

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

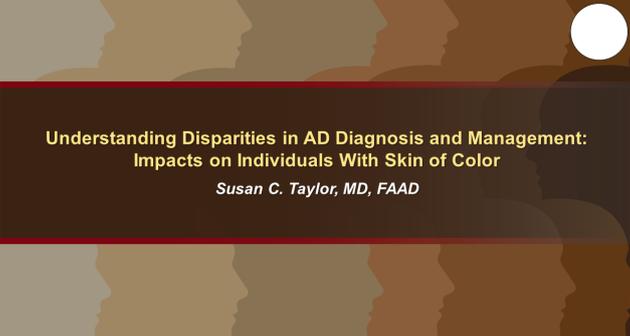
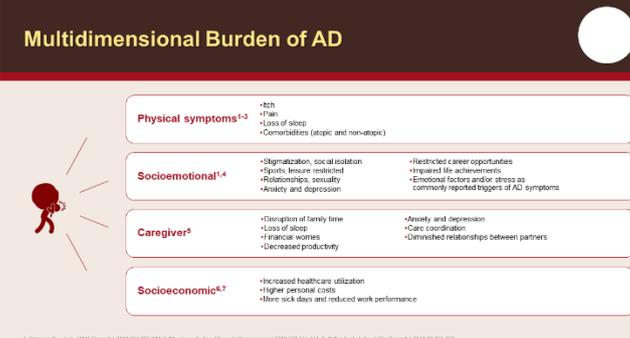
Impact sur les Personnes de Couleur

1.		<p>Bienvenue au Diagnostic et à la Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de couleur.</p>
2.		<p>Dr Jonathan Silverberg. Je suis professeur de dermatologie et directeur de recherche clinique à la George Washington University School of Medicine and Health Sciences (École de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université George Washington), et j'ai le plaisir d'être accompagné aujourd'hui par le docteur Susan Taylor, qui détient la chaire Burnett Johnson Jr., directrice du Skin of Color Research Fellowship (Bourse de Recherche sur la Peau de Couleur), vice-présidente pour la diversité, l'équité et l'inclusion au département de dermatologie de la Perelman School of Medicine de l'University of Pennsylvania à Philadelphie (École Perelman de Médecine de l'Université de Pennsylvanie à Philadelphie) ; et le docteur Prince Adotama, professeur adjoint de dermatologie, directeur de la diversité, de l'équité et de l'inclusion au département de dermatologie, directeur adjoint du programme de résidence du département de dermatologie et cofondateur de la section Skin of Color (peau de couleur) au Ronald O. Perelman Department of Dermatology, New York University Grossman School of Medicine (Département de dermatologie Ronald O. Perelman de la Faculté de médecine Grossman de l'université de New York) à New York.</p>
3.		<p>Voici l'ordre du jour de la présentation d'aujourd'hui : nous allons tout d'abord aborder la compréhension des disparités dans le diagnostic et la gestion de la dermatite atopique et l'impact sur les personnes de couleur. Ce sujet sera abordé par le professeur Taylor. Il y aura ensuite un défi de cas cliniques portant sur l'évaluation et le diagnostic de la dermatite atopique chez les personnes de couleur, dirigé par le docteur Taylor ; puis le docteur Adotama abordera le traitement de la</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

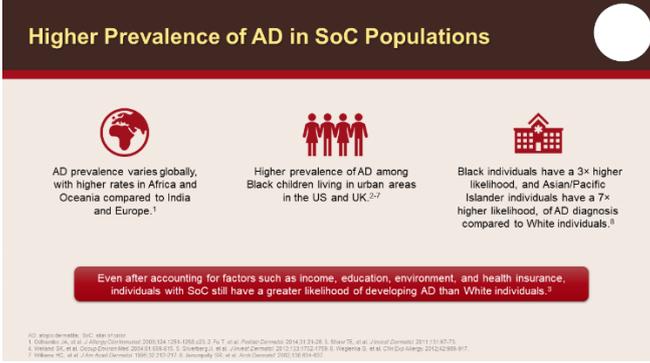
Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>dermatite atopique modérée à sévère chez les personnes de couleur. Nous présenterons également un défi de cas cliniques sur le traitement et l'évaluation continue de la dermatite atopique chez les personnes de couleur.</p>
4.		<p>Sur ce, j'ai le plaisir de céder la parole au professeur Taylor pour la première présentation.          Merci beaucoup, Docteur Silverberg. C'est avec grand plaisir que j'aborde les disparités dans le diagnostic et la gestion de la dermatite atopique, notamment en ce qui concerne les personnes de couleur.</p>
5.		<p>Nous savons tous que la dermatite atopique est une maladie inflammatoire chronique et récidivante de la peau. Bien qu'elle touche les adultes, elle est beaucoup plus fréquente chez les enfants. La prévalence varie entre 15 et 30 % chez les enfants et entre 2 et 10 % chez les adultes à l'échelle mondiale. Il est important de souligner qu'il s'agit bien d'un trouble mondial. En effet, la pathogenèse de la dermatite atopique est assez complexe et elle implique une interaction de facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux. Et tous ces facteurs entraînent un dysfonctionnement de la barrière cutanée et un dérèglement immunitaire. Plusieurs comorbidités sont associées à la dermatite atopique. Nous connaissons tous très bien les troubles allergiques liés à la dermatite atopique, l'asthme et le rhume des foins, mais aussi les infections, les troubles auto-immuns, les troubles mentaux, les troubles métaboliques et les maladies cardiovasculaires comme l'hypertension.</p>
6.		<p>La charge de la dermatite atopique est donc assez multidimensionnelle. Il y a des symptômes physiques qui comprennent les démangeaisons, la douleur, la perte de sommeil et, bien sûr, les comorbidités susmentionnées. La dermatite atopique est associée à des charges socio-émotionnelles. L'anxiété et la dépression sont très présentes chez ces patients parce que ce trouble affecte profondément la qualité de vie. Les patients</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>peuvent restreindre leurs activités de loisirs ainsi que leur participation à des activités athlétiques. Ils peuvent limiter leur capacité d'aller à l'extérieur, par exemple, lorsqu'il fait très chaud. Leurs relations sont profondément affectées, qu'il s'agisse de leurs relations intimes ou de leurs relations avec leurs enfants, s'ils sont les fournisseurs de soins. Vous savez que la dermatite atopique peut limiter les possibilités de carrière et, par conséquent, nuire aux réalisations personnelles. De plus, si nous pensons aux fournisseurs de soins, nous observons chez eux beaucoup d'anxiété et de dépression. Vous savez, ils doivent souvent coordonner les soins. Tout comme leur enfant, par exemple, ils perdent le sommeil, s'absentent du travail et peuvent se voir imposer des charges financières considérables. Toute la structure familiale et le temps passé avec la famille peuvent être perturbés. Bien sûr, il y a des considérations socio-économiques. Les patients atteints de dermatite atopique ont davantage recours au système de santé. Les coûts personnels sont plus élevés et se traduisent par une augmentation des quotes-parts lorsqu'ils consultent des médecins ou suivent des traitements. Et bien sûr, nos adultes perdent plus de travail, prennent plus de jours de congés maladie. Et ils sont moins performants au travail. Les patients atteints de dermatite atopique sont donc soumis à de lourdes charges sur de multiples facettes.</p>
7.	 <p><b>Higher Prevalence of AD in SoC Populations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AD prevalence varies globally, with higher rates in Africa and Oceania compared to India and Europe.<sup>1</sup></li> <li>Higher prevalence of AD among Black children living in urban areas in the US and UK.<sup>2,3</sup></li> <li>Black individuals have a 3x higher likelihood, and Asian/Pacific Islander individuals have a 7x higher likelihood, of AD diagnosis compared to White individuals.<sup>4</sup></li> </ul> <p>Even after accounting for factors such as income, education, environment, and health insurance, individuals with SoC still have a greater likelihood of developing AD than White individuals.<sup>5</sup></p> <p><small>AD, atopic dermatitis; SoC, skin of color.      1. Chhabra, R., et al. Allergic Dermatitis. 2009;124:1254-1262. 2. Fu, T., et al. Allergy Dermatitis. 2014;19:24-28. 3. Shih, Y., et al. Allergy Dermatitis. 2011;15:87-93.      4. Weiland, S.C., et al. Clin Exp Allergy. 2014;44:1208-1215. 5. Scharfetter, J., et al. J Invest Dermatol. 2012;122:1752-1759. 6. Weigens, S., et al. Clin Exp Allergy. 2012;42:969-977.      7. Weigens, S., et al. J Clin Invest. 2010;120:1001-1010. 8. Weigens, S., et al. J Invest Dermatol. 2010;120:1001-1010.</small></p>	<p>Nous savons que la prévalence de la dermatite atopique varie à l'échelle mondiale. Les taux sont plus élevés en Afrique et en Océanie, par rapport à l'Europe et à l'Inde. Nous savons qu'ici même, aux États-Unis, la prévalence de la dermatite atopique est plus élevée chez les enfants noirs vivant dans les zones urbaines, et cette tendance se retrouve également au Royaume-Uni. La probabilité d'un diagnostic de dermatite atopique est trois fois plus élevée chez les Noirs et sept fois plus élevée chez les personnes d'origine asiatique et des îles du Pacifique que chez les Blancs. Mais même en tenant compte de facteurs tels que le revenu, l'éducation, l'environnement, l'assurance maladie, les de couleur ont toujours une plus grande probabilité de développer une</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>dermatite atopique que les personnes blanches. Il s'agit donc d'une population très spéciale et très importante.</p>																
<p>8.</p>	<div data-bbox="264 389 906 741"> <h3>Delayed Diagnosis of AD in SoC Populations</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Healthcare disparities of delayed diagnosis and advanced disease at diagnosis in AD are related to:<sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lack of access to care and healthcare utilization<sup>2</sup></li> <li>Lack of trust in the healthcare system and providers<sup>3</sup></li> <li>Historically biased care delivery<sup>4</sup></li> <li>Inadequate training of primary care physicians, as Black children have a 3x higher likelihood of receiving an AD diagnosis during a dermatologist visit<sup>5</sup></li> <li>Inability to identify erythema on more darkly pigmented skin<sup>6</sup></li> <li>Misdiagnosis of AD in Asian/Pacific Islander patients, which may be mistaken for psoriasis due to clearer demarcation and more pronounced scaling and lichenification<sup>7</sup></li> <li>Frequent occurrence of atypical presentations in Hispanic patients<sup>8</sup></li> </ul> </li> <li>The groups that tend to be most affected by these disparities are ethnic minorities and people of lower socioeconomic status<sup>1</sup></li> </ul>  <p>Erythema in darker skin types can be challenging to detect, as it often presents as a violaceous hue, ashen gray, or darker brown color.</p> <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Gangula AB, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>1</sup> Gangula AB, Han JG. Clin Dermatol. 2016;31(10):1181-1182. <sup>2</sup> Han JG, et al. J Am Acad Dermatol. 2011;65(5):907-911. <sup>3</sup> Williams HV, et al. JAMA Dermatol. 2013;149(11):1307-1311.  <sup>4</sup> Han J, et al. J Invest Dermatol. 2016;126(10):2311-2315. <sup>5</sup> Han-Joan Han, MD, et al. JAMA Dermatol. 2012;148(10):1202-1205. <sup>6</sup> Gangula AB, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>7</sup> Gangula AB, et al. JAMA Dermatol. 2021;157(11):1111-1113. <sup>8</sup> Han-Joan Han, MD, et al. JAMA Dermatol. 2013;149(11):1307-1311.</small></p> </div>	<p>Malheureusement, le diagnostic de la dermatite atopique est très tardif dans les populations de couleur. Cela peut être dû à une myriade de problèmes. Le nombre disproportionné de cas de dermatite atopique chez les populations de couleur peut être dû à une diminution initiale de l'utilisation des soins de santé, ce qui pourrait conduire à une maladie plus avancée au moment de la présentation. Nous savons que les enfants noirs ont une probabilité trois fois plus élevée de recevoir un diagnostic de dermatite atopique lors d'une consultation dermatologique, ce qui implique que, peut-être, le médecin généraliste ne parvient pas à diagnostiquer la dermatite atopique chez cette population. Comment cela se fait-il ? Eh bien, l'une des principales raisons est que souvent l'érythème, qui est vraiment la caractéristique de la dermatite atopique chez les personnes ayant une peau plus claire, peut ne pas être vu, reconnu, ou noté chez les personnes ayant des types de peau plus foncée. Et cela peut entraîner un retard du diagnostic et, malheureusement, des diagnostics erronés. En effet, chez les patients asiatiques et des îles du Pacifique, la dermatite atopique peut être confondue avec le psoriasis, et ce parce que, dans cette population, il peut y avoir des différences de morphologie et de présentation, en particulier des plaques bien délimitées ainsi qu'une desquamation et une lichénification plus prononcées, et chez la population hispanique, il peut y avoir des présentations et des manifestations plus atypiques, ce qui peut à nouveau entraîner un retard ou un diagnostic erroné.</p>																
<p>9.</p>	<div data-bbox="264 1673 906 2020"> <h3>Genetics of AD in SoC Populations</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Initial genetics studies in AD focused on European ancestry, but recent studies have expanded to diverse ethnic groups<sup>1</sup></li> <li>FLG mutations are found in approximately 50% of European patients and 27% of Asian patients, but their association with AD in individuals of African ancestry is unclear<sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>6x lower occurrence in AA patients compared to EA patients<sup>3</sup></li> <li>When present, FLG mutations affect AA patients similarly to EA patients<sup>4</sup></li> </ul> </li> <li>Instead of the LoF FLG mutations common in White and Asian patients with AD, LoF mutations in FLG2 have been found among AA patients with AD<sup>5</sup></li> </ul> <table border="1" data-bbox="667 1771 895 1906"> <thead> <tr> <th>Allele type</th> <th>R501X</th> <th>Z2829e4A</th> <th>R2447X</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Full Cohort: MAF%</td> <td>7.5</td> <td>3.7</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>EA: MAF%</td> <td>7.7</td> <td>6.8</td> <td>1.4</td> </tr> <tr> <td>AA: MAF%</td> <td>3.1</td> <td>0.3</td> <td>0.7</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>1. Han-Joan Han, MD, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>2</sup> Han-Joan Han, MD, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>3</sup> Han-Joan Han, MD, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>4</sup> Han-Joan Han, MD, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.  <sup>5</sup> Han-Joan Han, MD, et al. Clin Adv Dermatol. 2021;14(2):suppl 11:522-522.</small></p> </div>	Allele type	R501X	Z2829e4A	R2447X	Full Cohort: MAF%	7.5	3.7	0.01	EA: MAF%	7.7	6.8	1.4	AA: MAF%	3.1	0.3	0.7	<p>En ce qui concerne la génétique de la dermatite atopique, la plupart des travaux ont été réalisés sur des personnes européennes, c'est-à-dire d'ascendance européenne. Mais heureusement, plus récemment, nous avons examiné la génétique des populations de couleur. Nous savons maintenant que des mutations de la filaggrine avec perte de fonction ont été observées chez environ 50 % des patients européens et 27 % des patients</p>
Allele type	R501X	Z2829e4A	R2447X															
Full Cohort: MAF%	7.5	3.7	0.01															
EA: MAF%	7.7	6.8	1.4															
AA: MAF%	3.1	0.3	0.7															

