



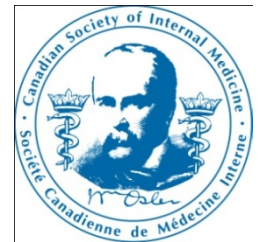
Société canadienne de médecine interne

Conférence annuelle 2016

Montréal, QC

**Les troubles
dermatologiques de la
grossesse**

*Annabelle Cumyn
Université de Sherbrooke
CHU Sainte Justine*



Société canadienne de médecine interne
Conférence annuelle 2016
Montréal, QC

L'atelier suivant présente le point de vue du conférencier en date de la conférence.

L'information est à visée pédagogique et ne doit, en aucun cas, remplacer le jugement clinique ou les autres sources d'information.

Société canadienne de médecine interne
Conférence annuelle 2016
Montréal, QC

Déclaration de conflits

Le conférencier n'a reçu aucun honoraire externe
Le conférencier est membre du GÉMOQ et de la NASOM

Parmi les traitements discutés dans cet atelier se retrouvent:
Prednisone orale
Crèmes dermatologiques en général

Objectifs établis

1. Évaluer une patiente enceinte avec des lésions cutanées et reconnaître les dermatoses de la grossesse (PUPPP, pemphigoid gestationis, éruption atopique de la grossesse, psoriasis pustuleux).
2. Connaître les indications de biopsie.
3. Débuter un traitement pour les dermatoses de la grossesse.
4. Prévoir le suivi requis pour le pemphigoid gestationis, expliquer le risque d'atteinte néonatal et conseiller sur le risque de récurrence dans les grossesses subséquentes.

Vos objectifs?

Mes objectifs

- NE PAS paniquer
- Me rappeler ce que je sais
- Réfléchir avec mon cadre cognitif
- Maîtriser une série de crèmes

Que savons-nous déjà?

Pré-test

Les défis dermatologiques en grossesse

1. Changement récents de la nomenclature
2. Tant de lésions se ressemblent (en tout cas à mes yeux!)

Jeu 2: aussi sous le nom de...

A. PUPPPP

B. Pemphigoid gestationis

C. Psoriasis pustuleux

D. Éruption atopique de la grossesse

Classification des dermatoses spécifiques de la grossesse

PSD

- Éruption polymorphe de la grossesse PEP
- Éruption atopique de la grossesse AEP
 - Prurigo de la grossesse
 - Folliculite prurigineuse de la grossesse
 - Eczéma de la grossesse
- Cholestase gravidique ICP
- Pemphigoïde gestationis PG

Quelle est la présentation typique?

- Oh docteur en passant....
- Référé(e) pour rash: Évaluer SVP (au secours!)
- Reférrée pour prurit
- Maladie systémique (et rash présent à l'examen physique)
- **QUESTION****: Quelles sont les trouvailles cutanées normales en grossesse?

Impact des niveaux hormonaux augmentés

- Hyperpigmentation
- Angiome stellaire, télangiectasie, érythème palmaire
- Hyperémie gingivale, granulome pyogénique
- Hypertrichosis, telogen effluvium
- Molluscum fibrosum gravidarum

Expansion vasculaire

- Oèdeme, varicoses

Distension abdominale

- Striae gravidarum

Changement fonction glandulaire

- Miliaria
- Hyperhydrose

Ongles

- Ongles cassants, onycholyse
- Lignes transverses

Cadre cognitif

Approche proposée

| PRURIT | Relié à la grossesse | Non-relié |
|---------------------|-----------------------------|------------------|
| Dx fréquent | | |
| Dx à ne pas manquer | | |

Approche proposée

| RASH | Relié à la grossesse | Non relié |
|---------------------|-----------------------------|------------------|
| Dx fréquent | | |
| Dx à ne pas manquer | | |

