

# Quelle éruption ne pas « rater » pendant la grossesse?

Tours

Adermco

30 septembre 2022

Laurent Machet



Collège de Gynécologie CVL

**“Rashes that develop during pregnancy often result in considerable anxiety or concern for patients and their families”**

- Risque maternel?
- Risque foetal?
- Risque à prescrire ou à ne pas prescrire un traitement?
- Eruption liée à la grossesse ou pas?

# I- Danger lié à l'éruption, grossesse ou pas?

**Table 1. Historical and Physical “Red Flags” in Patient with Unknown Rash (1)**

---

Fever  
Toxic appearance  
Hypotension  
Mucosal lesions  
Severe pain  
Very old or young age  
Immunosuppressed  
New medication

---

# Sémiologie de l'éruption

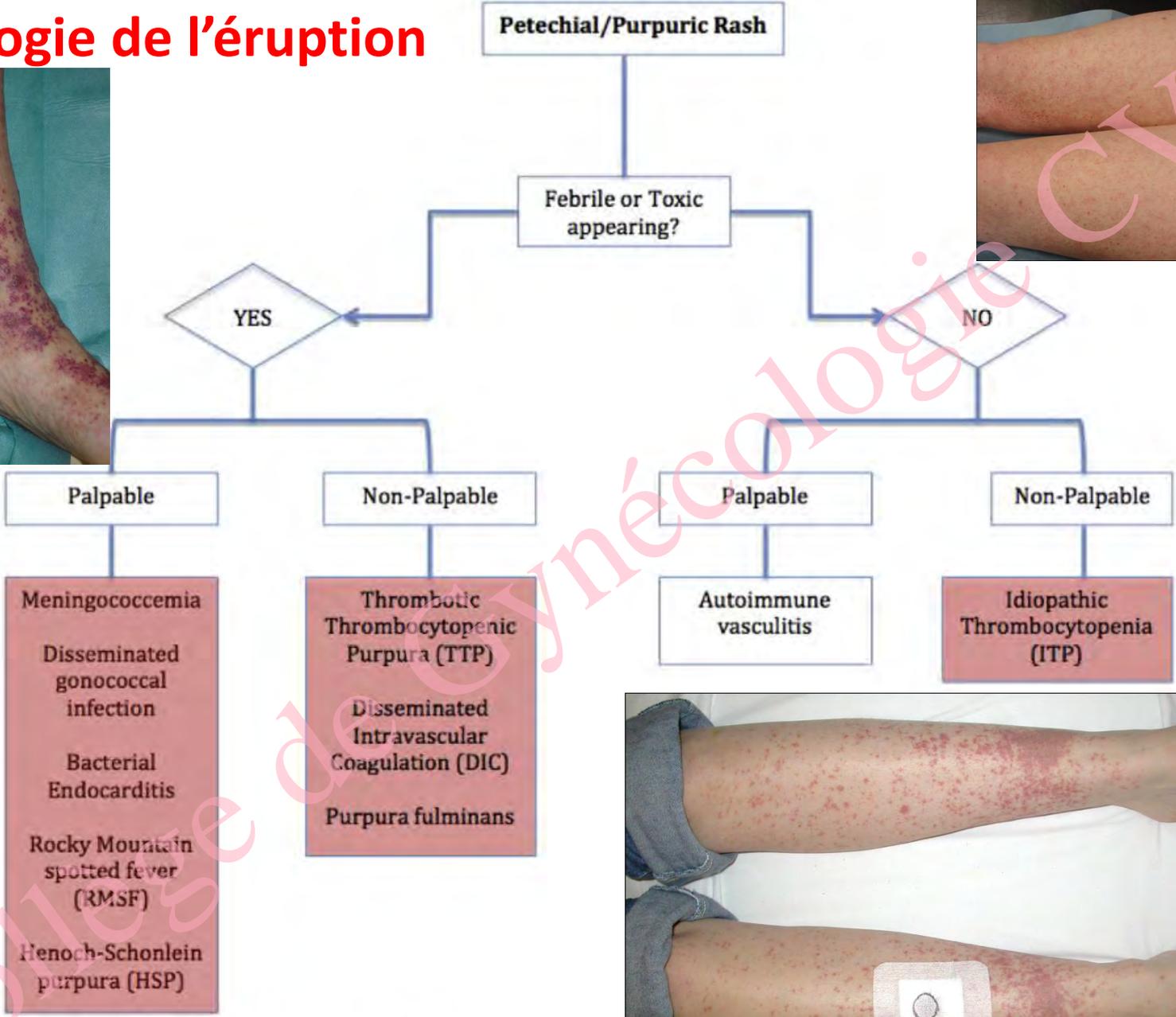


Figure 2. Approach to the petechial/purpuric rash.

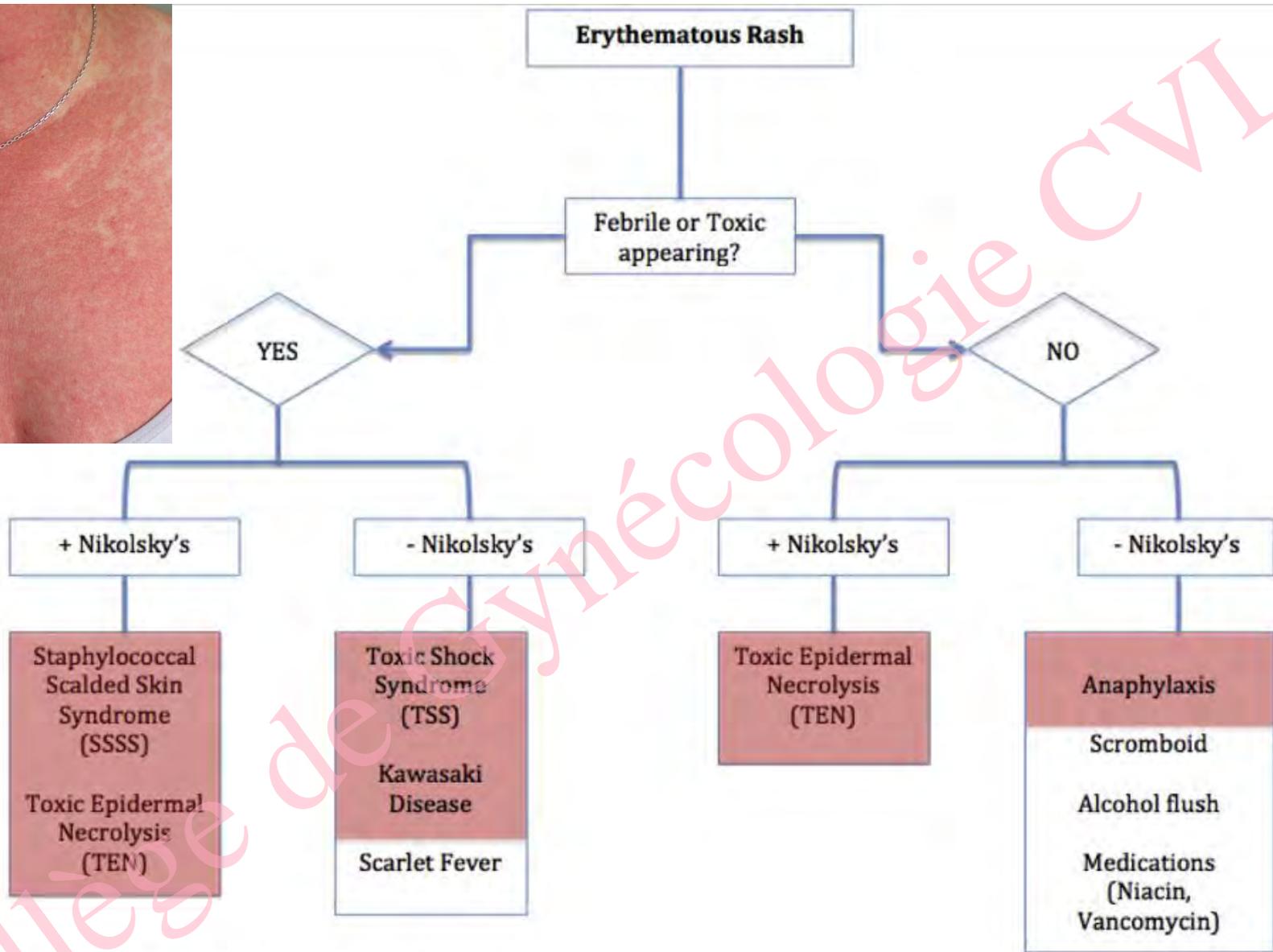


Figure 6. Approach to the erythematous rash.

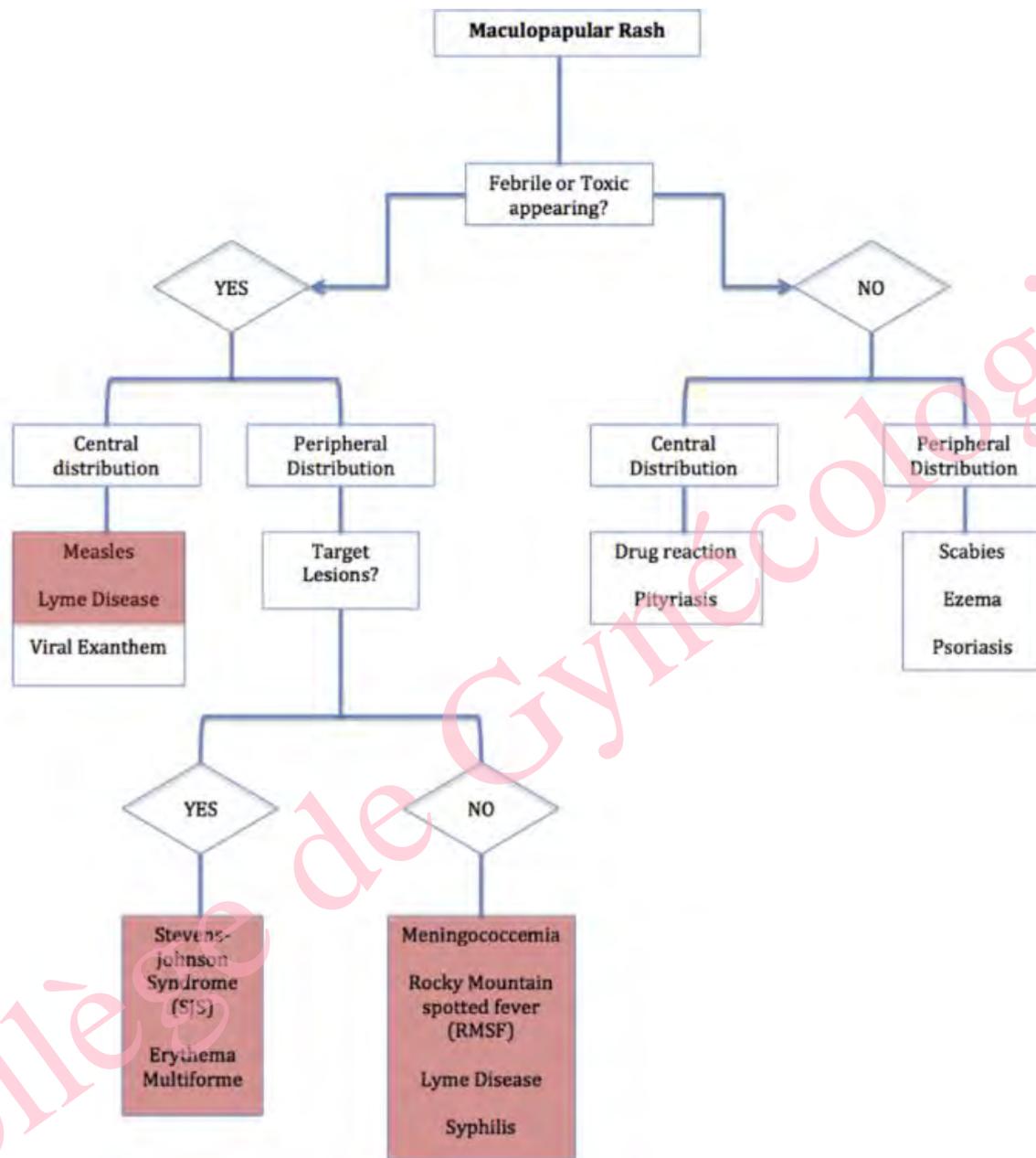


Figure 8. Approach to the maculopapular rash.