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>asiatiques. Mais cette association avec la dermatite atopique chez les personnes d'ascendance africaine n'est pas claire et, en fait, nous savons que les individus d'ascendance africaine ont tendance à ne pas avoir de mutation de la filaggrine, mais plutôt une mutation de la filaggrine 2. Il y a donc des différences dans les mutations génétiques entre les populations de couleur et les populations blanches, ce qui est très important à savoir.</p>
10.	<div data-bbox="268 633 914 992"> <h4>Higher Burden of AD in Individuals With SoC</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patients with SoC experience greater disease severity in comparison to White patients<sup>1-4</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black children are 6+ more likely to develop severe AD than White children<sup>1</sup></li> <li>Patients with SoC present with more treatment-resistant AD than White patients<sup>5</sup></li> </ul> </li> <li>Patients with SoC experience greater AD-related healthcare utilization and financial burden compared to White patients:           <ul style="list-style-type: none"> <li>Black patients exhibit higher rates of office visits, prescriptions, and dermatologist consultations for AD compared to White patients<sup>6</sup></li> <li>Black race is associated with increased OOP costs for AD<sup>7</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><small>OOP: out of pocket</small></p> <p><small>1. Ben-Saad MA, Han HJ, et al. J Dermatol. 2022;147:222-232. 2. Cheng J, Sreeram EL. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;122:360-366. 3. Sreeram EL, Sreeram EL. Dermatol. 2014;25:232-234. 4. Choudhry AP, et al. J Allergy Clin Immunol. 2021;148:1184-1191. 5. Sreeram EL, Choudhry AP, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;122:418-425. 6. Sreeram EL, et al. JAMA Dermatol. 2021;171:1020-1027. 7. Choudhry AP, et al. Arch Dermatol Res. 2022;314:735-747.</small></p> </div>	<p>Nous savons également que la charge de morbidité est plus élevée chez les populations de couleur. Les enfants noirs, par exemple, sont six fois plus susceptibles de développer une dermatite atopique sévère que les enfants blancs. Les patients de couleur présentent une dermatite atopique plus résistante au traitement que les patients blancs. En effet, les patients de couleur utilisent davantage les soins de santé liés à la dermatite atopique et ont des charges financières plus lourdes que les patients blancs. Ainsi, les taux de consultation médicale, de prescription et de consultation dermatologique pour la dermatite atopique sont plus élevés chez les patients de couleur que chez les patients blancs. De plus, la peau noire est associée à des dépenses plus importantes pour la dermatite atopique, ce qui peut avoir des effets importants sur de nombreuses familles.</p>
11.	<div data-bbox="268 1350 914 1709"> <h4>Disparities in AD Diagnosis and Treatment in Individuals With SoC</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>Despite experiencing a greater prevalence of AD and a greater disease burden, individuals with SoC are:           <ul style="list-style-type: none"> <li>More likely to experience delayed/missed diagnosis of AD</li> <li>More likely to receive suboptimal treatment for AD, particularly with biologic therapy</li> <li>Under-represented in clinical trials of AD treatments</li> </ul> </li> </ul> <p><small>Nardi S, et al. Arch Dermatol Res. 2022;315:1215-1223.</small></p> </div>	<p>Les disparités dans le diagnostic et le traitement, auxquelles j'ai fait allusion, peuvent être assez importantes. Bien que la prévalence de la dermatite atopique et la charge de morbidité soient plus importantes, les personnes de couleur sont plus susceptibles de subir un retard de [diagnostic] et un diagnostic erroné, comme nous l'avons dit, car la présentation de la maladie est souvent différente. Elles sont plus susceptibles de recevoir un traitement sous-optimal pour la dermatite atopique et des études ont démontré qu'elles sont moins susceptibles de se voir prescrire un traitement biologique, ce à quoi nous devons tous réfléchir. Et, malheureusement, les patients de couleur sont souvent sous-représentés dans les essais cliniques sur la dermatite atopique. Il est donc très important pour nous de savoir si l'innocuité</p>

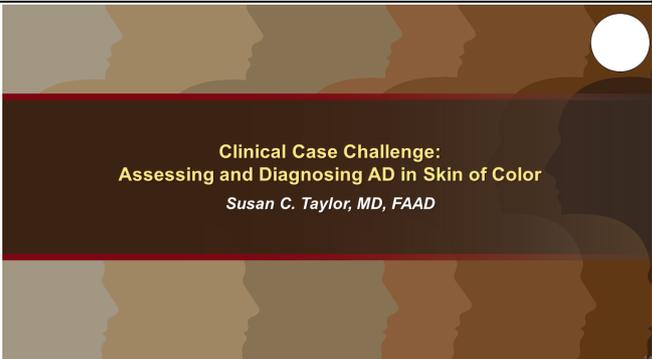
# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>et l'efficacité de nos modalités thérapeutiques pour la dermatite atopique s'appliquent aux populations de couleur.</p>
12.		<p>Lorsque nous examinons nos disparités raciales et ethniques dans les essais cliniques mondiaux sur la dermatite atopique, nous constatons que plus de la moitié de ces essais ont lieu en Europe et en Amérique du Nord, plus d'un tiers en Asie et 15 % en Australie et en Océanie. Mais si l'on examine les zones où résident les patients de couleur, en particulier l'Afrique et l'Amérique du Sud, seuls 3 % des essais cliniques contrôlés randomisés ont lieu dans ces parties du monde.</p>
13.		<p>Il y a donc de nombreux facteurs qui contribuent aux disparités dans la recherche sur la dermatite atopique, ainsi que les soins prodigués aux populations de couleur. Tout d'abord, il y a les difficultés d'accès aux soins. L'accès et la disponibilité des soins de santé varient considérablement. Nous avons fait allusion au fait qu'il y a plus de charges financières pour beaucoup de nos populations de couleur, des quotes-parts plus élevées qui sont nécessaires, des jours de travail manqués, ce qui influence également la capacité de nos patients à obtenir des soins. Nous savons qu'en raison du racisme structurel, il existe des différences et des disparités importantes en matière de logement pour de nombreuses populations de couleur, en raison d'une longue histoire de redlining, en particulier aux États-Unis. De nombreux patients ayant une peau de couleur vivent dans des zones où il y a une augmentation des polluants à proximité des autoroutes, des usines, par exemple. Ils sont également exposés à des pollutions intérieures, à des logements insalubres où se développent des moisissures, par exemple. Nous savons que l'exposition à la fumée de tabac peut exacerber la diathèse atopique chez ces patients. Il peut y avoir des inégalités dans l'éducation, des disparités dans les connaissances en matière de santé qui contribuent aux disparités globales dans les soins de la dermatite atopique pour les patients ayant une peau de couleur. N'oublions pas les différences linguistiques et culturelles qui se produisent. Vous savez, la sous-représentation dans les essais cliniques est un</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>problème majeur, et de nombreuses raisons y contribuent. L'une d'entre elles est le manque de diversité des chercheurs principaux, qui dirigent ces études particulières. Il peut y avoir une compréhension limitée du traitement de la dermatite atopique chez les populations de couleur, un manque de sensibilisation aux essais cliniques et une méfiance à l'égard des chercheurs qui remonte à de très nombreuses générations. En ce qui concerne les lacunes en matière d'éducation et de formation cliniques, vous savez que les images de la dermatite atopique chez les populations de couleur ne sont pas suffisamment diversifiées. Il se peut donc que la formation en dermatologie ne mette pas suffisamment l'accent sur la dermatite atopique, que les ressources didactiques relatives à la dermatite atopique chez les populations de couleur soient insuffisantes et que les défis uniques des patients de couleur ne soient pas suffisamment pris en compte. Et enfin, les disparités dans la pratique clinique, l'accès inéquitable aux soins spécialisés pour nos patients de couleur. Vous savez, la sensibilité et l'humilité culturelle sont très importantes. Une fois que nos patients de couleur se rendent chez les dermatologues, voient-ils des médecins capables de les traiter avec humilité culturelle et retourneront-ils chez ces médecins ? Et bien sûr, il y a un manque de diversité parmi les cliniciens. Nous savons que seulement 3 % des dermatologues sont noirs et 4,2 % sont hispaniques, ce qui peut avoir un impact sur les disparités en pratique clinique. Nous savons également que les médecins sous-représentés en médecine ont beaucoup plus de tendance à servir les populations de couleur que les autres prestataires.</p>
14.	 A slide titled "Clinical Case Challenge: Assessing and Diagnosing AD in Skin of Color" by Susan C. Taylor, MD, FAAD. The slide features a background of silhouettes of people's heads in various shades of brown and tan, with a white circle in the upper right corner.	<p>J'aimerais maintenant prendre quelques minutes pour discuter des défis de cas cliniques, qui concernent l'évaluation et le diagnostic de la dermatite atopique chez les patients de couleur.</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

<p>15.</p>		<p>Commençons par ce nourrisson noir âgé de 6 mois. Ce nourrisson a des antécédents d'eczéma modéré assez bien pris en charge avec des émoullients en vente libre. Il y a en effet des antécédents familiaux d'atopie. L'examen physique révèle des lésions eczémateuses, une lichénification, une xérose diffuse non seulement sur les joues, mais aussi sur le torse et les surfaces des extenseurs du corps. Et il y a des signes d'excoriation due au grattage. La question que je souhaite vous poser et que vous devez garder à l'esprit est la suivante : quelles sont les caractéristiques cliniques et les résultats de l'examen physique de ce patient qui évoquent une dermatite atopique sur une peau de couleur ?</p>
<p>16.</p>		<p>Lorsque nous examinons les critères de diagnostic établis dans les directives de 2014, les caractéristiques essentielles du diagnostic incluent le prurit, et notre enfant présentait un prurit, et différentes formes d'eczéma : aigu, subaigu ou chronique. Il existe une morphologie typique et des schémas spécifiques à l'âge. Et cette morphologie peut varier chez nos patients de couleur, ce que nous allons aborder dans les diapositives suivantes. Nous savons que l'eczéma est un trouble chronique ou récidivant, et nous obtenons cet historique de nos patients. Les caractéristiques importantes comprennent des antécédents personnels ou familiaux d'atopie [et] un âge précoce d'apparition ; nous savons que la plupart des patients atteints de dermatite atopique sont des enfants. La plupart de nos patients atteints de dermatite atopique présentent une réactivité IgE et une xérose assez étendue. Les caractéristiques associées peuvent inclure des réponses vasculaires atypiques. Celles-ci peuvent varier d'une pâleur du visage au dermatographisme. On observe souvent une kératose pileaire, une pityriasis alba, des paumes hyperlinéaires ou une ichtyose. Il peut y avoir des changements oculaires ou périorbitaires et, bien sûr, une accentuation perifolliculaire, en particulier chez les patients de couleur, une lichénification [chez] les patients de couleur (noirs et asiatiques) et des lésions de prurigo. Ainsi, bien que les critères diagnostiques de la dermatite atopique soient standard, le</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>diagnostic de la dermatite atopique chez les patients de couleur requiert une connaissance des différences fréquentes entre l'aspect physique de la dermatite atopique sur les peaux plus claires et plus foncées. Ces connaissances permettront de combler les lacunes en matière de diagnostics erronés et de retards de diagnostic.</p>
17.	<p><b>AD Presentation in SoC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black patients with AD can present with difficult-to-appreciate erythema, and physicians can minimize disease severity</li> <li>Erythema often presents as a violaceous hue, an ashen gray, or darker brown color</li> <li>Presence of edema, skin warmth, or scale may help perceive underlying erythema</li> <li>Ask the patient or caregiver if the skin is red</li> </ul> 	<p>Ainsi, les patients noirs atteints de dermatite atopique peuvent présenter un érythème non apparent, ou un érythème très difficile à reconnaître. Lorsqu'il est présent, il peut ne pas être rouge, mais plutôt violacé. Il peut être gris cendré ou brun foncé. Un œdème est souvent présent. La peau peut être chaude au toucher et les squames peuvent aider à percevoir l'érythème sous-jacent.</p>
18.	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black patients are more likely to present with:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Diffuse xerosis</li> <li>Extensor involvement</li> <li>Hyper- and/or hypopigmentation</li> <li>Perifollicular accentuation and papules on extensors and trunk</li> </ul> </li> </ul> 	<p>Les patients noirs sont plus susceptibles de présenter une xérose diffuse. Vous savez, nous pensons que la dermatite atopique est présente sur les surfaces des fléchisseurs, mais chez les patients de couleur, nous devons examiner les surfaces des extenseurs, car c'est souvent là où se situe l'atteinte. La dépigmentation est un accompagnement fréquent de la dermatite atopique, et la dépigmentation peut être une hyper ou une hypopigmentation. Comme je l'ai dit plus tôt, il y a souvent une accentuation périfolliculaire, nous voyons souvent [la] variante papulaire de l'eczéma, et cela peut se produire sur les extenseurs ainsi que sur le tronc.</p>
19.	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lichen planus-like presentation observed exclusively in dark-skinned individuals             <ul style="list-style-type: none"> <li>Affects extensor surfaces</li> <li>Rapidly responds to treatment</li> </ul> </li> </ul> 	<p>N'oubliez pas que la dermatite atopique peut se présenter sous la forme d'un lichen plan. Cela semble se produire presque exclusivement chez les patients ayant un teint de peau plus foncé. La présentation de type lichen plan peut affecter les surfaces des extenseurs du corps et répond souvent assez rapidement au traitement.</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