Rash

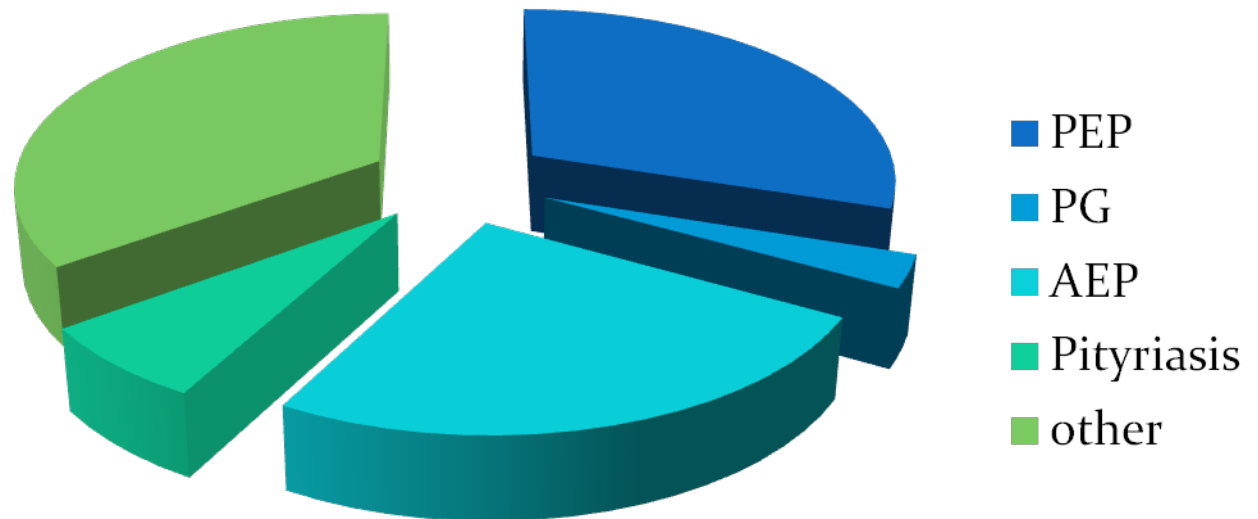
- **Ddx: à ne pas manquer**
 - Pemphigoïde gestationis
 - Psoriasis pustuleux
 - Réaction médicamenteuse
- **Dx fréquents:**
 - Erythème polymorphe de la grossesse
 - Dx non relié à la grossesse

Prurit

- **Dx à ne pas manquer:**
 - Cholestase gravidique
 - Pemphigoïde gestationis précoce
 - Gale!
 - Retrait d'opiacés
- **Dx fréquents:**
 - Prurit de la grossesse
 - Xerosis

Prurit en grossesse

- 20% des femmes dès le T1
- 44% avec un rash



Obstetric Medicine 2010;3:25-29.

Informations pertinentes

- Présence ou non de symptômes systémiques
- Apparence du rash*

 - Bulles = pas bon
 - Mais les bulles apparaissent tardivement

- Distribution
- Antécédents personnels et familiaux
- Exposition médicamenteuse et contacts

Indices cliniques

| | PEP | AEP | ICP | PG |
|-----------------------------|-----|-----|------|-----|
| Primipare | 73% | 44% | 47% | 48% |
| Gestation multiple | 16% | 1% | 0% | 0% |
| Récidive | 7% | 34% | 88% | 9% |
| T1-T2 | 3% | 75% | 20% | 29% |
| Abdomen | 98% | 68% | 36% | 95% |
| Prurit isolé (excoriations) | 0 | 0 | 100% | 0 |

Érythème polymorphe de la grossesse

- **Caractéristiques:**

- Primipare, T3 ou pp immédiat
- ? associé avec fœtus masculin et DG
- Débute a/n stries en épargnant l'ombilic

- **Importance:**

- Assez fréquent 1:160 grossesses
- Doit être distingué du PG

PEP 2

- Investigations maternelles:
 - Biopsie? Trouvailles non spécifiques
 - Immunofluorescence directe: NÉG
 - Utile pour éliminer le PG
- Investigations fœtales:
 - Aucune nécessaire

PEP 3

- **Prise en charge maternelle:**
 - Réassurance
 - Récidive rare sauf si grossesse gémellaire
 - Traitement symptomatique:
 - Antihistamines oraux
 - Corticostéroïdes topiques
 - Si sévère:
 - Cure de prednisone 20-40 mg po qd avec sevrage rapide
- **Prise en charge fœtale:**
 - Aucune

