

UNE ALLERGIE CONJUGALE EXACERBÉE : LES DERMATOSES PAR PROCURATION

O. MARTALO (1), A.L. FRAITURE (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2, 3), G.E. PIÉRARD (4)

RÉSUMÉ : Une jeune femme a présenté deux dermatoses vésiculo-bulleuses "imputables" à son mari. L'une était un eczéma de contact à la colophane utilisée par son conjoint violoniste amateur. Lors d'une seconde grossesse, une pemphigoïde gravidique est apparue. Cette affection auto-immune est initiée au niveau du placenta envers les HLA de classe II du père. Les anticorps créés se fixent également à la jonction dermo-épidermique chez la mère où ils provoquent des bulles.

CAS CLINIQUE

Une jeune femme qui n'avait aucun antécédent médical particulier a développé depuis 5 ans une dermatose prurigineuse et finement vésiculeuse des mains et des avant-bras entreprenant occasionnellement d'autres territoires cutanés (fig. 1). Des dermocorticoïdes ont toujours facilement effacé les lésions. De plus, celles-ci s'amélioraient considérablement et spontanément pendant les vacances à l'étranger. Elles avaient même disparu transitoirement il y a deux ans lorsqu'un traumatisme accidentel de la route avait handicapé son mari pendant plusieurs mois. Celui-ci, employé de banque et violoniste amateur, avait eu une fracture de l'épaule droite qui l'avait empêché de pratiquer son hobby favori.

La patiente avait vécu une première grossesse sans particularité. Elle est actuellement enceinte P1G2 de 31 semaines et elle se plaint d'une apparente exacerbation de ses problèmes cutanés. Des plaques érythémateuses urticariennes et



Fig. 1. Eczéma de contact allergique à la colophane.

AN EXACERBATED CONJUGAL ALLERGY.
PROCURATION DERMATOSES.

SUMMARY : A young woman presented two distinct vesiculobullous dermatoses sharing in common her husband's imputability. She suffered from contact dermatitis due to colophony used by her husband who was violinist. During her second pregnancy, pemphigoid gestationis was diagnosed. This autoimmune disease is directed to the father's HLA class II present on the placenta. The same antibodies also interact with the dermo-epidermal junction in the mother where they induce blisters.

KEYWORDS : Allergy - Eczema - Pemphigoid gestationis - Pregnancy - Procuration dermatitis

parsemées de petites bulles sont apparues sur l'abdomen et les membres (fig. 2). Le prurit est devenu insomniant.

L'eczéma diagnostiqué antérieurement semblait ainsi être exacerbé. La grossesse pouvait-elle aggraver une dermatite de contact allergique ? Pouvait-on continuer à appliquer des dermocorticoïdes sur une large surface du corps ? Fallait-il initier une corticothérapie orale ? Y avait-il un risque pour l'évolution de la grossesse et pour le développement du fœtus ? Ces questions qui inquiétaient la patiente ont suscité une demande d'avis dermatologique en urgence.

Une biopsie cutanée a été réalisée au niveau de l'abdomen. Une bulle était présente au niveau de la jonction dermo-épidermique, soulignée par un infiltrat inflammatoire riche en lymphocytes et en polynucléaires éosinophiles avec des dépôts linéaires de C3 et d'IgG. Le diagnostic de pemphigoïde gravidique a ainsi pu être posé. Comme il s'agit d'une dermatose particulière du temps de la grossesse, la dermatose antérieure devait être de nature différente. Une deuxième



Fig. 2. Pemphigoïde gravidique.

(1) Assistant clinique, (2) Chef de Service, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.
(3) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Dermatopathologie.

biopsie prélevée au dos de la main a montré un aspect bien différent de la première. L'épiderme était spongiotique et infiltré par des lymphocytes. L'infiltrat lymphoïde était également présent dans le derme superficiel oedématisé. Cet aspect était typique d'un eczéma de contact allergique.

La pemphigoïde gravidique a nécessité l'administration d'une corticothérapie par voie générale. La grossesse a abouti à son terme et le nouveau-né était sain. Dans les semaines qui ont suivi l'arrêt du traitement, les dermatoses ne sont pas réapparues. Des tests épicutanés orientés par l'anamnèse à la recherche de la cause de l'eczéma de contact allergique ont révélé une allergie à la colophane. Ce produit était utilisé par son mari pour imprégner les crins de l'archet afin qu'ils mordent sur les cordes de son violon.

