

## VIGNETTE CLINIQUE – PSORIASIS

Une femme de 25 ans présente depuis 10 ans un psoriasis. Elle a été traitée par photothérapie, par méthotrexate et vous venez de débiter de l'adalimumab.

Faut-il une **contraception** sous traitement et quel délai après arrêt de la contraception ?

### Pas de contraception nécessaire

- Photothérapie **UVB-TL01, ciclosporine**

### Contraception recommandée

- **PUVAthérapie** : jusqu'à 24h après la dernière séance
- **Méthotrexate** : nécessaire, conception théoriquement possible 24h après l'arrêt. En pratique, attendre la fin du cycle en cours
- **Aprémilast** : jusqu'à 2 jours après l'arrêt
- **Biologiques** :
  - > **Anti-TNF, ustekinumab, secukinumab** : recommandée mais non obligatoire
  - > **Anti-IL17 (hors secukinumab), anti-IL23** : recommandée, à évaluer au cas par cas selon l'existence d'un désir de grossesse à court ou moyen terme
- **JAKi** : pendant et jusqu'à 3 jours après l'arrêt pour le deucravacitinib (5 demi-vies), 1 semaine pour le baricitinib, 4 semaines pour l'upadacitinib et l'abrocitinib (RCP).

### Contraception obligatoire

**Acitrétine** : à éviter absolument chez la femme en âge de procréer (contraception 1 mois avant le traitement jusqu'à 3 ans après l'arrêt)

Et si c'était un **homme** ?

- **Photothérapie** (UVB-TL01 ou PUVA), **ciclosporine, biologiques, méthotrexate, acitrétine, JAKi** (hors deucravacitinib) : pas de précautions particulières
- **Aprémilast, deucravacitinib** : peu de données, pas de risque malformatif à priori

Vous avez commencé l'adalimumab, elle avait déjà une contraception oestro-progestative et vous avait indiqué ne pas avoir de projet de grossesse dans l'immédiat.

Lors d'une consultation de suivi, 1 an plus tard, son psoriasis est très bien contrôlé, avec un PASI à 0,5 et seulement quelques lésions minimes rétro-auriculaires. Elle vous annonce qu'elle est enceinte de 2 mois. Elle a arrêté il y a 6 mois sa contraception et a oublié de vous en parler.

Que faire devant une **grossesse** sous traitement **systémique** pour un psoriasis ?

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

### Peuvent être poursuivis

**Photothérapie UVB-TL01, ciclosporine** (⚠ HTA, insuffisance rénale, diabète gestationnel)

### Discussion au cas par cas

#### - Biologiques :

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

Discuter l'arrêt selon la sévérité et le contrôle du psoriasis.

Si risque important de rechute ou psoriasis sévère non contrôlé :

> **anti-TNF, UST, SEC** : poursuite possible, date de dernière injection à adapter selon la molécule (voir encadré 5)

> **anti-IL17 hors SEC, anti-IL23** : envisager un arrêt du traitement et discuter d'un switch pour **certolizumab** ou **étanercept** en début de grossesse

### 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

- **Acitrétine** : **ITG à envisager**

- **Aprémilast** : peu de données, surveillance rapprochée

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

Dans la majorité des cas **RASSURER**

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

- **Ciclosporine, biothérapies, méthotrexate, acitrétine, JAKi** (hors deucravacitinib) : pas de prise en charge particulière

- **Aprémilast, deucravacitinib** : peu de données

Comme son psoriasis était très bien contrôlé, vous avez décidé en concertation avec elle d'arrêter l'adalimumab et lui avez prescrit un traitement local par analogue de la vitamine D et dermocorticoïde en cas de récurrence.

Elle revient vous voir très angoissée 2 mois plus tard car son psoriasis est en poussée, le traitement local qu'elle fait très bien est insuffisant. La grossesse elle, se passe bien, elle est à 4 mois.

Que faire en cas de poussée pendant la grossesse ?

En 1<sup>ère</sup> intention : traitement local à base de dermocorticoïdes d'activité modérée à forte (en évitant les zones à risque de vergeture), analogues de la vitamine D

Si atteinte étendue : photothérapie **UVB-TL01** à privilégier, avec supplémentation en acide folique (PUVAthérapie contre-indiquée)

Si un traitement systémique paraît nécessaire, selon l'évaluation du rapport bénéfice/risque :

#### Possibles

- **Ciclosporine** : ⚠ HTA, insuffisance rénale, diabète gestationnel

- **Biologiques** : **certolizumab** à privilégier car passage transplacentaire quasi-nul

**Étanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab, secukinumab**

Prévoir une dernière injection :

ADA, INF et UST	SEC	CTZ, ETA
Début du 3 <sup>ème</sup> trimestre	22 SA	Possible jusqu'à l'accouchement

Si exposition au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, attendre 6 à 12 mois de vie pour réaliser les VVA chez le nourrisson (exception : certolizumab et étanercept)

**Trop peu de données pour recommander leur introduction**

**Anti-IL17** (hors secukinumab), **anti-IL23** : discussion au cas par cas si nécessaires

#### Contre-indiqués

**PUVA, méthotrexate, aprémilast, acitrétine, JAKi**

Finalement, vous avez réussi avec la photothérapie UVB à maîtriser son psoriasis et elle a pu terminer sa grossesse avec très peu de lésions. Elle vient vous voir 1 mois après son accouchement qui s'est bien passé. Elle est très demandeuse de reprendre un traitement car son psoriasis récidive, mais elle vous signale qu'elle allaite son bébé.

Quel traitement est possible si elle veut poursuivre son allaitement ?

#### Possibles

- Photothérapie **UVB-TL01, ciclosporine**

- **PUVA, méthotrexate** : attendre 24h après la prise

- **Biologiques** (faible passage dans le lait et détruits dans le tractus gastro-intestinal) : privilégier les anti-TNF $\alpha$  et l'ustekinumab du fait d'un meilleur recul d'utilisation. Les anti-IL17 et anti-IL23 ne sont pas CI en raison de données pharmacologiques rassurantes malgré le peu de données cliniques.

#### A éviter voire contre-indiqués

**Acitrétine, JAKi, aprémilast**

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 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/>
- Rüegg L et al., EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy and lactation : 2024 update. Ann Rheum Dis. 2025
- McMullan P et al. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: An Update : Pregnancy. J Am Acad Dermatol. 2024
- Russell MD et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatol Oxf Engl. 2023
- Balakirski G et al. Therapy of psoriasis during pregnancy and breast-feeding. J Dtsch Dermatol Ges J Ger Soc Dermatol JDDG. 2022
- Nast A et al. EuroGuiDerm Guidelines on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 2: specific clinical and comorbid situations. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2021

POUR EN SAVOIR PLUS : documents de travail « psoriasis » et par thérapeutique