PEP 4

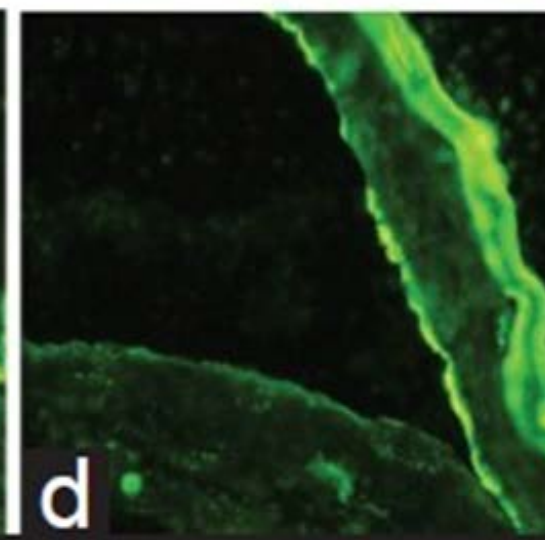
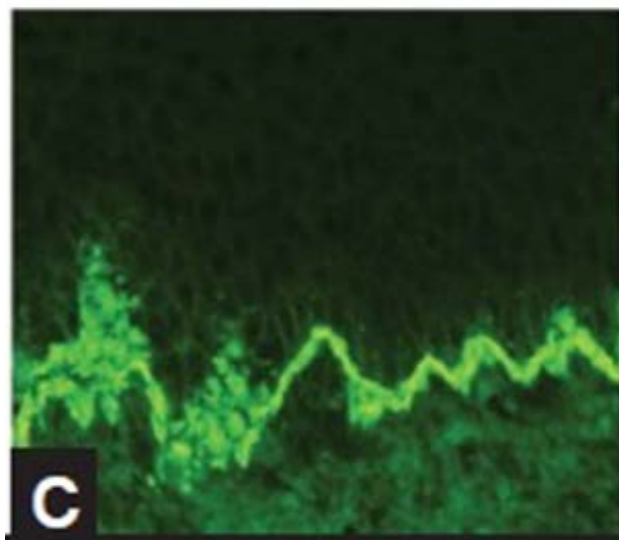
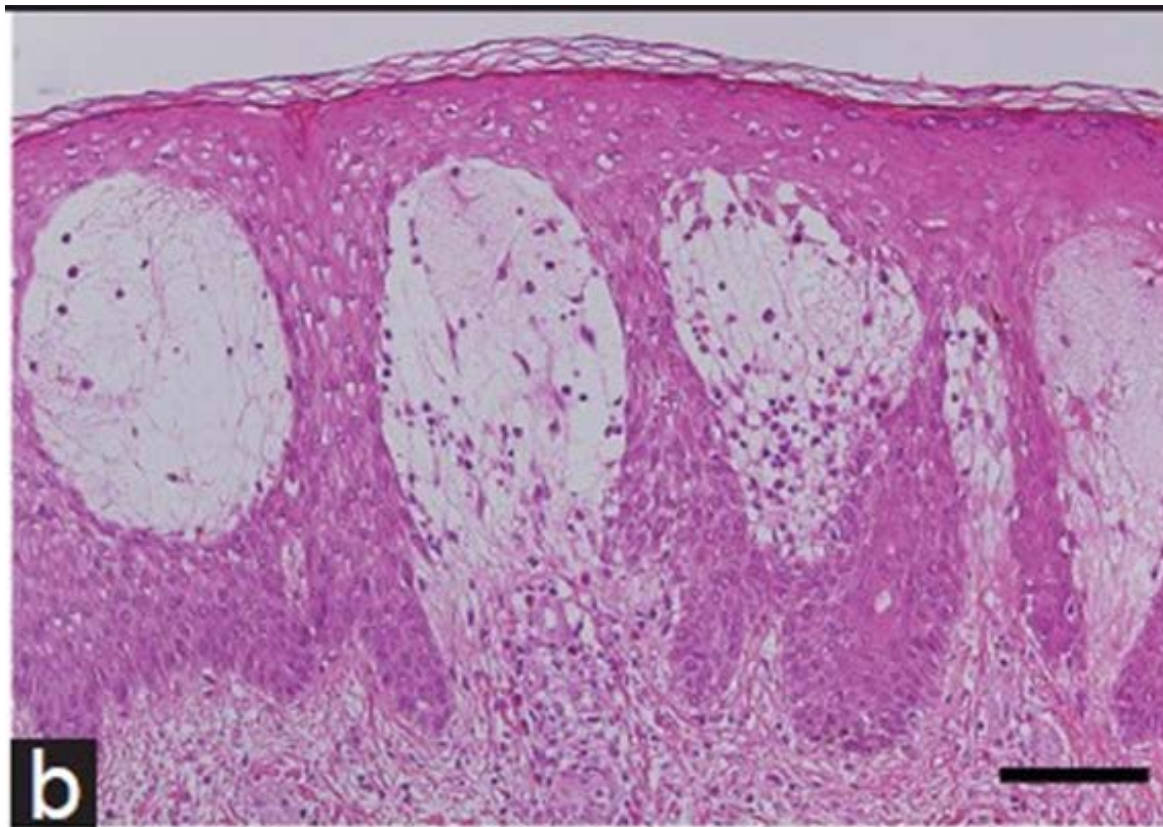
- Complications maternelles:
 - aucune
- Complications fœtales:
 - aucune

