

# Dermatoses de la grossesse

**Dr Cédric LENORMAND**

MCU-PH

Mai 2021

# Plan

- Modifications physiologiques de la peau
- Dermatoses spécifiques de la grossesse
- Interactions grossesse / dermatoses courantes
- Spécificités thérapeutiques



# Modifications physiologiques

- Principaux mécanismes :
  - Sécrétion d'hormones et médiateurs par les ovaires et le placenta
    - Augmentation de la mélanogénèse
    - Augmentation de l'angiogénèse cutanée
    - Modifications de l'immunité
      - Augmentation des populations  $Th_2$  et  $T_{reg}$



# Modifications pigmentaires

- **Hyperpigmentation**

- Ligne abdominale médiane

- « ligne blanche » -> « ligne noire »

- Aréoles et mamelons

- Aisselles, périnée, faces internes des cuisses

-> Régression en post-partum, parfois incomplète





# Modifications pigmentaires

- **Mélasma**

- Pigmentation brune à grisâtre du visage, > 2<sup>e</sup>T
  - Centro-faciale (joues, front, lèvre supérieure, nez)
  - Malaire (joues, nez)
  - Mandibulaire (ramus)
- Régression progressive au cours de l'année post-partum, mais rechutes possibles
  - CO, exposition solaire





# Modifications pigmentaires

- **Principes de prise en charge**
  - Prévention +++
    - Photoprotection SPF50+ avec **écran minéral** protégeant de la lumière visible
  - Traitements : si pas de régression en post-partum
    - 1<sup>ère</sup> ligne : dépigmentants topiques  
(ex : trio de Kligman)
    - 2<sup>e</sup> ligne :
      - Peelings (AG, AS)
      - Acide tranexamique (Exacyl®) 250 mg 2x/j, hors AMM (NR)
        - » En l'absence de FdR de thromboembolisme +++
        - » Traitement suspensif uniquement...
    - 3<sup>e</sup> ligne : lasers / lampes à colorant pulsé
      - Prudence : risque de pigmentation post-inflammatoire sur phototypes élevés
      - Nécessité d'un traitement d'entretien
        - » Acide azélaïque, rétinoïdes..





# Modifications vasculaires

- **Erythème palmaire**



- **Angiomes stellaires**

- Territoire cave supérieur
- Régression dans les 2 mois post-partum



- **Varicosités**

- Membres inférieurs, parfois **vulve**
- Hémorroïdes

- **Tumeurs vasculaires**

- Granulomes pyogéniques (2<sup>e</sup> trimestre)
  - **Gencives** (épulis gravidique), doigts





*N Engl J Med* 2018; 378:2123



# Dermatoses spécifiques

- **Pemphigoïde gravidique**

- Rare, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre
  - Ac anti-BP180 (N16CA)
    - Cible : placenta (épithélium amniotique) et peau
- Risque de prématurité (1/3 des cas) et petit poids à la naissance
  - Pas de sur-risque de fausse-couche
  - Pemphigoïde néonatale possible, transitoire
- Diagnostic : idem PB classique
  - Histo + IFD, IFI, ELISA



















## – Traitement :

- 1<sup>ère</sup> ligne : dermocorticoïdes très forts
- 2<sup>e</sup> ligne : corticothérapie systémique (0,5 mg/kg)

## – Evolution :

- Poussée en post-partum (75% des cas), puis atténuation et régression
- Risque de récurrences lors de grossesses ultérieures
  - Plus graves
- Persistance possible
  - Traitements immunomodulateurs
    - » Rituximab, IgIV, azathioprine, ciclosporine...



# Dermatoses spécifiques

- **Eruption polymorphe gravidique**
  - Incidence : 0,4 à 0,8% des grossesses
    - 3<sup>e</sup> trimestre surtout
  - FdR :
    - Primiparité
    - Sexe masculin du fœtus
    - Grossesse multiple
  - **Diagnostic :**
    - Clinique (histologie peu spécifique)









## – **Traitement :**

- Dermocorticoïdes d'activité forte
  - +/- Anti-H1 non sédatifs
    - Loratadine, cétirizine

## – **Evolution :**

- Guérison en 4 à 6 semaines (1 à 2 semaines post-partum)
- Pas de répercussion foetale



