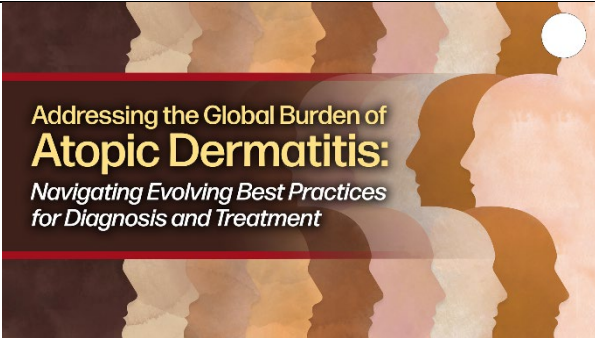
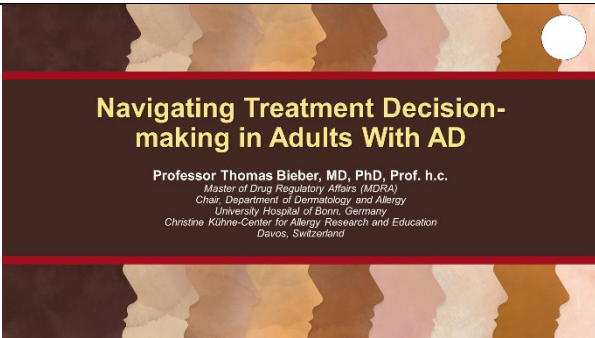




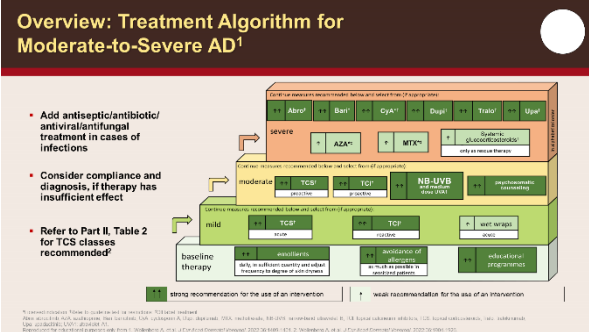
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

1		<p>Bonjour, je m'appelle Thomas Bieber. Je suis dermatologue et allergologue à l'Université de Bonn, en Allemagne, et je vous souhaite la bienvenue à cette série de présentations intitulée « Addressing the Global Burden of Atopic Dermatitis » (Combattre la dermatite atopique au niveau mondial).</p>
2		<p>Aujourd'hui, j'aimerais aborder la question de la prise de décision en matière de traitement chez les patients adultes atteints de cette maladie.</p>
3	 <p>Introduction</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atopic dermatitis (AD): chronic, pruritic, inflammatory skin disease that occurs most frequently in children but also affects many adults <ul style="list-style-type: none"> ◦ Prevalence of adult AD ranges from 1%-10% in different populations; 7% in United States ◦ 1 in 4 adults with AD report adult-onset disease • Complex pathogenesis involving genetic, immunologic, and environmental factors that lead to a dysfunctional skin barrier and immune dysregulation • Pruritus is the hallmark of AD and is responsible for much of the disease burden for patients and their families <ul style="list-style-type: none"> ◦ Depression, anxiety, and sleep disturbance are frequent comorbidities <p><small>Visit Activity 1 to learn more about AD pathophysiology</small></p>	<p>Je pense que, pour la plupart d'entre vous, je n'ai pas besoin de présenter les images cliniques du phénotype de cette maladie. J'aimerais simplement vous rappeler les points clés, à savoir qu'il s'agit de la maladie inflammatoire de la peau la plus importante et la plus courante au niveau mondial. Elle touche 1 adulte sur 4, en particulier lorsque la maladie apparaît à l'âge adulte. Elle touche beaucoup plus d'enfants, mais ce n'est pas le sujet de cette présentation. Nous savons que cette grande hétérogénéité du phénotype clinique reflète ce qu'il se passe dans le système immunitaire et dans la peau. La pathogénie complexe implique des facteurs génétiques,</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>immunologiques et environnementaux, et probablement aussi une régulation épigénétique, qui contribuent tous à ce trouble très prurigineux et particulièrement complexe. La maladie elle-même a des conséquences en termes d'impact sur la qualité de vie de ces patients, et en particulier sur les familles et les proches ou les soignants. Je vous propose de consulter l'activité 1 pour en savoir plus sur la physiopathologie de cette maladie. Cela vous donnera des indications sur les options d'interprétation pharmacologique pour cette maladie spécifique.</p>
4		<p>C'est exactement ce que nous aimerions aborder dans les minutes qui suivent, c'est-à-dire la prise en charge actuelle, les options de traitement et les recommandations actuellement disponibles, du moins selon les directives.</p>
5		<p>Cette image vous montre les chiffres des directives les plus récentes. Examinons le plan par étapes pour les adultes, dans ce cas, les patients souffrant de dermatite atopique. Comme vous pouvez le voir ici, c'est ce que l'on retrouve dans toutes ou presque toutes les directives du monde entier. D'abord la thérapie de base, qui comprend, d'une part, l'utilisation d'émollients et d'autres préparations visant à traiter</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>le dysfonctionnement de la barrière cutanée. Bien sûr, il faut éviter les allergènes, car nous savons que dans une sous-population de patients, les allergies peuvent jouer un rôle important dans l'induction des exacerbations. Il ne faut pas non plus oublier les programmes éducatifs, qui sont extrêmement importants, notamment parce que ces patients sont toujours désireux d'en savoir plus sur la maladie. La question de l'observance est vraiment importante dans la prise en charge de ces patients. Comme dans presque toutes les maladies que nous connaissons, nous devons aborder ces patients en fonction de leur gravité. Les algorithmes de traitement sont différents selon qu'il s'agit de patients légers, modérés ou plus sévères, comme le montre cette diapositive. Pour les patients souffrant de formes légères, on peut se permettre de traiter les poussées aiguës avec des stéroïdes topiques de manière plus réactive. Pour les formes plus légères à modérées, l'utilisation de stéroïdes topiques et d'inhibiteurs de la calcineurine topiques de manière proactive est très utile, ceci afin de mieux contrôler la maladie à long terme et d'éviter les exacerbations fréquentes. Cela a été bien démontré dans un certain nombre d'études, il y a une dizaine d'années, dans le cadre de</p>
--	--	--



Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>l'extension de la gamme Protopic, par exemple. Il s'agit d'une thérapie complémentaire. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'une alternative, ni d'un traitement intermédiaire entre le traitement topique et le traitement systémique. Il s'agit simplement d'un complément, le traitement par UVB, qui est extrêmement utile pour un certain nombre de patients, en particulier ceux qui signalent une amélioration de leurs troubles généralement pendant l'été. Les conseils psychosomatiques sont également importants. En effet, ils contribuent grandement à l'amélioration de l'observance des patients. Pour les patients les plus graves, il faut recourir à un traitement systémique. Actuellement, nous disposons, nous y reviendrons plus en détail par la suite, de traitements classiques, comme les traitements immunosuppresseurs, tels que la cyclosporine, le méthotrexate, l'azathioprine et les stéroïdes systémiques. D'autre part, il existe un traitement plus moderne avec les produits biologiques (dupilumab, tralokinumab) et les inhibiteurs de la kinase JAK (baricitinib, upadacitinib et abrocitinib).</p>
--	--	--


Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>6</p>	<p>Limitations of Historic Therapies: TCS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mainstay of therapy for moderate-to-severe AD, but may not be sufficient for certain patients • Limited by anatomic use restrictions and local AEs <ul style="list-style-type: none"> ◦ Skin atrophy, striae, and/or application site reactions • Systemic AEs: less likely to occur, but may develop with prolonged use of high-potency TCS on thin epidermal regions • Withdrawal reactions: may occur with inappropriate, prolonged, or frequent use, particularly with mid- to high-potency TCS • Steroid addiction: dependence on TCS to manage eczema symptoms, leading to continuous or increasing use • Can occur due to skin tolerance to the effects of steroids, leading to a need for higher doses to achieve the same symptom relief  <p><small>© 2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. Reproduction of this document is prohibited without the express written permission of the American Academy of Dermatology. For more information, please visit www.aad.org. All trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	<p>Pour en revenir aux limites des thérapies historiques, en particulier les corticostéroïdes topiques (CST) comme vous le voyez ici. Vous avez probablement vu certains de ces patients qui ont utilisé des stéroïdes topiques pendant de nombreuses semaines et de nombreux mois, conduisant parfois à cette sorte de situation de dépendance aux stéroïdes. Vous en voyez un exemple en bas à droite de la diapositive, chez cet enfant qui a utilisé les CST pendant une période plus longue et qui a ensuite connu ce sevrage avec une exacerbation aiguë de la pathologie.</p>
<p>7</p>	<p>Limitations of Historic Therapies: TCI Immunomodulators</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimecrolimus: mild-to-moderate AD <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1% indicated for patients aged ≥6 months depending on country • Tacrolimus: moderate-to-severe AD <ul style="list-style-type: none"> ◦ 0,1% indicated for patients aged >15 years ◦ 0,03% indicated for children aged ≥2 years • Common AEs: local skin irritation (burning, pruritus, and erythema) at the application site <ul style="list-style-type: none"> ◦ May drive some patients to discontinue TCIs prematurely • Black box warning: although a causal relationship has not been established, rare cases of malignancy (eg, skin and lymphoma) have been reported in patients treated with TCIs  <p><small>© 2014 American Academy of Dermatology. All rights reserved. Reproduction of this document is prohibited without the express written permission of the American Academy of Dermatology. For more information, please visit www.aad.org. All trademarks are the property of their respective owners.</small></p>	<p>D'autre part, nous avons également les inhibiteurs topiques de la calcineurine (ITC). Je ne dirais pas qu'il s'agit de médicaments immunosuppresseurs, mais plutôt d'immunomodulateurs topiques. Mais nous disposons de deux médicaments : le pimécrolimus et le tacrolimus. Le pimécrolimus n'est manifestement pas aussi efficace que le tacrolimus. Il s'agit certainement du premier choix pour le traitement des patients atteints de formes légères à modérées, en particulier dans les populations pédiatriques. Le traitement au tacrolimus est très efficace chez les patients souffrant de cette maladie,</p>


Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>qu'elle soit modérée ou parfois sévère. Cependant, pour les deux composés, et les patients le signaleront, cette irritation locale typique est une sorte de picotement et de sensation de brûlure, en particulier au cours des premiers jours suivant la première application. Il faut expliquer aux patients ce type d'effet secondaire et leur dire qu'il s'estompera très probablement une fois que l'inflammation se sera améliorée et que la fonction de barrière aura été restaurée. Le médicament sera alors beaucoup moins agressif en termes d'effets secondaires. Vous êtes tous au courant des avertissements « boîte noire » émis en 2005 dans le cadre de ces deux produits. En attendant, nous savons qu'il n'existe aucune preuve scientifique justifiant cet avertissement et que les deux médicaments sont réellement sûrs dans la prise en charge de ces maladies.</p>
8	<p>Limitations of Historic Therapies: Systemic Immunosuppressive Agents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cyclosporine A <ul style="list-style-type: none"> ◦ Discontinued in nearly half of patients due to ineffectiveness or patient-reported or clinician-reported (nephrotoxicity and hypertension) AEs • Oral corticosteroids <ul style="list-style-type: none"> ◦ Long-term use not recommended due to AE profile and risk of severe rebound flares after discontinuation • Off-label drugs (eg, azathioprine, methotrexate, and mycophenolate mofetil) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Often discontinued due to ineffectiveness or AEs ◦ Long-term effectiveness and safety data are scarce <p>AEs of Oral Corticosteroids:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Increased risk of infection • Weight gain • Osteoporosis • Worsening of diabetes or hypertension • Cataracts • Muscle weakness • Fluid retention • Peptic ulcers • Easy bruising • Altered mood or psychosis 	<p>En ce qui concerne les agents immunosuppresseurs systémiques, comme la cyclosporine A, les stéroïdes topiques et oraux et les médicaments non homologués, tels que l'azathioprine et le méthotrexate notamment, nous connaissons tous l'utilisation de ces médicaments et en</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>sommes tous conscients de ses effets. En Europe, la cyclosporine A est la seule à être approuvée par l'Agence européenne des médicaments, tandis que l'azathioprine, le méthotrexate et le mycophénolate ne sont pas approuvés. Je suppose qu'ils ne le seront jamais pour cette indication. Vous savez que l'utilisation de stéroïdes oraux, selon les dernières directives, est limitée à des situations très particulières. Lorsqu'un patient présente une poussée très sévère, on peut peut-être se permettre d'utiliser des stéroïdes oraux. Mais certainement pas à moyen ou à long terme, comme nous le constatons malheureusement encore chez certains patients qui nous sont envoyés en consultation. Les problèmes liés aux stéroïdes oraux sont bien illustrés ici, à droite de la diapositive. Vous connaissez tous les effets secondaires de ces stéroïdes. Je pense qu'aujourd'hui, nous disposons de suffisamment de nouveaux médicaments pour remplacer ce type de traitement.</p>
9	<p>Patient Case 1</p>  <p>23-YEAR-OLD WOMAN WITH A 15-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pimecrolimus cream on face ○ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites ○ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance • Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 5 • Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance <p>We will revisit this case later, but consider what might be an appropriate next step for this patient.</p>	<p>Il s'agit d'un patient type que j'aimerais présenter brièvement ici. Nous reviendrons sur ce patient par la suite. Il s'agit d'une femme de 23 ans qui souffre depuis 15 ans d'une dermatite atopique qui s'est aggravée récemment.</p>


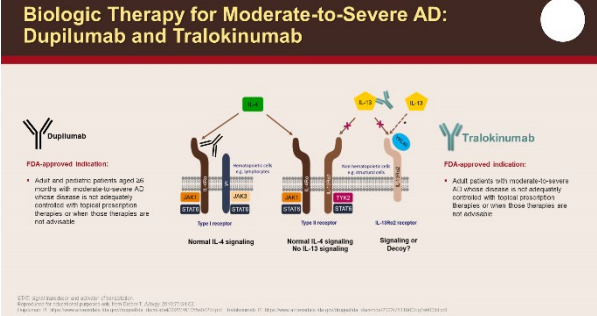
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>Fait très important dans ses antécédents médicaux : il s'agit d'une patiente atopique type, souffrant en particulier d'asthme qui est une autre comorbidité atopique. Elle est traitée avec un inhalateur d'albutérol. La prise en charge actuelle du trouble a été tentée avec du pimécrolimus sur le visage, du clobétasol sur les zones à problèmes et de la triamcinolone sur la peau non faciale, deux fois par semaine en guise de traitement d'entretien. Ce qui est intéressant, c'est la surface corporelle, qui est de 30 %. Ce pourcentage est très élevé. Comme vous pouvez le voir ici, le score IGA validé est de 4, ce qui implique que ce patient est classé dans la catégorie des formes sévères. Il n'est pas surprenant que le prurit ait été évalué à 8 sur l'échelle Pruritus NRS. Bien sûr, comme on pouvait s'y attendre, cette jeune femme signale des problèmes liés aux activités quotidiennes, en particulier l'impact sur la productivité au travail et les troubles du sommeil. Il s'agit d'une sorte d'archétype de patient sur lequel nous reviendrons dans un instant.</p>
--	--	---

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>10</p>		<p>Parlons maintenant des nouvelles thérapies.</p>																																
<p>11</p>	<p>Biologic and JAK1 Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indications</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">FDA-approved</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab²</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib³</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib⁴</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable </td> </tr> <tr> <td colspan="4">EMA-approved</td> </tr> <tr> <td>Baricitinib⁵</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy </td> </tr> </tbody> </table>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indications	FDA-approved				Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 	Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 	Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 	Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 	EMA-approved				Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 	<p>Aux États-Unis, nous disposons de ces quatre produits. Tandis qu'en Europe, il en existe un cinquième. Aux États-Unis, nous disposons des deux principaux médicaments biologiques, le dupilumab et le tralokinumab. Aux États-Unis, nous avons aussi l'upadacitinib et l'abrocitinib qui sont des inhibiteurs typiques de la kinase JAK. En Europe, nous avons également le baricitinib, un inhibiteur de JAK1 et 2, disponible pour le traitement des patients modérés à sévères.</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indications																															
FDA-approved																																		
Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 																															
Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCS 																															
Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 																															
Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥17 years with refractory moderate to severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drugs/products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 																															
EMA-approved																																		
Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 																															
<p>12</p>	<p>Biologic Therapy for Moderate-to-Severe AD: Dupilumab and Tralokinumab</p>  <p>The diagram illustrates the IL-4 signaling pathway. IL-4 binds to the Type I receptor (α4β2) and the Type II receptor (α1β1γ2). This leads to the activation of JAK1 and JAK2, which in turn phosphorylate STAT3 and STAT6. Activated STAT3 leads to the production of Th2 cytokines (IL-4, IL-5, IL-13), while activated STAT6 leads to the production of IgE. Dupilumab is shown binding to the Type I receptor, and Tralokinumab is shown binding to the Type II receptor, both preventing the downstream signaling cascade.</p> <p>FDA-approved Indication:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged 6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable. <p>FDA-approved Indication:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adult patients with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable. 	<p>En ce qui concerne le mode d'action. Le traitement biologique de la dermatite atopique modérée à sévère est actuellement possible grâce à deux produits principaux. Le dupilumab a été principalement approuvé pour la dermatite atopique. Cependant, il a fait l'objet d'une extension de gamme pour d'autres indications telles que l'asthme, la rhinosinusite chronique, l'œsophagite à éosinophiles et, plus récemment, le prurigo nodularis. Le médicament lui-même est désormais approuvé pour toute une série de patients souffrant</p>																																

