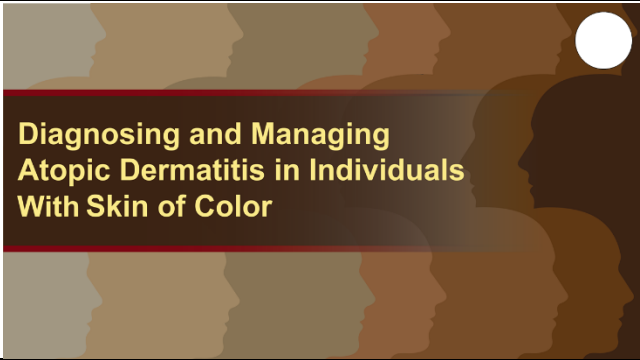
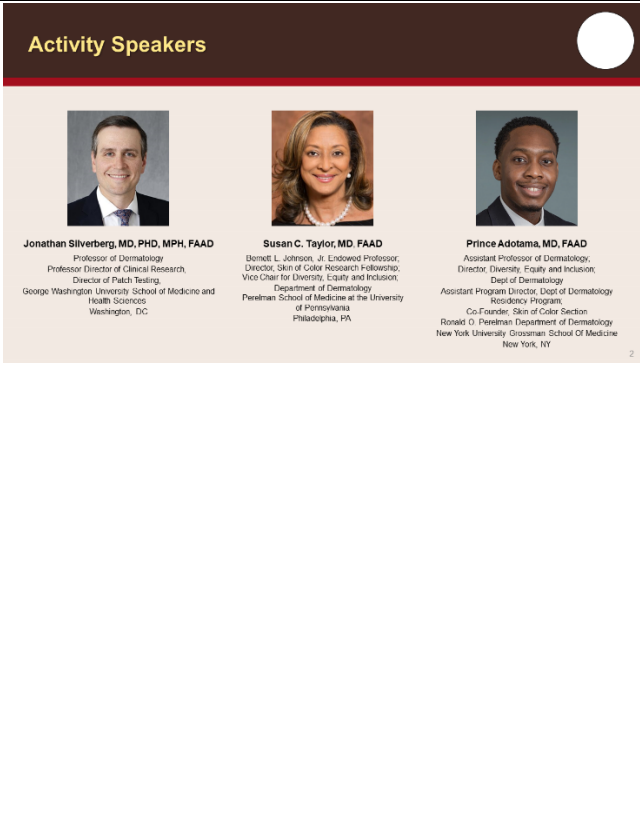



Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

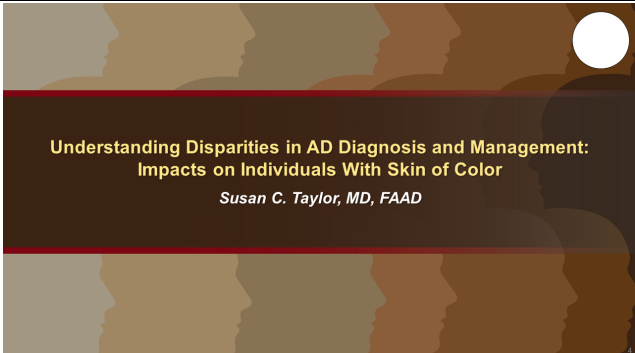

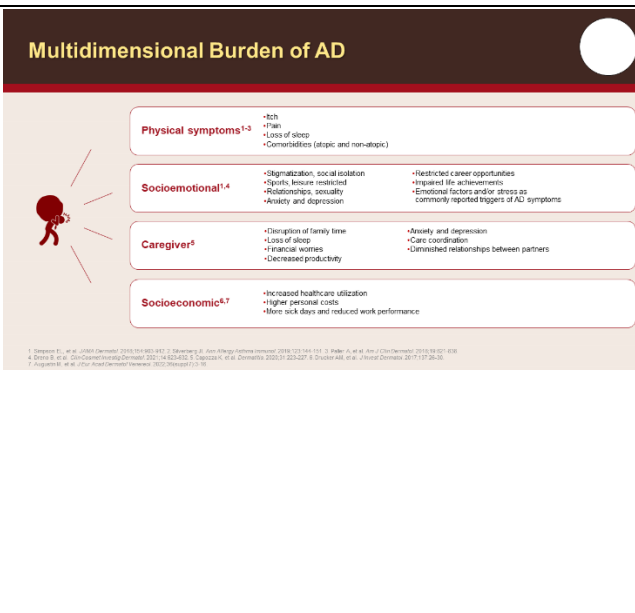
Auswirkungen auf People of Color (PoC)

1.		<p>Willkommen bei Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC).</p>
2.		<p>Dr. Jonathan Silverberg. Ich bin Professor für Dermatologie und Direktor für klinische Forschung an der George Washington University School of Medicine and Health Sciences, und ich freue mich, dass ich heute von Dr. Susan Taylor, der Burnett Johnson Jr Stiftungsprofessorin, Direktorin der Skin of Color Research Fellowship, stellvertretende Vorsitzende für Vielfalt, Gleichberechtigung und Integration in der Abteilung für Dermatologie an der Perelman School of Medicine an der University of Pennsylvania in Philadelphia; und von Dr. Prince Adotama, Assistenzprofessor für Dermatologie, Direktor für Vielfalt, Gleichberechtigung und Integration in der Abteilung für Dermatologie und stellvertretender Programmdirektor des Department of Dermatology Residency Program und Mitbegründer der Skin of Color Section am Ronald O. Perelman Department of Dermatology, New York University Grossman School of Medicine in New York begleitet zu werden.</p>
3.		<p>Die Agenda der heutigen Präsentation sieht vor, dass wir uns zuerst mit dem Verständnis von Ungleichheiten bei der Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis und den Auswirkungen auf PoC Personen befassen werden. Dies wird von Professor Taylor angesprochen. Dann wird es eine klinische Fallherausforderung geben, die sich mit der Beurteilung und Diagnose der atopischen Dermatitis bei farbiger Haut befasst und von Dr. Taylor geleitet wird; und dann wird Dr. Adotama die Behandlung von mittelschwerer bis schweren atopischen Dermatitis bei farbiger Haut besprechen. Wir stellen außerdem eine klinische Fallherausforderung zur Behandlung und fortlaufenden Beurteilung der atopischen Dermatitis bei farbiger Haut dar.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

<p>4.</p>		<p>Und damit übergebe ich das Wort für den ersten Vortrag gerne an Professor Taylor. Vielen Dank, Dr. Silverberg. Und es ist mir eine große Freude, über die Ungleichheiten bei der Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis zu sprechen, insbesondere in Bezug auf PoC Personen.</p>
<p>5.</p>		<p>Wir alle wissen, dass atopische Dermatitis eine chronische, rezidivierende entzündliche Hauterkrankung ist. Obwohl sie auch Erwachsene betrifft, tritt sie viel häufiger bei Kindern auf. Die Prävalenz liegt zwischen 15 % und 30 % bei Kindern und 2 % bis 10 % bei Erwachsenen weltweit. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei tatsächlich um eine globale Störung handelt. Die Pathogenese der atopischen Dermatitis ist ziemlich komplex und beinhaltet ein Zusammenspiel von genetischen, immunologischen und Umweltfaktoren. Und all diese führen zu einer dysfunktionalen Hautbarriere sowie zu einer Immundysregulation. Es gibt mehrere Komorbiditäten, die mit atopischer Dermatitis verbunden sind. Wir sind alle sehr vertraut mit allergischen Erkrankungen, wie Asthma und Heuschnupfen, die mit atopischer Dermatitis zusammenhängen, aber auch mit Infektionen, Autoimmunerkrankungen, psychischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck.</p>
<p>6.</p>		<p>Somit ist die Belastung der atopischen Dermatitis ziemlich multidimensional. Es gibt Symptome, körperliche Symptome wie Juckreiz, Schmerzen, Schlafverlust und natürlich die oben genannten Komorbiditäten. Es ist schon bekannt, dass sozioemotionale Belastungen mit atopischer Dermatitis verbunden sind. Viele Patienten unter Angst und Depression leiden, weil diese Störung die Lebensqualität tiefgreifend beeinflusst. Die Patienten können ihre Freizeitaktivitäten sowie die Teilnahme an Sportveranstaltungen einschränken. Sie können ihre Fähigkeit, nach draußen zu gehen einschränken, zum Beispiel bei sehr heißem Wetter. Ihre Beziehungen sind tiefgreifend betroffen; dies können intime Beziehungen sein, es können Beziehungen zu ihren Kindern</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>sein, wenn sie Betreuer sind. Atopische Dermatitis die Karrierechancen einschränken und somit die Lebenserfolge beeinträchtigen kann. Und wenn wir über unsere Betreuer nachdenken, gibt es eine Menge Angst und Depression in ihnen. Oftmals ist es notwendig, die Pflege zu koordinieren. Auch sie verpassen, Genau wie ihr Kind, sie haben Schlafstörungen, versäumen die Arbeit und können erhebliche finanzielle Belastungen erleiden. Und die gesamte Familienstruktur und die Zeit, die mit der Familie verbracht wird, können gestört werden. Natürlich gibt es sozioökonomische Aspekte. Das Gesundheitssystem wird von Patienten mit atopischer Dermatitis verstärkt genutzt. Es entstehen höhere persönliche Kosten, die sich in höheren Zuzahlungen bei Arztbesuchen oder Behandlungen äußern. Und natürlich, im Fall unserer Erwachsenen, verpassen sie mehr Arbeit, nehmen mehr Krankheitstage. Und ihre Arbeitsleistung ist verringert. Damit gibt es tiefgreifende Belastungen für unsere Patienten mit atopischer Dermatitis in verschiedenen Dimensionen.</p>
7.	 <p>Higher Prevalence of AD in SoC Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> AD prevalence varies globally, with higher rates in Africa and Oceania compared to India and Europe.¹ Higher prevalence of AD among Black children living in urban areas in the US and UK.²⁻⁷ Black individuals have a 3x higher likelihood, and Asian/Pacific Islander individuals have a 7x higher likelihood, of AD diagnosis compared to White individuals.⁸ <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.⁹</p> <p><small>1. Anagnostou, S.C. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 2. T. et al. <i>Arch Dermatol</i> 2014;150:1033-1038. 3. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 4. S. et al. <i>Clin Exp Allergy</i> 2014;44:1033-1038. 5. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 6. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 7. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 8. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038. 9. S. et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i> 2011;127:1033-1038.</small></p>	<p>Wir wissen, dass die Prävalenz der atopischen Dermatitis weltweit variiert. Sowohl in Afrika als auch in Ozeanien gibt es höhere Raten, und das ist im Vergleich zu Europa und Indien. Wir wissen, dass es hier in den Vereinigten Staaten eine höhere Prävalenz der atopischen Dermatitis bei dunkelhäutigen Kindern gibt, die in städtischen Gebieten leben, und dieser Trend tritt auch im Vereinigten Königreich auf. Dunkelhäutige Personen haben eine 3-mal höhere Wahrscheinlichkeit, und Asiaten und Pazifikinsulaner haben eine 7-mal höhere Wahrscheinlichkeit einer atopischen Dermatitis-Diagnose als weiße Personen. Selbst unter Berücksichtigung von Faktoren wie Einkommen, Bildung, Umwelt, Krankenversicherung besteht bei Menschen mit farbiger Haut immer noch ein höheres Risiko, an atopischer Dermatitis zu erkranken als bei Weißen. Das ist also eine ganz besondere und sehr wichtige Bevölkerungsgruppe.</p>


Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:
Auswirkungen auf People of Color (PoC)

8.

