

Schwangerschaft und Hauterkrankungen: Biologika in der Schwangerschaft

Präsentiert von: Sarah Russegger
Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Vortragende: Jenny Murase (San Francisco, USA)

Session ID D1To5.2
Mittwoch, 17. September, 16:40 – 17:00 CEST

Vor Einleitung einer Systemtherapie bei chronischen Hauterkrankungen sollte mit Patientinnen im gebärfähigen Alter das Thema Familienplanung und bei nicht abgeschlossenem Kinderwunsch die Sicherheit der Therapie für Schwangerschaft und Stillzeit besprochen werden. Daten aus den USA zeigen, dass nur 20% der Patientinnen vor Eintritt einer Schwangerschaft (SS) ihre behandelnden DermatologInnen konsultieren. Die Organogenese beginnt bereits in der 3. SSW, wobei die meisten Frauen erst zwischen der 2. und 5. SSW erkennen, dass sie schwanger sind. Eine frühzeitige Aufklärung über mögliche Risiken einer Therapie ist somit essentiell.

Psoriasis

Typischerweise kommt es bei der Hälfte der Patientinnen in der Schwangerschaft zu einer klinischen Verbesserung, postpartal zeigt sich jedoch bei zwei Drittel eine Verschlechterung.

Biologika: Alle zurzeit für die Psoriasis zugelassenen Biologika, außer Certolizumab Pegol, enthalten eine humane IgG1 Fc-Region; der Plazentatransfer über neonatale Fc-Rezeptoren beginnt im frühen 2. Trimester und steigt im weiteren Verlauf der SS deutlich an. Das Fehlbildungsrisiko im 1. Trimester ist somit nicht erhöht. In einer Studie wurden Neugeborene untersucht, deren Mütter in der SS oder Stillzeit TNF-Inhibitoren erhielten. Dabei konnten kein erhöhtes Infektrisiko und kein schlechteres immunologisches Ansprechen auf Impfungen festgestellt werden. Ein Auszug aus dem bald erscheinenden Update des Delphi Consensus on Treatment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Pregnancy and Lactation of the National Psoriasis Foundation stuft alle TNF-, IL-12/23- und IL-17-Antikörper als sicher ein, wobei Wirkstoffe, die bereits länger am Markt sind, bevorzugt werden sollten. Wichtig zu bedenken ist, dass bei Neugeborenen Lebendimpfungen in den ersten 6 Lebensmonaten nicht verabreicht werden dürfen.

Kleine Wirkstoffe: Apremilast und Deucravacitinib sollten in der SS nicht verabreicht werden.

Pregnancy and skin disease: Use of biologicals during pregnancy

Presented by: Sarah Russegger
Department of Dermatology and Allergology, Paracelsus Medical University Salzburg

Speaker: Jenny Murase (San Francisco, USA)

Session ID D1To5.2
Wednesday, 17 September, 16:40–17:00 CEST

Before initiating systemic therapy for chronic skin diseases, the topic of family planning should be discussed with patients of childbearing age, and if they have not yet completed their family, the safety of the therapy during pregnancy and breastfeeding should be discussed. Data from the USA show that only 20% of patients consulted their treating dermatologists before becoming pregnant. Organogenesis begins as early as the third week of pregnancy, but most women do not realize they are pregnant until between the second and fifth weeks. Early education about the possible risks of therapy is therefore essential.

Psoriasis

Typically, half of patients experience clinical improvements in their conditions during pregnancy, but deterioration in the conditions is observed in two-thirds postpartum.

Biologics: All biologics currently approved for psoriasis, with the exception of certolizumab pegol, contain a human IgG1 Fc region. Placental transfer via neonatal Fc receptors begins in the early second trimester and the rate of this transfer increases significantly as pregnancy progresses. The risk of malformation in the first trimester is therefore not higher. A study examined newborns whose mothers received TNF inhibitors during pregnancy or breastfeeding and found no increased risk of infection or poorer immunological response to vaccinations. An excerpt from the forthcoming update of the Delphi Consensus on Treatment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Pregnancy and Lactation of the National Psoriasis Foundation classifies all TNF, IL-12/23, and IL-17 antibodies as safe, with preference given to agents that have been on the market for a longer period of time. It is important to note that live vaccines should not be administered to newborns within the first 6 months of life.

