



Article scientifique

Article

2022

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Peau et grossesse

Alvarez Martinez, David; Ricard-Gauthier, Dominique; Carbonne, Bruno; Kaya, Guerkan

How to cite

ALVAREZ MARTINEZ, David et al. Peau et grossesse. In: Revue médicale suisse, 2022, vol. 18, n° 775, p. 596–603. doi: 10.53738/REVMED.2022.18.775.596

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:166542>

Publication DOI: [10.53738/REVMED.2022.18.775.596](https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.775.596)

Peau et grossesse

Dr DAVID ALVAREZ MARTINEZ^{a,*}, Dre DOMINIQUE RICARD-GAUTHIER^{b,*}, Pr BRUNO CARBONNE^b et Pr GÜRKAN KAYA^{a,c}

Rev Med Suisse 2022; 18: 596-603 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.775.596

La grossesse a un impact considérable sur le statut hormonal de l'organisme, influençant ainsi la physiologie cutanée. Cela se traduit par des dermatoses qui ne se manifestent que pendant la grossesse. Cette dernière peut également améliorer ou exacerber des dermatoses préexistantes. Dans cet article, nous précisons la prise en charge des dermatoses spécifiques de la grossesse: l'eczéma atopique de la grossesse, l'éruption polymorphe gravidique, la pemphigoïde gestationnelle, l'impétigo herpétiforme et la cholestase intrahépatique gravidique. Il est important de distinguer ces dermatoses, puisque la pemphigoïde gestationnelle, l'impétigo herpétiforme et la cholestase intrahépatique gravidique présentent un risque fœtal et par conséquent nécessitent un suivi obstétrical rapproché.

Skin and pregnancy

Pregnancy has a substantial impact on the hormonal status of the organism, consequently influencing the physiology of the skin. This results in dermatoses that only occur during pregnancy, which can also improve or exacerbate pre-existing dermatoses. In this article, we explain the management of pregnancy-specific dermatoses: atopic eruption of pregnancy, polymorphic eruption of pregnancy, pemphigoid gestationis, impetigo herpeticiformis, and intrahepatic cholestasis of pregnancy. It is essential to clearly distinguish these different dermatoses as some of them, such as pemphigoid gestationis, impetigo herpeticiformis and intrahepatic cholestasis of pregnancy, can have fetal consequences and as result, need to be closely monitored by the obstetricians.

INTRODUCTION

Lors d'une grossesse, les patientes peuvent présenter différentes manifestations cutanées en raison des modifications sur le plan hormonal d'origines placentaire et ovarienne. En effet, cela est induit par l'augmentation des œstrogènes, de la progestérone, du hPL (Human Placenta Lactogen) et du PIGF (Placental Growth Factor).¹ Depuis quelques années, ces manifestations cutanées ont été divisées principalement en quatre grands groupes: les modifications physiologiques, les dermatoses spécifiques de la grossesse, l'aggravation de pathologies dermatologiques préexistantes et les infections cutanées. Il est important de différencier ces manifestations cutanées puisque certaines peuvent avoir des conséquences materno-fœtales.

Dans cet article, nous nous focalisons particulièrement sur les changements physiologiques durant la grossesse, les derma-

tosés affectées par cette dernière et ses dermatoses spécifiques (l'eczéma atopique de la grossesse, l'éruption polymorphe gravidique, la pemphigoïde gestationnelle, l'impétigo herpétiforme et la cholestase intrahépatique gravidique). Ces dernières sont fréquentes et peuvent facilement être prises en charge par une collaboration dermatologique et obstétricale. Elles sont conditionnées par leur survenue uniquement chez les femmes enceintes ou immédiatement après une grossesse (**tableau 1**).

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES DURANT LA GROSSESSE

Les changements physiologiques durant la grossesse sont dus à l'augmentation du taux d'hormones qui influence différents mécanismes tels que la stimulation de la prolifération des kératinocytes, l'angiogenèse, la mélanogenèse, la synthèse de collagène, ainsi que le développement de lymphocytes T helper 2 (Th2) et T régulateur (Treg). En conséquence, cela cause des modifications pigmentaire, vasculaire, structurelle et annexielle.