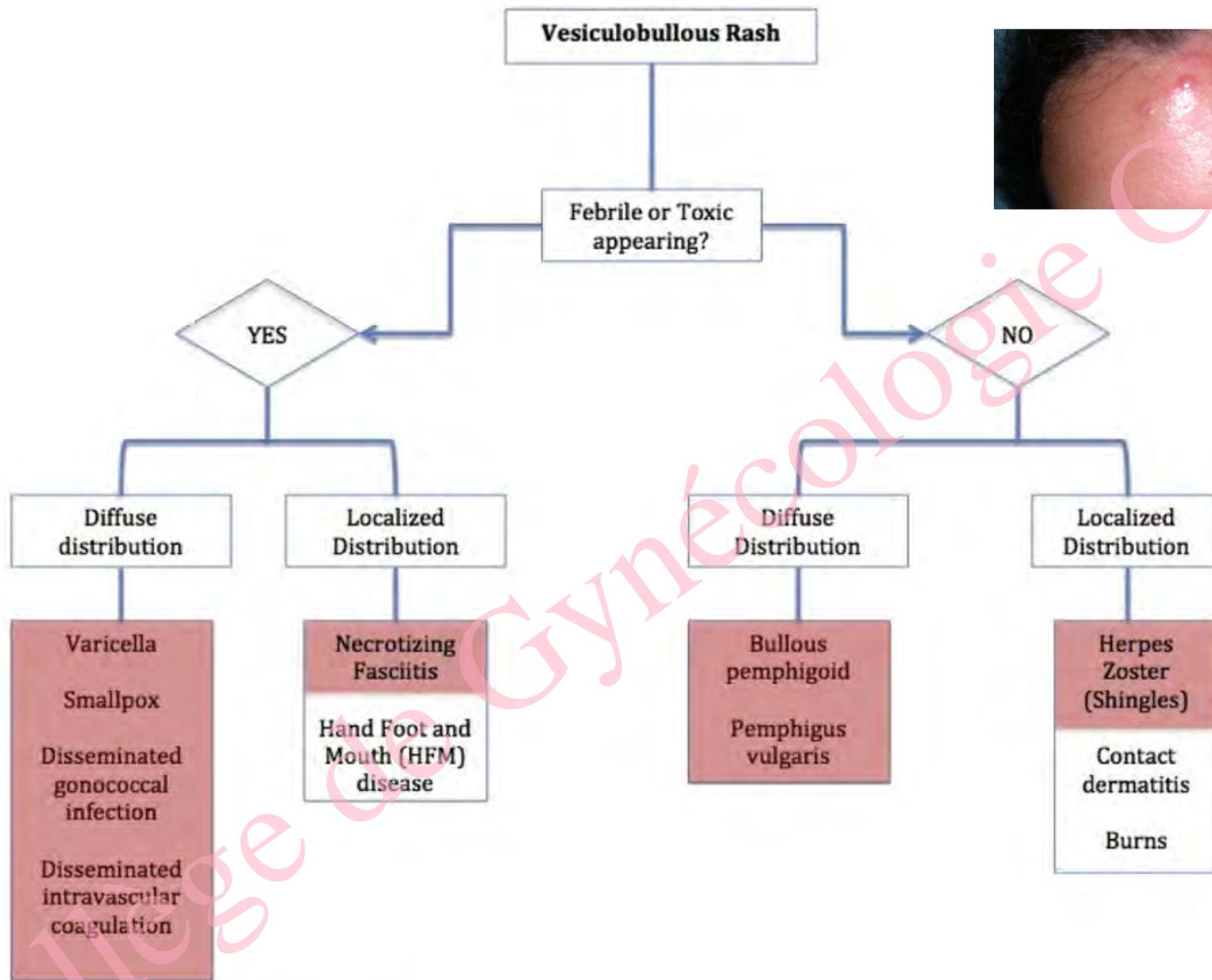


Figure 13. Approach to the vesiculobullous rash.

## II- Infections à risque pendant la grossesse?

- Syphilis
- Rubéole, rougeole, CMV
- Herpes simplex 1-2, Herpes virus 6,
- Parvovirus B19
- Zika
- Varicelle
- VIH
- COVID?
- Monkeypox?
- ....



Génital

Douleurs, parfois signe d'urétrite (écoulement, brûlures mictionnelles)



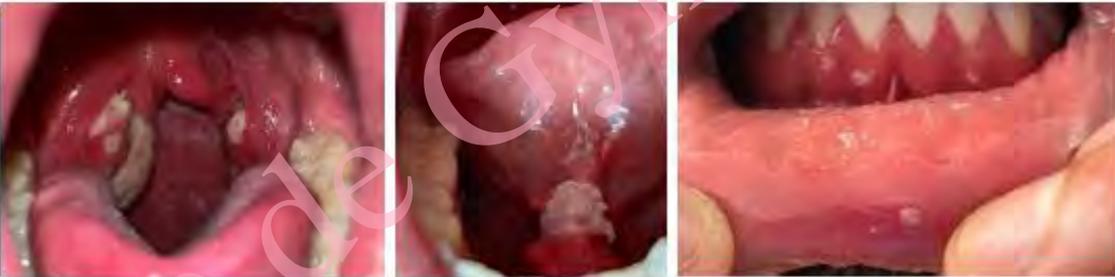
Anal

Signes de rectite : écoulement, douleurs, épreinte, ténesme, faux-besoin



Oropharyngé

Odynophagie, angine ulcéro-nécrotique, érosions buccales



Cutané

Lésions cutanées primaires : pubis, visage, mamelon...



# RISQUE?

- 11 ième SA (2<sup>ème</sup> grossesse)
- Pas de fièvre
- Hypothyroïdie substituée
- Pas d'autre anomalie
- Que faut-il faire?



---

# Pregnancy outcome in patients with pityriasis rosea

Francesco Drago, MD,<sup>a</sup> Francesco Broccolo, MD,<sup>b</sup> Elisa Zaccaria, MD,<sup>a</sup> Mauro Malnati, MD,<sup>c</sup>  
Clementina Cocuzza, MD,<sup>b</sup> Paolo Lusso, MD,<sup>c,d</sup> and Alfredo Rebora, MD<sup>a</sup>  
*Genoa, Milan, and Cagliari, Italy*

- 38 grossesses, 9 prématurés, 5 FCS.
- 63% (5/8) de FCS si PRG dans les 15 premières semaines de gestation.
- HHV-6 détecté dans le plasma, la peau, le placenta et le foetus (du seul cas ou cela a été cherché)

J Am Acad Dermatol 2008;58:S78-83

33 femmes enceintes avec un PRG:

8 (24%) complications mineures (retard croissance, oligoamnios, etc)

Pas de mort foetale

En pratique, surveillance surtout pendant les 15 premières semaines

# III-Dermatoses et prurit de la grossesse



Collège de Gynécologie CHL

# Specific Pruritic Diseases of Pregnancy

## *A Prospective Study of 3192 Pregnant Women*

Denis Roger, MD; Loïc Vaillant, MD; Alain Fignon, MD; Fabrice Pierre, MD; Yannick Bacq, MD; Jean-François Brechot, MD; Marie-Claire Grangeponde, MD; Gérard Lorette, MD



(Arch Dermatol. 1994;130:734-739)

**Table 2. Characteristics of the Population Studied (N=3192)\***

	PG	HG	PEP	PGB	PFP
No. of cases	17	2	15	7	1
Onset of pruritus, wk of amenorrhea ( $\pm$ SE)	29.5 ( $\pm$ 7)	34 ( $\pm$ 6)	28 ( $\pm$ 6)	22 ( $\pm$ 9)	32
Primiparous, %	41	100	53	28	100
Twin pregnancy, %	29	0	0	14	0
Previously affected pregnancy, %	90	0	0	75	100
Positive family history of pruritus gravidarum	1	0	0	1	0
Threatened premature labor (twin pregnancies excluded)	3	0	3	0	1
Premature labor (twin pregnancies excluded)	2	0	2	0	0
Moderate or severe preeclampsia	3	0	1	0	0

PG: prurigo grossesse  
 HG: herpes gestionnis  
 <1/1000

PEP (=PUPPPP)

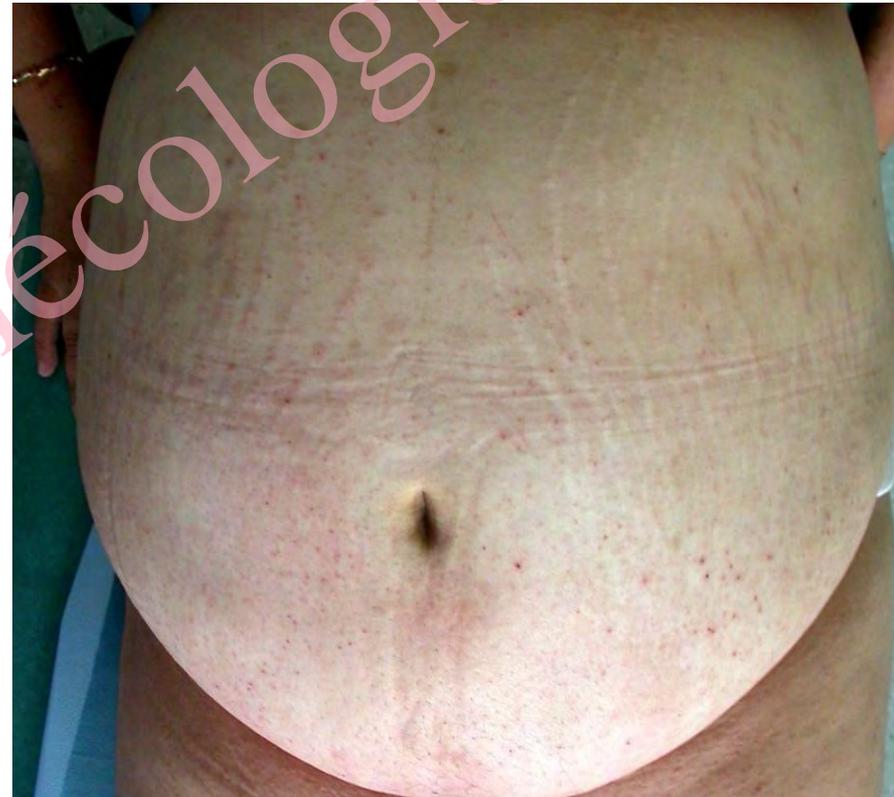
éruption  
 polymorphe de la  
 grossesse <1%

PGB: prurigo de  
 Besnier

PFP: folliculites  
 prurigineuses de la  
 grossesse

## 3-1- Prurit sans lésions dermatologiques spécifiques au cours de la grossesse

- Gale, lymphome, etc...
- Cholestase? Gravidique ou pas?



