

**Protocole National de diagnostic et de soins (PNDS)
Pemphigoïde de la grossesse**

Texte du PNDS

Centres de référence des maladies bulleuses auto-immunes

Avril 2016

Sommaire

Synthèse à destination des médecins traitants	3
1 Les maladies bulleuses auto-immunes	3
2 La pemphigoïde de la grossesse	4
Guide	8
1 Introduction	8
2 Évaluation initiale	8
2.1 Objectifs principaux	8
2.2 Professionnels impliqués.....	9
2.3 Examen clinique	9
2.4 Examens complémentaires	10
3 Prise en charge thérapeutique	11
3.1 Professionnels impliqués.....	11
3.2 Lieu et rythme du suivi	11
3.3 Propositions thérapeutiques et conduite du traitement.....	12
4 Information de la patiente	13
Annexe 1 : Examens nécessaires à la mise en place et au suivi des traitements	14
Annexe 2 : Coordonnées des centres de référence et de l'association de patients	15
Centres de référence	15
Association de patients	17
Participants	18

Synthèse à destination des médecins traitants

1 Les maladies bulleuses auto-immunes

Les maladies bulleuses auto-immunes constituent un groupe hétérogène de maladies à la fois très diverses, peu fréquentes et de pronostic variable, parfois sévère. Elles sont secondaires à des lésions de différents constituants de la peau : l'épiderme, la jonction dermo-épidermique ou le derme superficiel. Ces lésions résultent d'une réaction auto-immune et ont pour conséquence clinique la formation de bulles cutanées ou des muqueuses externes.

Le médecin généraliste doit évoquer une maladie bulleuse auto-immune et orienter le patient vers un dermatologue face aux signes cliniques suivant :

- dysphagie avec érosions buccales chroniques ne guérissant pas spontanément en quelques jours, ou survenant en dehors d'un contexte d'introduction médicamenteuse récente ;
- éruption bulleuse ou urticarienne ou eczématiforme chronique (ne guérissant pas spontanément en quelques jours), survenant chez un patient âgé ;
- éruption urticarienne ou eczématiforme ou bulleuse survenant chez une femme enceinte ;
- conjonctivite chronique d'évolution synéchiante ;
- éruption bulleuse ne guérissant pas spontanément (ou sous antibiotiques) en quelques jours chez un enfant ;
- prurit persistant sans explication chez un sujet jeune, surtout si diarrhée ou contexte de malabsorption.

Les principaux éléments du diagnostic des différentes maladies bulleuses auto-immunes figurent dans le tableau 1.

Le présent PNDS décrit la prise en charge de la pemphigoïde de la grossesse.

2 La pemphigoïde de la grossesse

La pemphigoïde de la grossesse est une dermatose bulleuse auto-immune rare (1/20000 à 1/50000 grossesses) touchant les femmes enceintes, primipares ou multipares, débutant généralement aux 2^e ou 3^e trimestres de la grossesse. Elle est liée à des anticorps dirigés contre la protéine BP180 (fragment NC16A) de la membrane basale dermo-épidermique.

Elle se manifeste au début par un prurit intense et des plaques urticariennes prédominant sur le ventre ; l'apparition de bulles est caractéristique du diagnostic mais des formes pauci ou non bulleuses sont possibles. Il peut y avoir, rarement, une atteinte du visage et des muqueuses. Le diagnostic est confirmé par la positivité de l'immunofluorescence directe et celle de l'ELISA BP180 NC16A, qui pourrait remplacer l'IFD en raison de sa très bonne sensibilité et spécificité (>90%). Le pronostic fœtal est bon, mais un début très précoce et la présence de bulles multiples sont associés à un risque de prématurité et d'hypotrophie. Le bébé peut exceptionnellement présenter des bulles transitoires.

Le traitement repose sur les dermocorticoïdes forts dans les formes modérées et sur la corticothérapie générale dans les formes profuses. La guérison survient en général en quelques semaines après l'accouchement, la récurrence est fréquente lors des grossesses ultérieures.

