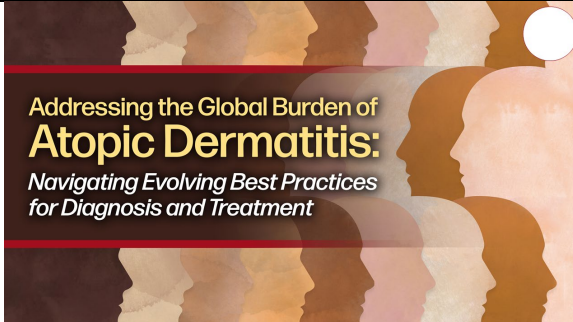
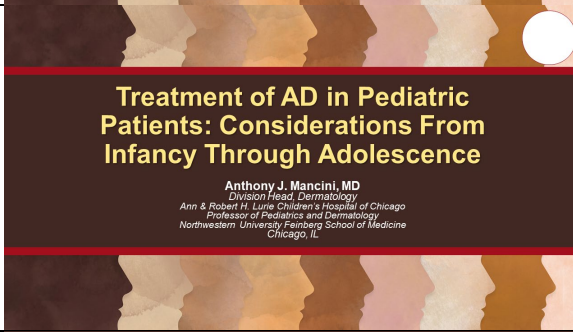
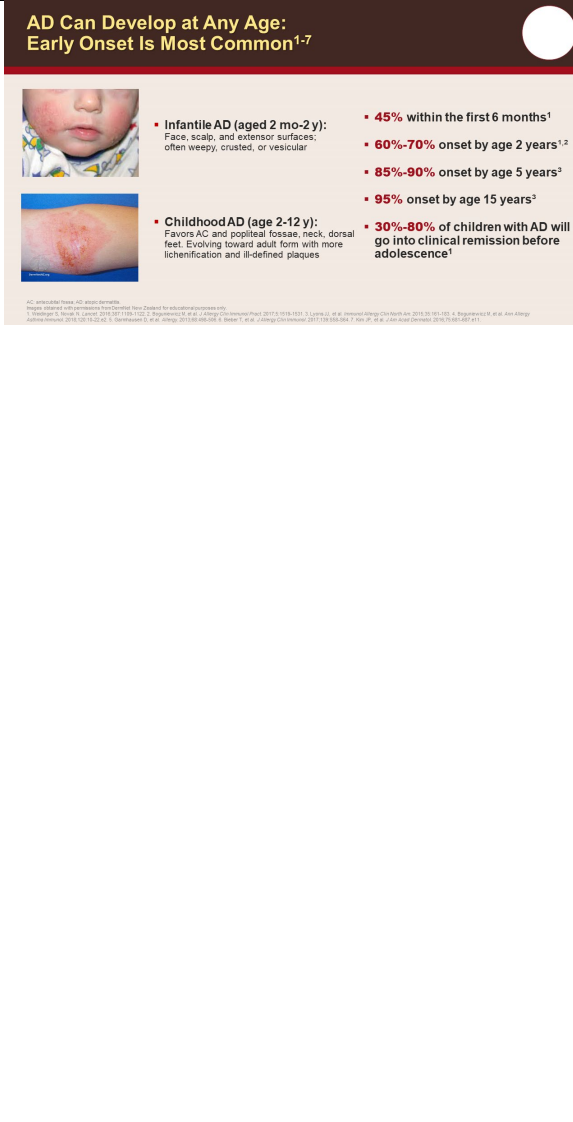


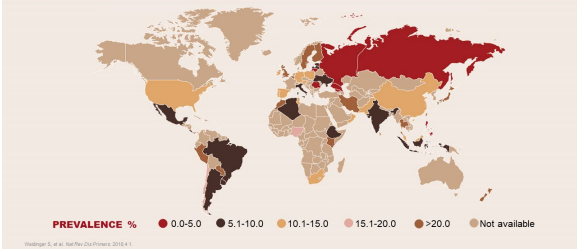

Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

1		<p>Bonjour et bienvenue dans ce programme intitulé « Addressing the Global Burden of Atopic Dermatitis : Navigating Evolving Best Practices for Diagnosis and Treatment » (Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement).</p>
2		<p>Je suis le Dr Tony Mancini. Je suis dermatologue pédiatrique à Chicago à l'hôpital Lurie Children's Hospital et à l'école de médecine Northwestern University Feinberg School of Medicine. Dans ce module, nous aborderons le traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques, de la petite enfance à l'adolescence.</p>
3	 <p>AD Can Develop at Any Age: Early Onset Is Most Common¹⁻⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> Infantile AD (aged 2 mo-2y): Face, scalp, and extensor surfaces; often weepy, crusted, or vesicular <ul style="list-style-type: none"> 45% within the first 6 months¹ 60%-70% onset by age 2 years^{1,2} 85%-90% onset by age 5 years³ 95% onset by age 15 years³ Childhood AD (age 2-12 y): Favors AC and popliteal fossae, neck, dorsal feet. Evolving toward adult form with more lichenification and ill-defined plaques <ul style="list-style-type: none"> 30%-80% of children with AD will go into clinical remission before adolescence¹ 	<p>Comme chacun le sait, la dermatite atopique peut se développer à tout âge. Cependant, la manifestation précoce est la plus fréquente. On estime qu'environ 45 % des patients présentent une manifestation de la maladie dans les 6 premiers mois de leur vie. 60 % à 70 % à 2 ans, 85 % à 90 % à 5 ans et 95 % à 15 ans. Si 30 à 80 % des enfants, selon les différentes études, connaîtront une rémission clinique avant l'adolescence, nous devons reconnaître que certains adultes souffrent de dermatite atopique et que celle-ci peut persister tout au long de leur vie. Elle peut également se manifester à un âge plus avancé. La dermatite atopique infantile touche généralement le visage, souvent le cuir chevelu, puis les surfaces des extenseurs des extrémités. Il s'agit plus souvent des surfaces extérieures que de l'atteinte classique, antécubitale ou poplitée, à laquelle on pense généralement dans le cas de la dermatite atopique. Les nourrissons présentent souvent une maladie un peu plus eczémateuse, suintante, croûteuse, souvent secondairement infectée et parfois même vésiculeuse. Chez les tout-petits et les enfants plus âgés, les zones antécubitales et poplitées sont davantage concernées que les extenseurs. On observe également une atteinte plus importante de zones telles que le cou, les mains, les dos des pieds. La maladie évolue davantage vers une forme adulte avec plus de lichénification, car les enfants sont capables de se gratter et de se frotter de manière de plus en plus efficace.</p>

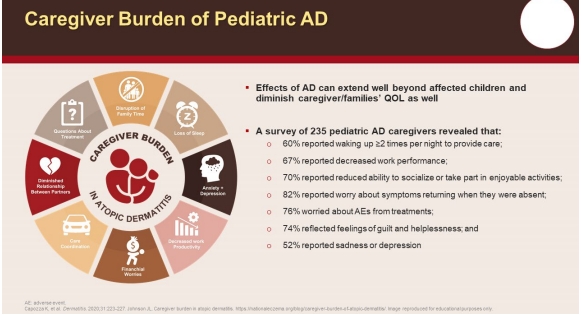
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

<p>4</p>	<p>Global Prevalence of Pediatric AD</p>  <p>PREVALENCE % ● 0.0-5.0 ● 5.1-10.0 ● 10.1-15.0 ● 15.1-20.0 ● >20.0 ● Not available</p> <p><small>Hedgepeth S, et al. Int J Pediatr. 2018;14:1</small></p>	<p>Cette diapositive présente une étude de 2018 sur la prévalence mondiale de la dermatite atopique chez les enfants. Vous pouvez voir que les États-Unis ont une prévalence d'environ 10 à 15 %. Cette situation est similaire à celle de certaines régions d'Afrique du Sud, d'Europe et d'Extrême-Orient. Si vous regardez la zone rouge foncé en haut à droite, il s'agit de la Russie qui a une très faible prévalence de dermatite atopique. Alors que le brun foncé, qui représente une prévalence de plus de 20 % de la maladie pédiatrique, peut être observé dans quelques régions particulières... Excusez-moi, pas le brun foncé mais plutôt le brun chocolat, pas tout à fait le brun le plus foncé... dans certaines régions d'Amérique du Sud ainsi qu'en l'Europe et dans quelques régions d'Afrique. Le brun très foncé, qui représente une prévalence de 5 à 10 %, soit un peu moins qu'aux États-Unis, est présent dans la majorité des pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, ainsi que dans certaines régions d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Europe.</p>
<p>5</p>	<p>Multidimension Burden of Pediatric AD</p> <p>DISEASE BURDEN</p> <ul style="list-style-type: none"> AD impacts all aspects of patients' QOL and emotional well-being, and the prolonged clinical course increases burden on affected patients Several comorbidities occur in pediatric patients with AD, aside from cutaneous signs and symptoms <ul style="list-style-type: none"> Allergic: asthma, food allergies, and allergic rhinitis Neuropsychiatric: sleep disturbances, ADHD, depression, and anxiety Metabolic: obesity, arterial hypertension, and dyslipidemia  <p><small>AD10: Allergic Diseases and Immunity in Children. DOI: 10.4155/cdr.2018.0001 Dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;123:144-151. doi:10.1016/j.anai.2019.05.002 Dermatitis. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2019;19:100-107. doi:10.1097/COA.0000000000000500</small></p>	<p>La dermatite atopique constitue une charge multidimensionnelle. La qualité de vie des patients et de leurs parents s'en trouve considérablement affectée. Elle peut avoir un impact sur tous les aspects du bien-être d'un patient, qu'il soit émotionnel ou physique. L'évolution prolongée de la maladie, le fait qu'elle puisse durer des années, avec des poussées et des rémissions, peut peser sur les patients concernés et leur famille. Les patients pédiatriques atteints de dermatite atopique présentent plusieurs comorbidités, notamment d'autres affections atopiques telles qu'une maladie réactive des voies respiratoires ou de l'asthme, une allergie alimentaire et une rhinoconjonctivite allergique. Ou encore des troubles neuropsychiatriques. Nous savons que les troubles du sommeil sont très fréquents chez les jeunes enfants atteints de dermatite atopique. Il semble que la prévalence des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité augmente. De plus, il est bien connu que la prévalence de maladies telles que la dépression et l'anxiété augmente. Certaines études récentes ont même mis en évidence d'autres comorbidités, telles que l'obésité, l'hypertension et la dyslipidémie. Les images de droite résument la charge de la maladie et du traitement. Vous pouvez voir plusieurs médicaments différents dans l'image. Une perte de productivité, en particulier</p>