Pemphigoïde gestationis

- **Caractéristiques :**
 - Maladie bulleuse autoimmune
 - T3 ou pp immédiat
 - Prurit → papules → extension → bulles
- **Importance:**
 - Impact maternel
 - Récidive plus précoce, risque de surinfection
 - Impact fœtal
 - Atteinte placentaire et fœtale

PG 2

- **Investigations maternelles:**
 - Biopsie? **OUI** et doit être **PERI**-lésionnelle
 - Immunofluorescence directe **NÉCESSAIRE**
- **Investigations fœtales :**
 - Surveillance fœtale (croissance, mouvements, BEF)
 - Risque de prématurité et petit poids
 - Bon pronostic en général (10% avec lésions cutanées mineures)



PG 3

- **Prise en charge maternelle:**
 - Traitement varie selon stade et sévérité
 - Phase pré-bulleuse légère
 - Corticostéroïde topique (+/- antihistamine oral)
 - Sinon
 - Prednisone 0.5-1.0 mg/kg/jour
 - Cas réfractaires
 - Immunoaphérèse, IVIG, azathioprine, dapsone
- **Prise en charge fétale:**
 - Suivi de la courbe de croissance

PG 4

- **Complications maternelles:**
 - Counseling sur évolution et risque de récurrence
- **Complications fœtales:**
 - BB de petit poids: si Dx en T1 or T2
 - Prematurité: si Dx en T2 et cloques présentes
 - 5-10% nn avec lésions légères et résolution spontanée

