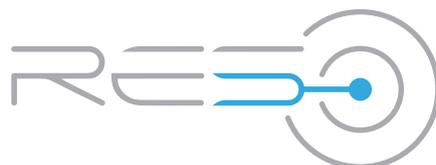


Psoriasis de la femme

Compte rendu de la soirée du 8 mars 2021

Rédaction : Dr P. BOGHEN



La médecine collaborative au service de tous



Édition réalisée en partenariat avec le laboratoire UCB et avec le soutien institutionnel des laboratoires Ducray

Psoriasis de la femme

Compte rendu de la soirée du 8 mars 2021

Rédaction : Dr P. BOGHEN
Dermatologue, PARIS.

À l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes, célébrée le 8 mars dernier, ResoPso a organisé un séminaire en ligne sur le thème "Psoriasis de la femme: une prise en charge qui évolue?" L'âge moyen des femmes étant de 28 ans au moment du diagnostic, une place importante a été consacrée à la gestion du désir d'enfant et au traitement pendant la grossesse, avec un focus mis sur les biothérapies. Il a aussi été souligné que, dans le contexte de cette dermatose, le vécu de la femme est différent de celui de l'homme. Sa qualité de vie, son humeur et sa sexualité, notamment, sont davantage impactées. Autant de sujets à aborder de façon active par le praticien pour arriver à la prise en charge optimale. L'événement a bénéficié d'un partenariat avec le laboratoire UCB et du soutien institutionnel des laboratoires dermatologiques Ducray.



Le fardeau de la maladie chez la femme

D'après la communication du Dr Anne-Claire Fougerousse (Hôpital Bégin, Saint-Mandé).

Le fardeau du psoriasis est vécu différemment par les femmes et les hommes, en particulier au plan psychologique. Les attentes thérapeutiques ne sont pas les mêmes non plus. Ces éléments nécessitent d'être attentivement explorés pour aboutir à une meilleure décision médicale partagée.

1. Une qualité de vie davantage altérée

Les études comparatives entre femmes et hommes atteints de psoriasis montrent une altération plus importante de la qualité de vie chez la femme, et ce malgré des scores de sévérité PASI inférieurs [1, 2]. L'impact sur le bien-être est encore plus marqué chez la femme jeune, notamment dans les domaines de la vie sociale et psychologique [3]. Les questionnaires

de qualité de vie, comme le DLQI, sont utiles pour évaluer ce retentissement, parfois plus profond que ne laisse supposer l'atteinte clinique.

2. Un impact psychologique plus important

L'étude PREGNAN-PSO 2 a bien mis en lumière les altérations plus marquées chez la femme dans la dimension mentale [2]. D'autres données indiquent que, comparativement à l'homme, le risque de dépression est plus élevé, avec une plus grande fréquence du ressenti de stress (> 60 *versus* 42 %) et d'isolement (25 *versus* 19 %) [1]. De plus, les patientes psoriasiques ont également un risque de dépression 2 fois plus élevé que des femmes indemnes de psoriasis

(21 *versus* 12 %). Le sentiment de stigmatisation est aussi plus fréquent et semble particulièrement associé à la localisation au dos des mains [1, 4, 5]. Il faut envisager l'utilisation de questionnaires spécifiques ou une consultation spécialisée en cas d'éléments faisant suspecter une dépression.

3. Des répercussions plus marquées sur la sexualité

L'activité sexuelle de la femme est davantage diminuée que celle des hommes (33 *versus* 19 %) et la moitié des femmes signalent un dysfonctionnement sexuel [1, 6]. Ces altérations sont corrélées à l'existence de lésions génitales, à rechercher à l'interrogatoire et évaluer cliniquement, si possible.

Le psoriasis impacte aussi l'intimité du couple. L'étude FamilyPso a mis en évidence un dysfonctionnement sexuel chez les conjoints de femmes atteintes de psoriasis sévère et/ou une altération de leur qualité de vie [7].