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>pour les adultes atteints de la maladie. Dans ce module, nous parlons de dermatite atopique pédiatrique, mais il s'agit là des parents de ces enfants. Quelqu'un doit s'occuper d'eux. Quelqu'un doit rester debout avec eux toute la nuit lorsqu'ils se grattent et ne dorment pas. Quelqu'un doit prendre les appels des écoles lorsqu'il y a problème. L'impact financier, les visites chez le médecin, les tests de laboratoire, les visites chez différents spécialistes, le paiement de tous ces médicaments, ainsi que la perte de temps au travail. Enfin, l'impact psychologique, qui est très important.</p>
6	 <p>Caregiver Burden of Pediatric AD</p> <ul style="list-style-type: none"> Effects of AD can extend well beyond affected children and diminish caregiver/families' QOL as well A survey of 235 pediatric AD caregivers revealed that: <ul style="list-style-type: none"> 60% reported waking up 2-2 times per night to provide care; 67% reported decreased work performance; 70% reported reduced ability to socialize or take part in enjoyable activities; 82% reported worry about symptoms returning when they were absent; 78% worried about AEs from treatments; 74% reflected feelings of guilt and helplessness; and 52% reported sadness or depression 	<p>Encore une fois, les effets de la dermatite atopique peuvent s'étendre bien au-delà des enfants touchés et avoir un impact sur les aidants et les familles, ainsi que sur leur qualité de vie. Une enquête menée auprès de 235 personnes s'occupant d'enfants atteints de dermatite atopique a permis de faire plusieurs constatations importantes : 60 % signalent des réveils nocturnes fréquents ; 67 %, une baisse des performances au travail ; 70 %, une capacité réduite à socialiser ou à participer à des activités agréables parce qu'ils sont trop occupés par les traitements ou qu'ils essaient de rattraper leur sommeil ; 82 %, une inquiétude quant à la réapparition des symptômes alors que l'enfant se portait bien. Trois personnes sur quatre s'inquiètent des effets indésirables des traitements. Trois personnes sur quatre font état de sentiments de culpabilité et d'impuissance. Plus de la moitié d'entre eux se disent tristes ou dépressifs. Si nous passons au cercle représentant la charge des aidants à gauche, nous pouvons voir un résumé de plusieurs de ces caractéristiques ainsi que d'autres. Perturbation du temps familial. En commençant par le haut et en allant vers la droite. Perturbation du sommeil ; anxiété, dépression et autres comorbidités psychiatriques ; diminution de la productivité au travail ; préoccupations financières ; difficultés à coordonner les soins, en particulier avec les jeunes enfants, que ce soit à la garderie ou à l'école ; diminution ou effets sur la relation entre les partenaires adultes et les familles ; questions ou préoccupations concernant les traitements et leurs effets indésirables potentiels.</p>

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

7

Missed Opportunities for Recognition and Intervention

- Despite being a disease of childhood, 40%-60% of individuals are diagnosed in adulthood, indicating a substantial lag between onset and diagnosis
- In pediatric patients, other conditions common in infancy and/or childhood may confound diagnosis

Visit Activity 2 to learn more about AD diagnosis

COMMON DIFFERENTIAL DIAGNOSES IN PEDIATRIC PATIENTS

<p>Infants and toddlers (aged <math>\leq 24</math> months)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seborrheic dermatitis • Ichthyosis vulgaris • Scabies • Psoriasis 	<p>Children and adolescents (aged <math>\geq 16</math> years)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinea manuum or tinea pedis • Impetigo • Psoriasis • Pityriasis rosea
--	---



Bien qu'il s'agisse d'une maladie de l'enfance, il ne faut pas oublier que 40 à 60 % des individus peuvent être diagnostiqués à l'âge adulte. Même si la maladie s'est probablement manifestée plus tôt, ce qui indique un délai important entre l'apparition de la maladie et le diagnostic. Cependant, je dirais que nous devons modifier cela en précisant que nous réalisons maintenant qu'il existe différents types d'histoires naturelles dans les populations atteintes de dermatite atopique et qu'il y a des formes qui se manifestent plus tard dans la vie. Chez les patients pédiatriques, d'autres affections courantes dans la petite enfance peuvent également fausser le diagnostic. L'encadré de droite donne un aperçu de certains des diagnostics différentiels. Il s'agit généralement d'un diagnostic assez simple. Cependant, lorsque les patients ne se présentent pas de manière tout à fait classique ou qu'ils ne répondent pas comme prévu à un traitement, il peut être utile d'envisager d'autres diagnostics différentiels. Chez les nourrissons et les enfants en bas âge, la dermatite séborrhéique, le psoriasis, l'ichtyose vulgaire, qui va souvent de pair avec la dermatite atopique et n'est pas trop souvent confondue avec elle, et l'infestation par la gale, lorsqu'elle est plus grave, peuvent être pris en compte dans le diagnostic différentiel. Complètement à droite, les enfants, les enfants plus âgés et les adolescents. Des maladies comme la teigne et l'impétigo lorsqu'ils sont plus étendus, le psoriasis ou d'autres maladies papulosquameuses comme le pityriasis rosé. Passons aux photos du bas. Celle complètement à gauche présente une dermatite séborrhéique chez un nourrisson. Il s'agit de l'apparence typique de croûtes de lait, mais cela peut aussi être une dermatite atopique. Les deux sont différentes et peuvent parfois être difficile à différencier. Heureusement, à ce jeune âge, les deux sont traitées de manière assez similaire. L'image suivante, vers la droite, illustre les modifications de l'ichtyose. On constate une desquamation polygonale, qui va souvent de pair avec la dermatite atopique. L'image suivante, à droite, l'aisselle du jeune garçon, montre des nodules de gale. Ils ne risquent pas d'être confondus avec l'eczéma. Mais en présence d'une gale norvégienne ou croûteuse et d'une infection plus dermatique ou secondaire, il y a matière à confusion. L'image à droite montre un impétigo, un impétigo croûteux. Il peut être confondu avec une dermatite

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>atopique ou une infection à staphylocoque, qui est souvent concomitante chez de nombreux patients pédiatriques atteints de la maladie.</p>						
<p>8</p>	<div data-bbox="335 421 917 728"> <h3>FDA-Approved Management Options for AD in Children</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MILD AD</th> <th>MODERATE AD</th> <th>SEVERE AD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Skin care involving regular use of emollients and moisturizers, as well as bathing in warm water using non-soap cleansers or soaps. Avoidance of irritants (e.g., soaps, wool, temperature extremes, and proven allergens) <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Low to medium potency TCS applied to affected areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Advancing from mild to moderate: When symptoms persist despite appropriate use of TCS, additional measures are often indicated.</p> <p>Advancing from moderate to severe: When symptoms persist despite an appropriate course of TCS/TCS combination prescription therapy, especially when there is a large negative impact on daily activities, sleep, or psychosocial health.</p> </td> <td> <p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> All elements of basic maintenance treatment plus disease-modifying PDE4 Maintenance TCS OR maintenance ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% </td> <td> <p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Discontinuation of basic maintenance treatment/moderate disease-modifying PDE4 A referral to an AD specialist Phototherapy Biologics (e.g., dupilumab) Systemic immunosuppressant therapy Other systemic and topical immunosuppressants Other systemic and topical immunosuppressants <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% </td> </tr> </tbody> </table> <div data-bbox="774 526 901 649" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Additional pharmacotherapy options are available for patients aged <18 years outside of the United States, such as dupilumab, difamaliz, and tralokinumab.</p> </div> </div>	MILD AD	MODERATE AD	SEVERE AD	<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Skin care involving regular use of emollients and moisturizers, as well as bathing in warm water using non-soap cleansers or soaps. Avoidance of irritants (e.g., soaps, wool, temperature extremes, and proven allergens) <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Low to medium potency TCS applied to affected areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Advancing from mild to moderate: When symptoms persist despite appropriate use of TCS, additional measures are often indicated.</p> <p>Advancing from moderate to severe: When symptoms persist despite an appropriate course of TCS/TCS combination prescription therapy, especially when there is a large negative impact on daily activities, sleep, or psychosocial health.</p>	<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> All elements of basic maintenance treatment plus disease-modifying PDE4 Maintenance TCS OR maintenance ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% 	<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Discontinuation of basic maintenance treatment/moderate disease-modifying PDE4 A referral to an AD specialist Phototherapy Biologics (e.g., dupilumab) Systemic immunosuppressant therapy Other systemic and topical immunosuppressants Other systemic and topical immunosuppressants <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% 	<p>Je vais passer une minute sur cette diapositive parce qu'elle est vraiment importante. Cette diapositive résume le paysage thérapeutique actuel de la dermatite atopique pédiatrique et présente un algorithme de traitement. Regardons la dermatite atopique légère, dans la colonne de gauche. Un traitement d'entretien de base, ce qui est vrai pour tous les niveaux de gravité. Des soins de la peau spécifiques pour la peau sèche. La plupart d'entre nous recommandent des douches ou des bains courts quotidiens à l'eau chaude, l'utilisation de produits sans parfum et hypoallergéniques, en essayant d'éviter les produits irritants dans la mesure du possible, et une émolliation régulière. Descendons, toujours dans la colonne de gauche. Le traitement aigu dans le cadre d'une maladie légère. Ici, nous parlons de corticostéroïdes de puissance faible à moyenne. Ou d'ITC, c'est-à-dire d'inhibiteurs topiques de la calcineurine. Ou de crisaborole, qui est le premier inhibiteur topique de la phosphodiesterase-4 disponible. Ou nous avons aussi, pour les patients âgés de 12 ans et plus, le ruxolitinib topique, qui est le premier inhibiteur topique de la JAK pour le traitement. Par conséquent, il existe plusieurs options de traitement aigu, en fonction de l'âge. Passons à la colonne de la dermatite atopique modérée. Dans ce cas, le traitement d'entretien de base est le même. Tout ce dont nous avons parlé pour les formes légères. Mais on peut maintenant envisager un traitement préventif parce que ces patients sont plus susceptibles d'avoir des poussées récurrentes, souvent dans des endroits discrets que les parents et les familles connaîtront. Ici, nous pourrions parler de corticostéroïdes d'entretien quelques nuits par semaine ou de l'utilisation d'inhibiteurs de la calcineurine en entretien (crisaborole), de ruxolitinib, tout ce dont nous venons de parler. On peut envisager d'ajouter des produits tels que des bains à l'eau de Javel ou un nettoyant à base d'hypochlorite de sodium, car ces patients sont également plus susceptibles de présenter une colonisation et/ou une véritable infection causée par le staphylocoque doré (<i>Staphylococcus aureus</i>). Pendant les poussées aiguës de ce groupe modéré, on utilisera plutôt des corticostéroïdes</p>
MILD AD	MODERATE AD	SEVERE AD						
<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Skin care involving regular use of emollients and moisturizers, as well as bathing in warm water using non-soap cleansers or soaps. Avoidance of irritants (e.g., soaps, wool, temperature extremes, and proven allergens) <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Low to medium potency TCS applied to affected areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Advancing from mild to moderate: When symptoms persist despite appropriate use of TCS, additional measures are often indicated.</p> <p>Advancing from moderate to severe: When symptoms persist despite an appropriate course of TCS/TCS combination prescription therapy, especially when there is a large negative impact on daily activities, sleep, or psychosocial health.</p>	<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> All elements of basic maintenance treatment plus disease-modifying PDE4 Maintenance TCS OR maintenance ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% 	<p>Basic maintenance treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Discontinuation of basic maintenance treatment/moderate disease-modifying PDE4 A referral to an AD specialist Phototherapy Biologics (e.g., dupilumab) Systemic immunosuppressant therapy Other systemic and topical immunosuppressants Other systemic and topical immunosuppressants <p>Acute treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> A medium to high potency TCS applied to affected areas, low potency TCS for other sensitive areas OR ITC OR crisaborole 2% OR ruxolitinib 1.5% 						



