

Document de travail



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

Prise en charge des principales dermatoses inflammatoires chez l'adulte en âge de procréer, la femme enceinte et allaitante
Dermatite atopique

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

Relecteurs experts :

- Professeur Marie-Sylvie DOUTRE
- Professeur Delphine STAUMONT
- Professeur Sébastien BARBAROT

La dermatite atopique est l'une des maladies inflammatoires chroniques de la peau les plus fréquentes, touchant 2 à 5 % des adultes dans les pays dits développés (1,2). Elle débute généralement dans l'enfance, parfois chez l'adulte, et persiste chez environ 20% des patients (2,3).

Ainsi, 70% des sujets atteints ont moins de 55 ans (1), et les femmes seraient plus touchées que les hommes (1,4,5).

La dermatite atopique constitue par ailleurs la maladie dermatologique la plus fréquente chez la femme enceinte (2), représentant d'un tiers à la moitié des manifestations dermatologiques pendant la grossesse (4,5).

Le praticien sera donc fréquemment amené à prendre en charge des adultes en âge de procréer, des femmes enceintes et allaitantes atteints de dermatite atopique.

Impact de la grossesse sur la dermatite atopique

Chez les femmes ayant une dermatite atopique connue, selon les séries, **l'eczéma aurait tendance à s'aggraver dans 40 à 50% des cas** alors que 5 à 20% s'amélioreraient (2,4,6) (1). De ce fait, de nombreuses atopiques ont une poussée et 60 à 80% des femmes développent leurs premières lésions d'eczéma pendant la grossesse (5).

Les changements immunologiques pendant la grossesse visent l'obtention d'un équilibre entre un système immunitaire efficace et une modulation spécifique pour chaque stade de la gestation (7). Ainsi, à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse, il existe une orientation vers une réaction de type Th2 et la promotion de mécanismes régulateurs, afin d'obtenir un « environnement » anti-inflammatoire pour limiter la réaction immunitaire envers les antigènes paternels et éviter un rejet du fœtus (4,5,7,8).

Cette orientation immunologique pourrait expliquer la tendance à l'aggravation de la dermatite atopique pendant la grossesse (8), avec des poussées typiquement aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres (2,3,9).

Par ailleurs, la grossesse constitue pour certaines femmes un stress psychique et physique pouvant favoriser les poussées de dermatite atopique (3,10,11).

L'absence de traitement systémique pendant la grossesse augmente le risque de poussée de la maladie. L'inflammation qui en découle peut alors elle-même impacter la grossesse.

Impact de la dermatite atopique sur la grossesse

Une dermatite atopique non contrôlée pendant la grossesse peut avoir des répercussions tant pour la mère que pour le fœtus, bien que les données disponibles restent parfois conflictuelles (6).

La dermatite atopique est en partie liée à une dysbiose du microbiote cutané où prédominent des staphylocoques dorés pouvant être à l'origine d'infections maternelles voire néonatales (3,5,11), elles-mêmes associées à un risque de rupture prématurée des membranes. Certaines cohortes ont rapporté des cas graves mais rarissimes de septicémie néonatale à staphylocoque doré (4,12). Par ailleurs, il existe chez les patients atteints de dermatite atopique un risque de

surinfection en lien avec l'altération de la barrière cutanée (2), notamment d'eczéma herpeticum (3,4).

Comme d'autres maladies inflammatoires chroniques, une poussée de dermatite atopique favorise un état pro-inflammatoire global qui pourrait augmenter le risque de prématurité (5). Ce surrisque reste débattu, notamment une étude de registre japonaise de 2021 sur plus de 15 000 grossesses (13) et une étude observationnelle rétrospective danoise sur plus de 10 000 grossesses (12) n'ont pas trouvé d'association entre un eczéma mal contrôlé pendant la grossesse et la prématurité. Cette même étude danoise a en revanche montré une augmentation de la fréquence de rupture prématurée des membranes, bien que le risque absolu fût bas (1.15 [1.05-1.27]) mais n'a pas montré de surrisque d'enfant avec un petit poids de naissance.