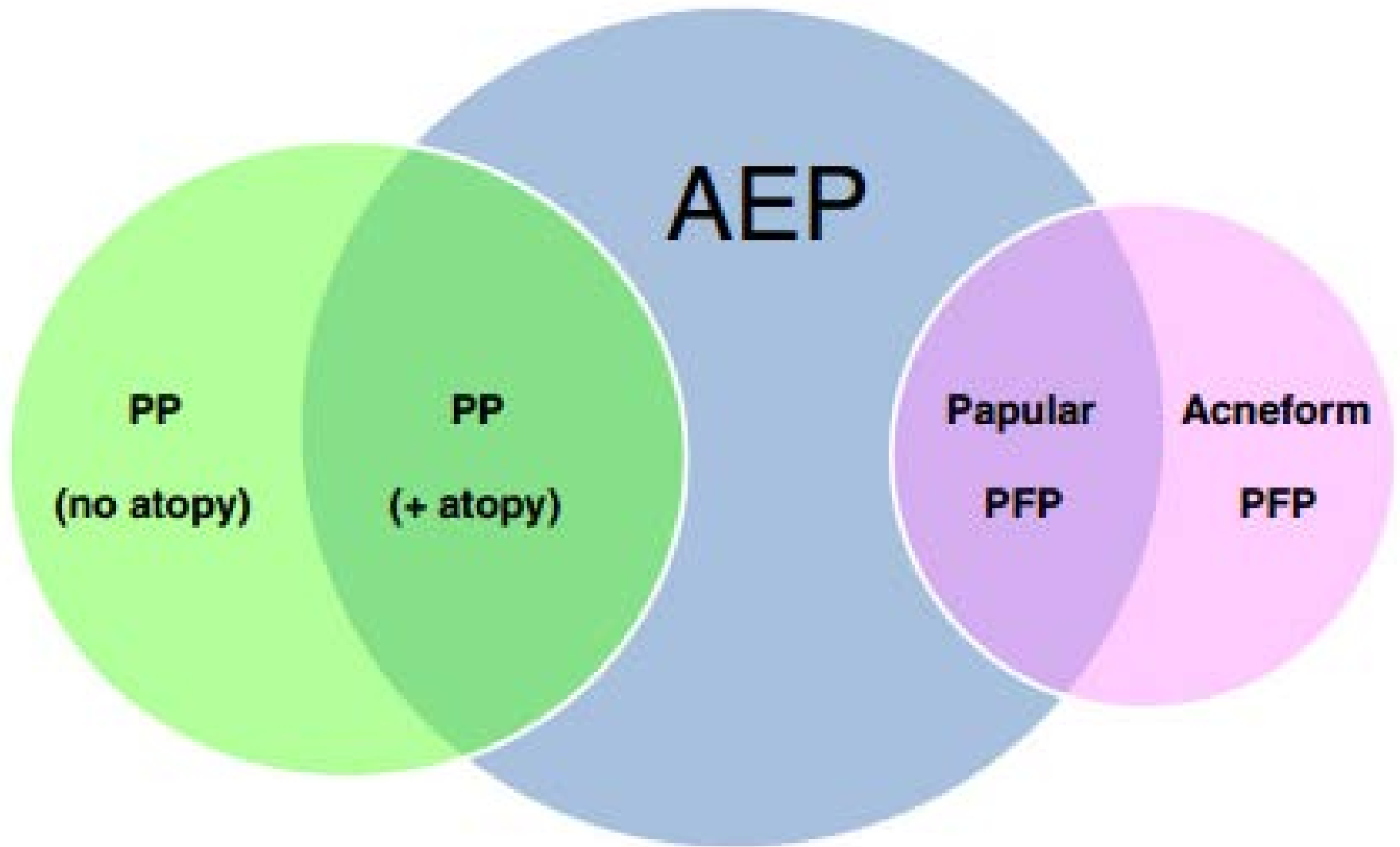
Éruption atopique de la grossesse

- **Caractéristiques:**

- Fréquente, souvent en T1-T2
- Récidive à anticiper
- Déclenchée par les changements immunologiques propres à la grossesse
- Incluant dermatite atopique aggravée par grossesse

- **Importance:**

- Dermatose la plus fréquente de la grossesse (50% des patientes)
- 80% première manifestation atopique en grossesse



EAP 2

- **Investigations maternelles:**

- AEP type E:

- Aux endroits atopiques typiques (visage, cou, décolleté et zone de flexion)

- AEP Type P:

- Papules (tronc et extrémités) and des nodules de prurigo typiques)

- Biopsie? Rarement nécessaire

- ? Bilan cholestase de grossesse

- **Investigations fœtales:**

- aucune

EAP 3

- **Prise en charge maternelle:**
 - Soins de la peau
 - Antihistamines oraux
 - Corticostéroïde topique
 - Cure courte de prednisone pour les cas plus sévères
 - UVB spectre limité sécuritaire pour cas sévères et précoces (supplément AF)
- **Prise en charge fœtale:**
 - aucune
 - Probiotiques pendant l'enfance RR=0.79 (0.71-0.88)

EAP 4

- **Complications maternelles:**
 - Peu: résolution rapide avec traitement
 - S'améliore en 2-3 mois postpartum
 - Récidive probable prochaines grossesses
- **Complications fœtales:**
 - Composante héréditaire

Psoriasis pustuleux de la grossesse

- **Caractéristiques :**
 - Rare >200 cas décrits
 - Symptômes systémiques, T3, résolution rapide pp
 - Petites pustules disséminées sur des plaques érythémateuses et squameuses
 - Étiologie exacte inconnue mais déclenché par hypocalcémie, hypoparathyroïdie, infections et le stress.
- **Importance:**
 - Complications maternelles (hypocalcémie)
 - Impact fœtal sévère possible

PPG 2

- **Investigations maternelles:**
 - FSC, électrolytes (Ca⁺⁺, Mg⁺⁺), profil rénal, fonction hépatique, PTH
 - Consultation dermatologie urgente
 - SI peuvent être nécessaires
 - Biopsie: OUI
 - Cultures stériles
- **Investigations fœtales:**
 - Monitoring

PPG 3

- **Prise en charge maternelle:**
 - Prednisone 20-30mg po die
 - Traitement de support, hydratation, calcium
 - Cas réfractaires:
 - Prednisone 60-80mg po die
 - UVA
 - Cyclosporine 50mg/kg/jour
- **Prise en charge fœtale:**
 - Monitoring sérié
 - Envisager induction précoce

PPG 4

- **Complications maternelles:**
 - Surinfection bactérienne
 - Déshydratation
 - Désordre électrolytique
 - Délirium, convulsions sur hypocalcémie
- **Complications fœtales:**
 - Complications d'origine placentaire dont la MIU

Classification des dermatoses spécifiques de la grossesse

PSD

- Éruption polymorphe de la grossesse PEP
- Éruption atopique de la grossesse AEP
 - Prurigo de la grossesse
 - Folliculite prurigineuse de la grossesse
 - Eczéma de la grossesse
- Cholestase gravidique ICP
- Pemphigoïde gestationis PG