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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>topiques de puissance modérée ou moyenne à élevée, bien que l'on puisse encore utiliser des stéroïdes de faible puissance pour certaines zones, comme les plis du visage, l'aisselle et l'aîne. Mais nous disposons également d'options avec les inhibiteurs de la calcineurine par voie topique, crisaborole, ou les crèmes à base de ruxolitinib.</p> <p>Passons à la dermatite atopique sévère, la colonne de droite. Encore une fois, le traitement d'entretien de base sera très similaire. Mais c'est ici que nous pourrions intensifier le traitement. Cela peut inclure, si vous n'en êtes pas un, une orientation vers un spécialiste de la dermatite atopique ; la photothérapie, que nous envisageons principalement chez les patients âgés de 12 ans et plus. Nous parlons surtout de photothérapie d'UVB à bande étroite. Le dupilumab, un agent biologique injectable. L'abrocitinib ou l'upadacitinib, qui sont tous deux approuvés à partir de 12 ans pour la dermatite atopique résistante modérée à sévère en tant que traitement oral. La thérapie immunosuppressive systémique, les traitements classiques davantage utilisés dans le passé, notamment le méthotrexate, la ciclosporine, le mycophénolate, le mofétil et l'azathioprine. Puis d'autres options si la maladie reste mal contrôlée : l'hospitalisation pour une thérapie intensive en milieu hospitalier ou la thérapie par enveloppement humide, qui peut être réalisée à l'hôpital ou à domicile par les familles. Le traitement aigu dans cette catégorie sévère consiste en un corticostéroïde topique de puissance moyenne à élevée, et de puissance plus faible pour les autres zones. Enfin, dans la case en bas à droite, si la situation ne s'améliore pas après 7 jours, ou même 7 à 14 jours, de traitement, il faut envisager une non-observance des thérapies, une infection secondaire, un diagnostic erroné, une dermatite de contact allergique ou l'un des nombreux autres diagnostics différentiels ou orienter le patient vers un spécialiste de la dermatite atopique. Il existe d'autres traitements pharmacologiques disponibles pour les patients de moins de 18 ans, hors des États-Unis, dont certains sont énumérés à droite de la diapositive.</p>
--	--	--

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

<p>9</p>	<p>Limitations of Historic Therapies: Topical Corticosteroids</p> <ul style="list-style-type: none"> Mainstay of therapy for moderate-to-severe pediatric 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  <p><small>Notes: TCS = topical corticosteroid; AEs = adverse effects; AD = atopic dermatitis; AE = adverse event; TCS = topical corticosteroid. The Global Dermatological Educational Consortium (GDEC) is a 501(c)(3) not-for-profit organization. © 2015 GDEC. All rights reserved. www.gdec.org</small></p>	<p>Bien. Quelles sont les limites des thérapies historiques ? Les corticostéroïdes topiques restent un pilier de la thérapie. Nous aimons les corticostéroïdes topiques. Ils sont toujours très efficaces et très sûrs lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée, même chez les jeunes enfants. Mais chez certains patients, il faut penser à la surutilisation, aux forces trop fortes, aux effets que vous voyez à droite, à l'atrophie de la peau en haut. Sur cette photo, il est évident que ce phénomène est associé à un purpura sénile. Mais l'atrophie est une chose que nous devons prendre en compte. Les stries ou vergetures, comme vous pouvez le voir sur l'image du milieu. Il y a des restrictions d'utilisation anatomique auxquelles nous devons penser. Il est évident que nous ne voulons pas utiliser de stéroïdes puissants ou ultrapuissants dans des zones comme les régions à peau fine de l'aisselle, de l'aîne, du visage ; même les cuisses médianes sont plus sujettes aux vergetures. Les corticostéroïdes topiques sont beaucoup moins susceptibles de provoquer des effets indésirables systémiques. Mais ces derniers peuvent survenir, par exemple, en cas d'utilisation généralisée d'un agent trop puissant, en particulier chez un patient plus jeune dont la surface corporelle est plus grande ou chez qui le rapport entre la surface de la peau et la surface corporelle est plus important, ce qui augmente le risque d'absorption systémique. Le dernier point et l'image du bas, à droite présentent le phénomène de sevrage des stéroïdes. Le syndrome de sevrage des corticostéroïdes, qui est un sujet quelque peu controversé, est de plus en plus reconnu chez les patients ayant besoin de doses croissantes de corticostéroïdes topiques et qui, lorsqu'ils ne les utilisent pas régulièrement, présentent des poussées de reprise massives. Cela peut vraiment poser problème.</p>
<p>10</p>	<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 Generally, not recommended in children due to effects on growth and bone formation 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><small>Davidson AM, et al. J Clin Dermatol. 2015;15(7):757-759. National Eczema Society. On-line article: http://www.nationaleczema.org/dermatology-articles/4616/limiting-the-use-of-topical-steroids</small></p>	<p>Qu'en est-il des agents immunosuppresseurs systémiques historiques ? Plusieurs agents ont été utilisés. La cyclosporine A n'est plus utilisée à l'heure actuelle en raison des inquiétudes liées aux effets indésirables à long terme. La toxicité rénale, l'hypertension et le risque de tumeur maligne figurent en haut de la liste. Les corticostéroïdes oraux sont rarement recommandés. Ils peuvent être utilisés occasionnellement pour une courte période pendant que vous mettez en place d'autres thérapies, juste pour</p>

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

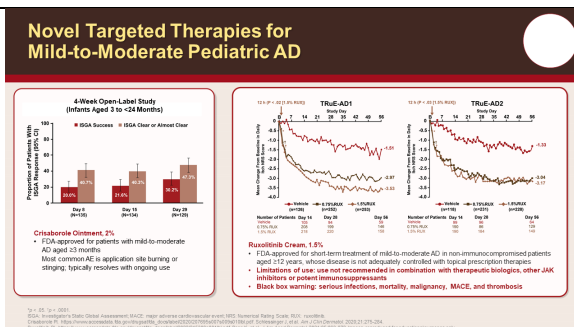
Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>contrôler le patient plus rapidement. Mais l'utilisation à long terme n'est jamais recommandée en raison du profil d'effets indésirables. Vous pouvez voir le résumé des effets indésirables dans l'encadré de droite. Tous ces effets secondaires sont connus des personnes qui suivent une corticothérapie orale chronique. Nous essayons d'éviter ces agents chez les jeunes enfants en raison de leurs effets sur la croissance et la formation des os. Puis d'autres agents non homologués : l'azathioprine, le méthotrexate, le mycophénolate. Ils sont souvent interrompus en raison de leur inefficacité ou de préoccupations concernant les effets indésirables sur la sécurité à long terme. De tous les médicaments présentés sur cette diapositive, le méthotrexate est celui que nous utilisons le plus souvent. Du moins je l'utilise personnellement. Avant que nous n'ayons de nouveaux agents. Il pouvait vraiment aider et peut encore aider les patients atteints d'une maladie plus modérée à sévère en cas de contre-indications ou d'inquiétudes concernant les nouvelles thérapies systémiques.</p>																
11	<p>FDA-Approved Targeted Therapies for Moderate-to-Severe Pediatric AD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>FDA-Approved Indication(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/α antagonist that inhibits IL-4 and IL-13 signaling</td> <td> <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 Can be used with or without TCS </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Approved content as of February 20, 2023. IL, interleukin; mAb, monoclonal antibody; Dupilumab is administered as a subcutaneous injection; Upadacitinib is administered as a tablet; Abrocitinib is administered as a tablet. If you have questions about this presentation, contact your medical representative.</small></p>	Therapy	Class	Mechanism of Action	FDA-Approved Indication(s)	Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/α antagonist that inhibits IL-4 and IL-13 signaling	<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 Can be used with or without TCS 	Upadacitinib	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 	Abrocitinib	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 	<p>Quelles sont les thérapies ciblées approuvées par la FDA pour la dermatite atopique pédiatrique modérée à sévère ? Nous avons le dupilumab par injection sous-cutanée. Il s'agit d'un agent biologique. Il s'agit d'un antagoniste du récepteur alpha de l'interleukine 4 qui module la signalisation de l'IL-4 et de l'IL-13, lesquelles sont des cytokines inflammatoires importantes observées chez les patients atopiques. Il est approuvé par la FDA pour les patients adultes et pédiatriques âgés d'au moins 6 mois et souffrant de dermatite atopique modérée à sévère, dont la maladie n'a pas été contrôlée de manière adéquate par les traitements topiques prescrits. Il peut être utilisé avec ou sans corticostéroïdes topiques. Plus récemment, deux inhibiteurs de JAK1 ont été approuvés dans la population pédiatrique âgée de 12 ans et plus : l'upadacitinib et l'abrocitinib. Il s'agit de deux thérapies orales à base de petites molécules. Il s'agit d'inhibiteurs de JAK. Ils sont indiqués pour la dermatite atopique modérée à sévère réfractaire lorsque la maladie n'est pas contrôlée de manière adéquate par d'autres agents systémiques, y compris les produits biologiques, ou lorsque ces autres agents sont déconseillés.</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	FDA-Approved Indication(s)															
Dupilumab subcutaneous injection	Biologic (mAb)	IL-4/α antagonist that inhibits IL-4 and IL-13 signaling	<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 Can be used with or without TCS 															
Upadacitinib	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable 															
Abrocitinib	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adult and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable 															