En revanche, une étude Taiwanaise de registre (14) a montré que les femmes atteintes de dermatite atopique (plus de 15 000 patientes) présentaient un risque plus important (ratios ajustés entre 1,09 et 1,71) de fausse-couche, prééclampsie, rupture prématurée des membranes, RCIU, hémorragie, infections et de complications pulmonaires et rénales que les femmes saines.

Enfin, une dermatite atopique mal contrôlée peut être à l'origine d'une altération parfois majeure de la qualité de vie, elle-même régénérant un stress pour la mère voire des répercussions psychologiques (11).

Dans un sondage réalisé chez 1000 femmes françaises atteintes de dermatite atopique en 2022 (1), 7% rapportaient une crainte vis-à-vis de la grossesse du fait de leur eczéma. Parmi elles, 55% rapportaient une influence de la maladie sur leur désir d'avoir un enfant, 42% un recul de la conception et 91% avaient peur de transmettre la pathologie à leur descendance.

Ainsi, il est primordial de contrôler au mieux la dermatite atopique chez les femmes en âge de procréer et pendant la grossesse, bien qu'à l'heure actuelle, il existe encore peu de recommandations sur sa prise en charge, au-delà des traitements topiques.

En effet, l'expérience concernant l'eczéma dans cette population reste limitée par l'absence de données la concernant dans les essais cliniques. Ces patientes sont donc souvent sous-traitées du fait d'une réticence de la mère à prendre un risque pour son enfant et du manque d'études contrôlées montrant la sécurité des molécules disponibles, générant une possible réserve des praticiens à prescrire ces traitements. Par exemple, dans la cohorte danoise citée précédemment (12), ainsi que dans une étude américaine sur plus de 3000 grossesses (15), il existait une augmentation de la consommation de dermocorticoïdes et de la photothérapie pendant la grossesse alors que les traitements systémiques étaient significativement moins prescrits voire suspendus.

Nous avons décidé de ne pas inclure l'azathioprine et le mycophénolate mofétil dans notre propos compte tenu de l'absence de recommandation pour ces molécules dans la dermatite atopique en l'absence de niveau de preuve suffisant (16).

I. Femme en âge de procréer

Chez la femme en âge de procréer, il faut toujours garder à l'esprit l'éventualité d'une grossesse sous traitement, d'autant plus que jusqu'à 50% des grossesses ne sont pas prévues (17) et anticiper cette possibilité dans le choix des thérapeutiques. Leur prescription doit ainsi être associée à l'information auprès de la patiente.

Quand prescrire une contraception ?

La nécessité d'une contraception dépend du potentiel tératogène de la molécule prescrite. La **photothérapie UVB TL01** (ou, à défaut, large spectre) est un traitement considéré sûr en cas de grossesse, une contraception n'est donc pas nécessaire. Pour rappel, une supplémentation en acide folique à 0,8 mg par jour peut s'envisager afin de prévenir les anomalies de formation du tube neural, même en l'absence de carence (18–22).

Une contraception efficace peut être proposée en cas de **PUVathérapie**, avec une conception possible jusqu'à un jour après la dernière séance (5 demi-vies). A défaut, il faut informer la patiente de la nécessité de ne pas avoir de conception.

De même, il n'est pas nécessaire de prescrire une contraception chez les femmes sous **ciclosporine** (23).

Une contraception est recommandée pour certains traitements du fait d'un caractère tératogène avéré ou d'un manque actuel de données permettant de prescrire ces traitements dans ces populations.

