



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Dermatoses de la grossesse

Pregnancy-specific dermatoses



B. Soutou^{a,b,*}, S. Aractingi^{c,d}

^a Faculté de médecine, université Saint-Joseph, 11-5076 Riad el Solh, Beyrouth, Liban

^b Centre hospitalier du Nord, 100, Jdeidet Zgharta, Liban

^c Service de dermatologie, hôpital Cochin Tarnier, faculté de médecine Paris 5 Descartes, 89, rue d'Assas, 75006 Paris, France

^d Inserm UMR S 938, UPMC, équipe cellules souches fœtales, CDR Saint-Antoine, 27, rue de Chaligny, 75012 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 5 septembre 2014

Mots clés :

Dermatose polymorphe de la grossesse

Eczéma atopique de la grossesse

Pemphigoïde gestationnelle

Cholestase intra-hépatique gravidique

Impétigo herpétiforme

Keywords:

Polymorphic eruption of pregnancy

Atopic eruption of pregnancy

Pemphigoid gestationis

Intrahepatic cholestasis

Impetigo herpetiformis

RÉSUMÉ

Les dermatoses spécifiques de la grossesse incluent la dermatose polymorphe de la grossesse, l'eczéma atopique de la grossesse et la pemphigoïde gestationnelle. La cholestase intra-hépatique gravidique et l'impétigo herpétiforme ne sont pas, stricto sensu, des dermatoses spécifiques de la grossesse. Toutefois, leur connaissance est importante étant donné les risques materno-fœtaux encourus. La dermatose polymorphe gravidique est une dermatose prurigineuse survenant le plus fréquemment au cours du troisième trimestre chez des femmes primipares sans risque maternel ni fœtal. L'eczéma atopique de la grossesse est une entité encore controversée englobant des poussées d'eczéma ou de prurigo avec une association inconstante à un antécédent personnel d'atopie. Enfin, en cas de dermatose prurigineuse de la grossesse, une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe ou un dosage des anticorps anti-BPAg1 (180 kD) NC16a sont requis pour éliminer une pemphigoïde gestationnelle. Un dosage des sels biliaires sériques est nécessaire devant un prurit généralisé de la grossesse pour éliminer une cholestase intra-hépatique.

© 2014 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Pregnancy-specific dermatoses include polymorphic eruption of pregnancy, atopic eczema of pregnancy, and pemphigoid gestationis. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and impetigo herpetiformis are not real pregnancy-specific dermatoses but they are important to know considering the fetal and maternal risks. Polymorphic eruption of pregnancy is a pruritic disease that usually occurs in primiparous women during the last trimester of pregnancy. Atopic eczema of pregnancy is still controversial as an entity covering conditions with eczematous lesions, prurigo, or folliculitis, and inconstantly associated with a personal history of atopy. Skin biopsy with direct immunofluorescence or search for serum anti-BPAg1 (180 kD) NC16a antibodies is mandatory in pruritic dermatoses of pregnancy in order to rule out pemphigoid gestationis. Serum bile salts levels should be tested whenever a generalized pruritus develops during pregnancy in order to rule out intrahepatic cholestasis.

© 2014 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Il existe de nombreuses manifestations cutanées qui peuvent se développer au cours de la grossesse. Celles-ci sont fréquentes et il importe de savoir reconnaître celles qui peuvent nécessiter une prise en charge tout en sachant rassurer les mères concernant les

autres dermatoses, notamment physiologiques. Les manifestations cutanées chez la femme enceinte sont habituellement réparties en cinq groupes :

- les modifications physiologiques de la peau, conséquence des variations sériques des hormones et des médiateurs sécrétés par les ovaires ou le placenta (œstrogènes, progestérone, *human placental lactogen*, facteur de croissance placentaire), de l'expansion

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bsoutou@gmail.com (B. Soutou).

du volume intravasculaire et de la compression occasionnée par l'utérus gravidique. Ces signes apparaissent tôt au cours de la grossesse, avec une intensité variable, et disparaissent après l'accouchement ;

- les dermatoses spécifiques de la grossesse, exclusivement traitées dans cette mise au point ;
- les infections cutanées intercurrentes mettant en danger le pronostic materno-fœtal ;
- les différentes maladies cutanées pouvant s'aggraver au cours d'une grossesse ou affecter la santé du fœtus ;
- les effets secondaires des traitements topiques cutanés et le risque embryonnaire de certaines de ces molécules.

Connaître ces différentes manifestations cutanées associées à la grossesse est essentiel pour le généraliste, l'interniste, le dermatologue et l'obstétricien. En effet, certaines dermatoses nécessitent une prise en charge particulière alors que pour d'autres les explorations et le traitement sont inutiles.

1. Dermatoses spécifiques de la grossesse

Les dermatoses spécifiques (Tableau 1) sont conditionnées par leur survenue stricte au cours ou immédiatement après une grossesse. Leur physiopathologie, encore mal connue, est liée au développement de la gestation. Les ouvrages avaient coutume d'ajouter chaque fois une nouvelle entité basée sur des caractéristiques peu spécifiques, ce qui a abouti à une multitude de dénominations prêtant souvent à confusion. Depuis, plusieurs auteurs ont proposé des classifications plus simples et plausibles [1–3]. Ainsi, nous traitons ici la dermatose polymorphe de la grossesse, l'eczéma atopique de la grossesse et la pemphigoïde gestationnelle. La cholestase intra-hépatique gravidique et l'impétigo herpétiforme ne sont pas, stricto sensu, des dermatoses spécifiques de la grossesse. Toutefois, leur connaissance est fondamentale étant donné les risques materno-fœtaux encourus.