Quand suspecter un diagnostic de pemphigoïde de la grossesse ?

- Y penser chez une femme enceinte présentant un prurit intense et des plaques urticariennes prédominant sur le ventre.

Quelle conduite à tenir

- Adresser la patiente à un dermatologue pour la réalisation d'une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe et de tests immunologiques sériques adaptés.
- Ne pas démarrer un traitement (surtout si corticothérapie générale) sans que le diagnostic ne soit confirmé. Le risque est la négativation des examens immunologiques, en particulier l'immunofluorescence directe.

Implication du médecin traitant dans le suivi du patient

- Dépistage des complications obstétricales, en particulier dépistage d'une menace d'accouchement prématuré.

- Surveillance de la corticothérapie locale ou générale, recherche d'un diabète gestationnel.

Tableau 1 – Éléments du diagnostic des différentes maladies bulleuses auto-immunes

Maladie	Contexte	Lésion élémentaire	Prurit	Signes associés	Atteinte des muqueuses	Diagnostic	Traitement
Dermatite herpétiforme	Maladie cœliaque connue ou pas, enfants, adultes jeunes	Vésicules ou excoriations peu spécifiques	++ (premier symptôme)	Pas de signe de Nikolsky*	0	Biopsie avec IFD Anticorps antitransglutaminase, antiendomysium	Regime sans gluten Disulone. Réponse fréquente
Dermatose à IgA linéaire	Enfants surtout, adultes : origine médicamenteuse (vancomycine)	Bulle tendue sur peau saine ou urticarienne (atteinte du siège chez l'enfant)	+	Pas de signe de Nikolsky*	Rare chez enfant ; Possible chez adulte	Biopsie avec IFD	- Arrêt si médicament inducteur. - Disulone ou corticoïdes per os
Epidermolyse bulleuse acquise	Adulte	Bulle en peau saine, (zones de frottement ++)	0	Kystes milium	Fréquente	Biopsie avec IFD, IME directe	Immunosuppresseurs +/- corticoïdes
Pemphigoïde de la grossesse (pemphigoïde de gestationis)	Grossesse 2 ^e ou 3 ^e trimestre	Bulle sur fond érythémateux (abdomen : péri-ombilicale)	+++	Plaques urticariennes (abdomen)	0	Biopsie avec IFD Ac anti-BP180 NC16A (BPAG2) (ELISA)	Dermocorticoïdes ou corticoïdes per os <u>selon étendue de la maladie</u>
Pemphigoïde bulleuse	Sujets âgés Association maladies	Bulle tendue lésions urticariennes	+++ parfois initial	Pas de signe de Nikolsky* Parfois :	rare	Biopsie avec IFD Anticorps sériques anti-peau* (IFI et	Dermocorticoïdes seuls. Rarement :

	neurologiques grabatisantes (démence, AVC, M de Parkinson)			lésions purement urticariennes ou eczématiformes		ELISA anti-BPAG1-2)	corticoides per os ou Immunosuppresseurs
Pemphigoid e cicatricielle Syn : Pemphigoid e des muqueuses	Sujets âgés	Synechies oculaires Erosions bucales (dysphagie), ou génitales Evolution cicatricielle	0	Atteinte cornée, pharynx, œsophage	prédominante	Biopsie avec IFD IME AC anti-BPAG2 (ELISA)	Disulone, Immunosuppre sseurs, +/- corticoides per os
Pemphigus	Contexte d'auto-immunité	Bulle flasque sur peau saine, Erosions bucales, dysphagie +++	0	Signe de Nikolsky*	Au cours du pemphigus vulgaire	Biopsie avec IFD Anticorps sériques anti-peau*(IFI et ELISA anti-desmogléines)	Corticoides oraux Immunosuppress eurs

*Signe de Nikolsky : décollement provoqué par le frottement cutané en peau saine

Guide

1 Introduction

L'objectif de ce protocole national de soins (PNDS) est d'explicitier pour les professionnels de santé la prise en charge optimale actuelle et le parcours de soins d'un patient atteint de pemphigoïde de la grossesse.