Résumé 1

| | Indices classiques | Importance | Traitement |
|-------------------------------------|--------------------|------------|------------|
| Pemphigoïde gestations | | | |
| Érythème polymorphe de la grossesse | | | |
| Éruption atopique de la grossesse | | | |
| Psoriasis pustuleux | | | |
| Cholestase gravidique | | | |

Résumé 2

- Indications pour une biopsie
 - Présence de lésions bulleuses
 - Diagnostic incertain
 - Patiente malade
 - Lésion suspecte
 - Ne pas manquer des mélanomes

| Puissance | Nom | Support | Dose |
|------------------|---|-----------------------------------|--------------------|
| I Super puissant | | | |
| II Très élevé | | | |
| III Élevé | Triamcinolone acetonide Bmethasone Amcinonide | O, C O, C, L, F C, L | 0.5 0.05 0.1 |
| IV Medium | Hydrocortisone Triamcinolone Mometasone furoate | O O, C C , L, S | 0.2 0.1 0.1 |
| V Faible-moyen | Hydrocortisone butyrate Fluticasone | O, C , L, S C, L | 0.1 0.05 |
| VI Faible | Fluocinolone | C, S | 0.01 |
| VII Super faible | | | |

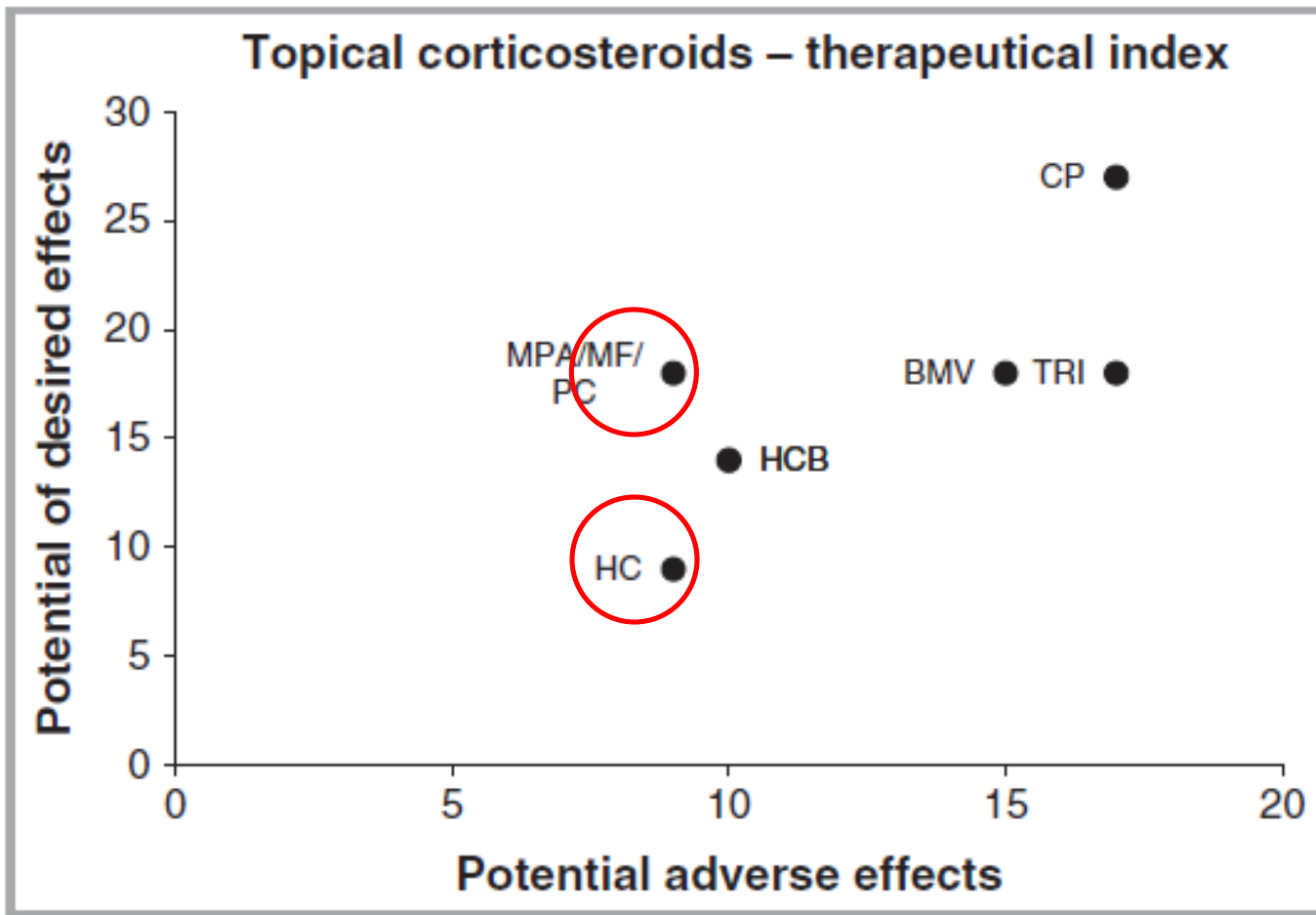


Fig 1. Therapeutic index of topical corticosteroids (modified from Luger *et al.*⁶²). BMV, betamethasone valerate; CP, clobetasol propionate; HC, hydrocortisone; HCB, hydrocortisone butyrate; MF, mometasone furoate; MPA, methylprednisolone acetate; PC, prednicarbate; TRI, triamcinolone acetonide.

Corticostéroïdes topiques