# Dermatoses spécifiques

- **Eruptions atopiques de la grossesse**
  - Spectre d'éruptions survenant sur fond atopique
    - Anamnèse +++, IgE totales élevées
    - Fréquentes : 50% des éruptions pendant la grossesse
      - 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> trimestre
  - **Dermatite atopique** « classique »
    - révélée / exacerbée par la grossesse
  - **Purigo atopique** (type Besnier)
  - **Folliculites prurigineuses**
    - Papules/papulo-pustules folliculaires aseptiques, début sur l'abdomen











## – **Traitement** : symptomatique

- Dermocorticoïdes d'activité forte
  - Tacrolimus 0,1% pommade : possible si nécessaire (visage)
- Emollients  
(+/- anti-H1)

– résolution le plus souvent en post-partum



# Dermatoses spécifiques

- **Psoriasis pustuleux généralisé de la grossesse**
  - Ex-« impétigo herpétiforme », très rare
    - Mutations prédisposantes d'*IL36RN*
    - Rôle facilitant d'une hypoparathyroïdie sous-jacente (hypocalcémie) ?
  - 3<sup>e</sup> trimestre, ou en post-partum immédiat
  - Début dans les grands plis, signes généraux +++
    - Fièvre élevée, asthénie, anorexie, nausées
    - Signes d'hypocalcémie parfois (crampes, tétanie, troubles psychiques)









- **Diagnostic** : clinique
  - Prélèvements bactério et myco de pustules
  - Bio : NFS, calcémie, albuminémie, bilan hépatique et rénal
- **Traitement** :
  - Hospitalisation, équilibration hydro-électrolytique
    - Traitement de l'hypocalcémie si besoin
  - Monitoring foetal
    - Retentissement négatif possible +++
  - Corticostéroïdes (prednisone 1 mg/kg)
  - Alternatives : ciclosporine ou anti-TNF $\alpha$ 
    - Ustekinumab, secukinumab
- Récidives possibles à distance
  - Si prise d'oestro-progestatifs, ou nouvelle grossesse





# Dermatoses spécifiques

- **Cholestase intra-hépatique de la grossesse**
  - **Prurit** +++ , *sine materia*, de début palmo-plantaire
    - Fin du 2<sup>e</sup> trimestre / début du 3<sup>e</sup>
  - Ictère : dans 15-25% des cas seulement
  - Bio : augmentation des **sels biliaires totaux** +++
    - élévation des transaminases : 60%
      - PAL, GGT, Bili : peuvent être normaux
  - Risque foetal
    - Corrélié au taux de sels biliaires totaux
      - Majeur si  $> 100 \mu\text{mol/l}$
  - Prise en charge obstétricale spécialisée
    - Traitement symptomatique du prurit : acide ursodésoxycholique



# Grossesse et dermatoses courantes

Aggravation	Amélioration
Acné	Acné
Mycosis fongoïde	Hidrosadénite suppurée
Lupus érythémateux systémique (rein)	Sarcoïdose
Urticaire	Psoriasis
Dermatite atopique	
Mélanome (sur-risque de mortalité)	
Chéloïdes	
Pemphigus	



# Spécificités thérapeutiques

## Voie topique

Topiques contre-indiqués	Topiques autorisés (CRAT)
Adapalène	Péroxyde de benzoyle, acide azélaïque
Trétinoïne	Perméthrine, benzoate de benzyle
5-Fluoro-Uracile	Azols (kétoconazole et miconazole > autres), terbinafine, ciclopiroxolamine
	Podophyllotoxine
	Imiquimod
	Tacrolimus



# Spécificités thérapeutiques

## Voie systémique

Spécialités contre-indiquées	Spécialités autorisées (CRAT)
Rétinoïdes	Gluconate de zinc
Méthotrexate	Cétirizine, lévocétirizine, loratadine, desloratadine, fexofénadine
Mycophénolate mofétil	Ivermectine
Thalidomide, lénalidomide	Ciclosporine*
Cyclines (2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestre)	Azathioprine*
Acétate de cyprotérone, spironolactone	Anti-TNF $\alpha$ *
Aprémilast	Anakinra*
	Hydroxychloroquine
	Colchicine
	Dapsone

\* Rapport bénéfice / risque infectieux à peser



# MERCI DE VOTRE ATTENTION

## Pour en savoir plus :

- B. Soutou, S. Aractingi. Dermatoses de la grossesse. In : Saurat JH et coll. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles, 6<sup>e</sup> éd. Paris : Elsevier/Masson ; 2017.
- Vaughan-Jones S et al. Skin diseases in pregnancy. *BMJ* 2014;348:g3489