Ce PNDS et la liste des actes et prestations (LAP) qui lui est adjointe peuvent servir de référence au médecin traitant (Médecin traitant : médecin désigné par le patient auprès de la Caisse d'assurance maladie) en concertation avec le médecin spécialiste notamment au moment d'établir le protocole de soins conjointement avec le médecin conseil et le patient, dans le cas d'une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection hors liste.

Le PNDS a pour but d'homogénéiser la prise en charge et le suivi de la maladie afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.

Le PNDS ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, toutes les particularités thérapeutiques, protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne peut pas revendiquer l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles, ni se substituer à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Ce protocole reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient atteint de pemphigoïde de la grossesse, et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

L'annexe bibliographique élaborée par le centre de référence est disponible sur le site internet du centre de référence (<http://www.chu-rouen.fr/crnmba/>).

2 Évaluation initiale

2.1 Objectifs principaux

- Poser le diagnostic
- Évaluer le déroulement de la grossesse
- Organiser la collaboration avec l'équipe obstétricale
- Poser les indications thérapeutiques

2.2 Professionnels impliqués

- Plan de soins sous la responsabilité du dermatologue spécialiste des maladies bulleuses, en étroite collaboration avec le gynécologue-obstétricien. L'équipe gynécologique doit être informée sans retard du diagnostic, des modalités du traitement et de la nécessité de mettre en place une surveillance obstétricale rapprochée (signes éventuels d'accouchement prématuré, trophicité du fœtus...), surtout si la pemphigoïde est survenue précocément au cours de la grossesse et qu'elle revêt un caractère bulleux. La grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque et suivie de façon adéquate en milieu obstétrical spécialisé.
- Autres intervenants : dermatologue non spécialiste des maladies bulleuses, médecin traitant, sage-femme, échographiste, pédiatre.

2.3 Examen clinique

► Interrogatoire

- Date et topographie des premiers signes de la maladie
- Terme de la grossesse et parité
- Statut sérologique (toxoplasmose, rubéole, VIH)
- Déroulement de la grossesse, antécédents similaires aux grossesses antérieures.

► Examen physique

- Au plan maternel :
 - La pemphigoïde de la grossesse se manifeste cliniquement par une éruption prurigineuse, érythémato-papuleuse, urticarienne ou cocardiforme, plus ou moins étendue, débutant classiquement sur le ventre mais pas toujours, évoluant vers l'apparition inconstante (60 % des cas) mais évocatrice de vésicules et bulles réalisant alors un tableau clinique proche de la pemphigoïde bulleuse.
 - Topographie des lésions : tronc, membres supérieurs et inférieurs, visage parfois, muqueuse buccale rarement (15-20 %).
 - L'examen physique évalue l'étendue de la dermatose (surface corporelle atteinte, nombre de bulles, atteinte muqueuse).
- Au plan fœtal : il n'y a pas de sur-risque de mort fœtale in utero. Aucun cas de malformation fœtale n'a été recensé. La survenue la maladie au 1er ou au 2e trimestre de la grossesse ainsi que la présence de bulles sont des facteurs de risque pour la survenue de complications fœtales : prématurité (< 37 SA), hypotrophie (< 2500 g) ou petit poids pour l'âge gestationnel

(< 10e percentile). La survenue d'une éruption bulleuse chez l'enfant est rare (< 3 %) et transitoire, liée au passage transplacentaire des anticorps maternels.

2.4 Examens complémentaires

► Confirmer le diagnostic de pemphigoïde de la grossesse

Le diagnostic de pemphigoïde de la grossesse repose sur la réalisation d'une biopsie cutanée pour histologie et immunofluorescence directe et sur la mise en évidence d'AC sériques anti-BP180-NC16A par test ELISA.