Sur le plan pigmentaire, il est noté l'apparition d'une hyperpigmentation lors du 1^{er} trimestre, notamment sur la ligne blanche appelée la linea nigra ou ligne brune. Sur le plan vasculaire, il est noté une congestion vasculaire due à une diminution de la résistance vasculaire artérielle avec la possible apparition d'angiomes stellaires, d'un érythème palmaire, d'œdèmes des extrémités et des membres inférieurs, des hémorroïdes, des hémangiomes capillaires lobulaires, un purpura, ainsi que des varicosités des membres inférieurs. Sur le plan structurel, il peut être observé l'apparition de vergetures au 3^e trimestre, sans possibilité de prévention, et des acrochordons (petites excroissances de peau de couleur chair et mesurant entre 2 et 5 mm). Sur le plan annexiel, il est noté une hyperpilosité du visage, des bras et des jambes, et l'absence de chute de cheveux.²⁻⁵

DERMATOSES AFFECTÉES PAR LA GROSSESSE

En raison des différents processus hormonaux liés à la grossesse ou encore de la modification du système immunitaire, cela peut affecter une maladie préexistante. En effet, on constate parfois soit une aggravation de pathologies comme le lupus, la dermatomyosite, le pemphigus, le mycosis fongicoïde, la dermatite atopique, l'acné,^{6,7} soit une amélioration transitoire d'autres pathologies comme le psoriasis ou la maladie de Verneuil.⁷

ECZÉMA ATOPIQUE DE LA GROSSESSE

L'eczéma atopique de la grossesse (**tableau 1**) est la dermatose spécifique la plus fréquente de cette période puisqu'elle

^aService de dermatologie et vénéréologie, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier Princesse Grace, 1 avenue Pasteur, 98000 Monaco, ^cService de pathologie clinique, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
david.alvarezmartinez@hcuge.ch | dominique.ricard-gauthier@chpg.mc
bruno.carbonne@chpg.mc | guerkan.kaya@hcuge.ch

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

TABLEAU 1 Récapitulatif des dermatoses spécifiques de la grossesse

	Eczéma atopique de la grossesse	Éruption polymorphe gravidique	Pemphigoïde gestationnelle	Impétigo herpétiforme	Cholestase intrahépatique gravidique
Apparition	1 ^{er} et 2 ^e trimestres	<ul style="list-style-type: none"> 3^e trimestre et en post-partum Femmes primipares 	<ul style="list-style-type: none"> Durant toute la grossesse (souvent 2^e ou 3^e trimestre) et en post-partum Femmes multipares 	<ul style="list-style-type: none"> 3^e trimestre Femmes primipares 	2 ^e et 3 ^e trimestres
Type de lésion	Eczéma, papules érythémateuses, xérose cutanée	Plaques urticariennes ou eczématiformes, dyshidrose (polymorphe)	Papules érythémateuses avec plaques urticariennes, vésicules et rarement bulles	Plaques érythémateuses et pustules	Absence de lésion cutanée primaire: excoriations postgrattage
Régions atteintes	Plis, tronc, visage, cou et extrémités	Bas abdomen au niveau des vergetures, sans atteinte de l'ombilic Extension secondaire au reste du corps à l'exception du visage et de la région palmoplantaire	Ombilic, tronc et membres	Grands plis	Non spécifiques
Investigations primordiales	Si doute, exclure une pemphigoïde bulleuse	Si doute, exclure une pemphigoïde bulleuse	Immunofluorescence directe et anticorps anti-BP180	Biopsie cutanée et bilan biologique (formule sanguine complète, calcémie, albumine, vitamine D et CRP) et sédiment urinaire	Dosages des sels biliaires et hépatites virales
Risque fœtal	Non	Non	Retard de croissance intra-utérin, faible poids de naissance, prématurité et accouchement par césarienne	Réservé	Prématurité, mort fœtale
Risque maternel	Non	Non	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> Non si cholestase gravidique pure Cholélithiases
Traitements	Dermocorticoïdes, émoullissants, photothérapie	Dermocorticoïdes, antihistaminiques	Dermocorticoïdes, émoullissants, corticothérapie orale, antihistaminiques, omalizumab, dupilumab	Dermocorticoïdes, corticothérapie orale, ciclosporine, anti-TNF α	Acide ursodésoxycholique, cholestyramine, antihistaminiques
Évolution	Résolution en post-partum	Rémission spontanée après 4 semaines depuis son apparition	Rémission spontanée en post-partum	En post-partum	En post-partum
Récidive	Possible	Rare	Fréquente et plus importante	Possible	Relativement fréquente et plus précocement
Commentaire	-	-	Prurit précédant l'éruption cutanée	-	Les tests hépatiques et de la cholestase ne sont pas suffisants pour exclure la pathologie

représente la moitié des dermatoses.⁸ Elle apparaît tôt dans la grossesse, avec les premiers signes cutanés pouvant survenir au 1^{er} ou au 2^e trimestre. Le diagnostic doit être évoqué, notamment lorsque l'on se trouve face à un contexte d'atopie personnelle ou familiale, mais pas nécessairement.