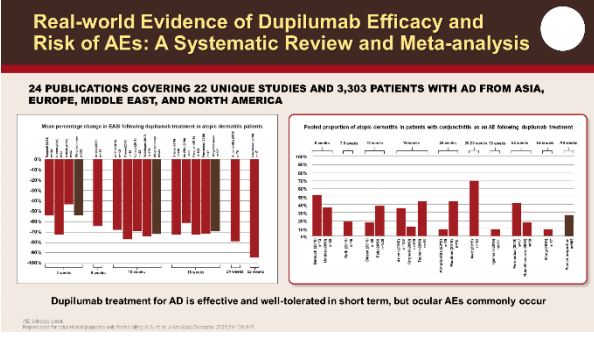
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>de cette maladie, dès l'âge de 6 mois. D'autre part, nous avons le tralokinumab, qui est également approuvé par la FDA pour les patients adultes. L'approbation pour les adolescents est actuellement en cours. L'indication est la même que pour le dupilumab. Les patients modérés à sévères qui ne sont pas suffisamment contrôlés par le traitement topique prescrit ou pour les patients pour lesquels le traitement n'est pas conseillé. Voyons quelques données sur ces différents produits.</p>
13	<div data-bbox="422 1064 1018 1384"> <h3>Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Long-term Efficacy</h3> <p>LIBERTY AD OLE STUDY</p> <ul style="list-style-type: none"> Adults previously enrolled in dupilumab trials for moderate-to-severe AD; included patients who switched to biweekly dosing Concomitant ICI and ICS permitted <p>AD signs and symptoms improved throughout the OLE, with (A) EASI and (B) weekly average Pruritus NRS scores improving rapidly during the first several weeks, followed by incremental improvements throughout the remainder of the treatment period</p> <p>Most common TEAEs: nasopharyngitis (28.9%), AD (16.6%), upper respiratory tract infections (13.3%), herpes viral infections (12.8%), and conjunctivitis (10.3%)</p> <p><small>© 2022 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. All rights reserved. Dupilumab (Dupixent®) is a registered trademark of Regeneron Pharmaceuticals, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners. Dupilumab (Dupixent®) is a registered trademark of Regeneron Pharmaceuticals, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners. Dupilumab (Dupixent®) is a registered trademark of Regeneron Pharmaceuticals, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners.</small></p> </div>	<p>Tout d'abord le dupilumab. Vous êtes probablement au courant du nombre d'études qui ont été réalisées. Le programme de phase 3 lancé par Regeneron et Sanofi dans le cadre du développement clinique de ce médicament est vraiment incroyable. Cette diapositive montre l'efficacité à long terme du dupilumab chez les patients qui ont été exposés, comme indiqué ici, pendant une période allant jusqu'à 4 ans au dupilumab. Vous voyez clairement qu'il ne s'agit pas d'un mécanisme d'évitement. Les patients qui répondent à ce médicament continuent d'y répondre sur une période plus longue. C'est une très bonne nouvelle pour les patients qui souffrent de cette maladie chronique et qui ont besoin d'une prise</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>en charge à long terme. La diapositive montre, d'une part, une amélioration du score EASI, à gauche. D'autre part, elle montre, à droite, une bonne réponse en termes d'amélioration du prurit, en partant d'un score de 7 points pour descendre jusqu'à 2 points sur une échelle de 7 points. C'est une réponse très stable.</p>
<p>14</p>	 <p>Real-world Evidence of Dupilumab Efficacy and Risk of AEs: A Systematic Review and Meta-analysis</p> <p>24 PUBLICATIONS COVERING 22 UNIQUE STUDIES AND 3,303 PATIENTS WITH AD FROM ASIA, EUROPE, MIDDLE EAST, AND NORTH AMERICA</p> <p>Mean percentage change in EASI following dupilumab treatment in atopic dermatitis patients</p> <p>Pooled proportion of atopic conjunctivis in patients with conjunctivitis as an AE following dupilumab treatment</p> <p>Dupilumab treatment for AD is effective and well-tolerated in short term, but ocular AEs commonly occur</p>	<p>Il s'agit ici des données de l'essai de phase 3, dans lequel on essaie de voir ce qu'il se passe vraiment dans des conditions réelles. Nous avons la chance de disposer d'un grand nombre de publications faisant état de l'expérience acquise avec le dupilumab dans de très nombreux centres à travers le monde. Nous avons maintenant plus de 3 300 patients de différents pays, qui ont été inclus dans ces études en situation réelle. En fin de compte, les données générées dans le cadre des essais de phase 3 ont été très bien reproduites dans le contexte du monde réel. D'autre part, comme vous le savez, le seul problème qui peut être lié à l'utilisation du dupilumab est la conjonctivite. Comme il fallait s'y attendre, vous verrez que dans les rapports sur les données réelles de la littérature, le signalement de ce problème oculaire qui a été rapporté. Vous pouvez le voir ici à droite. En général, il existe une sorte de</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>corrélation entre la durée du traitement et la proportion de patients qui signalent ce type d'effet secondaire.</p>
<p>15</p>	<p>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Monotherapy</p> <p>ECZTRA 1 (NCT03131648) AND ECZTRA 2 (NCT03160885)</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients aged ≥18 years, diagnosis of AD for ≥1 year, inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year Patients randomized 2:1 to tralokinumab 300 mg after a 600-mg loading dose on day 0 or placebo Q2W for 16 weeks <p>Tralokinumab showed significantly higher results in both IGA score of 0/1 and EASI 75 at week 16 compared with placebo, with over 50% of patients maintaining their clinical response at 52 weeks without additional medication</p> <p>Conjunctivitis as an AE of special interest; most cases were mild and resolved by the end of the treatment period</p>	<p>Le tralokinumab est le deuxième produit actuellement disponible pour le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère. Voici les résultats qui résument les deux critères d'évaluation. IGA 0/1 à gauche et EASI-75 à droite. Si l'on considère l'IGA 0/1 comme le critère d'évaluation le plus strict actuellement disponible, cela correspond approximativement à une amélioration de l'EASI de 90 % et plus. Vous voyez ici que l'on obtient une réponse moyenne de 20 %, 22 % des patients qui ont atteint le score IGA 0/1. Mais comme vous pouvez également le voir sur ces courbes, elles ne s'arrêtent pas à la semaine 16.</p>
<p>16</p>	<p>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Long-Term Efficacy</p> <p>ECZTRA2 (NCT03160885)</p> <ul style="list-style-type: none"> Open-label extension trial of AD patients enrolled in previous tralokinumab parent trials Participants received subcutaneous tralokinumab 300 mg every 2 weeks after a 600-mg loading dose of tralokinumab <p>Median percentage improvement in EAS from parent trial baseline through 2 years of tralokinumab treatment (week 52 in ECZTRA2)</p> <p>Tralokinumab was well tolerated and maintained substantial clinical improvements over 2 years in participants with moderate-to-severe AD</p>	<p>Dans cette diapositive, en regardant la réponse de ces patients jusqu'à la semaine 52, on constate une nouvelle augmentation de leur réponse. En d'autres termes, lorsque vous mettez des patients sous tralokinumab, vous devez leur expliquer que la réponse maximale ne sera pas atteinte avant la semaine 20 ou 24. Ils doivent être patients. Vous devez leur expliquer qu'il faut un peu plus de temps que le dupilumab pour</p>

