

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2021

N° 2021-271

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

**Aurore CASARIL**

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2021

---

**PEAU ET GROSSESSE :**  
**MODIFICATIONS DERMATOLOGIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE, A**  
**QUEL PROFESSIONNEL DE SANTE LES VENDEENNES ONT-ELLES RECOURS ?**

---

Président : Monsieur le Professeur Sébastien BARBAROT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

## REMERCIEMENTS

**Au Président du jury, Monsieur le Professeur Sébastien BARBAROT,**

*Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

**Au Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME,**

*Pour avoir accepté de diriger ma thèse. Je vous remercie sincèrement pour le temps consacré à ce travail. Merci également à vous et votre équipe du service de gynécologie-obstétrique du CHD de La Roche sur Yon, pour la sympathie et le partage des connaissances lors de mes six mois de stage, j'y ai beaucoup appris.*

**Au membre du jury, Monsieur le Professeur Norbert WINER,**

*Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.*

**Au membre du jury, Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER,**

*Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour ton soutien durant cette dernière année d'internat, ton humour et tes remarques toutes pertinentes lors de nos rendez-vous de GEP.*

**Au membre du jury, Madame le Docteur Carole POIRAUD,**

*Pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse. Merci pour votre temps et votre enseignement lors de mes passages en consultation de dermatologie, mais également pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet dès le premier jour.*

**A mes parents**, sans qui rien n'aurait été possible, merci de m'encourager dans chacune des étapes de ma vie, pour les valeurs que vous m'avez transmises qui ne cessent de me rappeler combien vous êtes si importants pour moi.

**A mon grand frère**, merci de m'avoir supportée toutes ces années, c'est un peu grâce à toi si je sais profiter de la vie sans penser à « la marche de plus dans mon escalier ».

**A ma petite sœur**, à toi que j'ai réussi à ne pas dégouter des études, vu le parcours qui s'ouvre à toi, tu es pleine de courage, je suis si fière de toi.

**A mes deux grand-mères**, qui m'ont appris le gout du travail bien fait, du courage et de la persévérance. Merci pour ces valeurs et l'esprit de famille que vous m'avez transmis. Et bien sûr, à mes deux grands-pères qui auraient sûrement été fiers.

**A ma marraine**, qui a toujours suivi de près mon parcours, merci pour tes encouragements. Et à tous mes cousins pour ces si beaux moments en famille.

**A Victor**, à notre amour si évident pour certains avant même qu'il ne le soit pour nous, merci pour ta patience durant cette période et ton soutien dans n'importe quelle circonstance.

**A Alice**, la première depuis plus de dix ans maintenant, pour ta force et ton courage que tu sous-estimes sans cesse. Je suis si heureuse de t'avoir auprès de moi encore aujourd'hui.

**A Bérénice et Mathilde**, pour ce lien plus fort que l'amitié, qui fait que peu importe les épreuves, je sais que vous serez toujours là.

**A Alix**, pour ta douceur et ta joie qui me redonne le sourire dès que j'entends ta voix.

**A Elodie et Léa**, nos bibus, à nos moments complices et nos danses survoltées.

**A Elias**, à ton(tes) oreille(s) attentive(s) lors de nos longues discussions, débutant systématiquement par un porcinet, zezette, zozor, si flatteur.

**A Camille**, pour ton courage si peu reconnu, merci pour tous ces fou-rires depuis l'inimitable reine des neiges.

**A Quentin**, pour mes regards moqueurs après tes vanes ratées, et ce sourire à toute épreuve.

**A Guigui, Crombez, Kiki, Credou, Paulo, Geo, Paul-marie, Gonzi, Loulou, Thomas, Robin**, à ces six années complètement folles, j'ai tellement de souvenirs incroyables en tête qu'une page ne suffirait pas.

**A Margaud et Chloé**, merci pour les amies précieuses que vous êtes au quotidien.

**A Justine et Anna**, pour tous vos conseils précieux et votre si bonne humeur, depuis nos débuts dans cette contrée vendéenne.

**A tous les autres, co-internes et amis nantais**, vous m'avez fait vivre trois années d'internat mémorables.

**Merci à tous mes maîtres de stages et aux équipes médicales et paramédicales de mes stages d'internat** : à l'équipe des Urgences de l'Hôpital de Fontenay-le-Comte, le service de médecine polyvalente de Luçon, les Docteurs FEUILLETTE et MATHE de Bourgneuf-en-Retz, le service de gynécologie-obstétrique du CHD de La Roche sur Yon, les Docteurs LAMBERT et REMY de Chantonnay et enfin le service des Urgences Pédiatriques du CHU de Nantes. Merci pour ce parcours incroyable qui m'a tant enrichie sur le plan médical et humain.

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	8
<b>II. GENERALITES</b> .....	9
<b>1. Les modifications physiologiques</b> .....	9
1.1 Pigmentaires .....	9
1.2 Vasculaires .....	10
1.3 Les vergetures .....	11
1.4 L'acné .....	11
1.5 Le molluscum fibrosum gravidum.....	11
<b>2. Les dermatoses spécifiques de la grossesse</b> .....	12
2.1 L'éruption polymorphe de la grossesse ( <i>ou PUPPP : pruritic urticarial papule and plaque of pregnancy</i> ) .....	12
2.2 La cholestase intra-hépatique gravidique (ou prurit gravidique) .....	13
2.3 Pemphigoïde bulleuse de la grossesse (anciennement herpes gestationis).....	14
2.4 Psoriasis pustuleux généralisé de la grossesse (ou impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique de la grossesse).....	15
2.5 Prurigo ou eczéma atopique de la grossesse .....	16
<b>3. Les dermatoses révélées ou aggravées par la grossesse</b> .....	16
3.1 Le lupus .....	16
3.2 La sclérodermie.....	16
3.3 Le mélanome.....	17
3.4 Les dermatoses d'origine virale .....	17
<b>III. MATERIELS ET METHODES</b> .....	18
1. Type d'étude.....	18
2. Population .....	18
3. Critères de jugements .....	18
4. Questionnaire.....	18
5. Recueil des données.....	19
6. Analyse des données .....	19
<b>IV. RESULTATS</b> .....	20
1. Réponses au questionnaire .....	20
2. Résultats sur la population totale .....	20
3. Résultats sur le critère de jugement principal .....	21

4. Résultats sur les critères de jugement secondaires.....	21
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
1. Résultats principaux .....	25
2. Comparaison avec la littérature .....	25
3. Validité interne.....	26
4. Validité externe .....	28
5. Champs de compétences des médecins généralistes.....	28
6. Parcours de soins adapté, un enjeu de santé publique .....	29
7. Perspective .....	29
<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>30</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>31</b>

## **ABREVIATIONS**

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CIG : Cholestase Intrahépatique Gravidique

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DS : Déviation Standard

EMC: Encyclopédie Médico-Chirurgicale

HAS: Haute Autorité de Santé

MSH: Melanocyte Stimulating Hormone

PUPPP: Pruritic Urticarial Papule and Plaque of Pregnancy

QCM: Question à Choix Multiples

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

## I. INTRODUCTION

Les modifications dermatologiques physiologiques induites par la grossesse sont fréquentes. En 2016 elles représentaient, selon le type de lésions, entre 13 et 93% des grossesses françaises (1), les modifications pigmentaires étant les plus courantes. Souvent bien connues des femmes enceintes, elles sont pour la plupart bénignes et transitoires, cependant certaines requièrent un avis médical pour ne pas méconnaître une éruption pathologique.

Les éruptions pathologiques de la grossesse, sont quant à elles bien plus rares (de 1/50 000 à 1/100 grossesses) (1,2). On différencie quatre entités : l'éruption polymorphe de la grossesse (ou PUPPP), la cholestase intra-hépatique gravidique, la pemphigoïde bulleuse de la grossesse, et la pustulose exanthématique de la grossesse (ou psoriasis pustuleux). Elles peuvent toutes débiter par un simple prurit isolé, cependant il est indispensable de les reconnaître pour une prise en charge rapide, face au risque maternofoetal qu'elles peuvent induire.

Les données de la littérature rapportent des fréquences différentes, pour chaque dermatose, selon la population étudiée. Le phototype, l'ensoleillement ou les antécédents médicaux pourraient exercer une influence sur certaines dermatoses de la grossesse. Aucune étude de ces dermatoses physiologiques ou pathologiques de la grossesse, n'a été réalisée sur la population vendéenne.

La Vendée est un département avec une croissance démographique soutenue (+0,7% par an) (3), qui s'accompagne d'un vieillissement de sa population. La population Vendéenne de plus de 65 ans est nettement supérieure à la moyenne de la France et des Pays de la Loire avec un accroissement de 2.3% par an. Les besoins sanitaires sont donc très importants. Malheureusement, la Vendée est également connue pour sa faible démographie médicale (4). Même si le nombre de dermatologues en Vendée augmente (+ 1 ou 2 par an), leur nombre était de 18 en 2020, tout établissement confondu (Centre Hospitalier, Clinique, Cabinet), soit une densité de 2,6 spécialistes pour 100 000 habitants, bien inférieure à celle de Loire Atlantique (83 dermatologues soit une densité à 5,8) (5).

