



*Fiches pratiques d'aide à la prescription des traitements systémiques  
chez l'adulte en âge de procréer, la femme enceinte et allaitante dans  
les principales maladies dermatologiques*

## **Synthèse des connaissances pour les principaux traitements systémiques utilisés en Dermatologie**

### **Photothérapie**

Travail mené par le Dr Capucine DEFRANCE et le Pr Marie-BEYLOT-BARRY

*Concernant la fertilité, la grossesse et l'allaitement, le CRAT n'émet pas de recommandations.*

**a. Femmes en âge de procréer et grossesse**

Il faut distinguer la photothérapie UVB (large spectre et TL01) et la PUVA thérapie.

**La photothérapie UVB large spectre et UVB TL01 est considérée sûre pendant la grossesse.**

Cependant, il existe un risque théorique de photodégénération de l'acide folique liée à l'exposition aux UV, surtout après une exposition prolongée (1–3). Ainsi, une supplémentation à hauteur de 0,8 mg par jour pendant le traitement des femmes en âge de procréer désirant concevoir ou des femmes enceintes peut s'envisager pour prévenir les anomalies de formation du tube neural, même en l'absence de carence (2–6).

De plus, l'exposition aux UV peut déclencher ou aggraver un mélasma, il est donc souhaitable de protéger le visage de la patiente lors des séances.

**Concernant la PUVAthérapie, le psoralène présente un risque tératogène et mutagène théorique** (influence sur la synthèse de l'ADN et inhibition de la division cellulaire). Bien que ce risque tératogène soit pas démontré chez un faible nombre de grossesses exposées, il a été signalé des cas de naissances prématurées, de petit poids de naissance et de malformations foetales (7,8). La PUVAthérapie est donc, de principe et du fait d'une expérience limitée, **à éviter** (3,9) **voire contre-indiquée pendant la grossesse**. Il est conseillé de prescrire une contraception efficace aux patientes pendant le traitement jusqu'à au moins 24h après la dernière séance (3,6) (5 demi-vies) ou au moins de les informer de la nécessité de ne pas avoir de conception.

**b. Allaitement**

**La photothérapie UVB est compatible avec l'allaitement**, puisque son effet reste localisé à la peau sans altérer la production ou la qualité du lait maternel (10).

Pour la PUVA thérapie, l'excrétion dans le lait maternel du psoralène n'est pas connue (11). Du fait du risque de photosensibilisation, il serait préférable **d'éviter l'allaitement dans les 24h après la prise de psoralène** (10) (élimination à 95% de la molécule).

**c. Homme en âge de procréer**

Il n'y a pas à ce jour d'effets indésirables rapportés pour les foetus conçus de pères traités par photothérapie y compris ceux exposés au psoralène.

**d. Fertilité**

Il n'y a pas à ce jour de risque démontré de la photothérapie UVB pour la fertilité féminine ou masculine.

Pour la PUVAthérapie, les études animales suggèrent un risque d'altération de la qualité du sperme et de la réserve ovarienne et de mutagénicité, très peu étudié mais non retrouvé chez l'humain (11,12).

### ***En pratique – photothérapie***

#### ***Femmes en âge de procréer et grossesse***

- La photothérapie UVB (large spectre et TL01) est considérée sûre pendant la grossesse.
- La PUVAthérapie est à éviter voire contre-indiquée pendant la grossesse et une contraception est conseillée (mais non obligatoire) pendant le traitement.
- Discuter la prescription d'un traitement par acide folique en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (risque théorique de photodégradation).

#### ***Allaitement***

- L'allaitement est possible sous photothérapie UVB.
- Attendre 24H si traitement par PUVAthérapie.

#### ***Hommes en âge de procréer***

Pas de contre-indication à la poursuite du traitement chez un homme traité.

## Références

1. Zhang M, Goyert G, Lim HW. Folate and phototherapy: What should we inform our patients? *J Am Acad Dermatol.* 2017;77(5):958-64.
2. Bucur Ștefana, Savu AP, Stănescu AMA, Șerban ED, Nicolescu AC, Constantin T, et al. Oversight and Management of Women with Psoriasis in Childbearing Age. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(6):780.
3. McMullan P, Yaghi M, Truong TM, Rothe M, Murase JE, Grant-Kels JM. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: An update -- Part I: Pregnancy. *J Am Acad Dermatol.* 2024;91(4):619-648.
4. Ibarra Barrueta O, García Martín E, López Sánchez P, Ramírez Herráiz E, Merino Bohórquez V, Ais Larisgoitia A. Biological and immunosuppressive medications in pregnancy, breastfeeding and fertility in immune mediated diseases. *Farm Hosp.* 2023;47(1):T39-49.
5. Di Cesare A, Ricceri F, Rosi E, Fastame MT, Prignano F. Therapy of PsO in Special Subsets of Patients. *Biomedicines.* 2022;10(11):2879.
6. Balakirski G, Gerdes S, Beissert S, Ochsendorf F, von Kiedrowski R, Wilsmann-Theis D. Therapy of psoriasis during pregnancy and breast-feeding. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2022;20(5):653-83.
7. D'Agostino M, Potestio L, Megna M. Psoriasis, pregnancy, and lactation: clinical implications and treatments. *Expert Rev Clin Immunol.* 2025;21(7):841-53.
8. Stern RS, Lange R. Outcomes of pregnancies among women and partners of men with a history of exposure to methoxsalen photochemotherapy (PUVA) for the treatment of psoriasis. *Arch Dermatol.* 1991;127(3):347-50.
9. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Barbarot S, Bieber T, et al. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Living update. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025.
10. Yaghi M, McMullan P, Truong TM, Rothe M, Murase JE, Grant-Kels JM. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: An update -- Part II: Lactation. *J Am Acad Dermatol.* 2024;91(4):651-668.
11. Koh YP, Tian EA, Oon HH. New changes in pregnancy and lactation labelling: Review of dermatologic drugs. *Int J Womens Dermatol.* 2019;5(4):216-26.
12. Hui EX, Huang X, Oon HH. Review of dermatologic medications and impact on male fertility, sexual dysfunction and teratogenicity. *Andrology.* 2022;10(7):1272-85.