# Cholestase: autre cause que la CIG?

- chercher systématiquement une autre cause à la cholestase: infection bactérienne (ECBU), virales, obstacle sur les voies biliaires (échographie abdominale), médicament?
- 50% des hépatopathies observées au cours de la grossesse sont dues à une CIG.

# CIG: risque foetal élevé

- En France 0,5 à 0,7% des grossesses en 1990.
- Mort foetale in utero: 1 à 2%, mortalité péri-natale 1 à 7%.
- Prématurité 12 à 50%.
- Grossesse à risque: surveillance maternelle et foetale régulière par une équipe spécialisée incluant obstétriciens et hépatologues. Efficacité Ursolvan.
- Récidive 1/2 avec grossesse, et OP?
- Polymorphisme génétique

1. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: A French prospective study Y Bacq, et al. Hepatology 1997.
2. La cholestase intrahépatique gravidique. L. Sentilhes, Y. Bacq, J Gynecol Obst Biol 2008
3. ABCB4 gene mutations and single nucleotide polymorphisms in Women with intrahepatic cholestasis of pregnancy. Y Bacq et al. J Med Genet 2009
4. Efficacy of Ursodeoxycholic Acid in Treating Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A Meta-analysis. Y Bacq et al. Gastroenterology Aug 2012

Chers collègues,

J'ai de voir en consultation g<sup>ne</sup> [redacted] le  
30/11/21 primipare à 35<sup>s</sup>/28<sup>sa</sup>, obèse, hypertendue,  
diabétique insulino-dépendant au cours de la  
grossesse, qui présente un prurit abdominal et  
des membres supérieurs depuis 10 jours.

Nous avons éliminé une cholestase gravidique

et lui avons prescrit de l'Atarax.

Le traitement comprend: ~~Atarax~~ Aldomet, Temomine  
et Dusuline.

des analyses se sont réalisées ce 5 jours et 7<sup>me</sup>  
a un prurit très intense.

J'espère de ce que vous ferez pour elle.

## **3-2- Les dermatoses « spécifiques » de la grossesse**

PUPPP (pruritic urticarial papule and plaque of pregnancy), prurigo tardif de la grossesse, rash toxémique, prurigo gestationis de Besnier, dermatite papuleuse de Spangler, folliculite prurigineuse de la grossesse, dermatite à IgM linéaire de la grossesse, ...

# Simplification

- 1/ les prurigos de la grossesse, où la lésion élémentaire est une papulo-vésicule excoriée de prurigo, prédominant sur les membres (AEP= atopic eruption of pregnancy, E-type et P-type)
- 2/ les éruptions polymorphes de la grossesse (EPG= PEP: Polymorphous Eruption of Pregnancy): papules oedémateuses , vésicules, associées aux vergetures, abdomen, racine des cuisses
- 3/ Pemphigoïde la grossesse
- 4/ Psoriasis pustuleux grossesse

Ambros-Rudolph CM, et al. 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.

# PRURIGO DE LA GROSSESSE

## Prurigo Gestationis de Besnier





Collège de Gynécologie CML

# PRURIGO DE LA GROSSESSE

## Fréquence

- 0.2% à 0.5% des grossesses, favorisé par l'atopie

## Clinique

- Prurigo, surtout membres (visage respecté)
- 2ème ou 3ème trimestre (début à 18s)

## Diagnostic différentiel

- CIG (mais transaminases et SBT normaux)
- Prurit-prurigo sans rapport avec la grossesse

# Prurigo de la grossesse

- **Traitement**

Dermocorticoïdes

UVB

Et symptomatique du prurit

- **Evolution**

Régression en quelques semaines

Récidive <10% avec grossesse ultérieure

# Eruption polymorphe de la grossesse

(EPG=PEP in english, exit PUPPPP)

- 0.5 à 1% des grossesses
- Primipare (2/3 des cas), 3ième trimestre (3/4 des cas).
- Prurit intense, insomniant 8 fois sur 10 qui peut précéder l'éruption de 8 à 15 jours.
- Plaques oedémateuses pseudo-urticariennes (type I)
- Erythème maculeux +/- papuleux et vésicules (type II)
- Atteinte des vergetures ortiées (60% des cas)

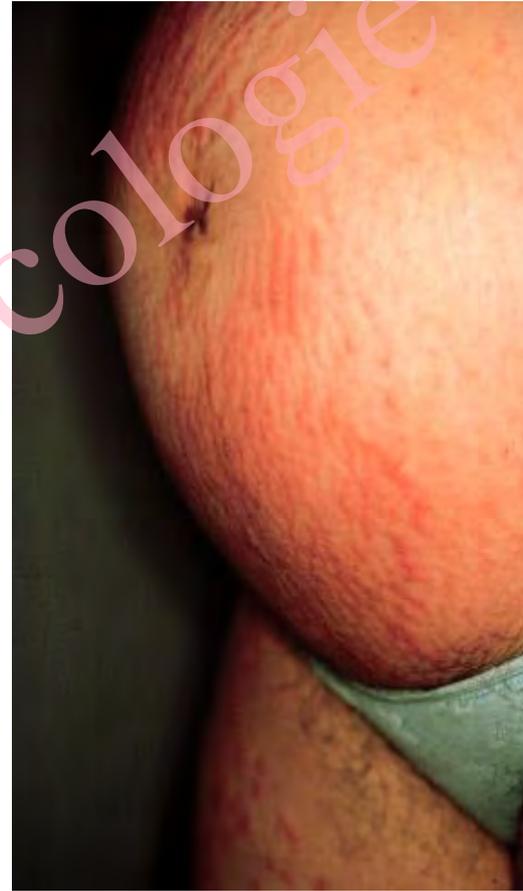


# Eruption Polymorphe de la Grossesse

EPG=PEP



**PEP typique : épargne l'ombilic et atteinte des vergetures**



Collège de Gynécologie CVL

# PEP: mais aussi atteinte des membres



Collège de Gynécologie CHU

**PEP urticariennes,  
polymorphes**

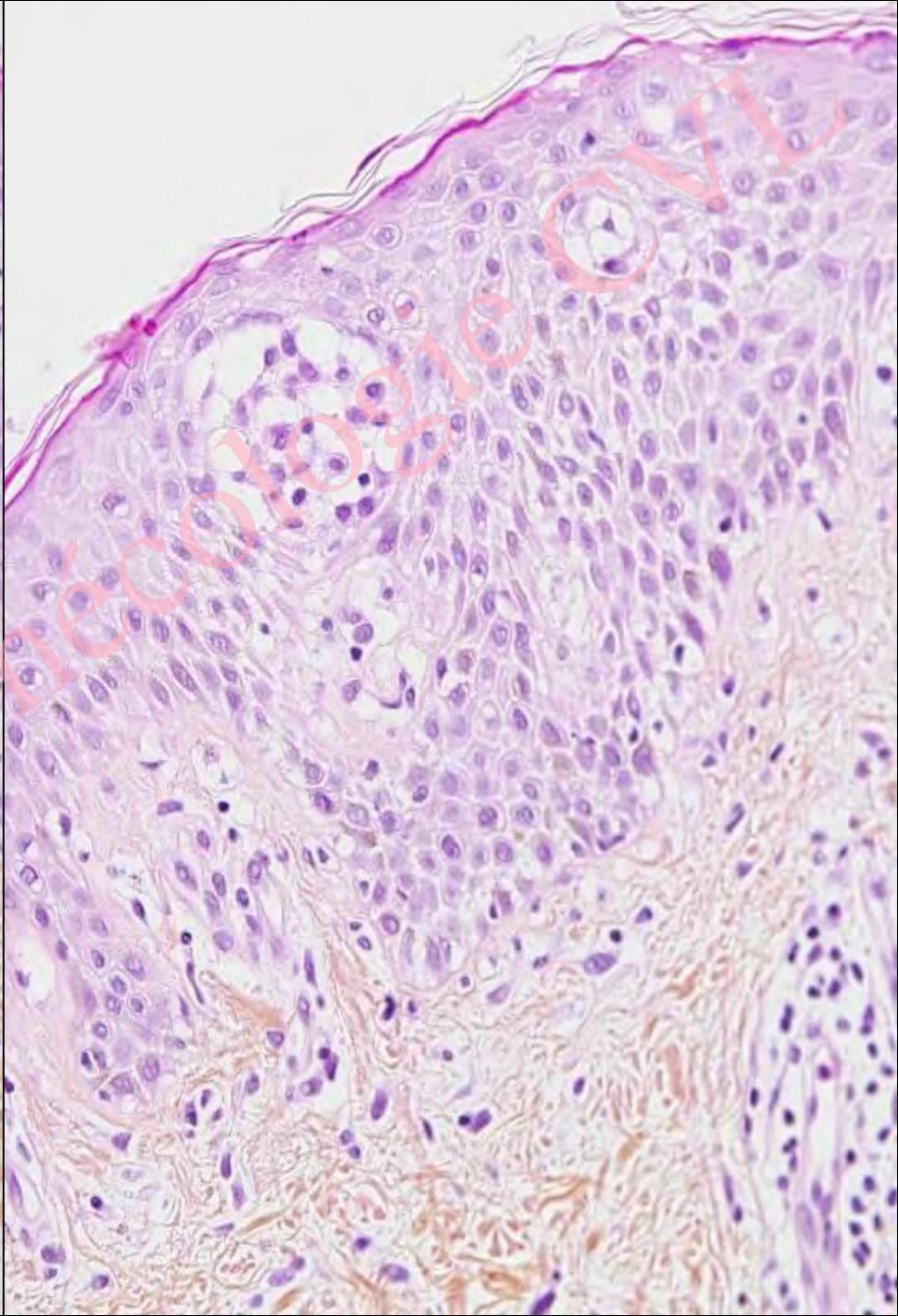
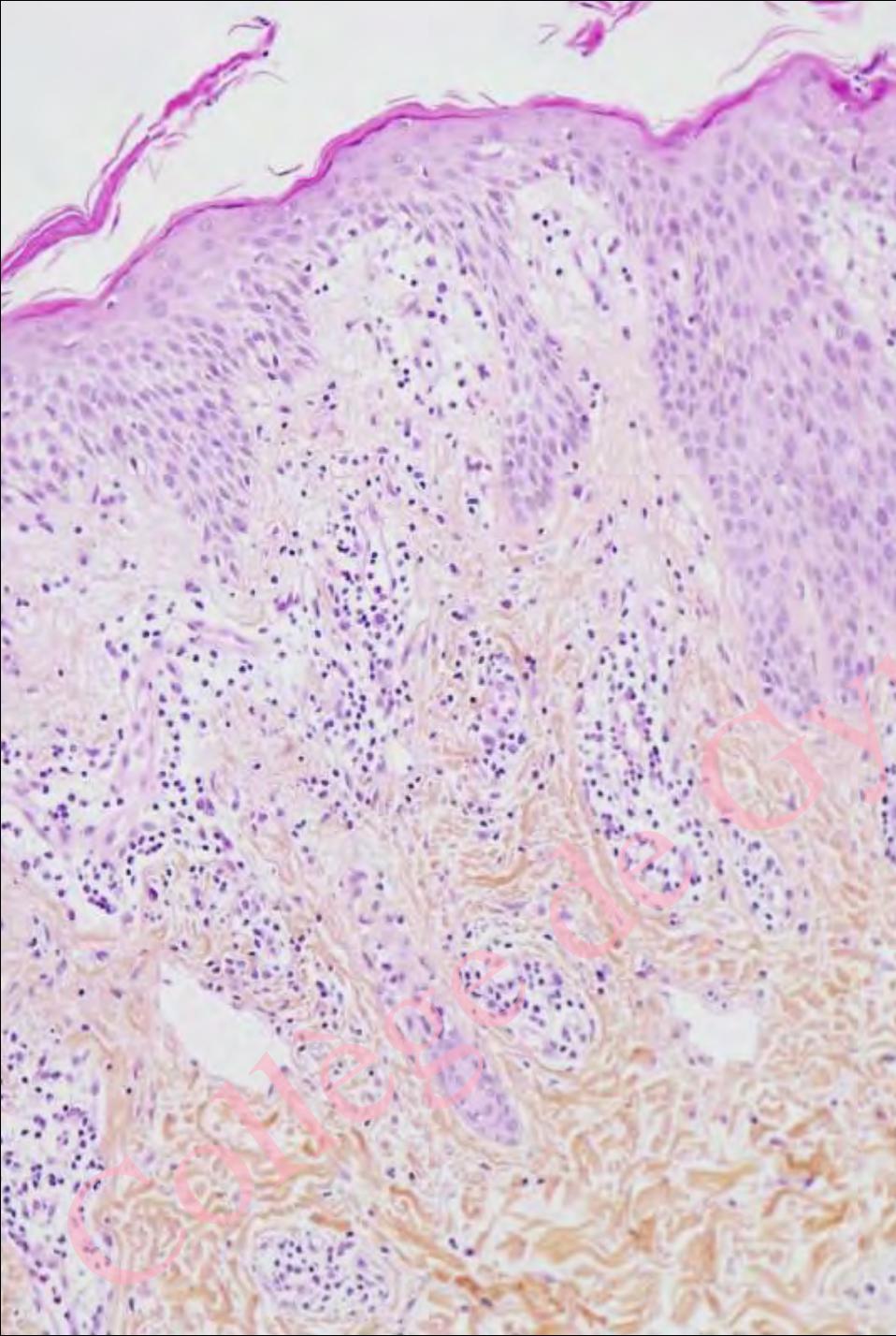