1.1. Présentation clinique

La dermatose polymorphe de la grossesse est une dermatose prurigineuse survenant le plus fréquemment au cours du troisième trimestre (75–83 %) chez des femmes primipares (57,5–70 %) [1,4–6]. Son incidence varie entre 0,4 % et 0,8 % des grossesses [1,4]. Des papules et des plaques d'urticaire très prurigineuses apparaissent d'abord sur le bas abdomen près des vergetures, épargnent une zone péri-ombilicale, et s'étendent ensuite sur le reste du corps souvent en respectant paumes des mains et plantes des pieds (Fig. 1a et b). Toutefois, dans 51 % des cas, l'éruption peut comporter aussi des lésions eczématiformes y compris aux mains et aux pieds avec un aspect parfois de dyshidrose [7]. Il y a parfois un dermographisme. Le prurit est intense, insomniant. Il existe des cas qui débutent en post-partum.

L'eczéma atopique de la grossesse serait la plus fréquente des dermatoses spécifiques de la grossesse dont elle représenterait plus de la moitié [5]. Contrairement aux dermatoses polymorphes, l'éruption débute, dans 76 % des cas, au premier ou deuxième trimestre. Les critères diagnostiques sont clairs mais peu spécifiques. Dans un contexte d'atopie personnelle ou familiale, de taux sérique élevé d'IgE, et de peau souvent sèche, des lésions prurigineuses eczématiformes atteignent les mêmes sites que ceux de la dermatite atopique, notamment les plis du coude et les creux poplités. Dans un tiers des cas, l'aspect clinique est celui d'un prurigo papuleux ou nodulaire atteignant les membres.

La pemphigoïde gestationnelle est une dermatose auto-immune spécifique de la grossesse ou de la période du post-partum. Au plan immunologique, les anticorps sont similaires à ceux de la

pemphigoïde bulleuse. De rares cas ont été rapportés en association avec des moles hydatiformes ou des choriocarcinomes. L'incidence approximative est de 1 sur 7000 grossesses [3,4,8]. Il s'agit le plus souvent de femmes multipares et les lésions surviennent principalement au cours du 2^e ou 3^e trimestre. Précédées d'un prurit intense, les lésions, à type de papules urticariennes de disposition parfois annulaire, commencent typiquement sur la peau péri-ombilicale puis s'étendent sur le tronc et les membres en respectant le visage et les muqueuses (Fig. 2a et b). Ensuite, des bulles claires et tendues peuvent apparaître sur les plaques œdémateuses ou isolément mais l'existence de lésions bulleuses reste minoritaire. La majorité des pemphigoïdes gestationnelles sera donc non bulleuse, caractérisée par des lésions eczématiformes ou urticariennes prurigineuses, d'extension variable, sans lésions muqueuses, cliniquement proche d'une dermatose polymorphe de la grossesse.

1.2. Examens complémentaires

Devant toute éruption prurigineuse urticarienne ou eczématiforme de la grossesse, il est recommandé de faire une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe afin d'éliminer une pemphigoïde gestationnelle. Celle-ci peut néanmoins être remplacée par la recherche d'anti-BPAG1 (180 kD) NC16a [9].

L'aspect histologique des dermatoses polymorphes de la grossesse n'est pas spécifique, montrant un œdème et un infiltrat polymorphe du derme, comportant parfois des éosinophiles et des modifications épidermiques d'intensité variable comportant à des degrés variables de la spongiose, une acanthose ou une parakératose dans l'épiderme. L'immunofluorescence directe est essentielle au diagnostic en éliminant la présence d'anticorps anti-jonction dermo-épidermique.

De même, l'histopathologie de l'eczéma atopique de la grossesse reste peu spécifique et l'immunofluorescence directe est négative. Les IgE sériques auraient un titre élevé dans 20 à 70 % des cas [3].

Dans la pemphigoïde gestationnelle, l'image histologique comprend, un œdème dermique pouvant aller jusqu'à une vésicule sous-épidermique, un infiltrat monocytaire périvasculaire modéré, la présence d'éosinophiles en nombre variable, et parfois une spongiose épidermique. L'immunofluorescence directe est capitale et confirme le diagnostic en montrant un dépôt linéaire fin de C3 ou d'Ig le long de la membrane basale. L'immunofluorescence indirecte détecte des auto-anticorps IgG1 anti-hémidesmosomes (*herpes gestationis factor*) dans 60 % à 90 % des cas. Comme dans la pemphigoïde bulleuse, le western blot met en évidence des anticorps circulants anti-BPAG1 (230 kD) mais surtout anti-BPAG2 (180 kD). Une technique Elisa sensible et spécifique remplace maintenant clairement l'immunofluorescence directe, l'IF indirecte et le western blot en mettant en évidence des anticorps anti-BPAG1 (180 kD) NC16a [9].

1.3. Physiopathologie

Les mécanismes pathogéniques de la dermatose polymorphe de la grossesse ne sont pas connus. Toutefois, plusieurs constatations méritent d'être notées :

- aucune anomalie hormonale, ni d'association HLA, ni d'auto-anticorps circulants ou fixes n'est mise en évidence ;
- une grossesse multiple avec distension majorée de la paroi abdominale et peut-être un surpoids maternel et un poids élevé du nouveau-né, aurait un rôle dans le développement de la maladie [10]. Néanmoins, le fait que l'éruption s'étende aux sites sans distension cutanée tels les membres et même les paumes et les plantes ne permet pas de considérer l'hypothèse d'une distension mécanique comme valide ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5999739>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5999739>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)