- Grossesse

1 revue systématique (7 études) + 2 études depuis

PAS de risque augmenté de:

- Fente labiopalatine ou autres malformations
- Prematurité
- Bébés de petit poids (sauf dans 1 étude avec des doses élevées)
- MIU

- Allaitement

Peu de données; faible excrétion; prudence si traitement au niveau du mamelon

Vehicle selection for specific body sites

| Vehicle | Smooth, nonhairy skin; thick, hyperkeratotic lesions | Hairy areas | Palms, soles | Infected areas | Between skin folds; moist, macerated lesions |
|----------|--|-------------|--------------|----------------|--|
| Ointment | +++ | | +++ | | |
| Cream | ++ | + | ++ | + | ++ |
| Lotion | | ++ | | ++ | ++ |
| Solution | | +++ | | +++ | ++ |
| Gel | | ++ | | + | + |
| Foam | ++ | +++ | ++ | ++ | ++ |

+: infrequently used; ++: acceptable vehicle; +++: preferred vehicle.

Adapted from Goldstein, BG, Goldstein, AO, Practical Dermatology 2nd ed, Mosby-Year Book, Inc, St. Louis, MO, 1997.

Amount of topical medication for adult use

| | BID/1 week | TID/2 week | BID/4 week |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Face and neck | 15 g | 45 g | 60 g |
| Trunk | 60 g | 180 g | 240 g |
| One arm | 15 g | 45 g | 60 g |
| One leg | 30 g | 90 g | 120 g |
| Hands and feet | 15 g | 45 g | 60 g |
| Body | 180 g | 0.75 to 1 kg | 1.25 to 2 kg |

For children use one-third to one-half these amounts.