<p>20.</p>	<p><b>Patient Case: AD in an Asian Teenager</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>18-year-old Asian male patient presenting with erythematous lesions</li> <li>Prior history of allergic rhinitis and asthma</li> <li>Physical examination:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesions with well-defined borders, predominantly on the face, neck, trunk, and extensor surfaces</li> <li>Pronounced scaling and lichenification</li> <li>Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient)</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from Bada S, et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;135A-136A.</small></p>	<p>Parlons maintenant d'un patient asiatique de sexe masculin, âgé de 18 ans, présentant des lésions érythémateuses. Il a des antécédents de rhinite allergique et d'asthme. Vous pouvez voir ici que ces lésions sont bien définies, elles ont des frontières bien définies. Elles apparaissent principalement chez ce patient sur le visage, le cou, le tronc, comme vous pouvez le voir ici, ainsi que les surfaces des extenseurs. Il y a souvent une desquamation et une lichénification prononcées chez les patients asiatiques. Et bien sûr, dans ce cas particulier, un prurit intense conduisant à des troubles du sommeil. C'est ce que nous voyons ou entendons souvent chez nos patients atteints de dermatite atopique.</p>
<p>21.</p>	<p><b>AD Presentation in SoC (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asian patients are more likely to present with:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Clearer demarcation of lesions</li> <li>More pronounced scaling and lichenification</li> <li>More frequent extensor involvement</li> <li>Erythrodermic AD (adolescents and adults, particularly those with a longer disease course)</li> <li>Features associated with psoriasis, such as epidermal hyperplasia, elongated rete ridges, parakeratosis, and hypogranulosis</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Top images reproduced for educational purposes only from Han et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;135A-136A. Middle image reproduced for educational purposes only from Han et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;135A-136A. Bottom image reproduced for educational purposes only from Han et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;135A-136A.</small></p>	<p>À présent, il est important de noter que bon nombre de nos patients asiatiques peuvent présenter une délimitation claire de leurs lésions. La desquamation et la lichénification peuvent être plus prononcées ; les surfaces des extenseurs du corps sont plus souvent touchées. Souvent, nous voyons la dermatite atopique érythrodermique chez les adolescents et les adultes, en particulier ceux qui ont eu une évolution plus longue de la maladie. Et nous ne voulons pas confondre la dermatite atopique chez nos patients asiatiques [avec] le psoriasis, et la biopsie peut présenter des caractéristiques histologiques compatibles avec le psoriasis, notamment une hyperplasie épidermique, des crêtes de rete allongées, une parakératose et une hypogranulose.</p>
<p>22.</p>	<p><b>Patient Case: Possible AD in a Filipina Woman</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>20-year-old Filipina woman presenting with papular eczema</li> <li>History of intermittent flares and remissions since early childhood</li> <li>Physical examination:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Papular predominance, primarily on the face (perioral and periorbital), neck, flexor surfaces, and hands</li> <li>Mild erythema and subtle scaling in some areas</li> <li>Excoriation and secondary infection due to scratching</li> <li>Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient)</li> </ul> </li> </ul> <p>What are the differential diagnoses of this patient's presentation?</p>  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Kaufman SF, et al. Exp Dermatol. 2015;27:346-357.</small></p>	<p>Nous avons ici un cas de dermatite atopique possible chez une femme philippine. Elle a 20 ans ; elle présente un eczéma papuleux ; elle a un long historique de poussées intermittentes et de rémission depuis sa petite enfance, et ici nous voyons une prédominance papuleuse. Les papules peuvent apparaître sur le visage et la zone péri-buccale et périoculaire, le cou, les surfaces des fléchisseurs, que nous voyons ici, ainsi que les mains. Il peut y avoir un érythème modéré, une desquamation subtile dans certaines zones. Des excoriations et des infections secondaires peuvent être dues au grattage. Je voudrais donc que vous vous demandiez quels sont les diagnostics différentiels de la présentation de cette</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>patiente ? Plusieurs choses viennent immédiatement à l'esprit.</p>
23.	<div data-bbox="268 353 903 701"> <h4>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scabies <ul style="list-style-type: none"> <li>— Erythematous papules; may present with subtle color variations on darker skin</li> <li>— Presence of burrows; dermatoscopy may aid visualization in darker skin</li> <li>— Pruritus that worsens at night</li> </ul> </li> <li>• Seborrheic dermatitis <ul style="list-style-type: none"> <li>— Individuals with darker skin may present with scaly, hypopigmented macules and patches in affected areas</li> <li>— Children with darker skin may exhibit erythema, flaking, and hypopigmentation in affected areas, rather than classic cradle cap appearance</li> <li>— Arcuate or petal-like patches may be seen</li> </ul> </li> </ul>  <p style="font-size: small;">Top left image reproduced for educational purposes only from DermNet NZ. Top right and bottom images reproduced for educational purposes only from DermNet New Zealand.</p> </div>	<p>Bien sûr, il ne faut pas oublier la gale, qui peut aussi présenter des papules érythémateuses. Elle peut se présenter avec de subtiles variations de couleur sur les peaux plus foncées. N'oubliez pas, que dans le cas de la gale, nous voyons souvent des sillons. N'oubliez pas de regarder les espaces interdigitaux. Et la dermatoscopie est un excellent outil. Elle peut aider à la visualisation des peaux plus foncées. Dans le cas de la gale, le prurit est généralement plus intense la nuit. Nous pourrions également penser à la dermatite séborrhéique dans ce différentiel. Les personnes à la peau plus foncée présentent souvent des macules et des taches hypopigmentées sur le front, la zone des plis nasogéniens, les sourcils, la lisière des cheveux, souvent sur le visage et il peut y avoir des taches de type arqué ou pétaoloïde. Les enfants à la peau plus foncée peuvent présenter un érythème, une desquamation, une hypopigmentation, dans les zones touchées au-delà du cuir chevelu et du visage plutôt que la présentation classique des croûtes de lait.</p>
24.	<div data-bbox="268 1216 903 1563"> <h4>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact dermatitis <ul style="list-style-type: none"> <li>— Localized rash or hyperpigmentation in areas of direct contact with an allergen</li> <li>— History of exposure to potential irritants or allergens, such as certain metals, chemicals, or plants</li> <li>— Specific triggers identified with patch testing</li> </ul> </li> <li>• Ichthyosis vulgaris <ul style="list-style-type: none"> <li>— AD is present in 50% of patients with ichthyosis vulgaris and is usually the dominant clinical problem for affected individuals</li> <li>— Usually less pruritic than AD</li> <li>— Usually present at birth or develops in childhood</li> <li>— Often (but not always) mild in presentation</li> </ul> </li> </ul>  <p style="font-size: small;">Images reproduced for educational purposes only from Ecomaps/Dr. C. K. Chir.</p> </div>	<p>N'oubliez pas que la dermatite de contact fait partie du diagnostic différentiel de la dermatite atopique. Ici, nous voyons sur la première image [un] patient portant un bracelet métallique. Il est important d'orienter le recueil de l'anamnèse vers la découverte de contacts. Par exemple, il faut se renseigner sur l'exposition à d'éventuels irritants ou allergènes, à des métaux, à des produits chimiques ou à des plantes. Pour ces patients, vous pouvez envisager des tests épicutanés pour identifier le facteur déclenchant. L'ichtyose vulgaire peut être une imitation de la dermatite atopique et peut se présenter. La dermatite atopique est présente chez environ 50 % des patients atteints d'ichtyose vulgaire, et c'est généralement le problème clinique dominant chez les patients atteints. Elle est généralement moins prurigineuse que la dermatite atopique. D'un point de vue esthétique, ces patients sont très inquiets par ce problème. L'ichtyose vulgaire se présente souvent à la naissance ou se développe dans</p>

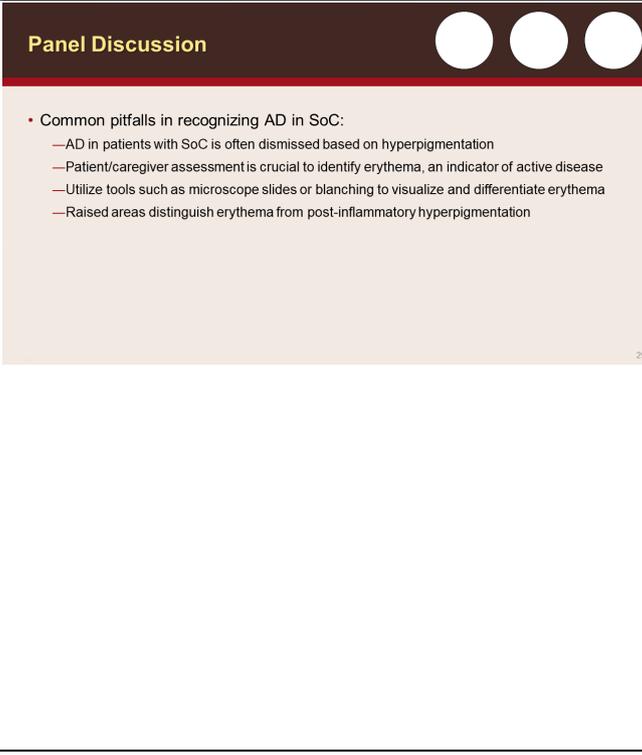
# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

<p>25.</p>	<div data-bbox="264 338 903 701"> <h3>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis             <ul style="list-style-type: none"> <li>Lesion characteristics:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis: well-demarcated, thick, and scaly plaques with a silvery-white appearance</li> <li>AD: can also present with well-demarcated lesions, but they are typically erythematous, with weeping, crusting, or lichenification</li> </ul> </li> <li>Itching and pain:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis: generally less itching and pain compared to AD</li> <li>AD: intense itching is a hallmark feature, often causing significant discomfort</li> </ul> </li> <li>Nail involvement:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis: nail changes such as pitting, onycholysis (nail separation), and thickening are frequently seen</li> <li>AD: nail involvement is less common, and if present, it is usually due to secondary factors like scratching or infection</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from DermNet, New Zealand.</small></p> </div>	<p>l'enfance, et elle est souvent, mais pas toujours, bénigne.</p> <p>Le psoriasis. Il s'agit souvent d'une imitation de la dermatite atopique, et nous savons que le psoriasis se manifeste souvent par des plaques très bien délimitées, épaisses et squameuses d'aspect blanc argenté. Mais rappelez-vous que la dermatite atopique peut également présenter des lésions bien délimitées. Nous l'avons souligné plus tôt, chez nos patients asiatiques. Mais dans le cas de la dermatite atopique, les lésions sont généralement plus érythémateuses ou ont [une] teinte violacée. Il peut également y avoir des suintements, des croûtes ou une lichénification contrairement au psoriasis. En ce qui concerne les symptômes de démangeaisons et de douleur, le psoriasis a tendance à être moins prurigineux et moins douloureux que la dermatite atopique. Nous savons que la dermatite atopique se caractérise par des démangeaisons intenses qui empêchent nos patients de dormir, ce qui entraîne des excoriations assez importantes et largement visibles. Le prurit peut provoquer une gêne assez importante. Les modifications unguéales du psoriasis, que nous connaissons tous, peuvent aller de la piqûre à l'onycholyse et à l'épaississement de l'ongle, alors que l'atteinte unguéale dans la dermatite atopique est moins fréquente, ce qui peut être un point de différenciation entre le psoriasis et la dermatite atopique.</p>
<p>26.</p>	<div data-bbox="264 1413 903 1776"> <h3>Evaluating AD Extent and Severity in SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>Common objective scoring systems (eg, EASI, SCORAD) may underestimate the severity of AD in patients with SoC because of the difficulty in assessing erythema as a contributing factor!</li> <li>PO-SCORAD scale has been adapted for Black patients with AD and has shown strong correlation with the traditional SCORAD scale when applied to these patients?</li> <li>Incorporating patient-reported outcomes, such as the POEM score, can help capture the subjective experience and impact of AD on patients with SoC</li> </ul>   <p><small>EASI: Eczema Area and Severity Index; POEM: Patient-Reported Eczema Measure; PO-SCORAD: Patient-Oriented SCORAD; SCORAD: Scoring Atopic Dermatitis; SCORAD: Scoring Atopic Dermatitis; Taylor CR, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2012;10(11):1761-1763. 2. Payne D, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;29:761-766. 3. Chimento-De, et al. JAMA Dermatol. 2014;150:1515-1519.</small></p> </div>	<p>L'évaluation de l'étendue et de la sévérité de la dermatite atopique sur les peaux de couleur est un sujet très important et, souvent à tort, la gravité de la dermatite atopique est sous-estimée chez les patients de couleur. C'est souvent parce que le système de notation que nous utilisons tous, le score EASI (Eczema Area Severity Index/Indice de sévérité de la surface de l'eczéma), le SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis/Évaluation de la dermatite atopique) dépend en grande partie de l'érythème, et celui-ci peut être plus difficile à déceler ou peut être sous-estimé chez les patients de couleur. Par conséquent, l'étendue et la sévérité globales de la maladie chez ces populations sont souvent sous-estimées. L'échelle SCORAD, axée sur le patient, a été adaptée aux patients</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

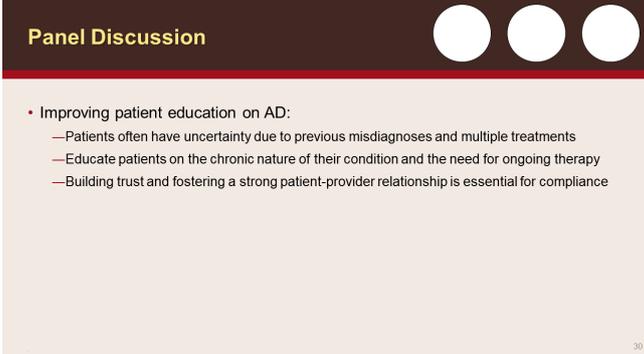
Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>noirs atteints de dermatite atopique. Il a été démontré qu'elle présentait une forte corrélation avec l'échelle SCORAD traditionnelle lorsqu'elle est appliquée à ces patients. Il s'agit donc d'un outil très important et très utile. L'intégration des résultats rapportés par les patients, tels que le score POEM (Patient Oriented Eczema Measure/Mesure de l'eczéma axée sur le patient), peut aider à saisir l'expérience subjective et l'impact de la dermatite atopique chez les patients de couleur. Il est donc très important, si vous participez à des essais cliniques sur la dermatite atopique pour nos patients de couleur, de vous assurer que vous êtes en mesure de saisir l'érythème, la sévérité de leur maladie, afin qu'ils puissent être admis dans ces essais cliniques particuliers.</p>
27.		<p>Sur ce, je passe la parole au Dr Silverberg.</p>
28.		<p>Je vous remercie, Dr Taylor, pour cette présentation exceptionnelle. Vous savez, je pense qu'il y a beaucoup de questions pratiques qui se posent autour de ces sujets vraiment importants et, donc, j'aimerais avoir les commentaires de vous deux, sur les pièges les plus courants que vous rencontrez dans la pratique clinique. Vous voyez donc les défis les plus fréquents qui se posent dans le monde réel en lien avec la bonne reconnaissance et le diagnostic de la dermatite atopique sur les peaux de couleur.</p> <p>Eh bien, vous savez, Dr Silverberg, beaucoup de mes patients viennent me voir pour me dire qu'ils souffrent depuis longtemps, ou que leur enfant souffre depuis longtemps, et que nos collègues les ont en quelque sorte renvoyés en disant : « Je ne vois pas vraiment de maladie active », « Je vois de l'hyperpigmentation, ce qui signifie que c'est ancien ». Et ils se contentent de leur donner, disons, une crème</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