Le médecin généraliste est donc, d'autant plus aujourd'hui, le médecin de premier recours. Dans ce contexte de carence démographique, et pour pallier ce manque de dermatologues, le médecin traitant a un rôle primordial à jouer dans le diagnostic et la prise en charge des dermatoses de la grossesse. La dermatologie fait partie de nos compétences, même si chacun peut décider de s'y investir à des degrés variables. Mais sommes-nous suffisamment à l'aise avec ces pathologies ? Dans la majorité des cas, ces problèmes de peau n'ont besoin que d'être rassurés, cependant un retard diagnostique d'une dermatose spécifique de la grossesse peut avoir un grave retentissement sur le pronostic maternel ou foetal.

Par cette étude nous avons cherché à identifier le professionnel de santé auquel les femmes enceintes ont recours face à une éruption cutanée pendant la grossesse, au sein du département vendéen, afin d'obtenir une visibilité sur le parcours de soins auxquelles ces femmes sont confrontées, et de repérer plus précisément le rôle à jouer pour le médecin généraliste. Cette étude permettra également de faire un état des lieux des dermatoses physiologiques et pathologiques de la grossesse, en analysant leurs fréquences et leurs potentiels facteurs prédictifs.

## II. GENERALITES

Les modifications cutanées au cours de la grossesse sont en grande partie modulées par des facteurs hormonaux, immunologiques et métaboliques. Elles sont rangées en 3 catégories : les modifications physiologiques, les dermatoses spécifiques de la grossesse, et les maladies de peau aggravées par la grossesse (avec des conséquences parfois sévères pour la mère ou le fœtus) (6–9).

### 1. Les modifications physiologiques

#### 1.1 Pigmentaires

*Des modifications pigmentaires apparaissent chez environ 90% des femmes enceintes. Elles sont multifactorielles : l'hypersécrétion de mélanocyte stimulating hormone (MSH), l'imprégnation hormonale œstroprogestative, l'exposition solaire, et le phototype de la personne sont impliqués (1,10–12) : Elles sont plus intenses et durables chez les femmes de phototype foncé.(13)*

1.1.1 La Linea Negra, ou hyperpigmentation de la ligne blanche abdominale, apparaît généralement dès le 1er trimestre chez 90% des femmes enceintes. Elle s'étend du pubis à l'ombilic, voire à l'appendice xiphoïde dans les formes les plus intenses, et régresse spontanément après l'accouchement. L'hyperpigmentation touche également les zones du corps naturellement plus pigmentées, comme les aréoles mammaires, la région ano-périnéogénitale et les régions axillaires. (14)



*Figure 1 : Linea negra (1)*

1.1.2 Le « masque de grossesse » ou melasma est une pigmentation symétrique du visage, en nappes, à contours irréguliers. Cette pigmentation apparaît habituellement à partir du troisième mois de grossesse, et se localise sur le front, les zones malaires et mandibulaires. Elle touche 50 à 75% des femmes enceintes. En plus des facteurs précédemment cités, le melasma peut être favorisé par des microtraumatismes locaux quotidiens qui stimulent la mélanogénèse (frictions lors de la toilette, du maquillage ou du démaquillage), ou encore la prise d'antidépresseurs et anxiolytiques (13). Il régresse spontanément, de façon partielle ou totale, au bout de 6 à 18 mois (15).



*Figure II : Melasma (1)*

1.1.3 Les nævi peuvent foncer sous l'influence hormonale, et augmenter en taille du fait de la distension mécanique de la peau.

## **1.2 Vasculaires**

*L'œstrogène induit une vasodilatation, par diminution du tonus musculaire lisse vasculaire, responsable de certaines symptomatologies vasculaires :*

1.2.1 Les angiomes stellaires, arborisations vasculaires en forme d'étoile, centrées par un point rouge vif, apparaissent chez plus 50% des femmes (1) dans les zones drainées par la veine cave, au niveau du cou, du thorax, ou du visage. Elles peuvent apparaître dès le premier trimestre, et régressent généralement après l'accouchement. Elles atteignent plus fréquemment les femmes au phototype clair.



*Figure III : Angiomes stellaires (11)*

1.2.2 L'érythème palmaire, rougeur de la paume des mains qui s'efface à la pression, concerne environ 30% des femmes (1). On en distingue deux formes : une forme diffuse sur les paumes et les pulpes avec des zones plus pâles, créant un aspect motté, et une forme périphérique sur les pulpes et les éminences thénars et hypothénars, plus fréquente, plus intense, pouvant créer une sensation de cuisson. Sa régression est totale dans la première semaine du post-partum.

1.2.3 Les varices, dilatation veineuse permanente, sont retrouvées dans 30 à 40% des grossesses(1,13), principalement sur les membres inférieurs, la région périnéale et vulvaire. Les veines sont soumises à différents facteurs pendant la grossesse : la distension veineuse due à l'action des œstrogènes, avec un risque d'insuffisance fonctionnelle valvulaire, l'hypervolémie, qui majore cette insuffisance valvulaire, l'augmentation du débit cardiaque,

et la compression des veines profondes par l'utérus. Les varices vulvaires disparaissent quelques jours après l'accouchement, alors que celles présentes sur les membres inférieurs régressent en quelques mois.

### **1.3 Les vergetures : sont des stries cutanées linéaires ou fusiformes correspondant à des zones d'atrophie cutanée.**

Plus fréquentes chez les caucasiens, leur fréquence varie entre 60 et 90%, entre le sixième et le huitième mois de grossesse. Leur coloration varie au cours de leur stade évolutif : initialement rouges, inflammatoires, puis blanches, nacrées, avec un aspect déprimé. Elles sont parfois associées à un prurit, et se localisent préférentiellement à l'abdomen, aux cuisses, aux seins, aux hanches et aux fesses. Les facteurs de risque retrouvés sont le jeune âge maternel (15-19ans), un index de masse corporel supérieur à 26kg/m<sup>2</sup>, une prise de poids de plus de 15 kg au cours de la grossesse, un bébé de plus de 3,5kg et des antécédents familiaux de vergetures. Les vergetures, marqueur d'une élasticité cutanée diminuée, seraient associées à un plus grand risque de souffrance périnéale au moment de l'accouchement (16,17).



*Figure IV : Vergetures mammaires, abdominales et de la racine des cuisses (16)*

**1.4 L'acné** peut évoluer de façon variable selon les grossesses. Si les androgènes stimulent la production de sébum, les œstrogènes et la progestérone s'opposent à l'action des androgènes. Chez certaines femmes, le taux important d'œstrogène pendant la grossesse peut alors être bénéfique, mais pour d'autres, cela peut aggraver ou déclencher une première poussée d'acné.

**1.5 Le molluscum fibrosum gravidum** est une petite tumeur pédiculée qui apparaît à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, préférentiellement sur le cou, le thorax et les aisselles. Seulement 7% des femmes enceintes sont concernées. Leur apparition serait due à une hypertrophie des glandes sébacées. Elle disparaît dans les 6 mois du post-partum (11,14).



*Figure V : Molluscum fibrosum gravidum (1)*

## 2. Les dermatoses spécifiques de la grossesse

Les dermatoses spécifiques de la grossesse sont nombreuses et leur classification peut changer au fur et à mesure des nouvelles données. Elles sont définies en 4 groupes : l'éruption polymorphe de la grossesse, la pemphigoïde gestationnelle, la cholestase intra-hépatique gravidique et l'impétigo herpétiforme (18–21).

### 2.1 L'éruption polymorphe de la grossesse (ou PUPPP : *pruritic urticarial papule and plaque of pregnancy*)(22,23)

Cette dermatose se manifeste au troisième trimestre de grossesse. L'incidence peut varier entre 0,06 et 0,8% des grossesses(13,24) avec une prédominance chez les femmes primipares et les grossesses gémellaires (2/3 des cas). Elle débute en général par un prurit intense, insomniant, qui peut précéder les lésions de 8 à 15 jours. Les lésions élémentaires sont, comme son nom l'indique, polymorphes : macules, papules ou vésicules, elles se localisent principalement au niveau de l'abdomen et en particulier sur les vergetures, mais en épargnant la région périombilicale, pouvant s'étendre vers les fesses, le tronc ou la racine des membres. Elles peuvent prendre une forme papuleuse, « urticarienne » (type I), ou vésiculeuse, voire bulleuse, avec un aspect de dyshidrose (type II).

L'étiologie est mal connue, mais les mécanismes évoqués sont immunologiques, hormonaux, ou encore mécaniques sur la distension abdominale. L'éruption polymorphe de la grossesse est un diagnostic d'élimination. Des examens complémentaires peuvent être demandés pour éliminer une cholestase gravidique, une pemphigoïde gestationnelle, une gale, une dermatite de contact, etc.

Ces dermatoses sont sans risque ni pour la mère, ni pour le fœtus, régressant dans les 2 à 6 semaines après l'accouchement.

L'utilisation de dermocorticoïdes de classe II permet le plus souvent une amélioration des symptômes, et un antihistaminique antiH1 de soulager le prurit.



*Figure VI : éruption polymorphe de la grossesse (2,25)*

## 2.2 La cholestase intra-hépatique gravidique (ou prurit gravidique)

La CIG n'est pas à proprement parlé responsable d'une dermatose. Sa fréquence en France est de 0,5 à 0,7% des grossesses. Elle serait plus fréquente dans les grossesses multiples (1,26).

Elle se révèle habituellement par un prurit intense, le plus souvent isolé, sans lésion dermatologique autre que les lésions secondaires au grattage (stries linéaires, papules excoriées), et se présente au cours du troisième trimestre de grossesse. L'ictère ne s'observe que dans 10 à 20% des cas.