Ainsi, il faut s'assurer de l'absence de grossesse en cours avant la mise en route d'un traitement par **méthotrexate** (*hors AMM dans la dermatite atopique*) et prescrire une contraception efficace. Une conception est théoriquement possible 24h après l'arrêt du traitement (23), bien que de nombreuses recommandations préconisent de suspendre le traitement 1 à 3 mois avant (21,24–27). Dans tous les cas, une supplémentation en acide folique à la dose de 5 mg/jour est souhaitable dès l'arrêt du traitement jusqu'à la fin du 1^{er} trimestre de grossesse (21,24,25,28) chez une femme ayant pris du méthotrexate avant la conception.

En raison d'un risque tératogène avéré, une contraception efficace (DIU/implant ou combinaison contraceptif oral + préservatif) est nécessaire sous **alitrétinoïne** 1 mois avant l'initiation et jusqu'à 1 mois après l'arrêt du traitement, avec surveillance mensuelle de la β -HCG sanguine. Ce risque tératogène, la lourdeur de ce suivi et les alternatives thérapeutiques disponibles en font un traitement à considérer en l'absence d'alternative thérapeutique chez la femme en âge de procréer.

Pour le **dupilumab**, une contraception efficace est recommandée mais non obligatoire sous traitement, les données issues d'exposition au premier trimestre de grossesse étant limitées mais rassurantes (29,30). Il est possible de discuter de l'arrêt du traitement lorsque la grossesse est connue.

Pour le **tralokinumab** et le **lébrikizumab**, les données sont limitées et une contraception est recommandée, sans délai établi après l'arrêt du traitement.

Concernant les **inhibiteurs de JAK**, une contraception est fortement conseillée (2,4,8,31,32) du fait d'une tératogénicité avérée dans les études précliniques et d'une absence de données suffisantes chez l'humain. Elle sera poursuivie jusqu'à 1 semaine après l'arrêt du traitement pour le baricitinib et 4 semaines pour l'upadacitinib et l'abrocitinib (33).

***En pratique - chez la femme en âge de procréer
(à adapter selon le délai du projet de grossesse)***

- Privilégier les stratégies ou molécules à faible risque malformatif : photothérapie UVB-TL01, ciclosporine, biothérapies.
- Proposer une contraception sous PUVAthérapie (non obligatoire).
- Prescrire une contraception efficace sous méthotrexate, alitrétinoïne (1 mois avant et 1 mois après), inhibiteurs de JAK. Celle-ci est recommandée mais non obligatoire pour les biothérapies.

II. Grossesse

Un traitement par **photothérapie UVB TL01** est possible en envisageant une supplémentation par acide folique 0,8 mg par jour. La **PUVA-thérapie** est, elle, à éviter voire contre-indiquée (18,21).

Si la **ciclosporine** est nécessaire à l'équilibre maternel, elle peut être poursuivie ou débutée pendant la grossesse (5,8,23), en organisant une surveillance rapprochée de la **pression artérielle maternelle, de la fonction rénale et de la glycémie à jeun** (26,27,34).

Le **méthotrexate est contre-indiqué pendant la grossesse** du fait d'un risque de malformation foetale et d'un risque théorique infectieux, hépatique et hématologique (23). En cas de découverte d'une grossesse pendant le traitement, il faut l'arrêter le plus rapidement possible et évaluer le risque malformatif en tenant compte de la dose et de la chronologie de la prise, sans proposer d'interruption thérapeutique de grossesse systématique (26,31) en particulier aux doses utilisées en dermatologie, qui sont considérées « faibles » (26). Si la grossesse est poursuivie, un dépistage échographique prénatal ciblé est préconisé (18,23,26,35) et la patiente sera supplémentée par acide folique 5 mg/jour jusqu'à la fin du premier trimestre.

L'alitrétinoïne est contre-indiquée pendant la grossesse. En cas de grossesse sous traitement, celui-ci doit être arrêté en urgence, avec déclaration au CRPV et au CRAT et discussion d'une interruption thérapeutique de grossesse.