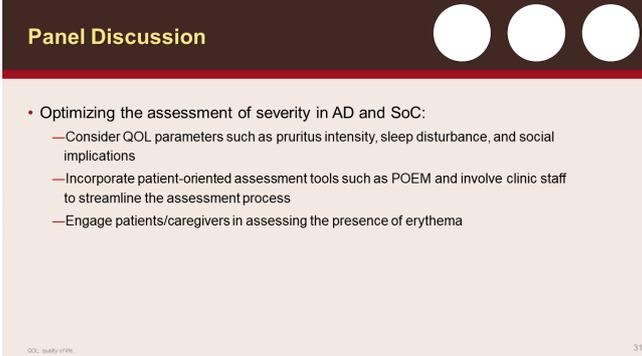
Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>topique à utiliser. Mais si vous demandez au patient ou à la personne soignante : « La peau vous semble-t-elle rouge ? », la personne soignante et le patient savent si leur peau est rouge et, vous savez, mon œil est formé à voir la variation du rouge, et c'est souvent cette teinte violacée, c'est un peu différent. Vous pouvez utiliser une lame de microscope. Vous pouvez le blanchir avec vos doigts. Vous voyez cet érythème et vous voyez à quel point il est étendu. Et par rapport à l'hyperpigmentation post-inflammatoire, les zones sont surélevées, n'est-ce pas ? Vous pouvez les sentir. Je me dis alors : « Il s'agit d'une maladie assez sévère, modérée à sévère ». Je vais discuter du traitement systémique.</p> <p>Excellent point.</p>
29.	 <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Improving patient education on AD:             <ul style="list-style-type: none"> <li>—Patients often have uncertainty due to previous misdiagnoses and multiple treatments</li> <li>—Educate patients on the chronic nature of their condition and the need for ongoing therapy</li> <li>—Building trust and fostering a strong patient-provider relationship is essential for compliance</li> </ul> </li> </ul>	<p>Je suis d'accord. Je crois que les patients ignorent souvent leur diagnostic. Ils ont consulté de nombreux médecins et moi, je leur dis : « Oh, ça ressemble à une dermatite atopique ou à un eczéma ». Ils me demandent alors : « Est-ce bien ce que j'ai ? » Et ils sont vraiment incertains de leur diagnostic, ils ont suivi de nombreux traitements, ils sont très incertains et ils recherchent en ligne et disent : « Mon eczéma ne ressemble pas à ce que j'ai vu en ligne ». Il est donc très important que les médecins, dans leurs cabinets de dermatologie très occupés, prennent le temps de s'asseoir avec leurs patients et de leur expliquer vraiment leur diagnostic, de leur expliquer qu'il s'agit d'une maladie chronique, qu'elle ne va pas disparaître après une semaine de traitement. Nous devons poursuivre les traitements. Et donc, je pense vraiment que c'est aussi très important que les patients qui ont une relation médecin-patient discordante reconnaissent qu'il peut y avoir des obstacles et qu'ils peuvent ne pas forcément vous faire confiance. Cela signifie que vous devez prendre encore plus de temps pour réellement construire et favoriser une relation avec votre patient, afin qu'il puisse faire confiance à ce que vous dites et qu'il soit prêt à suivre vos conseils.</p> <p>Excellents points. Oui. Je veux dire, je pense que, malheureusement, ces problèmes se posent trop souvent. Vous savez, j'ai eu de</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>nombreux patients atteints du phototype 5-6 qui ont été informés qu'ils avaient des démangeaisons psychogènes et qu'ils devaient consulter un psychiatre, alors qu'ils étaient quasiment érythrodermiques. Et moi, vous savez, j'envisageais l'hospitalisation pour des enveloppements humides. C'est dire à quel point c'était grave. Et donc, vous savez, c'est un scénario extrême, mais cela ne devrait jamais se produire. Et c'est quelque chose qui, je pense, doit faire l'objet de plus d'attention. Et c'est l'objectif de programmes exactement comme celui-ci, d'attirer l'attention sur la nécessité de former votre œil à reconnaître les différentes présentations au sein de différentes populations de patients.</p> <p>Et puis-je ajouter un autre point ? Vous savez, si, en tant que dermatologue, vous y pensez, mais que vous n'êtes pas sûr, vous pouvez toujours faire une biopsie, n'est-ce pas ? C'est un outil très important. C'est normal de ne pas être sûr, mais ce n'est pas normal de ne pas y penser.</p>
30.	 <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Optimizing the assessment of severity in AD and SoC:<ul style="list-style-type: none"><li>— Consider QOL parameters such as pruritus intensity, sleep disturbance, and social implications</li><li>— Incorporate patient-oriented assessment tools such as POEM and involve clinic staff to streamline the assessment process</li><li>— Engage patients/caregivers in assessing the presence of erythema</li></ul></li></ul> <p><small>QOL, quality of life.</small></p>	<p>C'est vrai. Je pense que c'est un excellent point. Avez-vous des conseils ou des perles autour de la façon d'optimiser l'évaluation de la sévérité de la dermatite atopique sur les peaux de couleur ? Vous savez, Susan, vous avez fait un excellent travail, je pense, en soulignant un grand nombre de considérations cliniques. Mais, vous savez, pour les personnes qui ne sont pas nécessairement impliquées dans les essais cliniques, qui ne font pas nécessairement le score EASI et le SCORAD tous les jours, à quoi devraient-elles penser lors de l'évaluation de la sévérité, dans les tranchées du monde réel. Oui, donc, juste quelques aspects pratiques. Quel est le degré de prurit de votre patient ? A quel point son sommeil est-il interrompu, n'est-ce pas ? Évite-t-il de porter certains vêtements ? Évite-t-il de sortir, s'il fait vraiment chaud ? Évite-t-il les situations sociales ? Est-il gêné ? Il s'agit là d'évaluations pratiques. Et quand vous regardez sa peau, à quel point y voyez-vous des signes d'atteinte ? Voyez-vous des dépigmentations ? Mais je commencerais par ces paramètres de qualité de vie. C'est un excellent point.</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>Je suis de ceux qui, en clinique, n'aiment pas utiliser les scores EASI et SCORAD, car je pense que cela peut être difficile dans une clinique à rythme rapide. Mais je pense que le POEM est un outil extraordinaire. Vous pouvez même demander à votre assistant médical de le leur faire préalablement remplir. POEM (Patient Oriented Eczema Measure) est une mesure de l'eczéma axée sur le patient, qui pose sept questions très simples, par exemple au cours des 7 derniers jours, au cours de la semaine dernière, « Dans quelle mesure cette démangeaison vous gêne-t-elle ? » « À quel point cet eczéma est-il squameux pour vous ? » N'est-ce pas ? Et donc, ces questions sont très faciles et mettent vraiment en évidence un score de sévérité. Ainsi, avant même d'entrer dans la pièce, vous pouvez avoir une idée de base de la sévérité de l'eczéma et savoir que : « D'accord, je dois intensifier le traitement pour ce patient », n'est-ce pas ? Donc, en plus de recueillir une bonne anamnèse, je pense également que vous pouvez utiliser certains de ces outils pour mieux évaluer la sévérité de l'eczéma, et cela pourrait être très rapide si vous faites appel au personnel de votre clinique pour mener à bien ce processus.</p> <p>J'aime ça. Oui.</p> <p>Je l'aime aussi. Et vous savez quoi ? S'ils ne l'ont pas, ils peuvent le rechercher sur Google et le télécharger sur Internet. C'est facilement accessible.</p> <p>Oui, tout à fait. Et je pense que cela rejoint très bien ce que vous avez mentionné plus tôt, Susan, à savoir que si vous n'êtes pas sûr de savoir comment examiner la peau et l'érythème, demandez au patient, parce qu'il le sait. Et je pense que c'est là que les résultats rapportés par les patients sont si utiles, car parfois nous pensons connaître ce que nous regardons, mais il se peut que nous ne soyons pas exacts. Mais le patient sait exactement ce qu'il ressent, s'il a de fortes démangeaisons et se sent mal à l'aise, ou si sa peau ne ressemble plus du tout à ce qu'elle était au départ, c'est un indice très important qui nous indique que nous devons intensifier nos efforts, pour ainsi dire.</p> <p>Oui.</p>
--	--	---

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

31.

### Panel Discussion

- Differential diagnosis of AD in diverse skin phototypes:
  - Expand knowledge beyond traditional references to recognize diverse presentations
  - Consider differences in presentation in SoC, such as extensor involvement, neck involvement, and perifollicular accentuation
  - Be vigilant in considering underlying erythema, which may be atypical in SoC

Et avez-vous des pensées en particulier, ou des choses que vous voyez le plus souvent en ce qui concerne le diagnostic différentiel du point de vue de la couleur de la peau par rapport aux patients avec des phototypes plus clairs ? Y a-t-il certaines choses à surveiller plus fréquemment ou s'agit-il du même diagnostic différentiel général, en sachant que tout semble différent selon le type de peau ? Est-ce que l'on se fait plus berner avec certains troubles dans les types de peaux de couleur que dans les types de peau plus clairs ? Par exemple, j'ai l'impression que chez les phototypes plus clairs, vous savez, l'érythème du psoriasis peut parfois être beaucoup plus proéminent. Je pense donc que c'est plus facile à différencier. Mais lorsque nous passons à des phototypes plus foncés, il arrive parfois que nous n'ayons plus l'indice de l'érythème pour nous aider autant. Où voyez-vous ce genre de petites choses apparaître ? Par exemple, que devrions-nous vraiment rechercher en termes de diagnostic différentiel pour être sûrs de ne pas passer à côté ?

Je pense que cela dépend en grande partie de votre formation en résidence et de ce à quoi vous êtes exposé. C'est vraiment de la publicité pour le Dr Taylor parce qu'elle a écrit des livres et des manuels sur la façon dont l'eczéma se présente chez les personnes de couleur, et en tant que personne de couleur, je fais un effort supplémentaire pour m'assurer que je suis en mesure de déceler les différences d'aspect chez les types de peau plus foncés, comme une atteinte plus importante des extenseurs par rapport aux fléchisseurs, une atteinte plus importante du cou, une accentuation plus papillaire ou folliculaire, n'est-ce pas ? Il est donc très important que vous puissiez différencier ces deux types de peau. Et je serai en mesure de mieux diagnostiquer ces patients, n'est-ce pas ? Il faut donc sortir des manuels et des références habituels pour vraiment élargir votre diagnostic, car ce qui ne ressemble pas à un eczéma à l'échelle Fitzpatrick 1-3 peut être carrément un eczéma à l'échelle Fitzpatrick 4-6, si vous avez cela à l'esprit.

Je suis donc tout à fait d'accord. Je pense que presque tous les troubles inflammatoires, qui se

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>présentent sous forme d'érythème chez les peaux claires, ne le font généralement pas chez les patients de couleur, de sorte que tous ces troubles risquent d'être mal diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement, n'est-ce pas ? Je pense donc qu'il est notre devoir à tous de nous demander « peut-il y avoir vraiment un érythème ici que je ne reconnais pas ? » Et cela va s'élargir et, en même temps, vous l'avez diagnostiqué. Je pense donc que ce problème ne concerne pas seulement la dermatite atopique, mais presque tous les troubles inflammatoires que nous voyons. Excellent point. Et je tiens à vous remercier pour cette discussion exceptionnelle.</p>																												
32.		<p>Bon, je suis donc le docteur Prince Adotama. Commençons notre discussion sur le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère chez les personnes de couleur.</p>																												
33.	<p><b>Question</b></p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dupilumab</li> <li>Tralokinumab</li> <li>Abrocitinib</li> <li>Baricitinib</li> <li>Upadacitinib</li> </ol> <p>The answer to this question will be discussed in detail later in the presentation.</p>	<p>Tout d'abord, posons une question. Sur la base des données disponibles, quel traitement pour la dermatite atopique modérée à sévère a particulièrement démontré son efficacité et son innocuité chez les personnes de couleur ? a. dupilumab, b. tralokinumab, c. abrocitinib, d. baricitinib, e. upadacitinib. Nous en discuterons dans les prochaines diapositives.</p>																												
34.	<p><b>Biologic and JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s) for Patients with AD<sup>1</sup></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dupilumab subcutaneous injection<sup>1</sup></td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab<sup>2</sup></td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib<sup>3</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib<sup>4</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>EMA-approved</b></td> </tr> <tr> <td>Baricitinib<sup>5</sup></td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Regulatory approvals current as of June 2023.  <sup>1</sup> Dupixent (dupilumab) injection, 300 mg and 600 mg, AbbVie Inc. (AbbVie).  <sup>2</sup> Tralokinumab, 300 mg, Regeneron Pharmaceuticals, Inc. (Regeneron).  <sup>3</sup> Abrocitinib, 100 mg, AbbVie Inc. (AbbVie).  <sup>4</sup> Upadacitinib, 300 mg, AbbVie Inc. (AbbVie).  <sup>5</sup> Olmesartan, 20 mg, Regeneron Pharmaceuticals, Inc. (Regeneron).</small></p>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD <sup>1</sup>	Dupilumab subcutaneous injection <sup>1</sup>	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>	Tralokinumab <sup>2</sup>	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>	Abrocitinib <sup>3</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul>	Upadacitinib <sup>4</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul>	<b>EMA-approved</b>				Baricitinib <sup>5</sup>	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>	<p>Bien. Passons donc en revue tous les différents traitements approuvés par la FDA pour la dermatite atopique modérée à sévère. Ainsi, le premier traitement est le dupilumab, qui est une injection sous-cutanée. Il a été approuvé par la FDA en 2017 ; c'était le premier agent biologique disponible pour la dermatite atopique modérée à sévère. Il a été initialement approuvé pour le traitement des [patients] de 18 ans et plus, mais au fil des ans, l'autorisation a été étendue aux patients de 6 mois et plus. Il s'agit donc de la plus grande variété de patients que nous pouvons traiter pour cette maladie. Il peut être utilisé avec ou sans corticoïdes</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD <sup>1</sup>																											
Dupilumab subcutaneous injection <sup>1</sup>	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>																											
Tralokinumab <sup>2</sup>	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable</li> <li>Can be used with or without TCS</li> </ul>																											
Abrocitinib <sup>3</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul>																											
Upadacitinib <sup>4</sup>	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adults 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</li> </ul>																											
<b>EMA-approved</b>																														
Baricitinib <sup>5</sup>	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy</li> </ul>																											



## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>différemment. Ainsi, de nombreuses cytokines peuvent théoriquement se lier aux récepteurs des cytokines, notamment l'IL-4 et l'IL-13, que nous savons être importants pour le dupilumab. Il y a aussi l'IL-5, responsable des éosinophiles, l'IL-31, qui est associée aux démangeaisons. De nombreuses cytokines différentes peuvent être bloquées par cet inhibiteur de JAK. Le JAK est donc un récepteur intracellulaire. Donc, généralement, une cytokine comme l'IL-5, par exemple, se lie au récepteur de cytokine, puis se dimérise et pénètre dans le noyau et transcrit certains gènes. Ces gènes sont responsables des démangeaisons, la voie Th2, qui est responsable de l'eczéma et impacte la barrière cutanée. Mais, en bloquant cette voie avec un inhibiteur de JAK tel que l'abrocitinib, l'upadacitinib ou le baricitinib, vous bloquez de fait ces effets en aval, ce qui permet d'éviter l'augmentation du prurit cutané et de la polarisation des Th2. Il s'agit donc d'une petite molécule intracellulaire qui fonctionne différemment et bloque en fait plus de cytokines.</p>
36.	<p><b>Addressing the Urgent Need for Diversity: Evaluating AD Therapies in Patients With SoC</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Few data exist on differences in treatment efficacy and safety in patients with AD of different skin types</li><li>• Standalone trials and subgroup analyses based on race/ethnicity for JAK inhibitor class or tralokinumab in patients with SoC<sup>1</sup> are absent</li><li>• Post hoc analyses of phase 3 dupilumab trials have examined efficacy and safety by race<sup>2</sup></li></ul>  <p><small>1. Published search of each therapy performed with the terms subgroup analysis, race, ethnicity, skin of color, or ethnic diversity performed by March 2023. 2. Abalos AP, et al. J Clin Dermatol. 2019;18:244-51.</small></p>	<p>Alors, comment répondons-nous au besoin urgent de diversité ? C'est vrai. Nous voulons savoir ce que nous faisons pour les patients de couleur. Il existe peu de données sur les différences d'efficacité et d'innocuité du traitement chez les patients atteints de dermatite atopique ayant des types de peau différents. À ce jour, il n'existe pas d'essais autonomes ni d'analyses de sous-groupes pour les inhibiteurs de JAK ou le tralokinumab. Nous ne savons donc pas précisément comment les inhibiteurs de JAK ou le nouveau médicament tralokinumab agissent sur les peaux de couleur. Cependant, le dupilumab, le tout premier médicament, fait l'objet d'analyses post hoc qui évaluent l'efficacité et l'innocuité en fonction de la race et de l'appartenance ethnique.</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