La physiopathologie de cette entité est due à une augmentation des cytokines Th2 stimulées par les hormones de la grossesse et un switch en une réponse immunitaire humorale.⁹

Présentation clinique

Sur le plan clinique (figures 1 et 2a), elle se manifeste par une éruption eczématiforme prurigineuse aux foyers bastions de l'eczéma atopique, soit la face, le cou et les plis. Il est aussi

noté une xérose ainsi que des papules excoriées parlant en faveur d'un prurigo.¹⁰

Diagnostic

Le diagnostic différentiel s'ouvre entre l'érythème polymorphe gravidique ou la cholestase intrahépatique gravidique. L'histopathologie met en évidence un aspect spongi-forme¹¹ et l'immunofluorescence directe est négative. Il peut être noté une élévation sérique des IgE (immunoglobulines E) totaux.

Pronostic obstétrical

Il n'y a pas de conséquences materno-fœtales.

FIG 1 Éruption eczématiforme



(Service de dermatologie et vénéréologie, HUG, Genève).

Prise en charge et récurrence

Le traitement consiste en la prescription de dermocorticoïdes d'activité modérée une fois par jour jusqu'à résolution des symptômes ainsi qu'en l'application d'émollients plusieurs fois par jour ou de crèmes à base de polidocanol. En cas d'atteinte sévère, une photothérapie UVB (ultraviolet B) peut être proposée. Toutefois, il ne faut pas oublier de discuter avec les patientes du risque d'aggravation d'un éventuel mélasma, connu également sous le terme de «masque de grossesse».¹²

Dans certains cas, une surinfection bactérienne nécessitant une antibiothérapie peut se développer.

Cette dermatose s'améliore en post-partum et peut réapparaître lors de grossesses ultérieures.

ÉRUPTION POLYMORPHE GRAVIDIQUE

L'éruption polymorphe gravidique (tableau 1) est aussi connue anciennement sous le nom de PUPP (Pruritic Urticarial Papules

and Plaques of Pregnancy). Il s'agit d'une dermatose fréquente. Elle a une prévalence de 0,05% et se présente le plus souvent chez les patientes primipares, lorsque le fœtus est de sexe masculin ou lors de grossesse gémellaire. Elle apparaît au 3^e trimestre et parfois durant le post-partum.

La physiopathologie reste jusqu'à ce jour encore inconnue. Il est suggéré une réaction allergique suite à des dommages dermiques en lien avec l'étirement cutané laissant place aux vergetures.¹³

Présentation clinique

Sur le plan clinique (figures 2b et 3), on retrouve des plaques papuleuses urticariennes prurigineuses apparaissant au bas de l'abdomen sur les vergetures tout en épargnant l'ombilic. Puis, il y a une extension secondaire au reste du corps, qui n'atteint toutefois pas la région palmoplantaire et le visage. Occasionnellement, on peut observer un développement de lésions eczématiformes et une dyshidrose palmoplantaire. En raison de cette hétérogénéité clinique, cette dermatose s'est vue attribuée l'épithète «polymorphe».

Diagnostic

Le diagnostic différentiel majeur s'ouvre avec la pemphigoïde gestationnelle, une urticaire simple, une dermatite de contact en raison de la présence de vésicules ou une cause parainfectieuse. L'histopathologie met en évidence un aspect spongiforme avec la présence d'un infiltrat éosinophilique.¹¹ Le diagnostic est retenu devant les négativités de l'immunofluorescence directe et de la recherche par ELISA (Enzyme-Linked Immuno Assay) des anticorps anti-BP180.

Pronostic obstétrical

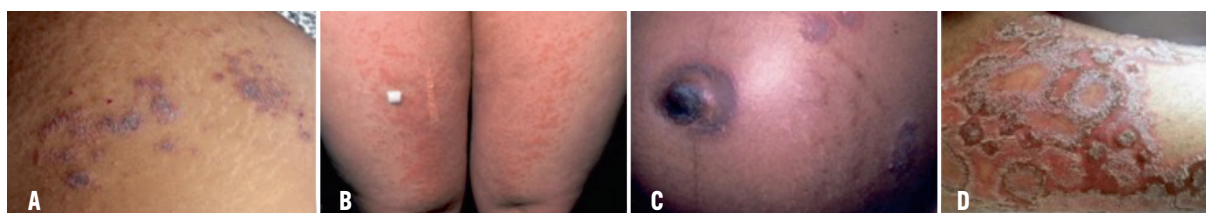
Il n'y a pas de conséquences materno-fœtales.

Prise en charge et récurrence

Le traitement repose sur la symptomatologie. Des dermocorticoïdes sont prescrits 1 fois par jour jusqu'à résolution des symptômes associés à des antihistaminiques pouvant aller jusqu'à 4 fois par jour (posologie minimale à identifier). Dans certains cas, on peut envisager d'instaurer une corticothérapie orale courte. Toutefois, cette dermatose est autolimitée avec une résolution spontanée en 4 semaines après le début des symptômes. La récurrence est rare.¹³

FIG 2 Récapitulatif iconographique des dermatoses spécifiques de la grossesse

A: Eczéma atopique de la grossesse. B: Éruption polymorphe gravidique. C: Pemphigoïde gestationnelle. D: Impétigo herpétiforme.