Au niveau biologique, on retrouve une augmentation des acides biliaires, avec un taux supérieur à 11 $\mu$ mol/L. Ce dosage est l'examen le plus sensible, mais hors nomenclature donc non remboursé. Les transaminases sont augmentées dans 95% des cas. La CIG ne représente que la moitié des hépatopathies de la grossesse, il est indispensable de demander des sérologies virales, une échographie abdominale et une enquête médicamenteuse.

L'étiologie est très mal connue, mais une prédisposition génétique a été évoquée, ainsi qu'un rôle favorisant de la progestérone et des estrogènes (11,12).

Le pronostic fœtal est diminué par le risque de prématurité, de RCIU et d'hypoxie fœtale, avec une mort fœtale in utero estimée entre 1 à 2%. Les acides biliaires entraîneraient une vasoconstriction des vaisseaux placentaires, une plus grande sensibilité de l'utérus à l'ocytocine, ainsi qu'une accélération de la mobilité intestinale responsable d'une élimination fœtale de méconium. On retrouve également plus fréquemment une carence en vitamine K, qu'il sera important de compenser pour ne pas majorer le risque d'hémorragie de la délivrance.

L'acide ursodésoxycholique améliore en 3 semaines le prurit et les anomalies hépatiques. Il diminue la prématurité et la mortalité fœtale. Un traitement symptomatique du prurit peut être associé. Les récurrences lors d'une nouvelle grossesse sont fréquentes, et l'utilisation d'oestroprogestatifs ou estrogènes seuls est contre-indiquée.



*Figure VII : Lésions de grattage révélant une CIG (1)*

### 2.3 Pemphigoïde bulleuse de la grossesse (anciennement herpes gestationis)

La pemphigoïde est une dermatose bulleuse auto-immune de la jonction dermoépidermique rare (entre 1/1 000 et 1/50 000 grossesses) caractérisée par un décollement sous-épidermique secondaire à la présence d'auto-anticorps. Cette dermatose auto-immune se développe durant le dernier trimestre de la grossesse ou en post-partum, avec une fréquence plus importante chez les multipares et chez les femmes d'origine caucasienne. Le prurit intense précède de 1 à 4 semaines l'éruption érythématopapuleuse dite « pseudo-urticarienne », confluente en placard polycyclique, rarement surmontée de vésicules ou bulles tendues. L'éruption débute par la région péri-ombilicale, puis s'étend de manière symétrique aux racines des membres et au tronc, épargnant le visage et les muqueuses (27,28).

Le diagnostic est affirmé par Immunofluorescence directe sur biopsie cutanée, montrant une bulle sous-épidermique et des dépôts fins et linéaires de la fraction C3 du complément, et inconstamment d'IgG, le long de la membrane basale. Cette dermatose est induite par des auto-anticorps pathogènes ayant pour cible le BP180 présent dans le plasma, qui a un rôle important dans la cohésion de la jonction dermoépidermique. En cas de doute, le dosage d'anticorps anti-BP180 par la méthode ELISA peut être réalisé dans un centre de référence.

La pemphigoïde gestationnelle est en partie liée à des facteurs génétiques : 45% des femmes atteintes présentent l'allèle HLA-DR3, et 90% un allèle C4 nul (13).

Le pronostic maternel n'est pas mis en jeu. Les lésions disparaissent dans les semaines suivant l'accouchement. Une exacerbation dans les 48 premières heures du post-partum est retrouvée dans 25 à 75% des cas. Le risque de récurrence ultérieure est de 50 à 70%, favorisé par la prise d'oestrogénostatifs.

Il existe cependant une majoration du risque fœtal de prématurité et d'hypotrophie fœtale, en raison de la réaction immunitaire dirigée contre le placenta, risque corrélé à la symptomatologie maternelle. Une éruption peut être présente à la naissance et disparaît spontanément, sans séquelles, par élimination progressive des anticorps maternels. Le traitement de première intention sont les dermocorticoïdes de classe I. Les formes graves nécessitent le plus souvent une corticothérapie générale (29).



*Figure VIII : pemphigoïde bulleuse de la grossesse (28)*

## 2.4 Psoriasis pustuleux généralisé de la grossesse ou impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique de la grossesse

L'impétigo herpétiforme ou pustulose exanthématique de la grossesse est une dermatose pustuleuse spécifique de la grossesse exceptionnelle. Elle touche dans 80% des cas une primipare sans antécédent personnel ou familial de psoriasis. Elle apparaît au dernier trimestre de la grossesse ou exceptionnellement après l'accouchement. L'éruption débute par des plaques érythémateuses, secondairement bordées de pustules stériles d'évolution centrifuge au niveau des plis et de l'abdomen, pouvant atteindre le visage, le cuir chevelu, la région palmo-plantaire et les muqueuses, associée à une altération de l'état général avec une fièvre supérieure à 39°C, des nausées, vomissements et diarrhées.

L'histologie révèle des pustules sous cornées spongiforme. La biologie retrouve une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une hypoalbuminémie, et une hypocalcémie.

La pustulose exanthématique aiguë généralisée d'origine médicamenteuse est le principal diagnostic différentiel.

Pour le fœtus, il existe un risque majeur de mort fœtale in utero et de malformation (hydrocéphalie). Pour la mère, le risque est surtout lié aux désordres hydroélectrolytiques et au risque de sepsis avec insuffisance rénale ou cardiaque. La récurrence en cas de grossesse ultérieure est quasi-systématique, contre-indiquant de futures grossesses et la prise d'oestroprogestatifs.

Le traitement de première intention sont les dermocorticoïdes de classe I ou II, et si échec, la corticothérapie systémique, voire la photothérapie UVB et la ciclosporine.



*Figure IX : Psoriasis pustuleux généralisé de la grossesse ou pustulose exanthématique ou impétigo herpétiforme*

## **2.5 Prurigo ou eczéma atopique de la grossesse**

Le prurigo gravidique se manifeste par des papules excoriées par le grattage, principalement au deuxième et troisième trimestre de grossesse. Des lésions nodulaires peuvent également être observées. Sa localisation habituelle est la face d'extension des membres. Il est retrouvé dans 0,2 à 2% des grossesses, et l'atopie serait un facteur favorisant dans au moins 20% des cas (1). Le principal diagnostic différentiel à éliminer est la cholestase intra-hépatique gravidique. En effet une lésion de prurigo peut être secondaire à n'importe quel prurit. C'est pourquoi il est recommandé de doser systématiquement les transaminases et sels biliaires totaux devant des lésions de prurigo de la grossesse. Il sera important ensuite d'éliminer les autres causes de prurit non liées à la grossesse telles que les hémopathies, ectoparasitoses, dysthyroïdies et médicaments.

L'eczéma atopique ne provoque aucun surrisque pour le fœtus. Il persiste jusqu'à l'accouchement et disparaît ensuite en moyenne au bout de quatre semaines. Les récurrences lors des grossesses ultérieures sont très rares.

Le traitement est uniquement symptomatique et comprend les émoullients, les dermocorticoïdes et les antihistaminiques sédatifs.

## **3. Les dermatoses révélées ou aggravées par la grossesse**

### **3.1 Le lupus**

Le lupus est une maladie auto-immune systémique non spécifique d'organe, qui évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission. L'apparition d'un lupus est favorisée par des facteurs environnementaux tels que les rayons ultraviolets et la prise d'oestrogènes. La grossesse est un état physiologique où le taux d'hormones sexuelles est élevé, qui peut donc déclencher une poussée lupique. Une grossesse ne pourra donc être envisagée que si la maladie est stabilisée depuis au moins 6 mois.

Le risque fœtal repose sur un retard de croissance intra-utérin, une prématurité, un lupus néonatal ou encore un bloc auriculoventriculaire congénital.

Pour la mère, un surrisque d'avortement spontané, d'accident thrombotique, d'hypertension artérielle, d'hyperuricémie et de protéinurie sont rapportés. De plus, le traitement corticoïde majore le risque infectieux.

### **3.2 La sclérodermie**

La sclérodermie est une connectivite qui touche préférentiellement la femme entre 45 et 65 ans, ce qui explique que le nombre de grossesses chez des femmes ayant une sclérodermie déclarée soit rare.

La mortalité fœtale et maternelle n'est pas plus importante, mais le risque de prématurité et de crise rénale aiguë est augmenté. La grossesse est autorisée qu'en cas de maladie stable principalement sur les plans cardiopulmonaire et rénal.

### **3.3 Le mélanome**

En cas de diagnostic de mélanome au cours de la grossesse, la prise en charge est identique à celle des patientes non enceintes. Ce n'est qu'en cas de découverte de localisation secondaire, que la grossesse rend les choix thérapeutiques plus difficiles.

En cas de désir de grossesse chez une femme ayant présenté un mélanome, il est recommandé d'évaluer le taux de survie chez la mère : en cas de mélanome à haut risque de récurrence, il est recommandé d'attendre 2 à 3 ans avant de débuter une grossesse (délai pendant lequel les récurrences sont les plus fréquentes).

### **3.4 Les dermatoses d'origine virale**

D'autres dermatoses peuvent être influencées par la grossesse, notamment les dermatoses d'origine virale telles que le Parvovirus B19, la varicelle, le zona ou encore le Cytomégalovirus.

*A présent que les termes précis ont été décrits, cette étude va chercher à identifier le parcours de soins auquel les femmes enceintes sont confrontées face à une éruption cutanée et repérer le rôle à jouer pour le médecin généraliste, mais également de faire un état des lieux de ces dermatoses, physiologiques ou pathologiques, de la grossesse.*

### **III. MATERIELS ET METHODES**

#### **1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, monocentrique, réalisée auprès de toutes les femmes ayant accouché dans le service de maternité du CHD de La Roche sur Yon. Le support de l'étude était un questionnaire papier.