Delayed Diagnosis of AD in SoC Populations

- Healthcare disparities of delayed diagnosis and advanced disease at diagnosis in AD are related to:¹
 - Lack of access to care and healthcare utilization¹
 - Lack of trust in the healthcare system and providers¹
 - Historically biased care delivery¹
 - Inadequate training of primary care physicians, as Black children have a 3x higher likelihood of receiving an AD diagnosis during a dermatologist visit²
 - Inability to identify erythema on more darkly pigmented skin³
 - Misdiagnosis of AD in Asian/Pacific Islander patients, which may be mistaken for psoriasis due to clearer demarcation and more pronounced scaling and lichenification⁴
 - Frequent occurrence of atypical presentations in Hispanic patients⁵
- The groups that tend to be most affected by these disparities are ethnic minorities and people of lower socioeconomic status¹



Erythema in darker skin types can be challenging to detect, as it often presents as a violaceous hue, ashen gray, or darker brown color.

Image: reproduser for educational purposes only. From Gargava AE, J Clin Invest Dermatol. 2021;14(2):suppl 1:152D-152D. 1. Gargava AE, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 2. Fung MC, et al. JAMA Dermatol. 2017;153(10):1100-1101. 3. Saito M, et al. J Clin Invest Dermatol. 2021;14(2):suppl 1:152D-152D. 4. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 5. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 6. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 7. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 8. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 9. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 10. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120.

Nun gibt es leider erhebliche Verzögerungen bei der Diagnose der atopischen Dermatitis bei unseren Bevölkerungsgruppen mit farbiger Haut. Dies kann auf eine Vielzahl von Problemen zurückzuführen sein. Die unverhältnismäßige Anzahl von atopischen Dermatitis-Fällen bei unseren Bevölkerungsgruppen mit farbiger Haut kann auf eine anfänglich verminderte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zurückzuführen sein, was zum Zeitpunkt der Präsentation zu einer fortgeschritteneren Erkrankung führen könnte. Wir wissen, dass bei dunkelhäutigen Kinder die Wahrscheinlichkeit, bei dermatologischen Untersuchung eine atopische Dermatitis-Diagnose zu erhalten, dreimal höher ist, was bedeutet, dass der Hausarzt in dieser Bevölkerungsgruppe möglicherweise die Diagnose einer atopischen Dermatitis übersieht. Warum könnte das sein? Einer der Hauptgründe ist, dass das Erythem, das eigentlich das Kennzeichen der atopischen Dermatitis in Bevölkerungsgruppen von Personen mit hellerer Haut ist, bei Personen mit dunkleren Hauttypen oft nicht gesehen, geschätzt oder bemerkt wird. Und dies kann zu einer verzögerten Diagnose und leider auch zu Fehldiagnosen führen. Bei unseren asiatischen und pazifischen Patienten kann die atopische Dermatitis mit Psoriasis verwechselt werden, da es in dieser Bevölkerungsgruppe Unterschiede in der Morphologie und im Erscheinungsbild geben kann, insbesondere bei gut abgegrenzten Plaques sowie ausgeprägter Schuppung und Lichenifikation. Bei unserer hispanischen Bevölkerung kann es zu atypischeren Erscheinungsbildern und Manifestationen kommen, was wiederum zu einer verzögerten oder Fehldiagnose führen kann.

9.

Genetics of AD in SoC Populations

- Initial genetics studies in AD focused on European ancestry, but recent studies have expanded to diverse ethnic groups¹
- 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 unclear¹
 - lower occurrence in AA patients compared to EA patients²
 - When present, FLG mutations affect AA patients similarly to EA patients²
- 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^{3,4}

Minor allele frequency for prevalent FLG null mutations in a US cohort with AD			
Allele type	R501X	2282del4	R2447X
Full Cohort	7.5	3.7	0.01
EA: MAF%	7.7	6.8	1.4
AA: MAF%	3.1	0.3	0.7



1. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 2. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 3. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120. 4. Gao J, et al. J Invest Dermatol. 2018;128(10):2119-2120.

Wenn wir nun über die Genetik der atopischen Dermatitis nachdenken, wurde ein Großteil der Arbeit an europäischen Personen durchgeführt, und zwar an Individuen europäischer Abstammung. Glücklicherweise haben wir uns jedoch in jüngster Zeit mit der Genetik von Bevölkerungsgruppen mit farbiger Haut befasst. Jetzt wissen wir, dass Filaggrin-Mutationen mit Funktionsverlust bei etwa 50 % der europäischen Patienten und 27 % der asiatischen Patienten festgestellt wurden. Dieser Zusammenhang mit atopischer

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Deratitis bei Menschen afrikanischer Vorfahren ist jedoch unklar, und wir wissen, dass Menschen afrikanischer Abstammung in der Regel keine Filaggrin-Mutation mit Funktionsverlust aufweisen, sondern eher eine Mutation in Filaggrin 2. Es gibt also Unterschiede in den Genmutationen zwischen unseren Bevölkerungsgruppen mit farbiger Haut und unserer weißen Bevölkerungsgruppe, was eine sehr wichtige Information ist.</p>
<p>10.</p>	<div data-bbox="264 562 911 927"> <h3>Higher Burden of AD in Individuals With SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Patients with SoC experience greater disease severity in comparison to White patients¹⁻⁴ <ul style="list-style-type: none"> — Black children are 6+ more likely to develop severe AD than White children¹ — Patients with SoC present with more treatment-resistant AD than White patients² • Patients with SoC experience greater AD-related healthcare utilization and financial burden compared to White patients: <ul style="list-style-type: none"> — Black patients exhibit higher rates of office visits, prescriptions, and dermatologist consultations for AD compared to White patients⁵ — Black race is associated with increased OOP costs for AD⁶ <p><small>OOP: out-of-pocket 1. Ben-Ganay RA, Park EJ. <i>Br J Dermatol</i>. 2022;187:325-332. 2. Cheng J, Szeisek EL. <i>Ann Allergy Asthma Immunol</i>. 2019;122:365-369. 3. Szeisek EL, Szeisek EL. <i>Dermatol</i>. 2014;202:1114-1116. 4. Costello EJ, et al. <i>J Allergy Clin Immunol</i>. 2012;130:1104-1111. 5. Szeisek EL, Szeisek EL, et al. <i>Ann Allergy Asthma Immunol</i>. 2019;122:365-369. 6. Bunker AK, et al. <i>J Am Acad Dermatol</i>. 2017;77:1005-1007. 7. Chhabra S, et al. <i>Arch Dermatol</i>. 2022;158:739-747.</small></p>  </div>	<p>Wir wissen auch, dass die Krankheitslast bei Menschen mit farbiger Haut höher ist. Dunkelhäutige Kinder haben beispielsweise ein sechsmal höheres Risiko, an schwerer atopischer Dermatitis zu erkranken als weiße Kinder. Patienten mit farbiger Haut weisen eine behandlungsresistentere atopische Dermatitis auf als weiße Patienten. Patienten mit farbiger Haut haben im Vergleich zu weißen Patienten eine höhere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit atopischer Dermatitis sowie eine größere finanzielle Belastung. Die Zahl der Arztbesuche, Verschreibungen und dermatologischen Konsultationen wegen atopischer Dermatitis ist also bei unseren Patienten mit farbiger Haut höher als bei unseren weißen Patienten. Und die dunkelhäutige Bevölkerungsgruppe wird mit höheren Kosten für atopische Dermatitis in Verbindung gebracht, was für viele Familien eine große Belastung darstellen kann.</p>
<p>11.</p>	<div data-bbox="264 1312 911 1677"> <h3>Disparities in AD Diagnosis and Treatment in Individuals With SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Despite experiencing a greater prevalence of AD and a greater disease burden, individuals with SoC are: <ul style="list-style-type: none"> — More likely to experience delayed/missed diagnosis of AD — More likely to receive suboptimal treatment for AD, particularly with biologic therapy — Under-represented in clinical trials of AD treatments <p><small>Nanda S, et al. <i>Arch Dermatol</i>. 2023;159:1215-1223.</small></p>  </div>	<p>Wenn wir nun über die von mir angedeuteten Unterschiede in Diagnose und Behandlung nachdenken, können diese durchaus erheblich sein Trotz der höheren Prävalenz der atopischen Dermatitis und einer größeren Krankheitslast ist die Wahrscheinlichkeit einer verzögerten [Diagnose] und einer Fehldiagnose bei Menschen mit farbiger Haut größer, wie wir bereits sagten, da sich die Krankheit oft anders darstellt. Es ist wahrscheinlicher, dass sie eine suboptimale Behandlung gegen atopische Dermatitis erhalten, und Studien haben gezeigt, dass ihnen seltener eine biologische Therapie verschrieben wird, worüber wir alle nachdenken sollten. Und leider sind Patienten mit farbiger Haut in klinischen Studien zu atopischer Dermatitis häufig unterrepräsentiert. Und es ist für uns von entscheidender Bedeutung zu wissen, ob die Sicherheit und Wirksamkeit unserer</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>therapeutischen Maßnahmen für atopische Dermatitis auch für farbigen Bevölkerungsgruppen gilt.</p>
<p>12.</p>		<p>Wenn wir die rassistischen und ethnischen Ungleichheiten in den weltweiten klinischen Studien zur atopischen Dermatitis betrachten, stellen wir fest, dass mehr als die Hälfte dieser Studien in Europa und Nordamerika, mehr als ein Drittel in Asien und 15 % in Australien und Ozeanien durchgeführt werden. Aber wenn wir uns Bereiche ansehen, in denen Patienten mit farbiger Haut leben, insbesondere Afrika und Südamerika, treten nur 3 % der randomisierten kontrollierten klinischen Studien in diesen Teilen der Welt auf.</p>
<p>13.</p>		<p>So gibt es viele Faktoren, die zu Ungleichheiten in der atopischen Dermatitis-Forschung sowie in der Versorgung unserer farbigen Bevölkerungsgruppen beitragen. Erstens gibt es Schwierigkeiten mit dem Zugang zum Gesundheitswesen. Es gibt verschiedene Unterschiede in Bezug auf Zugang und Verfügbarkeit im Gesundheitswesen. Wir haben bereits angedeutet, dass es für viele unserer farbigen Bevölkerungsgruppen eine größere finanzielle Belastungen gibt: höhere Zuzahlungen, die erforderlich sind, Fehltage bei der Arbeit, was sich ebenfalls auf die Möglichkeiten unserer Patienten auswirkt, sich behandeln zu lassen. Wir wissen, dass es aufgrund von strukturellem Rassismus erhebliche Unterschiede und Ungleichheiten im Wohnungswesen in vielen unserer farbigen Bevölkerungsgruppen gibt, da es insbesondere in den Vereinigten Staaten eine lange Geschichte des <i>Redlinings</i> (gefährliche Viertel) gibt. Viele PoC Patienten leben in Gebieten mit erhöhter Schadstoffbelastung, z. B. in der Nähe von Autobahnen oder Fabriken. Es gibt interne Innenraumverschmutzungen, denen sie ausgesetzt sind, zum Beispiel minderwertige Wohnungen mit Schimmelbefall. Wir wissen, dass die Exposition gegenüber Tabakrauch bei diesen Patienten die atopische Diathese verschlimmern kann. Es kann Ungleichheiten in der Bildung, Unterschiede in der Gesundheitskompetenz geben, die zu den allgemeinen Ungleichheiten in Versorgung der atopischen Dermatitis für unsere PoC (People of Color) Patienten beitragen. Vergessen wir nicht die auftretenden sprachlichen und kulturellen</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:


Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Unterschiede. Die Unterrepräsentation in klinischen Studien stellt ein großes Problem dar, und es gibt viele Gründe, die dazu beitragen. Eine davon ist die mangelnde Vielfalt bei den Prüfern, die diese speziellen Studien leiten. Es gibt möglicherweise ein begrenztes Verständnis für die Behandlung der atopischen Dermatitis in der farbigen Bevölkerungsgruppe, ein fehlendes Bewusstsein für klinische Studien und Misstrauen gegenüber Forschern, das viele, viele Generationen zurückgeht. Wenn wir über Lücken in der klinischen Aus- und Weiterbildung nachdenken, wissen wir, dass es an einer Vielfalt von Bildern der atopischen Dermatitis in farbigen Bevölkerungsgruppen mangelt. So kann es sein, dass in der dermatologischen Ausbildung nicht genügend Gewicht auf die atopische Dermatitis gelegt wird, dass es an Lehrmitteln für die atopische Dermatitis bei unseren farbigen Bevölkerungsgruppen mangelt und dass das Bewusstsein für die besonderen Herausforderungen von PoC Patienten fehlt. Und schließlich unsere Ungleichheiten in der klinischen Praxis, der ungleiche Zugang zu spezialisierter Versorgung für unsere PoC Patienten. Kulturelle Sensibilität und kulturelle Bescheidenheit sind von entscheidender Bedeutung. Also, wenn unsere PoC Patienten zu Dermatologen gehen, kommen sie zu Ärzten, die sie mit kultureller Bescheidenheit behandeln können, und werden sie zu diesen Ärzten zurückkehren? Und natürlich fehlt es einen Mangel an Vielfalt unter den Ärzten. Wir wissen, dass nur etwa 3 % der Dermatologen schwarz und 4,2 % Hispanisch sind, was sich auf Ungleichheiten in der klinischen Praxis auswirken kann. Wir wissen auch, dass in der Medizin unterrepräsentierte Ärzte deutlich mehr PoC Patienten zu behandeln als andere Ärzte.</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 dark horizontal band across the middle containing the text.	<p>Ich möchte mir nun ein paar Minuten Zeit nehmen, um klinische Fallherausforderungen zu besprechen, die sich auf die Beurteilung und Diagnose der atopischen Dermatitis bei PoC Patienten beziehen.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:




Auswirkungen auf People of Color (PoC)

<p>15.</p>	<div data-bbox="264 203 903 566"> <h3>Patient Case: AD in a Black Infant</h3> <ul style="list-style-type: none"> 6-month-old Black infant presenting with eczema Previous history of mild eczema managed with OTC emollients; family history of atopy Physical examination: <ul style="list-style-type: none"> Eczematous lesions, lichenification, and xerosis on the cheeks, torso, and extensor surfaces Evidence of excoriation due to scratching Pruritus leading to sleep disturbances for both the patient and the parents <p>What clinical features and physical examination findings of this patient are suggestive of AD in SoC?</p>  <p><small>OTC: used with permission. Top image reproduced for educational purposes only from DermNet, New Zealand. Bottom image reproduced for educational purposes only from DermNetNewZealand.org.</small></p> </div>	<p>Beginnen wir also mit einem dunkelhäutigen Kind, welches 6 Monate alt ist. Dieser Säugling hatte in der Vergangenheit ein leichtes Ekzem, das mit frei verkäuflichen Emollienzen recht gut behandelt wurde. Es gibt in der Tat eine Familienanamnese für Atopie. Bei der körperlichen Untersuchung zeigen sich ekzematöse Läsionen, Lichenifikation, diffuse Xerose, die nicht nur auf den Wangen, sondern auch am Rumpf und an den Streckseiten des Körpers auftritt. Und es gibt Anzeichen von Exkoriation durch Kratzen. Also, die Frage, die ich Ihnen stellen möchte, und die Sie im Hinterkopf behalten sollten, lautet also: Welche klinischen Merkmale und körperlichen Untersuchungsergebnisse dieses Patienten deuten auf eine atopische Dermatitis bei farbiger Haut hin?</p>						
<p>16.</p>	<div data-bbox="264 853 903 1216"> <h3>AAD 2014 Guidelines: Diagnostic Criteria</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Essential Features</th> <th>Important Features</th> <th>Associated Features</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns¹ Chronic or relapsing history </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichtthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions </td> </tr> </tbody> </table> <p>Although diagnostic criteria for AD are standard, the diagnosis of AD in patients with SoC requires knowledge of the common differences between the appearance of AD in lighter and darker skin.</p> <p><small>Patterns include: 1) PoC, incl. and excluder involvement in infants and children; 2) Current or prior neurodermatitis in any age group; 3) Sparring of groin and axillary regions; 4) Neurodermatitis; 5) Excoriation; 6) J. Am Acad Dermatol 2014;70:338-351; Garcia DM, et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2022;11:1278-1282.</small></p> </div>	Essential Features	Important Features	Associated Features	<ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns¹ Chronic or relapsing history 	<ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis 	<ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichtthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions 	<p>Wenn wir nun also an die etablierten Diagnosekriterien aus den Richtlinien von 2014 denken und uns diese ansehen, gehören zu den wesentlichen Merkmalen der Diagnose Pruritus, und unser Kind hatte Pruritus, und verschiedene Formen von Ekzemen: akut, subakut oder chronisch. Es gibt eine typische Morphologie und altersspezifische Muster. Und diese Morphologie kann sich bei unseren PoC Patienten unterscheiden, worauf wir in den folgenden Folien eingehen wollen. Wir wissen, dass das Ekzem eine chronische oder schubförmige Erkrankung ist, und das wir erfahren wir auch von unseren Patienten. Wichtige Merkmale sind eine persönliche oder familiäre Atopieanamnese [und] ein frühes Erkrankungsalter; wir wissen, dass die meisten Patienten mit atopischer Dermatitis Kinder sind. Bei den meisten unserer AD-Patienten besteht eine IgE-Reaktivität und ziemlich weit verbreitete Xerose. Zu den assoziierten Merkmalen können atypische vasculäre Reaktionen gehören. Diese können von Gesichtsblassheit bis hin zu Dermographismus reichen. Häufig sehen wir Keratosis pilaris, Pityriasis alba, hyperlineare Handflächen oder Ichthyose. Es kann zu okulären oder periorbitalen Veränderungen und natürlich zu perifollikulären Akzentuierungen kommen, insbesondere bei unseren PoC Patienten, zu Lichenifikation bei PoC Patienten - Dunkelhäutigen und Asiaten - und zu Prurigo-Läsionen. Obwohl die Diagnosekriterien</p>
Essential Features	Important Features	Associated Features						
<ul style="list-style-type: none"> Pruritus Eczema <ul style="list-style-type: none"> Acute, subacute, or chronic Typical morphology and age-specific patterns¹ Chronic or relapsing history 	<ul style="list-style-type: none"> Atopy <ul style="list-style-type: none"> Personal or family history Early age at onset IgE reactivity Xerosis 	<ul style="list-style-type: none"> Atypical vascular responses <ul style="list-style-type: none"> Facial pallor Dermographism Keratosis pilaris, pityriasis alba, hyperlinear palms, or ichtthyosis Ocular or periorbital changes Perifollicular accentuation, lichenification, or prurigo lesions 						