(Figures 2A, 2B et 2C: Service de dermatologie et vénéréologie, HUG, Genève; figure 2D avec l'aimable autorisation de la Pre Sahar Dadkhahfar, Téhéran, Iran).²²

FIG 3 Nombreuses papules urticariennes avec épargne de l'ombilic



(Service de dermatologie et vénéréologie, HUG, Genève).

PEMPHIGOÏDE GESTATIONNELLE

La pemphigoïde gestationnelle (**tableau 1**) est une dermatose auto-immune très rare, avec une incidence de 1 sur 20 000 à 50 000 grossesses. Elle est plus fréquente chez les patientes multipares et peut apparaître à n'importe quel moment de la grossesse ou lors du post-partum. Cependant, on l'observe plus fréquemment au 3^e trimestre.

Par ailleurs, il s'agit de la seule dermatose de la grossesse pouvant induire des lésions cutanées (vésicules) chez le fœtus de façon transitoire. Cela est dû au passage des anticorps maternels à travers le placenta.¹⁴

La physiopathologie n'est pas encore tout à fait définie, mais il est généralement admis que cela est dû à une perte de l'immunotolérance maternelle à l'égard du placenta et du fœtus. En conséquence, cela entraînerait la formation d'autoanticorps dirigés contre le principal antigène cible, le collagène XVII (BP180), qui est présenté au système immunitaire maternel par les complexes majeurs d'histocompatibilité de classe II (CMH-II), exprimés en abondance dans le placenta.

De plus, il a été émis également l'hypothèse que les œstrogènes et la progestérone jouent un rôle dans la physiopathologie de cette maladie, en s'appuyant sur l'observation de multiples poussées en post-partum, lors des menstruations ou en cas de prise de contraceptifs oraux.¹⁵

Présentation clinique

Avant l'apparition de manifestations cutanées (**figures 2c et 4**), les patientes se plaignent d'un important prurit. Puis, on observe en premier lieu des papules érythémateuses, ainsi que des plaques urticariennes pouvant prendre une forme annulaire. Elles débutent au niveau de l'ombilic avant de s'étendre au tronc et aux membres, en épargnant les régions des muqueuses et du visage. Dans un deuxième temps, des vésicules peuvent apparaître et, plus rarement, des bulles à contenu clair sur un fond érythémateux.¹⁶

Diagnostic

L'histopathologie met en évidence des microabcès sous-épidermiques à polynucléaires éosinophiles. Le diagnostic est posé par l'immunofluorescence directe avec présence de dépôts linéaires de C3 le long de la jonction dermoépidermique. Les anticorps anti-BP180 peuvent quasiment à eux seuls déterminer le diagnostic étant donné que les ELISA BP180-NC16A sont très spécifiques et sensibles. De plus, leur titre permet le suivi de l'activité de la maladie.¹⁶

Le diagnostic différentiel s'ouvre entre l'éruption polymorphe gravidique ou une toxidermie médicamenteuse.

Pronostic obstétrical

Les études ont mis en évidence une augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin, de bas poids de naissance, une augmentation du nombre de césariennes et de prématurité. Cela serait probablement dû à une insuffisance placentaire induite par la maladie. Par conséquent, un suivi échographique plus rapproché est recommandé, surtout lorsque cette dermatose survient précocement ou si des bulles sont présentes.¹⁴

Prise en charge et récurrence

Le traitement de base est l'application de dermocorticoïdes une fois par jour jusqu'à résolution des symptômes. En cas de formes plus graves, une corticothérapie orale (0,5 à 1 mg/kg/jour) peut être prescrite. Si la patiente est très symptomatique sur le plan du prurit, des antihistaminiques peuvent être indiqués, y compris sédatifs.^{14,17} Comme autre option thérapeutique, il est nécessaire de mentionner la plasmaphérèse, les immunoglobulines¹⁸ et, plus récemment, les biothérapies. L'omalizumab¹⁹ peut être essayé et un cas traité efficacement par le dupilumab a été récemment rapporté.²⁰ L'expérience du service avec une patiente est similaire. Le profil de cette molécule semble sûr lors de la grossesse.²¹

La pemphigoïde gestationnelle s'améliore parfois spontanément en fin de grossesse et se résout durant les mois suivant

l'accouchement. Elle peut récidiver lors de la prise d'une contraception orale, des menstruations et lors d'une nouvelle grossesse, avec un tableau clinique plus sévère et d'apparition plus précoce.