**Attention aux  
diagnostics  
différentiels!**



# PEP avec vésicules ou bulles





## PEP

- Le diagnostic est clinique
- Histologie non spécifique
- IFD négative
- Biologie normale

**Chercher systématiquement  
une CIG?**

**NON!**



# PEP: quels risques?

40 PEP versus 160 témoins, analyse univariée.

**Table II.** Univariate analysis of maternal-fetal informations and comorbidity

	PEP	Control	P value
Parity, mean	1.8 ± 1	2.1 ± 1.4	.13
Gravidity, mean	2.2 ± 1.5	2.7 ± 1.8	.07
Maternal weight gain, mean	13.9 ± 4.7	12.2 ± 4.7	.055
Newborn birth weight, mean	3.03 ± 0.7	3.2 ± 0.5	.13
No. of hospitalisations★	1.2 ± 0.9	0.4 ± 0.6	<.0001
Multiple gestation pregnancy★	6/40 (15%)	5/160 (3.1%)	.009
Prematurity (8 lost data)★	7/38 (18.4%)	9/154 (5.8%)	.02
Male fetuses (210 newborn)★	29/45 (64.5%)	80/165 (48.5%)	.06
Cesarean section★	16/40 (40%)	21/160 (13.1%)	<.0001
Hypertension	7/40 (17.5%)	12/160 (7.5%)	.06
Threatened premature labor	7/40 (17.5%)	21/160 (13.1%)	.47
Gestational diabetes	9/40 (22.5%)	9/160 (5.625%)	.0027

PEP, Polymorphic eruption of pregnancy.

Regnier S, Femand V, Levy P, Uzan S, Aractingi S. J Am Acad Dermatol. 2008;58:63-7.

# PEP: risques? Analyse multivariée

**Table III.** Final multivariate nonconditional logistic regression model

	Odds ratio, adjusted	95% CI	<i>P</i>
Female	0.4	0.2; 0.9	.041
Cesarean	3.3	1.4; 7.9	.005
No. of hospitalizations (coded as a continuous variable)	2.6	1.6; .2	.0001

CI, Confidence interval.

*S. Régnier et al. JAAD 2008*

# PEP: traitement

- Dermocorticoïdes puissants
- Anti-H1 sédatifs (Polaramine, Atarax après 1<sup>ier</sup> trimestre)
- UVB
- Corticothérapie générale

# PEP: Evolution et pronostic

- Guérison en 1 à 6 semaines après l'accouchement (moyenne 15 j).
- Exacerbation du prurit rarement observée en post partum (moins de 15%).
- Récidive rare (5%) lors des grossesses ultérieures
- La prise d'oestroprogestatifs n'induit pas de récurrences.
- Pas de risque foetal





Collège de Gynécologie CVL



Collège de Gynécologie C.V.L

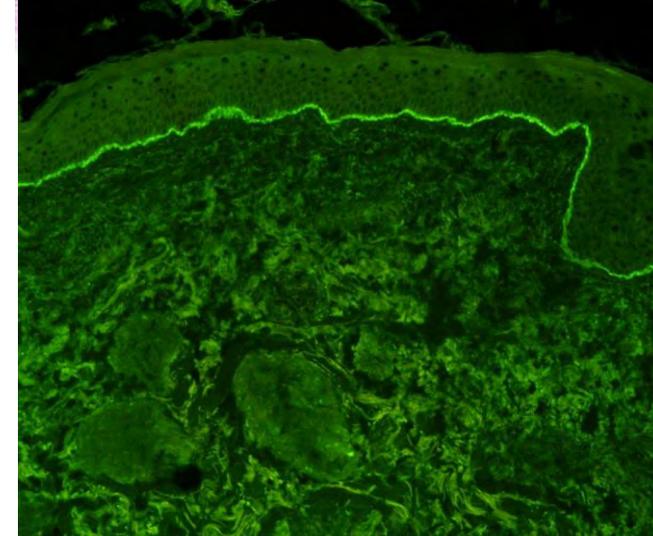
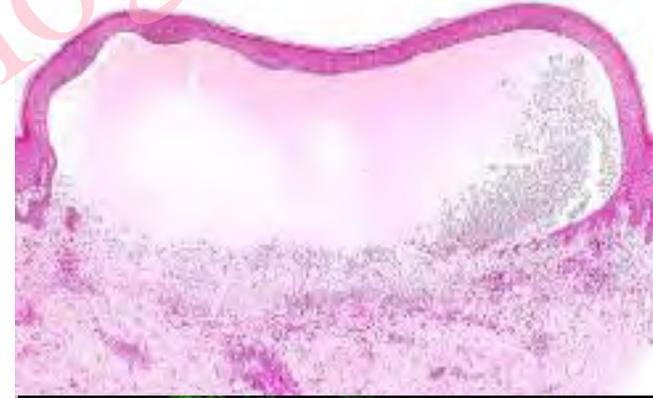
# PEMPHIGOÏDE DE LA GROSSESSE

(= PG, ex HG)

- Prurit intense et insomniant qui précède de 1 à 4 semaines l'éruption, au 3<sup>ième</sup> trimestre (2/3 des cas)
- L'éruption débute à l'abdomen (50 à 90% des cas, ombilic). Elle s'étend ensuite au tronc et à la racine des cuisses et peut être généralisée
- Papule érythémateuse et oedémateuse, annulaire, polycyclique ou en cocarde. Sur ces papules érythémateuses se développent des vésicules ou des bulles .

# PG: confirmation du diagnostic

- IFD: présence constante de la fraction C3 du complément sur la membrane basale
- Bulle sous-épidermique avec présence de lymphocytes et d'éosinophiles dans le derme.
- Elisa (Ac anti BPAG2, protéine 180 kD).



Née le : 24.11.1987 19 A.

Séjour : 433442466  
Réf. Externe: 07207682

57044 TOURS CEDEX 9

EM : 8630

Dossier : I0 7214 0042 reçu le 02.08.07 à 09:45

DUPLICATA du 17.01.08 à 14:48

## Auto-Immunité

**Herpès gestationis factor**  
**Anti-BP180 (BPAG2)**  
*Technique : ELISA - ServiBIO*

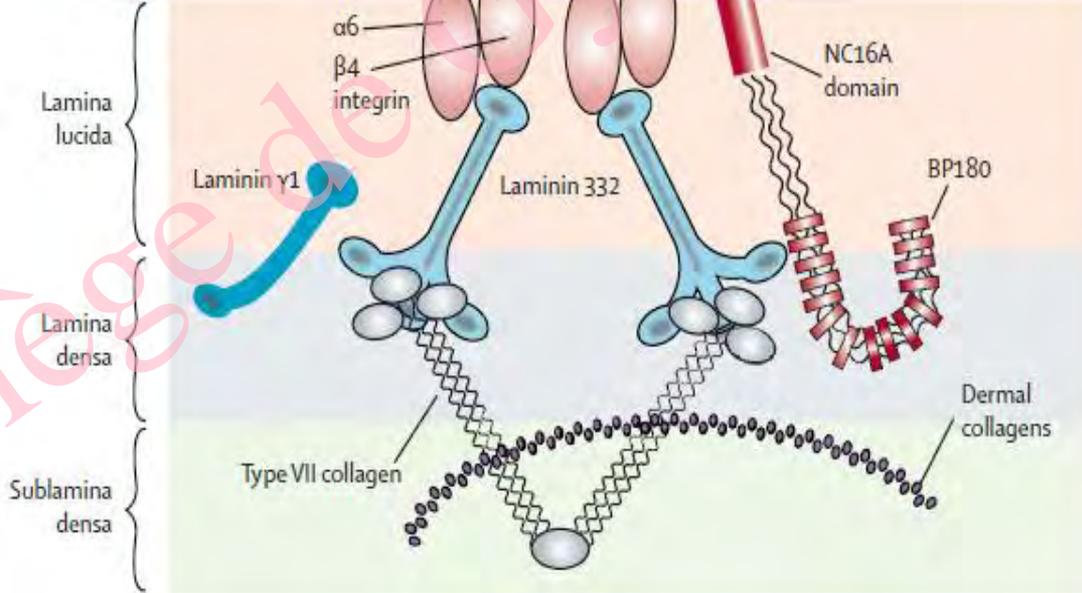
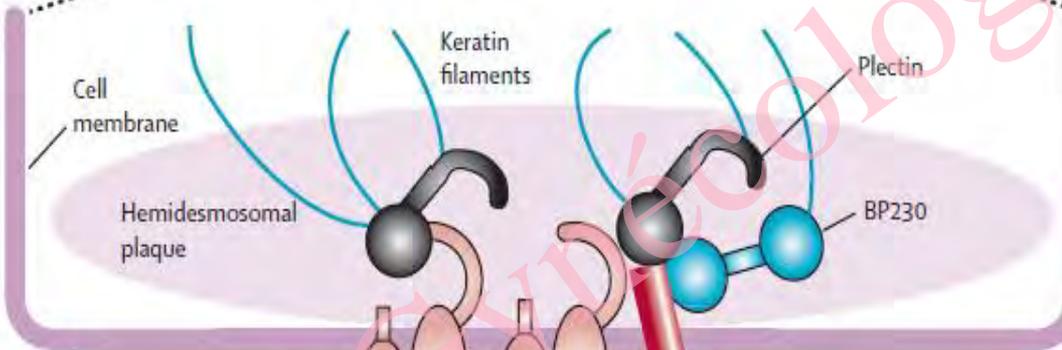
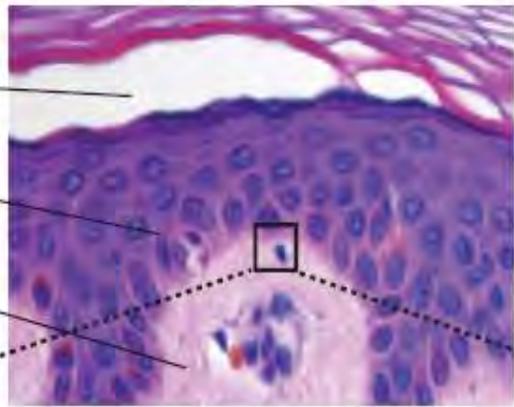
Négatif  
2 U/ml

