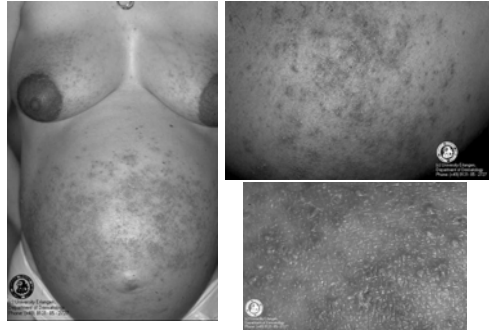
- Dermatose pustuleuse généralisée, entité rattachée au psoriasis pustuleux
- Très rare
- Survenue au 2e ou 3e trimestre d'une 1ère grossesse
- Pronostic materno-fœtal réservé +++

Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique

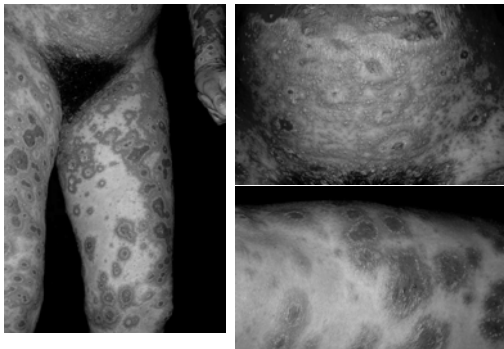
Clinique :

- Plaques érythémateuses souvent infiltrées, arrondies, bien limitées
Avec apparition de pustules superficielles non folliculaires en bordure des plaques
Disposition herpétiforme, isolées ou en nappes
- Atteinte muqueuse digestive et respiratoire à type de pustules et d'érosions douloureuses
- Evolution par poussées à extension centrifuge
- Signes associés : fièvre, céphalées, arthralgies, troubles digestifs, parfois tétanie

Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique



Psoriasis pustuleux



Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique

Diagnostic positif :

- Examen bactériologique des pustules négatif (pustules amicrobiennes)
- Histologie : aspect de psoriasis pustuleux (pustule sous-cornée multiloculaire avec infiltrat mononucléé) mais avec présence associée d'immunoblastes au sein des amas neutrophiles intra-épidermiques
- Biologie : hypovitaminose D et hypocalcémie dans 25 à 50 % des cas

Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique

Pronostic materno-fœtal réservé :

- Mortalité fœtale *in utero* (25 à 50 %)
- Mortalité maternelle par insuffisance rénale ou cardiaque en l'absence de traitement
- Récidives fréquentes lors des grossesses ultérieures
⇒ nouvelle grossesse déconseillée

Impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique gravidique

Traitement difficile :

- Surveillance étroite de la grossesse
- Corticothérapie orale et correction de l'hypocalcémie

Prurit gravidique

- Actuellement considéré comme un diagnostic différentiel des dermatoses spécifiques de la grossesse : prurit sans dermatose (prurit « nu »), forme mineure de l'ictère gravidique récidivant
- Fréquence : 0,1 à 3% des grossesses en France (plus fréquent dans les pays scandinaves, en Bolivie ou au Chili)
- Physiopathologie :
Cholestase intrahépatique induite par des médiateurs hormonaux (œstrogènes) et métaboliques (sels biliaires) sur terrain génétiquement prédisposé
- Survenue le plus souvent au 3e trimestre (plus rarement au 2e)

Prurit gravidique

Critères diagnostiques de Berg (revus par Roger) :

- Début du prurit lors de la grossesse
- Persistance jusqu'à l'accouchement
- Disparition spontanée dans le post-partum immédiat
- Récurrences induites par grossesse ultérieure ou prise d'œstro-progestatifs
- Absence d'hépatopathie évolutive
- Absence de médicaments hépatotoxiques
- élévation de la bilirubine totale et/ou des transaminases
- ATCD personnel ou familial de prurit pendant la grossesse ou après prise d'œstro-progestatifs

Prurit gravidique

Clinique :

- Prurit isolé, généralisé, intense, constant, insomniant
- Lésions secondaires de grattage : excoriations, prurigo, stries linéaires de grattage
- Apyrexie constante, AEG en début d'évolution
- Ictère présent dans 5 à 20% des cas
- Hépatomégalie sensible (50% des cas)
- Evolution marquée par une intensification des symptômes au cours de la grossesse

Prurit gravidique

Diagnostic :

Perturbation du bilan biologique hépatique :

- ALAT (TGO) et ASAT (TGP), jusqu'à 10 fois la normale
- Cholestase inconstante : élévation des γ GT, des PAL, de la bilirubine et des sels biliaires totaux (SBT)
- Eliminer d'autres causes d'hépatopathies par une échographie hépatique et des sérologies virales

Prurit gravidique

Traitement :

- Traitement symptomatique du prurit par émoullients et Atarax®
- Traitement spécifique par cholestyramine (Questran®) = résine échangeuse d'ions chlorure contre les sels biliaires ;
posologie : 8 à 16 gr/jour
En cas d'ictère et/ou de traitement par Questran® : risque d'hypovitaminose K par défaut d'absorption (à compléter par 10 à 20 mg IM/semaine)
- Autres traitements non consensuels : phénobarbital, acide ursodésoxycholique (Ursolvan®), échanges plasmatiques...