Small molecules: Apremilast and deucravacitinib should not be administered during pregnancy.

Atopische Dermatitis

Dupilumab: Die vorläufigen Registerdaten zeigen kein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Fehlbildungen oder Geburtskomplikationen.

Cyclosporin wurde umfassend in Studien untersucht. Es zeigte sich keine erhöhte Fehlbildungsrate.

Unter JAK-Inhibitoren gab es in Studien ein erhöhtes Abortrisiko. Eine Studie mit Upadacitinib zeigte z.B. ein 27% Risiko für spontane Aborte. Eine sichere Kontrazeption ist somit ab 4 Wochen vor Beginn bis 4 Wochen nach Ende der Therapie unbedingt notwendig.

Pemphigus

Beim Pemphigus besteht die Besonderheit, dass der Fötus ein ähnliches Desmoglein-3-Proteinprofil wie die mütterliche Mundschleimhaut aufweist, wodurch ein neonataler Pemphigus auftreten kann. Auch eine mild erscheinende Hautbeteiligung mit signifikanter Mukosa-Beteiligung bedeutet hohes neonatales Pemphigus-Risiko.

Nach der Gabe von Rituximab ist aufgrund der B-Zell-Suppression, die auch den Fötus betreffen würde, eine 12-monatige Kontrazeption notwendig.

IVIG ist die Therapie der Wahl in der SS, z.B. bei Bedarf 0,5 g/kg KG monatlich. Systemische Steroide können so eingespart werden.

Stillzeit

Entsprechend den EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) und PIANO (Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease and Neonatal Outcomes) Empfehlungen können alle monoklonalen Antikörper (inkl. Rituximab), Cyclosporin, Azathioprin und IVIG in der Stillzeit verabreicht werden.

Unter einer Therapie mit Mycophenolat, JAK-Inhibitoren und Methotrexat darf nicht gestillt werden.

Atopic dermatitis

Dupilumab: Preliminary registry data show no increased risk of miscarriage, malformations, or birth complications. Cyclosporine has been extensively studied in trials, with no increased rate of malformations reported.

Studies have shown an increased risk of miscarriage associated with the use of JAK-inhibitors. For example, a study with upadacitinib showed that female participants had a 27% risk of experiencing spontaneous abortions. The use of a safe form of contraception is therefore essential from 4 weeks before starting the therapy until 4 weeks after the end of therapy.

Pemphigus

Pemphigus is unique in that the fetus has a desmoglein-3 protein profile similar to that of the maternal oral mucosa, which can lead to neonatal pemphigus. Even a seemingly mild case of skin involvement with significant mucosal involvement indicates a high risk of neonatal pemphigus. After the administration of rituximab, it is necessary for the patient to use contraception for a period of 12 months due to the B-cell suppression, which also affects the fetus.

IVIG is the treatment of choice during pregnancy (e.g., 0.5 g/kg body weight monthly), if necessary. This enables the use of systemic steroids to be avoided.

Breastfeeding

According to the EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) and PIANO (Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease and Neonatal Outcomes) recommendations, all monoclonal antibodies (including rituximab), cyclosporine, azathioprine, and IVIG can be administered during breastfeeding.

Breastfeeding is not permitted during treatment with mycophenolate, JAK inhibitors, and methotrexate.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10910>

Literatur | References

1. Rüeegg L, Pluma A, Hamroun S, Cecchi I, Perez-Garcia LF, Anderson PO, et al. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. *Ann Rheum Dis.* 2025;84:910-26.
2. Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, Chaparro M, Flanagan E, Friedman S, et al. Global Consensus Statement on the Management of Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025;23(11S):S1-S60.