0 - 9

Corneal layer

Epidermis

Dermis



College de Biologie CVL

# Pemphigoïde Gestationis Risque Maternel

- ◆ Exacerbation du prurit après l'accouchement
- ◆ Autonomisation possible
- ◆ Evolution prolongée  
délai 15 j à 12 ans (moyenne 16s)
- ◆ Maladies auto-immunes associées
- ◆ Récidives aux grossesses ultérieures (>50%), voire OP

# Pemphigoïde Gestationis

## Risque Foetal

- ◆ Prématurité augmentée  
20% avant 36 s
- ◆ Hypotrophie (non statistiquement significative)
- ◆ Avortements spontanés  
Idem population normale
- ◆ Enfants  
3% d'éruption transitoire à la naissance

## INVESTIGATIVE REPORT

# Gestational Pemphigoid: Placental Morphology and Function

Laura HUILAJA<sup>1</sup>, Kaarin MÄKIKALLIO<sup>2</sup>, Raija SORMUNEN<sup>3</sup>, Jouko LOHI<sup>4</sup>, Tiina HURSKAINEN<sup>1</sup> and Kaisa TASANEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, and Oulu Center for Cell-Matrix Research, University of Oulu and Clinical Research Center; <sup>2</sup>Department of Obstetric Gynecology, Oulu University Hospital; <sup>3</sup>Biocenter Oulu, and Department of Pathology, University of Oulu, Oulu, and <sup>4</sup>Department of Pathology, Hatan Institute, University of Helsinki, Helsinki, Finland

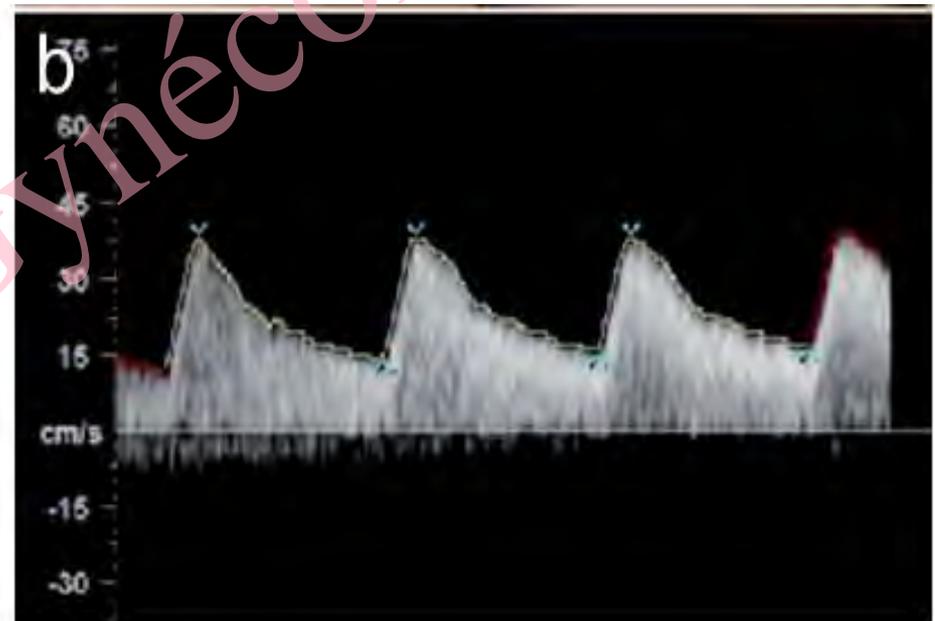


Fig. 1. (a) Urticarial papules, plaques and blisters on the abdominal skin and thighs of gestational pemphigoid case 7. (b) Normal umbilical artery blood flow profile at >35 gestational weeks.

# Pemphigoïde Gestationis

## Traitement

### ◆ Corticoïdes

- Locaux puissants (Diprolène, Dermoval) 20 à 40g/j, jusqu'à persistance des lésions
- per os 0,5 à 1 mg/kg/j

### ◆ Ciclosporine et Ig IV

# JDP 2011, J. Thollup et al. Risque lors des grossesses ultérieures ou des OP?

- 4 centres, EPG avec IF–, et PG avec IF+.
- 57 EPG et 14 PG incluses.
- Récidive si grossesse 4/36 cas (11 %) pour l'EPG, contre 4/13 (31 %) pour la PG ( $p = 0,12$ ). Récidive si OP, 0/9 du groupe EPG et 1/4 du groupe PG. Pas de complications sévères.
- 2 PG n'ont pas eu de grossesse ultérieure après conseil « négatif » de leur dermatologue.
- Les patientes avec EPG ou PG ne doivent pas être dissuadées de grossesses futures!



32 ans, 4<sup>ème</sup> grossesse, sans  
problème sauf éruption  
9 SA, 3<sup>ème</sup> récurrence cutanée, plus  
précoce. Biopsie?



## COMPTE RENDU D'EXAMEN

Antériorité(s) : NEANT

### Prélèvements et renseignements cliniques :

Biopsie cutanée, punch de 4 mm pour immunofluorescence.  
Eruption papuleuse érythémateuse prurigineuse. Récidive à chaque grossesse.

### L'étude en immunofluorescence directe montre :

- anti-IgG : absence de dépôt ;
- anti-IgA : absence de dépôt ;
- anti-IgM : absence de dépôt ;
- anti-C3 : absence de dépôt ;
- anti-C1q : absence de dépôt.

Et histologie peu spécifique  
Diagnostic?

Dicté le 23/01/2008

Codification(s) Adicap : PIOT0000

Tours, le 24/01/2008

Docteur Marie-Christine

Sexe : F - Né(e) le : 27/06/1975

**EXPLORATION de l'AUTO-IMMUNITE**

Biologistes référents : PH. D. DEGENNE - Dr. C. MAGDELAINE

Poste : 7 1821

**TYPAGE DES ANTICORPS ANTI-ANTIGENES NUCLEAIRES SOLUBLES**

Technique ELIA Pharmacia

ANTICORPS ANTI-SSA (52 et 60 kDa)

75 U/mL

(négatif &lt; 7 - positif &gt; 10 U/ml)

ANTICORPS ANTI-SSB

1,7 U/mL

(négatif &lt; 7 - positif &gt; 10 U/ml)

ANTICORPS ANTI-Sm

0,3 U/mL

(négatif &lt; 5 - positif &gt; 10 U/ml)

ANTICORPS ANTI-RNP(70 kDa,A,C)

1,7 U/mL

(négatif &lt; 5-positif &gt; 10 U/ml)

**ANTICORPS ANTI-MEMBRANE BASALE EPIDERMIQUE**

IFI sur oesophage de singe

TITRE

NEGATIF

Validé par : Charlotte MAGDELAINE - AHU

# Lupus pendant la grossesse

transmission de la mère à l'enfant

- Rare
- Lésions cutanées transitoires
- Risque de bloc auriculo-ventriculaire in utero
  - nécessite une surveillance
  - rare (<2% des grossesses SSa+)
  - peut nécessiter une césarienne

# Pustulose exanthématique de la grossesse

(= psoriasis pustuleux de la grossesse, ex impétigo herpétiforme)

- « Psoriasis pustuleux » de la grossesse
- Mais habituellement sans antécédents
- Evolution centrifuge avec en périphérie des pustules.
- Etat général souvent altéré, fièvre  $> 39^{\circ}\text{C}$ , fatigue.
- Mort subite foetale





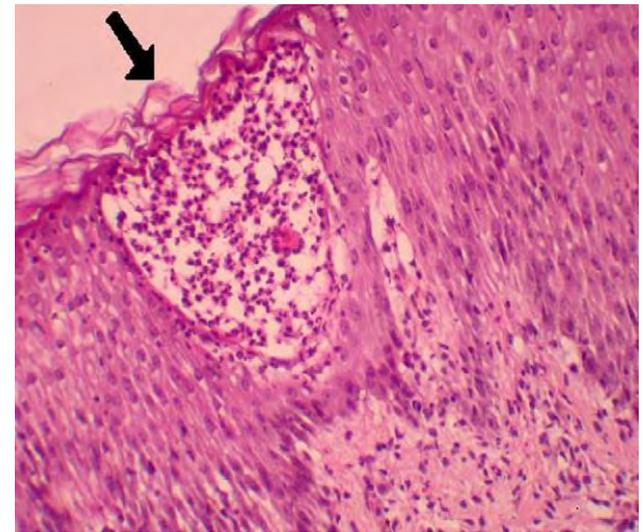




Collège de Gynécologie CVL

# Biologie, histologie

- Hyperleucocytose à PNN parfois importante (10 à 30000/mm<sup>3</sup>)
- Sd inflammatoire (CRP++)
- Hypoalbuminémie, hypogammaglobulinémie
- hypocalcémie (30-50%), vraie??
- Pustule sous cornée, spongiforme