IMPÉTIGO HERPÉTIFORME

L'impétigo herpétiforme (**tableau 1**), contrairement à ce que son nom indique, n'est pas dû à une infection herpétique. Il s'agit d'un psoriasis pustuleux généralisé érythrodermique déclenché par la grossesse. Il apparaît au 3^e trimestre et plus fréquemment chez les nullipares. Seulement un tiers des patientes sont connues pour un psoriasis.

La physiopathologie de l'impétigo herpétiforme est encore méconnue. Quelques patientes malades sont porteuses de mutations dans le gène *IL36RN* et le nombre de mutations est corrélé avec le degré de sévérité de l'atteinte.²²

Présentation clinique

Sur le plan clinique (**figures 2d et 5**), on observe des plaques érythémateuses bordées de pustules stériles au niveau des grands plis, symétriques et centrifuges. Il y a un état fébrile, une perturbation de l'état général, des nausées, des vomissements et des diarrhées. Des symptômes neuromusculaires tels que des douleurs musculaires, des crises convulsives, des parésies transitoires, etc., peuvent aussi être présents.²²

Diagnostic

Une biopsie cutanée doit être réalisée. Elle peut montrer une image histologique de psoriasis pustuleux. Un bilan biologique retrouve une neutrophilie, une hypoalbuminémie avec une hypocalcémie secondaire, une hypovitaminose D et un syndrome inflammatoire. Il est également nécessaire d'exclure une protéinurie.¹⁶

Pronostic obstétrical

Le pronostic foetal est engagé, avec la possibilité de mort in utero par insuffisance placentaire. En ce qui concerne la

	FIG 5	Plaques érythémateuses avec de nombreuses pustules, certaines coalescentes	
--	--------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--



(Avec l'aimable autorisation de la Pre Ying Chen, Changchun, Chine).³⁰

mère, le risque est lié à une mauvaise prise en charge et aux convulsions secondaires à l'hypocalcémie.²²

Prise en charge et récurrence

Le traitement consiste en des dermocorticoïdes de classe d'activité très forte (classe IV) une fois par jour, une photothérapie, une corticothérapie orale, la ciclosporine ou encore les anti-TNF α . Il peut être nécessaire de débiter une substitution calcique. Une récurrence lors des prochaines grossesses ou lors de la prise d'un contraceptif oral est possible.²²

CHOLESTASE INTRAHÉPATIQUE GRAVIDIQUE

La cholestase intrahépatique gravidique (**tableau 1**) a longtemps été exclue de cette catégorie en raison de l'absence de manifestation cutanée. Elle apparaît au 2^e ou au 3^e trimestre. Son incidence est de moins de 1% en Europe.²³ Elle est plus fréquente chez les patientes ayant des origines sud-américaines, scandinaves ou baltiques, ainsi qu'en cas d'antécédent de cholestase intrahépatique durant les grossesses précédentes ou lors de grossesse gémellaire.²⁴

Elle est due à une diminution de l'excrétion des acides biliaires qui mène à une augmentation du taux sérique. Un des facteurs prédisposants est une mutation, par exemple *ABCB4*, qui code pour une protéine dans le transporteur de la bile.²⁵ Cela peut se manifester uniquement lors de la grossesse en raison de l'excédent de bile qui empêche la sécrétion de la protéine.

FIG 4	Plaques urticariennes affectant l'ombilic
--------------	--------------------------------------------------



(Service de dermatologie et vénéréologie, HUG, Genève).

Présentation clinique

Sur le plan clinique, on observe des lésions secondaires (excoriations ou prurigo), c'est-à-dire induites par les grattements à répétition de la patiente. Il n'y a pas de lésions primaires. Le prurit apparaît brutalement, principalement de nuit et débute au niveau palmoplantaire.²³

Diagnostic

Le diagnostic se fait grâce à une prise de sang avec quantification des sels biliaries. Ils sont considérés comme pathologiques lorsque le taux s'élève à plus de 10 $\mu\text{mol/l}$.²³ Une cytolyse hépatique modérée est fréquente. Le diagnostic différentiel s'ouvre, en cas d'atteinte hépatique, avec les hépatites virales ou autres pathologies hépatiques. La survenue d'un ictère, d'une cytolyse hépatique sévère, d'anomalies de la numération sanguine (thrombopénie et hémolyse) ou de l'ionogramme sanguin, doit faire évoquer une autre pathologie hépatique d'origine gravidique telle que la SHAG (stéatose hépatique aiguë gravidique) ou le syndrome HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet), notamment.

