

- początek zwykle przed III trymestrem ciąży (75% przypadków),
- wywiad atopowy u ciężarnej lub członków jej rodziny,
- nawroty w kolejnych ciążach.

U niektórych pacjentek może wystąpić podwyższone stężenie IgE. Schorzenie charakteryzuje się intensywnym świądem, często zaostrzającym się wieczorem lub w nocy.

AEP rozpoczyna się zwykle już w I trymestrze ciąży, co pozwala rozróżnić je od innych dermatoz ciążyowych przebiegających ze świądem. U 75% ciężarnych schorzenie ujawnia się przed III trymestrem. Spośród około 20% pacjentek, u których rozpoznaje się AEP, dochodzi do zaostrzenia występującego wcześniej AD z typowym obrazem klinicznym dla wyprysku atopowego. U pozostałych 80% zmiany skórne pojawiają się po raz pierwszy w życiu. W tej grupie kobiet u około 2/3 występują typowe rozsiane zmiany wypryskowe (ogniska rumieniowe) lokalizujące się w klasycznych okolicach typowych dla AD okresu dorosłego, tj. w zgięciach łokciowych i kolanowych, na szyi, dekolcie i karku. Ta postać AEP nazywana jest jako typ E od angielskiego słowa *eczematous* (wypryskowy). U pozostałej 1/3 ciężarnych obserwuje się typ P, w którego obrazie klinicznym dominują rozsiane grudki rumieniowe (ang. *papules*) lokalizujące się na kończynach i tułowiu (ryc. 6.2–6.4). U większości ciężarnych pojawiają się liczne objawy dodatkowe AD, w szczególności suchość skóry. Typy E i P często współwystępują ze sobą, może także dochodzić do ogólniania się zmian.

Nie ma specyficznych kryteriów rozpoznawczych AEP. Zwykle jest to **rozpoznanie** z wykluczenia innych dermatoz ciążyowych przebiegających ze świądem. Badanie histopatologiczne na ogół nie jest potrzebne. W zależności od obrazu zmian klinicznych można w nim stwierdzić odczynowe zmiany w naskórku (zwyrodnienie gąbczaste, akantozę) oraz nacieki z eozynofilów w skórze właściwej. Badanie immunofluorescencyjne wycinka skóry jest ujemne. Stężenie IgE w surowicy jest podwyższone u 20–70% ciężarnych.

Choroba charakteryzuje się szybką odpowiedzią na leczenie i nie stanowi zagrożenia dla płodu, choć zwiększa się ryzyko wystąpienia AD u dziecka (jeśli matka ma wywiad obciążony zmianami atopowymi). Obserwuje się częste nawroty schorzenia w kolejnych ciążach. W diagnostyce różnicowej należy wykluczyć polimorficzne osutki ciężar-



Rycina 6.2.

Atopowe wykwity ciężowe, wariant P (ta sama pacjentka co na ryc. 6.4) – zmiany grudkowo-pęcherzykowe na grzbietach rąk.