► Moyens

Biopsies cutanées

- d'une bulle intacte et récente (à mettre dans un flacon de formol) pour analyse histologique simple : bulle sous-épidermique contenant des polynucléaires neutrophiles, infiltrat dermique de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, pas d'acantholyse
- en zone péribulleuse pour Immunofluorescence directe (IFD), à congeler rapidement dans un cryotube pour transport dans une bonbonne d'azote liquide ou à mettre dans un flacon de liquide de Michel : dépôt fin, linéaire, de C3 et parfois d'IgG, à la jonction dermo-épidermique

Détection d'anticorps circulants

La technique dorénavant la plus employée est l'ELISA BP180-NC16A. Du fait de son excellente sensibilité (>90%) et spécificité (> 90%), le test ELISA BP180-NC16A pourrait remplacer l'IFD pour le diagnostic de la maladie.

Les laboratoires d'immunologie ne sont pas tous équipés pour effectuer cette recherche. Les prélèvements pourront être envoyés, le cas échéant, dans les centres de compétence ou de référence. À noter que l'ELISA BP180-NC16A est, en 2015, un acte hors nomenclature non remboursé mais peut être demandé en ville.

► Indications

- La biopsie cutanée pour IFD est :
 - Indispensable pour confirmer une pemphigoïde de la grossesse en cas de forte suspicion clinique (présence de bulles, atteinte muqueuse). Cependant, le test ELISA BP180-NC16A pourrait à l'avenir remplacer l'IFD du fait de ses excellentes performances

diagnostiques. Des études sont en cours pour valider cette alternative.

- ▶ Recommandée devant une éruption urticarienne non bulleuse de la femme enceinte si cette éruption présente des atypies pour le diagnostic de dermatose polymorphe de la grossesse type « PUPPP » (*Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*) :
 - début précoce avant le 3e trimestre
 - absence d'atteinte des vergetures
 - présence de vésicules
 - résistance à un traitement dermocorticoïde et anti-H1 bien conduit
- ▶ Non recommandée devant un tableau de dermatose polymorphe de la grossesse type « PUPPP » typique.
- Le test ELISA BP180-NC16A, s'il est techniquement réalisable, est utile en complément de l'IFD devant une éruption urticarienne atypique. Son intérêt diagnostique seul sans IFD reste actuellement à préciser.

▶ Examens avant mise en place des traitements

Si un traitement par corticothérapie générale est décidé, un bilan biologique orienté sera pratiqué (Cf .annexe 1).

3 Prise en charge thérapeutique

3.1 Professionnels impliqués

Le traitement est coordonné par le dermatologue hospitalier (surtout si corticothérapie générale), en collaboration avec le dermatologue libéral, le médecin traitant, l'équipe obstétricale et pédiatrique.

La surveillance obstétricale est assurée en milieu spécialisé, avec une étroite collaboration entre le gynécologue et le dermatologue. La grossesse doit être considérée à risque, surtout si la pemphigoïde de la grossesse a débuté aux 1^{er} ou 2^e trimestres et qu'elle est profuse avec bulles (risque accru de prématurité ou hypotrophie).

3.2 Lieu et rythme du suivi

Une hospitalisation initiale pourra être éventuellement nécessaire dans les cas sévères. Sinon, le suivi se fera de façon rapprochée en consultation de dermatologie jusqu'à l'accouchement (hebdomadaire

au début puis espacé selon l'évolution) puis en post-partum jusqu'à guérison. La patiente et l'équipe obstétricale devront être avertis de la possibilité d'une recrudescence transitoire de la maladie en per-partum.

3.3 Propositions thérapeutiques et conduite du traitement

► Formes bénignes ou modérées/ formes sévères

- Formes bénignes ou modérées de pemphigoïde de la grossesse : dermocorticoïdes très forts (propionate de clobétasol) : 1 à 3 tubes par jour en traitement d'attaque
- Formes sévères de pemphigoïde de la grossesse : corticothérapie générale 0,5 à 1 mg/kg/j en traitement d'attaque

La frontière entre formes bénignes et formes sévères n'est pas clairement définie, le seul critère proposé dans un des articles de la littérature est le critère de surface corporelle atteinte (< ou > 10%).

