

	PRURIT ET GROSSESSE			
	Réseau Périnatal Réunion	www.repere.re	Validation le 12/06/2025	8 pages

Groupe de travail :

Dr Juliette MIQUEL (Dermatologue CHU Sud), Dr Véronique PERETTI (GO CHU Sud), Mme Marie DISPOT (SF Clinique DURIEUX), Dr Cyrielle THONNON (GO CHOR), Dr Franck EMERY (GO GHER), Dr Sophie LEFEBVRE (GO CHU Nord), Mr Erick VELIA (SF Cadre Clinique Ste-Clotilde), Mme Sylvaine MINATCHY (SF Cadre Clinique Ste-Clotilde), Mme Annabelle AMAS (SF Coordinatrice REPERE).

Réunion le 12/06/2025

OBJET

- Préciser la démarche diagnostique devant une patiente se présentant pour un prurit en cours de grossesse.
- Intégrer les recommandations du CNGOF 2023 sur le diagnostic et la prise en charge d'une cholestase gravidique.
- Connaître les indications à orienter vers le dermatologue clinicien et savoir solliciter les praticiens en ligne.
- Savoir traiter les dermatoses ne nécessitant pas d'avis spécialisé.

DOMAINE D'APPLICATION

- Consultations de suivi de grossesse en médecine générale, par les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens.
- Services de consultation, d'urgences gynéco obstétricales, de Surveillance Intensive de Grossesse, d'Hôpital de Jour.
- Secteurs d'hospitalisation.
- Salle de naissance.

RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES / RECOMMANDATIONS

1. Casaril, G. Ducarme, Lésions dermatologiques et parcours de soins chez la femme enceinte, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Volume 51, Issue 2, 2023.
2. Protocole National de diagnostic et de soins (PNDS) Pemphigoïde de la grossesse Texte du PNDS Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes, Avril 2016.
3. RPC CNGOF Cholestase gravidique 2023.
4. Centre de preuves en dermatologie, Société française de dermatologie, Société française de dermatologie pédiatrique. « Recommandations sur le traitement de la gale chez l'enfant de moins de 15 kg, la femme enceinte ou allaitante ».
5. [Recommandations Prise en charge du prurit | RecoMédicales \(recomedicales.fr\)](https://www.recomedicales.fr)
6. Société française de Dermatologie : [DERMATO-INFO, éruption polymorphe de la grossesse https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/009129-dermatoses-grossesse-approche-simplifiee-manifestations-cutanees](https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/009129-dermatoses-grossesse-approche-simplifiee-manifestations-cutanees)

ANNEXES / DOCUMENTS ASSOCIÉS

- Annexe 1 : Tableau récapitulatif des principales dermatoses pendant la grossesse
- Annexe 2 : Photographies des différentes lésions
- Annexe 2 bis : Démarche diagnostique
- Annexe 3 : Ordonnances types

TERMINOLOGIE

ALAT : alanines aminotransférases
AB : Acides Biliaires
AP : accouchement prématuré
ASAT : aspartate aminotransférase
ATCD : antécédent
BH : bilan hépatique
CI : contre-indication
CMV : Cytomégalovirus
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens
COP : contraception oestroprogestative
DC : Dermocorticoïdes
EBV : Epstein-Barr Virus
GGT : gamma GT

HSV : Herpès Simplex Virus
MAF : mouvements actifs fœtaux
MF : mort fœtale
NRS: Numerical Rating Scale
PO: per os
RCF: rythme cardiaque fœtal
SA : semaines d'aménorrhée
SFAD : sage-femme à domicile
SIG : surveillance intensive de grossesse
TE : télé-expertise
TP : temps de prothrombine
VCT : variation à court terme

ÉVALUATION / DESCRIPTION

1 – INTRODUCTION

Définition :

Le prurit est un signe fonctionnel qui se définit comme « **une sensation qui provoque le besoin de se gratter** ».

Le prurit est dit « nu » lorsqu'il n'y a pas de lésion dermatologique associée.

Les modifications cutanées au cours de la grossesse sont en grande partie modulées par des facteurs hormonaux, immunologiques et métaboliques. Elles sont classées en 3 catégories : les modifications physiologiques, les dermatoses spécifiques de la grossesse, et les maladies de peau aggravées par la grossesse.

La cause du prurit peut être spécifique à la grossesse, aggravée par la grossesse, ou totalement indépendante.