L'étude était réalisée à partir de données recueillies dans le cadre de la prise en charge médicale habituelle au fil de l'eau, donc hors loi Jardé. Cependant les données spécifiques pour la recherche ont été recueillies à partir d'un questionnaire, le dossier a donc été soumis au *Comité de Protection des Personnes Sud-Ouest et Outre-Mer* (dossier n° 1-21-024 ID 11551) qui a remis un avis favorable le 01/03/2021, soit avant le début de l'étude.

#### **2. Population**

L'étude a été menée auprès de toutes les femmes ayant accouché à la maternité du CHD de La Roche sur Yon. Les critères de non-inclusion étaient le refus de la patiente et l'incapacité de compréhension du français écrit ou oral.

La période d'inclusion était de 4 mois, du 10 avril au 10 août 2021. Les patientes avaient toute la durée de leur séjour dans le service de maternité pour répondre au questionnaire. Il avait été estimé qu'environ 200 patientes par mois pouvaient être incluses.

#### **3. Critères de jugements**

Le critère de jugement principal était le type de professionnel de santé recevant une femme enceinte pour une éruption cutanée.

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre de patientes ayant eu une éruption cutanée au cours de la grossesse, la fréquence de chacune d'elles, et les facteurs prédictifs d'une éruption cutanée pendant la grossesse.

#### **4. Questionnaire**

L'élaboration du questionnaire s'est efforcé d'être claire et concise (30). Le nombre de questions ainsi que la présentation ont été rédigés dans le souci d'être agréable à lire, facile à remplir et le moins chronophage possible (annexe 1).

Il était anonyme et confidentiel, et comportait 10 questions sous forme de QCM. Le temps pour y répondre était estimé à 5 minutes.

#### **a) Première partie du questionnaire**

Celle-ci avait pour objectif d'explorer le profil de la patiente et sa grossesse : l'âge, le tabac, le caractère unique ou multiple de la grossesse, primipare ou multipare et le phototype. Pour simplifier et améliorer la compréhension des femmes, ce dernier a été divisé en 3 catégories : une peau claire, mate ou noire.

#### **b) Deuxième partie du questionnaire**

Cette deuxième partie portait sur les antécédents médicaux. Sous forme de QCM, étaient listés les pathologies pouvant avoir un impact sur l'apparition de lésion dermatologiques, telles que le psoriasis, la rosacée, ou encore l'eczéma, un impact sur le prurit, comme les hémopathies ou hépatopathies, ou encore des pathologies dont l'évolution pourrait être perturbée par une grossesse, comme le lupus, la sclérodermie ou certaines maladies virales.

La question suivante demandait si la patiente avait un médecin traitant.

#### **c) Troisième partie du questionnaire**

Celle-ci portait sur la ou les éruptions cutanées apparues durant la grossesse : son type, sa localisation, le terme de la grossesse lors de leur apparition.

#### **d) Quatrième partie du questionnaire**

Enfin la dernière partie du questionnaire portait sur le descriptif du parcours de soins : les femmes répondantes avaient-elles fait remarquer cette éruption à un professionnel de santé, si oui, lequel et pourquoi ?

### **5. Recueil des données**

Les femmes recevaient le questionnaire papier durant leur séjour en maternité, accompagné d'une note d'information (annexe 2) avec présentation du sujet et formulaire de non-opposition. Aucune donnée nominative n'a été recueillie dans le cadre de cette recherche. La collecte des données cliniques reposait sur la mise en place d'une base de données électronique en conformité avec le protocole et les réglementations actuellement en vigueur.

### **6. Analyse des données**

Les données ont été collectées et analysées à l'aide du logiciel Excel Version 2108. Nous avons réalisé une étude descriptive des différentes fréquences de chacune des données recueillies, puis nous les avons comparées à l'aide des tests statistiques du Chi-2, ou de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à cinq. L'analyse statistique a été réalisée par l'intermédiaire du logiciel de statistiques en ligne Openepi. Le seuil de significativité était fixé à 5% ( $p < 0,05$ ).

## IV. RESULTATS

### 1. Réponses au questionnaire

Les questionnaires ont été récupérés à partir du 10 août 2021, à la fin de la période d'inclusion. Au total, nous avons obtenu 377 réponses par retour de questionnaires. Durant ces 4 mois d'inclusion, 899 femmes ont accouché au CHD, ce qui équivaut à un taux de réponse de 42%.

### 2. Résultats sur la population totale

La moyenne d'âge de la population était de 30,6 ans. Au sein de l'échantillon 88,6% avaient la peau claire, et 14,6% étaient fumeuses.

Caractéristiques	Effectif (n=377)
Couleur de peau	Claire : 334 (88,6%) Mat : 39 (10,3%) Noire : 4 (1,1%)
Tabac	55 (14,6%)
Primipare	144 (38,2%)
Grossesse unique	371 (98,4%)
Maladie chronique	35 (9,3%)
Age (moyenne)	30,6 ans (DS=3,7)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.

A la question portant sur les antécédents pouvant avoir une incidence sur l'apparition d'une éruption cutanée au cours de la grossesse, 35 femmes déclaraient avoir une maladie chronique, dont 22 un antécédent d'atopie (eczéma ou asthme).

Maladie chronique	Effectif (n=35)	Pourcentage (n=377)
Psoriasis	5 (14,3%)	1,3%
Rosacée	1 (2,9%)	0,3%
Mélanome	3 (8,6%)	0,8%
Syndrome d'Ehlers-Danlos	1 (2,9%)	0,3%
Maladie du sang (lymphome, leucémie)	1 (2,9%)	0,3%
Herpès	2 (5,7%)	0,5%
Eczéma	15 (42,9%)	3,9%
Asthme	7 (20%)	1,8%

Tableau 2 : Maladies chroniques au sein de la population totale.

### 3. Résultats sur le critère de jugement principal

A partir de la question 7, le questionnaire s'orientait sur le parcours de soin des patientes ayant eu une éruption cutanée au cours de la grossesse. Si on reprend quelques éléments indispensables des réponses précédentes du questionnaires, on retient que 94,7% avaient un médecin traitant. Par ailleurs, et nous le développons dans le paragraphe suivant, 136 femmes ont eu une éruption cutanée. Parmi elles, seulement 59 en ont référé à un professionnel de santé, soit 43,4%.

Parmi les 59 femmes ayant fait remarqué leur éruption à un professionnel de santé, près de la moitié en ont référé à leur médecin généraliste.

Professionnel de santé	Effectif (n=59)
Médecin traitant	28 (47,4%)
Dermatologue	0 (0%)
Gynécologue	7 (11,9%)
Sage-femme	24 (40,7%)

*Tableau 3 : Type de professionnel de santé consulté.*

La dernière question du questionnaire portait sur la raison du choix de ce professionnel. Parmi les 59 femmes ayant fait remarquer leur éruption à un professionnel, les trois quarts l'ont fait lors d'un rendez-vous de suivi. La grande majorité des femmes restantes ont demandé une consultation dédiée avec leur médecin traitant.

Contexte de prise en charge	Effectif (n=59)
Lors d'un rendez-vous de suivi	45 (76,3%)
Consultation dédiée avec le médecin traitant	11 (18,6%)
Consultation dédiée aux urgences gynécologiques	1 (1,7%)
Avis dermatologique via médecin traitant ou gynécologue	1 (1,7%)
Accès direct au dermatologue	0 (0%)

*Tableau 4 : Contexte de prise en charge de la modification cutanée.*

### 4. Résultats sur les critères de jugement secondaires

Grace à la première partie du questionnaire, nous avons pu établir un premier état des lieux des éruptions cutanées pendant la grossesse dans le département vendéen, évaluer leur fréquence et leur potentiels facteurs de risque. Pour rappel, parmi les 377 femmes enceintes, 136 ont répondu avoir eu une éruption cutanée au cours de leur grossesse soit 36%.

Les éruptions ont été classées en 14 catégories : Les vergetures étaient la modification cutanée la plus fréquente, suivie de l'hyperpigmentation, retrouvée principalement sur le visage (melasma), les seins et la région abdominale.

Près d'un tiers (30%) des femmes ayant eu une modification cutanée durant leur grossesse, décrivait des éruptions non physiologiques.

Eruption cutanée	Effectif (n=136)	Pourcentage (n=377)
Hyperpigmentation	36 (26,5%)	9,5%
Naevus	19 (14%)	5%
Melasma	29 (21,3%)	7,7%
Vergetures	86 (63,2%)	22,8%
Acné	30 (22%)	7,9%
Eczéma	24 (17,6%)	6,4%
Télangiectasies	11 (8%)	2,9%
Erythème palmaire	1 (0,7%)	0,3%
Varices	21 (15,4%)	5,6%
Plaques érythémateuses prurigineuses	11 (8%)	2,9%
Vésicules	15 (11%)	4%
Papules	10 (7,4%)	2,7%
Pustules	4 (2,9%)	1%
Ictère	1 (0,7%)	0,3%

**Tableau 5 :** Les 14 types de modification cutanée.

Eruption	Visage	Cou	Décolleté	Seins	Thorax	Abdomen	Dos	Bras	Mains	Jambes	Vulve	Total (n=136)
Hyperpigmentation	18	0	3	8	0	7	0	0	0	0	0	36
Naevus	1	1	1	8	0	2	4	1	0	0	1	19
Melasma	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Vergetures	0	0	0	6	0	74	0	0	0	6	0	86
Acné	27	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	30
Eczéma	3	1	0	1	0	1	0	9	6	3	0	24
Télangiectasies	1	0	3	1	2	1	0	1	0	2	0	11
Erythème palmaire	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Varices	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	21
Plaques érythémateuses prurigineuses	1	0	0	0	2	6	0	0	1	1	0	11
Vésicules	1	1	2	2	2	1	0	2	2	1	1	15
Papules	1	0	5	0	0	2	0	1	1	0	0	10
Pustules	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Ictère	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

**Tableau 6 :** Localisations des modifications cutanées.

Il est difficile de parler d'éruption pathologique dans cette étude car nous n'avons pas le diagnostic formel d'un professionnel de santé. Cependant 1 femme enceinte a dû consulter en urgences pour une éruption cutanée, et une autre a été orientée vers un dermatologue. On peut donc imaginer que ces deux femmes aient eu une éruption pathologique de la grossesse soit 0,5% de la population de l'étude.