Une poussée de la maladie peut être observée dans les jours suivant l'accouchement, incitant à ne pas décroître trop vite le traitement en post-partum, voire à ré-augmenter transitoirement les doses.

Après avoir été maintenues voire augmentées au moment du terme, les doses de corticoïdes locaux ou généraux peuvent commencer à être diminuées une quinzaine de jours après l'accouchement en vue d'un sevrage 3 à 6 mois après celui-ci, en fonction de la sévérité et de l'évolutivité des lésions.

En cas de corticothérapie générale ou de fortes doses de dermocorticoïdes, un suivi biologique et en particulier un dépistage du diabète gestationnel est nécessaire.

► Exceptionnelles formes rebelles de la maladie

La discussion thérapeutique, se rapprochant de celle des autres maladies bulleuses auto-immunes, se fera dans les centres de référence. L'utilisation de dapsons, d'immunosuppresseurs, d'immunoglobulines intraveineuses ou de rituximab sera discutée, notamment dans les rares formes chroniques et rebelles de la maladie persistant en post-partum.

► Allaitement

L'allaitement peut être autorisé chez les femmes ayant une forme peu sévère de la maladie traitées par des doses limitées de corticothérapie locale (ce d'autant que la maladie évolue spontanément vers la guérison après l'accouchement).

L'allaitement est contre indiqué chez les femmes traitées par corticothérapie générale. Dans tous les cas, l'avis de l'obstétricien ou du pédiatre sera requis.

4 Information de la patiente

Les patientes doivent être informées sur leur maladie, son pronostic, les traitements, leurs éventuels effets indésirables et les examens qui seront réalisés au cours du suivi pour surveiller l'activité de la maladie et dépister d'éventuelles complications (Cf fiches d'informations établies par les centres de référence, http://www.chu-rouen.fr/crnmba/crnmba_informations.html).

Le pronostic de la pemphigoïde de la grossesse en post-partum est bon, avec une guérison assez lente survenant en général en quelques semaines à quelques mois (médiane de guérison 16 semaines après l'accouchement), mais des évolutions très prolongées sont possibles.

Informez du risque important de récurrence aux grossesses ultérieures.

Dans la mesure du possible, il est donc conseillé aux femmes ayant eu une pemphigoïde de la grossesse d'utiliser une autre forme de contraception que la contraception oestro-progestative (des récurrences de la maladie après l'accouchement ont été décrites lors de la reprise d'une contraception oestroprogestative).

Les patientes doivent être informées de l'existence d'une association de patients (Pemphigus-Pemphigoïde-France ; www.pemphigus.asso.fr). Le but de cette association est de faire connaître la maladie, d'apporter du réconfort et d'échanger l'expérience des malades pour la vie au quotidien, ainsi que d'apporter une diffusion de l'information. Elle peut contribuer ainsi à une meilleure prise en charge globale de la maladie en favorisant la coopération entre les patients, les associations de patients et les professionnels de santé. Elle peut aider à l'orientation des patients vers les centres de référence ou de compétence.

Annexe 1 : Examens nécessaires à la mise en place et au suivi des traitements

Tableau 2 – Examens nécessaires à la mise en place et au suivi du traitement par corticothérapie générale

	Corticothérapie générale
Bilan pré-thérapeutique	<ul style="list-style-type: none">- NFS- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie- Bilan hépatique complet*- CRP- triglycéride-cholestérolémie- glycémie à jeun- Sérologies VIH/VHB/VHC- Electrocardiogramme si bolus - Ostéodensitométrie en début de traitement- Echographie cardiaque chez un sujet ayant une insuffisance cardiaque - Penser au traitement de l'anguillulose si voyage en pays d'endémie.
Suivi du traitement	<p><u>Clinique</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <u>poids</u>, TA, courbe de croissance (enfants ++), - respect du régime- troubles <u>psychologiques</u>/du sommeil- signes musculaires, digestifs- examen ophtalmo (tension oculaire) chaque année <p><u>Biologiques</u></p> <ul style="list-style-type: none">- NFS 1 fois/mois- glycémie, kaliémie 2 fois/mois en début de traitement- autres paramètres selon dose de corticoïdes et pathologie sous-jacente : protidémie, fonction rénale, bilan lipidique- Ostéodensitométrie tous les 12 à 24 mois - Sport régulier (marche, piscine ++)

