

BROCHURE DESTINÉE AUX PATIENTS ÉRUPTION ATOPIQUE DE LA GROSSESSE (EAG)



Objectif de cette brochure

L'objet de cette brochure est de vous informer sur l'éruption atopique de la grossesse (EAG). Elle décrit cette affection, ses causes, les traitements disponibles et vous indique où trouver des informations complémentaires.

Qu'est-ce que l'éruption atopique de la grossesse ?

L'*Atopie* est la prédisposition à développer un eczéma, de l'asthme ou une rhinite allergique (rhume des foins).

L'*eczéma atopique* est une inflammation de la peau provoquant sécheresse cutanée et prurit (démangeaison). Il peut affecter toute partie du corps, notamment le visage, mais les zones les plus fréquemment touchées sont les plis de flexion des membres (coudes, genoux, poignets) et le cou. Il affecte de la même manière les deux sexes et survient souvent dès les premières semaines ou les premiers mois de la vie. Il est très courant chez l'enfant : 10 % au moins des nourrissons souffrent d'eczéma atopique. Il peut réapparaître à l'adolescence, après une période silencieuse, ou se déclarer chez l'adulte. Nombre de facteurs environnementaux (qui nous entourent) peuvent aggraver l'eczéma : la chaleur, la poussière, le contact avec des substances irritantes telles que les savons ou détergents, le stress, les infections. L'eczéma s'aggrave souvent durant la grossesse (voir ci-dessous).

Dans 20 % des cas, l'*éruption atopique de la grossesse* affecte des femmes qui souffrent déjà d'eczéma mais connaissent alors une poussée de cette affection. Dans 80 % des cas, il s'agit d'une première apparition. Lorsque cette affection cutanée survient pour la première fois pendant la grossesse, les personnes concernées ont en général une peau sensible avec tendance à la sécheresse et à l'irritation (diathèse atopique) ainsi que des parents au premier degré (père, mère, fratrie) souffrant d'eczéma, d'asthme ou de rhinite allergique. L'EAG apparaît le plus souvent en milieu de grossesse (75 % avant le troisième trimestre). L'EAG était autrefois appelée « prurigo de la grossesse », mais cette nomenclature a été abandonnée car elle ne décrit pas toutes les lésions cutanées que l'on peut observer.

Quelles sont les causes de l'éruption atopique de la grossesse ?

Nous ne comprenons pas encore pleinement les causes de cette affection. L'atopie est héréditaire (voir ci-dessous), elle fait partie de notre patrimoine génétique. Les personnes atopiques ont un système immunitaire qui fonctionne trop et leur peau s'enflamme facilement (elle devient rouge et douloureuse). Leur barrière cutanée ne fonctionne pas correctement, leur peau peut être desséchée et sujette aux infections. Pendant la grossesse, le système de défense immunitaire est considérablement modifié, ce qui peut entraîner une aggravation de l'eczéma préexistant ou une première apparition de lésions cutanées atopiques. En général, ces altérations disparaissent après l'accouchement, mais un petit nombre de femmes peut souffrir d'eczéma au cours des grossesses suivantes.

L'éruption atopique de la grossesse est-elle héréditaire ?

Oui. L'eczéma atopique (tout comme l'asthme et la rhinite allergique) est souvent héréditaire. Si l'un des deux parents, ou les deux, souffrent d'eczéma, d'asthme ou de rhinite allergique, leurs enfants sont susceptibles d'en souffrir également. Votre mère, votre sœur partageant ce terrain génétique, peuvent aussi avoir souffert ou souffrir d'EAG. La probabilité de récurrence lors des grossesses suivantes est élevée.

Quels sont les symptômes de l'éruption atopique de la grossesse ?

