

Annexe 1 : Tableau des dermatoses fréquentes ou graves pendant la grossesse

Dermatoses	Éruption polymorphe de la grossesse	Pemphigoïde gestationnelle	Éruption atopique de la grossesse	Cholestase gravidique
Risque fœtal	NON	OUI Risque de RCIU et de prématurité Pas de mort fœtale	NON	OUI Mort foetale
CONTEXTE	T3 > 34 SA / post partum immédiat Primipare (55 à 88%) Fréquente : 1/160 grossesses ↗ Grossesses gémellaires (4.2 à 10%) ↗ Gain pondéral excessif ↗ Cas familiaux	T3 > T2 > T1 > PP Prédisposition génétique de MAI Rare : 1/5000 à 1/50000 grossesses Femmes multipares +	T1-T2 Contexte d'atopie, de dermatite atopique, de xérose Contexte d'atopie familiale	T3 > T2 Fréquence : 0,1 à 3% des grossesses en France
Prurit	Prurit intense et insomniant pouvant précéder de 8-15j l'éruption	Isolé 24 H, précède l'éruption Constant et intense	Précoce Possible à tous les trimestres	Prurit nu, constant, isolé, intense et insomniant
Localisation	Sur les vergetures de l'abdomen Extension secondaire : fesses, tronc, puis membres, cou RESPECT de l'ombilic/ visage /région palmoplantaire et muqueuses	D'abord sur la peau péri-ombilicale (70%) touchant l'ombilic Puis extension centrifuge sur le ventre et les membres RESPECT : visage, région palmoplantaire et muqueuses	Débutant aux plis de flexion (coudes, creux poplités) Peut toucher toutes les parties du corps	Début palmoplantaire Puis sur les membres, le tronc
LÉSIONS	Papules urticariennes confluentes en plaques annulaires, polycycliques Puis éruption polymorphe > 50% des cas avec papules érythémateuses, vésicules, voire des pustules mais PAS de BULLES	Papules urticariennes infiltrées confluentes en plaques urticariennes prurigineuses à contours polycycliques, vésicules puis des BULLES TENDUES	L'éruption, très prurigineuse est faite de plaques d'eczéma aigu (papules, vésicules érythémateuses) sur fond de xérose diffuse Dans un tiers des cas, il s'agit d'un prurigo aigu papuleux ou nodulaire	Pas de lésion spécifique +/- prurigo avec excoriations

Nécessité d'un avis dermatologique	OUI si éruption atypique ou résistante au traitement par dermocorticoïdes	OUI, dans la semaine car diagnostic / biopsie et grave	OUI, dans le mois surtout si forme modérée à sévère	NON
TRAITEMENT	<p>RASSURER</p> <p>Crèmes Dermocorticoïdes forts (Betneval Diprosone®, Nerisone®) 1x/j jusqu'à guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antihistaminiques H1 type Aerius® 5 mg 1 cp/j <p>Durée éruption = 6 semaines environ Récidive (7 à 20%) surtout si grossesse gémellaire</p>	<p>1/ Formes mineures à modérées SCA <10% :</p> <p>Dermocorticoïdes très fort (Clobétagol Propionate 0,05% Dermoval®) : 1 à 3 tubes/j</p> <ul style="list-style-type: none"> - + antihistaminiques H1 Aerius® 5 mg 1 cp/j <p>Pyridoxine (vit B6) 200 à 600mg/j</p> <p>2/Formes sévères SCA > 10% :</p> <p>Corticothérapie orale 0,5 à 1mg/kg/j</p> <p>Si résistance : immunosuppresseurs</p>	<p>Crèmes Dermocorticoïdes forts (Betneval Diprosone®, Nerisone®) 1x/j jusqu'à guérison</p> <ul style="list-style-type: none"> - +/- antihistaminiques H1 Aerius® 5 mg 1 cp/j <p>Voire traitement systémique si forme très étendue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delursan®250mg 1-0-1 - Aerius® 5 mg 1 cp/j
	<ul style="list-style-type: none"> - Emollients quotidiens : crème et huile lavante pour la toilette (glycérol, vaseline, paraffine, coldcream...) - Consigne de limiter les facteurs irritants : Antiseptiques, savon parfumé, vêtements serrés et rêches, couper les ongles courts 			