Face à ces données, une étude présentée à l'EADV 2020 rapporte que 47 % des dermatologues interrogés ont une connaissance insuffisante de l'impact du psoriasis sur la santé sexuelle et reproductive [8]. Dans l'étude PREGNAN-PSO, 75 % des praticiens indiquaient aborder la question de la sexualité en consultation, mais reconnaissaient que c'était le plus souvent à l'initiative de la patiente. Les points soulevés concernaient avant tout le désir de grossesse (88,55 %) et de contraception (68,42 %), mais également la compatibilité des traitements avec la grossesse, la fertilité, la sexualité et la transmission de la maladie [9].

4. Des besoins et des objectifs thérapeutiques différents de ceux des hommes

Dans une étude, les objectifs prioritaires des femmes étaient d'être moins déprimée, de mieux dormir, d'être plus productive dans la vie quotidienne, de

ressentir moins de douleurs ou brûlures cutanées, de se sentir à l'aise pour se montrer davantage en public, d'éprouver plus de joie de vivre [10]. Ceux des hommes, moins diversifiés, étaient d'avoir davantage de contacts avec les autres et une vie normale dans les domaines du travail et de la sexualité. Il est intéressant de rappeler ici que les femmes atteintes de psoriasis bénéficient moins souvent que les hommes d'une biothérapie (32,9 % vs 67,7 %) [11].

BIBLIOGRAPHIE

1. GOTTLIEB AB, RYAN C, MURASE JE. Clinical considerations for the management of psoriasis in women. *Int J Women's Dermatol*, 2019;5:141-150.
2. MACCARI F, FOUGEROUSSE A-C, REGUIAI Z *et al.* Contraception, Sexuality and Pregnancy in Women with Psoriasis: Real-Life Experience of 235 Women. *Clin Cosmet Invest Dermatol*, 2020;13:817-823.
3. MCBRIDE S *et al.* Gender Differences in the Impact of Psoriasis: Results from the World Psoriasis Happiness Surveys. EADV 2019.
4. LAKUTA P, MARCINKIEWICZ K, BERGLER-CZOP B *et al.* How does stigma affect people with psoriasis? *Postepy Dermatol Allergol*, 2017;34:36-41.
5. HAWRO M, MAURER M, WELLER K *et al.* Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *J Acad Dermatol*, 2017;76:648-654.
6. RYAN C, SADLER M, DE VOL E *et al.* Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:978-983.
7. HALIOUA B, MACCARI F, FOUGEROUSSE A-C *et al.* Impact of patient psoriasis on partner quality of life, sexuality and empathy feelings: a study in 183 couples. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020;34:2044-2050.
8. MURASE J *et al.* Psoriasis, pregnancy, and shared decision making: Challenges experienced by dermatologists. EADV 2020.
9. MACCARI F, FOUGEROUSSE A-C, ESTEVE E *et al.* Crossed looks in the dermatologist's position and the patient's preoccupations as to psoriasis and pregnancy: preliminary results of the PREGNAN-PSO study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:880-885.
10. MAUL JT, NAVARINI AA, SOMMIER R *et al.* Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis – a lesson for practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:700-708.
11. LESUIS N, BEFRITS R, NYBERG F *et al.* Gender and the treatment of immune-mediated chronic inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, inflammatory bowel disease and psoriasis: an observational study. *BMC Med*, 2012;10:82.



Comment gérer le désir de grossesse et de conception chez nos patientes ?

D'après la communication du Dr Mathilde Kemula (consultation psoriasis à l'Hôpital Tarnier et cabinet de dermatologie, Paris).

La question du désir d'enfant est à aborder précocement dans la prise en charge et devient incontournable en cas de nécessité d'un traitement par voie générale. L'objectif de cette exploration est double : aider la patiente à envisager une grossesse si elle le souhaite et ajuster le traitement pour éviter toute fœtotoxicité.

1. Éviter le renoncement, anticiper l'imprévu et ne pas sous-traiter

Aborder de façon proactive le désir d'enfant, c'est ouvrir un espace d'échanges sur des sujets parfois peu abordés spontanément, tels que la sexualité, la fertilité, les craintes concernant l'évolution des lésions, la peur de transmettre la

maladie... susceptibles de constituer des freins à l'envie de procréer.

La patiente est invitée à anticiper son projet de grossesse. Néanmoins, il faut garder en tête **qu'environ la moitié des grossesses surviennent sans être planifiées**. Le choix thérapeutique doit donc prendre en compte la possibilité d'une

grossesse chez toute femme sexuellement active en âge de procréer, même si elle n'a pas de projet de famille [1].