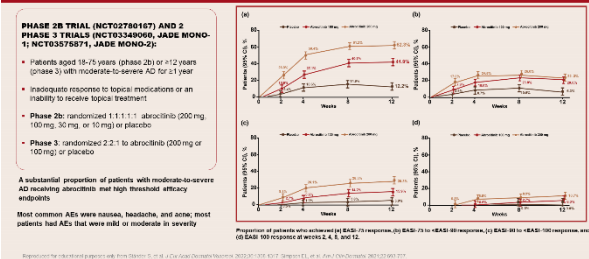
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		atteindre l'efficacité maximale.																																																																																																						
17	<h3>Tralokinumab in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy—Combination With TCS</h3> <p>ECTRA 3 (NCT03365854)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aged ≥18 years, diagnosis of AD for ≥1 year, inadequate response to topical medications or systemic treatment for AD in the past year • Tralokinumab 300-mg loading dose, followed by tralokinumab 300 mg Q2W or placebo and TCS for 16 weeks <ul style="list-style-type: none"> • At week 16, significantly more patients receiving tralokinumab achieved the IGA 0/1 and PASI 75 compared with placebo • Overall frequency and severity of AEs were comparable between tralokinumab and placebo, mainly nonserious and mild or moderate in severity 	Cette efficacité peut être améliorée, généralement par l'utilisation combinée de stéroïdes topiques. Nous voyons la même situation pour le dupilumab. Dans l'étude CHRONOS, il a été démontré que la combinaison du dupilumab et des CST apporte un plus en termes de réponse, de l'ordre de 10 à 15 %.																																																																																																						
18	<h3>Oral JAK1 Inhibitors for Moderate to Severe AD</h3> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>ABROCITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selective JAK1 inhibitor • Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD <p>UPADACITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selective JAK1 inhibitor • Approved in the US, EU, and Japan for treatment of adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD <p>BARICITINIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • JAK1/2 inhibitor • Approved in many countries, including the EU and Japan, for the treatment of adult patients with moderate-to-severe AD who are candidates for systemic therapy </div> <div style="flex: 1;"> </div> </div>	Passons maintenant à la classe de molécules suivante : les inhibiteurs de la kinase JAK administrés par voie orale. Les inhibiteurs de la kinase JAK administrés par voie orale sont répartis en trois médicaments différents : l'abrocitinib, qui est un inhibiteur sélectif de JAK1, l'upadacitinib, qui est également un inhibiteur sélectif de JAK1, et le baricitinib, qui est un inhibiteur de JAK1 et 2. Tous ces produits sont approuvés dans les différents pays, à l'exception du baricitinib, qui n'est pas encore approuvé aux États-Unis pour cette indication.																																																																																																						
19	<h3>Baricitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 16¹⁻⁵</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Treatment (mg) (no. of pts)</th> <th>Responder rate (%) (95% CI)</th> <th>ESR33</th> <th>ESR99</th> <th>SCORAD15</th> <th>IGA 0 or 1 from BL (n/total) (95% CI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD1</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (135)</td> <td>16.6 (1.1; 34.5)***</td> <td>24.8 (1.7; 30.6)***</td> <td>16.6 (1.1; 34.5)***</td> <td>16.4 (0.8; 37.3)***</td> <td>59.4** (35)</td> </tr> <tr> <td>PLA (132)</td> <td>11.4 (2.8; 12.6)***</td> <td>18.7 (2.5; 13.4)***</td> <td>16.6 (2.5; 11.4)***</td> <td>7.2 (8.1; 1.6) 21.6**</td> <td>51.9** (31)</td> </tr> <tr> <td>P (0.04)</td> <td>4.8</td> <td>8.8</td> <td>4.6</td> <td>1.2</td> <td>-34.9 (32)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD2</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (135)</td> <td>13.3 (3.8; 19.8)***</td> <td>21.1 (1.4; 22.8)***</td> <td>13.6 (8.2; 24.4)***</td> <td>11.4 (7.4; 35.2)***</td> <td>56.9** (35)</td> </tr> <tr> <td>PLA (132)</td> <td>10.6 (2.8; 14.0)***</td> <td>17.8 (3.5; 17.2)***</td> <td>8.6 (3.9; 14.4)***</td> <td>7.2 (5.0; 16.4)***</td> <td>54.9** (35)</td> </tr> <tr> <td>P (0.04)</td> <td>4.5</td> <td>6.1</td> <td>2.0</td> <td>1.6</td> <td>-28.9 (32)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD3</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 (144)</td> <td>34.0***</td> <td>29.0***</td> <td>26.0***</td> <td>14.4**</td> <td>54.4** (21)</td> </tr> <tr> <td>PLA (141)</td> <td>3.4</td> <td>8.2</td> <td>3.4</td> <td>2.7</td> <td>-34.1 (27)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Combination Therapy</td> </tr> <tr> <td colspan="6">BREEZE-AD4</td> </tr> <tr> <td>BAR 4 + TCS (111)</td> <td>31.0 (8.1; 44.5)***</td> <td>48.3 (3.1; 84.6)***</td> <td>24.0 (1.1; 64.2)**</td> <td>18.0 (7.1; 34.3)**</td> <td>67.7** (26)</td> </tr> <tr> <td>PLA + TCS (108)</td> <td>24.1 (10.3; 43.9)</td> <td>42.2 (8.1; 44.4)***</td> <td>11.1 (1.2; 64.2)**</td> <td>11.1 (3.3; 34.4)</td> <td>+38.2 (22)</td> </tr> <tr> <td>P (0.02) (108)</td> <td>15</td> <td>23</td> <td>14</td> <td>7</td> <td>-45.1 (28.5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Baricitinib 4 mg showed a significant improvement at week 16 compared with placebo in primary and secondary disease severity endpoints</p> <p>• Improvements in patients enrolled in BREEZE-AD1 and BREEZE-AD2 were sustained over up to 68 weeks of treatment⁶</p> <p>• Most common TEAEs were infections, mainly mild to moderate upper respiratory tract infections, and herpes simplex</p> <p>• Most frequent laboratory change was an increase in serum CPK to grade 1</p>	Treatment (mg) (no. of pts)	Responder rate (%) (95% CI)	ESR33	ESR99	SCORAD15	IGA 0 or 1 from BL (n/total) (95% CI)	BREEZE-AD1						BAR 4 (135)	16.6 (1.1; 34.5)***	24.8 (1.7; 30.6)***	16.6 (1.1; 34.5)***	16.4 (0.8; 37.3)***	59.4** (35)	PLA (132)	11.4 (2.8; 12.6)***	18.7 (2.5; 13.4)***	16.6 (2.5; 11.4)***	7.2 (8.1; 1.6) 21.6**	51.9** (31)	P (0.04)	4.8	8.8	4.6	1.2	-34.9 (32)	BREEZE-AD2						BAR 4 (135)	13.3 (3.8; 19.8)***	21.1 (1.4; 22.8)***	13.6 (8.2; 24.4)***	11.4 (7.4; 35.2)***	56.9** (35)	PLA (132)	10.6 (2.8; 14.0)***	17.8 (3.5; 17.2)***	8.6 (3.9; 14.4)***	7.2 (5.0; 16.4)***	54.9** (35)	P (0.04)	4.5	6.1	2.0	1.6	-28.9 (32)	BREEZE-AD3						BAR 4 (144)	34.0***	29.0***	26.0***	14.4**	54.4** (21)	PLA (141)	3.4	8.2	3.4	2.7	-34.1 (27)	Combination Therapy						BREEZE-AD4						BAR 4 + TCS (111)	31.0 (8.1; 44.5)***	48.3 (3.1; 84.6)***	24.0 (1.1; 64.2)**	18.0 (7.1; 34.3)**	67.7** (26)	PLA + TCS (108)	24.1 (10.3; 43.9)	42.2 (8.1; 44.4)***	11.1 (1.2; 64.2)**	11.1 (3.3; 34.4)	+38.2 (22)	P (0.02) (108)	15	23	14	7	-45.1 (28.5)	Commençons par le baricitinib, qui a été le premier médicament ou la première classe de médicaments approuvés pour le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère, du moins en Europe. Comme vous pouvez le voir ici, en
Treatment (mg) (no. of pts)	Responder rate (%) (95% CI)	ESR33	ESR99	SCORAD15	IGA 0 or 1 from BL (n/total) (95% CI)																																																																																																			
BREEZE-AD1																																																																																																								
BAR 4 (135)	16.6 (1.1; 34.5)***	24.8 (1.7; 30.6)***	16.6 (1.1; 34.5)***	16.4 (0.8; 37.3)***	59.4** (35)																																																																																																			
PLA (132)	11.4 (2.8; 12.6)***	18.7 (2.5; 13.4)***	16.6 (2.5; 11.4)***	7.2 (8.1; 1.6) 21.6**	51.9** (31)																																																																																																			
P (0.04)	4.8	8.8	4.6	1.2	-34.9 (32)																																																																																																			
BREEZE-AD2																																																																																																								
BAR 4 (135)	13.3 (3.8; 19.8)***	21.1 (1.4; 22.8)***	13.6 (8.2; 24.4)***	11.4 (7.4; 35.2)***	56.9** (35)																																																																																																			
PLA (132)	10.6 (2.8; 14.0)***	17.8 (3.5; 17.2)***	8.6 (3.9; 14.4)***	7.2 (5.0; 16.4)***	54.9** (35)																																																																																																			
P (0.04)	4.5	6.1	2.0	1.6	-28.9 (32)																																																																																																			
BREEZE-AD3																																																																																																								
BAR 4 (144)	34.0***	29.0***	26.0***	14.4**	54.4** (21)																																																																																																			
PLA (141)	3.4	8.2	3.4	2.7	-34.1 (27)																																																																																																			
Combination Therapy																																																																																																								
BREEZE-AD4																																																																																																								
BAR 4 + TCS (111)	31.0 (8.1; 44.5)***	48.3 (3.1; 84.6)***	24.0 (1.1; 64.2)**	18.0 (7.1; 34.3)**	67.7** (26)																																																																																																			
PLA + TCS (108)	24.1 (10.3; 43.9)	42.2 (8.1; 44.4)***	11.1 (1.2; 64.2)**	11.1 (3.3; 34.4)	+38.2 (22)																																																																																																			
P (0.02) (108)	15	23	14	7	-45.1 (28.5)																																																																																																			

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

	<p>se basant sur le score IGA validé pour les études portant sur deux doses différentes, 4 mg et 2 mg, en moyenne 20 % des patients ont atteint ce critère d'évaluation spécifique. Un peu plus bien sûr pour l'EASI-75. Cela montre clairement que ce médicament, au moins par rapport aux autres (et si vous faites une sorte de méta-analyse en réseau, cela sera plus évident), le baricitinib semble être moins efficace que les concurrents tels que l'abrocitinib et l'upadacitinib. Mais encore une fois, la thérapie combinée avec les CST vous permet d'avoir un plus d'au moins 10 à 15 % en termes d'efficacité. Comme pour la plupart des inhibiteurs de la kinase JAK, vous verrez un certain nombre d'effets secondaires potentiels. Nous y reviendrons plus tard. Mais pour le baricitinib, en particulier, le profil de sécurité était, du moins d'après mon expérience, cliniquement très acceptable par rapport à ce que j'ai vu avec d'autres médicaments.</p>	
20	<p>Abrocitinib in Patients Aged ≥12 Years With Moderate-to-Severe AD: Pooled Efficacy Analysis</p>  <p>PHASE 2B TRIAL (NCT02781617) AND 2 PHASE 3 TRIALS (NCT03349066, JADE MONO-1; NCT03575871, JADE MONO-2):</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients aged 18-75 years (phase 2B) or ≥12 years (phase 3) with moderate-to-severe AD for ≥1 year inadequate response to topical medications or an inability to receive topical treatment Phase 2b: randomized 1:1:1:1:1 abrocitinib (200 mg, 100 mg, 50 mg, or 10 mg) or placebo Phase 3: randomized 2:2:1 to abrocitinib (200 mg or 100 mg) or placebo <p>A substantial proportion of patients with moderate-to-severe AD receiving abrocitinib met high threshold efficacy endpoints.</p> <p>Most common AEs were nausea, headache, and acne; most patients had AEs that were mild or moderate in severity.</p> <p>Proportion of patients who achieved (a) EASI-75 response, (b) EASI-50 response, (c) EASI-20 response, and (d) EASI-10 response at weeks 2, 4, 8, and 12.</p>	<p>L'abrocitinib, inhibiteur sélectif de JAK1, est une molécule très intéressante. Il est actuellement autorisé pour les adolescents, ce qui n'est pas encore le cas de l'upadacitinib. Comme vous pouvez le voir sur cette diapositive, en haut à gauche, lorsque vous regardez le nombre de</p>

