Friedrich-Alexander-Universität
Medizinische Fakultät

Uniklinikum Erlangen

Prof. Dr. Wiebke Sondermann

Familienplanung mit Psoriasis: Vererbung, Schwangerschaft und Stillzeit

Deutscher Psoriasis Tag 2026 in Erlangen

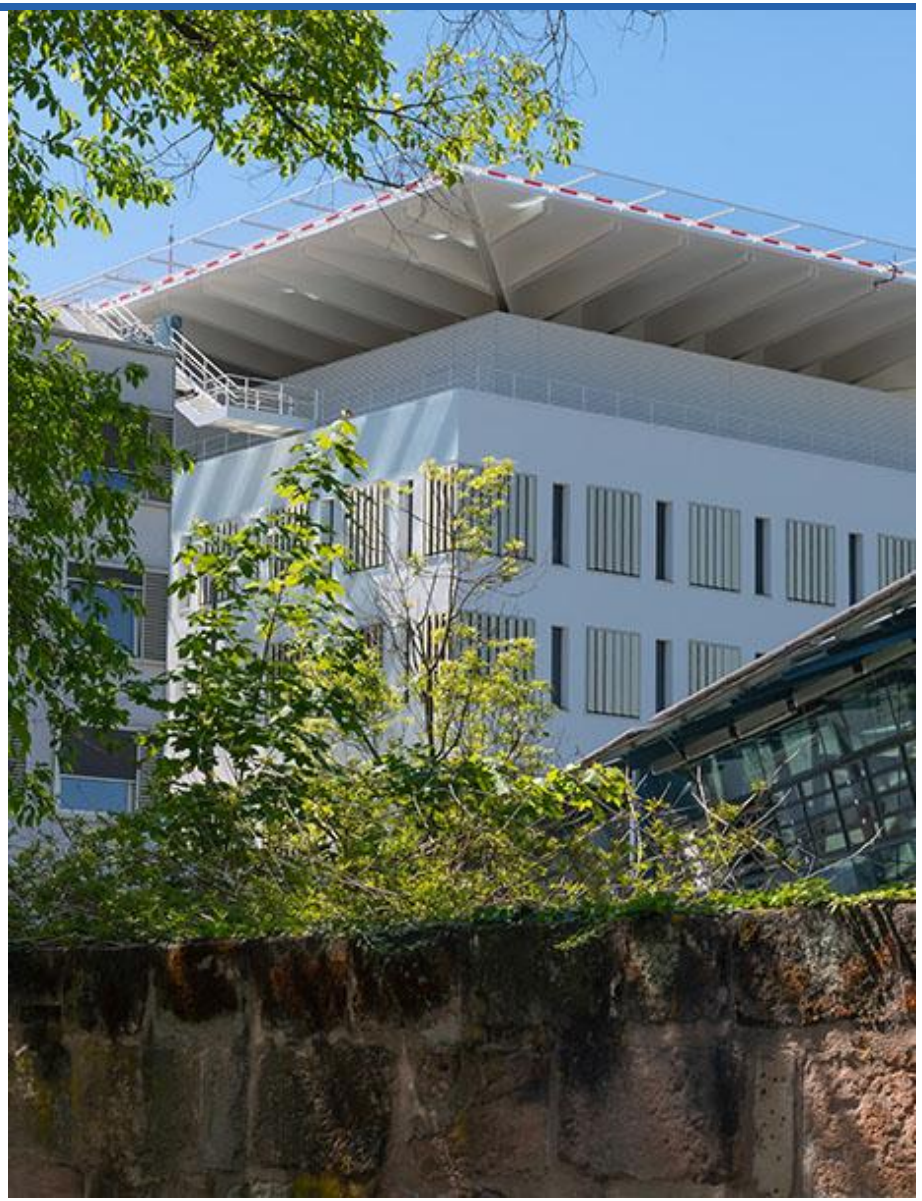
DZI Deutsches Zentrum Immuntherapie

Potentielle Interessenskonflikte

Uniklinikum Erlangen

Wiebke Sondermann erhielt Reisekostenunterstützung und/oder (Vortrags-) Honorare und/oder Forschungsförderung von:

AbbVie, Almirall, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Boehringer-Ingelheim, Incyte, Celgene, DPB, Janssen, LEO Pharma, Lilly, medi GmbH, MedKom GmbH, MSD, Novartis, Roche, Pfizer, Sanofi Genzyme, UCB, Takeda



Familienplanung mit Psoriasis – warum ist das Thema wichtig?

Uniklinikum Erlangen

- **Psoriasis betrifft mehr als die Haut**: Die Erkrankung beeinflusst Lebensqualität, Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung.
- **Frauen und Männer erleben Psoriasis unterschiedlich**: Unterschiede bestehen insbesondere hinsichtlich der psychosozialen Belastung, Stigmatisierung und therapeutischen Versorgung.
- **Vererbung**: Psoriasis hat eine genetische Komponente – aber wie hoch ist das Erkrankungsrisiko für die eigenen Kinder?
- **Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit**: Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf die Familienplanung und welche Therapien sind in diesen Lebensphasen möglich?
- **Gender Data Gap**: Geschlechtsspezifische Unterschiede werden in der medizinischen Forschung und Versorgung noch immer unzureichend berücksichtigt.

„Gender-Data-Gap“

- Nach dem Contergan-Skandal Arzneimittelforschung über mehrere Jahrzehnte fast nur an Männern
- Offizielle Empfehlung zum Ausschluss von Frauen im gebärfähigen Alter von Studien durch die FDA im Jahr 1977

➢ Übertragung von an Männern gewonnenen Studienergebnissen unverändert auf Frauen

➢ Erfassung von Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen bei Frauen erst nach der Zulassung

https://www.vfa.de/embed/positionspapier-beruecksichtigung-von-frauen-und-maennern-bei-der-arzneimittelforschung.pdf-1.

„Gender-Data-Gap“

Uniklinikum Erlangen

- Wiedererkennung der Notwendigkeit des Einbeziehens von Frauen in Arzneimittelstudien in den 1980er-Jahren
- 1993 Veröffentlichung einer Leitlinie von der FDA, in der eine Einbeziehung von Frauen auch im gebärfähigen Alter ausdrücklich empfohlen wird

➢ Ausschluss einer Schwangerschaft vor Studienbeginn und Anwendung einer sicheren Verhütungsmethode als Voraussetzungen für die Studienteilnahme

https://www.vfa.de/embed/positionspapier-beruecksichtigung-von-frauen-und-maennern-bei-der-arzneimittelforschung.pdf-1.

Frauenanteil in Studien

Uniklinikum Erlangen

- Phase-I-Studien: Durchführung auch heutzutage überwiegend an Männern (Frauenanteil 10-40 %)
- Spätere Studienphasen: Frauenquote höher (je nach Indikation 30-80 %)
- In Zulassungsstudien von neuen Psoriasis-Medikamenten oftmals ca. 30-40 % weibliche Studienteilnehmer

https://www.vfa.de/embed/positionspapier-beruecksichtigung-von-frauen-und-maennern-bei-der-arzneimittelforschung.pdf-1.

Rechtliche Geschlechtsaspekte in der Arzneimittelforschung

Uniklinikum Erlangen

§

- Umsetzung der EG-Richtlinie zur Harmonisierung klinischer Prüfungen in deutsches Recht im Jahr 2004:

➢ …die Unterlagen zur klinischen Prüfung müssen auch geeignet sein „den Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern zu erbringen.“

- Für die Bewertung des Zusatznutzens durch den G-BA müssen Hersteller auch eine geschlechtsspezifische Auswertung ihrer Zulassungsstudien einreichen

https://www.vfa.de/embed/positionspapier-beruecksichtigung-von-frauen-und-maennern-bei-der-arzneimittelforschung.pdf-1.

