



ÉRUPTION POLYMORPHE DE LA GROSSESSE (EPG)

Objectif de cette brochure

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

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

L'éruption polymorphe de la grossesse est une affection cutanée relativement courante. On la rencontre surtout chez les primipares (première grossesse) mais elle peut réapparaître au cours des grossesses suivantes.

Elle se caractérise par une éruption cutanée prurigineuse (démangeaisons) qui commence généralement sur le ventre, en particulier où se trouvent les vergetures. Elle survient le plus souvent en fin de grossesse (3^e trimestre) mais peut également se déclarer immédiatement après l'accouchement. Elle était autrefois appelée PPPPUG (plaques et papules prurigineuses urticariennes de la grossesse) mais ce nom n'est plus utilisée.

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

Les causes de l'EPG sont inconnues, même si de nombreuses théories ont été élaborées à ce sujet. Des études ont suggéré un lien avec une augmentation importante :

- du poids de la mère pendant la grossesse
- du poids du fœtus
- du taux des hormones sexuelles

ou le sexe du bébé, mais rien n'a été démontrée. L'EPG survient fréquemment lors de grossesses multiples (jumeaux ou triplés). Il n'existe pas de tests spécifiques pour diagnostiquer l'EPG et elle peut être confondue avec d'autres maladies de la peau survenant pendant la grossesse.

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

Non.

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

Le symptôme le plus fréquent est une démangeaison commençant sur le ventre, épargnant la région du nombril et survenant en fin de grossesse (3^e trimestre). Le prurit (démangeaison) commence généralement à l'endroit des vergetures. Il peut ensuite être suivi d'une éruption cutanée de boutons minuscules (comme les gourmes dans l'urticaire) qui se réunissent pour former de larges plaques érythémateuses (rouges). Le prurit se propage ensuite sur le tronc, sous les seins, sur le bas du ventre et sur les membres. Le visage, la bouche, le cuir chevelu et les organes génitaux sont rarement atteints. De petits boutons humides (vésicules) apparaissent parfois; lorsqu'ils sont grattés, il s'écoule un liquide jaune paille qui sèche et forme des croûtes.

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

L'aspect clinique typique de l'éruption suffit en général pour poser le diagnostic, qui peut être confirmé en analysant au microscope un morceau de peau (biopsie). Dans certains cas, néanmoins, la maladie peut être confondue avec d'autres affections telles que l'eczéma ou une réaction médicamenteuse. Une analyse sanguine (prise de sang) et une biopsie (prélèvement de peau) doivent parfois être effectuées pour exclure d'autres maladies cutanées plus graves.

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

Dans la plupart des cas cette affection et ses symptômes disparaissent vers la fin de la grossesse ou immédiatement après l'accouchement. Le traitement permet de soulager les symptômes.

Comment traiter l'éruption polymorphe 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 l'enfant.

Des crèmes ou des pommades hydratantes (émollientes) peuvent être appliquées pour soulager l'inflammation et apaiser la peau. Pour le bain et la douche, des produits émollients et des savons dermatologiques sans savon sont souvent très utiles.

Des crèmes ou pommades grasses aux corticostéroïdes sont nécessaires pour soulager les symptômes. Les corticostéroïdes **peu puissants** (hydrocortisone, par exemple) ou **moyennement puissants**, seront utilisés, ils ne doivent être appliqués que sur les zones malades. La quantité doit être aussi faible que possible et idéalement se limiter à un ou deux petits tubes (15 à 30 g), pendant quelques jours, par intermittence. Si l'affection est grave, l'application de dermocorticoïdes (corticostéroïdes utilisés par application cutanée) plus puissants ou en plus grande quantité est toutefois préférable à la prise orale de corticoïdes.

Si la maladie est plus grave, des doses élevées de corticostéroïdes systémiques peuvent être prescrites. Un accouchement anticipé (avant le terme de la grossesse) peut aussi être envisagé. En général, la dose de corticostéroïdes en comprimés peut être rapidement réduite (dans les 3 à 5 jours) après l'accouchement lorsque l'éruption commence à disparaître.

Les antihistaminiques peuvent 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.

L'éruption polymorphe de la grossesse est-elle récidivante ?

Il est rare que l'EPG réapparaisse lors des grossesses suivantes, mais s'il y a réapparition, la maladie est généralement moins grave.

L'enfant peut-il être affecté ?

Non. Aucun effet de cette affection sur le fœtus n'a été signalé.

L'EPG semble plus fréquente lors des grossesses multiples (jumeaux, triplés...) et lorsque le fœtus est gros. Une prise de poids rapide et excessive en fin de grossesse accroît également le risque.

Un accouchement normal est-il possible ?

Oui. Une césarienne n'est pas recommandée.

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

Les dermocorticoïdes faiblement ou moyennement puissants semblent être sans danger pendant la grossesse. Les dermocorticoïdes puissants peuvent nuire à la croissance du fœtus, qui peut naître avec un retard staturo-pondéral (trop petite taille, trop petit poids), 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).

La prise de comprimés de corticostéroïdes augmente le risque de diabète (augmentation du sucre dans le sang) et d'hypertension (augmentation de la tension artérielle) 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. Les échographies permettent de détecter une mauvaise croissance du fœtus.

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

Oui. L'EPG n'a aucune influence sur l'allaitement. Même si elles prennent des comprimés de corticostéroïdes, les femmes doivent être encouragées à allaiter, car la quantité de médicament qui passe dans le lait maternel est négligeable.

Un suivi est-il nécessaire ?

Oui, des examens prénataux réguliers doivent être effectués pour surveiller la croissance du fœtus. Analyses de sang, d'urines, contrôle de la tension artérielle et échographies sont essentiels pour surveiller le bien-être de la mère et du fœtus.

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

Liens vers des brochures plus détaillées :

www.dermnetnz.org/reactions/puppp.html

Où puis-je trouver plus d'informations sur le traitement ?

Consulter la brochure de l'AEADV **UTILISATION DES CREMES AUX STEROÏDES PENDANT LA GROSSESSE**

Liens internet vers les directives sur la sécurité des stéroïdes topiques pendant la grossesse

<http://www.euroderm.org/images/stories/guidelines/EDF-Guideline-on-Steroids-in-Pregnancy.pdf>

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'AEADV (Académie européenne de dermatologie). Juillet 2007

2013.07.31