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

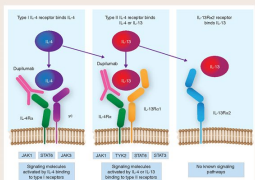
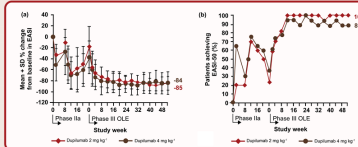
12



Examinons quelques données cliniques. Je vais vous présenter des nouvelles thérapies ciblées pour la dermatite atopique pédiatrique légère à modérée. Sur cette diapositive, il s'agit de thérapies topiques. À gauche, vous avez la pommade de crisaborole, qui est utilisée en pédiatrie depuis plusieurs années. Il s'agissait d'une étude, en ouvert, de 4 semaines, chez des nourrissons âgés de 3 à 24 mois. Il s'agit de pommade de crisaborole à 2 %. Vous pouvez voir, en rouge, l'évaluation globale par l'investigateur qui conclut à une réussite avec probablement une amélioration de deux degrés et des enfants atteignant un état sain ou presque sain. En marron clair, vous voyez les chiffres pour ceux qui sont devenus sains ou presque sains sans avoir à sauter deux points sur l'échelle. Il s'agit de la proportion de patients qui ont développé cette réponse au critère d'évaluation. Les réponses sont significatives. Cela a conduit à une approbation dès l'âge de 3 mois. Les effets indésirables les plus fréquents de la pommade de crisaborole sont une sensation de brûlure ou de picotement au niveau du site d'application, qui s'améliore souvent en poursuivant l'utilisation. Le graphique à droite présente les données des essais pivots pour la crème de ruxolitinib, approuvée à partir de 12 ans pour le traitement à court terme de la dermatite atopique légère à modérée chez les patients non immunodéprimés dont la maladie n'est pas contrôlée de manière adéquate par d'autres moyens. Il s'agit des études TRuE-AD1 et TRuE-AD2. Nous observons ici la réduction moyenne du score de l'échelle d'évaluation numérique pour les démangeaisons. Le véhicule est en rouge et vous avez deux concentrations différentes de ruxolitinib, en marron foncé et en marron clair. Le marron clair est la concentration la plus forte. C'est celle qui a été approuvée par la suite par la FDA. Vous pouvez constater la nette séparation entre le véhicule et le médicament dès le 7^e jour de traitement, et ce pour les deux essais pivots. Limites d'utilisation de la crème de ruxolitinib : non recommandé en association avec des produits biologiques thérapeutiques, d'autres inhibiteurs de JAK ou des immunosuppresseurs puissants. N'oubliez pas que cette classe de médicaments fait l'objet d'un avertissement, principalement lié aux agents systémiques et à leur approbation initiale chez les adultes présentant d'autres comorbidités et

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>traités par ces agents par voie orale pour des maladies telles que la polyarthrite rhumatoïde.</p>
<p>13</p>	<div data-bbox="335 358 917 683"> <h3>Biologic Therapy for Moderate-to-Severe Pediatric AD: Dupilumab</h3> <ul style="list-style-type: none"> Fully human mAb to IL-4Rα subunit that blocks the signaling of IL-4 and IL-13, key drivers of Th2-mediated inflammation FDA-approved for the treatment of patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD not adequately controlled with topical prescription therapies or for whom those therapies are inadvisable Administered as a subcutaneous injection  </div>	<p>Le dupilumab : thérapie biologique approuvée pour la dermatite atopique pédiatrique modérée à sévère. Il s'agit d'un anticorps monoclonal humain dirigé contre la sous-unité du récepteur alpha de l'IL-4 qui bloque la signalisation de l'interleukine 4 et de l'interleukine 13. Rappelons qu'il s'agit de cytokines inflammatoires clés qui, par l'intermédiaire de la voie JAK-STAT, déclenchent la production d'inflammation. Ce médicament est approuvé par la FDA pour le traitement des patients âgés de 6 mois et plus, souffrant de dermatite atopique modérée à sévère qui n'est pas contrôlée de manière adéquate par d'autres moyens. Les dessins à gauche montrent que l'interleukine 4 se lie au récepteur alpha de l'IL-4 et, par l'intermédiaire de la signalisation JAK/STAT, active la production de ces cytokines inflammatoires. L'IL-13 se lie au récepteur alpha de l'IL-4 et le dupilumab bloque cette liaison de manière compétitive. Ce médicament est administré par injection sous-cutanée.</p>
<p>14</p>	<div data-bbox="335 1108 917 1422"> <h3>Dupilumab in Adolescents With Uncontrolled Moderate-to-Severe AD</h3> <p>RESULTS FROM A PHASE 2A OPEN-LABEL TRIAL AND SUBSEQUENT PHASE 3 OPEN-LABEL EXTENSION</p>  <ul style="list-style-type: none"> No new safety signals observed, compared with the known safety profile of dupilumab in adults with moderate-to-severe AD Patients in the dupilumab arms had higher percentage values of conjunctivitis, rhinitis reactions, and lower nonherpetic skin infections. <p>FDA-approved in March 2019</p> <p>Results demonstrate long-term safety and efficacy in adolescents with moderate-to-severe AD for up to 52 weeks of treatment, including in combination with TCS</p> </div>	<p>Il s'agit de données issues d'essais réalisés sur des adolescents. Ce sont des jeunes de 12 à 18 ans atteints de dermatite atopique modérée à sévère non contrôlée. C'est un essai en ouvert et, par la suite, d'extension en ouvert de phase 3, dans cette population. Vous voyez le dupilumab à faible dose en rouge et à dose plus élevée en marron. Ici nous regardons les données de la phase 2A et la baisse du score EASI de base. C'est le score de l'index de surface et de sévérité de l'eczéma. Plus le score EASI est bas, mieux le patient se porte. Vous constatez la baisse initiale puis, au cours de l'extension en ouvert de phase 3, le maintien de l'effet jusqu'à 52 semaines. À droite, nous voyons les scores EASI-50. Cela indique le nombre de patients ayant obtenu une amélioration de 50 % de leur score EASI. Au cours de l'essai de phase 2A, on a pu observer une augmentation. Puis, au cours de l'extension en ouvert, une forte augmentation et un plateau avec un effet soutenu jusqu'à 52 semaines de traitement. Aucun nouveau signal de sécurité n'a été observé par rapport au profil de sécurité connu du dupilumab, tel qu'il ressort des études menées chez l'adulte. Le pourcentage de conjonctivites et de réactions au site d'injection a été plus élevé dans le groupe dupilumab, mais le</p>

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>nombre d'infections cutanées non herpétiques a diminué. Les infections cutanées bactériennes sont moins fréquentes dans les groupes de dupilumab de ces études. Ce traitement a été approuvé chez les adolescents, en mars 2019.</p>
<p>15</p>	<p>Dupilumab With Concomitant Topical Corticosteroids in Children Aged 6-11 Years With Severe AD</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL</p> <p>A significantly higher proportion of patients achieved co-primary endpoints of an IGA score of 0 or 1 and EASI-75 with dupilumab vs placebo in the overall population and the baseline weight <30-kg and ≥30-kg subgroups</p> <p>FDA-approved in May 2020</p>	<p>Qu'en est-il des enfants de 6 à 11 ans atteints de dermatite atopique sévère ? Il s'agissait d'un essai de phase 3, randomisé, en double aveugle et contrôlé par placebo. Nous voyons ici, à gauche, l'EASI-75, ce qui représente une amélioration de 75 % du score EASI global. Le placebo est en marron foncé sur cette diapositive. Le dupilumab à deux dosages différents est en rouge et en marron clair. Vous pouvez voir ici le nombre de patients ayant obtenu une amélioration de 75 % de leur score EASI, 67 % à 70 % dans les groupes de dupilumab. On constate une grande différence par rapport au véhicule dès la semaine-2. Qu'en est-il de la répartition par poids ? Pour les personnes de moins de 30 kg et celles de plus de 30 kg, les graphiques sont très similaires, les groupes de dupilumab étant statistiquement supérieurs à celui du véhicule. Dans ces études, ils pouvaient utiliser des corticostéroïdes topiques. En se basant sur ces données, le dupilumab a été approuvé chez les enfants âgés de 6 ans et plus, en mai 2020.</p>
<p>16</p>	<p>Dupilumab With Concomitant Topical Corticosteroids in Children Aged 6-11 Years With Severe AD (cont)</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL</p> <p>A significantly higher proportion of patients achieved co-primary endpoints of an IGA score of 0 or 1 and EASI-75 with dupilumab vs placebo in the overall population and the baseline weight <30-kg and ≥30-kg subgroups</p> <p>FDA-approved in May 2020</p>	<p>Examinons ici des graphiques similaires. On considère l'évaluation globale par l'investigateur avec l'obtention d'un résultat sain ou presque sain. Le score est de 0 ou 1 dans l'ensemble. Le graphique du milieu représente les moins de 30 kg et celui de droite les plus de 30 kg. Des graphiques très similaires, comme vous pouvez le voir ici. Là encore, nous avons différents dosages de dupilumab et les participants ont été autorisés à utiliser des corticostéroïdes topiques. Le profil des effets indésirables est très similaire à celui des autres études.</p>
<p>17</p>	<p>Dupilumab in Children Aged 6 Months to ≤6 Years With Uncontrolled AD</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL: LIBERTY AD PRESCHOOL</p> <p>Primary Efficacy Endpoint</p> <ul style="list-style-type: none"> Proportion of patients with IGA 0 or 1 <p>Key Secondary Endpoints</p> <ul style="list-style-type: none"> % change from baseline to week 16 in EASI Weekly mean of daily worst scratch and itch NRS score 	<p>Bien. Qu'en est-il des enfants âgés de 6 mois à 6 ans ? Ces patients souffraient de dermatite atopique modérée à sévère. Il s'agissait d'un essai de phase 3, randomisé, prospectif, en double aveugle, contrôlé contre placebo, dont le diagnostic a été établi selon les critères de consensus de l'Académie américaine de dermatologie. Ces patients avaient présenté une réponse inadéquate aux corticostéroïdes topiques et ont été randomisés pour recevoir le dupilumab avec des stéroïdes</p>