Pronostic obstétrical

Les principaux risques associés à la cholestase sont les complications périnatales de la prématurité induites médicalement et le risque de mort in utero, principalement observé lorsque le taux sérique d'acides biliaries est supérieur à 40 $\mu\text{mol/l}$. Il n'existe pas de consensus international concernant la provocation de l'accouchement. Cependant, la plupart des recommandations préconisent une provocation lorsque les acides biliaries sont supérieurs à 40 $\mu\text{mol/l}$ et avant 37 semaines d'aménorrhée lorsque le taux est au-delà de 100 $\mu\text{mol/l}$.²⁶

Prise en charge et récurrence

Le traitement consiste en la prescription d'acide ursodésycolique à raison de 10 à 15 mg/kg/jour.²⁶ Il permet d'abaisser le taux de sels biliaries, ainsi que leur passage à travers la barrière foetoplacentaire. Il améliore la symptomatologie maternelle ainsi que la fonction hépatique. Toutefois, jusqu'à ce jour, une diminution des risques périnataux n'a pas été démontrée.²³ Il est recommandé de débiter à petites doses, puis d'augmenter jusqu'à obtenir la diminution du prurit et du taux sérique de sels biliaries. Comme effets secondaires, il peut y avoir des diarrhées. La colestyramine peut être une alternative.

En règle générale, la pathologie se résout en post-partum mais, en cas de persistance, il faut rechercher une autre maladie hépatique, notamment la cirrhose biliaire primaire.

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE

En se basant sur l'anamnèse de la patiente (parité, antécédents obstétricaux et d'atopie, ainsi que le trimestre de la grossesse) et sur un examen clinique approfondi, il est possible de s'orienter sur la probable étiologie. Les figures 2, 6 et 7 résument le propos.

PRONOSTICS (MATERNEL ET FŒTAL) ET TRAITEMENTS

Les pronostics maternel et foetal ont été détaillés pour chaque pathologie et sont résumés dans le tableau 1. En ce qui concerne les traitements, ils ont été présentés dans chaque partie de la dermatose et peuvent aussi être trouvés dans cet article.¹⁶

FIG 6 Algorithme diagnostique

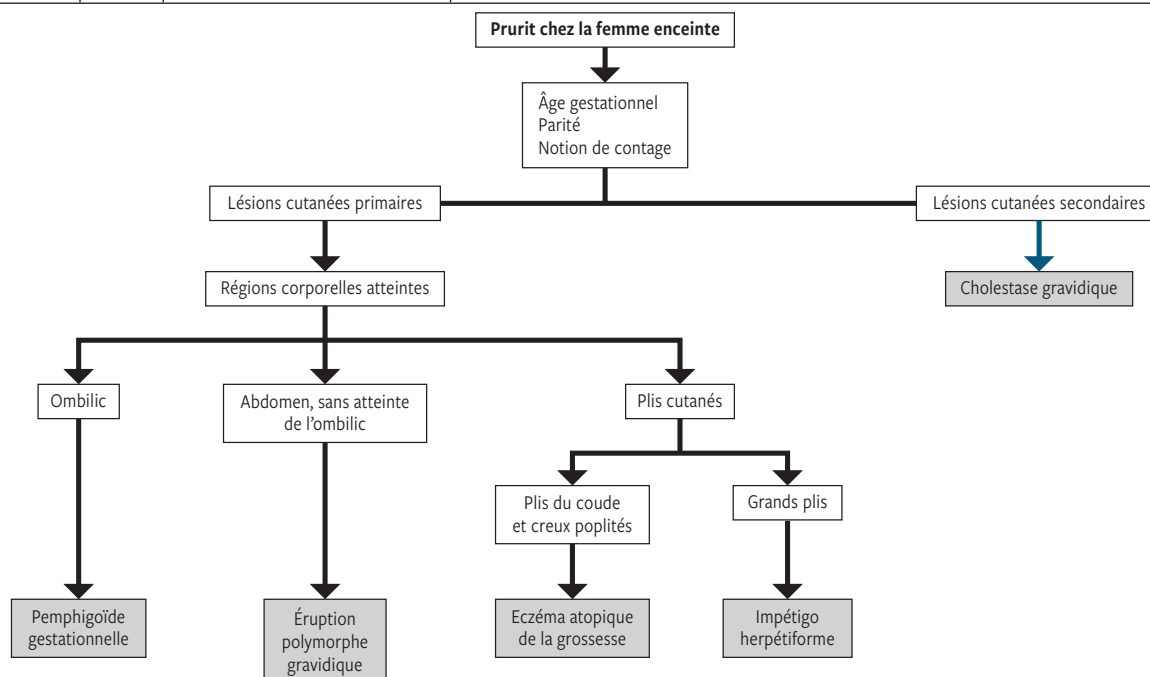
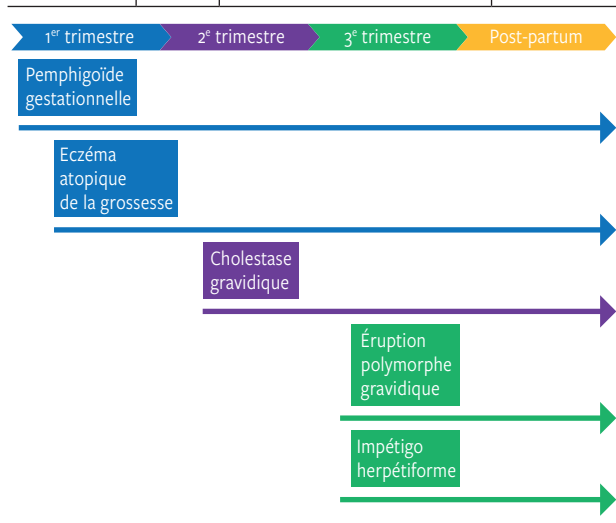