Les **inhibiteurs de JAK sont à éviter voire contre-indiqués pendant la grossesse** du fait de l'absence de recul et d'un potentiel risque tératogène et d'immunodépression du nouveau-né (5,6,8,11,21,31,33,36–40). En cas de découverte de grossesse sous traitement, il faut suspendre le traitement et contacter le CRAT pour organiser une surveillance échographique sans ITG systématique.

Devant des données d'utilisation chez la femme enceinte encore limitées et un manque d'expérience, bien qu'elles suggèrent un risque faible (5,6), la majorité des recommandations

et consensus d'experts n'émettent **pas de recommandations voire ne recommandent pas le dupilumab** chez la femme enceinte (2–4,6,8,11,16,37–39).

De même, en l'absence de données disponibles chez l'humain, le **tralokinumab** et le **lébrikizumab** **sont à éviter voire ne sont pas recommandés** chez la femme enceinte (2,4,5,8,16,21,33,37).

En cas de découverte d'une grossesse sous traitement biologique, le praticien peut se montrer rassurant vis-à-vis du risque malformatif grâce à des données d'exposition au premier trimestre qui semblent montrer un risque faible, d'autant plus que le passage transplacentaire semble minime.

La poursuite d'un traitement biologique lors d'un désir ou d'une découverte de grossesse se discute au cas par cas, en accord avec la patiente et en l'informant des bénéfices et des risques du traitement pour la grossesse et le fœtus. Notamment, pour le dupilumab, sa poursuite peut s'envisager en concertation avec la patiente si le bénéfice est supérieur au risque potentiel pour le fœtus (2,4,21,33). Dans ce cas, il faudra éviter de le prolonger au-delà du 2^{ème} trimestre de grossesse (augmentation du passage transplacentaire des immunoglobulines).

De manière générale, la prescription de traitements systémiques pendant la grossesse, en particulier les biothérapies, ne suit pas de règles précises en l'absence de recommandations claires.

Ainsi, il est primordial d'évaluer au cas par cas le contrôle de la pathologie et l'histoire de la maladie pour conseiller au mieux la patiente quant à la nécessité de poursuivre le traitement en fonction de la balance bénéfice/risque propre à chaque situation (6). Ces décisions peuvent toujours se prendre en concertation avec le CRAT en cas de difficultés (23).

En pratique - chez la femme enceinte

- Conseiller la patiente en prenant en compte son point de vue, les données actuellement disponibles, le degré de contrôle de la dermatite atopique, les antécédents de grossesse et l'évolution de l'eczéma à cette occasion, le risque de poussée en l'absence de traitement systémique, les traitements alternatifs disponibles.
- En cas de conception sous traitement, se montrer rassurant dans la majorité des cas : une évaluation du risque malformatif en relation avec le CRAT est préconisée pour l'alitrétinoïne (discuter une interruption thérapeutique de grossesse), les JAKi et le méthotrexate.
- En cas de nécessité de poursuivre ou d'initier un traitement systémique pendant la grossesse, après optimisation du traitement local, préférer les traitements à faible risque pour la femme enceinte et le fœtus ayant le plus données disponibles :
 - La **photothérapie UVB TL01 est à privilégier en première ligne** (3,6,8,10,38,39), en tenant compte du risque d'apparition ou d'aggravation d'un mélasma.
 - En cas d'inefficacité du traitement local et de la photothérapie, **la ciclosporine est le traitement à privilégier** si un contrôle prolongé de la dermatite atopique est souhaité, en restant vigilant vis-à-vis de l'hypertension artérielle, de la fonction rénale et de l'hyperglycémie à jeun.
 - **La prescription des traitements biologiques se discute au cas par cas** en concertation avec la patiente selon la sévérité et le contrôle de la maladie, avec des premières données théoriques et pratiques (dupilumab > tralokinumab/lébrizumab) laissant penser que leur utilisation est sûre mais insuffisantes pour les recommander en pratique. La dernière injection sera dans ce cas prévue au 2^{ème} trimestre de grossesse. Il n'y a pas de recommandations quant à l'administration de vaccins vivants atténués en cas de poursuite des anti-IL4/13 au-delà du 2^{ème} trimestre de grossesse. Par précaution, discuter au cas par cas d'attendre 6 à 12 mois avant leur injection.
 - En accord avec les recommandations françaises de prise en charge de la dermatite atopique 2025 (avis d'experts), **nous ne recommandons pas la corticothérapie systémique** en cure courte à faible dose ($\leq 0,5$ mg/kg/j), pour traiter les poussées de dermatite atopique, à la différence du *European task force on atopic dermatitis position paper* (3).