Lorsque la grossesse est décidée ou le désir de grossesse verbalisé, le délai avant la conception effective peut être long. Il importe de ne pas arrêter trop tôt un traitement général efficace, ce qui pourrait exposer à une recrudescence des lésions, avec un potentiel impact négatif sur la sexualité du couple.

2. Appliquer les recommandations pour les traitements conventionnels

Comme l'indique le Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT, www.lecrat.fr), les dermocorticoïdes sont permis en cas de grossesse, ainsi que le calcipotriol, les données publiées chez les femmes enceintes exposées étant nombreuses et rassurantes.

Pour les traitements systémiques, les recommandations françaises donnent, en cas de projet de grossesse, les repères suivants [2]:

- photothérapie UVB ou ciclosporine de préférence;
- arrêt du méthotrexate et autorisation de conception à partir du cycle suivant (élimination en 24 heures).

L'acitrétine est formellement contre-indiquée.

3. S'appuyer sur les données de pharmacovigilance pour les biothérapies

L'arrivée des nouvelles biothérapies est plus rapide que la mise à jour des recommandations. Il faut donc compléter celles-ci par les données de pharmacovigilance, les informations du CRAT et celles fournies par d'autres spécialités, en particulier la gastro-entérologie et la rhumatologie, cette dernière disposant d'avis actualisés sur le site du Club Rhumatismes et Inflammations (CRI, accès Internet: www.cri-net.com) (**tableau I**).

Les recommandations du Groupe Psoriasis de la Société Française de Dermatologie (SFD) sont les suivantes [2]:

- >>> Idéalement, arrêt des biothérapies et respect d'un délai de 5 demi-vies avant la conception, à savoir, selon les caractéristiques produit (RCP):
 - 3 semaines pour l'étanercept (anti-TNF α);
 - 20 semaines pour l'adalimumab (anti-TNF α);
 - 24 semaines pour l'infliximab (anti-TNF α);
 - 15 semaines pour l'ustékinumab (anti-IL12/23).

- >>> En pratique si besoin et en l'absence d'alternative:
 - poursuite de l'étanercept (possible toute la grossesse);

- poursuite de l'adalimumab et de l'infliximab (les deux premiers trimestres de la grossesse seulement).

Le CRAT indique que le certolizumab, non commercialisé en dermatologie au moment de l'élaboration de ces recommandations mais qui bénéficie d'un recul d'expérience en rhumatologie, est compatible avec la grossesse, quel que soit son terme, sans sur-risque de malformations.

Dans une mise à jour récente (novembre 2020), le CRI donne des repères pour les anti-IL17, également absents des recommandations:

- >>> Idéalement, arrêt et respect d'un délai de 5 demi-vies avant la conception, à savoir, selon les RCP:
 - 10 semaines pour l'ixékizumab;
 - 20 semaines pour le sécukinumab.

- >>> En pratique selon les recommandations du CRAT et du CRI:
 - pas d'initiation d'un traitement par anti-IL17 en cas de projet de grossesse immédiat;
 - en ce qui concerne le sécukinumab, dans la mesure du possible, lui préférer une alternative thérapeutique mieux connue (certolizumab); si le traitement en cours est indispensable, poursuite possible jusqu'à la grossesse effective puis arrêt.

Les informations sont comparables pour l'ustékinumab (anti-IL12/23, mise à jour octobre 2020).

Pour l'instant, aucune source n'apporte d'éléments pour le guselkumab (anti-IL23) et le risankizumab (anti-IL23).

	Médicament	Projet de grossesse	Grossesse imprévue
Anti-TNF	Certolizumab pégol	++	Rassurer et poursuivre si besoin pendant les 3 trimestres de la grossesse
	Étanercept	+	
	Adalimumab	+	Rassurer et poursuivre si besoin pendant les 2 premiers trimestres
	Infliximab	+	
Anti-IL12/23	Ustékinumab	+	Rassurer et arrêter
Anti-IL17	Sécukinumab	+	Rassurer et arrêter
	Ixékizumab	Données insuffisantes	
	Brodalumab		
Guselkumab			
Anti-IL23	Risankizumab		

Tableau I: Choix d'un biologique en cas de projet de grossesse et conduite à tenir devant une grossesse imprévue, d'après les recommandations du Groupe Psoriasis de la SFD et les avis du CRAT et du CRI.