Geschlechtsaspekte bei Aufnahme und Verteilung von Medikamenten im Körper

Uniklinikum Erlangen

Topische (äußerliche) Therapien

- Männerhaut:
- Ca. 15-24% dicker als Frauenhaut (Epidermis (Oberhaut) hat mehr Zellschichten, Dermis (Lederhaut) enthält mehr Kollagen)
- Im Durchschnitt fettiger

➢ Unklar, inwiefern dies relevante Auswirkungen auf die Resorption hat

Shuster et al. (1975) The influence of age and sex on skin thickness, skin collagen and density. Br J Dermatol.

Geschlechtsaspekte bei Aufnahme und Verteilung von Medikamenten im Körper

Uniklinikum Erlangen

Systemische Therapien

- Männer durchschnittlich größer und schwerer als Frauen, jedoch Fettgehalt des weiblichen Körpers höher

➢ Konzentration eines Wirkstoffes bei Frauen bei Einnahme der gleichen Arzneimitteldosis im Körper oft höher als bei Männern, fettlösliche Medikamente verbleiben bei Frauen oft länger im Körper als bei Männern

  - Bsp.: Etretinat-Bildung bei Einnahmen von Acitretin + Alkohol → Ablagerung im Fettgewebe, Frauen dürfen während und 2 Monate nach Einnahme von Acitretin keinen Alkohol zu sich nehmen, Etretinat ist hochgradig teratogen, 3 Jahre nach Absetzen weiter verhüten

https://www.vfa.de/embed/positionspapier-beruecksichtigung-von-frauen-und-maennern-bei-der-arzneimittelforschung.pdf-1.
Fachinformation Acitretin

Vererbbarkeit der Psoriasis

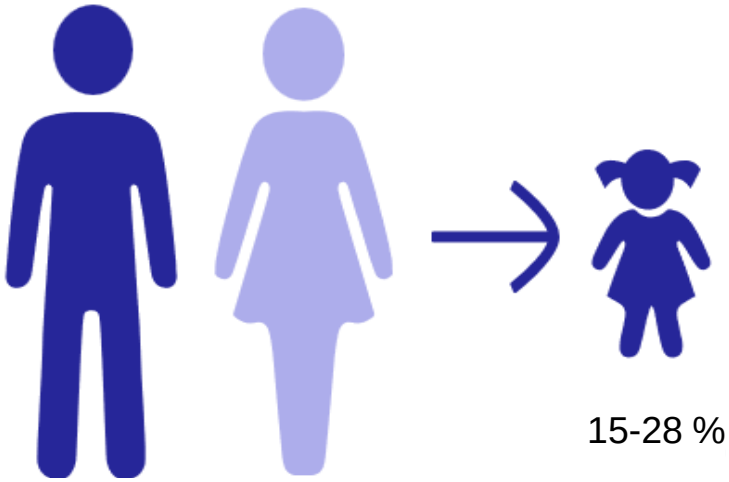
Uniklinikum Erlangen

		Typ 1	Typ 2
Alter	**Bei Erst-auftreten**	Vor dem 40. Lebensjahr	Nach dem 40. Lebensjahr
	Gipfel	15. – 25. Lebensjahr	50. und 60. Lebensjahr
Anteil		Ca. 75%	Ca. 25%
Krankheitsverlauf		Meist eher schwerer, mit häufigen Rückfällen	Eher stabil, ohne große Rückfallneigung
Weitere Angehörige betroffen		Häufig	Oft nicht
Genetik		Assoziation zu **HLA-Cw6** (HLA-C*06:02), HLA-B13, HLA-B17, HLA-B57 und HLA-DR7	Keine ausgeprägte genetische Assoziation; HLA-Cw2 und HLA-B27 wurden historisch schwach gehäuft gefunden

Vererbbarkeit der Psoriasis

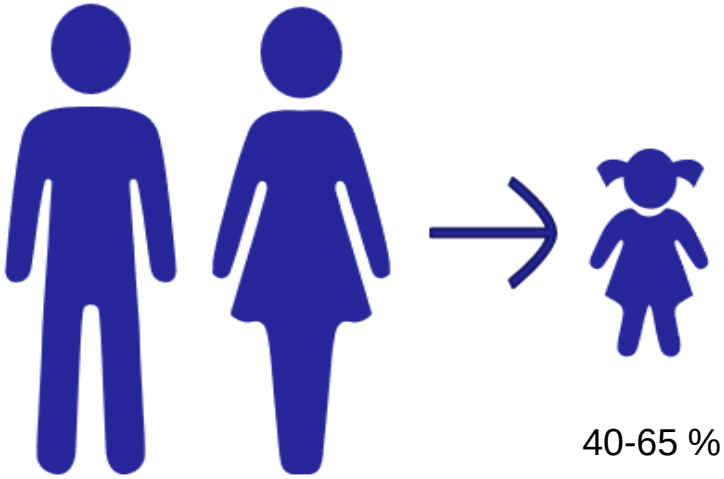
Uniklinikum Erlangen

Ein Elternteil an Psoriasis erkrankt



15-28 %

Beide Elternteile an Psoriasis erkrankt



40-65 %

An Schuppenflechte erkrankt

Nicht an Schuppenflechte erkrankt

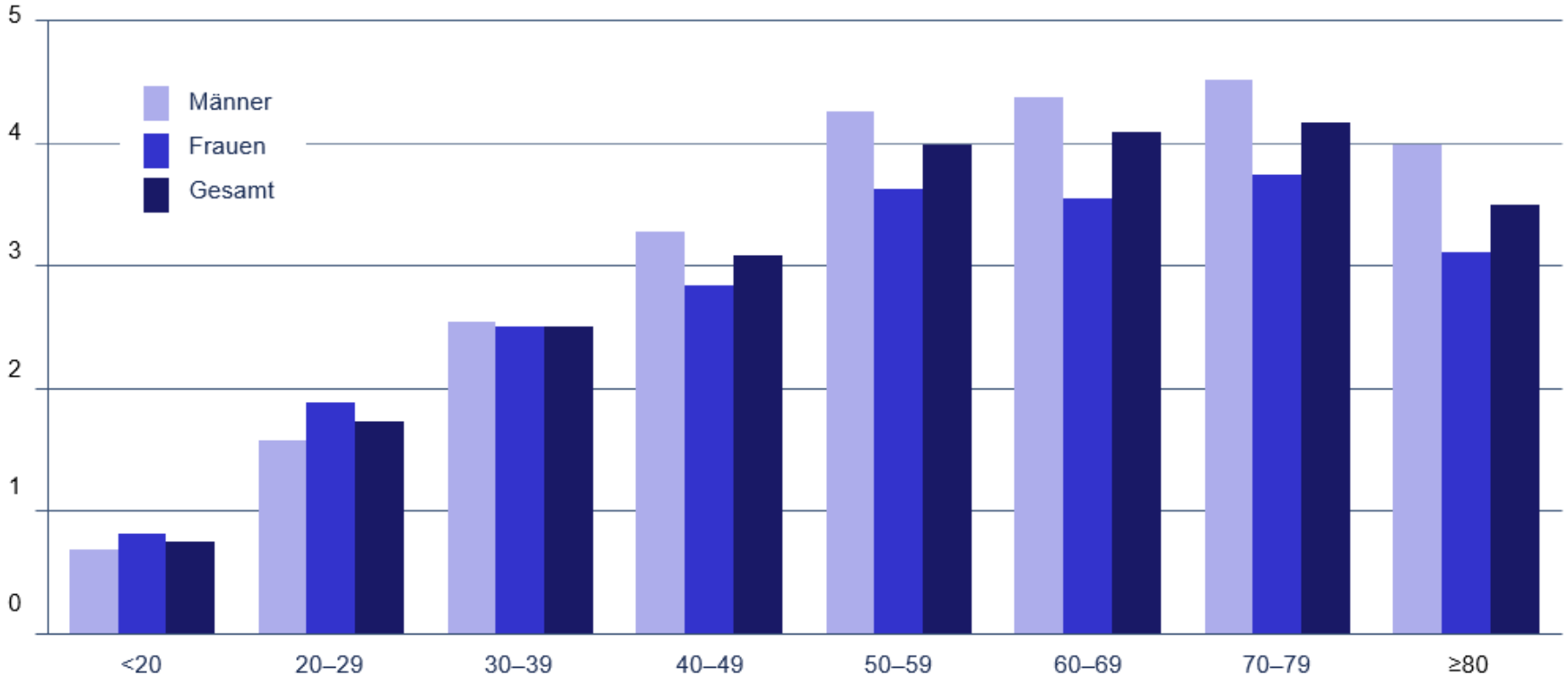
Konkordanz bei eineiigen Zwillingen:

35-72 %

Modifiziert nach Swanbeck et al. (1997) Genetic counselling in psoriasis: empirical data on psoriasis among first-degree relatives of 3095 psoriatic probands. Br J Dermatol.

Prävalenz (Häufigkeit) der Psoriasis in Deutschland aufgeteilt nach Geschlechtern

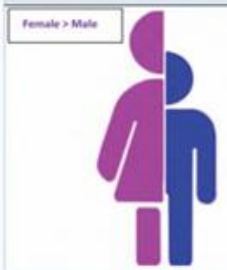
Uniklinikum Erlangen



Modifiziert nach Schäfer et al. (2011) Epidemiologie der Psoriasis in Deutschland – Auswertung von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen

Geschlechtsunterschiede bei der Psoriasis

Uniklinikum Erlangen

	Examples of Gender Differences	Comments	Source
	Prevalence of comorbid cardiometabolic risk factors	Compared to general population of same gender	46
	DLQI		57, 64
	Likelihood of depression		64, 65 , 66 ,
	Perceived stigmatization		67, 68
	Burden of disease		67, 68
	Treatment expectations		67, 68
	Importance of (perceived) safety for treatment choice		98
	Likelihood to receive topical treatment	At same severity	99
	Likelihood of side effects from systemic treatment		100, 102
	Disease manifestation/ morphology	No clear evidence for differences	56
	Age of onset	Two peaks, both later for males	14
	Severity (PASI)		58, 59
	Likelihood to receive phototherapy	At same severity	99
	Likelihood to receive systemic treatment		58, 60, 61
	Satisfaction with biological treatment		103
	Incidence (contradicting evidence)	Female > Male	16, 29, 30
		Female < Male	31, 32
	Prevalence (contradicting evidence)	Female > Male	17, 18, 72
		Female = Male	1, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
		Female < Male	19, 20
	Prevalence of comorbid MetS (contradicting evidence)	Increased in women only	46
		Female <= Male	47
	Effectiveness of systemic treatment (contradicting evidence)	Female > Male	101
		Female = Male	100
	Treatment adherence for biological treatment (contradicting evidence)	Female > Male	104
		Female < Male	103

Guillet et al. (2022) The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. Int J Women's Dermatology.
Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child-Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.

Höhere psychische Belastung bei Frauen

Uniklinikum Erlangen

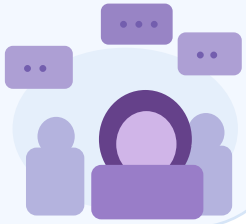
Evidenz aus mehreren Studien spricht für eine stärkere psychosoziale Krankheitslast bei Frauen.

Depression

Frauen mit Psoriasis haben häufiger depressive Symptome bzw. Depressionen als Männer.

Wahrgenommene Stigmatisierung

Frauen berichten häufiger über Stigmatisierung und psychosoziale Belastung.



Klinische Bedeutung

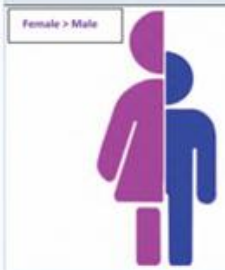
- Psychische Komorbiditäten aktiv erfragen
- Stigmatisierung und Lebensqualität mitdenken
- Frühe psychosoziale Unterstützung erwägen

Take-home message: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der psychosozialen Krankheitslast sollten in der Versorgung gezielt berücksichtigt werden.

Sampogna et al. Br J Dermatol 2006;154:325–331.; Finzi et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21:1161–1169; Wojtyna et al. Acta Derm Venereol 2017;97:91–97; Hawro et al. J Am Acad Dermatol 2017;76:648–654.e2;

Geschlechtsunterschiede bei der Psoriasis

Uniklinikum Erlangen

	Examples of Gender Differences	Comments	Source
	Prevalence of comorbid cardiometabolic risk factors	Compared to general population of same gender	46
	DLQI		57, 64
	Likelihood of depression		64, 65 , 66 ,
	Perceived stigmatization		67, 68
	Burden of disease		67, 68
	Treatment expectations		67, 68
	Importance of (perceived) safety for treatment choice		98
	Likelihood to receive topical treatment	At same severity	99
	Likelihood of side effects from systemic treatment		100, 102
	Disease manifestation/ morphology	No clear evidence for differences	56
	Age of onset	Two peaks, both later for males	14
	Severity (PASI)		58, 59
	Likelihood to receive phototherapy	At same severity	99
	Likelihood to receive systemic treatment		58, 60, 61
	Satisfaction with biological treatment		103
	Incidence (contradicting evidence)	Female > Male	16, 29, 30
		Female < Male	31, 32
	Prevalence (contradicting evidence)	Female > Male	17, 18, 72
		Female = Male	1, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
		Female < Male	19, 20
	Prevalence of comorbid MetS (contradicting evidence)	Increased in women only	46
		Female <= Male	47
	Effectiveness of systemic treatment (contradicting evidence)	Female > Male	101
		Female = Male	100
	Treatment adherence for biological treatment (contradicting evidence)	Female > Male	104
		Female < Male	103

Guillet et al. (2022) The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. Int J Women's Dermatology.
Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child-Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.

Geschlechtsunterschiede in Bezug auf das kardiovaskuläre/kardiometabolische Risiko bei der Psoriasis