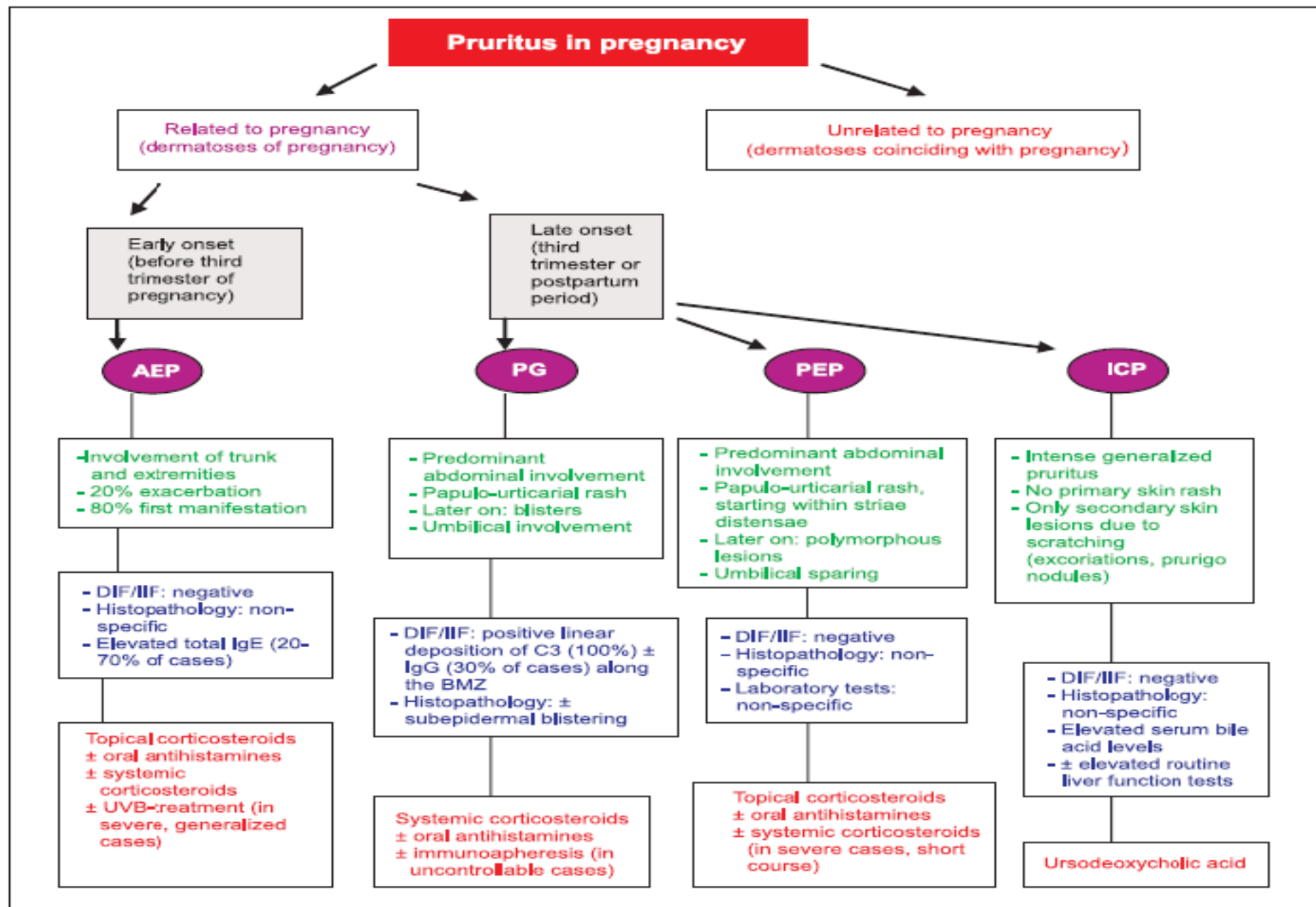
BID: two times per day; TID: three times per day.

Adapted from: Goldstein BG, Goldstein AO, Practical Dermatology 2nd ed, Mosby-Year Book, Inc, St. Louis, MO, 1997.

Antihistamines

- Grossesse:
 - Diphenhydramine 25-50mg po q 4-6 heures
 - Hydroxyzine 25mg po q 6-8 heures
 - Cetirizine 5-10mg po die
 - Loratidine 10mg po die
- Allaitement:
 - Diphenhydramine: dose maximale dose=0.3% de la dose pédiatrique
 - Loratidine: 1% de la dose maternelle

Table 2. Algorithmic approach to pregnant patients with pruritus.



AEP = atopic eruption of pregnancy, PG = pemphigoid gestationis, PEP = polymorphic eruption of pregnancy, ICP = intrahepatic cholestasis of pregnancy, DIF = direct immunofluorescence, IIF = indirect immunofluorescence, BMZ = basal membrane zone.

Objectifs prescrits

- ✓ Évaluer une patiente enceinte avec des lésions cutanées et reconnaître les dermatoses de la grossesse (PUPPP, pemphigoid gestationis, éruption atopique de la grossesse, psoriasis pustuleux).
- ✓ Connaître les indications de biopsie.
- ✓ Débuter un traitement pour les dermatoses de la grossesse.
- ✓ Prévoir le suivi requis pour le pemphigoid gestationis, expliquer le risque d'atteinte néonatal et conseiller sur le risque de récurrence dans les grossesses subséquentes.

Retour sur vos objectifs

- Avez-vous d'autres questions?

Jeu 3: Post-test

Pour en savoir plus

Articles

- Ambros-Rudolph *Ann Dermatol.* 23(3) 2011
- Kirtschig *British J Dermatol* 2011
- Sävervall *Derm Research and Practice* 2015
- Razvi *J Med Allied Sci* 2015;5 (2) 51-53

Cas et Modules

<http://gemoq.ca/cancomii/CanCOMII.html>



[American College of Dermatology Module](#)

MERCI!