<p>37.</p>	<p><b>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Post hoc analysis utilizing data from three phase 3 trials of dupilumab in AD: LIBERTY AD SOLO 1, LIBERTY AD SOLO 2, and CHRONOS</li> <li>Total of 2058 patients, including:             <ul style="list-style-type: none"> <li>1429 White patients</li> <li>501 Asian patients</li> <li>128 Black/AA patients</li> </ul> </li> <li>Baseline demographics and disease characteristics were generally balanced among treatment groups and racial subgroups; most patients had high disease burden at baseline</li> </ul> <p><i>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</i></p> <p>Andrew F. Alexis, Maria Rendón, Jonathan I. Silverberg, David M. Pariser, Benjamin Lockshin, Christopher E.M. Griffiths, Janice Wilkinson, Andrew Wittkeberg, Zhen Chen, John D. Davis, Meng Li, Laurent Eckert, Adhigun Gochhayat, Brad Shumel, Ana B. Rossi, Neil H. Ford, Corbett, Manoj Arora</p> <p><i>J Drugs Dermatol. 2019 Aug; 18(8):804-813.</i></p>	<p>Passons à l'essai qui examine la peau de couleur. Dans cette analyse post hoc, les chercheurs ont examiné trois essais de phase 3 différents, soit un total de 2 058 patients, dont 1 429 étaient blancs, 501 étaient asiatiques et 128 étaient noirs ou afro-américains. Les caractéristiques démographiques et les caractéristiques de la maladie au départ étaient généralement équilibrées entre les groupes de traitement et les sous-groupes raciaux. La plupart des patients présentaient une charge de morbidité élevée au départ. Comme vous le savez, ces essais portent sur la dermatite atopique modérée à sévère.</p>																																								
<p>38.</p>	<p><b>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</b></p> <p><b>Change in EASI: LS Mean Change from Baseline at Week 16</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Subgroup</th> <th>Placebo Change (SE)</th> <th>Dupilumab Change (SE)</th> <th>P Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>White</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.36 (0.693)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.47 (0.651)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Asian</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-24.23 (1.615)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.664)</td> <td>-25.46 (1.455)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Black/AA</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-20.02 (2.722)</td> <td>.0161</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-11.88 (1.947)</td> <td>-19.98 (1.925)</td> <td>.0028</td> </tr> </tbody> </table> <p>LS Mean Difference</p>	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	<b>White</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	<.0001	<b>Asian</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	<.0001	<b>Black/AA</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161	Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028	<p>Ce que nous voulons examiner, c'est le changement du score EASI (Eczema Area Severity Index). Il s'agit du score de l'Indice de sévérité de l'eczéma. Puisque nous avons examiné les patients de race blanche, l'évolution du score pour les patients ayant reçu du dupilumab toutes les deux semaines a été une diminution d'environ 25, ce qui représente une baisse significative de la sévérité de l'eczéma. Pour les patients asiatiques, l'évolution de sévérité était de 24, ce qui représente également une baisse significative. Et pour les patients noirs, l'évolution de la sévérité de l'eczéma toutes les deux semaines était de 20. Ce n'est pas nécessairement aussi élevé, mais il s'agit tout de même d'une baisse significative de la sévérité de l'eczéma. Cette étude met donc en évidence les avantages du dupilumab pour le traitement des patients noirs atteints de dermatite atopique, modérée à sévère.</p>
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																							
<b>White</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.36 (0.693)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-14.91 (0.703)	-25.47 (0.651)	<.0001																																							
<b>Asian</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.664)	-24.23 (1.615)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.664)	-25.46 (1.455)	<.0001																																							
<b>Black/AA</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-11.88 (1.947)	-20.02 (2.722)	.0161																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-11.88 (1.947)	-19.98 (1.925)	.0028																																							
<p>39.</p>	<p><b>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials (cont)</b></p> <p><b>Change in Peak Pruritus NRS: LS Mean Change from Baseline at Week 16</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Subgroup</th> <th>Placebo Change (SE)</th> <th>Dupilumab Change (SE)</th> <th>P Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><b>White</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-2.29 (0.168)</td> <td>-4.12 (0.158)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-2.29 (0.168)</td> <td>-4.24 (0.139)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Asian</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-1.41 (0.298)</td> <td>-3.59 (0.285)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-1.41 (0.298)</td> <td>-3.68 (0.261)</td> <td>&lt;.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><b>Black/AA</b></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-2.18 (0.364)</td> <td>-3.62 (0.531)</td> <td>.0118</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-2.18 (0.364)</td> <td>-3.95 (0.389)</td> <td>.0007</td> </tr> </tbody> </table> <p>LS Mean Difference</p>	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	<b>White</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.12 (0.158)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.24 (0.139)	<.0001	<b>Asian</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-1.41 (0.298)	-3.59 (0.285)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-1.41 (0.298)	-3.68 (0.261)	<.0001	<b>Black/AA</b>				Dupilumab q2w vs Placebo	-2.18 (0.364)	-3.62 (0.531)	.0118	Dupilumab qw vs Placebo	-2.18 (0.364)	-3.95 (0.389)	.0007	<p>Qu'en est-il de l'évolution du prurit maximal ? Et le score NRS (Numerical Rating Score) est le score d'évaluation numérique allant de 0 à 10, 10 étant la pire démangeaison de votre vie et 0 l'absence de démangeaison. Comme vous pouvez le constater, pour les patients blancs, le dupilumab administré toutes les deux semaines entraîne une diminution de 4 points de démangeaison. Pour les patients asiatiques, la baisse est également proche de 4 avec le dupilumab. Et pour les patients noirs, la baisse est à nouveau proche de 4 pour l'ensemble des démangeaisons. Encore une fois, les patients</p>
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																							
<b>White</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.12 (0.158)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.24 (0.139)	<.0001																																							
<b>Asian</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-1.41 (0.298)	-3.59 (0.285)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-1.41 (0.298)	-3.68 (0.261)	<.0001																																							
<b>Black/AA</b>																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-2.18 (0.364)	-3.62 (0.531)	.0118																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-2.18 (0.364)	-3.95 (0.389)	.0007																																							



# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique : Impact sur les Personnes de Couleur

<p>41.</p>	<p><b>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials (cont)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dupilumab significantly improved all outcomes in the White and Asian subgroups, and significantly improved EASI endpoints, Peak Pruritus NRS, and DLQI in the smaller Black/AA subgroup, with positive trends in other measures</li> <li>Observed efficacy was generally consistent with overall trial data reported in SOLO 1 and 2 and CHRONOS</li> <li>Dupilumab was generally well tolerated, with an acceptable safety profile in all 3 trials; TEAEs occurred at similar rates across treatment groups</li> </ul>	<p>Ainsi, l'efficacité globale était similaire dans tous les groupes et l'innocuité était similaire. En conclusion, le dupilumab avec ou sans corticoïdes topiques concomitants, a considérablement amélioré les signes et symptômes de dermatite atopique et la qualité de vie dans tous les groupes raciaux, les groupes d'efficacité. Le dupilumab a été généralement considéré comme sûr et très bien toléré dans les trois essais et, aucune différence majeure n'a été observée entre les événements indésirables liés au traitement dans le groupe des noirs, le groupe des asiatiques ou le groupe des blancs.</p>																																																																																										
<p>42.</p>	<p><b>Real-world Treatment Outcomes of Dupilumab in Patients with AD and Different Skin Types</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observational prospective cohort study; eligible patients were children and adults with AD receiving dupilumab, cyclosporine, and/or methotrexate</li> <li>Total of 235 patients, stratified by Fitzpatrick skin type:             <ul style="list-style-type: none"> <li>156 light skin type (Fitzpatrick skin type 1-3)</li> <li>68 dark skin type (Fitzpatrick skin type 4-6)</li> </ul> </li> <li>Patients followed for 6 months</li> </ul> <p>Significant improvements observed for all outcome measures in both skin type groups when treated with dupilumab</p> <p>DST patients had significantly greater EASI improvements with dupilumab compared to LST patients, after accounting for baseline differences</p> <p>Dupilumab was well tolerated and resulted in fewer treatment discontinuations (14%) than methotrexate (69%) or cyclosporine (31%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Effectiveness of Dupilumab Treatment According to Skin Type</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Baseline Score</th> <th>Follow-up Score</th> <th>P Value</th> <th>Δ Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><b>EASI</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>24.2 (13.0)</td> <td>7.5 (7.1)</td> <td>&lt; .001</td> <td>16.7 (13.0)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>18.0 (13.0)</td> <td>8.3 (7.5)</td> <td>&lt; .001</td> <td>9.7 (11.0)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.032</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>POEM</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>20.2 (8.0)</td> <td>10.1 (6.0)</td> <td>&lt; .001</td> <td>10.1 (6.4)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.9 (5.7)</td> <td>10.5 (6.8)</td> <td>&lt; .001</td> <td>9.4 (6.8)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.33</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>DLQI</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>15.6 (8.8)</td> <td>6.2 (7.6)</td> <td>&lt; .001</td> <td>9.4 (8.5)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>14.1 (6.7)</td> <td>5.7 (6.7)</td> <td>&lt; .001</td> <td>8.4 (7.3)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.54</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>NRS</b></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>6.9 (1.8)</td> <td>3.5 (2.2)</td> <td>&lt; .001</td> <td>3.4 (2.3)</td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>7.2 (2.3)</td> <td>3.4 (2.7)</td> <td>&lt; .001</td> <td>3.7 (3.0)</td> </tr> <tr> <td>P-value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.99</td> </tr> </tbody> </table>	Effectiveness of Dupilumab Treatment According to Skin Type						Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score	<b>EASI</b>					Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)	Mean score LST (SD)	18.0 (13.0)	8.3 (7.5)	< .001	9.7 (11.0)	P-value Δ difference				.032	<b>POEM</b>					Mean score DST (SD)	20.2 (8.0)	10.1 (6.0)	< .001	10.1 (6.4)	Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	< .001	9.4 (6.8)	P-value Δ difference				.33	<b>DLQI</b>					Mean score DST (SD)	15.6 (8.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (8.5)	Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)	P-value Δ difference				.54	<b>NRS</b>					Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	< .001	3.4 (2.3)	Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	< .001	3.7 (3.0)	P-value Δ difference				.99	<p>Qu'en est-il du monde réel ? Les essais cliniques sont donc excellents, mais ils n'ont rien à voir avec le monde réel, et ces patients sont très spécifiques, n'est-ce pas ? Ils sont vraiment dans un environnement très bien contrôlé. Nous voulons donc vraiment voir comment ces patients se comportent dans un environnement réel. Il s'agit donc d'une étude observationnelle de cohorte prospective, qui a inclus des patients enfants et adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère, recevant du dupilumab, de la ciclosporine [ou] du méthotrexate. La ciclosporine et le méthotrexate sont des médicaments beaucoup plus anciens que nous utilisons depuis des décennies pour traiter la dermatite atopique. Ce sont des immunosuppresseurs qui fonctionnent, mais avec l'avènement des quatre médicaments approuvés par la FDA, des agents biologiques ou de petites molécules pour la dermatite atopique, ceux-ci sont en passe d'être abandonnés. Ce qui est intéressant dans cette étude, c'est qu'elle a divisé les patients en fonction du type de peau selon l'échelle de Fitzpatrick. Le type de peau Fitzpatrick s'échelonne de 1 à 6, 1 à 3 correspondant aux types de peau les plus clairs et 4 à 6 aux types de peau les plus foncés. Dans cette étude, 156 patients avaient la peau claire et 68 avaient la peau foncée, et ils ont été suivis pendant 6 mois. Examinons donc le score EASI, qui est l'indice de surface et de sévérité de l'eczéma (Eczema Area and Severity Index). Ainsi, en examinant le changement, le pourcentage de variation entre le début de</p>
Effectiveness of Dupilumab Treatment According to Skin Type																																																																																												
	Baseline Score	Follow-up Score	P Value	Δ Score																																																																																								
<b>EASI</b>																																																																																												
Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)																																																																																								
Mean score LST (SD)	18.0 (13.0)	8.3 (7.5)	< .001	9.7 (11.0)																																																																																								
P-value Δ difference				.032																																																																																								
<b>POEM</b>																																																																																												
Mean score DST (SD)	20.2 (8.0)	10.1 (6.0)	< .001	10.1 (6.4)																																																																																								
Mean score LST (SD)	19.9 (5.7)	10.5 (6.8)	< .001	9.4 (6.8)																																																																																								
P-value Δ difference				.33																																																																																								
<b>DLQI</b>																																																																																												
Mean score DST (SD)	15.6 (8.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (8.5)																																																																																								
Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)																																																																																								
P-value Δ difference				.54																																																																																								
<b>NRS</b>																																																																																												
Mean score DST (SD)	6.9 (1.8)	3.5 (2.2)	< .001	3.4 (2.3)																																																																																								
Mean score LST (SD)	7.2 (2.3)	3.4 (2.7)	< .001	3.7 (3.0)																																																																																								
P-value Δ difference				.99																																																																																								

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

l'étude et le suivi 6 mois plus tard chez les patients de types de peau plus foncés, il y a eu une diminution de 16, une baisse très importante de la sévérité de l'eczéma. Et les types de peau plus clairs ont connu une diminution de 9. Il est donc surprenant de constater que les patients à la peau plus foncée s'en sortent beaucoup mieux et que l'indice de sévérité de l'eczéma a baissé considérablement plus chez les patients aux types de peau plus foncés que chez les patients aux types de peau blancs. Qu'en est-il du POEM (Patient Oriented Eczema Measure) ? Le POEM est une mesure de l'eczéma axée sur le patient, c'est-à-dire que les patients doivent répondre à sept questions pour évaluer la sévérité de l'eczéma en tant que résultat rapporté par le patient. Lorsque nous observons la différence et l'évolution entre les types de peau plus foncés et les types de peau plus clairs, ils ont tous deux présenté une baisse considérable de la mesure objective, les résultats rapportés par les patients. Cependant, il n'y a pas de différence entre les types de peau plus foncés et blancs. Le DLQI (Dermatology Life Quality Index/Indice Dermatologique de Qualité de Vie) est l'indice dermatologique de la qualité de vie, et une fois de plus, les groupes ayant une peau plus foncée et les groupes ayant une peau plus claire ont tous deux enregistré une baisse importante de leur impact sur la qualité de vie. Cependant, il n'y a pas de différence entre les types de peau plus foncés et les types de peau plus clairs.

43.

**Heads Up: Efficacy and Safety of Upadacitinib vs Dupilumab in Adults With Moderate-to-Severe AD**

Endpoint	Time point	Dupilumab, 300 mg (n=344)	Upadacitinib, 30 mg (n=344)	Difference	P value
<b>Primary endpoint</b>					
Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.008
<b>Secondary endpoints in order of ranking</b>					
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 16	-49.0 (2.0) [-52.9 to -45.2]	-66.9 (1.9) [-70.6 to -63.2]	-17.84	< .001
No.		251	258		
Achievement of EASI-100 <sup>a</sup>	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	< .001
Achievement of EASI-90 <sup>a</sup>	Week 16	133 (38.7) [33.8-43.6]	211 (60.9) [55.4-66.5]	21.8	< .001
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 4	-31.7 (2.2) [-36.1 to -27.3]	-59.5 (2.2) [-63.9 to -55.2]	-27.8	< .001
No.		310	333		
Achievement of EASI-75*	Week 2	60 (17.5) [13.5-21.5]	152 (43.7) [38.4-48.8]	26.0	< .001
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS <sup>b</sup>	Week 1	-8.8 (1.8) [-12.3 to -5.3]	-31.4 (1.7) [-34.9 to -28.0]	-22.7	< .001
No.		327	337		
Worst Pruritus NRS improvement 24 points <sup>a,c</sup>	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	< .001
No.		NA	340	NA	NA

24-week, head-to-head phase 3b RCT comparing upadacitinib with dupilumab in adults with moderate-to-severe AD

At week 16, 71.0% of upadacitinib patients and 61.1% of dupilumab patients achieved EASI75 (P=.008)

No new safety signals reported for either upadacitinib or dupilumab

EASI-75: 75% reduction from baseline in the Eczema Area and Severity Index. NA, not applicable.  
NRS, Numerical Rating Scale; NRS, Numerical Rating Scale. <sup>a</sup> Assessed for patients with Worst Pruritus NRS of 4 points or higher at baseline.  
Reusch A, et al. JAMA Dermatol. 2021;157:1647-1655.

