

## VIGNETTE CLINIQUE – DERMATITE ATOPIQUE

Une femme de 30 ans présente une dermatite atopique (DA) depuis l'enfance, avec des poussées plus fréquentes depuis 4 ans. Elle a déjà eu un traitement par ciclosporine, efficace, il y a 2 ans. Vous retenez à nouveau l'indication d'un traitement systémique.

Faut-il une **contraception** sous traitement ?

### Pas de contraception nécessaire

**Photothérapie UVB** (spectre étroit ou large), **ciclosporine**

### Contraception recommandée

- **PUVAthérapie** : jusqu'à 24h après la dernière séance
- **Méthotrexate** (*hors AMM*) : nécessaire, conception théoriquement possible 24h après l'arrêt. En pratique, attendre la fin du cycle en cours
- **Biologiques** (**dupilumab, tralokinumab, lébrikizumab**) : recommandée mais non obligatoire. En cas de projet de grossesse, discuter l'arrêt du biologique en fonction du contrôle de la DA. Une conception sous biologique et un arrêt au diagnostic de la grossesse peut être envisagé si DA non contrôlée.
- **JAKi** : jusqu'à 1 semaine après l'arrêt pour le baricitinib, 4 semaines pour l'upadacitinib et l'abrocitinib

### Contraception obligatoire

- **Alitrétinoïne** (si eczéma des mains prédominant) : 1 mois avant l'initiation et 1 mois après l'arrêt

Et si c'était un **homme** ?

**Photothérapie UVB, ciclosporine, alitrétinoïne, biologiques, JAKi, méthotrexate** : pas de précaution particulière

Vous avez mis en route du dupilumab, la patiente avait déjà une contraception avant l'instauration du traitement et n'avait pas de projet de grossesse. Un an plus tard, la dermatite atopique est bien contrôlée et le traitement bien toléré. La patiente vient de découvrir qu'elle était enceinte à 7 semaines d'aménorrhée ; après réflexion, elle se souvient de plusieurs oublis de pilule...

Que faire devant une **grossesse sous traitement** systémique ?

Évaluer la nécessité de poursuivre un traitement systémique selon le contrôle de la DA. Si un traitement systémique est nécessaire :

### Peuvent être poursuivis

**Photothérapie UVB** (spectre étroit ou large), **ciclosporine** (⚠ HTA, insuffisance rénale, diabète gestationnel)

### Discussion au cas par cas

#### - Biologiques :

Risque malformatif faible : pas d'ITG ni surveillance échographique spécifique.

**Dupilumab** : poursuite possible selon le contrôle de la DA en programmant une dernière injection au 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse (↑ du passage transplacentaire des Ig).

Trop peu de données pour recommander la poursuite des anti-IL13.

### Arrêt immédiat

#### - PUVA

- **Méthotrexate** : **risque de fausses couches et de syndrome polymalformatif**

> déclaration au centre de pharmacovigilance/CRAT

> pas d'ITG systématique : évaluation au cas par cas, surveillance échographique rapprochée et ciblée sur les malformations connues (pas d'amniocentèse)

> acide folique 5 mg/j jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre

- **Alitrétinoïne** : ITG à envisager

- **JAKi** : déclaration au CRPV/CRAT, surveillance échographique sans ITG

Dans la majorité des cas  
**RASSURER**

Et si c'était un **homme** dont la compagne débute une grossesse alors qu'il est traité ?

**Ciclosporine, biologiques, alitrétinoïne, méthotrexate, JAKi** : pas de prise en charge particulière

**Vous avez décidé d'arrêter le dupilumab d'autant plus que la DA est bien contrôlée et vous proposez de la revoir en consultation à 3 mois. Elle vous demande comment elle peut traiter les quelques lésions de DA persistantes.**

Quels **traitements topiques** utiliser pendant la grossesse ?

- **Dermocorticoïdes** d'activité modérée ou forte : recommandés, en évitant les zones à risque de vergetures
- **Inhibiteurs de calcineurine topique** : préférentiellement sur le visage et les zones à risque de vergetures en cas d'utilisation prolongée des dermocorticoïdes (plis, abdomen, seins...)

**Elle vous rappelle au bout de 2 mois car elle est en poussée et ne parvient pas à la contrôler avec les dermocorticoïdes. Sa grossesse se passe bien à part cette poussée.**

Que faire en cas de **poussée pendant la grossesse** ?

**Photothérapie** à privilégier : UVB ou UVA1

⚠ Risque d'aggraver un mélasma

Si un traitement systémique semble nécessaire (selon balance bénéfique - risque) :

*Corticothérapie orale : non recommandée même en traitement court*

#### Possible

**Ciclosporine** : en 1<sup>ère</sup> ligne ⚠ HTA, insuffisance rénale, diabète gestationnel

#### Discussion au cas par cas en l'absence d'alternative thérapeutique

**Biologiques** : privilégier le dupilumab et éviter de prolonger au-delà du 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse.

Trop peu de données pour recommander l'introduction d'anti-IL13.

#### Contre-indiqués

**PUVA, méthotrexate, JAKi, alitrétinoïne**

**Enfin, vous avez réussi avec la photothérapie UVB-TL01 à maîtriser cette poussée et la patiente a pu terminer sa grossesse. Elle vient vous voir 1 mois après son accouchement qui s'est bien passé. Elle est très demandeuse de reprendre un traitement car sa DA récidive. Elle souhaite poursuivre l'allaitement maternel pendant au moins encore 3 mois.**

Quel traitement est possible pendant l'**allaitement** ?

#### Possibles

- Photothérapie **UVB** (spectre étroit ou large), **ciclosporine**
- **Méthotrexate, PUVA** : attendre 24h après la prise
- **Biologiques** : à discuter au cas par cas, envisageable pour le dupilumab (peu de données pour le tralokinumab et le lébrikizumab)

#### A éviter voire contre-indiqués

- **Alitrétinoïne, JAKi**

#### Les données présentées dans cette fiche sont évolutives.

Consulter régulièrement le **site du CRAT** notamment pour les traitements les plus récents : <http://lecrat.fr/>  
Signalez **tout effet indésirable** survenu après la prise d'un médicament : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>  
Pour toute question relative aux médicaments chez l'adulte en âge de procréer, la femme enceinte ou allaitante, contacter votre **CRPV** : <https://www.rfcrpv.fr/votre-crpv/>

#### Références

- Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) : <http://lecrat.fr/>
- European Medicines Agency (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>
- Vestergaard C 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
- Wollenberg A. et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema : living update. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025
- Deleuran M 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
- McMullan P et al. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: An Update. J Am Acad Dermatol. 2024
- Recommandations françaises sur la dermatite atopique 2025 – Centre de Preuve en dermatologie

**POUR EN SAVOIR PLUS** : documents de travail « dermatite atopique » et par thérapeutique