Nous pouvons extrapoler de la même manière concernant les éruptions érythémateuses prurigineuses, les vésicules, papules, pustules et ictère, qui ne sont pas des éruptions physiologiques de la grossesse. Le total de ces éruptions représente 41 femmes soit 10,8% de la population.

Près de la moitié des modifications cutanées sont apparues au deuxième trimestre de grossesse.

Trimestre d'apparition	Nombre (Proportion/136)
1er trimestre	33 (24,3%)
2ème trimestre	64 (47%)
3ème trimestre	39 (28,7%)

*Tableau 7 : Trimestre d'apparition de la modification cutanée.*

Les potentiels facteurs de risque retrouvés dans la littérature, et analysables via un questionnaire, étaient la couleur de peau, le tabac, la primiparité, le caractère unique ou multiple de la grossesse, et les antécédents de maladie chronique pouvant avoir un lien avec l'apparition d'une modification cutanée. En comparant les pourcentages des groupes avec et sans éruption, on retrouvait un lien statistiquement significatif pour les groupes tabac et maladie chronique.

	Eruption + (n=136)	Eruption - (n=241)	p-value
Age	m=29,8 DS=4,74	m=31,1 DS=4,67	p=0,988
Couleur de peau	1 :119 (87,5%) 2 :17(12,5%) 3 :0	1 :215(89,2%) 2 :22(9,1%) 3 :4(1,6%)	p=0,198
Tabac	28 (20,6%)	27 (11,2%)	<b>p=0,013</b>
Primipare	54 (39,7%)	90 (37,3%)	p=0,650
Grossesse unique	136 (100%)	237 (98,3%)	p=0,888
Maladie chronique	22 (16,2%)	13 (5,4%)	<b>p&lt;0,001</b>

*Tableau 8 : Apparition d'une éruption cutanée selon les caractéristiques de la population.*

Suite à ces résultats, il semblait intéressant de préciser pour quel type d'éruption, le tabac et les maladies chroniques pouvaient avoir une association statistiquement significative.

Pour les maladies chroniques : 10 des femmes ayant eu une modification cutanée, avaient un antécédent d'eczéma. Parmi elles, 6 ont signalé des plaques d'eczéma pendant la grossesse, soit 60%.

Maladies chroniques	Hyperpigmentation	Vergetures	Eczéma	Papules	Plaques érythémateuses prurigineuses	Vésicules prurigineuses
<b>Eczéma (10 femmes)</b>	4	6	<b>6</b>	0	0	0
Asthme (2 femmes)	1	1	0	0	1	0
Psoriasis (5 femmes)	4	4	1	0	0	2

*Tableau 9 : Principales modifications cutanées selon la maladie chronique.*

En revanche, ce qui semblait moins évident, concernait le groupe tabac. En comparant les pourcentages des groupes fumeuses et non fumeuses, l'acné est la seule éruption pour laquelle une association statistiquement significative était retrouvée.

Type d'éruption cutanée	Tabac + (n=28)	Tabac - (n=108)	p value
Hyperpigmentation	1 (3,6%)	35 (32,4%)	p=0,0009
Naevus	4 (14,3%)	15 (13,9%)	p=0,9280
Melasma	8 (28,6%)	21 (19,4%)	p=0,3089
Vergetures	19 (67,8%)	67 (62%)	p=0,5841
Acné	12 (42,8%)	18 (16,7%)	<b>p=0,0056</b>
Eczéma	3 (10,7%)	21 (19,4%)	p=0,2965
Télangiectasies	4 (14,3%)	7 (6,5%)	p=0,2146
Érythème palmaire	1 (3,6%)	0 (0%)	p=0,2059
Varices	3 (10,7%)	18 (16,7%)	p=0,4672
Plaques érythémateuses prurigineuses	1 (3,6%)	10 (9,3%)	p=0,3644
Vésicules	2 (7,1%)	13 (12%)	p=0,5022
Papules	4 (14,3%)	6 (5,6%)	p=0,1544
Pustules	2 (7,1%)	2 (1,9%)	p=0,2151
Ictère	0 (0%)	1 (0,9%)	p=0,7941

*Tableau 10 : Consommation de tabac selon le type de modification.*

## V. DISCUSSION

### 1. Résultats principaux

Parmi les 136 femmes ayant eu une modification cutanée au cours de la grossesse, 59 ont consulté un professionnel de santé, soit 43,4%. Il s'agissait pour 47,3% d'entre elles de leur médecin généraliste, pour 40,7% d'une sage-femme, et pour 11,9% d'un gynécologue. La grande majorité d'entre elles l'a fait remarquer lors d'un rendez-vous de suivi, cependant 18,6% ont eu recours à une consultation dédiée avec leur médecin généraliste, une femme a dû consulter en urgence, et une femme a été orientée vers un dermatologue.

La prévalence des éruptions cutanées pendant la grossesse était de 36% dont la plus fréquente était les vergetures à 63,2%, suivi de l'hyperpigmentation à 26,5%. 41 femmes ont eu une éruption non physiologique, soit 10,8% de la population. Les facteurs pour lesquels un lien statistiquement significatif a été retrouvé sont le tabac et la présence d'antécédents dermatologiques. Malgré le faible nombre d'effectifs, une association significative a été retrouvée entre le tabac et l'acné. Or les études retrouvées sur l'association acné et tabac en dehors de la grossesse, montraient des résultats contradictoires (31,32).

### 2. Comparaison avec la littérature

Dans la littérature, la prévalence des éruptions cutanées physiologiques est supérieure à celle de notre étude. Trois études récentes ont montré des résultats intéressants :

L'étude de *Panicker VV, Riyaz N, Balachandran PK*,(6) est une étude transversale observationnelle publiée en 2017, incluant 600 femmes enceintes fréquentant le département d'obstétrique et de gynécologie d'un hôpital universitaire tertiaire de Kerala, en Inde. Un recueil précis des antécédents et un examen physique détaillé et complet avaient été effectués. Une modification cutanée avait été observée dans 594 cas, soit à 99 %. La manifestation cutanée la plus fréquemment retrouvée était alors l'hyperpigmentation (526; 87,6%), suivie des vergetures (72,8%).

L'étude de *Kannambal K, Tharini G*,(33) est une étude transversale ayant inclus 500 femmes enceintes de la maternité de Madras, à Tamil Nadu, en Inde. Ici encore, le mode de recueil était un examen dermatologique complet par un médecin. Des changements physiologiques de la peau ont été observés dans 94,8 % des cas, les changements pigmentaires étant plus fréquents (90,8 %).

L'étude de *Fernandes LB, do Amaral WN* (34) est une étude transversale, analytique menée de 2011 à 2013 à l'Hospital das Clínicas de Goiás. 905 femmes enceintes incluses dès le premier trimestre ou seulement au troisième trimestre n'ont été évaluées qu'une seule fois par un dermatologue. Parmi les 905 femmes enceintes analysées, 805 (88,95 %) présentaient des

modifications physiologiques; 708 d'entre elles (87,95 %) présentaient une hyperpigmentation, et 425 (46,96 %) avaient de nouvelles vergetures.

La grande différence avec notre étude est le mode de recueil. Les données de ces trois études étaient recueillies non pas par déclaration via auto-questionnaire, mais par un examen dermatologique complet par un professionnel de santé. Cela limite à la fois le biais de mémorisation, mais aussi et surtout, permet de mentionner absolument toutes les modifications dermatologiques de la grossesse, même les plus communes, telle que l'hyperpigmentation mamelonnaire, que beaucoup de femmes ne considèreraient pas spontanément comme « éruption cutanée ». Ces études retrouvaient toutes l'hyperpigmentation comme modification dermatologique la plus fréquente.

Pour appuyer la question du mode de recueil, l'étude de *Ciechanowicz P, et al.* (35) étude transversale publiée en 2018, a été faite à partir d'un auto-questionnaire distribué dans les crèche de Varsovie. Les 1935 mamans étaient au maximum à quatre ans de leur grossesse. La prévalence des affections cutanées autodéclarées était de 74%, et les vergetures étaient les plus fréquentes, à 77%.

Outre le mode de recueil, le phototype des femmes et l'exposition solaire pourraient également jouer un rôle, entre les femmes des pays d'Amérique du Sud et d'Asie, comparées aux européennes polonaises et vendéennes. Dans l'étude de *Fernandes LB, do Amaral WN* (34) 44,96% des femmes présentaient un phototype foncé (IV-V).