PREMIÈRE CHASSE-TRAPE : UNE DERMATOSE ALLERGIQUE PAR PROCURATION

Un eczéma fait souvent suite au contact direct de la peau avec le composé responsable de l'allergie. Parfois cependant, l'allergène est aéroporté (1). Il peut aussi entrer en contact avec la peau par l'intermédiaire d'un objet, ou être transféré par une autre personne. Il s'agit alors d'un eczéma par procuration. C'est le cas rapporté ici pour la colophane utilisée par le mari. Celui-ci ne présentait aucune lésion typique des musiciens instrumentistes (2, 3). Il n'était que le vecteur passif de l'agent chimique auquel son épouse était sensibilisée.

La colophane est constituée d'environ 90 % d'acides résiniques et de 10 % de matières neutres contenant surtout des esters diterpènes et sesquiterpènes de ces acides. La composition chimique de la colophane varie cependant selon la provenance des espèces de pins dont elle est issue et selon les divers processus de la distillation. La matière brute appelée brai est gluante, opaque, de coloration jaune ambre foncé. Lors de la purification, la colophane devient plus claire et liquide. De multiples modifications chimiques industrielles sont rendues nécessaires en fonction des emplois auxquels la colophane est destinée.

DEUXIÈME CHASSE-TRAPE : UNE DERMATOSE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

L'intrication de dermatoses n'est pas exceptionnelle. A titre d'exemple, un patient acnéique peut avoir aussi un eczéma, une mycose et des verrues. Les associations souvent fortuites varient à l'infini. La difficulté survient lors de la

combinaison de deux maladies qui ont des caractères sémiologiques apparentés, similaires ou même semblables. A titre d'exemple, il peut être difficile de diagnostiquer un eczéma de contact allergique chez un patient porteur d'une dermatite atopique.

Le cas rapporté ici associe deux dermatites vésiculo-bulleuses distinctes par leurs pathomécanismes, leurs traitements et leurs pronostics évolutifs.

TROISIÈME CHASSE-TRAPE : LES DERMATOSES SPÉCIFIQUES DE LA GROSSESSE

La grossesse est responsable de diverses modifications physiologiques de la peau (4). De plus, les dermatoses spécifiques de la grossesse sont actuellement répertoriées en 4 groupes principaux qui sont la pemphigoïde gravidique, l'éruption polymorphe de la grossesse, le prurigo et les folliculites prurigineuses de la grossesse (5-8). On peut y ajouter la dermatite auto-immune à la progestérone, l'impétigo herpétiforme et la dermatite à IgM linéaire qui sont beaucoup plus rares. Le prurit gravidique entre dans le diagnostic différentiel de ces dermatoses prurigineuses (9).

Les dermatoses spécifiques à la grossesse se ressemblent et sont toutes accompagnées d'un prurit d'intensité variable. Certaines de ces affections peuvent avoir un retentissement materno-fœtal dommageable. C'est principalement le cas du prurit gravidique, de la pemphigoïde gravidique et de l'impétigo herpétiforme. Il est important pour le clinicien de connaître l'existence de ces maladies associées à l'état gravidique, de les diagnostiquer correctement et d'entreprendre, au plus vite, un traitement efficace.

A. LA PEMPHIGOÏDE GRAVIDIQUE

La pemphigoïde gravidique est une affection rare dont la prévalence est d'un cas pour environ 50.000 grossesses. Elle survient au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre chez une femme multipare. Plus rarement, elle survient dans la semaine suivant l'accouchement. Lors des grossesses ultérieures, elle récidive sauf si le géniteur est différent. L'affection est alors plus précoce et plus sévère.

Le prurit est intense et insomniant. Il précède l'éruption constituée de papules urticariennes polycycliques coiffées secondairement de bulles tendues, rappelant l'aspect d'une pemphigoïde bulleuse (5-8). L'éruption débute souvent sur la région péri-ombilicale pour s'étendre au tronc et à la racine des membres, pouvant alors atteindre n'importe quelle partie du corps. Le visage et les muqueuses sont cependant rarement atteints.