FIG 7 Chronologie d'apparition


DERMOCORTICOÏDES, ANTIHISTAMINIQUES ET GROSSESSE

Les dermocorticoïdes sont sans risque pendant la grossesse.²⁷ En effet, une revue *Cochrane*²⁸ n'a pas montré d'augmentation de malformations, y compris de fente palatine, ou d'accouchement prématuré. Toutefois, il est recommandé d'utiliser des dermocorticoïdes de classe d'activité modérée si la symptomatologie le permet. Le butyrate d'hydrocortisone (Locoid crème) est le dermocorticoïde contenant la substance la plus proche du cortisol physiologique maternel. Ce dernier nous semble le plus approprié et donc à privilégier lors des prescriptions. Les dermocorticoïdes doivent être appliqués une fois par jour jusqu'à résolution des symptômes. L'instauration d'un schéma dégressif (1 ×/jour pendant 7 à 10 jours, puis 1 ×/jour tous les deux jours pendant 7 à 10 jours, puis 3 ×/semaine pendant 1 à 2 semaines) peut être une alternative.

La corticothérapie orale est à éviter en raison du risque de retard de croissance ou de développement de fente palatine si la prise a lieu lors du premier trimestre. Il faut privilégier les corticostéroïdes passant peu ou pas la barrière placentaire (prednisone, prednisolone). La durée du traitement doit être aussi courte que possible. Chez la mère, cela peut éventuellement participer au développement d'un diabète gestationnel.

Enfin, les antihistaminiques peuvent être utilisés tout au long de la grossesse. Les plus étudiés sont la cétirizine et la desloratadine.²⁹

Le site du Centre de référence sur les agents tératogènes (www.lecrat.fr), ainsi que le livre *Médicaments, grossesse et lactation* 4^e édition chez Médecine & Hygiène sont à votre disposition au moindre doute.

CONCLUSION

Les dermatoses spécifiques de la grossesse sont des pathologies fréquentes, récidivantes, et qui peuvent engendrer un stress chez les patientes et les médecins. Il est important d'identifier quelle pathologie affecte la patiente étant donné que certaines peuvent être fatales pour le fœtus ou engendrer des complications maternelles. Pour cela, l'anamnèse (trimestre d'apparition de la dermatose et antécédents) ainsi que l'examen clinique sont des outils très efficaces pour le clinicien. En cas de doute, une biopsie cutanée, le dosage des anticorps anti-BP180, une calcémie et/ou le dosage des sels biliaires doivent être réalisés. Le traitement angulaire se base fréquemment sur les dermocorticoïdes. Ces derniers sont sûrs pour le fœtus et la patiente. Il n'y a pas lieu de craindre la prescription de ces molécules.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La pemphigoïde gestationnelle, l'impétigo herpétiforme et la cholestase intra-hépatique gravidique présentent un risque pour le fœtus
- Les dermocorticoïdes sont sans risque pour le fœtus
- Le site du Centre de référence sur les agents tératogènes (www.lecrat.fr) est à consulter en cas d'interrogation

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Les articles de références ont été trouvés sur le moteur de recherche PubMed en utilisant les mots clés suivants: «pregnancy», «biological changes», «specific dermatoses of pregnancy», «atopic eruption of pregnancy», «polymorphic eruption of pregnancy», «gestational pemphigoid», «pemphigoid gestationis», «herpes gestationis», «intrahepatic cholestasis of pregnancy», «impetigo herpetiformis», «safety» et «treatment», ainsi que sur Cochrane.

1 Napso T, Yong HEJ, Lopez-Tello J, Sferuzzi-Perri AN. The Role of Placental Hormones in Mediating Maternal Adaptations to Support Pregnancy and Lactation. *Front Physiol* 2018;9:1091.