Dans la littérature, les éruptions spécifiques sont presque toujours associées à un prurit. Dans l'article de l'EMC (1), ils mentionnent qu'un prurit est présent dans 1 à 2% des grossesses françaises. Kannambal et Tharini (33) retrouve 10,4% de prurit gravidique et 1,8% de prurigo de la grossesse. Dans notre étude 2,9% des femmes se sont plaintes de « plaques érythémateuses prurigineuses ». L'éruption polymorphe de la grossesse ou PUPPP, retrouve le plus souvent des papules ou vésicules sur l'abdomen. Dans notre étude, 2 femmes ont décrit des papules, et 1 femme des vésicules, sur l'abdomen, soit 0,8% susceptibles d'être une PUPPP. Dans la littérature, la fréquence des PUPPP varie de 0,06 à 1,6% (1,11,33). Quant à l'ictère, qui doit nous faire suspecter une cholestase intra-hépatique gravidique, retrouvé à 0,5% dans la littérature, a été mentionné par une seule femme, soit 0,3% de la population de l'étude.

### **3. Validité interne**

A ma connaissance, aucune autre étude sur ce sujet n'a été menée dans le département à ce jour.

Une des forces de cette étude est la taille de l'échantillon. En effet, la réalisation de l'étude à l'aide d'un questionnaire a permis de recruter un grand nombre de patientes, dans un temps restreint. Celui-ci a été distribué à toutes les femmes ayant accouché dans le service de maternité de La Roche sur Yon (à l'exception de celles qui ne comprenaient pas le français),

ce qui constitue un mode de recrutement par sélection systématique, minimisant ainsi le biais de sélection.

En revanche, le caractère monocentrique diminue la validité externe de l'étude. Même si cela peut être nuancé à l'échelle départementale par le fait que le CHD est la maternité de proximité d'un grand nombre de femmes en Vendée de par sa localisation centrale au niveau du département, et le fait qu'elle soit la seule maternité du département de niveau 2b, elle ne peut être extrapolée, ni au niveau régional, ni national, de par une démographie médicale différente dans chacune de ces zones.

L'étude se basant sur des données rétrospectives, les femmes interrogées doivent faire appel à leurs souvenirs concernant ces informations durant la grossesse. Cela constitue un biais de mémorisation, bien que le laps de temps entre l'éruption et la réponse au questionnaire est au maximum de neuf mois.

D'un point de vue méthodologique, le choix des facteurs de risque a été fait après analyse de la littérature. Tout d'abord, l'âge et le tabac peuvent avoir un impact sur l'élasticité de la peau, ainsi que sur la compliance vasculaire, pouvant influencer l'apparition de certaines éruptions cutanées. C'est également le cas pour les grossesses multiples, de par la distension abdominale plus importante. Enfin, le phototype exerce également une influence sur certaines éruptions, notamment sur les modifications pigmentaires.

Le choix d'un questionnaire papier était la méthode la plus adéquate pour que toutes les femmes ayant accouché puissent y répondre au cours de leur hospitalisation, facilement et rapidement, avec ou sans connexion internet. Cependant nous l'avons vu précédemment, les réponses par auto-questionnaires ne sont évidemment pas aussi fiables que pourrait l'être un examen clinique détaillé et complet fait par un professionnel de santé.

Le format QCM facilite l'adhésion des femmes pour répondre au questionnaire, mais entraîne une lecture rapide et parfois incomplète du questionnaire. Par exemple, la question 4 « avez-vous eu une éruption cutanée au cours de votre grossesse » a quelque fois été cochée initialement « NON », puis corrigée en « OUI » suite à la lecture des exemples d'éruptions cutanées données à la question 5, au verso. Cela laisse à penser que si certaines n'ont pas lu la suite du questionnaire, le « NON » est resté « NON ». Une définition claire du terme « éruption cutanée » avec plusieurs exemples, voire un changement de terme en « modification cutanée », dès la question 4 aurait certainement permis davantage de réponses positives.

L'analyse des données a fait ressortir un nouveau biais méthodologique. A la question 6 du questionnaire, concernant le trimestre d'apparition de l'éruption, je n'avais pas pris en compte le fait qu'une femme pouvait avoir plusieurs modifications cutanées pendant sa grossesse, et donc possiblement à des trimestres différents. Certaines femmes ont donc coché plusieurs cases sans pouvoir retrouver à quelle modification s'apparentait les trimestres en question. Les résultats ne sont donc pas interprétables quant à l'analyse du trimestre d'apparition de chacune des modifications cutanées.

#### **4. Validité externe**

L'étude du parcours de soins des femmes enceintes ayant une modification cutanée au cours de la grossesse en Vendée avait un intérêt dans cette région où la démographie médicale est bien inférieure à la moyenne nationale. Même si le nombre de dermatologues en Vendée augmente (+ 1 ou 2 par an), leur nombre était de 18 en 2020, tout établissement confondu (Centre Hospitalier, Clinique, Cabinet), soit une densité de 2,6 spécialistes pour 100 000 habitants, bien inférieure à celle de Loire Atlantique (83 dermatologues soit une densité à 5,8).

Cependant ce n'est pas le seul département français dans cette situation. De nombreux départements souffrent d'un manque de dermatologues, et pourraient donc retrouver un parcours de soins similaire face à une modification cutanée au cours de la grossesse. Cette démographie médicale se retrouve dans les départements les plus éloignés des grandes agglomérations françaises, faisant face à une population beaucoup plus rurale.

Les grandes villes françaises regroupent quant à elles, une plus grande mixité sociale et ethnique, recensant donc des femmes aux phototypes bien plus diverses. Nous l'avons vu, le phototype peut avoir une influence sur certaines modifications cutanées, notamment pigmentaires. Cette étude, qui regroupe 88,6% de femmes à la peau claire, est donc difficilement généralisable à l'échelle nationale.

#### **5. Champs de compétences des médecins généralistes**

Nous l'avons vu grâce aux résultats de l'étude, les médecins généralistes sont consultés dans le cadre du suivi de grossesse, pour une prise en charge dermatologique, ou, lorsqu'aucune réponse n'a pu être apportée, pour adresser à un dermatologue. Ces trois situations placent le médecin généraliste au centre du parcours de soins.

Le suivi de grossesse fait partie du champ de compétence du médecin généraliste, il nous l'a été enseigné de façon purement théorique lors de l'externat, et nous l'avons concrètement appliqué pendant l'internat, que ce soit lors de nos stages en libéral, ou de notre stage en gynécologie-obstétrique, enseignement appuyé par la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales et notamment du DES de médecine générale, qui impose dorénavant à chaque interne un stage en santé de la femme. Ces consultations de suivi sont d'ailleurs souvent appréciées des médecins. Avec la féminisation de la profession depuis plusieurs années, un intérêt grandissant est apporté à la gynécologie et au suivi de grossesse.

La dermatologie fait, elle aussi, partie des compétences du médecin généraliste, même si chacun d'eux s'y investit de façon différente en fonction de l'attrait pour cette spécialité. Le développement de la télé-expertise en dermatologie et la facilité avec laquelle nous pouvons envoyer des photos avec nos smartphone a facilité l'accès rapide à un avis dermatologique. Cependant si nous ne voulons pas à terme surcharger nos spécialistes, à nous de faire confiance à nos acquis sur la prise en charge de pathologies « simples », qui peuvent être gérées en médecine générale.

## **6. Parcours de soins adapté, un enjeu de santé publique**

Pour la prise en charge d'une modification cutanée au cours de la grossesse, le rôle du médecin généraliste va donc être de faire le lien entre ces deux spécialités. Il nous faut regrouper nos connaissances et notre savoir-faire, pour rassurer les patientes lorsque cela est suffisant face à une modification cutanée physiologique, et débiter une prise en charge diagnostique (dosage des acides biliaires et enzymes hépatiques face à un prurit) ou thérapeutique (antihistaminiques et dermocorticoïdes face à de l'eczéma ou une éruption polymorphe de la grossesse) lorsque cela est nécessaire.

Toutefois face au diagnostic de cholestase gravidique, ou à une éruption évocatrice de pemphigoïde gestationnelle, il est primordial d'adresser en urgence aux spécialistes. En effet, l'un des rôles du médecin généraliste est celui de coordinateur du parcours de soins. C'est le médecin de première ligne, le médecin de proximité, facilement accessible. Tout l'enjeu réside dans la capacité du médecin à différencier les situations pouvant être gérées en ambulatoire, des urgences gynécologiques et dermatologiques.

## **7. Perspective**

Les consultations de suivi de grossesse peuvent être plus longues en fonction des examens ou prélèvements à réaliser, et un examen dermatologique complet rallongerait d'autant plus ces consultations. Il pourrait être intéressant d'avoir l'avis des médecins généralistes eux-mêmes face à cette demande de prise en charge des éruptions cutanées au cours de la grossesse.

Avoir le point de vue des généralistes sur ce sujet permettrait également d'évaluer leur implication en dermatologie. Avec les besoins grandissants de la population actuelle, le recours au médecin généraliste en première intention devant un motif dermatologique est indispensable, mais la dermatologie est-elle un domaine dans lequel les médecins généralistes se sentent suffisamment à l'aise ? Sont-ils demandeurs de formations, et sous quelles formes ? Ces réponses sont indispensables pour pouvoir travailler, en collaboration avec les dermatologues, à trouver une solution face à cette demande qui ne cesse de croître.

## VI. CONCLUSION

Les modifications dermatologiques induites par la grossesse sont fréquentes. Souvent bien connues des femmes enceintes, au point de ne pas systématiquement en référer à un professionnel de santé, elles sont pour la plupart bénignes et transitoires.