Ce protocole a pour ambition de structurer l'approche diagnostique, de ne pas ignorer les diagnostics de gravité obstétricale ou dermatologique, de savoir quand solliciter l'avis d'un dermatologue et dans le cas inverse, de savoir soulager la patiente en utilisant des ordonnances type proposées en annexe.

2 – PARTIE 1 : DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Devant toute patiente qui se présente pour prurit, il convient d'organiser sa réflexion en fonction :

- De la symptomatologie de la patiente et de celle de l'entourage,
- Du terme et de la fréquence des dermatoses évoquées (argument de fréquence),
- Des diagnostics de gravité (maternel ou fœtal) impliquant des investigations complémentaires.

L'interrogatoire

- ATCD personnel et familial dermatologique
- Parité / Grossesse multiple
- Survenue à quel trimestre de la grossesse
- Prurit dans l'entourage
- Apparition du prurit par rapport aux éventuelles lésions
- Localisation initiale puis extension
- Périodicité et intensité / caractère nocturne

→ Évaluer l'intensité du prurit à l'aide du score NRS

- 0 : aucun prurit,
- 1-3 : prurit léger
- 4-6 : prurit modéré
- 7-10 : prurit sévère

- Prurit nu / lésions dermatologiques / Signes systémiques
- Tolérance psychique du prurit

L'examen

- Présence de lésions et description : vésicules (<0,5cm) ? bulles (>0,5cm) ? papules (lésions en relief, infiltration <1cm) ? nodules (lésions en relief, infiltration >1cm) ? macules (lésions planes sans relief) ?
- Localisation des lésions : abdomen, ombilic, membres, palmoplantaire, autre ?

Les différents diagnostics

L'annexe 1 présente les principales dermatoses fréquentes ou graves responsables de prurit pendant la grossesse :

- L'éruption polymorphe de la grossesse
- La pemphigoïde gestationnelle
- L'éruption atopique de la grossesse
- La cholestase gravidique

L'annexe 2 présente des photographies issues du site de la société française de dermatologie.

L'annexe 2 bis présente la démarche diagnostique à adopter.

3 – PARTIE 2 : FOCUS CHOLESTASE GRAVIDIQUE

Risque de MF augmenté en cas de cholestase gravidique (OR 1.46), notamment si acides biliaires (AB) > 100 µmol/L.

Point d'appel clinique :

ATCD de cholestase gravidique sur grossesse précédente (40-60% de récurrence).
Prurit évocateur : nu, initialement palmoplantaire, prédominance nocturne, intense.

Puis évolution vers un prurigo : lésions induites par le grattage avec papules foncées, excoriées ou non.

Diagnostic positif :

PRURIT ÉVOQUEUR + ANOMALIE BIOLOGIQUE

Après élimination des diagnostics différentiels

ACIDES BILIAIRES A JEUN > 10 µmol/L

ou

ALAT>2N

→ **Évaluer l'intensité du prurit (score coté de 0 à 10).**

Examens complémentaires :

Sans symptômes évocateurs d'un diagnostic différentiel, ne pas réaliser de bilan complémentaire biologique ou échographique,

→ **Sinon faire réaliser :**

Un bilan biologique de prurit nu = sine materia :

- Hémogramme avec plaquettes,
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, GGT, créatininémie, protéinurie, taux de prothrombine, sérologies des hépatites A, B, C, E, sérologies EBV, HSV et CMV,

+ Sérologies Chikungunya et Dengue en période épidémique.

Un bilan d'imagerie :

- Échographie du foie et des voies biliaires, et échographie abdominale.

Si persistance du prurit > 6 semaines sans diagnostic : calcémie ionisée, protidémie, électrophorèse des protéines sériques, LDH, ferritine, vitamines B9, B12, anticorps anti peau (anticorps anti membrane basale cutanée ; anti BP230, BP180).

En cas de doute sur un diagnostic de lymphome, une radiographie de thorax avec tablier de protection est à envisager.

Critères de gravité d'une cholestase gravidique impliquant une hospitalisation :

- AB > 100 µmol/L et/ ou ALAT > 10N
- Prurit très invalidant
- Doute diagnostique

Prise en charge thérapeutique (cf. annexe 3)

Arrêt (+/- remplacement) des traitements pouvant être en cause : (Aldomet®, macrolides...), et réflexion en cas de prise d'autres traitements (antiépileptiques, antiviraux, ...)

Traitement de la cholestase :

Acide ursodésoxycholique (Ursolvan®) en première intention, après prélèvement sans attendre le résultat.