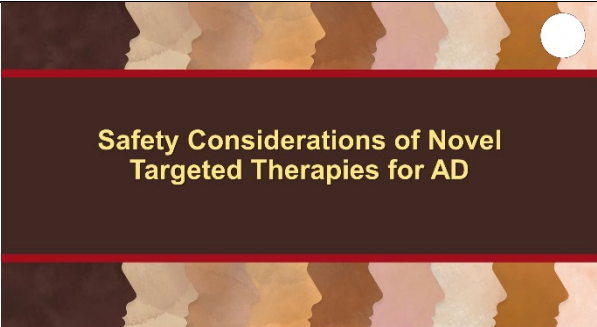
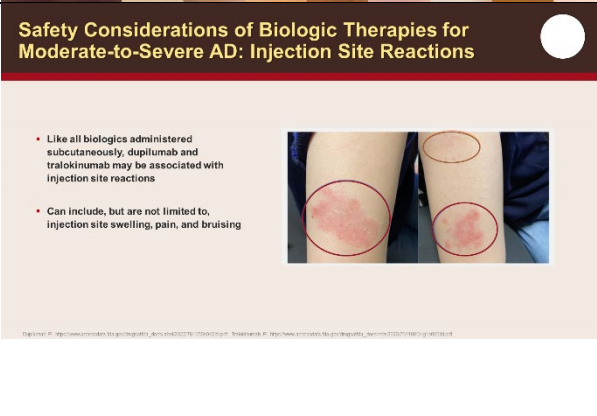

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>patients qui ont atteint la réponse EASI-75, 60 % de ces patients ont atteint ce critère d'évaluation. C'est remarquable. Il s'agit là d'une réponse que l'on pourrait qualifier d'excellente. Cela se traduit également en termes d'EASI-90, dans le panneau C juste en dessous, avec 30 % des patients. C'est une réponse remarquable.</p>
<p>21</p>	<div data-bbox="422 772 1018 1108"> <h3>Upadacitinib in Adults With Moderate-to-Severe AD: Efficacy at Week 52</h3> <p>ANALYSIS OF FOLLOW-UP DATA FROM THE LARGE, GLOBAL, REPLICATE PHASE 3 MEASURE UP 1 AND MEASURE UP 2 RANDOMIZED CLINICAL TRIALS (N=1,609)</p> <p>Efficacy over time for (a) EASI-75 and (b) vIGA-AD 0/1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Once-daily use of upadacitinib (15 mg or 30 mg) resulted in long-lasting efficacy with consistent responses observed through 52 weeks, both in patients who received upadacitinib from the start of treatment and in placebo-treated patients who were rerandomized to upadacitinib at week 16. <p><small>FIG 1. UPA 15 mg, 30 mg, PBO. © 2022 J.D. Bieber, MD, PhD. All rights reserved. Reproduced with permission from Springer Nature. JAMA Dermatol. 2022;168:1481-1491.</small></p> </div>	<p>De même, l'upadacitinib semble avoir le même type d'efficacité, peut-être un peu meilleure dans certains essais cliniques, en particulier pour la dose la plus élevée, qui est ici de 30 mg. Mais comme vous pouvez le voir ici, et contrairement aux produits biologiques, le mode d'action est assez rapide. Vous avez atteint un plateau en termes d'efficacité après 8 à 12 semaines, ce qui contraste fortement avec ce que nous savons du dupilumab et surtout du tralokinumab. Cela vaut évidemment aussi pour l'EASI-75, à gauche, et l'IGA 0/1, à droite. Un point important, qui n'est pas mentionné sur cette diapositive, est la différence spectaculaire entre le dupilumab et le tralokinumab, d'une part, et les inhibiteurs de la kinase JAK d'autre part, en ce qui concerne leur efficacité en termes de contrôle du prurit. Il est très étonnant de voir à quelle vitesse les</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>inhibiteurs de la kinase JAK induisent un soulagement substantiel du prurit et de la sensation de douleur chez la plupart de ces patients. C'est, à mon avis, l'une des différences les plus importantes entre ces petites molécules, d'une part, et les produits biologiques, d'autre part.</p>
22		<p>Examinons les considérations de sécurité que j'ai déjà mentionnées un peu plus haut.</p>
23		<p>En ce qui concerne les produits biologiques, nous connaissons tous les effets secondaires, en particulier ceux liés au site d'injection. C'est un phénomène que l'on retrouve dans presque tous les produits injectés, qu'il s'agisse de produits biologiques ou autres. Cela ne fait aucune différence.</p>
24		<p>La différence est due à l'effet secondaire que j'ai déjà mentionné, à savoir la conjonctivite. La conjonctivite est signalée dans 10 à 11 % des cas dans le premier essai de phase 3 avec le dupilumab. Le taux le plus élevé a été signalé dans un rapport de données réelles spécifique, où cette fréquence élevée a été signalée de manière tout à fait unique dans cette publication. Je pense qu'il est important de mentionner que</p>

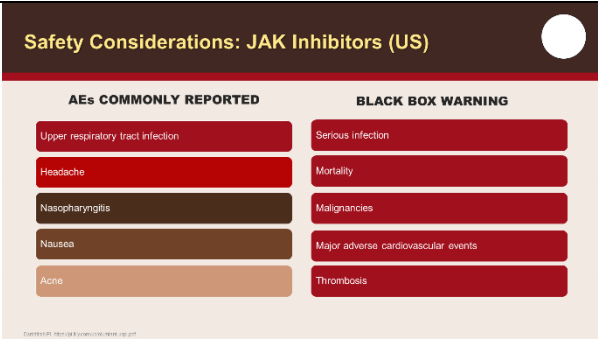
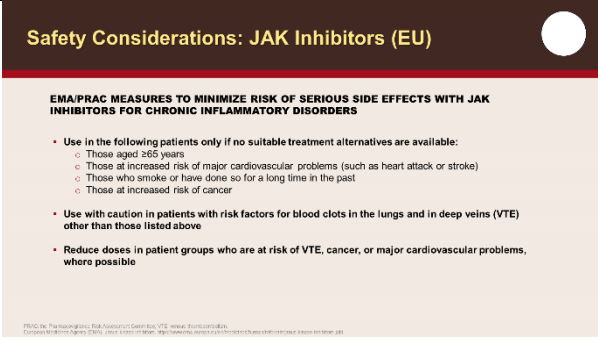
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>généralement, du moins d'après notre expérience clinique, si un patient souffrait déjà de conjonctivite, ce qui est assez fréquent dans la dermatite atopique, avant de commencer le dupilumab, il y a un risque substantiel que ce symptôme s'exacerbe pendant le traitement au dupilumab. Ce n'est pas une obligation. Mais il existe un risque d'exacerbation de ce symptôme particulier. Dans de très rares cas, on observe un ectropion cicatriciel, comme ici à droite de la diapositive. C'est une complication très rare de l'utilisation du dupilumab chez ces patients.</p>												
25	<p>Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD: Conjunctivitis (cont)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Topical treatment options for biologic-associated conjunctivitis include tear substitutes and several pharmacologically active agents: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fluorometholone 0.1% eye drops are approved for the treatment of inflammatory disorders of the anterior surface of the eye ◦ Eye drops containing cyclosporine are suitable for treatment of severe conjunctivitis ◦ Another option for treating conjunctivitis is tacrolimus 0.03% eye ointment (off label) <div data-bbox="750 1299 997 1489"> <p>Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Rx (NRF 12.21.3)</td> </tr> <tr> <td>Cyclosporine</td> <td>1.0 g</td> </tr> <tr> <td>Rafinoo castor oil</td> <td>9.9 g</td> </tr> <tr> <td>Medium chain triglycerides</td> <td>10: 100.0 g</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Shelf life: 1 week</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle</td> </tr> </table> </div> <p><small>Hariri S, et al. J Clin Dermatol. 2018;17(06):601-604. doi:10.1007/s12274-018-0922-2. Epub 2018. PMID: 30102172. D'Almondo P. Immunomodulators for conjunctivitis. Arch Ophthalmol. 2008;126(10):1385-1389. doi:10.1093/ptnp/pfn014. Epub 2008. PMID: 18802172.</small></p>	Rx (NRF 12.21.3)		Cyclosporine	1.0 g	Rafinoo castor oil	9.9 g	Medium chain triglycerides	10: 100.0 g	Shelf life: 1 week		Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle		<p>C'est quelque chose que nous connaissons par la pratique quotidienne. Cependant, du moins dans ma routine et mon expérience empirique, je n'ai qu'un nombre limité de patients qui doivent arrêter le traitement à cause de cet effet secondaire. Dans la plupart des cas, elle reste légère à modérée. Elle peut être traitée soit par des gouttes topiques ou oculaires contenant des stéroïdes, soit par des gouttes oculaires contenant de la cyclosporine A, dont la formulation est illustrée à droite de la diapositive. Il existe également des options de traitement avec une pommade ophtalmique contenant du tacrolimus,</p>
Rx (NRF 12.21.3)														
Cyclosporine	1.0 g													
Rafinoo castor oil	9.9 g													
Medium chain triglycerides	10: 100.0 g													
Shelf life: 1 week														
Note: maximum 5 g or 5 ml per bottle														