Cependant certaines requièrent un avis médical pour ne pas méconnaître une éruption pathologique qui peut avoir des conséquences sur la santé de la mère et le développement foetal.

La majorité des femmes ayant fait remarquer une modification cutanée au cours de la grossesse l'a fait à leur médecin traitant, leur sage-femme, ou un gynécologue lors d'un rendez-vous de suivi, et n'ont eu certainement besoin que d'être rassurées.

Pourtant certaines femmes ont préféré une consultation dédiée avec leur médecin traitant, voire une orientation vers un dermatologue. Là est toute l'importance du médecin généraliste aujourd'hui. Tout d'abord de par ses champs de compétences en dermatologie et en gynécologie, il a un rôle primordial à jouer pour compenser la carence médicale actuelle. La demande en soins de santé s'intensifie et les délais pour consulter un spécialiste s'allongent. La formation continue des médecins généralistes est indispensable pour tenter de pallier ce manque.

Le médecin généraliste est également un point central d'un parcours de soin coordonné, en collaboration avec les différents spécialistes, de la sage-femme libérale aux dermatologues et gynécologues hospitaliers. Il peut ainsi être amené à orienter une patiente vers un spécialiste, il est donc indispensable d'établir un réseau de soins de qualité pour garantir des conditions d'exercice sereines.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Machet L, Vaillant L. Peau et grossesse. Wwwem-Premiumcomdatatraitesde298-48427 [Internet]. 24 août 2016 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/1075316/resultatrecherche/1>
2. Riou-Gotta M-O, Aubin F, Humbert P, Pelletier F. Peau et grossesse. Wwwem-Premiumcomdatatraitesob05-52410 [Internet]. 11 mars 2010 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/245654/resultatrecherche/2>
3. Dossier complet – Département de la Vendée (85) | Insee [Internet]. [cité 22 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-85>
4. Emmanuel BRANTHOMME. Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2020. 2019.
5. ORS Pays de la Loire. Démographie des dermatologues en Pays de la Loire. 2020.
6. Panicker VV, Riyaz N, Balachandran PK. A clinical study of cutaneous changes in pregnancy. *J Epidemiol Glob Health*. 2017;7(1):63-70.
7. Boyer G, Lachmann N, Bellemère G, De Belilovsky C, Baudouin C. Effects of pregnancy on skin properties: A biomechanical approach. *Skin Res Technol Off J Int Soc Bioeng Skin ISBS Int Soc Digit Imaging Skin ISDIS Int Soc Skin Imaging ISSI*. nov 2018;24(4):551-6.
8. Zerouali A, Zaraa I, Trojjet S, Euch DE, Azeiez MI, Mokni M, et al. Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse. *Presse Médicale*. 1 janv 2011;40(1, Part 1):e17-21.
9. Motosko CC, Bieber AK, Pomeranz MK, Stein JA, Martires KJ. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol*. 21 oct 2017;3(4):219-24.
10. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Modifications physiologiques de la grossesse. 1 mars 2011;36.
11. Hammoudi Z. Peau et grossesse : Les modifications dermatologiques chez la femme enceinte. [Internet]. Lille; 2019 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2810573c-7c1f-4aa0-bb57-c80baf25319f>
12. Mautuit M. L'influence de la grossesse sur la peau: traitements et conseils du pharmacien. 5 sept 2014;110.
13. Soutou B, Aractingi S. Skin disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 juill 2015;29(5):732-40.
14. Bonneau C, Boujenah J, Rouzier R. États pathologiques du sein pendant la grossesse. Wwwem-Premiumcomdatatraitesob05-73382 [Internet]. 30 août 2017 [cité 23 août 2021].

- 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/1137994/resultatrecherche/9>
15. Gauthier Y. Mélasma : prise en charge globale. EMC - Dermatol-Cosmétologie. mai 2004;1(2):113-22.
  16. Cohen-Letessier A, Roos N. Vergetures. Wwwem-Premiumcomdatatraitescos50-51514 [Internet]. 26 oct 2013 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/846343/resultatrecherche/2>
  17. Thoulon J-M. Petits maux de la grossesse. Wwwem-Premiumcomdatatraitesob05-55171 [Internet]. 7 déc 2010 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/275149/resultatrecherche/8>
  18. Godefroy P. Influence de la grossesse en dermatologie: modifications spécifiques de la grossesse et évolutions des dermatoses pré-existantes. Nancy, France; 2007.
  19. OUSSI F. Dermatoses spécifiques de la grossesse (à propos de 34 cas). 30 juin 2017;145.
  20. Danesh M, Pomeranz MK, McMeniman E, Murase JE. Dermatoses of pregnancy: Nomenclature, misnomers, and myths. Clin Dermatol. 1 mai 2016;34(3):314-9.
  21. Kurien G, Badri T. Dermatoses of Pregnancy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430864/>
  22. Xia Y, Bray DW. Pregnancy-Related Pruritic Rash. Am Fam Physician. 1 oct 2007;76(7):1019.
  23. Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Oleś E, Rogala B. Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2007;52(1):44-8.
  24. Bergman H, Melamed N, Koren G. Pruritus in pregnancy. Can Fam Physician. déc 2013;59(12):1290-4.
  25. Lambert J. Itch in Pregnancy Management. Itch - Manag Clin Pract. 2016;50:164-72.
  26. Bacq Y. Foie et grossesse. Wwwem-Premiumcomdatatraitesfo07-71822 [Internet]. 22 mars 2016 [cité 23 août 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.budistant.univ-nantes.fr/article/1040586/resultatrecherche/3>
  27. Studdiford J, George N, Traves KP. Pruritic Rash in Pregnancy. Am Fam Physician. 1 avr 2017;95(7):453-4.
  28. Sävervall C, Sand FL, Thomsen SF. Pemphigoid gestationis: current perspectives. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017;10:441-9.
  29. Maladies bulleuses auto-immunes : Pemphigoïde de la grossesse [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c\_2636262/fr/maladies-bulleuses-auto-immunes-pemphigoide-de-la-grossesse

30. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. DMG Strasbourg. 2012 [cité 24 nov 2020].
31. Metelitsa AI, Lauzon GJ. Tobacco and the skin. *Clin Dermatol*. 1 juill 2010;28(4):384-90.
32. Wolkenstein P, Machovcová A, Szepietowski JC, Tennstedt D, Veraldi S, Delarue A. Acne prevalence and associations with lifestyle: a cross-sectional online survey of adolescents/young adults in 7 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. févr 2018;32(2):298-306.
33. Kannambal K, Tharini G. A Screening Study on Dermatoses in Pregnancy. *J Clin Diagn Res JCDR*. mai 2017;11(5):WC01-5.
34. Fernandes LB, do Amaral WN. Clinical study of skin changes in low and high risk pregnant women. *An Bras Dermatol*. 2015;90(6):822-6.
35. Ciechanowicz P, Sikora M, Taradaj K, Ruta A, Rakowska A, Kociszewska-Najman B, et al. Skin changes during pregnancy. Is that an important issue for pregnant women? *Ginekol Pol*. 2018;89(8):449-52.

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

### QUESTIONNAIRE PEAU ET GROSSESSE

*Eruption cutanée pendant la grossesse : à quel professionnel de santé les vendéennes ont-elles recours ?*

N° Centre : [\_01\_] N° Patiente : [ ][ ][ ]

PATIENTE Nom : 1ère lettre [ ] Prénom : 1ère lettre [ ]

#### 1. Présentation

- Age : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_
- Avez-vous la peau :    claire         mate         noire
- Tabac :                    Oui                     Non
- Était-ce votre première grossesse :        Oui                     Non
- Était-ce une grossesse unique (1 seul bébé)         Ou une grossesse multiple (jumeaux, triplés...)

#### 2. Sur le plan médical

- En dehors de la grossesse êtes-vous suivie pour une des maladies suivantes pouvant avoir un impact sur la peau :  
Oui                     Non

*Si oui, laquelle :*

- Psoriasis                     Rosacée                     Mélanome
- Lupus                     Sclérodermie                     Syndrome d'Ehlers-Danlos
- Maladie du sang (lymphome, leucémie)
- Maladie du foie (hépatite, cholestase gravidique)
- Maladie virale : Rougeole     Rubéole     Parvovirus B19     CMV     Herpes     Varicelle/Zona
- Maladie allergique : Atopie                     Eczéma                     Asthme

#### 3. Avez-vous un médecin traitant ?

Oui                     Non

#### 4. Avez-vous eu une éruption cutanée au cours de votre grossesse ?

Oui                     Non

\*\*\*FIN DU QUESTIONNAIRE POUR CELLES QUI ONT REPONDU NON\*\*\*

#### 5. Si vous avez répondu oui à la question 4 : De quel type d'éruption s'agissait-il ?

*Merci de renseigner la localisation, pour cela, pour chaque éruption vous rapporterez la localisation ci-dessous correspondante à droite.*

- Le visage :    Joues    Front    Menton    Lèvres    Nez    Yeux
- Le Cou                    le Décolleté                    les Seins
- Le Thorax                    l'Abdomen                    le Dos
- Les Bras                    les Mains
- Les Jambes                    les Pieds
- Les organes génitaux :    la Vulve                    la région Péri-Anale

**Types d'éruption :**

**Localisation**

- Une ou plusieurs tâche(s) brune(s) d'hyperpigmentation ..... (.....)
- Un grain de beauté qui aurait changé d'aspect ..... (.....)
- Un masque de grossesse (melasma) ..... (.....)
- Des vergetures ..... (.....)
- Une poussée d'acné ..... (.....)
- Des plaques d'eczéma ..... (.....)
- Des angiomes ou télangiectasies (petits vaisseaux rouges visibles) ..... (.....)
- Un érythème palmaire (coloration rouge de la paume des mains) ..... (.....)
- Des varices (veines visibles sur les jambes) ..... (.....)
- Une plaque rouge qui démange beaucoup ..... (.....)
- Des petites bulles (ou vésicules) sur la peau ..... (.....)
- Plusieurs boutons :                    rouges/rosés                        blancs                        (.....)
- Une coloration jaune de la peau avec beaucoup de démangeaisons ..... (.....)