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

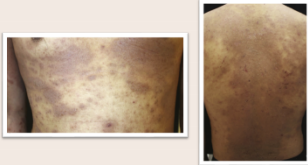


Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>für atopische Dermatitis standardisiert sind, erfordert die Diagnose von AD bei Patienten mit farbiger Haut Kenntnisse über die allgemeinen Unterschiede zwischen dem Erscheinungsbild einer atopischen Dermatitis bei heller und dunkler Haut. Und dieses Wissen wird dazu beitragen, die Lücke der Fehldiagnosen und verzögerten Diagnosen zu schließen.</p>
<p>17.</p>	<div data-bbox="264 488 906 869"> <h3>AD Presentation in SoC</h3> <ul style="list-style-type: none"> Black patients with AD can present with difficult-to-appreciate erythema, and physicians can minimize disease severity Erythema often presents as a violaceous hue, an ashen gray, or darker brown color Presence of edema, skin warmth, or scale may help perceive underlying erythema Ask the patient or caregiver if the skin is red  <p><small>Left image reproduced for educational purposes only from Dermatol New Zealand. Right image reproduced for educational purposes only, courtesy of Anthony J. Mancini, MD. Kulkarni SP, et al. Exp Dermatol 2016;27:146-52. Sivapalan P, et al. Am J Clin Dermatol 2016;17:499-505. Jahn AG, et al. J Am Acad Dermatol 2016;55:513-514. Sankar CV, et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2013;1(1):119-120. Sangra M, et al. J Clin Invest Dermatol 2012;1(4):102-103. Kim-Cook J, et al. J Clin Invest Dermatol 2012;1(4):102-103. Gammeter H, et al. J Clin Invest Dermatol 2012;1(4):102-103.</small></p> </div>	<p>So können dunkelhäutige Patienten mit atopischer Dermatitis keine offensichtlichen Erytheme aufweisen, oder das Erythem kann sehr schwer zu erkennen sein. Wenn es vorhanden ist, ist es nicht unbedingt rot, sondern kann auch violett sein. Es kann eine aschgraue oder dunkelbraune Farbe haben. Häufig sind Ödeme vorhanden. Die Haut kann sich warm anfühlen und die Schuppenbildung kann helfen, das zugrunde liegende Erytheme zu erkennen.</p>
<p>18.</p>	<div data-bbox="264 882 906 1240"> <h3>AD Presentation in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> Black patients are more likely to present with: <ul style="list-style-type: none"> Diffuse xerosis Extensor involvement Hyper- and/or hypopigmentation Perifollicular accentuation and papules on extensors and trunk  <p><small>Top image reproduced for educational purposes only, courtesy of Anthony J. Mancini, MD. Bottom left image reproduced for educational purposes only from Dermatol New Zealand. Bottom center and right images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association. Kulkarni SP, et al. Exp Dermatol 2016;27:146-52. Jahn AG, et al. J Am Acad Dermatol 2016;55:513-514. Sivapalan P, et al. Am J Clin Dermatol 2016;17:499-505. Gammeter H, et al. J Clin Invest Dermatol 2012;1(4):102-103.</small></p> </div>	<p>Bei dunkelhäutigen Patienten ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass sie eine diffuse Xerose aufweisen. Wir denken, dass die atopische Dermatitis an den Beugeseiten auftritt, aber bei PoC Patienten müssen wir die Streckseiten untersuchen, weil die Haut oft dort betroffen ist. Dyspigmentierung ist eine häufige Begleiterscheinung der atopischen Dermatitis, und die Dyspigmentierung kann entweder Hyper- oder Hypopigmentierung sein. Wie ich bereits sagte, kommt es häufig zu einer perifollikulären Akzentuierung; oft sehen wir [die] papulöse Variante des Ekzems, und diese kann sowohl an den Extensoren als auch am Rumpf auftreten.</p>
<p>19.</p>	<div data-bbox="264 1458 906 1800"> <h3>AD Presentation in SoC (cont)</h3> <ul style="list-style-type: none"> Lichen planus-like presentation observed exclusively in dark-skinned individuals <ul style="list-style-type: none"> Affects extensor surfaces Rapidly responds to treatment  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Dermatol New Zealand. Kulkarni SP, et al. Exp Dermatol 2016;27:146-52. Jahn AG, et al. J Am Acad Dermatol 2016;55:513-514. Sivapalan P, et al. Am J Clin Dermatol 2016;17:499-505. Gammeter H, et al. J Clin Invest Dermatol 2012;1(4):102-103.</small></p> </div>	<p>Vergessen Sie nicht, dass die atopische Dermatitis auch in einer lichenplanus-ähnlichen Form auftreten kann. Dies scheint fast ausschließlich bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe aufzutreten. Die lichenplanus-ähnliche Erscheinungsform kann die Streckseiten des Körpers betreffen und sie spricht oft recht schnell auf die Behandlung an.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

<p>20.</p>	<p>Patient Case: AD in an Asian Teenager</p> <ul style="list-style-type: none"> 18-year-old Asian male patient presenting with erythematous lesions Prior history of allergic rhinitis and asthma Physical examination: <ul style="list-style-type: none"> Lesions with well-defined borders, predominantly on the face, neck, trunk, and extensor surfaces Pronounced scaling and lichenification Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient)  <p><small>Images reproduced for educational purposes only from Hsiao S, et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;126:1264.</small></p>	<p>Als nächstes wollen wir über einen 18-jährigen asiatischen Patienten sprechen, der erythematöse Läsionen aufweist. Es gibt eine Vorgeschichte von allergischer Rhinitis sowie Asthma. Und hier können Sie sehen, dass diese Läsionen gut definiert sind; sie haben klar definierte Ränder. Sie treten bei diesem Patienten vor allem im Gesicht, am Hals, am Rumpf, wie Sie hier sehen können, sowie an den Streckseiten auf. Bei unseren asiatischen Patienten kommt es häufig zu einer ausgeprägten Schuppung und Lichenifikation. Und natürlich ein intensiver Pruritus in diesem Fall, der zu Schlafstörungen führt. Und wir sehen oder hören dies häufig bei unseren Patienten mit atopischer Dermatitis.</p>
<p>21.</p>	<p>AD Presentation in SoC (cont)</p> <ul style="list-style-type: none"> Asian patients are more likely to present with: <ul style="list-style-type: none"> Clearer demarcation of lesions More pronounced scaling and lichenification More frequent extensor involvement Erythrodermic AD (adolescents and adults, particularly those with a longer disease course) Features associated with psoriasis, such as epidermal hyperplasia, elongated rete ridges, parakeratosis, and hypogranulosis  <p><small>Top images reproduced for educational purposes only, courtesy of Anthony J. Marchesi, MD. Bottom image reproduced for educational purposes only, from Donofrio, Steve, Drexler, Heather M, et al. J Allergy Clin Immunol. 2012;127:1462-1470. Stevens, R, et al. The J Clin Invest. 2012;122:4022-4029. Brumfield, Catherine, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016;122:449-455. Jansen, M, et al. J Allergy Clin Immunol. 2003;111:1016-1020.</small></p>	<p>Jetzt ist es wichtig zu beachten, dass viele unserer asiatischen Patienten eine klare Abgrenzung ihrer Läsionen aufweisen können. Es kann zu einer ausgeprägteren Schuppung und Lichenifikation kommen; die Streckseiten des Körpers sind häufiger betroffen. Häufig sehen wir eine erythrodermische atopische Dermatitis bei Jugendlichen und Erwachsenen, insbesondere bei Patienten, die einen längeren Krankheitsverlauf hatten. Und wir wollen die atopische Dermatitis bei unseren asiatischen Patienten nicht mit Psoriasis verwechseln, und es kann histologische Merkmale bei einer Biopsie geben, die mit Psoriasis vereinbar sind, einschließlich epidermaler Hyperplasie, verlängerte Rete-Kämme, Parakeratose und Hypogranulose.</p>
<p>22.</p>	<p>Patient Case: Possible AD in a Filipina Woman</p> <ul style="list-style-type: none"> 20-year-old Filipina woman presenting with papular eczema History of intermittent flares and remissions since early childhood Physical examination: <ul style="list-style-type: none"> Papular predominance, primarily on the face (perioral and periocular), neck, flexor surfaces, and hands Mild erythema and subtle scaling in some areas Excoriation and secondary infection due to scratching Intense pruritus leading to sleep disturbances (reported by patient) <p>What are the differential diagnoses of this patient's presentation?</p>  <p><small>Image reproduced for educational purposes only from Kauffman, R, et al. J Allergy Clin Immunol. 2015;127:1462-1470.</small></p>	<p>Hier haben wir einen Fall einer möglichen atopischen Dermatitis bei einer philippinischen Frau. Sie ist 20 Jahre alt, weist ein papulöses Ekzem auf; hat eine lange Vorgeschichte mit intermittierenden Schüben und Remissionen seit ihrer frühen Kindheit, und hier sehen wir eine papulöse Dominanz. Die Papeln können im Gesicht und im perioralen und periokularen Bereich, am Hals, an den Beugeseiten, die wir hier sehen, sowie den Händen auftreten. In einigen Bereichen kann es zu leichten Erythemen, subtiler Schuppung kommen. Auf jeden Fall können Exkoriationen und Sekundärinfektionen durch Kratzen verursacht werden. Ich möchte, dass Sie darüber nachdenken, welche Differentialdiagnosen bei diesem Patienten in Frage kommen? Und es</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

<p>23.</p>	 <p>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scabies <ul style="list-style-type: none"> — Erythematous papules; may present with subtle color variations on darker skin — Presence of burrows; dermatoscopy may aid visualization in darker skin — Pruritus that worsens at night • Seborrheic dermatitis <ul style="list-style-type: none"> — Individuals with darker skin may present with scaly, hypopigmented macules and patches in affected areas — Children with darker skin may exhibit erythema, flaking, and hypopigmentation in affected areas, rather than classic cradle cap appearance — Arcuate or petal-like patches may be seen <p>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>	<p>gibt mehrere Dinge, die sofort in den Sinn kommen.</p> <p>Nun, natürlich sollte man die Krätze nicht übersehen, die auch mit erythematösen Papeln auftreten kann. Bei dunklerer Haut kann sie mit subtilen Farbvariationen auftreten. Vergessen Sie nicht, dass wir bei Krätze oft Höhlen sehen. Vergessen Sie nicht, in die interdigitalen Netzzräume zu schauen. Und Dermatoskopie ist ein großartiges Werkzeug. Bei dunklerer Haut kann es bei der Visualisierung helfen. Und bei Krätze kann der Pruritus typischerweise nachts schlimmer sein. Bei dieser Differentialdiagnose könnte man auch an seborrhoische Dermatitis denken. Personen mit dunkler Haut weisen häufig hypopigmentierte Flecken und Makel auf der Stirn, im Bereich der Nasolabialfalte, der Augenbrauen, des Haaransatzes und oft im Gesicht auf, es können bogenförmige oder petaloidartige Flecken auftreten. Und Kinder mit dunklerer Haut können an den betroffenen Stellen über die Kopfhaut und das Gesicht hinaus Erytheme, Schuppenbildung, Hypopigmentierung und nicht die klassische Milchschorfbildung aufweisen.</p>
<p>24.</p>	 <p>Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact dermatitis <ul style="list-style-type: none"> — Localized rash or hyperpigmentation in areas of direct contact with an allergen — History of exposure to potential irritants or allergens, such as certain metals, chemicals, or plants — Specific triggers identified with patch testing • Ichthyosis vulgaris <ul style="list-style-type: none"> — AD is present in 50% of patients with ichthyosis vulgaris and is usually the dominant clinical problem for affected individuals — Usually less pruritic than AD — Usually present at birth or develops in childhood — Often (but not always) mild in presentation <p>Images: reproduced for educational purposes only from Eccomercentia/Color.org.</p>	<p>Vergessen Sie nicht, dass zu unserer Differentialdiagnose der atopischen Dermatitis auch die Kontaktdermatitis gehört. Hier sehen wir auf dem ersten Bild einen Patienten, der ein Metallarmband trägt. Es ist wichtig, die Anamnese auf das Aufdecken von Kontakten auszurichten. Erkundigen Sie sich zum Beispiel nach dem Kontakt mit potenziellen Reizstoffen oder Allergenen, Metallen, Chemikalien oder Pflanzen. Bei diesen Patienten könnten Sie einen Patch-Test in Betracht ziehen, um festzustellen, was der jeweilige Auslöser ist. Ichthyosis vulgaris kann eine atopische Dermatitis imitieren und vorliegen. Atopische Dermatitis tritt bei etwa 50 % der Patienten mit Ichthyosis vulgaris auf und ist in der Regel das vorherrschende klinische Problem der betroffenen Patienten. Sie ist in der Regel weniger pruritisches als atopische Dermatitis. Aus kosmetischer Sicht, sind diese Patienten sehr besorgt darüber. Ichthyosis vulgaris tritt oft schon bei der Geburt auf oder entwickelt sich in der Kindheit, und sie ist oft, aber nicht immer, mild ausgeprägt.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)


Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

25.