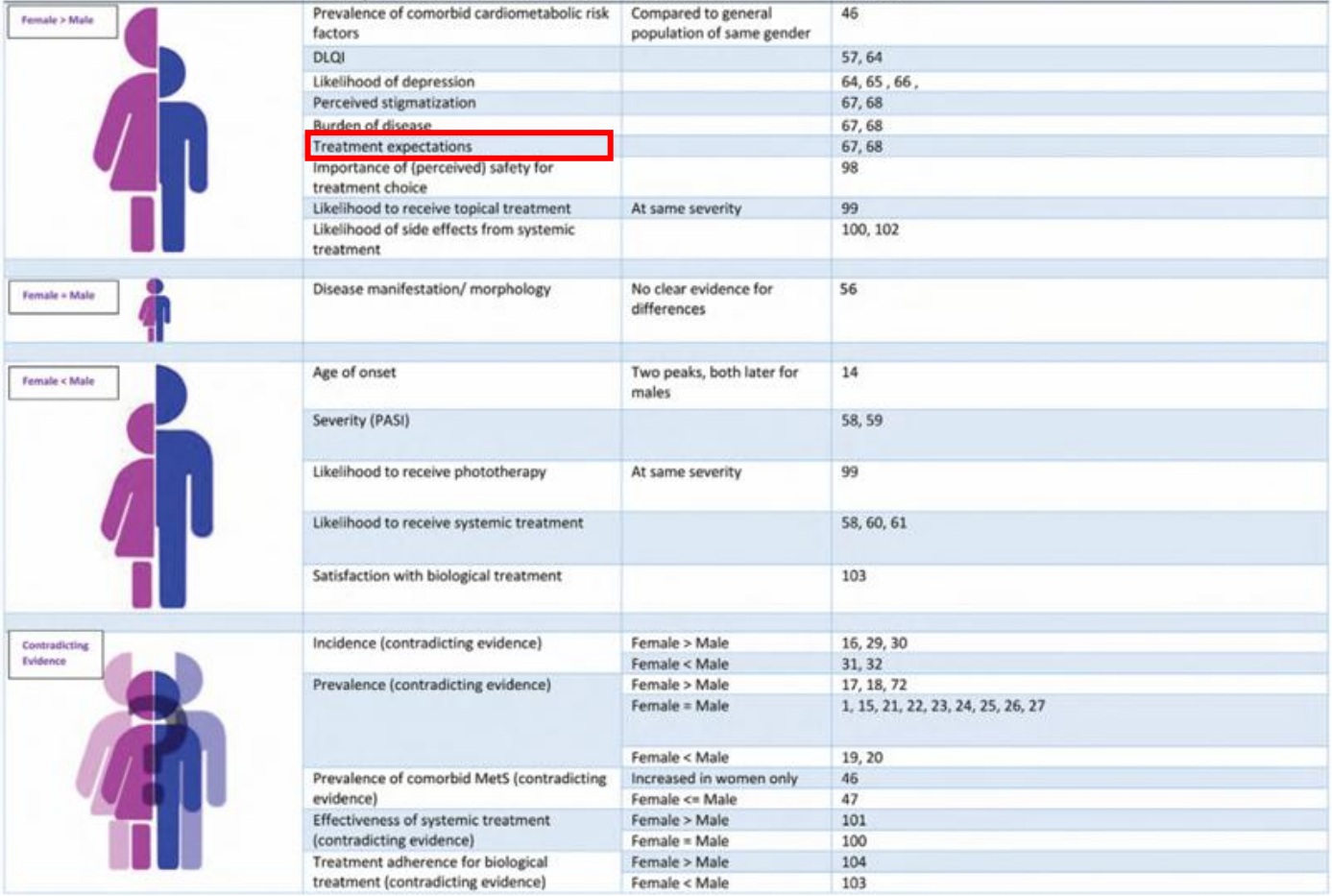
Uniklinikum Erlangen

Höhere Prävalenz bei Patienten mit Psoriasis (n= 143) im Vergleich zu Personen ohne Psoriasis (n= 3580)	
Frauen	**Männer**
Erhöhter Hüftumfang	Bluthochdruck
Adipositas	Diabetes mellitus
Erhöhte Blutfette	Einnahme von Antidiabetika und fettsenkenden Medikamenten
Erhöhte Blutglucose	
Diabetes mellitus	
Metabolisches Syndrom	
Einnahme von Blutdrucksenkern und Antidiabetika	

Sondermann et al. (2020) Psoriasis, cardiovascular risk factors and metabolic disorders: sex-specific findings of a population-based study. J Eur Acad Dermatol Venereol.

Geschlechtsunterschiede bei der Psoriasis

Uniklinikum Erlangen

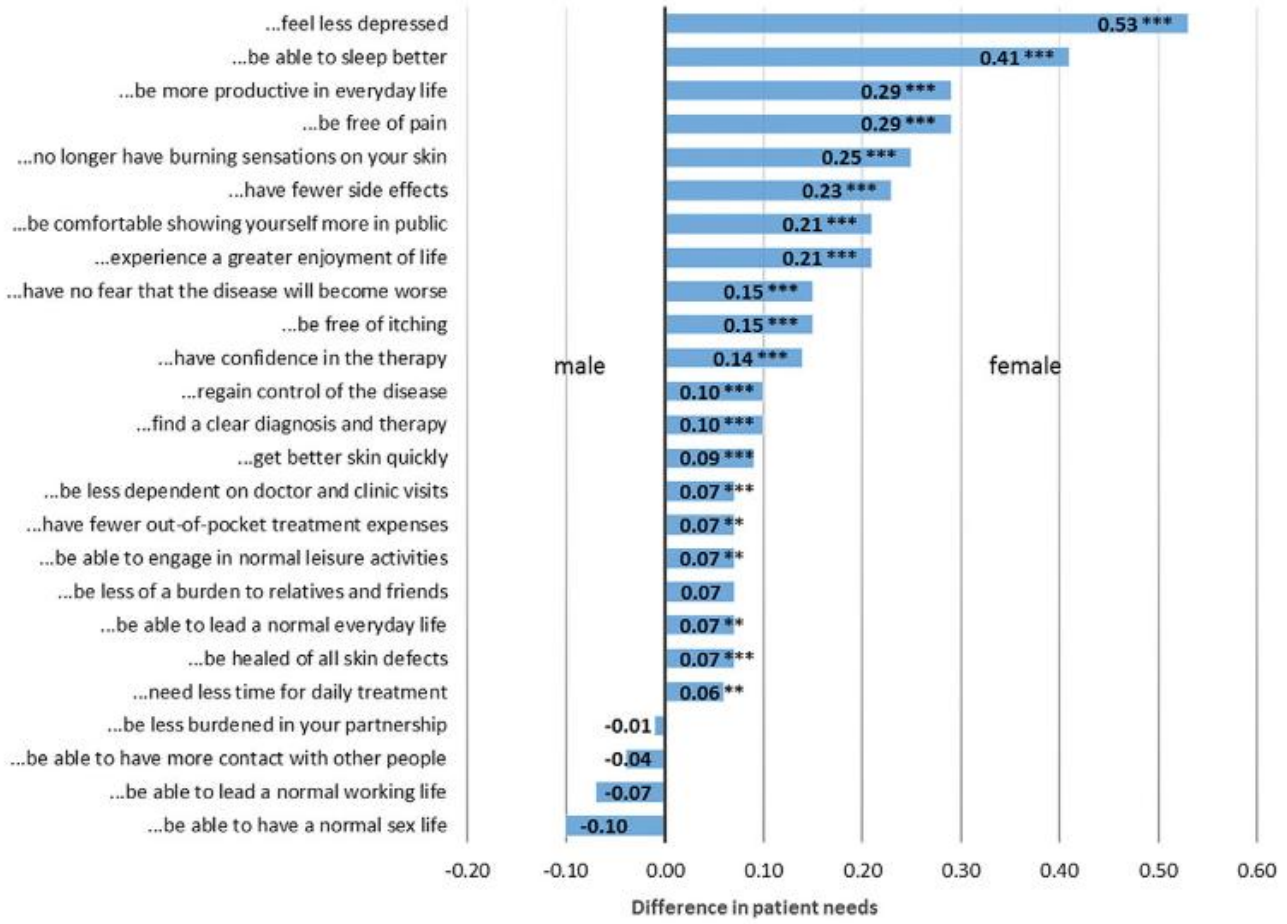


	Examples of Gender Differences	Comments	Source
Female > Male	Prevalence of comorbid cardiometabolic risk factors	Compared to general population of same gender	46
	DLQI		57, 64
	Likelihood of depression		64, 65 , 66 ,
	Perceived stigmatization		67, 68
	Burden of disease		67, 68
	Treatment expectations		67, 68
	Importance of (perceived) safety for treatment choice		98
	Likelihood to receive topical treatment	At same severity	99
	Likelihood of side effects from systemic treatment		100, 102
Female = Male	Disease manifestation/ morphology	No clear evidence for differences	56
Female < Male	Age of onset	Two peaks, both later for males	14
	Severity (PASI)		58, 59
	Likelihood to receive phototherapy	At same severity	99
	Likelihood to receive systemic treatment		58, 60, 61
	Satisfaction with biological treatment		103
Contradicting Evidence	Incidence (contradicting evidence)	Female > Male	16, 29, 30
		Female < Male	31, 32
	Prevalence (contradicting evidence)	Female > Male	17, 18, 72
		Female = Male	1, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
		Female < Male	19, 20
	Prevalence of comorbid MetS (contradicting evidence)	Increased in women only	46
		Female <= Male	47
	Effectiveness of systemic treatment (contradicting evidence)	Female > Male	101
		Female = Male	100
	Treatment adherence for biological treatment (contradicting evidence)	Female > Male	104
		Female < Male	103