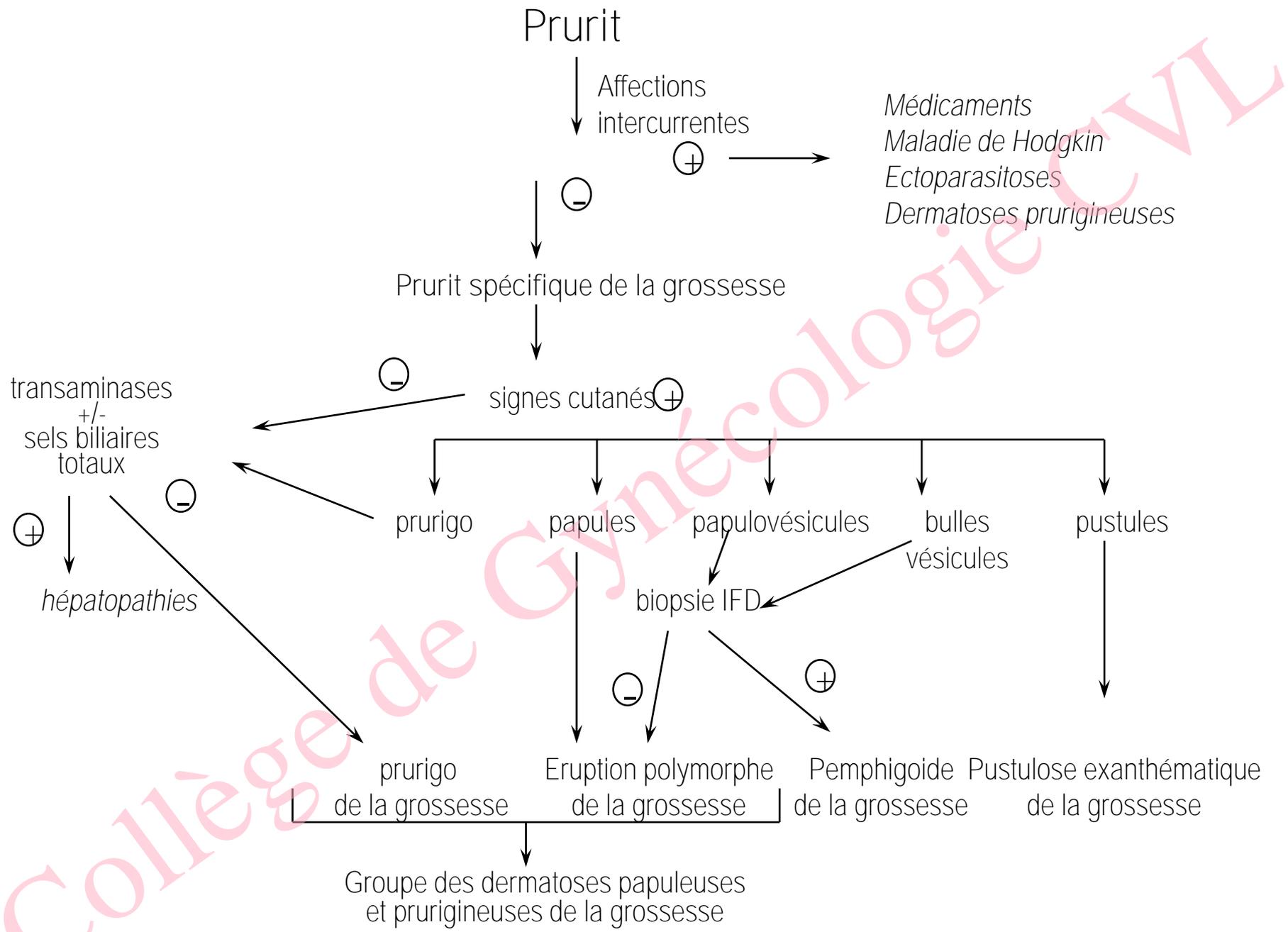


# Pronostic, évolution

- Pronostic foetal: mauvais, risque important de mort in utero (25%) ==> surveillance très régulière
- Prématurité élevée et risques de malformation (hydrocéphalie).
- Récidive lors d'une grossesse ultérieure: quasi-systématique.
- Récidive après utilisation de contraceptifs oraux: possible mais plus rare.

# Traitement

- Dermocorticoides
- Corticothérapie générale
- Photothérapie
- Rétinoïdes après grossesse
- Anti-TNF??



Conduite à tenir devant un prurit de la grossesse

Collège de Gynécologie CVL

## IV- Quiz

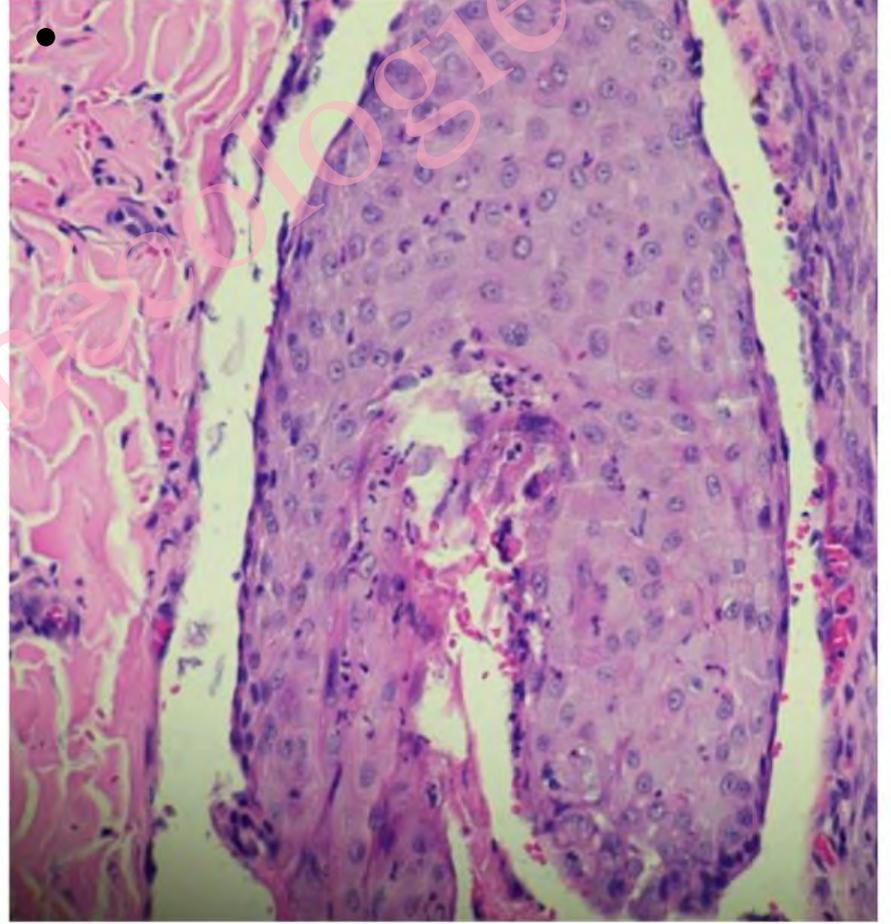
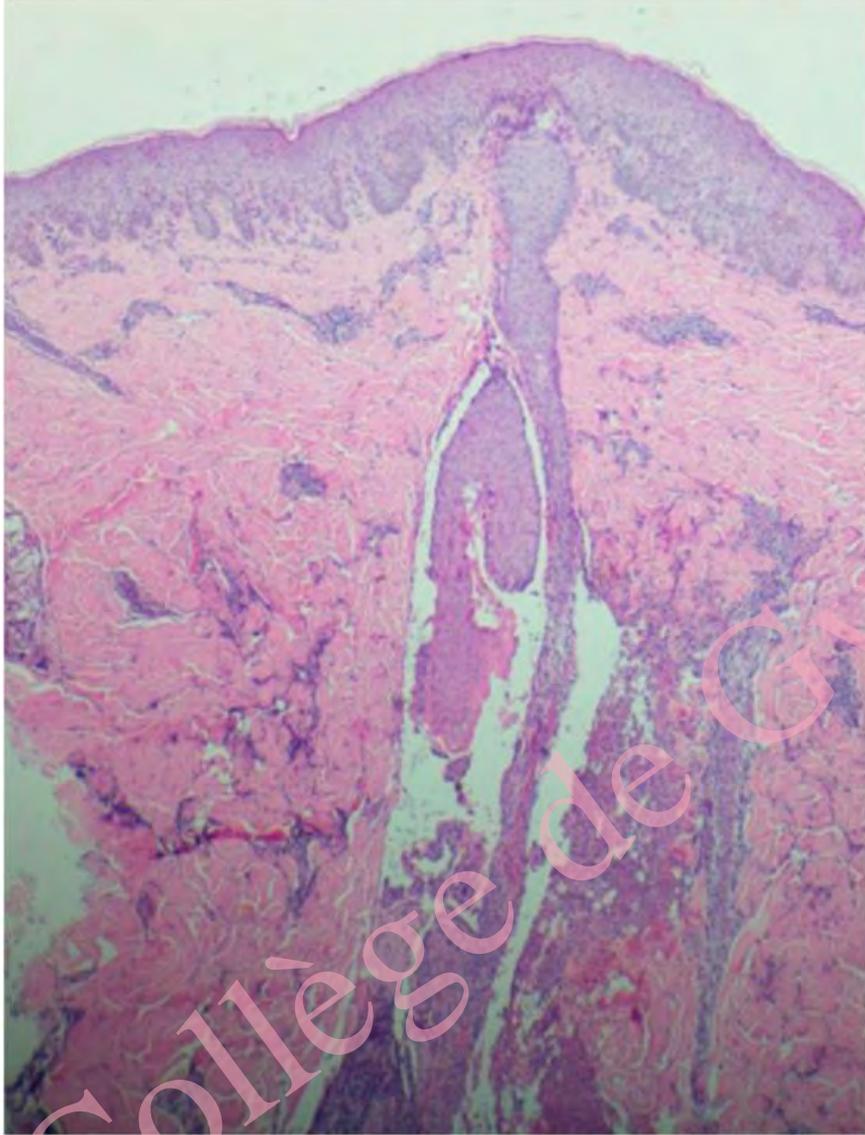
**Cas n°1:** 26 ans, 1<sup>ière</sup> grossesse, 31<sup>ème</sup> SA, pas d'antécédents  
Depuis 2 mois, lésions cutanées  
Prurit.



**Figure 1** Erythematous papules and pustules located on the sternum and abdomen (*linea nigra*).



**Figure 2** Erythematous papules located on the back.



Collège de Gynécologie CVL

# What is your diagnosis?

- a) Pruritic folliculitis of pregnancy
- b) Polymorphic eruption of pregnancy
- c) Bacterial folliculitis
- d) Acneiform eruption
- E) Monkeypox rash