Differentiating AD from Common Differential Diagnoses in SoC (cont)

- Psoriasis
 - Lesion characteristics:
 - Psoriasis: well-demarcated, thick, and scaly plaques with a silvery-white appearance
 - AD: can also present with well-demarcated lesions, but they are typically erythematous, with weeping, crusting, or lichenification
 - Itching and pain:
 - Psoriasis: generally less itching and pain compared to AD
 - AD: intense itching is a hallmark feature, often causing significant discomfort
 - Nail involvement:
 - Psoriasis: nail changes such as pitting, onycholysis (nail separation), and thickening are frequently seen
 - AD: nail involvement is less common, and if present, it is usually due to secondary factors like scratching or infection





Images reprinted for educational purposes only from DermNet. New Zealand.

Psoriasis. Sie imitiert häufig die atopische Dermatitis, und wir wissen, dass man bei Psoriasis oft sehr gut abgegrenzte, dicke, schuppige Plaques mit einem silberweißen Aussehen hat. Aber denken Sie daran, dass atopische Dermatitis ebenfalls mit gut abgegrenzten Läsionen auftreten kann. Wir haben diesen Punkt bereits bei unseren asiatischen Patienten angesprochen. Aber bei der atopischen Dermatitis gibt es in der Regel mehr Erytheme oder einen violetten Farbton. Im Gegensatz zur Psoriasis kann es auch zu Nässen, Krustenbildungen oder Lichenifikation kommen. Was die Juckreiz- und Schmerzsymptome angeht, neigt die Psoriasis tendenziell im Vergleich zur atopischen Dermatitis zu weniger Juckreiz und Schmerzen. Von der atopischen Dermatitis wissen wir, dass intensiver Juckreiz ein charakteristisches Merkmal ist, das unsere Patienten nachts wach hält und zu ziemlich signifikanten und weithin sichtbaren Exkoriationen führt. Und der Pruritus kann ziemlich erhebliche Beschwerden verursachen. Die Nagelveränderungen bei der Psoriasis, die wir alle kennen, können von Lochfraß bis hin zu Onycholyse und Verdickung des Nagels reichen, wohingegen eine Nagelbeteiligung bei der atopischen Dermatitis seltener auftritt, und das kann ein Unterscheidungsmerkmal zwischen Psoriasis und atopischer Dermatitis sein.

26.

Evaluating AD Extent and Severity in SoC

- 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
- 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
- Incorporating patient-reported outcomes, such as the POEM score,³ can help capture the subjective experience and impact of AD on patients with SoC

Standardized images of AD symptoms for scoring in individuals with White or Black skin.

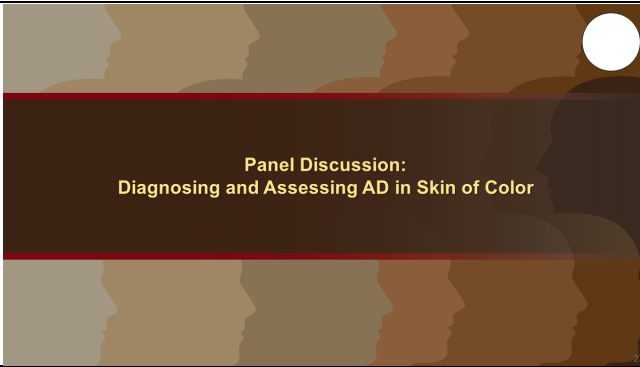
POEM questionnaire for use in pediatric and adult patients with AD.

Die Bewertung des Ausmaßes und des Schweregrads der atopischen Dermatitis bei farbiger Haut ist ein sehr wichtiges Thema und oft wird fälschlicherweise der Schweregrad der atopischen Dermatitis bei unseren PoC Patienten unterschätzt. Und das liegt oft daran, dass das von uns allen verwendete Bewertungssystem, der EASI-Score, die SCORAD-Skala, in hohem Maße von Erythemen abhängt, und Erytheme können bei PoC Patienten schwieriger zu erkennen sein oder unterschätzt werden. Daher wird das Gesamtausmaß und der Schweregrad der Erkrankung in diesen Populationen oft unterschätzt. Jetzt wurde die patientenorientierte SCORAD-Skala für dunkelhäutige Patienten mit atopischer Dermatitis angepasst. Und es hat sich gezeigt, dass sie eine starke Korrelation mit der traditionellen SCORAD-Skala ausweist, wenn sie

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

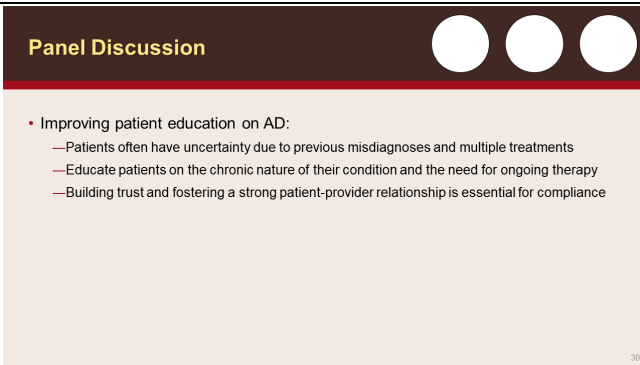
Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>auf diese Patienten angewendet wird. Sie ist also ein sehr wichtiges und nützliches Werkzeug. Die Einbeziehung der vom Patienten berichteten Ergebnisse, wie z. B. des POEM-Score, kann dazu beitragen, die subjektive Erfahrung und die Auswirkungen der atopischen Dermatitis bei PoC Patienten zu erfassen. Dies ist also von entscheidender Bedeutung, wenn Sie an klinischen Studien zur atopischen Dermatitis bei unseren PoC Patienten beteiligt sind, um sicherzustellen, dass Sie in der Lage sind, das Erythem, den Schweregrad ihrer Erkrankung zu erfassen, damit sie sich für die Aufnahme in diese speziellen klinischen Studien qualifizieren können.</p>
27.		<p>Und damit übergebe ich das Wort an Dr. Silverberg.</p>
28.	 <ul style="list-style-type: none"> • Common pitfalls in recognizing AD in SoC: <ul style="list-style-type: none"> —AD in patients with SoC is often dismissed based on hyperpigmentation —Patient/caregiver assessment is crucial to identify erythema, an indicator of active disease —Utilize tools such as microscope slides or blanching to visualize and differentiate erythema —Raised areas distinguish erythema from post-inflammatory hyperpigmentation 	<p>Vielen Dank, Dr. Taylor für diese herausragende Präsentation. Wissen Sie, es gibt viele, denke ich, praktische Fragen, die zu diesen wirklich wichtigen Themen auftauchen, und daher würde ich gerne von Ihnen beiden erfahren, was die häufigsten Fallstricke sind, denen sie in der klinischen Praxis begegnen. Sie sehen also eine Reihe von Herausforderungen, die in der Praxis am häufigsten auftreten, wenn es um die richtige Erkennung und Diagnose der atopischen Dermatitis bei PoC Patienten geht. Nun, wissen Sie, Dr. Silverberg, viele meiner Patienten, die zu mir kommen, erzählen mir, dass sie wirklich lange gelitten haben, oder ihr Kind lange gelitten hat, und dass unsere Kollegen sie sozusagen abgetan haben und gesagt haben: „Ich sehe nicht wirklich viel aktive Krankheit“, „ich sehe Hyperpigmentierung, was bedeutet, dass es alt ist.“ Und sie geben ihnen einfach eine topische Creme, die man verwenden kann. Aber wenn Sie den Patienten oder die Betreuungsperson fragen: „Sieht die Haut für Sie rot aus?“, dann wissen der Betreuer und dieser Patient, ob die Haut rot ist, und dann, ich würde gerne</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>glauben, dass mein Auge darauf trainiert ist, die Variation von Rot zu sehen, und es ist oft dieser violette Farbton, der ein bisschen anders ist. Sie können einen Objektträger verwenden. Sie können es mit den Fingern weiß werden lassen. Sie sehen dieses Erythem und sehen, wie weit verbreitet es ist. Und im Vergleich zur postinflammatorischen Hyperpigmentierung sind die Bereiche erhöht, nicht wahr? Sie können sie spüren. Und dann sage ich: „Nun, das ist eine ziemlich schwere, mittelschwere bis schwere Krankheit.“ Ich werde ein Gespräch über die systemische Therapie führen. Ausgezeichneter Punkt.</p>
29.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Improving patient education on AD:<ul style="list-style-type: none">—Patients often have uncertainty due to previous misdiagnoses and multiple treatments—Educate patients on the chronic nature of their condition and the need for ongoing therapy—Building trust and fostering a strong patient-provider relationship is essential for compliance	<p>Ich stimme zu. Ich glaube, die Patienten kennen ihre Diagnose oft nicht. Sie waren bei mehreren Ärzten und ich sehe sie und sage: „Oh, das sieht aus wie atopische Dermatitis oder Ekzeme“. Sie fragen sich: „Ist es das, was ich habe?“ Und sie sind sich ihrer Diagnose wirklich nicht sicher, haben mehrere Behandlungen hinter sich und sind sich sehr unsicher, und sie schauen im Internet nach und sagen: „Mein Ekzem sieht nicht so aus wie das, was ich online gesehen habe.“ Deshalb ist es wirklich wichtig, dass sich Ärzte in ihren vielbeschäftigten Dermatologie-Praxen die Zeit nehmen, sich mit ihren Patienten wirklich hinzusetzen und ihnen die Diagnose zu erklären, ihnen zu verdeutlichen, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelt, die nicht nach einer Woche Behandlung verschwinden wird. Wir müssen die Therapien beibehalten. Ich glaube, dass es auch für Patienten, die ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis haben, sehr wichtig ist, dass sie erkennen, dass es vielleicht einige Barrieren gibt, und sie werden Ihnen möglicherweise nicht unbedingt vertrauen. Das bedeutet also, dass Sie sich noch mehr Zeit nehmen müssen, um wirklich eine Beziehung zu Ihrem Patienten aufzubauen und zu pflegen, damit er Ihnen vertrauen kann und bereit ist, Ihrem Rat zu folgen. Ausgezeichnete Punkte. Ja. Ich meine, dass diese Probleme leider allzu oft auftauchen. Wissen Sie, ich hatte mehrere Patienten mit Phototyp 5-6, denen gesagt wurde, sie hätten psychogenen Juckreiz und müssten zum Psychiater, obwohl sie praktisch erythrodermisch waren. Und ich dachte schon an einen Krankenhausaufenthalt wegen</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>feuchter Wickel. So schlimm war ihre Lage. Das ist zwar ein Extremszenario, aber es sollte nie passieren. Und es ist etwas, das meiner Meinung nach wirklich mehr Beachtung finden muss. Und genau das ist der Zweck von Programmen wie diesem, nämlich den Blick dafür zu schulen, wie man die verschiedenen Erscheinungsbilder bei unterschiedlichen Patientengruppen erkennt.</p> <p>Und darf ich noch einen weiteren Punkt ansprechen? Wenn Sie als Dermatologe darüber nachdenken, sich aber nicht sicher sind, können Sie immer eine Biopsie durchführen, oder? Und das ist ein sehr wichtiges Werkzeug. Es ist in Ordnung, sich nicht sicher zu sein, aber es ist nicht in Ordnung, nicht darüber nachzudenken.</p>
30.	<div data-bbox="264 808 906 1167"> <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizing the assessment of severity in AD and SoC: <ul style="list-style-type: none"> —Consider QOL parameters such as pruritus intensity, sleep disturbance, and social implications —Incorporate patient-oriented assessment tools such as POEM and involve clinic staff to streamline the assessment process —Engage patients/caregivers in assessing the presence of erythema <p><small>QOL, quality of life</small></p> <p><small>31</small></p> </div>	<p>Richtig. Ich denke, das ist ein ausgezeichnete Punkt. Haben Sie irgendwelche Tipps oder Empfehlungen dazu, wie man die Beurteilung des Schweregrads der atopischen Dermatitis bei farbiger Haut optimieren können? Wissen Sie, Susan, Sie haben großartige Arbeit geleistet, viele der klinischen Überlegungen zu beschreiben. Aber, wissen Sie, für Leute, die nicht unbedingt an klinischen Studien teilnehmen, die nicht unbedingt täglich den EASI-Score und SCORAD durchführen, woran sollten sie denken, wenn sie den Schweregrad beurteilen und einfach nur in der realen Welt arbeiten.</p> <p>Ja, also nur einige der praktischen Dinge. Wie stark ist der Pruritus bei Ihrem Patienten? Wie stark ist sein Schlaf gestört? Vermeiden sie es, bestimmte Kleidung zu tragen? Vermeiden sie es, nach draußen zu gehen, wenn es wirklich heiß ist? Vermeiden sie soziale Situationen? Schämen sie sich? Das sind also eher praktische Einschätzungen. Und wenn Sie sich ihre Haut anschauen, wissen Sie, wie viel Beteiligung sehen Sie? Sehen Sie zum Beispiel eine Dyspigmentierung? Aber ich würde mit diesen Parametern der Lebensqualität beginnen.</p> <p>Das ist ein ausgezeichnete Punkt.</p> <p>Ich bin jemand, der in der Klinik nicht gerne den EASI-Score und SCORAD verwendet, da ich denke, dass dies in einer schnelllebigen Klinik schwierig sein kann. Aber ich denke, POEM ist ein erstaunliches Werkzeug. Sie können sogar Ihren Arzthelfer bitten, POEM auszufüllen. POEM ist ein patientenorientierter</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Ekzem-Maßstab und stellt sieben wirklich einfache Fragen zu den letzten 7 Tagen, zur letzten Woche „Wie lästig ist der Juckreiz für Sie?“ „Wie schuppig ist dieses Ekzem für Sie?“ Richtig? Diese Fragen sind also sehr einfach und es gibt wirklich einen Schweregrad aus. So können Sie, noch bevor Sie den Raum betreten, eine Art Grundvorstellung davon haben, wie schwer das Ekzem ist und wissen, „OK, ich muss die Therapie für diesen Patienten eskalieren“, richtig? Zusätzlich zu einer guten Anamnese können Sie also einige dieser Hilfsmittel nutzen, um den Schweregrad besser beurteilen zu können, und das könnte sehr schnell gehen, wenn Sie das Personal in Ihrer Klinik dazu einsetzen, diesen Prozess durchzuführen.</p> <p>Ich liebe es. Ja.</p> <p>Ich liebe es auch. Und wissen Sie was? Wenn sie es nicht haben, können sie es googlen und aus dem Internet herunterladen. Es ist sozusagen leicht zugänglich.</p> <p>Ja, absolut. Und ich denke, das passt sehr gut zu dem, was Sie, Susan, vorhin erwähnt haben: Wenn Sie nicht sicher sind, wie Sie die Haut und das Erythem betrachten sollen, fragen Sie den Patienten, denn er weiß es. Und ich denke, dass die von den Patienten berichteten Ergebnisse sehr hilfreich sind, denn manchmal denken wir, wir wüssten, was wir sehen, aber wir liegen vielleicht nicht ganz richtig. Aber der Patient weiß genau, was seine Erfahrung ist, und wenn es ihn stark juckt und er sich unwohl fühlt oder wenn seine Haut einfach nicht mehr so aussieht wie zu Beginn der Behandlung, dann ist das ein sehr wichtiger Hinweis darauf, dass wir uns sozusagen mehr ins Zeug legen müssen.</p> <p>Ja.</p>
31.	<div data-bbox="264 1554 906 1917"> <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differential diagnosis of AD in diverse skin phototypes: <ul style="list-style-type: none"> —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 </div>	<p>Und gibt es irgendwelche besonderen Überlegungen oder Dinge, die Sie bei der Differentialdiagnose aus der Perspektive der farbigen Haut im Vergleich zu Patienten mit helleren Fototypen am häufigsten sehen? Gibt es bestimmte Dinge, nach denen wir häufiger Ausschau halten sollten, oder handelt es sich um dieselbe breite Differentialdiagnose, die nur bei verschiedenen Hauttypen anders aussieht? Werden wir bei bestimmten Erkrankungen bei farbiger Haut eher getäuscht als bei helleren Hauttypen? Ich habe zum Beispiel das Gefühl, dass bei helleren Fototypen das Erythem der</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:


Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Psoriasis manchmal viel auffälliger sein kann. Ich denke, das ist einfacher zu unterscheiden. Aber wenn wir zu dunkleren Phototypen übergehen, haben Sie manchmal nicht mehr den Anhaltspunkt des Erythems, der einem so sehr hilft. Wo sehen Sie diese Art von kleinen Dingen auftauchen? Worauf sollten wir wirklich bei der Differentialdiagnosen achten, um sicherzustellen, dass wir nichts übersehen? Ich denke, das liegt zum großen Teil an Ihrer Facharztausbildung und daran, was Sie dort ausgesetzt sind. Das ist wirklich ein Lob an für Dr. Taylor, denn sie hat Bücher und Lehrbücher darüber geschrieben, wie sich Ekzeme bei Menschen mit farbiger Haut darstellen, und als Person mit farbiger Haut bemühe ich mich besonders darum, Unterschiede im Erscheinungsbild bei dunkleren Hauttypen zu erkennen, wie z.B. eine stärkere Beteiligung der Streckseiten statt der Beugeseiten, eine stärkere Beteiligung des Halses, eine stärkere papilläre oder follikuläre Akzentuierung, richtig? Es ist also wirklich wichtig, dass Sie in der Lage sind, diese beiden zu unterscheiden. Dann werde ich in der Lage sein, diese Patienten besser zu diagnostizieren, oder? Schauen Sie also wirklich über den Tellerrand Ihrer üblichen Lehrbücher und Ihre Referenzen hinaus, um Ihre Diagnose wirklich zu erweitern, denn Dinge, die möglicherweise nicht wie Ekzeme und Fitzpatrick 1-3 aussehen, können durchaus Ekzeme Fitzpatrick 4-6 sein, wenn Sie das im Hinterkopf haben.</p> <p>Also, ich stimme voll und ganz zu. Ich denke, dass fast alle entzündlichen Erkrankungen, die bei helleren Hauttönen mit Erythem auftreten, in der Regel nicht bei PoC Patienten auftreten, also, dass bei all diesen Erkrankungen die Gefahr einer Fehldiagnose oder einer verzögerten Diagnose besteht, oder? Ich denke also, dass wir uns alle fragen sollten, ob hier wirklich ein Erythem vorliegt und ich es nicht wahrnehme? Und das wird sich ausweiten und gleichzeitig haben Sie es diagnostiziert. Ich denke, das ist kein Problem, das nur für atopische Dermatitis gilt, sondern für fast alle entzündlichen Erkrankungen, die wir sehen. Ausgezeichneter Punkt. Und ich danke Ihnen wirklich für diese hervorragende Diskussion.</p>
--	--	---

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

32.		<p>Also gut, ich bin Dr. Prince Adotama, und lassen Sie uns unsere Diskussion über die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Patienten mit farbiger Haut beginnen.</p>																																
33.	<p>Question</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"> Dupilumab Tralokinumab Abrocitinib Baricitinib Upadacitinib <p>The answer to this question will be discussed in detail later in the presentation.</p>	<p>Lassen Sie uns zunächst eine Frage stellen. Welche Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis hat sich auf der Grundlage der verfügbaren Daten als besonders wirksam und sicher bei Patienten mit farbiger Haut erwiesen? a. Dupilumab, b. Tralokinumab, c. Abrocitinib, d. Baricitinib, e. Upadacitinib. Dies werden wir auf den nächsten Folien besprechen.</p>																																
34.	<p>Biologic and JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapy</th> <th>Class</th> <th>Mechanism of Action</th> <th>Indication(s) for Patients with AD^a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">FDA-approved</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab (subcutaneous injection)¹</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-4/13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs </td> </tr> <tr> <td>Tralokinumab²</td> <td>Biologic (mAb)</td> <td>IL-13 antagonist</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs </td> </tr> <tr> <td>Abrocitinib³</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies is inadvisable </td> </tr> <tr> <td>Upadacitinib⁴</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥12 years with refractory, moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with other systemic drug products, including biologics, or when use of those therapies are inadvisable </td> </tr> <tr> <td colspan="4">EMA-approved</td> </tr> <tr> <td>Baricitinib⁵</td> <td>Oral small molecule</td> <td>JAK1/2 inhibitor</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>^aRegulatory approvals current as of June 2023. ¹ FDA, European Medicines Agency (EMA), US Food and Drug Administration; L-490, Interleukin receptor antagonist, L-11, Interleukin 13, anti-IL-4/13, human monoclonal antibody, TCs: topical corticosteroids. ² Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 3. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 4. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 5. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 6. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 7. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 8. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 9. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 10. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 11. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 12. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 13. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 14. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 15. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 16. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 17. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 18. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 19. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 20. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 21. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 22. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 23. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 24. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 25. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 26. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 27. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 28. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 29. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 30. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 31. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 32. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 33. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 34. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 35. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 36. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 37. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 38. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 39. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 40. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 41. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 42. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 43. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 44. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 45. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 46. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 47. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 48. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 49. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 50. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 51. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 52. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 53. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 54. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 55. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 56. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 57. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 58. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 59. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 60. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 61. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 62. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 63. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 64. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 65. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 66. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 67. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 68. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 69. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 70. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 71. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 72. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 73. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 74. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 75. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 76. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 77. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 78. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 79. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 80. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 81. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 82. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 83. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 84. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 85. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 86. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 87. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 88. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 89. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 90. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 91. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 92. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 93. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 94. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 95. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 96. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 97. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 98. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 99. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf) 100. Question ID: 1584 (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/nda140222Orig1s001.pdf)</small></p>	Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD ^a	FDA-approved				Dupilumab (subcutaneous injection) ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 	Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 	Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥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 	Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> 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 	EMA-approved				Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 	<p>Nun gut. Lassen Sie uns also alle verschiedenen Therapien durchgehen, die von der FDA für mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis zugelassen sind. Die erste Therapie ist Dupilumab, also die subkutane Injektion. Dies wurde 2017 von der FDA zugelassen; es war das erste Biologikum, das für mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis verfügbar war. Es wurde zunächst für eine Behandlung ab 18 zugelassen, aber im Laufe der Jahre wurde die Zulassung auf ab 6 Monate erweitert. Es hat also die größte Bandbreite an Patienten, die wir mit dieser Erkrankung behandeln können. Es kann mit oder ohne topische Kortikosteroide verwendet werden. Unser nächstes Medikament ist Tralokinumab. Dies ist ein neueres Medikament ebenfalls zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, das für Patienten ab 18 Jahren zugelassen ist. Und auch dies kann mit oder ohne topische Kortikosteroide verwendet werden. Das sind also unsere beiden biologischen Wirkstoffe. Unsere nächsten beiden Medikamente sind orale JAK-Inhibitoren. Dies ist eine neue Klasse von Medikamenten, die von der FDA für atopische Dermatitis zugelassen wurden und die Abrocitinib und Upadacitinib umfasst. Diese Medikamente sind sowohl für Erwachsene als auch pädiatrische Patienten ab 12 Jahren mit refraktärer, mittelschwerer bis schwerer</p>
Therapy	Class	Mechanism of Action	Indication(s) for Patients with AD ^a																															
FDA-approved																																		
Dupilumab (subcutaneous injection) ¹	Biologic (mAb)	IL-4/13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of adult and pediatric patients aged ≥6 months with moderate-to-severe AD whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 																															
Tralokinumab ²	Biologic (mAb)	IL-13 antagonist	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate-to-severe AD in adult patients (aged ≥18 years) whose disease is not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable Can be used with or without TCs 																															
Abrocitinib ³	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Adults and pediatric patients aged ≥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 																															
Upadacitinib ⁴	Oral small molecule	JAK1 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> 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 																															
EMA-approved																																		
Baricitinib ⁵	Oral small molecule	JAK1/2 inhibitor	<ul style="list-style-type: none"> Treatment of moderate to severe AD in adult patients who are candidates for systemic therapy 																															



Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>atopischer Dermatitis zugelassen, die mit anderen systemischen Arzneimitteln, einschließlich Biologika, nicht oder nur unzureichend behandelt werden können. Und dann hat die Europäische Arzneimittel-Agentur einen weiteren oralen JAK-Inhibitor namens Baricitinib zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei erwachsenen Patienten zugelassen. Lassen Sie uns also ins Detail gehen, wie diese Medikamente wirken.</p>
<p>35.</p>	<p>Novel Biologic and Targeted Therapies for Moderate-to-Severe AD</p> <ul style="list-style-type: none"> Dupilumab binds to the IL-4Rα subunit, blocking signaling of both IL-4 and IL-13, while tralokinumab selectively binds to IL-13 Oral JAK inhibitors selectively inhibit JAK1 (abrocitinib, upadacitinib) or both JAK1 and JAK2 (baricitinib) 	<p>Das erste Medikament ist Dupilumab und dieses Biologikum wurde, wie ich bereits sagte, 2017 von der FDA zugelassen. Es blockiert tatsächlich IL-4Ra. IL-4Ra wird also, wie Sie hier und hier sehen können, durch Dupilumab blockiert, und dies blockiert die Signalübertragung für IL-4 und IL-13. Die Zytokine IL-4 und IL-13 sind extrem wichtig für den Th2-Signalweg, der für das Aufflammen von Ekzemen, Asthma und Allergien verantwortlich ist, richtig? IL-4 und IL-13 sind daher sehr spezifisch für die atopische Dermatitis. Durch die Blockierung von IL-4Ra blockiert Dupilumab also diese beiden sehr wichtigen Zytokine, die für die atopische Dermatitis wichtig sind. Das andere Biologikum ist Tralokinumab. Tralokinumab blockiert speziell IL-13. Es blockiert also nicht IL-4Ra, sondern IL-13 selbst und blockiert daher nur eines der Signale und hilft so, die atopische Dermatitis zu verbessern. Die nächste Gruppe von Medikamenten sind orale JAK-Inhibitoren. Orale JAK-Inhibitoren wirken also anders. Theoretisch können viele Zytokine an Zytokinrezeptoren binden, darunter IL-4 und IL-13, von denen wir wissen, dass sie für Dupilumab wichtig sind. Auch IL-5, das für die Eosinophilen verantwortlich ist, und IL-31, das mit Juckreiz in Verbindung gebracht wird. Viele verschiedene Zytokine können mit diesem JAK-Inhibitor blockiert werden. JAK ist also ein intrazellulärer Rezeptor. Man hat also typischerweise ein Zytokin wie zum Beispiel IL-5, das an den Zytokinrezeptor bindet, dimerisiert und dann in den Zellkern wandert, wo es bestimmte Gene transkribiert. Und diese Gene sind verantwortlich für den Juckreiz, den Th2-Signalweg, der für Ekzeme verantwortlich ist und Auswirkungen auf die Hautbarriere hat. Durch die Blockierung dieses Weges mit einem JAK-Inhibitoren wie Abrocitinib, Upadacitinib</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)
 Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:
 Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>oder Baricitinib werden diese nachgeschalteten Effekte tatsächlich blockiert, so dass es nicht zu verstärkter Pruritis der Haut und verstärkter Th2-Polarisierung kommt. Es handelt sich also um ein intrazelluläres kleines Molekül, das anders wirkt und dadurch tatsächlich mehr Zytokine blockiert.</p>																																								
36.	<p>Addressing the Urgent Need for Diversity: Evaluating AD Therapies in Patients With SoC</p>  <ul style="list-style-type: none"> Few data exist on differences in treatment efficacy and safety in patients with AD of different skin types Stand-alone trials and subgroup analyses based on race/ethnicity for JAK inhibitor class or tralokinumab in patients with SoC¹ are absent Post hoc analyses of phase 3 dupilumab trials have examined efficacy and safety by race² <p><small>1. Published search of Medline performed with the terms subgroup analysis, efficacy, atopic dermatitis, or allergic dermatitis and returned 14,000 results. 2. Akhita KF, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p>	<p>Wie gehen wir also mit dem dringenden Bedarf an Vielfalt um? Richtig. Wir wollen wissen, was wir für farbige Patienten tun. Es liegen nur wenige Daten über Unterschiede in der Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung bei Patienten mit atopischer Dermatitis verschiedener Hauttypen vor. Derzeit gibt es keine eigenständigen Studien oder Subgruppenanalysen für JAK-Inhibitoren oder Tralokinumab. Wir wissen also nicht genau, wie JAK-Inhibitoren oder das neuere Medikament Tralokinumab bei PoC Patienten wirken. Für Dupilumab, das allererste Medikament, gibt es jedoch Post-hoc-Analysen, die die Wirksamkeit und Sicherheit auf der Grundlage von ethnischer Zugehörigkeit beurteilen.</p>																																								
37.	<p>Efficacy and Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</p>  <ul style="list-style-type: none"> Post hoc analysis utilizing data from three phase 3 trials of dupilumab in AD: LIBERTY AD SOLO 1, LIBERTY AD SOLO 2, and CHRONOS Total of 2058 patients, including: <ul style="list-style-type: none"> 1429 White patients 501 Asian patients 128 Black/AA patients Baseline demographics and disease characteristics were generally balanced among treatment groups and racial subgroups; most patients had high disease burden at baseline <p><small>Akhita KF, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p>	<p>Schauen wir uns die Studie an, die sich mit farbiger Haut befasst. In dieser Post-hoc-Analyse wurden drei verschiedene Phase-3-Studien mit insgesamt 2058 Patienten untersucht; 1429 waren Weiße, 501 Asiaten und 128 Schwarze oder Afroamerikaner. Die demografischen Daten und Krankheitsmerkmale zu Studienbeginn waren in der Regel zwischen den Behandlungsgruppen und den ethnischen Untergruppen ausgeglichen. Die meisten Patienten hatten zu Studienbeginn eine hohe Krankheitslast. Wie Sie wissen, befassen wir uns in diesen Studien mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis.</p>																																								
38.	<p>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials</p> <p>Change in EASI: LS Mean Change from Baseline at Week 16</p> <table border="1" data-bbox="347 1697 826 1881"> <thead> <tr> <th>Subgroup</th> <th>Placebo Change (SE)</th> <th>Dupilumab Change (SE)</th> <th>P Value</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>White</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.36 (0.693)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-14.91 (0.703)</td> <td>-25.47 (0.651)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Asian</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.694)</td> <td>-24.23 (1.615)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-10.97 (1.694)</td> <td>-25.46 (1.455)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Black/AA</td> <td></td> <td></td> <td></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><small>LS: least squares; SE: standard error; q2w, once every 2 weeks; qw, twice weekly. Reproduced by permission from Akhita KF, et al. J Drugs Dermatol. 2019;18:804-813.</small></p>	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	White				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	Asian				Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.694)	-24.23 (1.615)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.694)	-25.46 (1.455)	<.0001	Black/AA				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>Was wir uns ansehen wollen, ist die Veränderung des EASI-Scores. Das ist der Eczema Area Severity Index-Score. Betrachten wir die weißen Patienten, war die Veränderung des Scores bei Patienten, die Dupilumab alle 2 Wochen erhielten, ein Rückgang von etwa 25, was ein signifikanter Rückgang des Schweregrads des Ekzems darstellt. Bei asiatischen Patienten betrug die Veränderung des Schweregrads 24, ebenfalls ein signifikanter Rückgang. Und bei schwarzen Patienten betrug die Veränderung des Schweregrads für alle 2 Wochen 20. Nicht unbedingt so hoch, aber</p>
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																							
White																																										
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																																							
Asian																																										
Dupilumab q2w vs Placebo	-10.97 (1.694)	-24.23 (1.615)	<.0001																																							
Dupilumab qw vs Placebo	-10.97 (1.694)	-25.46 (1.455)	<.0001																																							
Black/AA																																										
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																																							