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>de faible puissance, ou simplement un placebo avec des stéroïdes de faible puissance. Le critère d'évaluation principal est le nombre de patients qui ont obtenu un résultat sain ou presque sain selon l'évaluation globale par l'investigateur. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient la variation en pourcentage du score EASI ou la diminution de du score d'évaluation numérique pour les démangeaisons.</p>																																										
<p>18</p>	<p>Dupilumab in Children Aged 6 Months to ≤6 Years With Uncontrolled AD (cont)</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL: LIBERTY AD PRESCHOOL</p> <p>FDA-approved in June 2022</p> <p>Primary and key secondary endpoints</p> <p>(A) Proportion of patients with an IGA score of 0 or 1 through to week 16 (primary endpoint)</p> <p>(B) Proportion of patients with EASI-75 through to week 16 (key secondary endpoint, identified as a coprimary endpoint for EU or EU Reference Market Countries). Values after first rescue treatment are given as not responding. Patients with missing values at week 16 due to rescue treatment, withdrawal, consent, ACR, and loss of efficacy (as deemed by the investigator) were considered as non-responders. Patients with missing values due to other reasons, including COVID-19, were imputed by multiple imputation.</p>	<p>Voici les données. Ici nous considérons les patients qui ont obtenu un score IGA de 0 à 1 dans le graphique à gauche. Dans le graphique à droite, nous examinons ceux qui ont obtenu une amélioration de 75 % du score EASI. Le dupilumab apparaît en rouge sur les deux graphiques et le placebo en marron. Encore une fois, j'apprécie la différence et la supériorité statistique du dupilumab par rapport au placebo dès 4 semaines pour l'IGA et dès 2 semaines pour l'obtention du score EASI-75. Ce médicament a été approuvé par la FDA pour une utilisation dès l'âge de 6 mois, l'été dernier, en juin 2022.</p>																																										
<p>19</p>	<p>Dupilumab in Children Aged 6 Months to ≤6 Years With Uncontrolled AD (cont)</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL: LIBERTY AD PRESCHOOL</p> <p>FDA-approved in June 2022</p> <p>Key secondary endpoints</p> <p>(C) Least squares mean percentage change in EASI from baseline through to week 16 (key secondary endpoint; error bars are standard errors)</p> <p>(D) Least squares mean percentage change in weekly mean of daily worst scratch and itch NRS score. Values after first rescue treatment are given as not responding. Patients with missing values at week 16 due to rescue treatment, withdrawal, consent, ACR, and loss of efficacy (as deemed by the investigator) were imputed by worst observation carried forward method. Patients with missing values due to other reasons, including COVID-19, were imputed by multiple imputation.</p>	<p>Nous observons ici des graphiques similaires, avec la baisse du score EASI et celle du score d'évaluation numérique pour les démangeaisons. Là encore, vous pouvez constater la différence entre le dupilumab et le placebo chez les patients âgés d'au moins 6 mois.</p>																																										
<p>20</p>	<p>Dupilumab in Children Aged 6 Months to ≤6 Years With Uncontrolled AD (cont)</p> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL: LIBERTY AD PRESCHOOL</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceptable safety profile, similar to those observed in older children and adults Well tolerated across subgroups, including patients aged <2 years <table border="1"> <thead> <tr> <th>Overview, n (%)</th> <th>Dupilumab + TCs (n=83)</th> <th>Placebo + TCs (n=78)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patients with ≥1 TEAE</td> <td>53 (64)</td> <td>58 (74)</td> </tr> <tr> <td>Patients with TEAEs leading to treatment discontinuation</td> <td>1 (1)</td> <td>1 (1)</td> </tr> <tr> <td>Patients with ≥1 serious TEAEs</td> <td>0</td> <td>4 (5)</td> </tr> <tr> <td>Deaths</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Patients with ≥1 severe TEAE</td> <td>2 (2)</td> <td>10 (13)</td> </tr> <tr> <td>Patients with ≥1 TEAE deemed related to study drug</td> <td>9 (11)</td> <td>5 (6)</td> </tr> <tr> <td>Patients with TEAE of special interest</td> <td>1 (1)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Narrow conjunctivitis*</td> <td>4 (5)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Allergic conjunctivitis</td> <td>1 (1)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Conjunctivitis</td> <td>3 (4)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Shin infections including herpes viral infections</td> <td>10 (12)</td> <td>19 (24)</td> </tr> <tr> <td>Herpes viral infections</td> <td>5 (6)</td> <td>4 (5)</td> </tr> <tr> <td>Injection-site reactions</td> <td>2 (2)</td> <td>2 (3)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*None were reported by the study data review committee as being related to the study drug.</p>	Overview, n (%)	Dupilumab + TCs (n=83)	Placebo + TCs (n=78)	Patients with ≥1 TEAE	53 (64)	58 (74)	Patients with TEAEs leading to treatment discontinuation	1 (1)	1 (1)	Patients with ≥1 serious TEAEs	0	4 (5)	Deaths	0	0	Patients with ≥1 severe TEAE	2 (2)	10 (13)	Patients with ≥1 TEAE deemed related to study drug	9 (11)	5 (6)	Patients with TEAE of special interest	1 (1)	0	Narrow conjunctivitis*	4 (5)	0	Allergic conjunctivitis	1 (1)	0	Conjunctivitis	3 (4)	0	Shin infections including herpes viral infections	10 (12)	19 (24)	Herpes viral infections	5 (6)	4 (5)	Injection-site reactions	2 (2)	2 (3)	<p>Qu'en est-il de la sécurité ? Le tableau de droite énumère les effets indésirables apparus sous l'effet du traitement. La plupart d'entre eux ont été estimés non liés au médicament par les investigateurs de l'étude. Je voudrais insister sur la conjonctivite, qui comprend toutes les formes de conjonctivite : allergique, bactérienne, virale et atopique. Elle était plus élevée dans le groupe du dupilumab, mais encore relativement faible par rapport au groupe placebo. Mais je tiens également à souligner cette colonne d'infections cutanées, à l'exclusion des infections par le virus de l'herpès, qui est en fait plus faible dans le groupe traité par dupilumab que dans le groupe placebo.</p>
Overview, n (%)	Dupilumab + TCs (n=83)	Placebo + TCs (n=78)																																										
Patients with ≥1 TEAE	53 (64)	58 (74)																																										
Patients with TEAEs leading to treatment discontinuation	1 (1)	1 (1)																																										
Patients with ≥1 serious TEAEs	0	4 (5)																																										
Deaths	0	0																																										
Patients with ≥1 severe TEAE	2 (2)	10 (13)																																										
Patients with ≥1 TEAE deemed related to study drug	9 (11)	5 (6)																																										
Patients with TEAE of special interest	1 (1)	0																																										
Narrow conjunctivitis*	4 (5)	0																																										
Allergic conjunctivitis	1 (1)	0																																										
Conjunctivitis	3 (4)	0																																										
Shin infections including herpes viral infections	10 (12)	19 (24)																																										
Herpes viral infections	5 (6)	4 (5)																																										
Injection-site reactions	2 (2)	2 (3)																																										

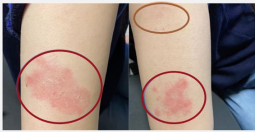
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