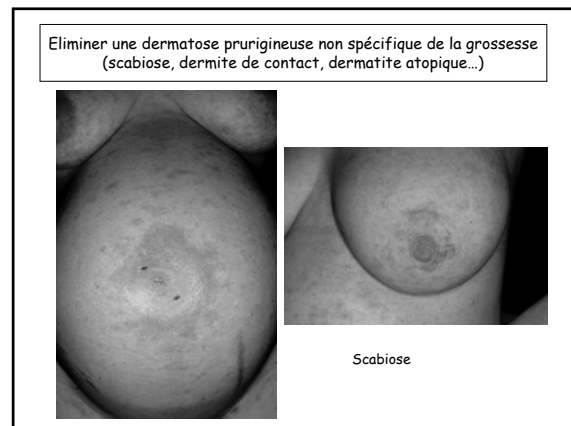
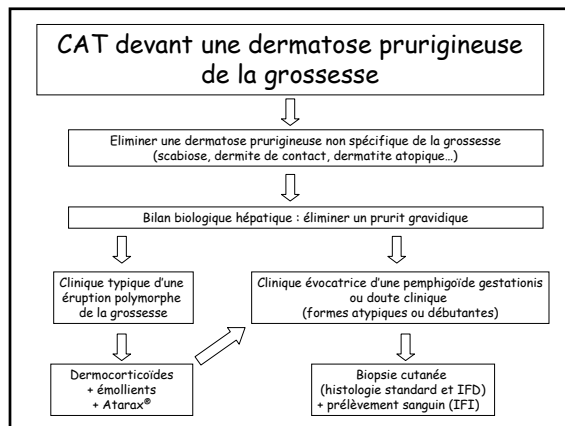
Prurit gravidique

Pronostic maternel :

- Disparition du prurit quelques jours après l'accouchement
- Hémorragie de la délivrance en cas de déficit en vitamine K
- Risque de récurrence lors des grossesses ultérieures ou d'un traitement œstro-progestatif

Pronostic fœtal :

- Risque de prématurité (30 à 60%)
- Mortalité *in utero* (0,75 à 3,2%) après 36 SA (souffrance fœtale aiguë de mécanisme inexpliqué)
- Mortalité périnatale (6 à 35%)



- ### Les dermatoses non spécifiques de la grossesse
- Dermatite auto-immune à la progestérone
 - Modifications physiologiques de la grossesse
 - Influence de la grossesse sur des dermatoses pré-existantes ou contemporaines
 - Dermatoses impliquant un risque pour l'enfant

- ### Dermatite auto-immune à la progestérone
- Exceptionnelle lors de la grossesse, plus fréquemment survenue cyclique en période prémenstruelle (7 à 10 jours avant les règles)
 - Attribuée à une réaction allergique à la progestérone endogène
 - Débute dès les premiers jours de la grossesse
 - Clinique :
 - sites : fesses et extrémités
 - éruption polymorphe, pseudo-urticarienne, papulo-vésiculeuse ou acnéiforme
 - ± arthrite des poignets et des chevilles
 - Diagnostic positif : IDR à la progestérone +
 - Pronostic :
 - Maternel : bon
 - Fœtal : 2 cas de mort fœtale *in utero* décrits
 - Traitement : éthinyloestradiol, analogue GRH, tamoxifène



Modifications physiologiques de la grossesse

- Troubles pigmentaires
- Modifications du tissu conjonctif
- Modifications vasculaires
- Modifications des phanères
- Modifications des muqueuses

Modifications physiologiques de la grossesse

Troubles pigmentaires

- **Hyperpigmentation du corps**
90 % des femmes : dès le 1er trimestre
Régions atteintes : zones pigmentées = aréoles des seins, aisselles, région ano-périnéo-génitale, face interne des cuisses, ligne médiane abdominale cicatrices (linea nigra)
Ephélides, lentigines et naevus peuvent devenir plus bruns
Apparition possible de nouveaux naevus (le risque de mélanome ne semble pas accru)
- **Hyperpigmentation du visage : mélasma ou chloasma (masque de grossesse)**
50 à 75% des femmes ; à partir du troisième mois
Prédomine chez les femmes à la peau mate, en région photo-exposée
S'atténue 6 à 18 mois après l'accouchement
Pigmentation de la région centro-faciale, formes limitées aux régions malaires ou mandibulaires
Pigmentation épidermique ± dermique (forme plus durable, parfois définitive)
Mesures préventives *** : photoprotection, contraception non hormonale après la grossesse

Modifications physiologiques de la grossesse

Modifications du tissu conjonctif : vergetures

- 90% des femmes enceintes
- Apparaissent entre 6 et 9 mois de grossesse
- Zones d'atrophie cutanée linéaires, souples et glabres : rouges, violacées puis blanchâtres, nacréées, plus fines ; définitives.
- Dues à la fragilisation des fibres de collagène et d'élastine (distension mécanique et facteurs hormonaux)
- Pas de traitements préventifs absolus : contrôler prise de poids, rôle des huiles et émoullissants non démontré.