Ce que je voulais faire ensuite, c'est comparer l'upadacitinib et le dupilumab. Nous avons donc noté que l'upadacitinib et le dupilumab se sont révélés efficaces chez les patients de couleur, en particulier chez les patients noirs et asiatiques. Nous voulons maintenant comparer le dupilumab en général à l'upadacitinib et aux inhibiteurs de JAK par voie orale. Dans cette étude, les chercheurs ont comparé le dupilumab à l'upadacitinib à 30 milligrammes. Il faut donc garder à l'esprit que lorsque nous mettons les patients sous upadacitinib, nous commençons généralement à 15 milligrammes. Il s'agit donc d'une dose plus élevée d'upadacitinib. Ainsi, lorsqu'ils ont comparé les groupes, leur critère principal était l'obtention

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>d'un score EASI (Eczema Area and Severity Index/Indice de surface et de sévérité de l'eczéma) de 75 % à la semaine 16. Et 61 % des patients sous dupilumab ont atteint l'EASI-75 contre 71 % des patients sous upadacitinib. L'upadacitinib a donc été plus performant que le dupilumab en ce qui concerne l'indice de surface et de sévérité de l'eczéma à 75. Lorsque nous examinons la réalisation de l'EASI-100 et de l'EASI-90, ce qui représente une réalisation encore plus important, 27 % des patients sous upadacitinib ont réalisé l'EASI-100 contre seulement 7 % pour le dupilumab, et 60 % ont réalisé l'EASI-90 contre seulement 38 %. Les patients ont donc continué de se porter de mieux en mieux avec l'upadacitinib par rapport au dupilumab 300. Il faut donc garder à l'esprit que lorsque vous comparez directement les résultats de l'upadacitinib à ceux du dupilumab, au moins à la dose de 30 milligrammes, qui est la dose plus élevée, certaines données indiquent que l'upadacitinib pourrait être plus performant que le dupilumab. Et aucun nouveau signal d'innocuité n'a été enregistré pour l'upadacitinib ou le dupilumab dans cette étude.</p>
44.	<p><b>Question</b></p> <p>Based on available data, which treatment for moderate-to-severe AD has specifically demonstrated efficacy and safety in individuals with SoC?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dupilumab</li> <li>Tralokinumab</li> <li>Abrocitinib</li> <li>Baricitinib</li> <li>Upadacitinib</li> </ol>	<p>Ainsi, sur la base des données disponibles, quel traitement pour la dermatite atopique modérée à sévère a particulièrement démontré son efficacité et son innocuité chez les personnes de couleur ? Et la réponse est le dupilumab. C'est le seul médicament actuellement sur le marché qui a fait l'objet d'une analyse post hoc portant particulièrement sur la peau de couleur pour le traitement de la dermatite atopique, modérée à sévère.</p>
45.	<p><b>Skin of Color Society's Meeting the Challenge Summit, 2022: Recommendations for Increasing Clinical Trial Representation</b></p> 	<p>Alors, que pouvons-nous faire pour nous assurer que ces essais cliniques et ces sociétés pharmaceutiques représentent convenablement les personnes de couleur ? La Skin of Color Society (Association des peaux de couleur) a donc organisé un sommet sur les défis à relever (Challenge Summit), au cours duquel elle a invité les principales parties prenantes de différentes organisations à se réunir pour déterminer comment accroître la représentation des personnes de couleur dans</p>

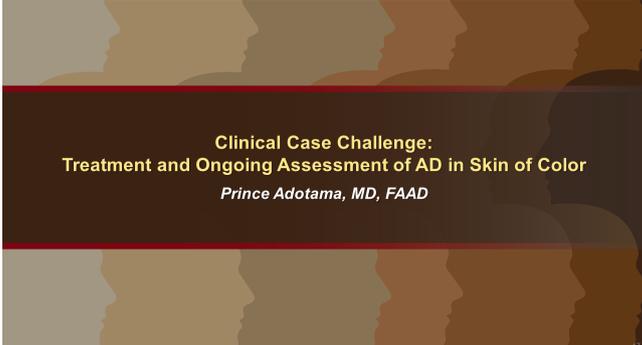
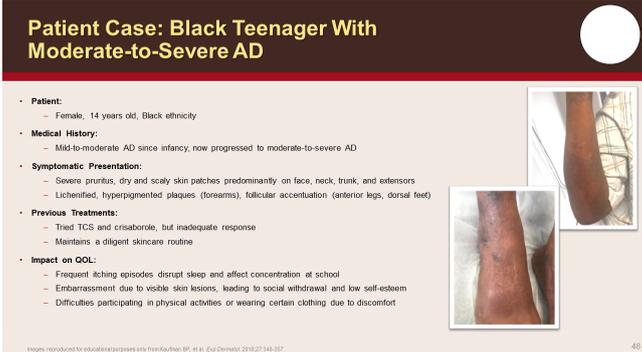
## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>les essais cliniques. Et donc, ce sommet aborde en fait plusieurs voies différentes. Les participants formulent des recommandations à l'intention des revues et indiquent comment les revues et leurs rédacteurs peuvent délibérément intégrer la diversité dans leur contenu éducatif. Ils s'adressent aux organisations communautaires et expliquent comment ces dernières peuvent accroître leurs efforts de sensibilisation dans les communautés minoritaires et créer des groupes de défense des patients. Ils se sont adressés aux professionnels de santé et aux chercheurs. Ils ont donné des recommandations sur [la manière dont] les chercheurs peuvent s'assurer que leurs documents de recherche comprennent des populations diverses et du personnel de recherche bilingue et que leur horaire est très flexible pour tous les groupes de patients. Ils ont également formulé des recommandations très fermes à l'intention des commanditaires d'études, des sociétés pharmaceutiques et des organismes fédéraux. Cette étude, publiée dans <i>JAMA Dermatology</i> (Journal hebdomadaire de l'association médicale américaine), est donc un excellent moyen pour nous d'apprendre, en tant que communauté, ce que nous pouvons faire pour accroître la représentation des personnes de couleur dans nos essais cliniques. Ainsi, nous ne nous retrouverons pas dans la situation où le dupilumab est le seul [agent étudié dans un] essai clinique à ce jour où des patients de couleur sont représentés.</p>
46.	<p><b>Closing Knowledge Gaps: Evaluating Biologic Therapy in Diverse AD Populations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Phase 4 DISCOVER trial (NCT05590585) will exclusively study dupilumab in adolescents and adults with moderate-to-severe AD in SoC<sup>1</sup></li> <li>The phase 3 ADmirable trial (NCT05372419) will exclusively study lebrikizumab, an investigational IL-13 inhibitor submitted for FDA approval in moderate-to-severe AD, in adolescents and adults with SoC<sup>2,3</sup></li> </ul>  <p><small>1. NCT05590585. <a href="https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05590585">https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05590585</a> 2. Phase 3 IL-13 Inhibitor Study for Atopic Dermatitis (AD) Treatment. November 9, 2022. <a href="https://www.fda.gov/oc/press/2022/s0221109">https://www.fda.gov/oc/press/2022/s0221109</a> 3. NCT05372419. <a href="https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372419">https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372419</a></small></p>	<p>Alors, que faisons-nous pour combler ces lacunes en matière de connaissances ? Il y a donc maintenant un essai de découverte de phase 4 réalisé exclusivement sur le dupilumab. Mais nous nous intéressons aux adolescents et aux adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère et cet essai sera réalisé particulièrement pour les patients de couleur. Lorsque cela fonctionne, c'est quelque chose que nous ciblons vraiment, et nous sommes vraiment heureux que le dupilumab fasse ce travail. L'étape suivante est l'essai ADmirable de phase 3, qui est une étude exclusive réalisée sur le lebrikizumab. Il s'agit d'un tout nouvel inhibiteur expérimental de l'IL-13 et ce</p>

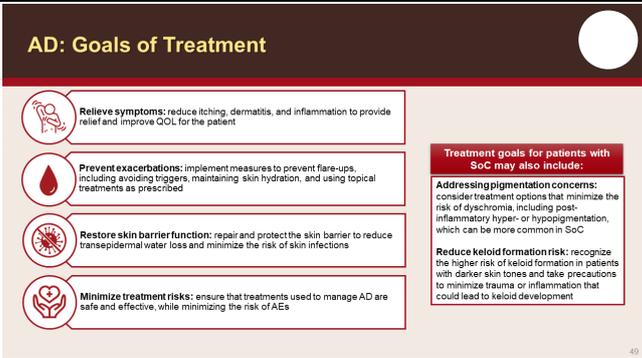
## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>médicament sera axé sur l'étude de la dermatite atopique modérée à sévère et sur la réalisation de cette étude en particulier sur des patients de couleur. Nous avons donc maintenant deux essais en cours, qui seront axés sur la peau de couleur. Nous pourrions ainsi avoir une meilleure idée de la façon dont les patients de couleur se comportent avec les médicaments contre la dermatite atopique.</p>
47.		<p>Maintenant, je veux passer à autre chose et parler de cas cliniques. Donc, ce défi de cas cliniques sera axé sur le traitement et les évaluations en cours de la dermatite atopique chez les personnes de couleur.</p>
48.		<p>Parlons donc de cette première patiente. Il s'agit d'une patiente noire, âgée de 14 ans, qui a d'abord souffert de dermatite atopique légère à modérée, presque toute sa vie, mais qui a récemment évolué vers une dermatite atopique modérée à sévère. Elle présente un prurit sévère, des plaques de peau sèches et squameuses principalement sur le visage, le cou, le tronc et les extenseurs. Elle présente également une lichénification et des plaques très pigmentées sur les avant-bras, avec une accentuation folliculaire sur les jambes antérieures et le dos des pieds. Et comme le docteur Taylor l'a mentionné plus tôt, c'est généralement là où nous voyons la dermatite atopique chez les personnes de couleur. Elles présentent généralement une atteinte plus importante du cou et des extenseurs, ainsi qu'une accentuation folliculaire plus marquée. Cette patiente n'a pas réagi de manière satisfaisante aux corticoïdes topiques et au crisaborole et a présenté une réponse insatisfaisante à l'ensemble de ces produits topiques. Elle maintient également une routine de soins de la peau très diligente. Cette dermatite atopique a un impact énorme sur sa qualité de vie. Elle a de fréquents épisodes de démangeaisons qui perturbent son sommeil et affectent sa concentration à l'école. Elle se sent très gênée par ces lésions cutanées, [ce qui] lui</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>fait perdre l'estime de soi et la pousse à se retirer des groupes sociaux. En raison de ces plaques, elle a beaucoup de mal à participer à des activités physiques ou à porter certains vêtements en raison de la gêne.</p>
49.	 <p><b>AD: Goals of Treatment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Relieve symptoms:</b> reduce itching, dermatitis, and inflammation to provide relief and improve QOL for the patient</li> <li><b>Prevent exacerbations:</b> implement measures to prevent flare-ups, including avoiding triggers, maintaining skin hydration, and using topical treatments as prescribed</li> <li><b>Restore skin barrier function:</b> repair and protect the skin barrier to reduce transepidermal water loss and minimize the risk of skin infections</li> <li><b>Minimize treatment risks:</b> ensure that treatments used to manage AD are safe and effective, while minimizing the risk of AEs</li> </ul> <p><b>Treatment goals for patients with SoC may also include:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Addressing pigmentation concerns:</b> consider treatment options that minimize the risk of dyschromia, including post-inflammatory hyper- or hypopigmentation, which can be more common in SoC</li> <li><b>Reduce keloid formation risk:</b> recognize the higher risk of keloid formation in patients with darker skin tones and take precautions to minimize trauma or inflammation that could lead to keloid development</li> </ul>	<p>Quels sont donc les objectifs du traitement d'un patient atteint de dermatite atopique ? Il y a quatre objectifs majeurs de traitement. Premièrement, nous voulons soulager les symptômes, n'est-ce pas ? Nous voulons réduire les démangeaisons, améliorer la dermatite d'une certaine manière, ce qui devrait améliorer la qualité de vie du patient. Nous voulons également prévenir les exacerbations. Il s'agit d'une maladie chronique, donc, même si nous traitons cette poussée actuelle, nous voulons nous assurer que nous sommes en mesure de les traiter à long terme afin de prévenir les exacerbations ultérieures. Nous voulons également nous assurer que les patients utilisent une protection diligente de la peau. Nous voulons donc pouvoir restaurer la fonction de la barrière cutanée. Nous voulons protéger cette barrière cutanée pour réduire la perte d'eau transépidermique et nous assurer que ces patients utilisent des soins de la peau et de l'hydratation diligents. Nous voulons également minimiser les événements indésirables liés au traitement, n'est-ce pas ? Les stéroïdes peuvent donc potentiellement provoquer une hyperpigmentation ou une atrophie. Nous voulons nous assurer que nous minimisons tous les risques liés à ces traitements. Et nous voulons également nous assurer que nous traitons les problèmes de pigmentation lorsque les patients atteints de dermatite atopique vont mieux, en particulier les patients de couleur, qui peuvent garder une hyperpigmentation ou une hypopigmentation ; il est important en tant que dermatologues que nous traitions également ces problèmes. Et les patients de couleur peuvent présenter un risque plus élevé de formation de chéloïdes. Il faut donc être conscient de ce risque pour ces patients, en particulier ceux qui se grattent beaucoup.</p>

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

50.

**Safety Considerations of Biologic Therapies for Moderate-to-Severe AD**

Biologic <sup>1,2</sup>		AE of Special Interest: Conjunctivitis
<b>Dupilumab</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning: None</li> <li>Most common AEs (incidence ≥1%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Injection site reactions</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Blepharitis</li> <li>Oral herpes</li> <li>Keratitis</li> <li>Eye pruritus</li> <li>Other HSV infection</li> <li>Dry eye</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>	<b>Tralokinumab</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Black Box Warning: None</li> <li>Most common AEs (incidence ≥1%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>URTIs</li> <li>Conjunctivitis</li> <li>Injection site reactions</li> <li>Eosinophilia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk of developing conjunctivitis; counsel and monitor patients receiving treatment more closely</li> <li>Regularly evaluate patients receiving biologic therapy for conjunctival erythema and ophthalmologic complaints; encourage patients to report any eye discomfort</li> <li>All patient-reported ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; refer patients to an ophthalmologist for further assessment and co-management if necessary</li> </ul>  <p>Man aged 24 years, presenting with bulbar conjunctivitis 4 months after initiating dupilumab.</p>

HSV: Herpes simplex virus; URTI: upper respiratory tract infection  
Images reproduced for educational purposes with permission of J. Li et al. J Clin Invest. 2019;129:4-4  
1. Dupilumab. Rx: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\_docs/nda/2015/201534Orig1s01.pdf  
2. Tralokinumab. Rx: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\_docs/nda/2015/201534Orig1s01.pdf

Quelles sont donc les préoccupations en matière d'innocuité pour les traitements biologiques ? Les traitements biologiques comprennent donc le dupilumab et le tralokinumab. Ces deux traitements biologiques ne comportent pas d'avertissements à encadré noir. Cependant, ils ont leur propre liste d'effets secondaires. L'effet secondaire le plus fréquent chez les patients traités par des agents biologiques est la réaction au site d'injection (comme je l'ai mentionné précédemment, il s'agit d'un médicament injectable) et la conjonctivite, dont nous parlerons plus tard. Le risque d'infections herpétiques et de sécheresse oculaire est également potentiellement accru. Le tralokinumab a des effets secondaires similaires, notamment la conjonctivite, les réactions au site d'injection et les infections des voies respiratoires supérieures.

Je veux vraiment me concentrer sur la conjonctivite, car c'est un problème qui peut survenir chez vos patients sous dupilumab et tralokinumab. Il s'agit d'une inflammation et d'une rougeur des yeux. Et les patients ayant des antécédents de gêne oculaire au départ peuvent présenter un risque plus élevé de développer une conjonctivite. Il est vraiment important de conseiller votre patient et de le surveiller pendant qu'il est sous traitement. Les patients doivent également faire l'objet d'évaluations régulières de votre part. Et assurez-vous qu'ils sachent qu'ils doivent discuter avec vous de tout problème de gêne oculaire. Parce qu'il y en a, et nous nous en remettons souvent à nos collègues en ophtalmologie pour obtenir de l'aide lorsque nous traitons des patients qui présentent des effets indésirables de conjonctivite [avec] le dupilumab et le tralokinumab. Voici par exemple un patient âgé de 24 ans présentant une conjonctivite bulbaire 4 mois après le début du traitement, et c'est une situation dans laquelle vous voulez être en mesure de tendre la main à votre patient et obtenir de l'aide de vos collègues en ophtalmologie pour mieux contrôler la situation.

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

51.

**Safety Considerations of JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD<sup>1</sup>**

AEs Commonly Reported	Black Box Warning
UTRI	Serious infection
Headache	Mortality
Nasopharyngitis	Malignancies
Nausea	Major adverse cardiovascular events
Acne	Thrombosis

Meta-analysis did not find an association between treatment with JAK inhibitors and VTE in patients with AD.<sup>2</sup>

VTE: venous thromboembolism.  
1. Sandhu R, Han Y, Byrnes C, et al. JAMA Dermatol. 2022;158(12):1254-1261.  
2. Chen TL, et al. JAMA Dermatol. 2022;158(12):1254-1261.