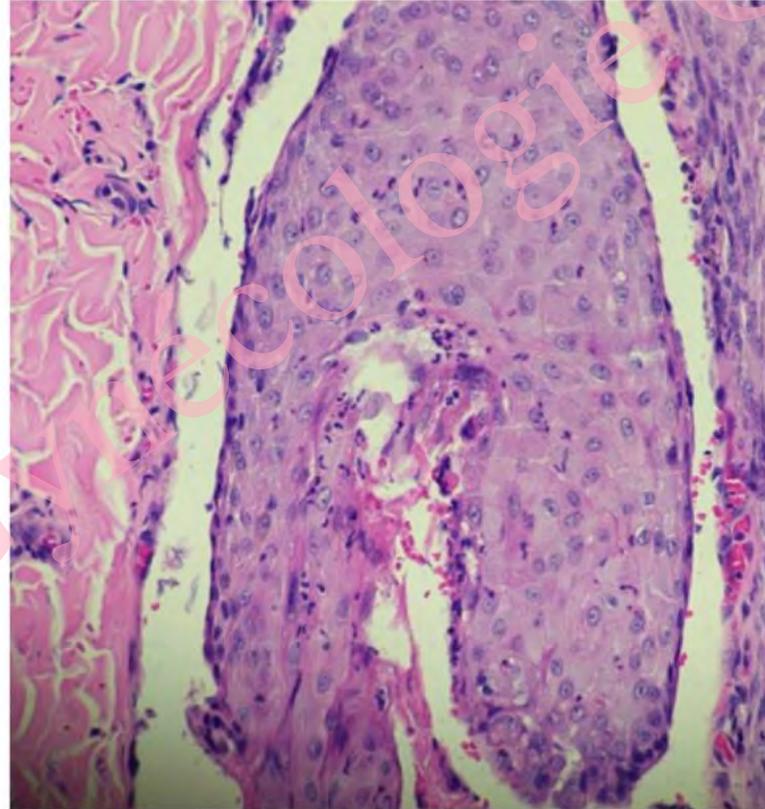
# Folliculites de la grossesse



**Figure 1** Erythematous papules and pustules located on the sternum and abdomen (*linea nigra*).



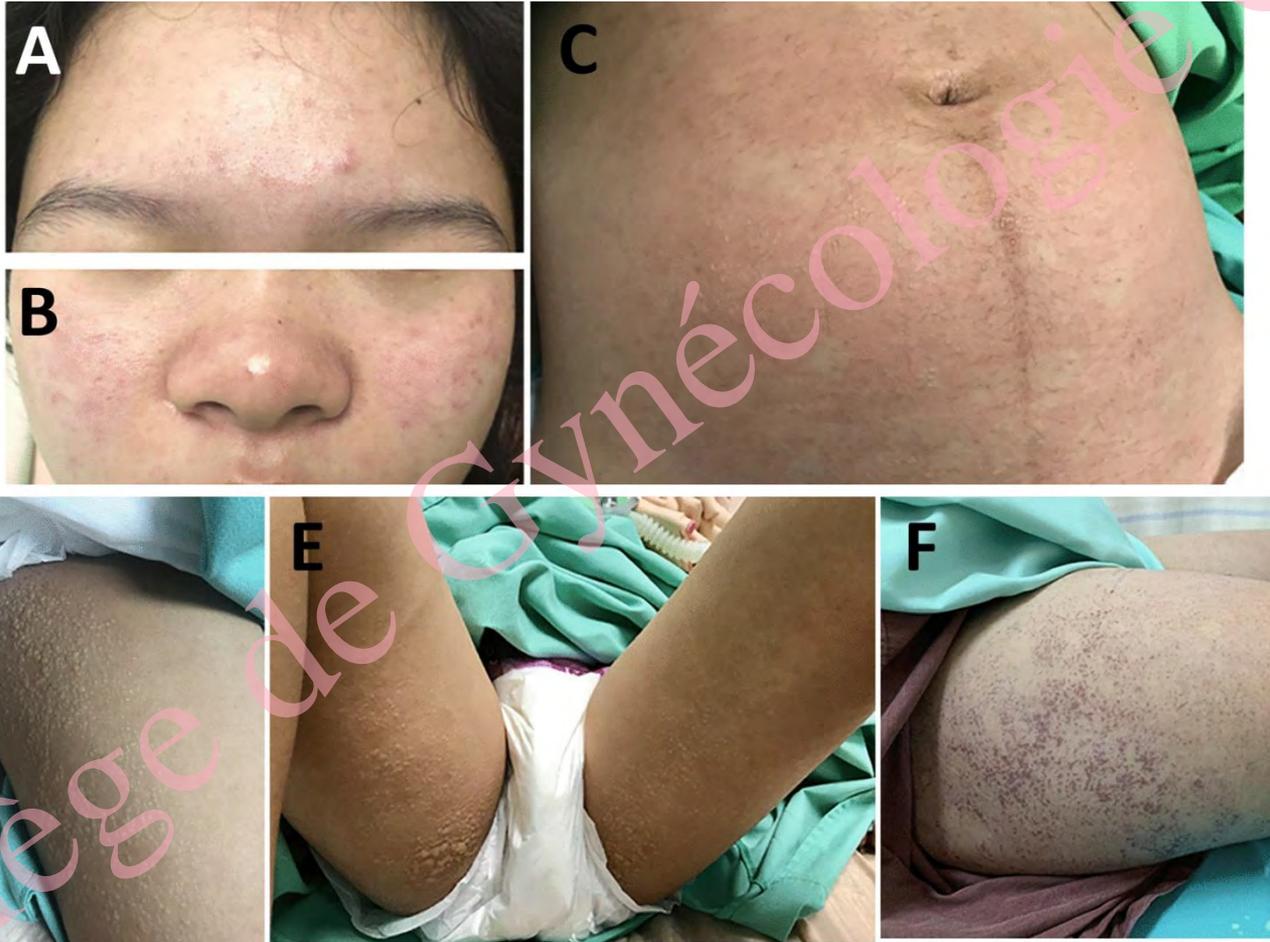
**Figure 2** Erythematous papules located on the back.

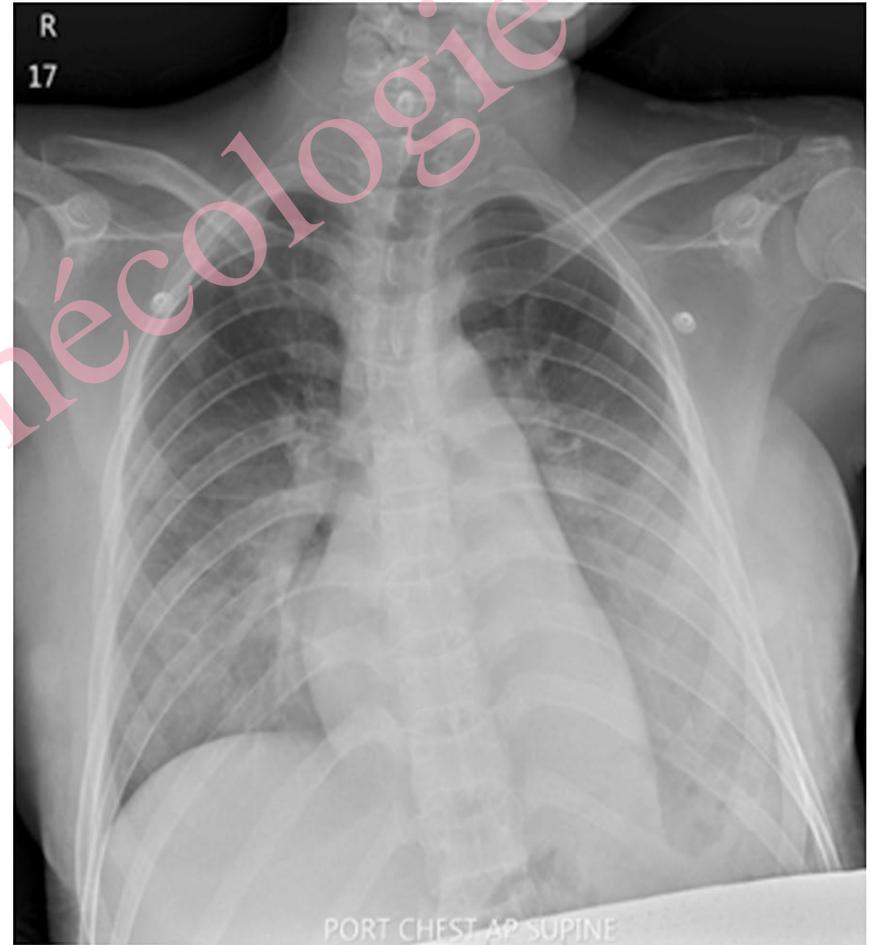
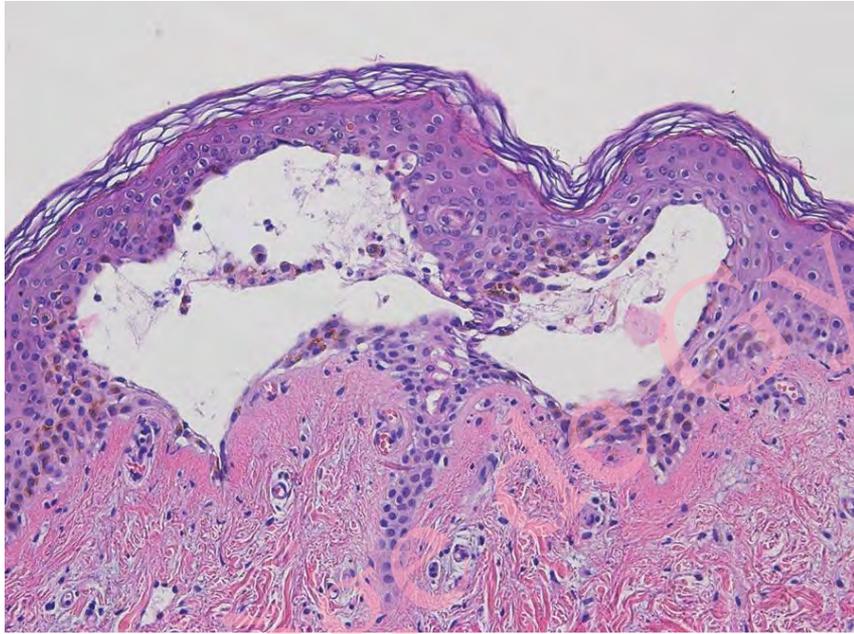


Amorim MRCF, Cavaliere FAM, Brito EOX, Mota ANCM. Case for diagnosis. Pregnant woman in the 3rd trimester with pruritic papules and pustules on the trunk. Pruritic folliculitis of pregnancy. *An Bras Dermatol.* 2022 Jan-Feb;97(1):102-104.

- The patient was treated with 5% benzoyl peroxide gel, with complete regression of the lesions in the first week of postpartum.

**Cas n°2:** 31<sup>ième</sup> SA, thaïlandaise, fièvre, éruption, arthralgie, puis dyspnée





Colleges

oncologie CVL

# Quel est votre diagnostic?

- A. Monkeypox
- B. Varicelle
- C. Pemphigoïde de la grossesse
- D. Toxidermie
- E. Chikungunya

CASE REPORT

Open Access

# Atypical skin manifestation in severe acute chikungunya infection in a pregnant woman: a case report



Saovane Benjamanukul<sup>1</sup>, Jira Chansaenroj<sup>2</sup>, Chintana Chirathaworn<sup>3</sup> and Yong Poovorawan<sup>2\*</sup>