Le diagnostic est affirmé par des examens histologiques et immunohistochimiques qui montrent un décollement à la jonction dermo-épidermique avec des dépôts linéaires à ce niveau de C3 et de façon inconstante d'IgG.

La pathogénie implique une réaction médiée par des auto-anticorps dirigés contre l'antigène de la pemphigoïde gravidique, exprimé par le placenta en association avec les HLA de classe II du père, chez une femme génétiquement prédisposée. Le facteur de la pemphigoïde gravidique est un auto-anticorps de type IgG1 qui reconnaît le collagène XVII correspondant à l'antigène 2 de la pemphigoïde bulleuse. Suite à l'activation du complément, la membrane basale du placenta est altérée. Les facteurs hormonaux jouent également un rôle indéniable. Dans 25 % des cas, la contraception orale peut entraîner une récurrence de l'éruption. Elle est donc totalement contre-indiquée dans les suites de la pemphigoïde gravidique. De plus, ces femmes sont davantage susceptibles de développer d'autres pathologies auto-immunes.

La morbidité maternelle est surtout liée au prurit et aux lésions cutanées. La prévalence des complications foetales est controversée. Elles sont liées à une insuffisance placentaire, entraînant prématurité et hypotrophie. Près de 5 % des nouveau-nés présentent une éruption transitoire semblable à celle de la mère. Le traitement dépend de l'étendue des lésions. Il peut s'agir d'une corticothérapie topique associée ou non à la prise orale de pyridoxine ou de méthylprednisolone. Dans les cas sévères en post-partum, on recommande la cyclophosphamide, la dapsonne, le méthotrexate, les sels d'or, et parfois la plasmaphérese ou de hautes doses d'immunoglobulines intraveineuses en combinaison avec la ciclosporine.

B. ERUPTION POLYMORPHE DE LA GROSSESSE

La prévalence de l'éruption polymorphe est estimée à un cas pour près de 160 grossesses. Elle débute par des papules urticariennes coalescentes au niveau de l'abdomen, en regard des vergetures, chez une primipare après la 34^{ème} semaine de gestation (5-8). L'atteinte du visage, des pieds et des mains est très rare et les muqueuses ne sont pas touchées. Seul l'examen histologique permet d'affirmer le diagnostic. L'étiopathogénie est inconnue. Elle pourrait être en relation avec la présence d'ADN foetal dans le derme et l'épiderme de la parturiente (10). Un taux sérique bas de cortisol pourrait être impliqué. L'importance de la distension abdominale pourrait jouer un rôle dans la localisation des

lésions. Le pronostic maternel et foetal est bon. Seul un traitement symptomatique est indiqué.

C. PRURIGO GRAVIDIQUE

Le prurigo de la grossesse ou prurigo de Besnier touche une parmi 300 parturientes. Il commence à n'importe quel moment de la grossesse, mais plus fréquemment au 3^{ème} trimestre. Il peut se prolonger plusieurs mois après l'accouchement. Les lésions siègent principalement à la face d'extension des membres (5-8). Il existe un lien possible avec l'atopie. Le pronostic foeto-maternel n'est pas influencé par cette maladie. Le traitement est symptomatique.

D. FOLLICULITE PRURIGINEUSE DE LA GROSSESSE

La folliculite prurigineuse de la grossesse peut se manifester entre le 4^{ème} mois et l'accouchement par des papules folliculaires inflammatoires, prurigineuses, comparables à l'acné cortisonique (5-8). L'origine hormonale est probable, et certains cas sont associés à une cholestase intra-hépatique. Il n'existe pas de traitement codifié. Le peroxyde de benzoyle topique peut s'avérer efficace.

E. DERMATITE AUTO-IMMUNE À LA PROGESTÉRONE

Cette affection, extrêmement rare, est caractérisée par la survenue d'une éruption polymorphe attribuée à une réaction allergique à la progestérone endogène. Le diagnostic repose sur la positivité de l'intradermo-réaction à la progestérone.