III. Hommes en âge de procréer

Il n'y a pas de précautions particulières à prendre sous photothérapie (UVB ou PUVA), ciclosporine (23), méthotrexate, alitrétinoïne ou dupilumab (6,23). Il n'existe pas de consensus pour le tralokinumab du fait de son utilisation récente (6).

Il n'y a pas de contre-indication à la poursuite des inhibiteurs de JAK chez les hommes traités souhaitant concevoir (absence de caractère mutagène) (11,26,38–43) (44).

En pratique - chez l'homme en âge de procréer

Pas de précautions particulières pour l'ensemble des traitements indiqués dans le traitement de la dermatite atopique

IV. Allaitement

La photothérapie UVB TL01 et la ciclosporine (6,23,45) sont compatibles avec l'allaitement et il est préférable d'éviter l'allaitement dans les 24h suivant la prise de psoralène en cas de PUVAthérapie (46). Sous ciclosporine, il faut rester vigilant vis-à-vis du risque d'effets indésirables (infections, hypertension...) et envisager une surveillance clinique voire biologique en cas de suspicion de toxicité (26,34,47).

L'allaitement est possible sous méthotrexate en respectant un délai de 24h après la prise du traitement (18,23).

Il n'est pas recommandé voire contre-indiqué d'allaiter sous alitrétinoïne en raison de son caractère lipophile et d'un risque toxique théorique lié à l'accumulation du médicament (21,23,35,46).

Pour les biothérapies, du fait de leur haut poids moléculaire et de leur nature protéique, l'allaitement est théoriquement possible (23). L'allaitement sous dupilumab serait donc envisageable au vue des données disponibles (6), notamment pour le CRAT (23). Cependant, la majorité des ressources ne recommandent pas les anti IL4/13 en l'absence de recul sur leur utilisation (2,8,11,37,39).

Ainsi, la décision d'allaiter sous traitement biologique est à prendre en concertation avec la patiente.

Un risque pour le nouveau-né ne pouvant être exclu, devant le peu de données disponibles, **il n'est pas recommandé voire contre indiqué d'allaiter sous JAKi (5,8,11,33,36,37,39,46).**

En pratique – allaitement

- Pas de précautions particulières : photothérapie UVB-TL01, ciclosporine.
- Allaitement possible sous PUVAthérapie et méthotrexate en respectant un délai de 24h.
- Sous biothérapie, envisageable pour le dupilumab (meilleur recul que pour le tralokinumab et le lébrikizumab), à discuter au cas par cas selon la balance bénéfice/risque.
- Non recommandés voire contre-indiqués : alitrétinoïne, JAKi.