2 Muallem MM, Rubeiz NG. Physiological and Biological Skin Changes in Pregnancy. *Clin Dermatol* 2006;24:80-3.

3 Tyler KH. Physiological Skin Changes during Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:119-24.

4 Gizlenti S, Ekmekci TR. The Changes in the Hair Cycle during Gestation and the Post-Partum Period. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28:878-81.

5 Vora RV, Gupta R, Mehta MJ, et al. Pregnancy and Skin. *J Family Med Prim Care* 2014;3:318-24.

6 Snarskaya ES, Olisova OY, Makatsariya AD, et al. Skin Pathologies in Pregnancy. *J Perinat Med* 2019;47:371-80.

7 Yang CS, Teeple M, Muglia J, Robinson-

Bostom L. Inflammatory and Glandular Skin Disease in Pregnancy. *Clin Dermatol* 2016;34:335-43.

8 *Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The Specific Dermatoses of Pregnancy Revisited and Reclassified: Results of a Retrospective Two-Center Study on 505 Pregnant Patients. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:395-404.

9 Wilder RL. Hormones, Pregnancy, and

Autoimmune Diseases. *Ann N Y Acad Sci* 1998;840:45-50.

10 Ingber A. Atopic Eruption of Pregnancy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:984; author reply 985.

11 Massone C, Cerroni L, Heidrun N, et al. Histopathological Diagnosis of Atopic Eruption of Pregnancy and Polymorphic Eruption of Pregnancy: A Study on 41 Cases. *Am J Dermatopathol* 2014;36:812-21.

- 12 Grunewald S, Staubach P. Dermatological Topical and Systemic Therapy during Pregnancy. *Hautarzt* 2017;68:127-35.
- 13 Brandão P, Sousa-Faria B, Marinho C, et al. Polymorphic Eruption of Pregnancy: Review of Literature. *J Obstet Gynaecol* 2017;37:137-40.
- 14 *Sadik CD, Lima AL, Zillikens D. Pemphigoid Gestationis: Toward a Better Understanding of the Etiopathogenesis. *Clin Dermatol* 2016;34:378-82.
- 15 Kanwar AJ. Pemphigoid Gestationis. *Br J Dermatol* 2015;172:6-7.
- 16 **Lehrhoff S, Pomeranz MK. Specific Dermatoses of Pregnancy and Their Treatment. *Dermatol Ther* 2013;26:274-84.
- 17 Lipozenčić J, Ljubojević S, Bukvić-Mokos Z. Pemphigoid Gestationis. *Clin Dermatol* 2012;30:51-5.
- 18 Almeida FT, Sarabando R, Pardal J, Brito C. Pemphigoid Gestationis Successfully Treated with Intravenous Immunoglobulin. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr2018224346.
- 19 El-Qutob D. Off-Label Uses of Omalizumab. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016;50:84-96.
- 20 Riquelme-Mc Loughlin C, Mascaró JM. Treatment of Pemphigoid Gestationis with Dupilumab. *Clin Exp Dermatol* 2021;46:1578-9.
- 21 Khamisy-Farah R, Damiani G, Kong JD, Wu JH, Bragazzi NL. Safety Profile of Dupilumab during Pregnancy: A Data Mining and Disproportionality Analysis of over 37,000 Reports from the WHO Individual Case Safety Reporting Database (VigiBase™). *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2021;25:5448-51.
- 22 Namazi N, Dadkhahfar S. Impetigo Herpetiformis: Review of Pathogenesis, Complication, and Treatment. *Dermatol Res Pract* 2018;2018:5801280.
- 23 **Hagenbeck C, Hamza A, Kehl S, et al. Management of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Recommendations of the Working Group on Obstetrics and Prenatal Medicine – Section on Maternal Disorders. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2021;81:922-39.
- 24 Williamson C, Geenes V. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2014;124:120-33.
- 25 Dixon PH, Williamson C. The Pathophysiology of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2016;40:141-53.
- 26 Bicocca MJ, Sperling JD, Chauhan SP. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: Review of Six National and Regional Guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;231:180-7.
- 27 Chi CC, Wang SH, Kirtschig G. Safety of Topical Corticosteroids in Pregnancy. *JAMA Dermatol* 2016;152:934-5.
- 28 **Chi CC, Lee CW, Wojnarowska F, Kirtschig G. Safety of Topical Corticosteroids in Pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD007346.
- 29 **Murase JE, Heller MM, Butler DC. Safety of Dermatologic Medications in Pregnancy and Lactation: Part I. *Pregnancy. J Am Acad Dermatol* 2014;70:401.e1-14; quiz 415.
- 30 Yao X, Zhang X, Peng M, et al. A Case of Impetigo Herpetiformis in which Termination of Pregnancy Was Required. *J Int Med Res* 2020;48:300060520933811.

* à lire

** à lire absolument