BIBLIOGRAPHIE

1. GOTTLIEB AB, RYAN C, MURASE JE. Clinical considerations for the management of psoriasis in women. *Int J Women's Dermatol*, 2019;5:141-150.
2. AMATORE F, VILLANI A-P, TAUBER M *et al.* French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:464-483.



Y a-t-il un impact sur la fertilité ?

D'après la communication du Dr Anne-Claire Fougrousse (Hôpital Bégin, Saint-Mandé).

Les études menées sur la fertilité des femmes atteintes de psoriasis aboutissent à des résultats divergents. Cependant, le fort impact sur la qualité de vie, en particulier dans la sphère intime, la nature inflammatoire chronique de la pathologie et les comorbidités fréquentes pourraient être en cause dans une diminution de la fonction reproductive.

1. Des données contradictoires

Diverses études de cohorte ne montrent pas de différence pour la fertilité entre femmes psoriasiques et non psoriasiques, selon les critères suivants :

- délai avant survenue de la grossesse [1] ;
- incidence des grossesses [2] ;
- parité [3].

D'autres travaux rapportent au contraire un impact négatif, parfois important, de la dermatose :

- diminution de l'incidence des grossesses en cas d'atteinte sévère [2] ;
- nombre de grossesses inférieur de 16 % comparativement aux témoins dans une cohorte de plus de 30 000 femmes psoriasiques [4] ;
- ratio de fertilité de 0,4 entre patientes psoriasiques et population générale, soit une diminution de plus de 50 % du taux de fertilité ajusté pour l'âge [5].

2. Une réserve ovarienne diminuée ?

Pour mieux cerner la question, des explorations ovariennes et hormonales ont été menées. Des études ont ainsi pu rapporter chez des femmes psoriasiques, comparativement à des contrôles, un taux de FSH et un ratio FSH/LH élevés [6], un compte folli-

culaire inférieur ou encore un taux d'hormone anti-mullérienne (AMH) diminué [7]. Il n'y avait dans aucun cas de corrélation avec le PASI.

Au plan physiopathologique, il est possible que les cytokines pro-inflammatoires (TNF, IL1, IL6) activées de façon chronique puissent intervenir dans la survenue d'un hypogonadisme.

3. Le rôle des comorbidités

D'autres travaux interrogent le rôle de comorbidités plus fréquentes ou plus importantes qu'en population générale, connues pour se répercuter négativement sur la fertilité [8] :

- tabagisme ;
- obésité ;
- syndrome des ovaires polykystiques ;
- dépression.

4. L'impact du psoriasis sur le désir d'enfant

Des enquêtes se sont intéressées au désir d'enfant des patientes. **Dans l'une d'elles, plus d'un tiers des femmes vivant avec un psoriasis avaient décidé de ne pas avoir d'enfant ou d'en avoir moins, du fait de leur maladie** [9].

Les raisons invoquées étaient les suivantes :

- souhait de ne pas avoir d'enfant à cause de la maladie ;
- inquiétude concernant l'évolution de la dermatose lors de la grossesse ou en post-partum ;
- crainte d'effets secondaires du traitement pendant la grossesse ;
- réduction de la vie sexuelle en raison des lésions.