Références

1. Fougerousse AC, Alexandre M, Darrigade AS, Merhand S, Marquié A, Hamza M, et al. Impact of Atopic Dermatitis on Adult Women's Lives: A Survey of 1,009 French Women. *Acta Derm Venereol.* 2024;104:adv10321.
2. Drljevic-Nielsen A, Heilskov S, Deleuran MS, Vestergaard C. Immunosuppressive and immunomodulating therapy for atopic dermatitis in pregnancy: an appraisal of the literature. *Ital J Dermatol Venerol.* 2024;159(1):23-33.
3. Vestergaard C, Wollenberg A, Barbarot S, Christen-Zaech S, Deleuran M, Spuls P, et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(9):1644-59.
4. Balakirski G, Novak N. Atopic dermatitis and pregnancy. *J Allergy Clin Immunol.* 2022;149(4):1185-94.
5. Valentini R, Shahriari M. Atopic dermatitis in women: special considerations in the childbearing years. *International Journal of Women's Dermatology.* 2024;10(2):e151.
6. Deleuran M, Dézfoulian B, Elberling J, Knutar I, Lapeere H, Lossius AH, et al. Systemic anti-inflammatory treatment of atopic dermatitis during conception, pregnancy and breastfeeding: Interdisciplinary expert consensus in Northern Europe. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2024;38(1):31-41.
7. Pfaller B, Bendien S, Ditisheim A, Eiwegger T. Management of allergic diseases in pregnancy. *Allergy.* 2022;77(3):798-811.
8. Werfel T, Heratizadeh A, Aberer W, Augustin M, Biedermann T, Bauer A, et al. S3 Guideline Atopic dermatitis: Part 1 - General aspects, topical and non-drug therapies, special patient groups. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2024;22(1):137-53.
9. Heilskov S, Deleuran MS, Vestergaard C. Immunosuppressive and Immunomodulating Therapy for Atopic Dermatitis in Pregnancy: An Appraisal of the Literature. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020;10(6):1215-28.
10. Braig S, Weiss JM, Stalder T, Kirschbaum C, Rothenbacher D, Genuneit J. Maternal prenatal stress and child atopic dermatitis up to age 2 years: The Ulm SPATZ health study. *Pediatr Allergy Immunol.* 2017;28(2):144-51.
11. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(11):1904-26.
12. Hamann CR, Egeberg A, Wollenberg A, Gislason G, Skov L, Thyssen JP. Pregnancy complications, treatment characteristics and birth outcomes in women with atopic dermatitis in Denmark. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(3):577-87.
13. Saito-Abe M, Yamamoto-Hanada K, Pak K, Sato M, Irahara M, Mezawa H, et al. Association of maternal history of allergic features with preterm pregnancy outcomes in the Japan Environment and Children's Study. *Int Arch Allergy Immunol.* 2021;182(7):650-62.
14. Weng PC, Zhang JF, Kuo CF, Huang YH. Atopic dermatitis and the outcomes of pregnancy and offspring: A nationwide population-based study in Taiwan. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2025;23(1):54-63.
15. Schoder K, Zhu Y, Schneeweiss S, Merola JF, Savage TJ, Gibbs LR, et al. Use of systemic immunomodulating medications in pregnant women with atopic dermatitis: A nationwide US study. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2023;89(1):178-81.
16. Sigg N, Leducq S, Barbarot S, Salle DS, Ertus C, Hurson C, et al. French guidelines for the management of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025;39(6):e450-e455.