❖ Dose efficace à **15 mg/kg/j** en 2 à 3 prises par jour au moment des repas, sans dépasser 1000 mg/jour et augmentation progressive (risque de majoration transitoire du prurit à l'introduction).

➔ **Proposition de débuter 250mg x2/jour avec augmentation à 500mg matin et soir à poursuivre jusqu'à l'accouchement.**

- ❖ Efficacité obtenue en une à deux semaines (disparition du prurit et normalisation des acides biliaires).
- ❖ Diminue l'intensité du prurit maternel, le taux de prématurité et améliore le bilan biologique.
- ❖ Pas de preuve pour la diminution du risque de mort fœtale in utero, mortalité périnatale, un score d'APGAR bas ni d'hospitalisation en néonatalogie.
- ❖ Pas d'effet indésirable chez la mère et le fœtus.
- ❖ Traitement recommandé par le CNGOF, l'European Association for the Study of the Liver et l'American College of Gastroenterology.

Traitement d'éventuels troubles de la coagulation :

- ✓ Supplémentation en vitamine K 10mg IV si TP < 70 %.

Prise en charge du prurit :

- ✓ Antihistaminiques H1 non anticholinergiques : Aerius® 5mg 1 cp/j le matin ou Cétirizine® 10mg 1cp/j le matin.
- ✓ Antihistaminiques H1 anticholinergiques (effet sédatif) : Atarax® (hydroxyzine) 25 mg ou 50 mg 1 cp/j le soir ou Polaramine® 2 mg 3 à 4 cp par jour
 - A instaurer avec information donnée à la mère d'un effet sédatif pour elle et risque d'une imprégnation néonatale possible si prise prolongée

Prise en charge obstétricale et surveillance

• Prurit évocateur modéré sans cytolyse et AB négatifs :

- ✓ Évaluer l'efficacité du traitement probabiliste.
- ✓ +/- arrêt du traitement
- ✓ Convocation à 1 semaine pour réévaluation avec nouveau dosage des sels biliaires et du BH si persistance du prurit.

• Cholestase gravidique confirmée avec acides biliaires restant constamment < 100 µmol/L :

- ✓ Suivi ambulatoire.
- ❖ **SIG hebdomadaire** et échographie de croissance tous les 15 jours.
- ❖ Bilan hépatique et acides biliaires à jeun, coagulation.
- ❖ Injection de vitamine K 10mg IM si TP < 70%.
- ❖ SFAD 2x/semaine pour RCF.
- ❖ Discuter hospitalisation +/- déclenchement selon le terme si augmentation du taux d'acides biliaires durant le suivi.
- ❖ Discussion au cas par cas selon l'intensité du prurit, l'évolution des paramètres biologiques et l'absence d'ATCD de MF
- ✓ **Déclenchement discuté entre 37 SA et 39 SA + 6 jours pour les singletons**

et à partir de 37 SA pour les grossesses gémellaires si AB < 100 $\mu\text{mol/L}$ afin de réduire la morbidité périnatale.

- Cholestase gravidique confirmée avec acides biliaires > 100 $\mu\text{mol/L}$ (au moins une fois pendant la grossesse) ou bilirubinémie > 30 $\mu\text{mol/L}$ ou diminution des MAF :
 - ✓ Hospitalisation
 - ❖ Surveillance par VCT 1x/jour
 - ❖ Bilan hépatique complet avec acides biliaires à jeun, coagulation 2x/semaine
 - ❖ Sortie à discuter selon le terme si amélioration clinique et acides biliaires devenant < 40 $\mu\text{mol/L}$, surveillance renforcée à instaurer.
- ✓ Déclenchement à discuter à partir de 36 SA.
- ✓ Dossier pouvant être discuté au staff afin de statuer sur une date d'accouchement.

Attention :

Le liquide amniotique méconial (LAM) est plus fréquent en cas de cholestase gravidique maternelle surtout pour un taux d'acides biliaires supérieur à 40 micromoles/L (Glantz et al., 2004).

Rappel : pas d'indication d'aspiration à la vulve (pas de preuve d'efficacité et risques de complication du geste)

Post-partum

- ✓ Arrêt de l'Ursolvan®.
- ✓ Pas de CI à l'allaitement maternel.
- ✓ Pas de contraception hormonale avant normalisation du bilan hépatique :
 - ❖ Préférer les progestatifs.
 - ❖ Si COP envisagée, ne proposer que des pilules microdosées (20 ou 30 γ d'éthinylestradiol).
 - ❖ Prévenir la patiente du risque de récurrence, de la nécessité d'arrêt en cas de prurit ou de récurrence d'anomalie biologique hépatique (bilan hépatique systématique après 3 cycles d'utilisation).