<p>21</p>	<h3>Dupilumab in Children Aged 6 Months to ≤6 Years With Uncontrolled AD (cont)</h3> <p>A RANDOMIZED, DOUBLE-BLINDED, PLACEBO-CONTROLLED PHASE 3 TRIAL: LIBERTY AD PRESCHOOL</p> <ul style="list-style-type: none"> Transient increase in mean eosinophil count was observed with dupilumab; without clinical relevance, consistent with previous trials Conjunctivitis incidence was higher with dupilumab vs placebo; all cases were mild and resolved As with previous trials, skin infection incidence was substantially lower with dupilumab vs placebo Viral gastroenteritis and dental caries occurred at a higher rate with dupilumab vs placebo; however, the numbers of these patients were too few to draw conclusions <table border="1"> <thead> <tr> <th>TEAEs Reported in >2% of Patients, n (%)</th> <th>Dupilumab + TCS (n=53)</th> <th>Placebo + TCS (n=74)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Thrombocytopenia</td><td>3 (6)</td><td>4 (5)</td></tr> <tr><td>Upper respiratory tract infection</td><td>5 (9)</td><td>6 (8)</td></tr> <tr><td>Molluscum contagiosum</td><td>4 (8)</td><td>2 (3)</td></tr> <tr><td>Conjunctivitis</td><td>3 (6)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Viral gastroenteritis</td><td>3 (6)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Impetigo</td><td>3 (6)</td><td>6 (8)</td></tr> <tr><td>Viral respiratory tract infection</td><td>2</td><td>3 (4)</td></tr> <tr><td>Staphylococcal skin infection</td><td>2</td><td>3 (4)</td></tr> <tr><td>Skin and subcutaneous tissue disorders</td><td>17 (29)</td><td>28 (38)</td></tr> <tr><td>AD¹</td><td>11 (21)</td><td>28 (38)</td></tr> <tr><td>Urticaria</td><td>1 (2)</td><td>4 (5)</td></tr> <tr><td>Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders</td><td>9 (17)</td><td>15 (19)</td></tr> <tr><td>Diarrhea</td><td>4 (8)</td><td>1 (1)</td></tr> <tr><td>Asthma</td><td>3 (6)</td><td>5 (7)</td></tr> <tr><td>Cough</td><td>2</td><td>5 (7)</td></tr> <tr><td>Gastrointestinal disorders</td><td>8 (15)</td><td>8 (11)</td></tr> <tr><td>Dental caries</td><td>4 (8)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Blood and lymphatic system disorders</td><td>0 (0)</td><td>7 (9)</td></tr> <tr><td>Lymphadenopathy</td><td>3 (6)</td><td>8 (11)</td></tr> <tr><td>General disorders and administration site conditions</td><td>5 (9)</td><td>9 (12)</td></tr> <tr><td>Pneumonia</td><td>1 (2)</td><td>7 (9)</td></tr> </tbody> </table> <p><small>1. Dupilumab + TCS vs placebo + TCS. AD, atopic dermatitis; TCS, topical corticosteroids.</small></p>	TEAEs Reported in >2% of Patients, n (%)	Dupilumab + TCS (n=53)	Placebo + TCS (n=74)	Thrombocytopenia	3 (6)	4 (5)	Upper respiratory tract infection	5 (9)	6 (8)	Molluscum contagiosum	4 (8)	2 (3)	Conjunctivitis	3 (6)	0	Viral gastroenteritis	3 (6)	0	Impetigo	3 (6)	6 (8)	Viral respiratory tract infection	2	3 (4)	Staphylococcal skin infection	2	3 (4)	Skin and subcutaneous tissue disorders	17 (29)	28 (38)	AD ¹	11 (21)	28 (38)	Urticaria	1 (2)	4 (5)	Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders	9 (17)	15 (19)	Diarrhea	4 (8)	1 (1)	Asthma	3 (6)	5 (7)	Cough	2	5 (7)	Gastrointestinal disorders	8 (15)	8 (11)	Dental caries	4 (8)	0	Blood and lymphatic system disorders	0 (0)	7 (9)	Lymphadenopathy	3 (6)	8 (11)	General disorders and administration site conditions	5 (9)	9 (12)	Pneumonia	1 (2)	7 (9)	<p>Ce tableau énumère en détail les différents événements rapportés au cours de l'essai clinique. Rappelez-vous que c'est ainsi que se déroulent les essais cliniques et que les chercheurs de l'étude, les IP, ont estimé que la majorité de ces cas n'étaient probablement pas liés au médicament à l'étude. Vous pouvez voir ici que l'impétigo, une infection bactérienne, est plus faible dans le groupe du dupilumab avec stéroïdes que dans le groupe placebo avec stéroïdes. La conjonctivite, à nouveau plus élevée dans le groupe du dupilumab, est bien connu pour être un risque de cet agent. Les gastro-entérites virales et les caries dentaires ont été plus fréquentes dans le groupe du dupilumab, mais les chiffres étaient si faibles qu'il n'a pas été possible d'en tirer de véritables conclusions. Le premier point, ici à gauche, montre une augmentation transitoire du nombre d'éosinophiles, mais sans aucune pertinence clinique.</p>
TEAEs Reported in >2% of Patients, n (%)	Dupilumab + TCS (n=53)	Placebo + TCS (n=74)																																																																		
Thrombocytopenia	3 (6)	4 (5)																																																																		
Upper respiratory tract infection	5 (9)	6 (8)																																																																		
Molluscum contagiosum	4 (8)	2 (3)																																																																		
Conjunctivitis	3 (6)	0																																																																		
Viral gastroenteritis	3 (6)	0																																																																		
Impetigo	3 (6)	6 (8)																																																																		
Viral respiratory tract infection	2	3 (4)																																																																		
Staphylococcal skin infection	2	3 (4)																																																																		
Skin and subcutaneous tissue disorders	17 (29)	28 (38)																																																																		
AD ¹	11 (21)	28 (38)																																																																		
Urticaria	1 (2)	4 (5)																																																																		
Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders	9 (17)	15 (19)																																																																		
Diarrhea	4 (8)	1 (1)																																																																		
Asthma	3 (6)	5 (7)																																																																		
Cough	2	5 (7)																																																																		
Gastrointestinal disorders	8 (15)	8 (11)																																																																		
Dental caries	4 (8)	0																																																																		
Blood and lymphatic system disorders	0 (0)	7 (9)																																																																		
Lymphadenopathy	3 (6)	8 (11)																																																																		
General disorders and administration site conditions	5 (9)	9 (12)																																																																		
Pneumonia	1 (2)	7 (9)																																																																		
<p>22</p>	<h3>Dupilumab for Pediatric AD: Dosage and Administration</h3> <p>DOSAGE IN CHILDREN AGED 6 MONTHS TO 5 YEARS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Body Weight</th> <th>Initial and Subsequent Dosage^a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg to <15 kg</td> <td>200 mg (one 200-mg injection) q4w</td> </tr> <tr> <td>15 kg to <30 kg</td> <td>300 mg (one 300-mg injection) q4w</td> </tr> </tbody> </table> <p>DOSAGE IN CHILDREN AND TEENS AGED 6-17 YEARS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Body Weight</th> <th>Initial Loading Dose</th> <th>Subsequent Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 kg to <30 kg</td> <td>600 mg (two 300-mg injections)</td> <td>300 mg q4w</td> </tr> <tr> <td>30 kg to <60 kg</td> <td>400 mg (two 200-mg injections)</td> <td>200 mg q2w</td> </tr> <tr> <td>≥60 kg</td> <td>600 mg (two 300-mg injections)</td> <td>300 mg q2w</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dupilumab can be injected into the thigh, stomach (except for the 2 inches around the belly button), or outer area of the upper arm if caregiver injects. A different site should be chosen each time dupilumab is injected.</p> <p><small>^aFor children aged 6 months to 5 years with AD, no initial loading dose is recommended. Dupilumab (300-mg) and dupilumab (200-mg) injections should be administered intramuscularly. Dupilumab (600-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (300-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (200-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (600-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (300-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (200-mg) injection should be administered intramuscularly.</small></p>	Body Weight	Initial and Subsequent Dosage ^a	5 kg to <15 kg	200 mg (one 200-mg injection) q4w	15 kg to <30 kg	300 mg (one 300-mg injection) q4w	Body Weight	Initial Loading Dose	Subsequent Dose	15 kg to <30 kg	600 mg (two 300-mg injections)	300 mg q4w	30 kg to <60 kg	400 mg (two 200-mg injections)	200 mg q2w	≥60 kg	600 mg (two 300-mg injections)	300 mg q2w	<p>Qu'en est-il du dosage ? Cela dépend de votre âge et de votre poids. Les enfants âgés de 6 mois à 5 ans, en fonction de leur poids, reçoivent le dupilumab une fois par mois sous forme d'injection toutes les 4-semaines. Une dose plus faible si vous faites moins de 15 kg, une dose plus élevée si vous faites moins de 30 kg et plus de 15 kg. N'oubliez pas qu'il n'y a pas de dose de charge, mais la même dose toutes les 4 semaines. Chez les enfants et les adolescents, à partir de 6 ans, cela dépend du poids. Pour un patient entre 15 et 30 kg, l'injection n'a lieu qu'une fois par mois, ce qui est très bien pour ces jeunes patients pédiatriques. Lorsque le patient dépasse les 30 kg, l'injection devient bimensuelle, à des doses différentes en fonction du poids. Sites de dosage recommandés : la partie supérieure et extérieure des bras, l'abdomen ou les cuisses. N'oubliez pas qu'il s'agit d'une injection sous-cutanée.</p>																																																
Body Weight	Initial and Subsequent Dosage ^a																																																																			
5 kg to <15 kg	200 mg (one 200-mg injection) q4w																																																																			
15 kg to <30 kg	300 mg (one 300-mg injection) q4w																																																																			
Body Weight	Initial Loading Dose	Subsequent Dose																																																																		
15 kg to <30 kg	600 mg (two 300-mg injections)	300 mg q4w																																																																		
30 kg to <60 kg	400 mg (two 200-mg injections)	200 mg q2w																																																																		
≥60 kg	600 mg (two 300-mg injections)	300 mg q2w																																																																		
<p>23</p>	<h3>Dupilumab for Pediatric AD: Considerations for Vaccination</h3> <p>CONSENSUS RECOMMENDATIONS FOR VACCINATION IN PEDIATRIC PATIENTS WITH AD TREATED WITH DUPILUMAB¹</p> <ul style="list-style-type: none"> Consider completing all age-appropriate vaccinations as recommended by current immunization guidelines prior to initiating treatment with dupilumab¹ Avoid use of live vaccines in patients treated with dupilumab¹ In a post-hoc analysis of a population of dupilumab-treated patients with moderate-to-severe asthma, there was no apparent impact on the ability to mount an immune response to live attenuated virus² <table border="1"> <thead> <tr> <th>Final statements/recommendations:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Based on available data, dupilumab does not appear to affect the development of protective antibodies to inactivated vaccines</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab treatment does not need to be interrupted for administration of inactivated vaccines</td> </tr> <tr> <td>For patients on dupilumab treatment, seasonal inactivated influenza vaccination should continue as recommended</td> </tr> <tr> <td>Based on available data, live attenuated vaccines should be avoided while on dupilumab</td> </tr> <tr> <td>When live attenuated vaccinations are required, they should be given 24 weeks prior to initiation of dupilumab treatment, if possible</td> </tr> <tr> <td>While on dupilumab, measurement of specific antibody levels can be considered to ensure serologic protection after vaccination on dupilumab therapy</td> </tr> <tr> <td>There is no evidence to suggest that immunization while on dupilumab causes an exacerbation of AD.</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>1. Dupilumab (300-mg) and dupilumab (200-mg) injections should be administered intramuscularly. Dupilumab (600-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (300-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (200-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (600-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (300-mg) injection should be administered intramuscularly. Dupilumab (200-mg) injection should be administered intramuscularly.</small></p>	Final statements/recommendations:	Based on available data, dupilumab does not appear to affect the development of protective antibodies to inactivated vaccines	Dupilumab treatment does not need to be interrupted for administration of inactivated vaccines	For patients on dupilumab treatment, seasonal inactivated influenza vaccination should continue as recommended	Based on available data, live attenuated vaccines should be avoided while on dupilumab	When live attenuated vaccinations are required, they should be given 24 weeks prior to initiation of dupilumab treatment, if possible	While on dupilumab, measurement of specific antibody levels can be considered to ensure serologic protection after vaccination on dupilumab therapy	There is no evidence to suggest that immunization while on dupilumab causes an exacerbation of AD.	<p>Qu'en est-il des considérations relatives à la vaccination ? Il est recommandé que tous les vaccins appropriés à l'âge soient effectués avant de commencer le traitement par dupilumab, et que l'utilisation de vaccins à virus vivants soit évitée pendant le traitement. Ces vaccins doivent être administrés au moins 4 semaines avant le début du traitement. Si un patient déjà sous dupilumab a vraiment besoin d'un vaccin à virus vivant, ce médicament doit être suspendu. La durée d'interruption n'est pas vraiment claire, avec des</p>																																																										
Final statements/recommendations:																																																																				
Based on available data, dupilumab does not appear to affect the development of protective antibodies to inactivated vaccines																																																																				
Dupilumab treatment does not need to be interrupted for administration of inactivated vaccines																																																																				
For patients on dupilumab treatment, seasonal inactivated influenza vaccination should continue as recommended																																																																				
Based on available data, live attenuated vaccines should be avoided while on dupilumab																																																																				
When live attenuated vaccinations are required, they should be given 24 weeks prior to initiation of dupilumab treatment, if possible																																																																				
While on dupilumab, measurement of specific antibody levels can be considered to ensure serologic protection after vaccination on dupilumab therapy																																																																				
There is no evidence to suggest that immunization while on dupilumab causes an exacerbation of AD.																																																																				