Guillet et al. (2022) The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. Int J Women's Dermatology.
Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child-Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.

Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Erwartungen an die Therapie

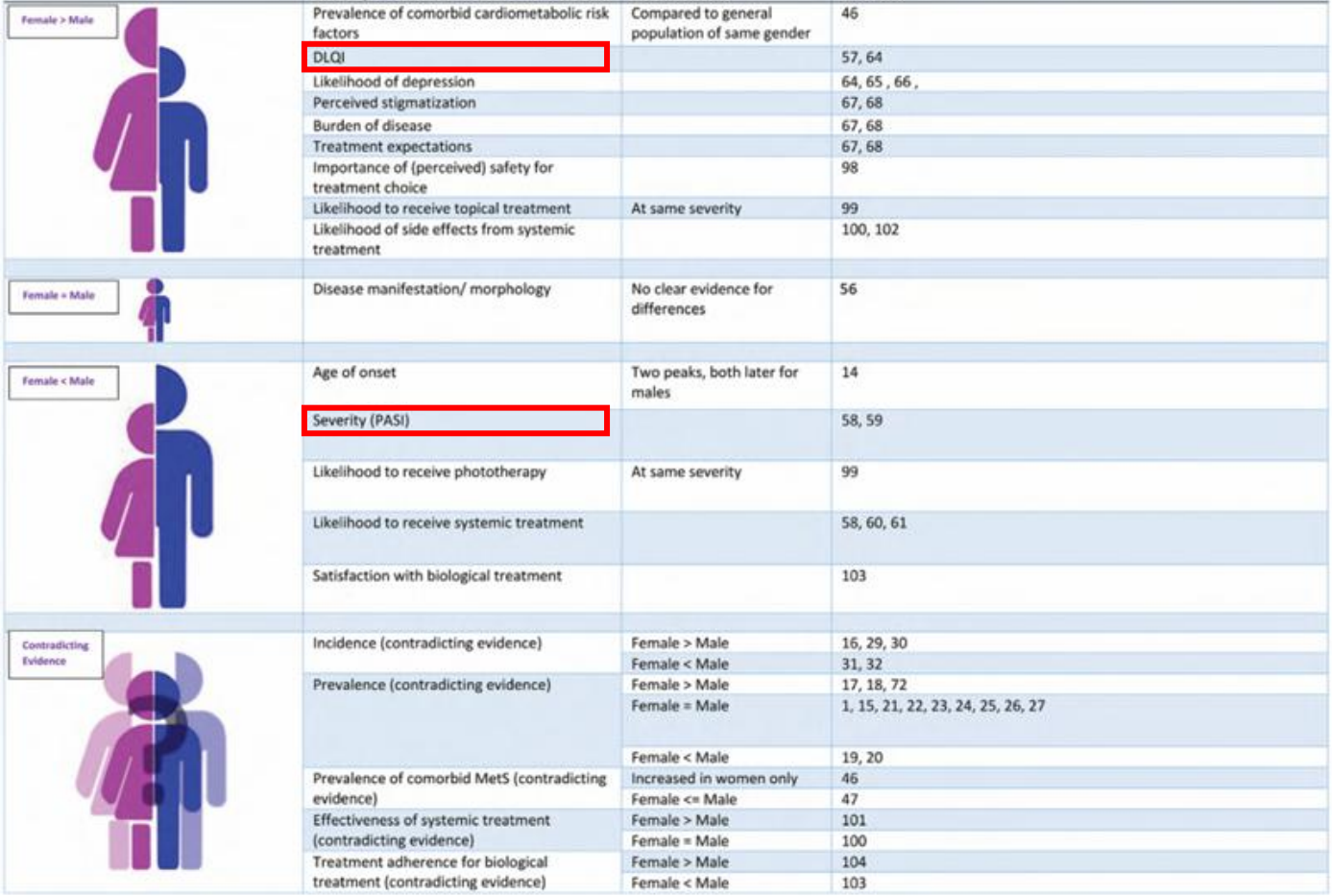
Uniklinikum Erlangen



Maul et al. (2019) Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis – a lesson for practice. J Eur Acad Dermatol Venereol.

Geschlechtsunterschiede bei der Psoriasis

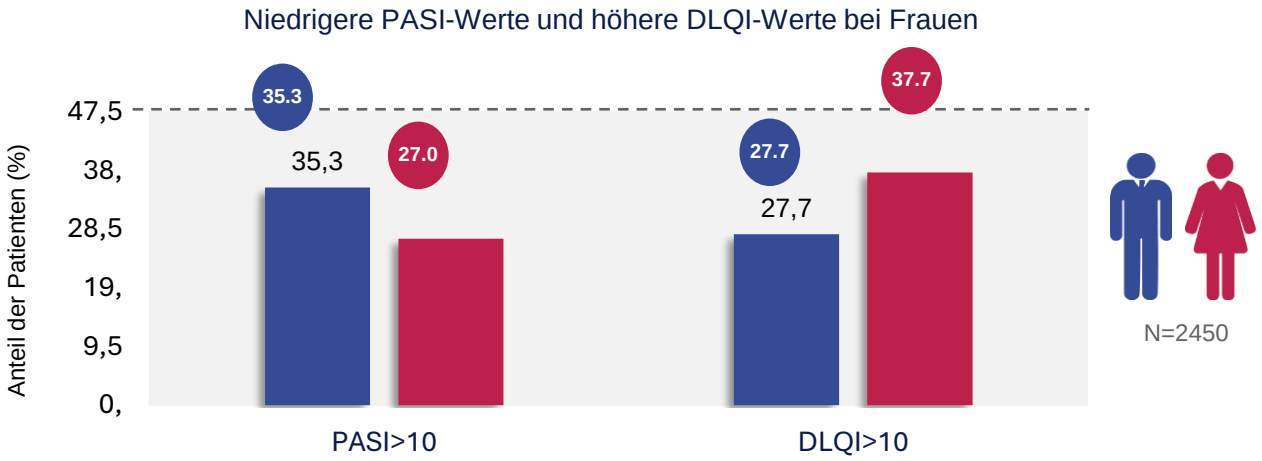
Uniklinikum Erlangen



	Examples of Gender Differences	Comments	Source
Female > Male	Prevalence of comorbid cardiometabolic risk factors	Compared to general population of same gender	46
	DLQI		57, 64
	Likelihood of depression		64, 65 , 66 ,
	Perceived stigmatization		67, 68
	Burden of disease		67, 68
	Treatment expectations		67, 68
	Importance of (perceived) safety for treatment choice		98
	Likelihood to receive topical treatment	At same severity	99
	Likelihood of side effects from systemic treatment		100, 102
Female = Male	Disease manifestation/ morphology	No clear evidence for differences	56
Female < Male	Age of onset	Two peaks, both later for males	14
	Severity (PASI)		58, 59
	Likelihood to receive phototherapy	At same severity	99
	Likelihood to receive systemic treatment		58, 60, 61
	Satisfaction with biological treatment		103
Contradicting Evidence	Incidence (contradicting evidence)	Female > Male	16, 29, 30
		Female < Male	31, 32
	Prevalence (contradicting evidence)	Female > Male	17, 18, 72
		Female = Male	1, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
		Female < Male	19, 20
	Prevalence of comorbid MetS (contradicting evidence)	Increased in women only	46
		Female <= Male	47
	Effectiveness of systemic treatment (contradicting evidence)	Female > Male	101
		Female = Male	100
	Treatment adherence for biological treatment (contradicting evidence)	Female > Male	104
		Female < Male	103

Guillet et al. (2022) The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. Int J Women's Dermatology.
Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child-Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.