Le principal symptôme est la démangeaison qui peut être intense au point d'empêcher de dormir. La gravité de l'éruption dépend du type d'EAG. Si vous souffrez d'une aggravation d'un eczéma préexistant, il est probable que votre peau rougisse et se dessèche. Lorsque l'eczéma est très actif (lors d'une poussée), de petites vésicules (petits boutons remplis de liquide) peuvent apparaître sur les mains et les pieds, ces lésions peuvent suinter. Dans les zones grattées, la peau peut répondre en s'épaississant (lichénification). Si l'EAG est la première manifestation de maladie cutanée dont vous souffrez, l'éruption reste en général assez modérée. Chez les deux tiers des patientes, des plaques squameuses érythémateuses et prurigineuses (EAG de type eczémateux) apparaissent dans les zones généralement affectées par l'eczéma atopique (cou, poitrine, plis des coudes et des genoux). L'autre tiers présente de minuscules boutons rouges (1 à 2 mm) ou des papules (5 à 10 mm), avec parfois de petites plaies ouvertes (excoriations) dues au grattage, sur l'abdomen, le dos et les membres (EAG de type prurigo).

Comment établit-on le diagnostic de l'éruption atopique de la grossesse ?

L'aggravation d'un eczéma préexistant est généralement facile à diagnostiquer par l'examen clinique et l'interrogation de la patiente sur ses antécédents personnels. Une première manifestation d'EAG peut en revanche être plus difficile à diagnostiquer car elle peut être confondue avec d'autres affections telles que la gale, une réaction allergique à un médicament, ou d'autres affections cutanées survenant au cours de la grossesse. Il convient de signaler à votre médecin tout antécédent personnel ou familial d'atopie ainsi que tout signe de prédisposition atopique (diathèse atopique, voir ci-dessus).

Le bébé peut-il être affecté par l'éruption atopique de la grossesse ?

Non, l'éruption chez la mère n'a aucune conséquence pour le fœtus. Toutefois, en raison du caractère génétique de l'EAG, l'enfant pourra développer une affection atopique (eczéma, asthme ou rhinite allergique) plus tard.

L'éruption atopique de la grossesse peut-elle être guérie ?

En raison de son caractère génétique (familial), cette affection ne peut être guérie. Mais nous disposons de plusieurs moyens pour en atténuer les symptômes. En général, la première manifestation de l'EAG répond bien au traitement.

Comment traiter l'éruption atopique de la grossesse ?

Le traitement consiste essentiellement à soulager les démangeaisons et à réduire l'inflammation et les rougeurs. Lors de la grossesse, les traitements doivent être sans danger pour la mère comme pour le bébé.

Les traitements les plus utilisés sont des crèmes hydratantes ou des pommades aux stéroïdes.

Les crèmes hydratantes (émollientes) doivent être appliquées plusieurs fois par jour afin de prévenir le dessèchement de la peau. Il en existe une grande variété, l'essentiel est de choisir un produit dont l'application soit agréable. Les produits émollients pour le bain et les gels sans savon sont souvent très utiles. Vous devez éviter les bains et douches trop fréquents qui dessèchent la peau.

Les crèmes ou pommades grasses aux corticostéroïdes sont souvent nécessaires pour soulager les symptômes. Le corticostéroïde **peu puissant** (hydrocortisone, par exemple) ou **moyennement puissant**, ne doit être appliqué que sur les zones affectées. La quantité doit être aussi faible que possible, idéalement, et se limiter à un ou deux petits tubes (15 à 30 g). Si l'affection est grave, l'application d'une plus grande quantité de corticostéroïdes topiques plus puissants est toutefois préférable à la prise de corticostéroïdes par voie orale.

Les corticostéroïdes systémiques (comprimés) sont un traitement de dernier recours pour réduire l'affection, ils ne doivent être administrés qu'à faible dose et pour une courte durée. La *Prednisolone* en comprimés sera choisie en première intention durant la grossesse, elle peut être nécessaire en cas de grave poussée d'eczéma.

Un traitement léger par ultraviolets (UVB), considéré comme sans danger durant la grossesse, peut également être prescrit.

Les antibiotiques peuvent s'avérer nécessaires si les zones affectées suintent, car cela peut être le signe d'une infection bactérienne.

Les immunosuppresseurs en crèmes ou pommades, tels que le tacrolimus (Protopic®) ou le pimecrolimus (Elidel®) doivent être évités, car leur utilisation n'est pas homologuée pour une administration lors de la grossesse. Une application fortuite sur des zones limitées n'a pas montré d'effet indésirable chez le fœtus, mais nous ne disposons pas d'études approfondies à ce sujet.