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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>recommandations différentes selon les spécialistes de la dermatite atopique. J'ai entendu parler de 4 à 8 semaines en général. Certains recommandent une durée plus longue, d'autres une durée plus courte. Dans une analyse post hoc d'une population de patients traités par dupilumab et souffrant d'asthme modéré à sévère, il n'y a pas eu d'impact apparent sur la capacité à générer une réponse immunitaire à un virus vivant atténué. Le tableau à droite présente les recommandations consensuelles en matière de vaccination. En se basant sur les données disponibles, le dupilumab ne semble pas affecter le développement de titres d'anticorps protecteurs dans les vaccins inactivés. Il n'est pas nécessaire de l'interrompre pour administrer des vaccins inactivés. Le vaccin inactivé contre la grippe saisonnière doit continuer à être recommandé, même pour les patients sous dupilumab. En raison du manque de données disponibles, les vaccins vivants atténués doivent être évités pendant le traitement par dupilumab. S'ils doivent être administrés avant le traitement, ce doit être au moins 4 semaines avant le début de la thérapie. Vous pouvez mesurer les niveaux d'anticorps spécifiques si vous recevez des vaccins pendant le traitement au dupilumab, ou si le patient en reçoit. Il n'y a pas de preuve suggérant que la vaccination pendant le traitement au dupilumab causera une exacerbation de la dermatite atopique.</p>
24	<p>AEs of Dupilumab for Pediatric AD: Injection Site Reactions</p> <ul style="list-style-type: none"> Like all biologics administered subcutaneously, dupilumab may be associated with injection site reactions Can include, but are not limited to, injection site swelling, pain, and bruising No baseline laboratory monitoring necessary; monitor for conjunctival injection (up to 30% in trials) <ul style="list-style-type: none"> Usually transient Often responds to ocular anti-inflammatory treatments  <p><small>Duggan R, et al. <i>Dupilumab (Dupixent) 2019</i>. In: <i>Practical Dermatology</i>. 2019;3:170-176. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9888-8_10</small></p>	<p>Les réactions au site d'injection sont un sujet dont nous devons toujours avertir nos familles. Elles peuvent être observées, comme vous le voyez sur ces photos. Elles sont transitoires. Elles sont traitées de manière symptomatique et tendent à se résorber d'elles-mêmes. Nous devons surveiller l'injection conjonctivale chez nos patients. Dans les différents essais, une conjonctivite a été signalée dans une proportion allant jusqu'à 30 %. Mais en pratique clinique, je l'ai observée chez moins de 10 % des patients, plutôt chez 5 % d'entre eux.</p>



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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

<p>25</p>	<p>AEs of Dupilumab for Pediatric AD: Conjunctivitis</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients and caregivers should be encouraged to report any eye discomfort, and physicians should regularly evaluate patients for ophthalmologic complaints Evaluate for conjunctival erythema at follow-up visits Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk for developing conjunctivitis with dupilumab and should be counseled and monitored more closely All patients reporting ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; many suggest referral to an ophthalmologist for further assessment and co-management  <p><small>Alshakir M, et al. J Clin Dermatol. 2021;11(10):481-487. Singhal M, et al. Expert Opin Pharmacother. 2021;11(4):473-484. Singhal M, et al. Pediatr Dermatol. 2020;36(1):112-116. Dastmalchi F. https://www.ama-assn.org/practicing/continuing-education/2021/04/20210401ad01</small></p>	<p>Qu'en est-il de la conjonctivite ? Nous devons encourager les familles à nous signaler régulièrement l'apparition de cette infection. Nous l'évaluons lors des visites de suivi. Je cogère souvent ces patients, presque toujours avec mes collègues en ophtalmologie pédiatrique. Les personnes qui ont des antécédents de gêne oculaire peuvent présenter un risque plus élevé de développer une conjonctivite. Il se peut qu'elles aient eu une conjonctivite préexistante qui n'était pas cliniquement visible. Elles doivent faire l'objet d'un suivi approprié.</p>												
<p>26</p>	<p>AEs of Dupilumab for Pediatric AD: Conjunctivitis (cont)</p> <ul style="list-style-type: none"> Topical treatment options for dupilumab-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="651 761 877 918"> <p>Formulation of Oily Cyclosporine 1% Eye Drops</p> <table border="1"> <tr> <td>Rx (NDF 12.21)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cyclosporine</td> <td>1.0 g</td> </tr> <tr> <td>Refined castor oil</td> <td>9.9 g</td> </tr> <tr> <td>Medium-chain triglycerides</td> <td>to 100.0 g</td> </tr> <tr> <td>Shelf life</td> <td>1 week</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Note: maximum 5 g or 5 ml, per bottle</td> </tr> </table> </div> <p><small>Alshakir M, et al. J Clin Dermatol. 2021;11(10):481-487. Singhal M, et al. Expert Opin Pharmacother. 2021;11(4):473-484. Singhal M, et al. Pediatr Dermatol. 2020;36(1):112-116. Dastmalchi F. https://www.ama-assn.org/practicing/continuing-education/2021/04/20210401ad01</small></p>	Rx (NDF 12.21)		Cyclosporine	1.0 g	Refined castor oil	9.9 g	Medium-chain triglycerides	to 100.0 g	Shelf life	1 week	Note: maximum 5 g or 5 ml, per bottle		<p>Il existe une variété de traitements topiques pour la conjonctivite associée au dupilumab, énumérés sur cette diapositive. L'encadré à droite montre la formulation du collyre huileux à la cyclosporine qui contient à la fois de l'huile de ricin et des triglycérides à chaîne moyenne en association avec la cyclosporine. Ces patients ne sont pris en charge qu'en collaboration avec mes collègues en ophtalmologie pédiatrique.</p>
Rx (NDF 12.21)														
Cyclosporine	1.0 g													
Refined castor oil	9.9 g													
Medium-chain triglycerides	to 100.0 g													
Shelf life	1 week													
Note: maximum 5 g or 5 ml, per bottle														
<p>27</p>	<p>Dupilumab for Pediatric AD: Select Approvals</p> <p>APPROVED INDICATIONS OF DUPILUMAB FOR PEDIATRIC AD VARY REGIONALLY*</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Regulatory Agency</th> <th>Approved Indication (Pediatric AD)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FDA</td> <td>Children aged ≥6 months with moderate-to-severe AD</td> </tr> <tr> <td>Health Canada</td> <td>Moderate-to-severe AD in children aged ≥6 years whose condition is not adequately controlled with topical prescription therapies</td> </tr> <tr> <td>European Medicines Agency</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Patients aged ≥12 years with moderate-to-severe AD when treatments applied to the skin are not sufficient or appropriate Patients aged 6 years up to 12 years can also be given dupilumab if their condition is severe </td> </tr> <tr> <td>TAFE Directors Australia</td> <td>Moderate-to-severe AD in patients aged ≥6 years who are candidates for chronic systemic therapy</td> </tr> <tr> <td>Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (Japan)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adult patients with AD not adequately controlled with existing therapies Under review for children aged 6 months to 18 years[†] </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>*As of January 2023, dupilumab is only approved for patients aged <6 years in the United States</small></p> <p><small>†Indication covered as of January 2023. International approvals for indications other than AD may vary.</small></p> <p><small>†Therapy Apps: Search/Access/Control/Prescription/Device/Under Review/Case: https://pda.ama-assn.org</small></p>	Regulatory Agency	Approved Indication (Pediatric AD)	FDA	Children aged ≥6 months with moderate-to-severe AD	Health Canada	Moderate-to-severe AD in children aged ≥6 years whose condition is not adequately controlled with topical prescription therapies	European Medicines Agency	<ul style="list-style-type: none"> Patients aged ≥12 years with moderate-to-severe AD when treatments applied to the skin are not sufficient or appropriate Patients aged 6 years up to 12 years can also be given dupilumab if their condition is severe 	TAFE Directors Australia	Moderate-to-severe AD in patients aged ≥6 years who are candidates for chronic systemic therapy	Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (Japan)	<ul style="list-style-type: none"> Adult patients with AD not adequately controlled with existing therapies Under review for children aged 6 months to 18 years[†] 	<p>Sélectionnez les autorisations pour la dermatite atopique pédiatrique en fonction de votre situation géographique. La FDA a approuvé le dupilumab pour la dermatite atopique dès 6 mois chez les patients atteints d'une maladie modérée à sévère. Qu'en est-il du Canada ? Il est approuvé pour les maladies modérées à sévères chez les personnes âgées de 6 ans et plus. En Europe, chez les personnes âgées de 12 ans et plus. Mais les autorités précisent que les enfants âgés de 6 à 12 ans peuvent recevoir ce médicament si leur état est grave. En Australie, il est autorisé pour les maladies modérées à sévères chez les patients âgés de 6 ans et plus qui sont candidats à un traitement systémique chronique. Au Japon, le médicament n'est approuvé que pour les adultes, mais il est en cours d'examen pour les enfants âgés de 6 mois à 18 ans. Depuis janvier de cette année, le dupilumab n'est autorisé que pour les patients âgés de moins de 6 ans aux États-Unis.</p>
Regulatory Agency	Approved Indication (Pediatric AD)													
FDA	Children aged ≥6 months with moderate-to-severe AD													
Health Canada	Moderate-to-severe AD in children aged ≥6 years whose condition is not adequately controlled with topical prescription therapies													
European Medicines Agency	<ul style="list-style-type: none"> Patients aged ≥12 years with moderate-to-severe AD when treatments applied to the skin are not sufficient or appropriate Patients aged 6 years up to 12 years can also be given dupilumab if their condition is severe 													
TAFE Directors Australia	Moderate-to-severe AD in patients aged ≥6 years who are candidates for chronic systemic therapy													
Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (Japan)	<ul style="list-style-type: none"> Adult patients with AD not adequately controlled with existing therapies Under review for children aged 6 months to 18 years[†] 													



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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