F. IMPÉTIGO HERPÉTIFORME

Extrêmement rare, apparaissant au 3^{ème} trimestre, l'impétigo herpétiforme est une dermatose pustuleuse amicrobienne dont la présentation clinique évoque celle du psoriasis pustuleux. C'est une affection grave, tant pour la mère que pour le foetus, entraînant 20 % de mortalité *in utero*. L'histologie est proche de celle d'un psoriasis pustuleux, mais avec des immunoblastes au sein des amas de neutrophiles intraépidermiques. Dans près de la moitié des cas, il existe une hypocalcémie avec hypovitaminose D. Après l'accouchement, l'évolution se fait rapidement vers la guérison. Le traitement repose sur la corticothérapie systémique seule ou associée au calcium ou la vitamine D, mais n'influence pas le pronostic foetal.

G. DERMATITE À IGM LINÉAIRE

Encore mal individualisée, cette affection prurigineuse polymorphe à prédominance folliculaire se caractérise par des dépôts linéaires d'IgM le long de la jonction dermo-épidermique.

H. LE PRURIT GRAVIDIQUE

Le prurit gravidique est la traduction clinique d'une cholestase intrahépatique secondaire à l'interférence de l'excrétion des sels biliaires avec les estrogènes survenant chez des femmes génétiquement prédisposées. Il se manifeste dans le décours du 3^{ème} trimestre chez moins de 3 % des parturientes, et tend à récidiver lors de grossesses ultérieures. Le prurit est initialement intermittent et localisé, mais il peut devenir permanent et se généraliser. La peau présente des lésions de grattage. Un ictère est rarement observé. Le diagnostic repose sur les anomalies biologiques hépatiques avec élévation sérique des transaminases, de la γ -glutamyl transférase, des phosphatases alcalines, de la bilirubine et des sels biliaires. Le pronostic maternel est bon, avec un risque, dans les formes sévères, de lithiase biliaire et d'hémorragie lors de la délivrance par déficit en vitamine K. Un risque accru de souffrance foetale, de prématurité, d'hypotrophie et de mortalité périnatale impose une surveillance obstétricale étroite.

Le traitement repose sur des topiques émoullissants et des antihistaminiques oraux anti-H1. Dans les formes sévères, la cholestyramine orale doit être administrée à une dose progressive de 4 à 24 g/j. Le phénobarbital et des injections intramusculaires de vitamine K sont parfois conseillés. L'acide ursodéoxycholique diminue le risque de prématurité et de mort fœtale (7). Une photothérapie UVB est indiquée pour réduire le prurit. La contraception orale peut entraîner une récurrence du prurit et de la cholestase.

RÉFÉRENCES

1. Uhoda I, Martalo M, Piérard-Franchimont C, et al.— Dermatoses aéroportées. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 154-156.
2. Angelini G, Vena A.— Allergic contact dermatitis to colophony in a violoncellist. *Contact Dermatitis*, 1986, **15**, 108.
3. Claessens N, Hermanns-Lê T, Piérard-Franchimont C, et al.— Stigmata professionnels chez le musicien instrumentiste. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 453-455.
4. Estève E, Saudeau L, Pierre F, et al.— Signes cutanés physiologiques au cours de la grossesse normale : étude de 60 femmes enceintes. *Ann Dermatol Venereol*, 1994, **121**, 227-231.
5. Piérard GE, Piérard-Franchimont C.— Dermatoses non infectieuses de la grossesse. In : *Thérapeutiques dermatologiques*. Ed par L. Dubertret, Masson Ed. Paris, 2001.
6. Piérard-Franchimont, Hermanns-Lê T, Piérard GE.— La peau et le temps de la grossesse. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 393-400.
7. Huet P.— Dermatoses spécifiques de la grossesse. *Obj Peau*, 1998, **37**, 60-63.
8. Vaughan-Jones SA, Black MM.— Pregnancy dermatoses. *J Am Acad Dermatol*, 1999, **40**, 233-241.
9. Vaillant L, Roger D, Estève E.— Conduite à tenir devant un prurit de la grossesse. *Ann Dermatol Venereol*, 1991, **118**, 655-663.
10. Al-Fares SI, Vaughan-Jones S, Black MM.— The specific dermatoses of pregnancy : a re-appraisal. *J Eur Acad Dermatol Vener*, 2001, **15**, 197-206.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, 4000 Liège.