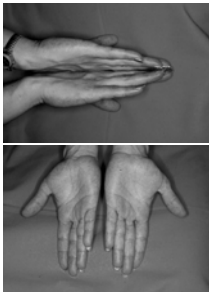
Modifications physiologiques de la grossesse

Modifications vasculaires

- **Angiomes stellaires**
Arborisation de petits vaisseaux centrée par un point rouge
Survient entre 2 et 5 mois, augmentations progressive du nombre jusqu'à l'accouchement
Thorax, cou, membres supérieurs, visage
Régression rapide après l'accouchement (en 2 mois environ)
- **Hyperpression veineuse**
Varices, dermite de stase, capillarite purpurique
Régression en général incomplète ; traitement par contention adaptée
- **Livedo de stase**
- **Erythème palmaire**
- **Hémangiomes superficiels ou sous-cutanés**
- **Malformations artérioveineuses**
- **Dermographisme urticarien**

Modifications physiologiques de la grossesse

Modifications vasculaires



Erythème palmaire



Angiome thrombosé

Modifications physiologiques de la grossesse

Modifications des phanères

- **Ongles**
Pousse accélérée
Fragilité (ongles cassants)
Sillons transversaux, onycholyse distale, hyperkératose sous unguéale
 - **Poils**
Hyperpilosité marquée sur les zones des poils sexuels
 - **Cheveux**
Cheveux plus brillants et souples pendant la grossesse
- Effluvium téloogène du post-partum** : 1 à 5 mois après l'accouchement, lié à une déprivation hormonale, recherche cancer mammaire associée, peut se prolonger plusieurs mois (récupération complète dans la majorité des cas en 1 an)
- Alopécie de type androgénique** : régression fronto-temporale apparaissant pendant la grossesse ± associée à une raréfaction diffuse ; ne régresse pas toujours complètement.

Modifications physiologiques de la grossesse

Modifications des muqueuses

- Congestion vulvo-vaginale : signe précoce et constant de grossesse (signe de Jacquemier et Chadwick)
- Gencives : gingivite hypertrophique ; épulis gravidique

Autres modifications physiologiques

- Molluscum pendulum
- Hyperidrose

Influence de la grossesse sur des dermatoses pré-existantes ou contemporaines

3 questions : Risque pour la mère ? Risque pour l'enfant ? Risque du traitement ?

• Dermatoses pouvant être aggravées par la grossesse

Pathologies infectieuses : condylomes acuminés, candidose vaginale, varicelle

Pathologies tumorales : mélanome, mycosis fongoïde

Pathologies auto-immunes : LES, dermatomyosite, pemphigus

Génodermatoses : neurofibromatose, sclérose tubéreuse, maladie de Rendu-Osler, maladie d'Ehler-Danlos, porphyries ...

• Dermatoses pouvant être améliorées par la grossesse

Psoriasis

Dermatite atopique

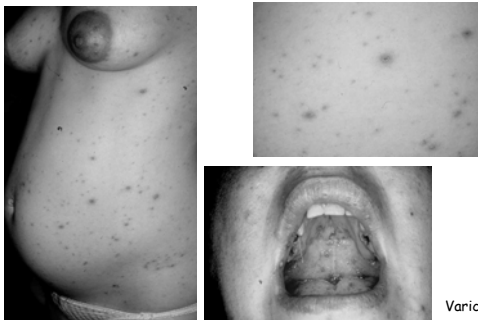
Sarcoïdose ...

• Dermatoses avec évolution imprévisible pendant la grossesse

Acné

Sclérodermie ...

Influence de la grossesse sur des dermatoses pré-existantes ou contemporaines



Varicelle

Influence de la grossesse sur des dermatoses pré-existantes ou contemporaines



Mélanome

Dermatoses impliquant un risque pour l'enfant

• Transmission d'une anomalie génétique (génodermatose)

Problèmes les plus fréquents en pratique : psoriasis, dermatite atopique, ichtyoses, neurofibromatose

• Transmission *in utero* d'un facteur pathogène

Facteur infectieux : toxoplasmose, syphilis, rubéole, CMV, HSV, VZV, Parvo B19

Facteur tumoral : métastase foeto-placentaire de mélanome

Facteur auto-immun : pemphigoïde gravidique, pemphigus, LES et lupus subaigu, dermatomyosite

• Contamination pendant l'accouchement

Facteur infectieux : candidoses, HSV, HPV (risque de papillomatose laryngée)