Les antihistaminiques administrés par voie orale peuvent également soulager les démangeaisons.

Les substances suivantes sont considérées comme sans danger durant la grossesse :

Sédatives (provoquent une somnolence) : clémastine, dimétindène, chlorphéniramine

Non sédatives : loratadine, cétirizine.

Le traitement est-il sans danger pour la mère et l'enfant ? Un suivi est-il nécessaire ?

Les corticostéroïdes topiques faiblement ou moyennement puissants semblent être sans danger pendant la grossesse, les corticostéroïdes topiques puissants peuvent nuire à la croissance du fœtus, qui peut naître avec un retard staturo-pondéral ou prématurément, en particulier si la mère applique de grandes quantités de corticostéroïdes (plus de 50 g, 1/2 gros tube par mois soit plus de 200 à 300 g, 2 à 3 gros tubes au cours de la grossesse). En général, la prise de comprimés de *prednisolone* durant une courte durée (2 semaines environ) n'affecte pas l'enfant. Néanmoins, la prise de doses élevées de *prednisolone* par voie orale (plus de 10 mg/jour) ou un traitement de longue durée, (plus de 2 semaines) pendant les 12 premières semaines de grossesse semble accroître le risque de formation d'une fente labio-palatine. La prise de comprimés de stéroïdes durant une longue durée (qui n'est en général pas nécessaire pour le traitement de l'EAG) peut également affecter le développement du fœtus, en particulier sa croissance.

La prise de comprimés de stéroïdes accroît le risque de diabète et d'hypertension chez la mère, mais la corticothérapie par voie orale est en principe de très courte durée. Le contrôle de la tension artérielle et l'analyse des urines sont donc essentiels lors des consultations prénatales, et les échographies permettent de détecter toute altération de la croissance du fœtus.

Un accouchement normal est-il possible ?

Oui.

Les femmes souffrant d'éruption atopique de la grossesse peuvent-elles allaiter ?

Oui. Même si elles prennent des comprimés de corticostéroïdes, les femmes doivent être encouragées à allaiter, car la quantité de corticostéroïdes qui passent dans le lait maternel est négligeable. Ces femmes risquent toutefois de développer un eczéma sur les mamelons en raison de leur sensibilité cutanée, l'application régulière d'un émollient est donc importante. Si des dermocorticoïdes sont appliqués sur les mamelons, ces derniers doivent être soigneusement nettoyés avant l'allaitement, pour éviter toute ingestion de corticostéroïdes par le nourrisson.

Où puis-je trouver plus d'informations sur l'éruption atopique de la grossesse ?

Liens vers des brochures plus détaillées :

www.aad.org/public/publications/pamphlets/skin_eczema.html
<http://www.bad.org.uk/site/796/default.aspx>

Livres :

Black, Edwards, Lynch, Ambros-Rudolph. Obstetric and Gynecologic Dermatology. 3^e édition, 2008 (Royaume-Uni)

Schaefer, Spielmann, Vetter. Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. 8^e édition, 2012 (Allemagne)

Schaefer, Peters, Miller: Drugs during pregnancy and lactation. 2^e édition, 2007 (anglais)

Briggs, Freeman, Yaffe. Drugs during pregnancy and lactation. 7^e édition, 2005 (États-Unis)

Malgré tous les efforts déployés pour assurer l'exactitude des informations contenues dans cette brochure, les traitements décrits ne sont pas nécessairement appropriés ou efficaces pour toutes les personnes. Votre médecin est le seul à pouvoir vous donner des conseils personnalisés. Les informations générales contenues dans cette brochure sont une adaptation de la brochure destinée aux patients élaborée par l'association britannique de dermatologie (BAD). Février 2008

Ce dépliant a été élaboré par le groupe de travail « maladies de peau et grossesse » de l'EADV et ne reflète pas nécessairement l'avis officiel de l'AEDV (Académie européenne de dermato-vénérologie).

Mise à jour 2013.07.31