BIBLIOGRAPHIE

1. HARDER E, NYBO ANDERSEN A-M, KAMPER-JORGENSEN M *et al.* No increased risk of fetal death or prolonged time to pregnancy in women with psoriasis. *J Invest Dermatol*, 2014;134:1747-1749.
2. SEEGER JD, LANZA LL, WEST WA *et al.* Pregnancy and pregnancy outcome among women with inflammatory skin diseases. *Dermatology*, 2007;214:32-39.
3. LAMBE M, BERGSTROM AV, JOHANSSON ALV *et al.* Reproductive patterns and maternal and pregnancy outcomes in women with psoriasis – A population-based study. *J Am Acad Dermatol*, 2020;82:1109-1116.
4. CATHER JC, LATRMOUILLE-VIAU D, HORN EJ *et al.* Psoriasis is significantly associated with lower rates of pregnancy and live births. *J Am Acad Dermatol*, 2012;66.
5. GONZALES-CANTERO A, CARRETERO G, RIVERA R *et al.* Women with moderate-to-severe psoriasis in Spain (BIOBADADERM registry) show more than a 50 % reduction in age-adjusted fertility rate when compared with general population. *Br J Dermatol*, 2019;181:1085-1087.
6. TUGRUL AYANOGLU B, OZDEMIR ED, TURKOGLU O *et al.* Diminished ovarian reserve in patients with psoriasis. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2018;57:227-230.
7. MATHYK BA, CETIN BA, BILICI S *et al.* Evaluation of ovarian reserve in women with psoriasis. *Gynecol Endocrinol*, 2019;35:608-611.
8. DE SIMONE C, CALABRESE L, BALATO A *et al.* Psoriasis and its management in women of childbearing age: tools to increase awareness in dermatologists and patients. *G Ital Dermatol Venereol*, 2020;155:434-440.
9. MC BRIDE S, FARGNOLI M, FOUGEROUSSE A-C *et al.* Impact of psoriatic disease on family planning in women ages 18-45: results from a multinational survey across 11 countries in Europe. EADV 2020.



Comment gérer le traitement au cours et au décours de la grossesse ?

D'après la communication du Dr Mathilde Kemula (consultation psoriasis à l'Hôpital Tarnier et cabinet de dermatologie, Paris).

Le problème se pose essentiellement lorsqu'une biothérapie est nécessaire. Aucune molécule nouvelle comme ancienne n'a d'AMM pour la femme enceinte. Cependant, les données de pharmacovigilance montrent que certains biologiques peuvent être prescrits sans risque, en particulier le certolizumab et l'éta-nercept, pendant toute la grossesse et l'allaitement.

1. S'orienter sur les recommandations et l'avis du CRAT

Le choix du traitement prend bien sûr en compte les préférences de la patiente [1]. Elle peut, notamment, avoir présenté une amélioration au cours d'une grossesse précédente, observée dans deux tiers des cas, et vouloir privilégier une gestation sans exposition.

Si un traitement systémique est nécessaire, les recommandations françaises qui reposent sur une bibliographie arrêtée en 2017 et qui ne prennent donc pas en compte tous les traitements antipsoriasisiques disponibles aujourd'hui sont en faveur des UVB TL01 et de la ciclosporine en première ligne. La PUVAthérapie est à éviter en raison de données insuffisantes [2].

Pour la seconde ligne, les préconisations sont les suivantes (**tableau II**) :

- initiation ou maintien de l'éta-nercept tout au long de la grossesse ;
- maintien de l'adalimumab ou de l'infliximab jusqu'au troisième trimestre, puis arrêt.

L'ustékinumab et les anti-IL17 sont à éviter en raison de données insuffisantes, l'aprémilast est contre-indiqué.

Le CRAT fournit des avis complémentaires pour les molécules non commercialisées lors de la rédaction de recommandations :

- utilisation possible du certolizumab pégol, quel que soit le terme de la grossesse (poursuite au cours du 2^e et/ou 3^e trimestre chez environ 200 patientes, sans effet particulier noté chez les enfants à la naissance) ;
- même mention pour l'éta-nercept ;
- si le recours à l'ustékinumab ou au sécukinumab est indispensable à la prise en charge de la pathologie maternelle car les options thérapeutiques mieux connues ne conviennent pas, notamment le certolizumab pégol, leur utilisation peut être envisagée au cours de la grossesse. Du fait de leur longue demi-vie d'élimination plasmatique, on programmera dans la mesure du possible, une dernière administration d'us-

	Médicament	Grossesse			Allaitement
		1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	
Anti-TNF	Certolizumab pégol **	++	++	++	++
	Éta-nercept */**	+	+	+	++
	Adalimumab */**	+	+	Dernière injection en début de 3 ^e trimestre	++
	Infliximab */**	+	+	Dernière injection en début de 3 ^e trimestre	++
Anti-IL12/23	Ustékinumab **	+	+	Dernière injection en début de 3 ^e trimestre	Données insuffisantes
Anti-IL17	Sécukinumab **	+	+	Dernière injection vers la 22 ^e semaine d'aménorrhée	
	Ixékizumab	Données insuffisantes			
	Brodalumab				
Anti-IL23	Guselkumab				
	Risankizumab				

Tableau II : Repères pour l'utilisation des biologiques d'après les recommandations de la SFD (*) et l'avis du CRAT (**).

tékinumab au début du 3^e trimestre de la grossesse et une dernière administration de sécukinumab vers la 22^e semaine d'aménorrhée.