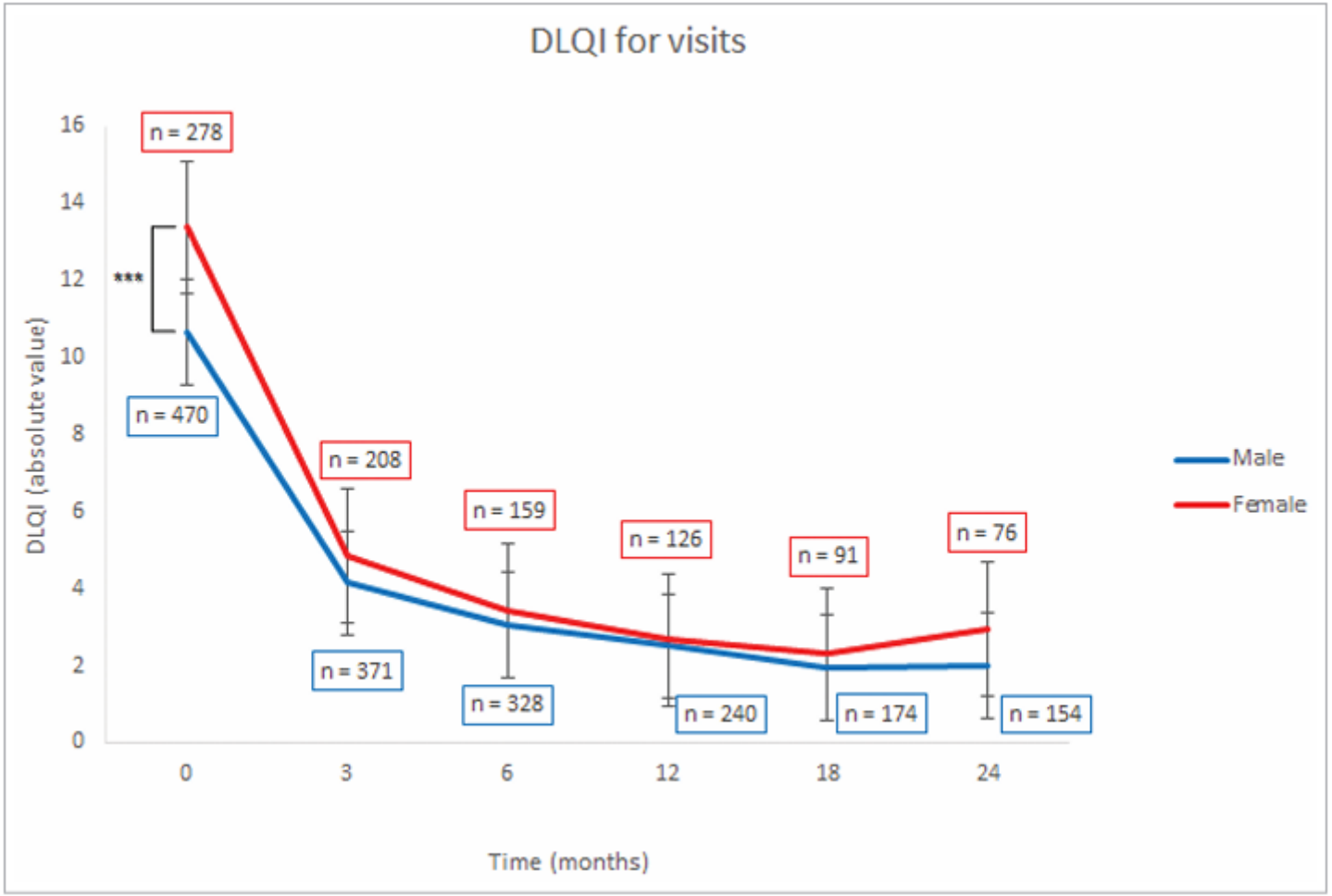
Unterschiede in Bezug auf die Krankheitsschwere



Beobachtungsstudie. Die Daten der Psoriasis-Patienten stammen aus dem Jahresbericht 2010 des schwedischen Psoriasis-Registers für systemische Therapien, der auch Behandlungen ohne Biologika beinhaltete. Lesuis N et al. BMC Med. 2012;10:82

DLQI vor und unter Biologikatherapie bei Männern und Frauen

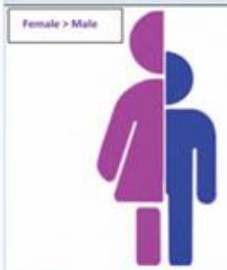
Uniklinikum Erlangen



Lichtenberger et al. (2025) Sex Disparities of Health-related Quality of Life in Moderate to Severe Psoriasis: A Real-world Analysis from the Swiss Psoriasis Registry (SDNTT). Acta Derm Venereol.

Geschlechtsunterschiede bei der Psoriasis

Uniklinikum Erlangen

	Examples of Gender Differences	Comments	Source
	Prevalence of comorbid cardiometabolic risk factors	Compared to general population of same gender	46
	DLQI		57, 64
	Likelihood of depression		64, 65 , 66 ,
	Perceived stigmatization		67, 68
	Burden of disease		67, 68
	Treatment expectations		67, 68
	Importance of (perceived) safety for treatment choice		98
	Likelihood to receive topical treatment	At same severity	99
	Likelihood of side effects from systemic treatment		100, 102
	Disease manifestation/ morphology	No clear evidence for differences	56
	Age of onset	Two peaks, both later for males	14
	Severity (PASI)		58, 59
	Likelihood to receive phototherapy	At same severity	99
	Likelihood to receive systemic treatment		58, 60, 61
	Satisfaction with biological treatment		103
	Incidence (contradicting evidence)	Female > Male	16, 29, 30
		Female < Male	31, 32
	Prevalence (contradicting evidence)	Female > Male	17, 18, 72
		Female = Male	1, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
		Female < Male	19, 20
	Prevalence of comorbid MetS (contradicting evidence)	Increased in women only	46
		Female <= Male	47
	Effectiveness of systemic treatment (contradicting evidence)	Female > Male	101
		Female = Male	100
	Treatment adherence for biological treatment (contradicting evidence)	Female > Male	104
		Female < Male	103

Guillet et al. (2022) The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. Int J Women's Dermatology.
Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child-Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.