<p>28</p>	<p>Dupilumab for Pediatric AD: Region-Specific Considerations</p> <p>CONSIDERATIONS FOR LATIN AMERICAN COUNTRIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibility considerations¹ <ul style="list-style-type: none"> — Currently, several Latin American countries have approved dupilumab for use in adolescents and adults — Some Latin American countries, including Brazil, have also approved dupilumab for children aged 6-11 years — Costs may represent a barrier to access to biologics • Treatment considerations <ul style="list-style-type: none"> — Helminth infections can co-occur with AD and should be treated before initiating dupilumab — If patients become infected while receiving dupilumab and do not respond to anti-helminth treatment, discontinue dupilumab until the infestation resolves  <p>Cutaneous larva migrans</p> <p><small>1. https://doi.org/10.1007/s00296-020-05400-0 Copyright © 2020 Springer Nature. All rights reserved. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.</small></p>	<p>Qu'en est-il des variations géographiques ? Dans les pays d'Amérique latine, le dupilumab a été approuvé chez les adolescents et les adultes. Certains de ces pays, dont le Brésil, l'ont également approuvé pour des âges plus jeunes. Les coûts peuvent être un obstacle et nous devons nous rappeler, en termes de traitement, que les infections parasitaires helminthiques peuvent coexister avec la dermatite atopique et qu'elles doivent être traitées avant l'instauration du dupilumab. Si un patient sous dupilumab développe une infestation parasitaire et qu'il ne répond pas au traitement, il doit arrêter le dupilumab jusqu'à ce que l'infestation disparaisse. À titre d'exemple d'infestation parasitaire, nous avons inclus sur cette diapositive la larva migrans cutanée, qui est une infestation parasitaire cutanée assez courante.</p>
<p>29</p>	<p>Patient Case 1: Infant With Refractory Moderate-to-Severe AD</p> <p>You are managing a 5-month-old male patient who was diagnosed with moderate-severe AD at 3 months old. His treatment plan to date has included the use of HC 2.5% cream, oral Benadryl, and emollients, but there has been no meaningful improvement of his condition. The patient's parents are concerned about his condition and would like to know what the next steps should be.</p> <p>Which of the following treatments would be the most appropriate next step for this patient?</p> <ol style="list-style-type: none"> Crisaborole ointment Ruxolitinib cream Dupilumab injections Fluocinolone ointment  <p><small>© 2020 UpToDate</small></p>	<p>Très bien, nous allons terminer avec quelques patients, avec quelques cas. Je vais vous lire quelques options de choix correctes et vous donner une minute pour faire votre choix. Puis nous discuterons de la réponse appropriée. Vous prenez en charge un petit garçon de 5 mois chez qui il a été diagnostiqué une dermatite atopique modérée à sévère à l'âge de 3 mois. Jusqu'à présent, son plan de traitement comprenait une crème à base d'hydrocortisone à 2,5 %, du Benadryl par voie orale et des émoullients. Il n'y a pas eu d'amélioration significative de son état. Ses parents s'inquiètent de son état de santé et aimeraient savoir quelles sont les prochaines étapes ? Parmi les choix suivants, quelle serait la prochaine étape la plus appropriée pour cet enfant de 5 mois ? Pommade de crisaborole, crème de ruxolitinib, injections de dupilumab ou pommade de fluocinolone ? Prenez une minute pour faire votre choix. Bien. Le meilleur choix ici est la pommade de fluocinolone. Cet enfant n'a été traité qu'avec des corticostéroïdes peu puissants. Il souffre d'une maladie modérée à sévère. Si nous devons choisir parmi ces quatre propositions, l'étape suivante sera d'augmenter la puissance de ce corticostéroïde. Le crisaborole est approuvé chez les moins de 3 mois. Mais il est peu probable qu'il soit réellement efficace pour un patient atteint d'une maladie modérée à sévère. La crème de ruxolitinib n'est approuvée que chez les moins de 12 ans. L'injection de dupilumab n'est pas approuvée chez les moins de 6 mois.</p>


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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		Elle n'est donc pas encore approuvée ici.
30	<p>Patient Case 2: Infant With Moderate AD and New Periorbital Involvement</p> <p>You are managing a 9-month-old male patient with a diagnosis of moderate AD. The patient has been treated with fluocinolone ointment (body) and HC 2.5% cream (face) for the past 2 months. Recently, the patient has developed new periorbital involvement; the areas are red and inflamed with scaling. The patient's parents were concerned about using the current treatments, so have been using only emollients on these areas. They are concerned about the worsening of the condition and are looking for additional treatment options.</p> <p>Which of the following treatments would be the most appropriate option to manage this patient's periorbital involvement?</p> <p><input checked="" type="radio"/> a. Crisaborole ointment <input type="radio"/> b. Tacrolimus 0.1% ointment <input type="radio"/> c. Ruxolitinib cream <input type="radio"/> d. Oral upadacitinib</p> 	<p>Vous prenez en charge un petit garçon de 9 mois chez qui on a diagnostiqué une dermatite atopique modérée. Le patient a été traité avec une pommade de fluocinolone pour le corps et une crème d'hydrocortisone à 2,5 % pour le visage au cours des deux derniers mois. Récemment, il a développé une nouvelle atteinte périorbitaire. Ces zones sont rouges et enflammées avec une desquamation. Les parents sont préoccupés par l'utilisation des traitements actuels. Ils n'utilisent que des émoullients pour le contour des yeux. Ils s'inquiètent de l'aggravation de son état et veulent savoir quelles sont les autres options thérapeutiques. Parmi les traitements suivants, lequel serait le plus approprié pour prendre en charge son atteinte périorbitaire ? S'agit-il de la pommade de crisaborole, de la pommade de tacrolimus à 0,1 %, de la crème de ruxolitinib ou de l'upadacitinib par voie orale ? Faites votre choix ici. Bien. Parmi ces choix, la meilleure option est la pommade de crisaborole. Ce produit est autorisé dès l'âge de 3 mois. Cette crème ne contient pas de stéroïdes. Elle peut être utilisée en toute sécurité sur le contour des yeux. Le tacrolimus aurait été un excellent choix, mais il n'est pas autorisé à cet âge. La pommade à 0,1 %, qui est la plus forte, n'est approuvée qu'à partir de 16 ans. La crème de ruxolitinib n'a été approuvée qu'à partir de 12 ans. L'upadacitinib oral n'est clairement pas une option car il est approuvé chez les personnes âgées de 12 ans et plus.</p>
31	<p>Patient Case 3: Child With Refractory Severe AD</p> <p>You are managing an 8-year-old female patient who presents with severe AD. She has had difficulty sleeping due to intense itching, and she has missed several days of school due to the condition. Her parents note that she has also been exhibiting signs of depression. She is currently being treated with desonide ointment for the face, fluocinonide ointment for the body, oral cephalixin (third recent round), and oral hydroxyzine.</p> <p>Which of the following treatments would be the most appropriate next step for this patient?</p> <p><input checked="" type="radio"/> a. Ruxolitinib cream <input type="radio"/> b. Oral upadacitinib <input type="radio"/> c. Dupilumab injections <input type="radio"/> d. Oral cyclosporine</p> 	<p>Très bien, cas 3. Vous prenez en charge une patiente de 8 ans qui présente une dermatite atopique sévère. Elle a du mal à dormir à cause des démangeaisons intenses. Elle a manqué plusieurs jours d'école à cause de son état. Ses parents remarquent qu'elle présente également des signes de dépression. Elle est actuellement traitée par désonide pour le visage et de la pommade de fluocinonide pour le corps. Elle a reçu récemment sa troisième série de céphalexine par voie orale pour une infection secondaire présumée. Elle prend également de l'hydroxyzine par voie orale contre les démangeaisons et pour dormir la nuit. Parmi les traitements suivants, quel serait l'étape suivante la plus appropriée pour cette patiente ? La crème de ruxolitinib, l'upadacitinib par voie orale, les injections de dupilumab ou le cyclosporine par voie orale ? Faites votre</p>

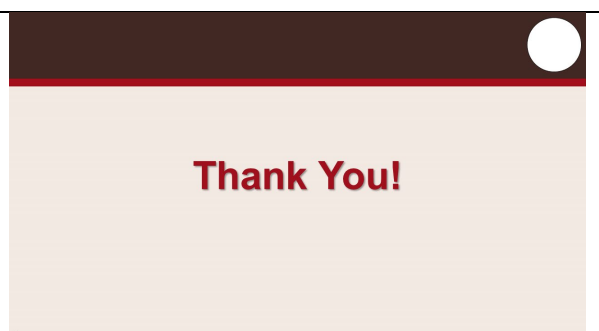
Combattre la dermatite atopique au niveau mondial : vers une évolution des meilleures pratiques en matière de diagnostic et de traitement

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

		<p>choix. Pour cette patiente, je choisirais le dupilumab. Pourquoi ? Elle a 8 ans. Ce produit est autorisé pour son âge. Elle a eu une maladie grave, beaucoup de démangeaisons. Elle a manqué l'école. Elle est maintenant déprimée et prend un stéroïde de classe 2 pour le corps et les extrémités. D'accord ? Le fluocinonide. Elle a été traitée pour une infection. Elle a été traitée avec un antihistaminique oral pour le sommeil. Le ruxolitinib n'est autorisé qu'à partir de 12 ans et ne serait de toute façon pas un choix approprié pour une maladie grave. L'upadacitinib par voie orale n'est approuvé qu'à partir de l'âge de 12 ans. La ciclosporine par voie orale, un ancien immunosuppresseur que peu de gens choisiraient dans ce contexte.</p>
32	<p>Patient Case 4: Adolescent With Mild-to-Moderate AD</p> <p>You are managing a 13-year-old female patient with mild-to-moderate AD, primarily on her arms and neck. Her parents are very concerned about the safety and ineffectiveness of steroids, as well as her itchy skin at school, which is contributing to her ADHD symptoms. Her sleep is unaffected. Pimecrolimus cream and tacrolimus ointment have not been effective for her.</p> <p>Which of the following treatments would be the most appropriate next step for this patient?</p> <p>a. Ruxolitinib cream b. Oral upadacitinib c. Oral abrocitinib d. Oral mycophenolate mofetil</p> 	<p>Bien. Notre dernier cas est celui d'une jeune fille de 13 ans qui présente une dermatite atopique légère à modérée, principalement sur les bras et le cou. Ses parents sont très préoccupés par l'innocuité et l'inefficacité des stéroïdes topiques. Ils s'inquiètent également de ses démangeaisons à l'école, qui, selon ses professeurs, contribuent à ses symptômes de trouble déficitaire de l'attention. Son sommeil n'est pas affecté. Elle a utilisé la crème de pimecrolimus et la pommade de tacrolimus comme options sans stéroïdes. En effet, ses parents étaient préoccupés par les stéroïdes. Mais elles n'ont pas été efficaces pour elle. Parmi les traitements suivants, lequel serait le plus approprié pour cette patiente ? S'agit-il de la crème de ruxolitinib, de l'upadacitinib par voie orale, de l'abrocitinib par voie orale ou du mycophénolate mofétile par voie orale ? Allez-y, faites votre choix. Bien. Pour cette patiente, la crème de ruxolitinib sera le choix le plus approprié. Il est approuvé chez les personnes âgées de 12 ans et plus. Elle est atteinte d'une maladie légère à modérée. Ses parents sont préoccupés par les stéroïdes. De plus, les inhibiteurs topiques de la calcineurine n'ont rien donné. L'upadacitinib et l'abrocitinib par voie orale sont tous deux autorisés à partir de 12 ans. Cependant, pour une maladie légère à modérée, ce n'est pas le premier choix que je ferais. Le mycophénolate mofétile par voie orale est un ancien agent immunosuppresseur qui a été beaucoup utilisé dans le passé. Mais la plupart des gens choisiraient probablement l'un des nouveaux agents plutôt qu'un agent immunosuppresseur dans ce contexte.</p>

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

Traitement de la dermatite atopique chez les patients pédiatriques : considérations de la petite enfance à l'adolescence

33	 <p>Thank You!</p>	Bien. Je vous remercie beaucoup de votre attention. J'espère que vous avez apprécié ce module.
----	--	--