2. Garder l'œil sur les pratiques d'autres spécialités et à l'étranger

Dans sa récente mise à jour (novembre 2020), le CRI (Club Rhumatismes et Inflammations, www.cri-net.com) indique qu'en cas de nécessité impérative d'utiliser un anti-TNF au cours du 3^e trimestre de la grossesse, il semble légitime de privilégier le recours au certolizumab pégol (très faible passage transplacentaire, **encadré**) ou à l'étanercept (demi-vie courte).

Quant aux recommandations à l'étranger, elles donnent les repères suivants, en commençant par les plus récentes :

- anglaises (octobre 2020) [3] : certolizumab pégol/ciclosporine en 1^{er} choix ;
- belges (août 2020) [4] : certolizumab pégol en 1^{er} choix ; adalimumab, étanercept, infliximab, ustékinumab, sécukinumab sauf au 3^e trimestre en 2^e choix ;
- européennes (juillet 2020) [5] : ciclosporine/UVB en 1^{er} choix, certolizumab pégol en 2^e choix ;
- allemandes (juin 2018) [6] : UVB en 1^{er} choix, ciclosporine en 2^e choix, adalimumab, étanercept, infliximab sauf au 3^e trimestre en 3^e choix.

3. Adapter la prise en charge infectieuse du nouveau-né et permettre l'allaitement

L'utilisation d'un biologique lors de la grossesse implique les mesures suivantes [2, 8-10] :

- déclaration au centre régional de pharmacovigilance ;
- collaboration étroite avec l'obstétricien du fait du risque potentiellement accru d'infection materno-fœtale (listériose, CMV, toxoplasmose...);
- information des intervenants prenant en charge le nouveau-né si le traite-

Le passage transplacentaire des biologiques

Le transport actif d'immunoglobulines de la mère vers le fœtus à visée protectrice commence dès la 14^e semaine et augmente avec la gestation. La concentration des biothérapies à fragments d'IgG, activement transférées, devient supérieure dans le sang fœtal à celle du sang maternel. Il est donc recommandé d'arrêter certains biologiques au troisième trimestre de la grossesse pour éviter une immunodépression chez le nouveau-né. Le certolizumab pégol a l'intérêt d'être dépourvu de fragment Fc, si bien que son transfert placentaire, ainsi qu'au lait maternel, est minimal [7].

ment par anti-TNF est maintenu jusqu'à l'accouchement, l'enfant devant être considéré de principe comme immunodéprimé et l'administration de vaccins vivants éventuellement différée.

Selon le CRAT, la période pendant laquelle le nouveau-né est à considérer comme immunodéprimé est, à partir de la dernière injection maternelle (vie fœtale comprise) :

- 2,5 mois pour le certolizumab ;
- 15 semaines pour l'ustékinumab ;
- 4,5 mois pour le sécukinumab.

Pour l'allaitement, les recommandations françaises donnent les repères suivants [2] :

- préférer les UVB ou la ciclosporine ;
- envisager le méthotrexate, mais attendre 24 heures après l'administration avant l'allaitement ;
- éviter la PUVAthérapie (données insuffisantes) ;
- initier ou continuer les anti-TNF en l'absence d'alternative ;
- éviter l'ustékinumab, les anti-IL17.

L'acitrétine et l'aprémilast ne doivent pas être utilisées.