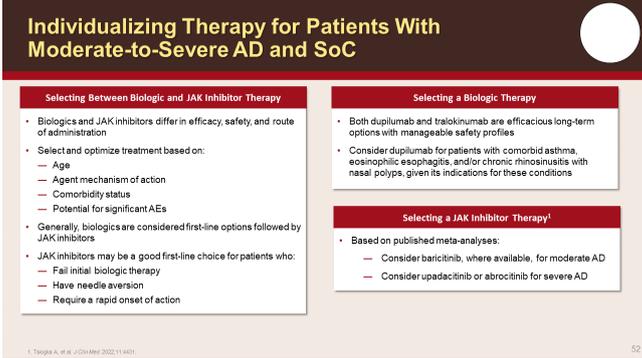
Qu'en est-il des inhibiteurs de JAK ? Les inhibiteurs de JAK sont de petites molécules administrées par voie orale, qui présentent une série d'effets secondaires différents. Ainsi, les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont les infections des voies respiratoires supérieures, les maux de tête, la rhinopharyngite et les nausées. Il est également intéressant de noter que les patients peuvent avoir de l'acné. Certaines personnes l'appelleront « JAKne », où les patients qui prennent des inhibiteurs de JAK par voie orale ou même des inhibiteurs de JAK par voie topique peuvent développer de l'acné peu de temps après, et il est souvent possible de soigner l'acné ou de devoir la traiter spécialement pour la contrôler.

Il y a également des avertissements à encadré noir. Contrairement aux agents biologiques, les inhibiteurs de JAK administrés par voie orale font l'objet d'avertissements à encadré noir, notamment en ce qui concerne des infections graves, une mortalité accrue, des tumeurs malignes, des événements cardiovasculaires indésirables majeurs et une thrombose. En fait, les patients qui présentent un ou plusieurs événements cardiovasculaires, des facteurs de risque tels que le diabète ou l'hypertension [doivent] être prudents lors de l'utilisation d'inhibiteurs de JAK, en raison de cet avertissement à encadré noir, et les patients [qui] ont des antécédents d'embolie pulmonaire ou de caillots sanguins doivent également être prudents quant à l'utilisation d'inhibiteurs de JAK par voie orale. Une méta-analyse récente a porté sur les patients atteints de dermatite atopique particulièrement sous inhibiteurs de JAK par voie orale, et dans cette cohorte spécifique, aucun risque accru de thromboembolie veineuse n'a été observé. Cependant, il faut garder à l'esprit que ces inhibiteurs de JAK par voie orale existent depuis un certain temps, et qu'ils ont été utilisés pour d'autres traitements pour d'autres maladies, telles que l'arthrite, et dans cette cohorte de patients, il existe un risque plus élevé de thromboembolie veineuse. Il faut donc garder à l'esprit que bien qu'il y ait un avertissement à encadré noir pour la thrombose, chez les

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>patients qui n'ont pas de facteurs de risque, il faut prendre garde à éviter ce médicament complètement, la thrombose n'a pas nécessairement été trouvée dans une analyse récente comme un risque plus élevé chez ces patients atteints de dermatite atopique. Faites donc une anamnèse très complète de vos patients, de leurs antécédents familiaux et sociaux et de tous ces facteurs pour déterminer le médicament qui leur convient le mieux.</p>
52.	 <p><b>Individualizing Therapy for Patients With Moderate-to-Severe AD and SoC</b></p> <p><b>Selecting Between Biologic and JAK Inhibitor Therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biologics and JAK inhibitors differ in efficacy, safety, and route of administration</li> <li>• Select and optimize treatment based on:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Age</li> <li>— Agent mechanism of action</li> <li>— Comorbidity status</li> <li>— Potential for significant AEs</li> </ul> </li> <li>• Generally, biologics are considered first-line options followed by JAK inhibitors</li> <li>• JAK inhibitors may be a good first-line choice for patients who:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fail initial biologic therapy</li> <li>— Have needle aversion</li> <li>— Require a rapid onset of action</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Selecting a Biologic Therapy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Both dupilumab and tralokinumab are efficacious long-term options with manageable safety profiles</li> <li>• Consider dupilumab for patients with comorbid asthma, eosinophilic esophagitis, and/or chronic rhinosinusitis with nasal polyps, given its indications for these conditions</li> </ul> <p><b>Selecting a JAK Inhibitor Therapy<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Based on published meta-analyses:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Consider baricitinib, where available, for moderate AD</li> <li>— Consider upadacitinib or abrocitinib for severe AD</li> </ul> </li> </ul> <p><small>1. Torgler A, et al. J Clin Adv. 2022;11:4012</small></p>	<p>Qu'en est-il de l'individualisation du traitement ? Lorsque vous essayez de choisir entre des agents biologiques tels que le dupilumab et le tralokinumab et les inhibiteurs de JAK par voie orale, il y a beaucoup de choses à prendre en considération. L'un d'eux est l'âge, par exemple, si un patient a 2 ans en ce moment, le seul médicament approuvé pour les patients de 6 mois et plus est le dupilumab. L'un est le mécanisme d'action, vous voulez examiner la comorbidité, quelqu'un a-t-il beaucoup de facteurs de risque cardiovasculaire, quelqu'un a-t-il beaucoup d'antécédents de caillots sanguins ? Il faut aussi penser au potentiel d'événements indésirables importants. En général, en raison de la durée pendant laquelle ces médicaments ont été approuvés, le dupilumab et d'autres médicaments qui inhibent l'IL-4 et l'IL-13, les agents biologiques, sont généralement considérés comme des options de première intention. Les inhibiteurs de JAK peuvent être une bonne option de première intention dans certaines circonstances : en cas d'échec du traitement biologique initial, si le patient présente une aversion aux aiguilles ou si le patient a besoin d'un début d'action rapide. Les inhibiteurs de JAK par voie orale agissent très rapidement, parfois en l'espace d'une semaine ou deux, de sorte que les patients qui ont besoin d'un début d'action vraiment rapide ou qui ont une aversion aux aiguilles peuvent apprécier l'utilisation des inhibiteurs de JAK administrés par voie orale. Comme je l'ai mentionné précédemment, les inhibiteurs de JAK sont approuvés pour les personnes âgées de 12 ans et plus. Lorsque vous choisissez un traitement biologique, soyez attentif au profil d'innocuité et, comme vous le savez, le</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>dupilumab est également approuvé pour l'asthme. Par conséquent, si quelqu'un souffre d'asthme, d'œsophagite éosinophilique, de polypes du nez, le dupilumab pourrait être une option privilégiée pour ces patients. En ce qui concerne les inhibiteurs de JAK par voie orale, il faut garder à l'esprit que le baricitinib, qui n'est pas approuvé par la FDA, l'est par l'Europe. Il est plus susceptible d'être utilisé pour la dermatite atopique modérée, et l'upadacitinib ou l'abrocitinib peuvent être utilisés pour la dermatite atopique sévère et modérée.</p>
53.	<div data-bbox="264 696 906 1055"> <p><b>Patient Case: Asian Woman With Moderate-to-Severe AD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Patient:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Female, 54 years old, Asian ethnicity</li> </ul> </li> <li><b>Medical History:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosed with moderate-to-severe AD in young adulthood</li> <li>Smoker (estimated 20 pack years)</li> <li>Type 2 diabetes mellitus and hypertension, well-controlled with medication</li> </ul> </li> <li><b>Symptomatic Presentation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Widespread, erythematous patches on face, neck, upper/lower limbs, and hands</li> <li>Lesions are well-demarcated with both flexural and extensor distribution</li> </ul> </li> <li><b>Impact on Quality of Life:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Has affected the patient's professional life, leading to work limitations and missed opportunities</li> <li>Psychological distress and anxiety due to appearance-related concerns and societal pressure</li> <li>Limited social interactions and avoidance of public places due to self-consciousness</li> </ul> </li> </ul>  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association</small></p> </div>	<p>Voici une autre patiente. Il s'agit d'une femme asiatique de 54 ans qui présentait une dermatite atopique modérée à sévère depuis l'âge adulte. C'est une fumeuse, elle fume environ 20 cartouches par an. Elle souffre également de diabète de type 2 et d'hypertension. Mais ces problèmes sont bien contrôlés par des médicaments. En ce qui concerne sa présentation, elle présente des plaques érythémateuses étendues sur le visage et le cou, les membres supérieurs et inférieurs et les mains. Ses lésions sont bien délimitées et se répartissent à la fois en zone de flexion et d'extension. Cela a eu un impact majeur sur sa qualité de vie. Cela a affecté sa vie professionnelle. Elle a dû prendre des jours de congé et a ainsi manqué des occasions de promotion. Elle souffre de détresse psychologique et d'anxiété en raison de son apparence, et il lui arrive de céder aux pressions sociales en raison de l'aspect de sa peau. Elle limite ses interactions sociales et évite les lieux publics en raison de sa faible estime de soi due à sa dermatite atopique. Donc, lorsque vous décidez [de choisir] un médicament, dans ce cas, vous devez vraiment prendre en considération le fait qu'elle souffre de dermatite atopique sévère touchant de nombreuses surfaces corporelles, et qu'elle souffre également de diabète de type 2, d'hypertension, qu'elle est fumeuse, et qu'elle présente de multiples facteurs de risque cardiovasculaire. Ainsi, chez une patiente comme celle-ci, il ne faut pas sauter tout de suite aux inhibiteurs de JAK par voie orale. Vous pourriez envisager l'un des agents biologiques.</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

54.

### Assessment of Treatment Response in SoC Populations With Moderate-to-Severe AD

- **Utilize existing assessment tools with demonstrated concordance:**
  - While there may not be specific validated tools for SoC, studies have shown that certain tools, such as the PO-SCORAD, have shown good correlation with SCORAD in patients with SoC<sup>1</sup>
- **Account for variations in disease presentation:**
  - Recognize that AD may present differently in SoC populations, and adapt assessment criteria accordingly
- **Evaluate treatment response holistically:**
  - Incorporate both objective measures and patient-reported outcomes to assess treatment response comprehensively
- **Monitor for pigmentary changes:**
  - Be attentive to any changes in pigmentation that may occur as a result of TCS that can complicate skin assessment



Image reprinted for educational purposes only from SCORAD. Version 5.0 (Webinars app). Pierre Fabre Eccema Foundation. <https://www.pscorad.com/>  
© 2020 Pierre Fabre Eccema Foundation. All rights reserved. 2020/04/09/01

Lorsqu'il s'agit d'évaluer la réponse au traitement chez les personnes de couleur, il existe quelques outils que vous pouvez utiliser ; vous pouvez donc utiliser les évaluations existantes. Ainsi, même s'il n'existe pas d'outils validés pour les peaux de couleur, des études ont montré que certains outils tels que le PO-SCORAD, sont tout aussi efficaces chez les personnes de couleur que chez les patients ou les personnes qui ne sont pas de couleur. Vous pouvez également reconnaître que la dermatite atopique peut se présenter différemment dans les populations de couleur, et le Dr Susan Taylor a fait un travail remarquable en examinant la différence de présentation chez les personnes de couleur par rapport aux patients blancs. Il convient également d'envisager de voir le traitement de manière holistique. Nous voulons examiner les mesures objectives, mais il faut aussi examiner les résultats rapportés par les patients. Comment cela les affecte, comment cela affecte leur sommeil, comment cela affecte leur travail ? Il faut vraiment pouvoir faire une anamnèse très complète et voir comment cela affecte les patients, pas seulement comment vous les voyez en clinique, mais comment cela affecte leur vie, et il est également très, très important que nous contrôlions les changements pigmentaires, n'est-ce pas ? Les changements pigmentaires, en particulier la PIH (Post-Inflammatory Hyperpigmentation/Hyperpigmentation post-inflammatoire), peuvent être l'une des cinq principales raisons pour lesquelles les patients noirs consultent un dermatologue. Il est donc très important qu'une fois que nous avons traité leur dermatite atopique, ils gardent également à l'esprit que la PIH peut être un problème très important et que nous nous attaquons également à ce problème.

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

55.

### Patient Case: Hispanic Child With Moderate-to-Severe AD

- **Patient:**
  - Male, 8 years old, Hispanic ethnicity
- **Medical History:**
  - Repeating irritating eczema since early childhood, typically well-managed with OTC emollients
  - Recently, his flare-ups have become more severe, prompting his parents to seek medical attention for the first time
- **Symptomatic Presentation:**
  - Recurrent eczema flare-ups, red and inflamed skin on flexural areas
  - More recent flare-ups complicated by *S. aureus*-infected lesions with weeping and honey-colored crusts
- **Impact on QOL:**
  - Disrupted sleep due to itching and discomfort, affecting school performance and behavior
  - Missed school days and limited participation in outdoor activities due to exacerbations
  - Family struggles with emotional and financial burden of managing chronic condition
  - Language barriers and reliance on OTC products have delayed optimal treatment and management



© 2019 Staphylococcus aureus  
Image reproduced for educational purposes only from Akbarpour, et al. *Drugs Dermatol* 2020;122:1201-1202

Le cas suivant est celui d'un enfant hispanique. Il s'agit d'un enfant hispanique de 8 ans atteint de dermatite atopique. Ce patient présente un eczéma récidivant/rémittent depuis sa plus tendre enfance qui est généralement bien géré avec des émoullients en vente libre. Récemment, cependant, il a eu des poussées qui sont devenues de plus en plus sévères, ce qui a incité ses parents à consulter un médecin pour la première fois. Il présente ces poussées d'eczéma récurrentes avec une peau rouge et enflammée sur les surfaces de flexion. Ses poussées les plus récentes ont été compliquées par la présence de *Staph aureus* et de lésions infectées par *Staph aureus* avec des croûtes suintantes de couleur miel. En conséquence, son eczéma a un impact sur son sommeil, en raison des démangeaisons et de la gêne et affecte de fait ses résultats scolaires et son comportement. Il a manqué de nombreuses journées d'école et sa participation aux activités extérieures est limitée. Sa famille est également aux prises avec cette maladie. Cela a vraiment un impact sur toute la famille et, en raison des barrières linguistiques et de la difficulté à entrer en contact avec les médecins, lui et sa famille ont davantage eu recours aux produits en vente libre et ont donc tardé à consulter des dermatologues. Dans ce cas, le patient souffre d'une surinfection à *Staph aureus*, et vous pouvez donc envisager de faire une culture de la plaie ou de la traiter avec des antibiotiques par voie orale. Il faut garder à l'esprit que ce patient a 8 ans et qu'il faut donc faire attention aux antibiotiques que vous pouvez utiliser. Les antibiotiques comme la doxycycline sont généralement destinés aux enfants de 9 ans et plus, et une fois que vous aurez traité cette surinfection, vous pourrez éventuellement utiliser des produits topiques. Mais en fonction de la sévérité, il peut être nécessaire d'intensifier le traitement avec un agent biologique ou un inhibiteur de JAK. À l'heure actuelle, les inhibiteurs de JAK par voie orale ne sont pas approuvés par la FDA pour les patients âgés de moins de 12 ans. Le seul agent biologique que ce patient pourrait utiliser, s'il a besoin d'un traitement supplémentaire, serait le dupilumab.

# Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

## Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

### Impact sur les Personnes de Couleur

56.