**6. A quel terme de la grossesse sont-elles apparues ?**

- 1<sup>er</sup> trimestre       2<sup>ème</sup> trimestre       3<sup>ème</sup> trimestre

**7. L'avez-vous fait remarquer à un professionnel de santé ?**

- Oui                     Non

**8. Si oui, s'agissait-il :**

- De votre médecin traitant
- D'un dermatologue
- D'un gynécologue
- D'une sage-femme
- Autre / précisez : \_\_\_\_\_

**9. Pourquoi ce professionnel ?**

- C'était lors d'un rendez-vous de suivi de grossesse, une consultation dédiée n'était pas nécessaire
- C'était pour une consultation dédiée mais avec votre médecin traitant
- C'était pour une consultation dédiée en urgence, aux urgences gynécologiques
- Vous avez eu un avis dermatologique par le biais de votre médecin traitant ou de votre gynécologue
- Vous avez eu un accès direct au dermatologue

**10. Avez-vous des commentaires à faire sur le sujet de ce questionnaire ?**

---

---

---

MERCI DE VOTRE AIDE

## ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION AUX PATIENTES



**Note d'information pour la participation à la thèse**  
**PEAU ET GROSSESSE :**  
**A quel professionnel de santé les vendéennes ont-elles recours ?**

**Médecin Coordinateur :** Nom : Dr Guillaume DUCARME

Etablissement/ service : Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Départemental (CHD), 85925 La Roche sur Yon

**Etablissement promoteur responsable de la recherche et du traitement des données :**

CHD de la Roche sur Yon - Boulevard Stéphane Moreau, 85 925 La Roche sur Yon

Secrétariat Unité de recherche clinique du CHD de la Roche sur Yon : 02 51 44 65 72

**Délégué responsable de la protection des données du centre promoteur :**

Centre Hospitalier Départemental Vendée/ Département du système d'information -Boulevard Stéphane Moreau - 85925 La Roche sur Yon

Numéro de téléphone : 02 51 44 65 72

Mail : [dpo@chd-vendee.fr](mailto:dpo@chd-vendee.fr)

Madame,

Vous avez été hospitalisée dans le service de Maternité du CHD dans les suites de votre accouchement.

Nous souhaiterions vous proposer de participer à une thèse pour la validation du doctorat **en médecine générale**. **Vous avez le droit de vous opposer à y participer. Il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche.**

### **1- OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

Les modifications dermatologiques physiologiques induites par la grossesse sont fréquentes. En 2016 elles représentaient entre 23 et 75% des grossesses françaises (selon le type de lésion). Souvent bien connues des femmes enceintes, elles sont pour la plupart bénignes et transitoires, cependant certaines requièrent un avis médical pour ne pas méconnaître une éruption pathologique.

Ces éruptions pathologiques sont bien plus rares et peuvent être dangereuses pour la mère ou l'enfant. Il est donc indispensable de les reconnaître pour une prise en charge spécialisée rapide.

Aux vues de la démographie des dermatologues en Vendée, 18 dermatologues en 2020 tout établissement confondu (Centre Hospitalier, Clinique, Cabinet), le médecin généraliste se trouve au cœur de ces préoccupations.

Le but de cette étude est de faire un état des lieux des éruptions cutanées pendant la grossesse en insistant sur le parcours de soin auquel les vendéennes sont confrontées.

### **2- DEROULEMENT DE L'ETUDE**

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, aucune donnée ne sera extraite de votre dossier médical. Seules les réponses que vous aurez apportées au questionnaire seront utilisées. Elles seront totalement anonymes. Aucun élément permettant de vous reconnaître ne sera conservé. Les informations recueillies seront strictement confidentielles, ne serviront qu'à cette recherche.

### **3- OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Si vous le souhaitez, le Docteur Guillaume DUCARME, que vous pourrez joindre au numéro de téléphone suivant : 02-51-44-61-82, pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant cette recherche.

### **4- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES**

Cette recherche rentre dans le cadre de la déclaration de conformité du CHD Vendée à la méthodologie de référence MR004 acceptée par la Commission Informatique et Liberté (CNIL), le .....

A cette fin, les données médicales recueillies seront transmises uniquement au Promoteur de la recherche.

Ces données seront totalement anonymes et non numérotées, et seront conservées jusqu'à publications des résultats.

Le personnel impliqué dans la recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 révisée en juin 2018) et du Règlement (UE) n°2016/679 relatif à la protection des données personnelles (RGPD), vous disposez à tout moment des droits suivants :

- droit d'accès aux données (possibilité d'obtenir une copie gratuite),
- droit de rectification des données erronées,
- droit d'effacement des données,
- droit d'opposition au traitement de vos propres données personnelles,
- droit de portabilité vous permettant d'obtenir les données que vous avez-vous-même fournies à l'établissement,
- droit de limitation du traitement des données notamment si celui-ci venait à être remis en cause,
- et d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous a contacté dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous disposez également du droit de faire appel à une autorité de contrôle responsable de la protection des données (coordonnées ci-dessous) :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)  
3, place de Fontenoy  
TSA 80715  
75334 PARIS Cedex 07  
Téléphone : 01 53 73 22 22  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

**L'équipe de Recherche Clinique du CHD Vendée vous en remercie.**

## SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**Vu, le Président du Jury,**  
*Professeur Sébastien BARBAROT*

**Vu, le Directeur de Thèse,**  
*Docteur Guillaume DUCARME*

**Vu, le Doyen de la Faculté,**  
*Professeur Pascale JOLLINET*

**PEAU ET GROSSESSE :**

**MODIFICATIONS DERMATOLOGIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE, A  
QUEL PROFESSIONNEL DE SANTE LES VENDEENNES ONT-ELLES  
RECOURS ?**

---

**RESUME**

- **Introduction** : Les modifications dermatologiques physiologiques induites par la grossesse sont fréquentes. Elles sont pour la plupart bénignes et transitoires, cependant certaines requièrent un avis médical pour ne pas méconnaître une éruption pathologique. Dans le contexte actuel de carence médicale, l'objectif de cette étude était d'identifier le professionnel de santé auquel les femmes enceintes ont recours face à une éruption cutanée pendant la grossesse, au sein du département vendéen, afin d'obtenir une visibilité sur le parcours de soins auxquelles ces femmes sont confrontées, et de repérer plus précisément le rôle à jouer pour le médecin généraliste. Cette étude permettra également de faire un état des lieux des dermatoses physiologiques et pathologiques de la grossesse, en analysant leurs fréquences et leurs potentiels facteurs prédictifs.
  - **Matériels et méthodes** : Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, transversale, réalisée auprès de toutes les femmes ayant accouché dans le service de maternité du CHD de La Roche sur Yon sur une période de quatre mois. Le recueil a été fait à partir d'un auto-questionnaire papier rempli au cours de leur hospitalisation, puis les données ont été analysées grâce aux tests statistiques du Chi-2 et de Fisher, avec un seuil de significativité fixé à 5% ( $p < 0,05$ ).
  - **Résultats** : Le nombre de femmes ayant consulté un professionnel de santé pour une éruption cutanée au cours de la grossesse était de 43,4%. Il s'agissait pour près de la moitié d'entre elles de leur médecin généraliste. La grande majorité d'entre elles l'a fait remarquer lors d'un rendez-vous de suivi, cependant 18,6% ont eu recours à une consultation dédiée avec leur médecin généraliste, une femme a dû consulter en urgence, et une femme a été orientée vers un dermatologue. La prévalence des éruptions cutanées pendant la grossesse était de 36% dont la plus fréquente était les vergetures, suivi de l'hyperpigmentation. Les facteurs pour lesquels un lien statistiquement significatif a été retrouvé sont le tabac et la présence d'antécédents dermatologiques. Malgré le faible nombre d'effectifs, une association significative a été retrouvée entre le tabac et l'acné.
  - **Conclusion** : La majorité des femmes ayant fait remarquer une modification cutanée au cours de la grossesse l'a fait à leur médecin traitant ou leur sage-femme lors d'un rendez-vous de suivi, et n'ont eu certainement besoin que d'être rassurées. Pourtant certaines femmes ont préféré une consultation dédiée avec leur médecin traitant. C'est là toute l'importance du médecin généraliste aujourd'hui. Tout d'abord de par ses champs de compétences en dermatologie et en gynécologie, il a un rôle primordial à jouer pour compenser la carence médicale actuelle. Le médecin généraliste est également un point central d'un parcours de soin coordonné. Il peut être amené à orienter une patiente vers un spécialiste, il est donc indispensable d'établir un réseau de soins de qualité pour garantir des conditions d'exercice sereines.
- 

**MOTS-CLES**

**PEAU – DERMATOSES – ERUPTION – GROSSESSE – PARCOURS DE SOINS – VENDEE**