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>vaccinations avant d'entamer le traitement. On ne sait jamais vraiment quelles peuvent être les interférences potentielles. Surtout, évitez l'utilisation de vaccins vivants pendant le traitement biologique. C'est également le cas des inhibiteurs de la kinase JAK.</p>												
28	 <p>Safety Considerations: JAK Inhibitors (US)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AEs COMMONLY REPORTED</th> <th>BLACK BOX WARNING</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Upper respiratory tract infection</td> <td>Serious infection</td> </tr> <tr> <td>Headache</td> <td>Mortality</td> </tr> <tr> <td>Nasopharyngitis</td> <td>Malignancies</td> </tr> <tr> <td>Nausea</td> <td>Major adverse cardiovascular events</td> </tr> <tr> <td>Acne</td> <td>Thrombosis</td> </tr> </tbody> </table>	AEs COMMONLY REPORTED	BLACK BOX WARNING	Upper respiratory tract infection	Serious infection	Headache	Mortality	Nasopharyngitis	Malignancies	Nausea	Major adverse cardiovascular events	Acne	Thrombosis	<p>En ce qui concerne le profil de sécurité des inhibiteurs de la kinase JAK, nous savons, et c'est le cas aux États-Unis, que la FDA a émis un avertissement de type « boîte noire ». Cet avertissement mentionne les infections graves, potentiellement graves. La mortalité a été extrêmement rare dans le programme de développement clinique. Des tumeurs malignes ont rarement été signalées. Les événements cardiovasculaires indésirables majeurs et les thromboses constituent un risque potentiel. Cependant, il s'agit avant tout de sélectionner les bons patients à traiter avec ce type spécifique de médicament.</p>
AEs COMMONLY REPORTED	BLACK BOX WARNING													
Upper respiratory tract infection	Serious infection													
Headache	Mortality													
Nasopharyngitis	Malignancies													
Nausea	Major adverse cardiovascular events													
Acne	Thrombosis													
29	 <p>Safety Considerations: JAK Inhibitors (EU)</p> <p>EMA/PRAC MEASURES TO MINIMIZE RISK OF SERIOUS SIDE EFFECTS WITH JAK INHIBITORS FOR CHRONIC INFLAMMATORY DISORDERS</p> <ul style="list-style-type: none"> Use in the following patients only if no suitable treatment alternatives are available: <ul style="list-style-type: none"> Those aged ≥65 years Those at increased risk of major cardiovascular problems (such as heart attack or stroke) Those who smoke or have done so for a long time in the past Those at increased risk of cancer Use with caution in patients with risk factors for blood clots in the lungs and in deep veins (VTE) other than those listed above Reduce doses in patient groups who are at risk of VTE, cancer, or major cardiovascular problems, where possible 	<p>Le profil de sécurité a également fait l'objet de discussions au sein de l'Agence européenne des médicaments et du PRAC compétent, qui est le Comité d'évaluation des risques en pharmacovigilance. Ce comité a décidé d'inclure des recommandations pour la prescription d'inhibiteurs</p>												

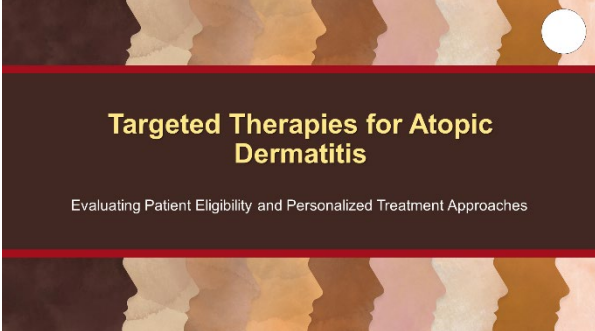
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>de la kinase JAK chez les patients souffrant de troubles inflammatoires, non seulement de dermatite atopique, mais aussi de polyarthrite rhumatoïde, de maladies inflammatoires de l'intestin et d'autres maladies. Les restrictions ou recommandations sont assez simples à prendre en compte : Les patients âgés de 65 ans et plus ; ceux qui présentent un risque accru de problèmes cardiovasculaires majeurs, en particulier au niveau du cœur (antécédents de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral) ; les fumeurs actifs ou les patients qui ont des antécédents de tabagisme sur une longue période ; les patients qui présentent un risque accru ou des antécédents de cancer ; il s'agit là de patients à haut risque. Il faut reconsidérer le traitement de ces patients si l'on envisage de commencer par des inhibiteurs de la kinase JAK. Il en va de même pour les patients qui présentent un risque particulier de thrombose et d'embolie pulmonaire.</p>										
30	<p>Monitoring and Routine Care of Patients Taking JAK Inhibitors</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Time Point</th> <th>Labs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prior to starting JAK inhibitor treatment</td> <td>HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential</td> </tr> <tr> <td>At 4 weeks</td> <td>LFTs, CBC with differential</td> </tr> <tr> <td>At 12 weeks</td> <td>Fasting lipids</td> </tr> <tr> <td>Every 3-6 months (or sooner after dose increases)</td> <td>LFTs, CBC with differential</td> </tr> </tbody> </table> <p>OTHER CARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations per guidelines (eg, herpes zoster vaccination); avoid use of live vaccines • Skin checks annually, examining for non-melanoma and other skin cancers • Age-appropriate cancer screening <p><small>© 2015 American College of Rheumatology. All rights reserved. For personal use only. For more information, visit www.rheumatology.org.</small></p>	Time Point	Labs	Prior to starting JAK inhibitor treatment	HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential	At 4 weeks	LFTs, CBC with differential	At 12 weeks	Fasting lipids	Every 3-6 months (or sooner after dose increases)	LFTs, CBC with differential	<p>Quels sont les examens de routine à effectuer avant de traiter les patients avec des inhibiteurs de la kinase JAK ? Avant de commencer le traitement, vous devez effectuer quelques examens de laboratoire. Il faut tenir compte des infections virales telles que</p>
Time Point	Labs											
Prior to starting JAK inhibitor treatment	HBV, HCV, and HIV TB (PPD, Quantiferon, TB-Gold) Fasting lipids, CMP, CBC with differential											
At 4 weeks	LFTs, CBC with differential											
At 12 weeks	Fasting lipids											
Every 3-6 months (or sooner after dose increases)	LFTs, CBC with differential											

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>le VIH et l'hépatite. Bien sûr, il faut exclure la tuberculose, examiner les lipides et effectuer un hémogramme complet pour s'assurer que ces patients n'ont pas de troubles sous-jacents. Après 4 semaines, un hémogramme complet est effectué. Les lipides sont de nouveau examinés au bout de 12 semaines. Puis tous les 3 à 6 mois, quelques examens de laboratoire sont effectués afin de contrôler que tout va bien. Comme je l'ai dit, il est très important d'effectuer les vaccinations conformément aux directives et d'éviter les vaccins vivants. Des contrôles de la peau doivent être effectués pour détecter les cancers de la peau, autres que les mélanomes. Bien sûr, pour tous les patients, il est toujours conseillé de procéder à un dépistage du cancer adapté à l'âge.</p>
31		<p>Maintenant, avec tous ces médicaments disponibles, les multiples options, les multiples types de situations pathologiques et les phénotypes hétérogènes de tous ces patients, non seulement chez les enfants, mais surtout chez les adultes, discutons un peu de l'option de la thérapie ciblée et du processus de prise de décision partagée dont il est question ici dans la gestion moderne de ces patients.</p>