NFS : hémogramme ; TA : tension artérielle ;

* Bilan hépatique complet = ASAT, ALAT, γ GT, Phosphatases alcalines, bilirubine

Annexe 2 : Coordonnées des centres de référence et de l'association de patients

Centres de référence

Il existe deux **centres de référence** des maladies bulleuses auto-immunes :

1) Un centre réparti sur trois sites : Rouen (centre coordonnateur), Reims et Limoges (régions Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et Limousin).

Région Haute- Normandie

Clinique Dermatologique, CHU de Rouen

1, rue de Germont, Hôpital Charles-Nicolle, 76031 Rouen Cedex
Pr. P. Joly - Chef de Service (pascal.joly@chu-rouen.fr)
Secrétariat : Tél.: 02 32 88 81 41

Ce centre collabore avec les services de Dermatologie de la région Nord-Ouest: CHU de Nantes, Rennes, Brest, Caen, Lille, Amiens, Tours, Quimper.

Région Champagne-Ardenne

Service de Dermatologie, CHU de Reims

Avenue du Général Koenig, 51092 Reims Cedex
Pr. Ph. Bernard - Chef de service (pbernard@chu-reims.fr)
Secrétariat : Tél. : 03 26 78 43 68

Ce centre collabore avec les services de Dermatologie de la région Est: CHU de Nancy, Strasbourg, Besançon, Grenoble, Dijon, Lyon, Colmar, Nice, Marseille.

Région Limousin

Service de Dermatologie, CHU de Limoges

2 avenue Martin Luther King, 87042 Limoges Cedex
Pr. C. Bedane - Chef de service (christophe.bedane@chu-limoges.fr)
Secrétariat : Tél. : 05 55 05 64 30

Ce site collabore avec les services de Dermatologie de la région Sud

Ouest: CHU de Toulouse, Bordeaux, Poitiers, Montpellier, Clermont-Ferrand, Orléans.

2) Un centre de référence des dermatoses bulleuses acquises toxiques et auto-immunes, en région Ile-de-France, réparti sur 9 sites de l'AP-HP : Hôpitaux Ambroise Paré, Avicenne, Bichat, Henri Mondor (centre coordonateur), Saint Louis I, Saint Louis II, Tarnier, Tenon et Trousseau (ce dernier ne prenant en charge que les dermatoses bulleuses toxiques de l'enfant).

Service de dermatologie, Hôpital Ambroise Paré, APHP

9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt
Pr Ph Saiag – Chef de service (philippe.saiag@apr.aphp.fr)
Secrétariat : 01 49 09 44 82

Service de dermatologie, Hôpital Avicenne, APHP.

125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny
Pr Caux - Professeur des Universités (frederic.caux@avc.aphp.fr)
Secrétariat : 01 48 95 77 07

Service de dermatologie, Hôpital Bichat, APHP.

46 rue Henri Huchard, 75018 Paris
Pr B. Crickx - chef de service (beatrice.crickx@bch.aphp.fr)
Secrétariat : 01 40 25 82 40

Service d'ophtalmologie, Hôpital Bichat, APHP.