A. Monkeypox

B. Varicelle

C. Pemphigoïde de la grossesse

D. Toxidermie

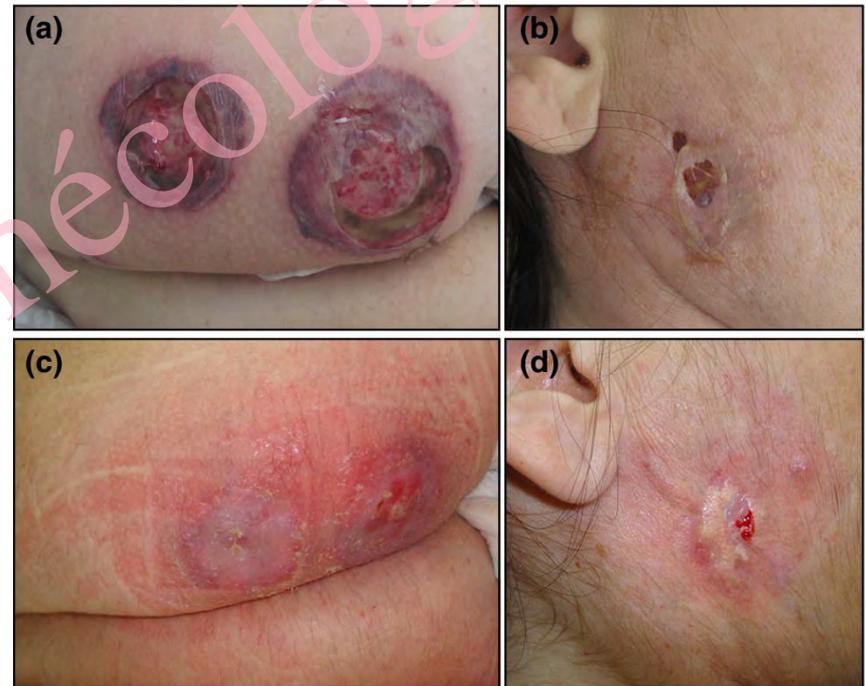
E. **Chikungunya**

PCR positive dans la peau  
Négative dans le sang

Collège de Gynécologie CVL

## Cas n°3:

- 37 ans, 12e semaine de sa troisième grossesse
- Lésions cutanées «d'évolution rapide»
- RCH diagnostiquée 8 mois avant traitée par méthalazine

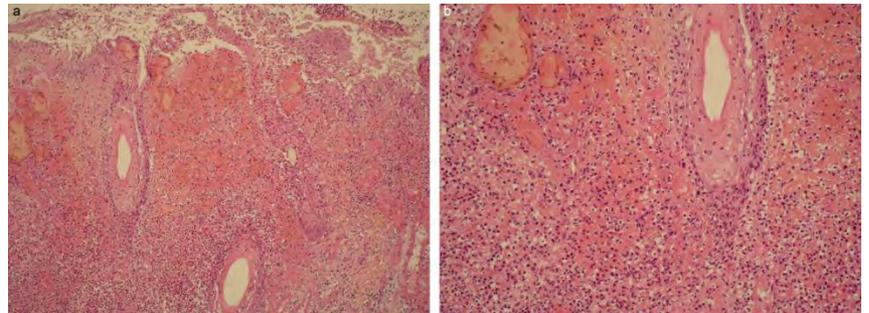


# Pyoderma et grossesse

32 SA de sa deuxième grossesse

Abcès abdominaux aseptiques, qui avaient compliqué le post-partum après une précédente grossesse

16 observations de PG lié à la grossesse, dont neuf survenues en cours de grossesse et sept en post-partum



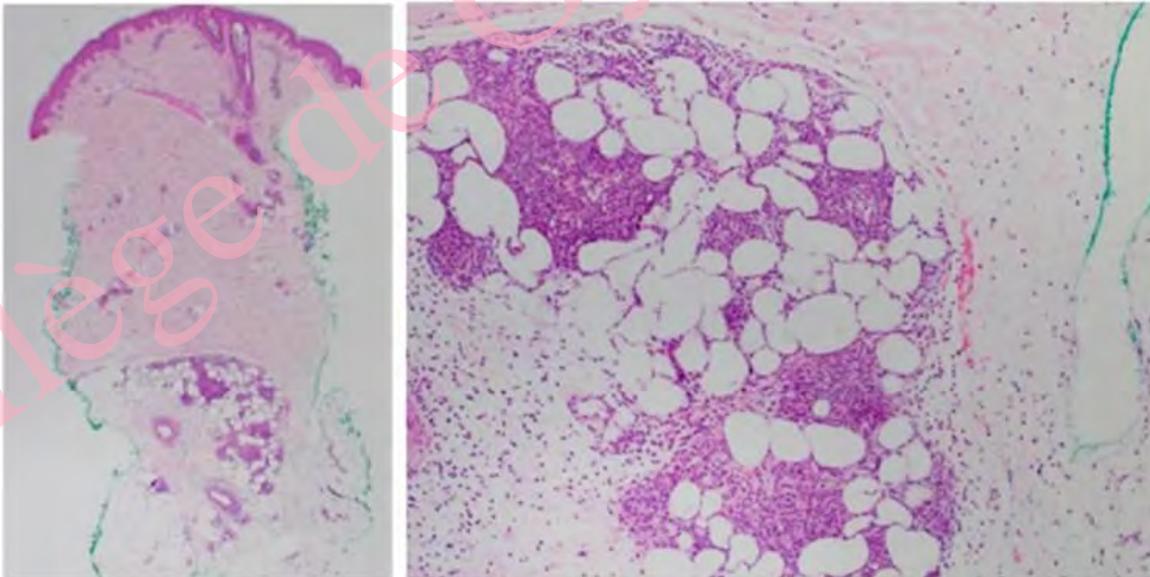
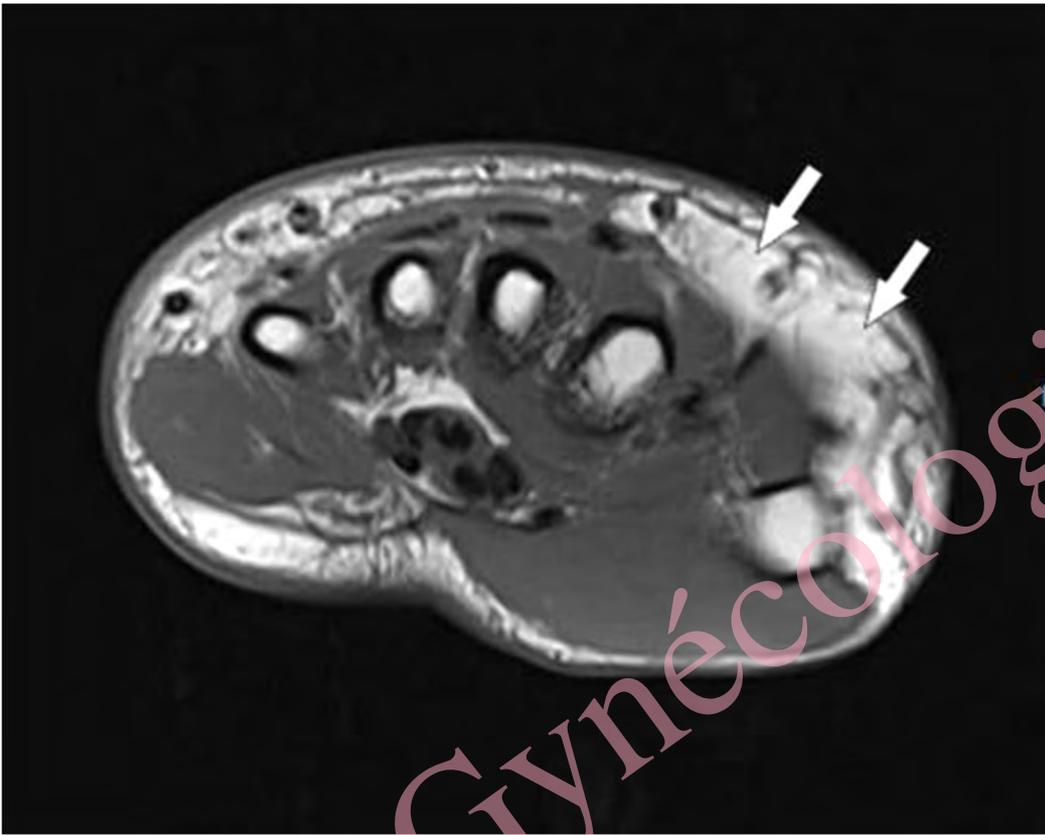
Vigl K, et al. Pyoderma gangrenosum during pregnancy - treatment options revisited. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Nov;30(11):1981-1984

Wierzbicka-Hainaut E, et al. Pyoderma gangrenosum récidivant lors des grossesses. Ann Dermatol Venereol. 2010 Mar;137(3):225-9.

## Cas n°4



35 ans, 12<sup>ième</sup> SA, G7P2, fièvre depuis 6 jours, résiste à ceftriaxone puis à clindamycine. CRP élevée, NFS normale.



# Quel est votre diagnostic?

- A. Dermohydermite infectieuse
- B. Chikungunya
- C. Parvovirus B19
- D. Lyme
- E. Dermatose neutrophilique**

# Evolution

- Aux urgences 3<sup>ième</sup> ligne AB
- Puis, methylprednisolone 120 mg/j :  
amélioration rapide

Turner M, Chauhan K. Subcutaneous Sweet Syndrome Presenting as Cellulitis in a Pregnant Female. Cureus. 2021 Sep 15;13(9):e17999. doi: 10.7759/cureus.

# Cas n°5

- deux accouchements précédents à terme, sans complication
- articulations douloureuses, pas de fièvre.



- PEP
- Lupus
- Syphilis
- Covid
- Parvovirus B19

# Parvovirus B19

- IgM et IgG
- Anémie maternelle modérée
- Accouchement normal à 40 SA

Voogdt K, de Groot CJN. Een zwangere vrouw met een rode huid en jeuk  
Een foet aal probleem? Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D97

# Cas n°7

39 ans

Pas de médicaments

Pas de contraception

Fume

9<sup>ème</sup> SA



- Granulome annulaire
- Lymphome cutané
- **Lupus érythémateux subaigu (Ssa SSb)**
- Dermatophytie
- Pityriasis rosé de Gibert

# Cas clinique n°8

## 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

- Primipare de 24 ans
- Lésions prurigineuses
- Atteinte des membres
- Aucun médicament
- Antécédent de rhinite allergique



# conduite à tenir diagnostique ?

- 1/ Surveillance clinique
- 2/ Dosage des ASAT, ALAT, Phosphatases alcalines et bilirubine T + C
- 3/ Biopsie cutanée avec IFD
- 4/ Bilan allergologique avec patch-tests et prick-tests

# conduite à tenir diagnostique

- **1/ Surveillance clinique**
- **2/ Dosage des ASAT, ALAT, Phosphatases alcalines, bilirubine T + C et sels biliaires (à refaire à J15 si normal et doute clinique de CIG)**
- **3/ Biopsie cutanée avec IFD**
- **4/ Bilan allergologique avec patch-tests et prick-tests**

# traitement ?

- 1/ Desloratadine : 5 mg matin et soir
- 2/ Polaramine<sup>®</sup> 1 comprimé le soir
- 3/ Diprosone crème : 1 à 2 fois par jour
- 4/ Solupred : 1 mg / kg / jour pendant 1 mois

# Cas clinique n°9

## 26<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

- Primipare 25 ans
- Eruption prurigineuse
- Abdomen et cuisses
- Pas de topiques en dehors du savon de Marseille
- Pas de fièvre



# Cas clinique n°9

## conduite à tenir ?

- Biopsie cutanée avec IFD
- Bilan hépatique avec transaminases et sels biliaires totaux
- Sérologie de parvovirus B19 et NFS plaquettes
- Surveillance clinique

# Cas clinique n°9

## conduite à tenir

- Biopsie cutanée avec IFD
- *Bilan hépatique avec transaminases et sels biliaires totaux ?*
- Sérologie de parvovirus B19 et NFS plaquettes
- **Surveillance clinique**

# traitement ?

- 1/ Dermocorticoïdes puissants
- 2/ Anti-H1 sédatifs (Polaramine ou Atarax après le 1<sup>er</sup> trimestre)
- 3/ Photothérapie UVB
- 4/ Corticothérapie générale