

## DIAGNOSTIC : Psoriasis pustuleux de grossesse

Diagnostic prouvé et posé à 34.4 semaines

**Symptômes** : lésions pustuleuses avec liquide clair sur fond de plaque érythémateuse au niveau des aines; prurit important; pas de réponse à des antibiotiques topiques; réponse mitigée au mometasone (stéroïde topique de force moyenne); cultivée 1 fois : strepto. G et st. aureus (sécrétions vaginales : stepto. B et st. aureus) ; traitée avec cloxacilline 500mg TID x 10 jours : efficacité mitigée.

**Biopsie** cutanée après le traitement de cloxacilline (pas de pustules à ce moment-là, mais présence de lésions érosives): "dermatite psoriasiforme avec hypogranulose, parakératose et exocytose d'éléments neutrophiliques dans l'épiderme, compatible avec un psoriasis pustuleux de la grossesse" ; coloration pour recherche de micro-organismes fongiques négatives; pas de pustule franche.

Disparition des pustules dans les 2 semaines avant l'accouchement. Pas de traitement initié.

### ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

Induction pour raisons maternelles à 37.2 semaines. Accouchement vaginal. Pas de retard de croissance.

### COMMENTAIRES:

Cette dame présente un cas léger de psoriasis pustuleux de grossesse. C'est une pathologie très rare (130 cas décrits selon la référence citée ci-dessous) et qui, maintenant, est considérée comme une variante du psoriasis pustuleux généralisé. Les lésions apparaissent le plus souvent dans les plis cutanés et s'étendent de manière centripète, quelque fois sur tout le corps. En général, les femmes n'ont pas d'histoire personnelle ou familiale de psoriasis, les lésions débutent pendant la grossesse, disparaissent après l'accouchement et réapparaissent dans une grossesse subséquente.

Il existe une certaine association avec l'hypocalcémie et l'hypoparathyroïdie. Dans les formes sévères, des symptômes systémiques sont présents (fièvre, asthénie, nausées, diarrhée, tétanie, déshydratation). Les formes sévères sont associées à une augmentation de la mortalité fœtale, même avec traitement.

Les corticoïdes topiques sont le traitement de premier choix pour les formes légères. Pour les atteintes graves, le traitement comprend : corticoïdes oraux (30-60mg de prednisone), cyclosporine, infliximab, calcipotriène topique.

### Articles à conseiller sur la pathologie

[Lehrhoff S et al. Specific dermatoses of pregnancy and their treatment. Dermatologic Therapy 2013;26:274-284](#)



Tiré de MedicineNet.com