17. Boggs JME, Griffin L, Ahmad K, Hackett C, Ramsay B, Lynch M. A retrospective review of pregnancies on biologics for the treatment of dermatological conditions. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(7):880-3.
18. 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.
19. Di Cesare A, Ricceri F, Rosi E, Fastame MT, Prignano F. Therapy of PsO in Special Subsets of Patients. *Biomedicines*. 2022;10(11):2879.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Disponible sur <https://www.lecrat.fr/>.
24. Kanatoula DD, Bodner E, Ghoreschi K, Meier K, Solimani F. Non-biologic immunosuppressive drugs for inflammatory and autoimmune skin diseases. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22(3):400-21.
25. Puchner A, Gröchenig HP, Sautner J, Helmy-Bader Y, Juch H, Reinisch S, et al. Immunosuppressives and biologics during pregnancy and lactation. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(1):29-44.
26. Russell MD, Dey M, Flint J, Davie P, Allen A, Crossley A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(4):e48-88.
27. Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgö Z, Boonen H, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(2):281-317.
28. Cao RH, Grimm MC. Pregnancy and medications in inflammatory bowel disease. *Obstet Med*. 2021;14(1):4-11.
29. Di Lernia V, Peccerillo F. Long-Term Follow-Up of Dupilumab Treatment During Conception, Pregnancy and Lactation. *Indian J Dermatol*. 2024;69(2):193-5.
30. Hong N, Park SY, Kook HD, Lee DH, Jung HJ, Park MY, et al. Atopic dermatitis treated safely with dupilumab during pregnancy and lactation: A case series of four patients. *Australas J Dermatol*. 2024;65(4):e100-3.
31. Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, Katsanos K, Zelinkova Z, Agrawal M, et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2023;17(1):1-27.
32. Pugliese D, Privitera G, Gisbert JP, Chaparro M. New drugs for the treatment of IBD during conception, pregnancy, and lactation. *Dig Liver Dis*. 2024;56(2):235-41.
33. European Medicines Agency (EMA). Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/homepage>.
34. Rademaker M, Agnew K, Andrews M, Armour K, Baker C, Foley P, et al. Psoriasis in those planning a family, pregnant or breast-feeding. The Australasian Psoriasis Collaboration. *Australas J Dermatol*. 2018;59(2):86-100.
35. Base de données publique des médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

36. Adam DN, Gooderham MJ, Beecker JR, Hong CH, Jack CS, Jain V, et al. Expert consensus on the systemic treatment of atopic dermatitis in special populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(6):1135-48.
37. 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.
38. Argenziano G, Cusano F, Corazza M, Amato S, Amerio P, Naldi L, et al. Italian S3-Guideline on the treatment of Atopic Eczema - Part 2: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations, adapted from EuroGuiDerm by the Italian Society of Dermatology and STD (SIDEMAST), the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI) and the Italian Society of Allergological and Occupational Dermatology (SIDAPA). *Ital J Dermatol Venerol*. 2024;159(3):251-78.
39. Argenziano G, Cusano F, Corazza M, Amato S, Amerio P, Naldi L, et al. Italian S3-Guideline on the treatment of Atopic Eczema -- Part 1: Systemic therapy, adapted from EuroGuiDerm by the Italian Society of Dermatology and STD (SIDeMaST), the Italian Association of Hospital Dermatologists (ADOI) and the Italian Society of Allergological and Environmental Dermatology (SIDAPA). *Ital J Dermatol Venerol*. 2024;159(3):223-50.
40. Selinger C, Laube R, Limdi JK, Headley K, Kent A, Kok K, et al. Appropriateness of small molecule agents for patients with IBD of childbearing age - a RAND/UCLA appropriateness panel. *Therap Adv Gastroenterol*. 2024;17:17562848241299737.
41. Clowse MEB, Feldman SR, Isaacs JD, Kimball AB, Strand V, Warren RB, et al. Pregnancy Outcomes in the Tofacitinib Safety Databases for Rheumatoid Arthritis and Psoriasis. *Drug Saf*. 2016;39(8):755-62.
42. Gisbert JP, Chaparro M. Safety of New Biologics (Vedolizumab and Ustekinumab) and Small Molecules (Tofacitinib) During Pregnancy: A Review. *Drugs*. 2020;80(11):1085-100.
43. Mahadevan U, Dubinsky MC, Su C, Lawendy N, Jones TV, Marren A, et al. Outcomes of Pregnancies With Maternal/Paternal Exposure in the Tofacitinib Safety Databases for Ulcerative Colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24(12):2494-500.
44. Bergamini B, Seneschal J, Meyers KJ, Durand F, Haladyj E, Espinosa G, et al. Pregnancy outcomes in patients exposed to baricitinib in clinical trials and during postmarketing surveillance. *Br J Dermatol*. 2023;189(6):767-9.
45. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(4):461-88.
46. 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.
47. Anderson PO. Treating Psoriasis During Breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2022;17(4):287-9.