Unterschiede in Bezug auf die Systemtherapiehäufigkeit

Uniklinikum Erlangen

Prozentual erhalten mehr Männer als Frauen eine Systemtherapie (n=589)

Beobachtungsstudie. Die Daten der Psoriasis-Patienten stammen aus dem Jahresbericht 2010 des schwedischen Psoriasis-Registers für systemische Therapien, der auch Behandlungen ohne Biologika beinhaltete. Lesuis N et al. BMC Med. 2012;10:82

Psoriasis und Schwangerschaft

Uniklinikum Erlangen

Effekt einer **Schwangerschaft** auf die Psoriasis:

- Ca. 50% Verbesserung
- Ca. 25% keine Veränderung
- Ca. 25% Verschlechterung

Nach der Entbindung:

- Ca. 65% Verschlechterung
- Ca. 25% keine Veränderung
- Ca. 10% Verbesserung

Murase et al. (2005) Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. Arch Dermatol.

Psoriasis und Schwangerschaft

Uniklinikum Erlangen

- Patientinnen mit Psoriasis (v.a. mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis) haben (a.e. aufgrund der systemischen Inflammation + Komorbiditäten) ein erhöhtes Risiko für:

- Fehlgeburten
- Frühgeburten
- Zu niedriges oder zu hohes Geburtsgewicht
- Schwangerschaftsdiabetes
- Schwangerschaftshypertonie (Bluthochdruck in der Schwangerschaft)
- Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)
- (notfallmäßiger) Kaiserschnitt

➢ Das Vorenthalten von Systemtherapien kann das Schwangerschaftsoutcome negativ beeinflussen!

Yeung et al. (2020) Management of Plaque Psoriasis With Biologic Therapies in Women of Child- Bearing Potential Consensus Paper. J Cutan Med Surg.
Bröms et al. (2018) Effect of maternal psoriasis on pregnancy and birth outcomes: A population-based cohort study from Denmark and Sweden. Acta Derm Venereol.

Aktuelle Daten zum Schwangerschaftsoutcome unter Biologika

Uniklinikum Erlangen

Table I. Baseline characteristics

Characteristics	Cases (biologics) *N* = 1226	Controls (unexposed) *N* = 1238	*P*-value
Age, mean (SD)	31.8 (8.9)	33.1 (8.0)	.001
Nulliparous (%)	472 (38.5%)	529 (42.7%)	.02
BMI, mean (SD)	27.4 (5.8)	26.9 (5.6)	.06
Smoking during pregnancy (%)	112 (9.1%)	91 (7.4%)	.11
Psoriasis duration, yrs (SD)	10.8 (5.6)	7.2 (4.9)	<.001
Systemic steroids in past year (%)	154 (12.6%)	100 (8.1%)	<.001
Pre-pregnancy HTN (%)	47 (3.9%)	42 (3.4%)	.52
Pre-pregnancy DM2 (%)	31 (2.5%)	27 (2.2%)	.66
Dyslipidemia (%)	115 (9.4%)	100 (8.1%)	.22
Biologic class	—	—	—
TNF-α inhibitors	1036 (84.5)	—	—
IL-17 inhibitors	37 (3.0)	—	—
IL-23 inhibitors	36 (2.9)	—	—
IL-12/23 inhibitor	117 (9.6)	—	—
Phototherapy in past year (%)	105 (8.6%)	85 (6.9%)	.13

Bar et al. (2026) Pregnancy outcomes in patients with biologic-exposed psoriasis: A large cohort study of real-world safety. J Am Acad Dermatol.

Aktuelle Daten zum Schwangerschaftsoutcome unter Biologika

Uniklinikum Erlangen

Table II. Odds of adverse pregnancy outcomes in biologic-exposed pregnancies versus unexposed controls

APO	Cases *n* (%)	Controls *n* (%)	OR	95% CI	*P*-value
Any APO	296 (24.14)	371 (29.97)	0.76	0.64-0.89	**.00128**
Abortion	103 (8.40%)	135 (10.90%)	0.75	0.57-0.98	**.0406**
Stillbirth	19 (1.55%)	19 (1.53%)	1.01	0.53-1.92	1.000
Preterm birth	10 (0.82%)	7 (0.57%)	1.45	0.55-3.81	.477
Low birth weight	14 (1.14%)	21 (1.70%)	0.67	0.34-1.32	.307
Preeclampsia	11 (0.90%)	10 (0.81%)	1.11	0.47-2.63	.830
Gestational hypertension	12 (0.98%)	16 (1.29%)	0.75	0.36-1.60	.569
Gestational diabetes	51 (4.16%)	92 (7.43%)	0.54	0.38-0.77	**.00054**
Placental abruption	5 (0.41%)	6 (0.48%)	0.84	0.26-2.76	1.000
Placenta previa	2 (0.16%)	2 (0.16%)	1.01	0.14-7.18	1.000
PPROM	15 (1.22%)	17 (1.37%)	0.89	0.44-1.79	.859
Postpartum hemorrhage	20 (1.63%)	29 (2.34%)	0.69	0.39-1.23	.248
Fetal growth restriction	33 (2.69%)	45 (3.63%)	0.73	0.46-1.16	.206
Cesarean delivery	160 (13.05%)	177 (14.30%)	0.90	0.71-1.13	.380

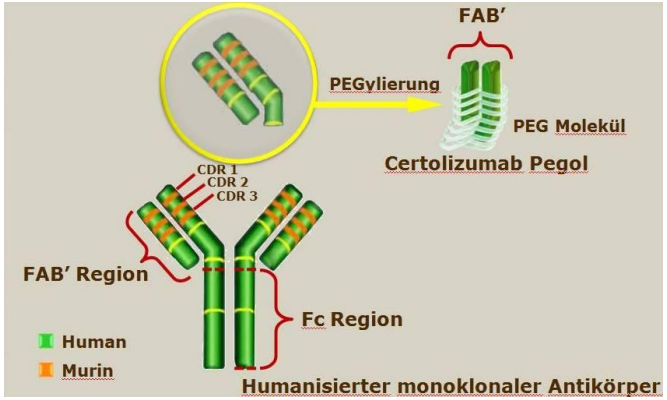
APO = adverse pregnancy outcome = Problem in der Schwangerschaft / negativer Schwangerschaftsausgang

Bar et al. (2026) Pregnancy outcomes in patients with biologic-exposed psoriasis: A large cohort study of real-world safety. J Am Acad Dermatol.

Leitlinienempfehlung zu Kinderwunsch/ Schwangerschaft/Stillzeit

Uniklinikum Erlangen

Es **kann empfohlen werden**, eine Biologikatherapie im zweiten und dritten Trimester zu unterbrechen (mit Ausnahme von Certolizumab Pegol), um die Exposition des Fötus zu minimieren und damit das potenzielle Infektionsrisiko für das Neugeborene zu begrenzen.	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert
Bei Frauen, die eine Empfängnis planen oder für die eine Therapie im zweiten oder dritten Trimenon der Schwangerschaft erforderlich ist, **kann** Certolizumab Pegol als Therapie der ersten Wahl **empfohlen werden** (wenn die Behandlung mit einem Biologikum als essentiell erachtet wird).	↑	STARKER KONSENS Konsensbasiert



- Frühzeitig in der Sprechstunde über das Thema Kinderplanung sprechen, damit die Therapie ggf. angepasst werden kann

https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-001l_S3_Therapie-Psoriasis-vulgaris_2026-02.pdf
https://www.rheuma-online.de/medikamente/certolizumab-cimzia/info/was-unterscheidet-certolizumab-pegol-von-anderen-tnf-alpha-blockern/

Zusammengefasste Empfehlungen zur Systemtherapie der Psoriasis in Schwangerschaft und Stillzeit