4 – FOCUS : GALE PENDANT LA GROSSESSE

La gale humaine est une affection contagieuse de la peau, qui se transmet le plus souvent par contact humain direct. Elle est due à un parasite acarien, le sarcopte, qui pénètre la couche superficielle de la peau.

Le principal symptôme est l'existence de démangeaisons (prurit) chroniques, quasi permanentes, et plus importantes la nuit. La notion de prurit chez les proches et dans l'entourage, peut orienter le diagnostic.

Les lésions cutanées les plus fréquentes ne sont pas spécifiques car elles sont liées au grattage, ou à la réaction immunitaire inflammatoire de l'organisme à la présence du sarcopte dans la peau : elles sont à type de stries linéaires, griffures, petite croûtes, plaques de rougeurs et de sécheresse de la peau.

Les lésions spécifiques ne sont pas toujours présentes, elles sont à rechercher avec attention :

- Les sillons :
Lésions de quelques millimètres en forme de lignes sinueuses, dues au trajet du parasite dans la couche cornée de l'épiderme.

- Les vésicules perlées :

Petites élevures ou minuscules « cloques », de la taille d'une tête d'épingle, situées à l'extrémité du sillon (là où se loge le parasite).

- Les nodules scabieux :

Lésions infiltrées en relief > 1cm dans les grands plis et dans la sphère génitale, les fesses.

ATTENTION AU PRURIT MAMMELONNAIRE CHEZ LA FEMME

En 1^{ère} intention chez la femme enceinte :

- Permethrine 5% topique (2 applications : J1 et entre J8-14).
- Ou Benzoate de Benzyl 10% (2 applications : J1 et entre J8-14), un seul badigeon par application sur tout le corps sauf le visage (sauf si siège de lésion) et les muqueuses, temps de contact de 24h.
- En cas de mauvais état cutané : Ivermectine PO (2 prises : J1 et entre J8-14) au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre peut être envisagée (avis infectieux nécessaire si séjour en zone tropicale exposant à un risque de loase).

ET : traitement du cercle familial, qu'il soit symptomatique ou non (Ivermectine pour adultes et enfants > 15kg et Permethrine pour enfants < 15kg) : 2 traitements à 8 jours d'intervalle.

ET : décontamination du linge (literie, vêtements, linge de toilettes utilisé depuis 7 jours => 60°C en machine).

Linge non utilisé depuis + de 7 jours à placer dans un sac hermétique fermé pendant 8 jours (sans contact avec la peau permet la disparition du sarcopte).

ET : nettoyage du domicile classique,

Spray acaricide si pas d'asthmatiques à la maison : Ascaflash[®] ou A-Par[®].

5 – AVIS DERMATOLOGIQUE OBLIGATOIRE POUR :

- Dermatose polymorphe de la grossesse **atypique**.
- **Dermatose bulleuse** de la grossesse pour rechercher une pemphigoïde gravidique.
- Dermate atopique **modérée à sévère** de la grossesse : discuter un traitement systémique en relai des topiques.
- Eruption **atypique** pour laquelle l'équipe n'a pas d'hypothèse diagnostique.

6 – TÉLÉ-EXPERTISE

Si doute devant des lésions dermatologiques en libéral ou hors CHU : possibilité d'utiliser **OMNIDOC** :

1. **Créer un compte** sur [Omnidoc](#) en tant que professionnel de santé (gratuit et réservé aux professionnels de santé).
2. **Sélectionner la spécialité "Dermatologie"** parmi les télé-expertises proposées.
3. **Renseigner le dossier** : indiquer le motif de la demande, ajouter les antécédents pertinents et joindre des **photos de bonne qualité** des lésions cutanées, ainsi que les examens déjà réalisés si besoin.

4. **Envoyer la demande** : un dermatologue hospitalier ou libéral partenaire répond généralement **sous 24 à 48h**.
5. **Recevoir la réponse sécurisée** directement via la plateforme, à intégrer au dossier patient.

Cela permet une orientation ou une prise en charge plus rapide, sans passage systématique par une consultation présenteielle. Consultation **prise en charge par l'Assurance Maladie** dans le cadre de la télé-expertise (actes TE).