**Overcoming Access Barriers to AD Management**

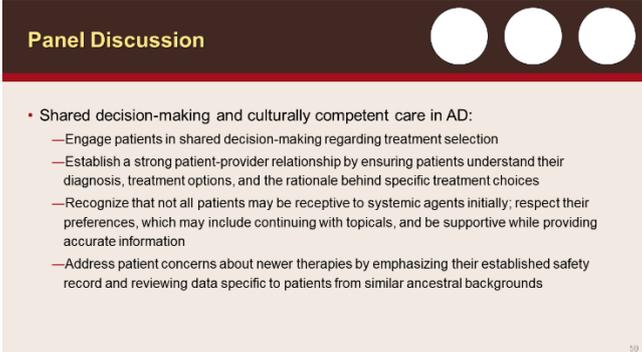
- 1 Identify barriers:** Financial constraints, geography, wait times, language, and limited specialized services can hinder access.
- 2 Telemedicine:** Use virtual consultations to provide remote access and reduce in-person visits.
- 3 Multilingual staff:** Employ team members who can effectively communicate with diverse patients.
- 4 Flexible scheduling and extended hours:** Offer convenient appointment options to accommodate patients' availability.
- 5 Patient education:** Provide resources for self-care and prevention to reduce office visits.
- 6 Support and advocacy groups:** Utilize organizations such as the National Eczema Association<sup>1</sup> and Abtetter Eczema<sup>2</sup> for patient support, education, and advocacy and to enhance access.
- 7 Affordability options:** Inform patients about potential assistance programs that can help make treatment more affordable.
- 8 Clinical trial participation:** Encourage eligible patients to participate in clinical trials for access to innovative therapies.
- 9 Mobile clinics:** Bring dermatological care to underserved areas through outreach programs.

1. National Eczema Association. <https://nationaleczema.org/> 2. Abtetter Eczema. <https://abtettereczema.org/>

Comment surmonter les obstacles à l'accès de la gestion de la dermatite atopique ? Comme je l'ai mentionné précédemment, le patient avait des problèmes de barrière linguistique, souffrait d'eczéma depuis de nombreuses années et se présentait pour la première fois [chez un] dermatologue. Nous pouvons donc faire mieux, n'est-ce pas ? Ce que nous voulons faire, c'est identifier les obstacles : y a-t-il des contraintes financières, des temps d'attente géographiques, des barrières linguistiques en jeu et que pouvons-nous faire pour surmonter ces obstacles ? Nous ne serons donc pas en mesure d'offrir des horaires flexibles à certains moments, parfois un horaire de 8 heures à 16 heures peut ne pas suffire pour que les patients viennent vous voir. Il est donc possible d'avoir des horaires plus tardifs pour accueillir davantage de patients. Vous voulez vous assurer que vous disposez de plus d'options abordables, que ce soit dans votre cabinet ou même en veillant à ce que ces patients soient conscients de certaines des options que ces sociétés pharmaceutiques leur offrent. Qui peut ne pas être en mesure de s'offrir des traitements ? Certaines de ces sociétés pharmaceutiques offrent également des options, des programmes d'aide aux patients. Si les patients ne peuvent pas se déplacer, il faut pouvoir leur proposer des services de télémédecine. Nous voulons également offrir une éducation aux patients, et ce, de manière pertinente sur le plan culturel et dans la langue de leur choix, n'est-ce pas ? Il ne suffit donc pas de donner une brochure à quelqu'un si cette brochure est en anglais et que le patient ne parle pas cette langue. De plus, si le patient est admissible, vous devez être en mesure de lui recommander d'éventuelles options d'essai cliniques. Dans votre clinique, vous devez vous assurer d'avoir un personnel multilingue, et s'il ne l'est pas, d'avoir des services qui permettent de parler espagnol ou n'importe quelle autre langue. Par ailleurs, ces patients, je l'ai mentionné, avaient tous les trois des impacts sur leur qualité de vie. Il faut donc tirer parti des groupes de défense des droits ou de nombreux groupes de soutien aux patients qui font un travail remarquable en les aidant à

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>trouver des ressources et des possibilités d'améliorer leur qualité de vie et de bénéficier d'une communauté de soutien pour leur maladie. Et les cliniques mobiles sont une autre option dans les zones vraiment mal desservies, ce qui nous permet d'élargir notre champ d'application.</p>
57.	 <p>Panel Discussion: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color</p>	<p>Bien. Voilà la fin de ma présentation. J'aimerais maintenant céder la place à un débat d'experts.</p>
58.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shared decision-making and culturally competent care in AD:             <ul style="list-style-type: none"> <li>—Engage patients in shared decision-making regarding treatment selection</li> <li>—Establish a strong patient-provider relationship by ensuring patients understand their diagnosis, treatment options, and the rationale behind specific treatment choices</li> <li>—Recognize that not all patients may be receptive to systemic agents initially; respect their preferences, which may include continuing with topicals, and be supportive while providing accurate information</li> <li>—Address patient concerns about newer therapies by emphasizing their established safety record and reviewing data specific to patients from similar ancestral backgrounds</li> </ul> </li> </ul>	<p>C'était une présentation remarquable. Pour commencer, je pense que la question et la réponse portent sur un point de vue pratique, et vous avez fait un excellent travail en examinant toutes les données et toutes les options. Mais comment mettre tout cela ensemble du point de vue d'une prise de décision partagée ? Et vraiment, du point de vue de la prestation de soins culturellement adaptés à diverses populations de patients ? Je dirais donc que les patients ne sont pas seulement un point d'informations. Vous pouvez regarder un patient et dire : « OK, ce patient souffre de dermatite atopique sévère, il a besoin de dupilumab ou il a besoin d'un inhibiteur de JAK administré par voie orale ». Mais il faut que les patients viennent, qu'ils soient d'accord. Si c'est la première fois que vous voyez ce patient et que vous souhaitez vous précipiter immédiatement sur le dupilumab, il peut être un peu déconcerté par cela, il voudra peut-être mieux comprendre son diagnostic. Il voudra peut-être mieux comprendre pourquoi vous choisissez ce médicament en particulier, n'est-ce pas ? Il est donc très important que les patients se sentent concernés, qu'ils comprennent leur diagnostic et qu'ils se sentent à l'aise avec les options de traitement. Tout le monde n'est pas très enthousiaste à l'idée d'injections. Tout le monde n'est pas très enthousiaste à l'idée d'une surveillance en laboratoire qui peut être</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>nécessaire pour les inhibiteurs de JAK par voie orale. Les patients ont besoin d'une surveillance en laboratoire au départ et parfois quelques mois plus tard. Les patients doivent donc comprendre quel [est] leur diagnostic et, parfois, ils ont besoin d'un deuxième entretien avant de discuter de l'introduction d'un changement majeur dans leur vie, comme le dupilumab ou le tralokinumab, ou tout autre inhibiteur de JAK par voie orale. Il suffit donc de s'assurer que les patients sont conscients de leur état et qu'ils se sentent à l'aise avec les décisions qui sont prises dans la pièce, ce qui contribuera en fait à favoriser une meilleure relation à long terme.</p> <p>Je suis tout à fait d'accord avec cela et, souvent, les patients ne seront pas réceptifs à un agent systémique lors de la première visite. Et je pense qu'il est extrêmement important, comme nous l'avons dit plus tôt, de construire cette relation. Donc, deux choses se produisent : souvent ils veulent juste s'en tenir aux produits topiques, n'est-ce pas ? Nous savons que leur état ne va pas nécessairement s'améliorer. Mais quand ils reviendront, ils diront : « Eh bien, vous savez, [je ne suis] pas vraiment mieux », et ils sont alors ouverts à cette conversation. Cela peut prendre un, deux ou trois rendez-vous, mais ne les jugez pas, ne les jugez pas. Les patients vont-ils y arriver ? Il nous suffit d'être là pour les soutenir et leur donner les bonnes informations.</p> <p>C'est très bien dit, oui, je pense que c'est très vrai. Je pense que l'autre chose est que beaucoup de ces thérapies sont assez nouvelles, et ce que j'ai trouvé, c'est que, pour certains patients, ils deviennent stressés à propos de nouveaux traitements parce qu'ils ne veulent pas avoir l'impression d'être un cobaye ou de faire l'objet d'une expérimentation. Je pense donc qu'il est vraiment important de comprendre le dossier d'innocuité établi et d'être en mesure de l'examiner, de bien connaître ces données et d'être en mesure de fournir une évaluation rassurante des données, car si vous ne le faites pas, peu importe à quel point nous pensons que le médicament est propre, le patient ne va pas nécessairement le</p>
--	--	--

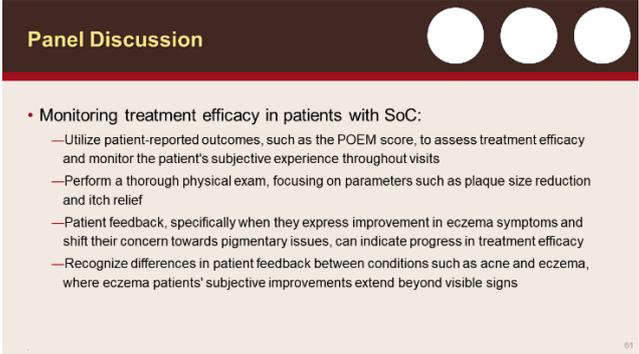
## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>voir de cette façon, et il pourrait être réticent à commencer le traitement.</p> <p>Et quand nous disons qu'il y a des données provenant de patients qui vous ressemblent, vous savez, de votre milieu d'ascendance, en examinant spécifiquement l'innocuité, l'efficacité ; ces informations particulières vont très loin.</p> <p>Les patients de couleur, en particulier les patients noirs, ont un historique assez difficile en ce qui concerne les essais cliniques et l'expérimentation. Ainsi, lorsque vous mentionnez un médicament qui ne sera peut-être pas approuvé par la FDA avant 2017, certaines personnes sont très stressées. C'est donc une excellente chose que des sociétés pharmaceutiques comme le dupilumab et même les nouveaux médicaments comme le lebrikizumab, qui n'est même pas encore sur le marché, s'efforcent de fournir des informations sur la façon dont ces traitements agissent sur les patients de couleur, car le fait de disposer de cet ensemble de données et d'informations à fournir à vos patients peut vraiment les aider à se sentir plus à l'aise pour aller de l'avant avec ce nouveau médicament.</p>
59.	<div data-bbox="264 1193 906 1554"> <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shared decision-making and culturally competent care in AD (cont) <ul style="list-style-type: none"> <li>—Simplified dosing schedules (eg, injections every few weeks) may potentially enhance adherence, considering patients' preferences and busy lifestyles</li> <li>—Discuss potential treatment-related adverse events candidly, providing reassurance based on personal experience while acknowledging patients' concerns</li> </ul> </li> </ul> </div>	<p>Et je pense qu'il y a aussi des considérations pratiques parce que la plupart des patients n'aiment pas l'idée de faire une injection, et c'est compréhensible. D'autre part, du point de vue de leur adhésion au traitement, il est parfois beaucoup plus facile de faire une injection toutes les deux semaines ou toutes les quatre semaines que de se rappeler de prendre un médicament une fois par jour. Et si vous êtes occupé avec le travail ou à la maison et que vous avez d'autres problèmes et facteurs psychosociaux qui ont un impact sur vos soins, faire une injection toutes les quelques semaines simplifie beaucoup les choses pour les patients, et c'est donc parfois une option pragmatique qui est plus appropriée pour eux.</p> <p>Je pense que l'autre chose qui est vraiment importante pour cette population de patients, c'est de passer en revue les événements indésirables ou les événements indésirables potentiels de manière simple. Répondre à toutes les questions, donner des pourcentages lorsque nous en avons, mais ils sont vraiment</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

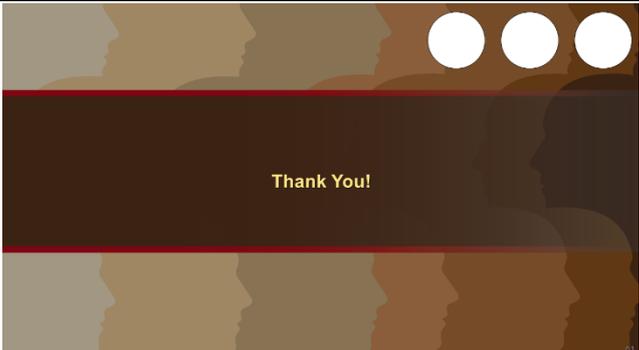
Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :  
Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>effrayants. Il faut le dire en termes clairs et simples. Je veux dire, ils sont effrayants pour les patients et pour nous. Mais si vous passez en revue les données et que vous vous montrez rassurant, faites-leur savoir que c'est une possibilité. Je leur dis ce que, d'après mon expérience, j'ai vu ou je n'ai pas vu. Je pense que cela contribue grandement.</p>
60.	 <p><b>Panel Discussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring treatment efficacy in patients with SoC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Utilize patient-reported outcomes, such as the POEM score, to assess treatment efficacy and monitor the patient's subjective experience throughout visits</li> <li>— Perform a thorough physical exam, focusing on parameters such as plaque size reduction and itch relief</li> <li>— Patient feedback, specifically when they express improvement in eczema symptoms and shift their concern towards pigmentary issues, can indicate progress in treatment efficacy</li> <li>— Recognize differences in patient feedback between conditions such as acne and eczema, where eczema patients' subjective improvements extend beyond visible signs</li> </ul> </li> </ul>	<p>Cela touche un peu à la dernière discussion que nous avons eue. Et une fois que nous avons pris cette décision partagée et que les patients suivent le traitement. Quelles sont les éléments que vous cherchez, en particulier pour le suivi de l'efficacité du traitement, et en prenant vraiment en compte ces présentations uniques de peaux de couleur ?</p> <p>Je l'ai mentionné plus tôt, mais j'aime vraiment les résultats rapportés par les patients. Je donne donc en fait ce score POEM (Patient Oriented Eczema Measure/Mesure de l'eczéma axée sur le patient) à plusieurs reprises ; au départ et tout au long de la visite. Je vois donc que lors de la deuxième, la troisième et la quatrième visite, le même résultat rapporté par le patient peut être obtenu avec le score POEM. C'est un moyen facile, avant même de me rendre dans la pièce, de savoir comment ils se comportent par rapport à cette maladie. Mais vous surveillez également la dermatite atopique elle-même. Par exemple, la taille des plaques diminue-t-elle ? Ont-ils moins de démangeaisons ? Quel en est l'impact sur leur qualité de vie ? En posant ces questions aux patients et en procédant à un examen physique très approfondi, vous pouvez vous faire une idée plus précise de l'évolution de la situation. Et parfois la façon la plus simple de savoir si les choses fonctionnent, c'est lorsqu'un patient dit : « Mon eczéma s'est amélioré, aidez-moi avec la noirceur ». C'est toujours un bon signe. Cela signifie que l'eczéma est presque relégué au second plan. Ils se concentrent maintenant sur la pigmentation, ce qui me permet de savoir que nous avons rendu de grands services à ce patient et que nous essayons maintenant de traiter l'anomalie pigmentaire, ce qui n'est pas facile, mais au moins nous savons que nous sommes passés à une autre phase du traitement.</p>

## Diagnostic et Prise en Charge de la Dermatite Atopique chez les Personnes de Couleur

Compréhension des Disparités dans le Diagnostic et la Prise en Charge de la Dermatite Atopique :

Impact sur les Personnes de Couleur

		<p>Oui, 100 %. Lorsque je revois mes patients atteints d'acné, ils me disent : « Je ne vais pas mieux ». Vous regardez et il n'y [a] pas de papules, ou comédons. En revanche, les patients atteints d'eczéma vous diront : « Oh, je vais mieux » parce que leurs démangeaisons vont mieux, ils dorment, ils disent qu'ils ne sont pas aussi gênés. C'est donc un peu comme des pommes et des poires entre ces deux troubles. Excellents points et merci pour cette merveilleuse discussion.</p>
61.		<p>J'aimerais à nouveau remercier mes collègues pour leurs présentations et leurs discussions exceptionnelles. Et j'aimerais remercier également le public pour sa participation.</p>