Uniklinikum Erlangen

Wirkstoffe	Empfohlene Therapiepause vor Konzeption	1. Schwangerschafts-trimenon	2. Schwangerschafts-trimenon	3. Schwangerschafts-trimenon	Stillzeit
Konventionelle Therapie					
Fumarsäurester	nicht notwendig bzw. wenige Tage ausreichend	▲)			
Methotrexat	1-3 Monate	▲)			
Leflunomid	2 Jahre bzw. Auswasch-maßnahmen notwendig *)	▲) •)			
Ciclosporin	nicht notwendig bzw. wenige Tage ausreichend				
Acitretin	3 Jahre *)				
Biologika-Therapie					
TNF-alpha-Inhibitoren					
Etanercept	nicht notwendig				
Adalimumab	nicht notwendig				
Infiximab	nicht notwendig				
Certolizumab-pegol	nicht notwendig				
Golimumab	6 Monate *)	▲)			
IL17-Inhibitoren					
Secukinumab	20 Wochen *)	▲)			
Ixekizumab	10 Wochen *)	▲)			
Brodalumab	12 Wochen *)	▲)			
Bimekizumab	17 Wochen *)	▲)			
IL23-Inhibitoren					
Ustekinumab	15 Wochen *)	▲)			
Guselkumab	12 Wochen *)	▲)			
Tildrakizumab	17 Wochen *)	▲)			
Risankizumab	21 Wochen *)	▲)			
Small molecules					
Apremilast	wenige (2-3) Tage ausreichend	▲)			
Tofacitinib	4 Wochen *)	▲)			
Upadacitinib	4 Wochen *)				
Fusionsprotein-CTLA4					
Abatacept	14 Wochen	▲)			

Legende:

- (+++) hohe Präferenz/Anwendung zugelassen, wenn klinisch notwendig
- (++) Präferenz, Anwendung zugelassen, wenn eindeutig erforderlich
- (+) keine Zulassung, aber schon positive Daten/Erfahrungen/Studien vorliegend
- (+/-) möglich, aber keine einheitlichen Daten bzw. zu wenig bzw. keine Daten
- (-) keine Daten bzw. negative Daten, absolute Kontraindikationen

*) Angaben gemäß der jeweiligen Fachinformationen

Basierend auf der aktuellen Datenlage (bestehend aus der Fachinformation, verfügbaren wissenschaftlichen Literatur inklusive nationale und internationale Leitlinien, Empfehlungen des Portals www.embryotox.de) sowie dem Konsensus der Autoren.

Balakirski et al. (2022) Psoriasis-Therapie während Schwangerschaft und Stillzeit. J Dtsch Dermatol Ges.

Zusammengefasste Empfehlungen zur Systemtherapie der Psoriasis in Schwangerschaft und Stillzeit

Uniklinikum Erlangen

Wirkstoffe	Empfohlene Therapiepause vor Konzeption	1. Schwangerschafts-trimenon	2. Schwangerschafts-trimenon	3. Schwangerschafts-trimenon	Stillzeit
Konventionelle Therapie					
Fumarsäurester	nicht notwendig bzw. wenige Tage ausreichend	▲)			
Methotrexat	1-3 Monate	▲)			
Leflunomid	2 Jahre bzw. Auswasch-maßnahmen notwendig *)	▲) •)			
Ciclosporin	nicht notwendig bzw. wenige Tage ausreichend				
Acitretin	3 Jahre *)				
Biologika-Therapie					
TNF-alpha-Inhibitoren					
Etanercept	nicht notwendig				
Adalimumab	nicht notwendig				
Infiximab	nicht notwendig				
Certolizumab-pegol	nicht notwendig				
Golimumab	6 Monate *)	▲)			
IL17-Inhibitoren					
Secukinumab	20 Wochen *)	▲)			
Ixekizumab	10 Wochen *)	▲)			
Brodalumab	12 Wochen *)	▲)			
Bimekizumab	17 Wochen *)	▲)			
IL23-Inhibitoren					
Ustekinumab	15 Wochen *)	▲)			
Guselkumab	12 Wochen *)	▲)			
Tildrakizumab	17 Wochen *)	▲)			
Risankizumab	21 Wochen *)	▲)			
Small molecules					
Apremilast	wenige (2-3) Tage ausreichend	▲)			
Tofacitinib	4 Wochen *)	▲)			
Upadacitinib	4 Wochen *)				
Fusionsprotein-CTLA4					
Abatacept	14 Wochen	▲)			

Legende:

- (+++) hohe Präferenz/Anwendung zugelassen, wenn klinisch notwendig
- (++) Präferenz, Anwendung zugelassen, wenn eindeutig erforderlich
- (+) keine Zulassung, aber schon positive Daten/Erfahrungen/Studien vorliegend
- (+/-) möglich, aber keine einheitlichen Daten bzw. zu wenig bzw. keine Daten
- (-) keine Daten bzw. negative Daten, absolute Kontraindikationen

*) Angaben gemäß der jeweiligen Fachinformationen

Basierend auf der aktuellen Datenlage (bestehend aus der Fachinformation, verfügbaren wissenschaftlichen Literatur inklusive nationale und internationale Leitlinien, Empfehlungen des Portals www.embryotox.de) sowie dem Konsensus der Autoren.

Balakirski et al. (2022) Psoriasis-Therapie während Schwangerschaft und Stillzeit. J Dtsch Dermatol Ges.

Impfen von Säuglingen, deren Mütter in der Schwangerschaft Biologika erhalten haben

Uniklinikum Erlangen

Tabelle 1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene; 2020/2021

Impfung	Alter in Wochen	Alter in Monaten								Alter in Jahren							
	6	2	3	4	5–10	11*	12	13–14	15	16–23	2–4	5–6	7–8	9–14	15–16	17	ab 18	ab 60
			U4		U5	U6				U7	U7a/U8	U9	U10	U11/J1		J2		
Rotaviren		G1[a]	G2	(G3)														
Tetanus[b]		G1		G2		G3[c]						A1		A2			A*	
Diphtherie[b]		G1		G2		G3[c]						A1		A2			A*	
Pertussis[b]		G1		G2		G3[c]						A1		A2			A3*	
Hib[b] *H. influenzae* Typ b		G1		G2		G3[c]												
Poliomyelitis[b]		G1		G2		G3[c]								A1				
Hepatitis B[b]		G1		G2		G3[c]												
Pneumokokken[b]		G1		G2		G3[c]												S[g]
Meningokokken C							G1											
Masern						G1			G2								S[f]	
Mumps, Röteln						G1			G2									
Varizellen						G1			G2									
HPV Humane Papillomviren														G1[d]	G2[d]			
Herpes zoster																	G1[h]	G2[h]
Influenza																	S (jährlich)	

https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf;jsessionid=1DE3C1A10CCB31E0B6AA31B102882CE7.iernet102?__blob=publicationFilent

Zusammenfassung

Uniklinikum Erlangen

- Vor allem früher: „Gender-Data-Gap“, aber noch immer tendenziell geringere Berücksichtigung von Frauen in klinischen Studien

- Die Veranlagung zu Psoriasis kann vererbt werden, jedoch muss die Erkrankung nicht unbedingt beim Kind ausbrechen

- Bei der Psoriasis finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede vor allem in Bezug auf Erwartungen, PASI/DLQI, Systemtherapiehäufigkeit, metabolisches Risiko

- Eine (System)therapie bei Patientinnen mit Kinderwunsch, schwangeren und stillenden Patientinnen ist unter Berücksichtigung der aktuellen Erkenntnisse mit hoher Sicherheit möglich und in vielen Fällen auch sinnvoll/erforderlich

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit

Uniklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. Wiebke Sondermann

Hautklinik

09131 85-33851

Wiebke.Sondermann@uk-erlangen.de