Dr S. Doan - praticien hospitalier (serge.doan@noos.fr)
Secrétariat 01 40 25 84 43

Service de dermatologie, CHU H. Mondor

51, avenue du maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil
Pr O. Chosidow - chef de service (olivier.chosidow@hmn.aphp.fr)
Secrétariat : 01 49 81 25 01

Service de dermatologie 1, Hôpital Saint-Louis, APHP

1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris
Dr Prost-Squarcioni - Maître de conférence des Universités -
Praticien Hospitalier (catherine.prost@avc.aphp.fr)
Secrétariat : 01 42 49 98 16

Service de dermatologie 2, Hôpital Saint-Louis, APHP

1 avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris
Dr E. Tancrede-Bohin, Praticien Attaché (emmanuelle.tancrede-
bohin@sls.aphp.fr)
Prise de rendez-vous : 01 42 49 99 61

Service de stomatologie, Hôpital Saint-Louis, APHP

Dr F. Pascal – stomatologue - praticien attaché (docfpascal@club-internet.fr)

Secrétariat : 01 42 49 91 93/94

Service de dermatologie, Hôpital Cochin, APHP

27 rue du faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris

Pr N. Dupin - Professeur des Universités (nicolas.dupin@cch.aphp.fr)

Secrétariat : 01 58 41 17 97

Service de dermatologie et d'allergologie, Hôpital Tenon, APHP

4 rue de la Chine, 75020 Paris.

Pr S. Aractingi - Professeur des Universités

(selim.aractingi@gmail.com)

Secrétariat : 01 56 01 76 72

Le centre collabore avec des services de dermatologie des hôpitaux généraux d'Ile de France (Argenteuil, Saint-Cloud, Mantes-la-Jolie, Pontoise, Saint-Germain-en-Laye).

Association de patients

Association Pemphigus – Pemphigoïde - France

Résidence le Val Vert A3, 3 rue Jacques Durand, 77210 Avon

Tel : 01 60 72 18 73 / 06 24 24 81 01

Site internet : www.pemphigus.asso.fr

Participants

Ce travail a été coordonné par le Pr Pascal Joly, Centre de référence des maladies bulleuses autoimmunes (Clinique Dermatologique, Hopital Charles Nicolle, Rouen) en collaboration avec le Dr Saskia Oro, Centre de référence des maladies bulleuses autoimmunes et toxiques (Service de dermatologie, Hopital Henri Mondor Créteil) en liaison avec le Dr Valérie Lindecker-Cournil, chef de projet au service des bonnes pratiques professionnelles à la Haute Autorité de santé.

Ont participé à l'élaboration du PNDS :

Groupe de pilotage

Pr Pascal Joly, dermatologue, Rouen, Dr Saskia Oro, dermatologue, Créteil, Dr Catherine Prost, dermatologue, Bobigny, Pr Philippe Bernard, dermatologue, Reims, Pr Christophe Bedane, dermatologue, Limoge, Pr Jean Claude Roujeau, dermatologue, Créteil, Madame Josée de Félice, représentante d'association de malade, Paris.

Groupe de cotation

Pr Marie Aleth Richard, dermatologue, Marseille ; Pr Marie Sylvie Doutre, dermatologue, Bordeaux ; Pr Michel D'Incan, dermatologue, Clermont Ferrand, Pr Loic Vaillant, dermatologue, Tours ; Pr Brigitte Dreno, dermatologue, Nantes, Pr Emmanuel Delaporte, dermatologue, Lille. Pr Dan Lipsker, dermatologue, Strasbourg, Dr Hervé Maillard, dermatologue, Le Mans.

Groupe de lecture

Pr Catherine Lok, dermatologue, Amiens, Dr , Dr Claire Abasc, dermatologue, Brest, Dr Ingrid Kupfer, dermatologue, Quimper, Dr Catherine Girardin-Tordeur, dermatologue, Bois Guillaume, Dr Marie Claude Bouillié, dermatologue, Rouen, Dr Christine Piéto, dermatologue, Dol de Bretagne; Dr Eric Guillhem, généraliste, Sotteville, Dr Hervé Picherit, généraliste, Deville les Rouen ; Madame Heluin, cadre de santé, Rouen, mademoiselle Virginie Brousse, infirmière, Rouen, Mademoiselle Virginie Saussaye, infirmière, Rouen ; Madame Josée de Félice, association pemphigus, pemphigoïde, Paris; Madame Isabelle Contre, association pemphigus pemphigoïde, Paris.