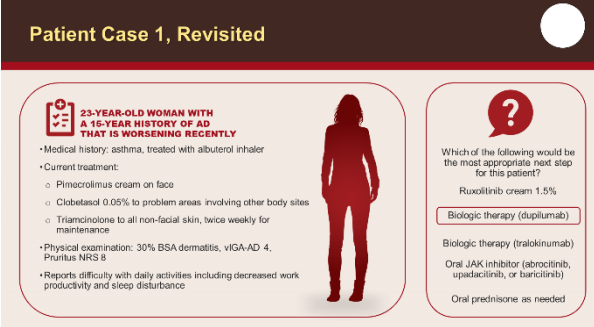
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>32</p>	<p>Step-Up Care: When Does AD Warrant Systemic Therapy?</p> <p>Does the patient have moderate-to-severe AD? Defined by clinical severity and extent, across significant impact on QoL (including social, emotional, and school/professional functioning).</p> <p>Has adequate patient education been provided, including the following? • Discuss avoidance of irritants and other triggers • Stress importance of adherence • Optimize topical therapy (order and skin treatment) • Address ICU needs • Consider structured educational intervention (in-person, school)</p> <p>Has intensive topical therapy been given an adequate trial? Assesses aspects of moderate-to-high potency topical anti-inflammatory therapy for 14 weeks followed by proactive therapy for maintenance. Consider wet-wrap therapy and seal and seal.</p> <p>Have alternative diagnoses been considered (refer to Table 1)? • Have infections been managed? • Contact dermatitis • Has patch testing for contact allergy been considered? • Is referral to allergy services required for further testing and optimization of allergic rhinitis/asthma management?</p> <p>Does the patient still have persistent moderate-to-severe disease (impaired QoL, despite intensive topical therapy)?</p> <p>Consider phototherapy in selected patient groups</p> <p>Is phototherapy unsuccessful/unavailable?</p> <p>Systemic therapy Choice depends on childbearing capacity, comorbidities or medical conditions, disease severity, abx, age, and preferences (eg, injection vs tablet).</p> <p><small>QOL: quality of life; AD: atopic dermatitis; ICU: inpatient clinic; QoL: quality of life; AD: atopic dermatitis; ICU: inpatient clinic; QoL: quality of life.</small></p>	<p>La première question est la suivante : Parmi tous les patients dont vous vous occupez et qui souffrent de cette maladie spécifique, quand conseillez-vous ou quand discutez-vous avec le patient de la nécessité d'un traitement systémique ? Je vous invite à consulter l'article de mon collègue Eric Simpson, publié en 2017, dans lequel nous avons essayé de rassembler toutes les preuves, les avantages et les inconvénients, et de suggérer ce type d'arbre décisionnel qui vous guiderait dans le choix d'une thérapie systémique pour un patient spécifique. Encore une fois, je tiens à souligner que la photothérapie n'est pas une alternative à quelque type de traitement que ce soit. Il ne peut être considéré que comme une option supplémentaire, que ce soit pour une thérapie topique ou systémique.</p>
<p>33</p>	<p>AD: Goals of Treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Relieve symptoms: reduce itching, dermatitis, and inflammation to provide relief and improve QOL for the patient Prevent exacerbations: implement measures to prevent flare-ups, including avoiding triggers, maintaining skin hydration, and using topical treatments as prescribed Restore skin barrier function: repair and protect the skin barrier to reduce transepidermal water loss and minimize the risk of skin infections Minimize treatment risks: ensure that treatments used to manage AD are safe and effective, while minimizing the risk of AEs 	<p>Quels sont les objectifs du traitement lorsque vous voyez ce type de patient et que vous discutez clairement avec lui de ce que vous aimeriez atteindre dans le cadre de ce traitement ? D'abord, soulager les symptômes, en particulier les démangeaisons. Mais vous souhaitez également prévenir les exacerbations. Il s'agit d'une question qui, chez de nombreux patients, est vraiment pertinente. Elle est parfois liée à</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>certaines provocations, mais aussi à des soins de la peau qui ne sont pas effectués de manière appropriée, et à bien d'autres choses. Cela m'amène à la question de la restauration de la fonction de barrière cutanée, qui est absolument nécessaire. Le traitement de base, la thérapie de base à l'aide d'émollients est absolument obligatoire dans la prise en charge de ce trouble. Enfin, il faut toujours minimiser les risques liés au traitement. J'en reviens à la question que nous venons d'aborder, lorsqu'il s'agit de discuter avec les patients des avantages et des inconvénients de chaque type de traitement, des produits biologiques et en particulier des inhibiteurs de la kinase JAK. C'est ce que nous aimerions faire dans l'exercice suivant, dans les minutes qui suivent.</p>
34	<p>Patient Case 1, Revisited</p>  <p>The slide content includes a title 'Patient Case 1, Revisited', a patient profile for a 23-year-old woman with a 16-year history of AD, her current treatments (Pimecrolimus, Clobetasol, Triamcinolone), physical examination findings (30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8), and a report of difficulty with daily activities. A question asks for the most appropriate next step, with 'Biologic therapy (dupilumab)' selected.</p>	<p>J'en reviens à cette dame que j'ai présentée tout à l'heure. Comme vous vous en souvenez, cette femme souffre d'une forme plus sévère de la maladie, avec une surface corporelle affectée assez importante, de l'ordre de 30 %. Mais il est évident, et c'est le plus important, qu'elle souffre d'asthme. C'est une information importante à recueillir dans ses antécédents car elle vous guidera d'abord dans</p>



Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>l'option de traitement. Ainsi, vous posez la question suivante : « Laquelle des étapes suivantes serait la plus appropriée pour la patiente ? » Soit on commence à traiter avec le ruxolitinib par voie topique, un inhibiteur de la kinase JAK 1/2. D'ailleurs, il n'est disponible qu'aux États-Unis, et pas encore en Europe, malheureusement. Soit vous fournissez, ou vous conseillez à la patiente d'utiliser un produit biologique comme le « dupi » ou le « tralo », ou un inhibiteur de la kinase JAK par voie orale, ou éventuellement l'utilisation de prednisone par voie orale. Je pense que le choix est assez facile. Je conseillerais de prescrire ou d'initier un traitement par dupilumab, plutôt que par tralokinumab. En effet, cette patiente souffre d'asthme et, comme vous le savez, l'asthme est une autre indication pour le dupilumab. Le dupilumab serait mon premier choix, et non le tralokinumab. Avec le dupilumab, vous auriez, pour cette patiente en particulier, comme le clame le slogan, « un acheté, deux indications traitées ». Ce serait la situation optimale pour cette patiente spécifique.</p>
--	--	---

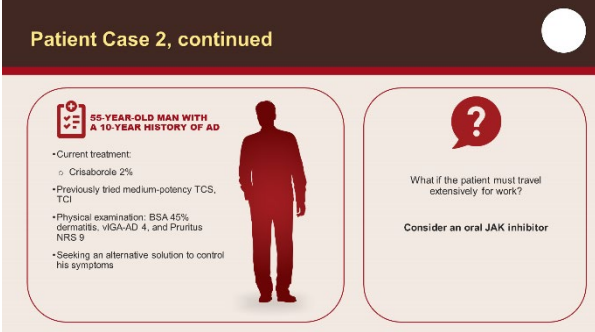
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>35</p>	<p>Patient Case 1, Revisited</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p>35-YEAR-OLD WOMAN WITH A 16-YEAR HISTORY OF AD THAT IS WORSENING RECENTLY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history: asthma, treated with albuterol inhaler • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pimecrolimus cream on face ◦ Clobetasol 0.05% to problem areas involving other body sites ◦ Triamcinolone to all non-facial skin, twice weekly for maintenance • Physical examination: 30% BSA dermatitis, vIGA-AD 4, Pruritus NRS 8 • Reports difficulty with daily activities including decreased work productivity and sleep disturbance </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 40%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; background-color: #f9f9f9;"> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">?</p> <p>What if the patient exhibits needle aversion and prefers to have an oral option?</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: red;">Consider an oral JAK inhibitor</p> </div> </div> </div>	<p>Cependant, si la patiente présente une aversion pour les aiguilles et préfère une option orale, quelle serait l'option que vous choisiriez ? Il s'agit d'une jeune femme. Elle souffre d'une dermatite atopique sévère, qui n'est manifestement pas contrôlée par le traitement topique. Dans ce cas, elle est clairement candidate à un inhibiteur oral de la kinase JAK. En Europe, vous avez le choix entre le baricitinib, l'abrocitinib et l'upadacitinib. Ou uniquement « l'abro » et « l'upa » aux États-Unis.</p>
<p>36</p>	<p>Patient Case 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Crisaborole 2% • Previously tried medium-potency TCS, TCI • Physical examination: BSA 45% dermatitis, vIGA-AD 4, and Pruritus NRS 9 • Seeking an alternative solution to control his symptoms </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 40%; border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; background-color: #f9f9f9;"> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">?</p> <p>Which of the following would be the most appropriate next step for this patient?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Ruxolitinib cream 1.5%</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Biologic therapy (dupilumab or tralokinumab)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Oral JAK inhibitor (abrocitinib, upadacitinib, or baricitinib)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Oral prednisone as needed</div> </div> </div> </div>	<p>Un autre patient, âgé de 55 ans, est un homme ayant des antécédents de dermatite atopique depuis 10 ans. Le traitement actuel est le crisaborole à 2 %, ce qui me semble absurde, pour être honnête, au regard de la gravité de l'état de ce patient. Présentant une surface corporelle de 45 %, un score IGA validé de 4, il s'agit d'un cas sévère avec un score de prurit élevé de NRS 9. Il n'est donc pas logique d'essayer le crisaborole chez ce patient. Quelle serait la prochaine étape la plus appropriée pour ce patient ? Essayer un autre traitement topique par « ruxo ». Ou passer à une thérapie biologique par « dupi » ou « tralo ». Ou un inhibiteur oral de la kinase JAK comme « abro », « upa » ou baricitinib. Ou encore</p>



Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>essayer de contrôler la maladie, mais seulement à court terme, avec une injection de prednisolone par voie orale. Je pense que pour, ces patients, il faut commencer par un traitement biologique. Dans ce cas, on peut choisir entre le dupilumab et le tralokinumab, car le patient ne souffre pas d'asthme. On peut choisir d'utiliser le tralokinumab, mais expliquant au patient qu'il faut un peu plus de temps pour contrôler complètement la maladie.</p>
37		<p>Le problème est que les produits biologiques doivent être conservés au réfrigérateur. Si vous avez un patient qui, en raison de son travail, voyage beaucoup, vous avez un problème. Le patient vous dira par exemple : « Je suis désolé, je ne peux pas les utiliser. Je ne peux pas emporter tout cela avec moi. Vous savez, les seringues et les produits biologiques sont trop encombrants pour être mis dans mes bagages et pour être conservés au frais. » Alors, quelle pourrait être l'autre option ? Il est clair qu'il s'agit d'un candidat pour un inhibiteur oral de la kinase JAK, à condition qu'il ne s'agisse pas d'un patient à risque.</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>38</p>	<p>Patient Case 2, continued</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Biologic therapy + TCS • Previously tried medium-potency TCS, TCI • Physical examination: BSA 45%, dermatitis, vIGA-AD 4, and Pruritus NRS 9 • Seeking an alternative solution to control his symptoms  </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>?</p> <p>What if biologic therapy does not adequately control his symptoms?</p> <p>Consider switching to an oral JAK inhibitor</p> </div> </div> </div>	<p>La question est bien sûr de savoir que faire si les médicaments biologiques ne fonctionnent pas. Essayer autre chose ? Il faut envisager de passer d'un produit biologique à un inhibiteur de la kinase JAK. Imaginez que vous ayez un patient qui était sous traitement biologique ou sous un traitement non homologué, et que son état n'est pas totalement contrôlé. Vous pouvez envisager de passer à un inhibiteur de la JAK kinase par voie orale.</p>
<p>39</p>	<p>Patient Case 2, continued</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>55-YEAR-OLD MAN WITH A 10-YEAR HISTORY OF AD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Current treatment: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Biologic therapy + TCS • Previously tried medium-potency TCS, TCI • Physical examination: BSA 45%, dermatitis, vIGA-AD 4, and Pruritus NRS 9 • Seeking an alternative solution to control his symptoms  </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>?</p> <p>What if the patient has a history of major adverse cardiovascular events?</p> <p>Consider risk minimization measures, an alternate non-JAK inhibitor therapy, or a clinical trial</p> </div> </div> </div>	<p>Voici la situation : Ce patient a 55 ans. Il peut présenter un risque de troubles cardiovasculaires parce qu'il a peut-être déjà eu un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque. Il n'est certainement pas le meilleur candidat pour l'inhibiteur de la kinase JAK. Mais il faut en tenir compte, en discuter de manière approfondie avec le patient et essayer de trouver autre chose. Il faut peut-être revenir à une utilisation non homologuée. Ou bien à un traitement intense aux UVB associé à un traitement topique ou même l'inclure dans un essai clinique. Mais encore une fois, avec l'essai clinique, vous serez potentiellement confronté au problème de l'observance si la personne voyage très souvent. Il s'agit d'un cas très difficile à gérer.</p>

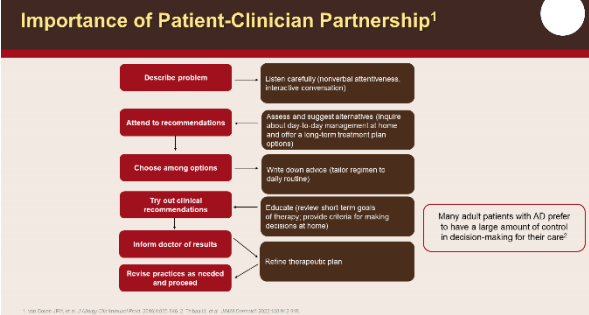
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

<p>40</p>	 <p>Managing the Whole Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> Assessing QoL <ul style="list-style-type: none"> Inquire about the impact of the condition on daily activities, sleep, and overall well-being. Evaluating Comorbidities <ul style="list-style-type: none"> Many patients have associated comorbidities that need to be considered when developing a treatment plan. Assessing Psychosocial Factors <ul style="list-style-type: none"> Patients often experience significant psychosocial stress, including low self-esteem, anxiety, and depression. Provide referrals for psychosocial support. Reviewing Medication History <ul style="list-style-type: none"> Review medications to ensure that they are not contributing to skin symptoms or exacerbating other medical conditions. Patient Education and Counseling <ul style="list-style-type: none"> Educate patients about AD, including its causes, triggers, and potential treatments. Counsel patients on skin care, including the use of moisturizers and avoiding irritants. Provide advice on managing stress and other psychosocial factors that can worsen skin symptoms. 	<p>J'en viens maintenant au point que j'ai déjà mentionné, à savoir que vous devez aborder toutes ces questions avec vos patients. Par conséquent, la prise de décision partagée est, d'après mon expérience, le moyen le plus efficace de déterminer l'option thérapeutique optimale pour un patient donné. Pour être honnête, il ne suffit pas d'évaluer la gravité. Il faut aussi prendre en compte d'autres dimensions. Il faut tenir compte de l'impact sur la qualité de vie, par exemple. Il faut poser des questions sur la comorbidité. Pensez à l'asthme. Récemment, j'ai eu un patient qui souffrait d'asthme, d'œsophagite à éosinophiles (OeE) et de rhinosinusite chronique. Il s'est présenté avec une dermatite atopique. Il était le candidat idéal pour le dupilumab car ce médicament est approuvé pour tous ces différents types de comorbidités atopiques. Il est important de prendre en compte les facteurs psychosociaux dans la prise en charge. Pensez à l'historique des médicaments : vous devez savoir ce que prennent ces patients. Pensez également aux problèmes d'interaction médicamenteuse. Notamment lorsque vous utilisez de petites molécules comme les inhibiteurs de la kinase JAK qui peuvent</p>
-----------	---	--

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

		<p>potentiellement interagir avec d'autres médicaments, en particulier chez les patients plus âgés. N'oubliez pas l'information et les conseils à prodiguer aux patients. Cela est extrêmement important pour améliorer l'observance du traitement par ces patients. C'est absolument obligatoire. Je pense que nous devons y consacrer du temps. Je sais que, dans la pratique quotidienne, le temps est probablement ce qui manque à la plupart des dermatologues. Mais, dans le cadre des soins aux patients atteints de dermatite atopique, il faut prendre le temps de leur expliquer de quoi il s'agit et quelle est la meilleure option thérapeutique pour eux.</p>
41	 <p>Importance of Patient-Clinician Partnership¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Describe problem → Listen carefully (nonverbal attentiveness, attentive communication) Attend to recommendations → Assess and suggest alternatives (require about day-to-day management at home and offer a long-term treatment plan option) Choose among options → Write down advice (tailor regimen to daily routine) Try out clinical recommendations → Educate (review short-term goals of therapy, provide advice for making decisions at home) Inform doctor of results → Refine therapeutic plan Revise practices as needed and proceed <p>Many adult patients with AD prefer to have a large amount of control in decision-making for their care²</p>	<p>Voici le type de processus que vous devez suivre dans votre cerveau pour trouver le traitement optimal pour un patient donné dont vous vous occupez. Vous devez décrire le problème, examiner les recommandations et choisir parmi les options disponibles. Peut-être tester certaines recommandations cliniques et affiner le plan thérapeutique. Cela fait partie de votre pratique quotidienne. Il faut tenir compte de tous ces éléments pour trouver le traitement optimal pour un patient donné.</p>

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

42

Engaging Patients in Care and Shared Decision-making

Empowering Patients

Provide patients with information about their condition, including the risks and benefits of different treatment options, and encourage them to ask questions and share their preferences.

Inviting Active Participation

Encourage patients to participate in the decision-making process by asking for their opinions, listening to their concerns, and valuing their input.

Using Decision Aids

Decision aids, such as brochures, videos, and online tools, can help patients better understand their options and make informed decisions.

Addressing Values and Preferences

Ask patients about their values and preferences regarding treatment, including their priorities for symptom relief, potential side effects, and lifestyle impact.

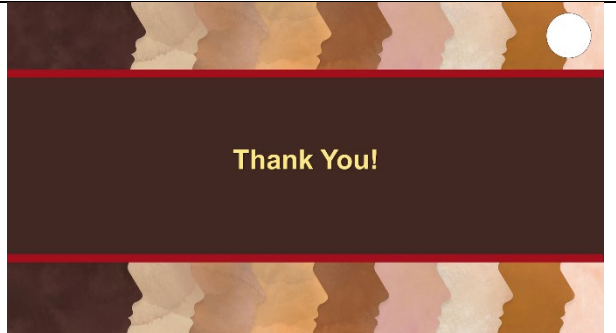
Encouraging Collaboration

Work together with patients to weigh the benefits and risks of different options and reach a mutually agreed-upon plan.

La prise de décision partagée avec le patient repose sur ces cinq piliers : Responsabiliser les patients. Les inviter à une participation active. Là encore le respect des règles est extrêmement important. Utiliser des aides à la décision. Il existe actuellement des documentations et des brochures, des vidéos et des outils en ligne disponibles pour ce type d'aide à la décision. Traiter les valeurs et les préférences. C'est une question qui permet de savoir si les patients ont des préoccupations particulières. Enfin, il faut encourager la collaboration. Vous ne pouvez atteindre l'objectif final d'une option de traitement optimale que lorsque les patients travaillent avec vous et comprennent qu'il faut peser les avantages et les risques des différentes options dont vous avez discuté avec eux. J'espère avoir pu vous donner un aperçu des options thérapeutiques actuellement disponibles pour le traitement des patients atopiques modérés à sévères, c'est-à-dire des patients adultes. La prise en charge des enfants atteints de dermatite atopique a fait l'objet d'une autre présentation.

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

La prise de décision en matière de traitement chez les adultes atteints de la dermatite atopique

43	 <p>Thank You!</p>	Encore une fois, je vous remercie de votre attention.
----	--	---