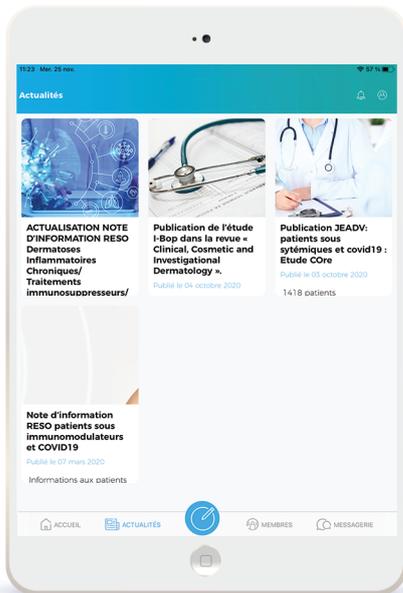
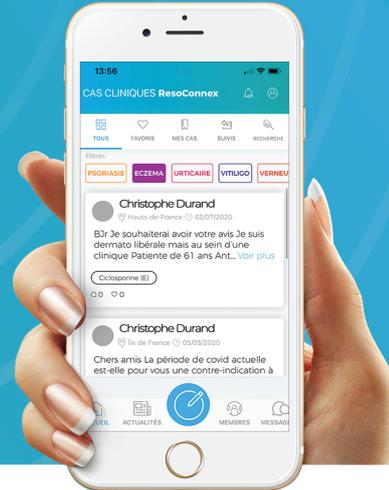
Pour l'instant, les données concernant des grossesses ou l'allaitement sous anti-IL17 et anti-IL23 sont insuffisantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOFFMAN MB, FARHANGIAN M, FELDMAN SR. Psoriasis during pregnancy: characteristics and important management recommendations. *Expert Rev Clin Immunol*, 2015;11:709-720.
2. AMATORE F, VILLANI AP, TAUBER M *et al*. French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019;33:464-483.
3. SMITH CH, YIU ZZN, BALE T *et al*. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: a rapid update. *Br J Dermatol*, 2020;183:628-637.
4. LAMBERT JLW, SEGAERT S, GHISLAIN PD *et al*. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020;34: 1654-1665.
5. NAST A, SMITH C, SPULS PI *et al*. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020; 34:2461-2498.
6. NAST A, AMELUNXEN L, AUGUSTIN M *et al*. S3 Guideline for the treatment of psoriasis vulgaris update. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2018;16:806-813.
7. MARIETTE X, FÖGER F, ABRAHAM B *et al*. Lack of placental transfer of certolizumab pegol during pregnancy: results from CRIB, a prospective, postmarketing, pharmacokinetic study. *Ann Rheum Dis*, 2018;77:228-233.
8. CARTER JD, LADHANI A, RICCA LR *et al*. A safety assessment of tumor necrosis factor antagonists during pregnancy: a review of the Food and Drug Administration database. *J Rheumatol*, 2009;36:635-641.
9. LUU M, BENZENINE E, DORET M *et al*. Continuous Anti-TNFa Use Throughout Pregnancy: Possible Complications For The Mother But Not for the Fetus. A Retrospective Cohort on the French National Health Insurance Database (EVASION). *Am J Gastroenterol*, 2018; 113:1669-1677.
10. GÖTESTAM SKORPEN C, HOELTZENBEIN M, TINCANI A *et al*. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*, 2016;75:795-810.

FACILE D'UTILISATION

- 1 Télécharger ResoConnex via *Apple Store* ou *Google Play*
- 2 Créer votre compte en quelques secondes *identifiant et mot de passe*
- 3 Se connecter une fois votre compte validé *un mail de confirmation vous sera adressé*



NAVIGUER SUR L'APPLICATION

- Gérer votre profil
- Poster un cas avec ou sans photo
- Commenter un cas
- Utiliser la messagerie privée *sécurisée pour communiquer sur un cas avec vos confrères*

NOUVEAUTÉS

- Disponible sur tablette
- Rester informé chaque mois *de l'actualité thérapeutique et environnementale grâce à la fonctionnalité ACTUS*



SÉCURISÉE

Les données personnelles et les données de santé sont protégées et la loi européenne, RGPD (règlement général sur la protection des données) du 25 mai 2018 vient renforcer la protection des droits des personnes. ResoConnex vous permet d'échanger dans le respect de ces nouvelles normes.

Ce renforcement est essentiellement basé sur :

- Une conformité basée sur la transparence et la responsabilisation
- Les responsabilités partagées et précises



GRATUITE

RESO promeut la formation accessible à tous les dermatologues et professionnels de santé dans un esprit confraternel et convivial pour améliorer la prise en charge des patients et le parcours de soins.