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>immer noch ein signifikanter Rückgang des Schweregrads der Ekzeme. Diese Studie unterstreicht also gewissermaßen den Nutzen von Dupilumab für die Behandlung schwarzer Patienten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis.</p>																																																																					
39.	<p>Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials (cont)</p> <p>Change in Peak Pruritus NRS: LS Mean Change from Baseline at Week 16</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">White</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-2.29 (0.168)</td> <td>-4.12 (0.156)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-2.29 (0.168)</td> <td>-4.24 (0.139)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Asian</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab q2w vs Placebo</td> <td>-1.41 (0.298)</td> <td>-3.59 (0.285)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td>Dupilumab qw vs Placebo</td> <td>-1.41 (0.298)</td> <td>-3.68 (0.261)</td> <td><.0001</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Black/AA</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>	Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value	White				Dupilumab q2w vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.12 (0.156)	<.0001	Dupilumab qw vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.24 (0.139)	<.0001	Asian				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	Black/AA				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>Wie sieht es mit der Veränderung des Spitzen-Pruritus aus? Die NRS ist eine numerische Bewertungsskala von 0 bis 10, wobei 10 der schlimmste Juckreiz Ihres Lebens und 0 kein Juckreiz bedeutet. Und wie Sie sehen können, geht bei weißen Patienten der Juckreiz mit Dupilumab alle 2 Wochen um 4 zurück. Bei asiatischen Patienten ging der Juckreiz mit Dupilumab ebenfalls um fast 4 zurück. Und bei schwarzen Patienten sank der Juckreiz insgesamt noch einmal um fast 4. Also hatten schwarze Patienten erneut eine gute Verbesserung mit Dupilumab für ihre Juckreizwerte.</p>																													
Subgroup	Placebo Change (SE)	Dupilumab Change (SE)	P Value																																																																				
White																																																																							
Dupilumab q2w vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.12 (0.156)	<.0001																																																																				
Dupilumab qw vs Placebo	-2.29 (0.168)	-4.24 (0.139)	<.0001																																																																				
Asian																																																																							
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																																																																				
Black/AA																																																																							
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																																																																				
40.	<p>Safety of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe AD in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials¹</p> <p>AEs Reported Between Baseline and Week 16</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Patients with</th> <th colspan="3">White</th> <th colspan="3">Asian</th> <th colspan="3">Black/AA</th> </tr> <tr> <th>Placebo (n=509)</th> <th>Dupilumab 300 mg q2w (n=492)</th> <th>Dupilumab 300 mg qw (n=517)</th> <th>Placebo (n=188)</th> <th>Dupilumab 300 mg q2w (n=128)</th> <th>Dupilumab 300 mg qw (n=164)</th> <th>Placebo (n=53)</th> <th>Dupilumab 300 mg q2w (n=27)</th> <th>Dupilumab 300 mg qw (n=47)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥1 TEAE, n (%)^a</td> <td>362 (71.1)</td> <td>292 (72.6)</td> <td>372 (72.0)</td> <td>128 (68.1)</td> <td>83 (64.8)</td> <td>121 (65.8)</td> <td>24 (45.3)</td> <td>12 (44.4)</td> <td>26 (55.3)</td> </tr> <tr> <td>≥1 TE-SAE, n (%)^a</td> <td>22 (4.3)</td> <td>11 (2.7)</td> <td>13 (2.5)</td> <td>7 (3.7)</td> <td>1 (0.8)</td> <td>1 (0.5)</td> <td>0</td> <td>1 (3.7)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>≥1 TEAE causing discontinuation of study drug permanently, n (%)</td> <td>12 (2.4)</td> <td>6 (1.5)</td> <td>12 (2.3)</td> <td>7 (3.7)</td> <td>0</td> <td>3 (1.6)</td> <td>1 (1.9)</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Death, n (%)^a</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1 (0.2)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Conjunctivitis^b</td> <td>29 (5.7)</td> <td>45 (11.2)</td> <td>80 (15.5)</td> <td>6 (3.2)</td> <td>13 (10.2)</td> <td>15 (8.2)</td> <td>1 (1.9)</td> <td>1 (3.7)</td> <td>3 (6.4)</td> </tr> </tbody> </table>	Patients with	White			Asian			Black/AA			Placebo (n=509)	Dupilumab 300 mg q2w (n=492)	Dupilumab 300 mg qw (n=517)	Placebo (n=188)	Dupilumab 300 mg q2w (n=128)	Dupilumab 300 mg qw (n=164)	Placebo (n=53)	Dupilumab 300 mg q2w (n=27)	Dupilumab 300 mg qw (n=47)	≥1 TEAE, n (%) ^a	362 (71.1)	292 (72.6)	372 (72.0)	128 (68.1)	83 (64.8)	121 (65.8)	24 (45.3)	12 (44.4)	26 (55.3)	≥1 TE-SAE, n (%) ^a	22 (4.3)	11 (2.7)	13 (2.5)	7 (3.7)	1 (0.8)	1 (0.5)	0	1 (3.7)	0	≥1 TEAE causing discontinuation of study drug permanently, n (%)	12 (2.4)	6 (1.5)	12 (2.3)	7 (3.7)	0	3 (1.6)	1 (1.9)	0	0	Death, n (%) ^a	0	0	1 (0.2)	0	0	0	0	0	0	Conjunctivitis ^b	29 (5.7)	45 (11.2)	80 (15.5)	6 (3.2)	13 (10.2)	15 (8.2)	1 (1.9)	1 (3.7)	3 (6.4)	<p>Wie sieht es mit Nebenwirkungen aus? Wir wissen also, dass die Wirksamkeit bei schwarzen, asiatischen und weißen Patienten ziemlich ähnlich war. Wie sieht es mit der Sicherheit aus? Gibt es Sicherheitsbedenken, die bei schwarzen Patienten schlimmer sind? Bisher, keine. Wir betrachten also die Anzahl der unerwünschten Ereignisse der Behandlung. Ein oder mehrere behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse traten bei etwa 70 % der weißen Patienten, 64 % der asiatischen Patienten, etwa 44 % der Schwarzen Patienten auf. Denken Sie daran, dass die Anzahl der Schwarzen Patienten in dieser Studie, wie ich bereits erwähnt habe, in dieser Post-hoc-Analyse sehr gering ist. Die Zahl der behandlungsbedingten schwerwiegenden unerwünschte Ereignisse ist sehr gering: nur 2 % bei weißen Patienten, 1 % bei asiatischen Patienten und etwa 3 % bei den Schwarzen Patienten. Die Anzahl der behandlungsbedingten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse ist also sehr gering, oder? Zu den unerwünschten Ereignissen, die hauptsächlich in dieser Studie beobachtet wurden, gehörten Infektionen der oberen Atemwege, Nadelstichverletzungen, also Reaktionen an der Injektionsstelle durch die Nadel selbst, und auch Konjunktivitis, d.h. Entzündungen des Auges. Vergleichen wir die Konjunktivitis zwischen farbigen und weißen</p>
Patients with	White			Asian			Black/AA																																																																
	Placebo (n=509)	Dupilumab 300 mg q2w (n=492)	Dupilumab 300 mg qw (n=517)	Placebo (n=188)	Dupilumab 300 mg q2w (n=128)	Dupilumab 300 mg qw (n=164)	Placebo (n=53)	Dupilumab 300 mg q2w (n=27)	Dupilumab 300 mg qw (n=47)																																																														
≥1 TEAE, n (%) ^a	362 (71.1)	292 (72.6)	372 (72.0)	128 (68.1)	83 (64.8)	121 (65.8)	24 (45.3)	12 (44.4)	26 (55.3)																																																														
≥1 TE-SAE, n (%) ^a	22 (4.3)	11 (2.7)	13 (2.5)	7 (3.7)	1 (0.8)	1 (0.5)	0	1 (3.7)	0																																																														
≥1 TEAE causing discontinuation of study drug permanently, n (%)	12 (2.4)	6 (1.5)	12 (2.3)	7 (3.7)	0	3 (1.6)	1 (1.9)	0	0																																																														
Death, n (%) ^a	0	0	1 (0.2)	0	0	0	0	0	0																																																														
Conjunctivitis ^b	29 (5.7)	45 (11.2)	80 (15.5)	6 (3.2)	13 (10.2)	15 (8.2)	1 (1.9)	1 (3.7)	3 (6.4)																																																														

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Patienten, hatten 11 % der Weißen Gruppe eine Konjunktivitis, 10 % in der Asiatischen Gruppe und 3 % der Schwarzen Patientengruppe. Es gab also keinen Hinweis auf einen höheren Schweregrad oder für schwerwiegende Auswirkungen in der Gruppe der Schwarzen Patienten oder der asiatischen Patienten.</p>																																																																																																																											
<p>41.</p>	<p>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)</p>  <p>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</p> <p>Observed efficacy was generally consistent with overall trial data reported in SOLO 1 and 2 and CHRONOS</p> <p>Dupilumab was generally well tolerated, with an acceptable safety profile in all 3 trials; TEAEs occurred at similar rates across treatment groups</p>	<p>Damit war die Gesamtwirksamkeit in allen Gruppen ähnlich, und auch die Sicherheit war ähnlich. Zusammenfassend zeigte sich, dass Dupilumab mit oder ohne topische Kortikosteroide die Anzeichen und Symptome der atopischen Dermatitis und die Lebensqualität in allen ethnischen Gruppen, Wirksamkeitsgruppen, signifikant verbessert hat. Und Dupilumab wurde in allen drei Studien im Allgemeinen als sicher und sehr gut verträglich angesehen, und es gab keine wesentlichen Unterschiede zwischen den behandlungsbedingten Nebenwirkungen der Schwarzen Gruppe, der asiatischen Gruppe oder der Weißen Gruppe.</p>																																																																																																																											
<p>42.</p>	<p>Real-world Treatment Outcomes of Dupilumab in Patients with AD and Different Skin Types</p> <ul style="list-style-type: none"> Observational prospective cohort study, eligible patients were children and adults with AD receiving dupilumab, cyclosporine, and/or methotrexate Total of 235 patients, stratified by Fitzpatrick skin type: <ul style="list-style-type: none"> 156 light skin type (Fitzpatrick skin type 1-3) 88 dark skin type (Fitzpatrick skin type 4-6) Patients followed for 6 months <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% from methotrexate, 60% or cyclosporine, 0.3%)</p> <table border="1" data-bbox="549 1077 900 1346"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Effectiveness of Dupilumab Treatment According to Skin Type</th> <th colspan="2">Baseline Score</th> <th colspan="2">Follow-up Score</th> <th rowspan="2">P Value</th> <th rowspan="2">Δ Score</th> </tr> <tr> <th>Mean (SD)</th> <th>SD</th> <th>Mean (SD)</th> <th>SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EASI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>24.2 (13.0)</td> <td>7.5 (7.1)</td> <td>< .001</td> <td>16.7 (13.0)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.0 (13.0)</td> <td>8.3 (7.3)</td> <td>< .001</td> <td>9.7 (11.0)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.032</td> </tr> <tr> <td>POEM</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>20.2 (6.0)</td> <td>10.1 (6.0)</td> <td>< .001</td> <td>10.1 (6.4)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>19.9 (5.7)</td> <td>10.5 (6.8)</td> <td>< .001</td> <td>9.4 (6.8)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.33</td> </tr> <tr> <td>DLQI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>15.6 (6.8)</td> <td>6.2 (7.6)</td> <td>< .001</td> <td>9.4 (6.5)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>14.1 (6.7)</td> <td>5.7 (6.7)</td> <td>< .001</td> <td>8.4 (7.3)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>.54</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score DST (SD)</td> <td>6.9 (1.8)</td> <td>3.5 (2.2)</td> <td>< .001</td> <td>3.4 (2.3)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mean score LST (SD)</td> <td>7.2 (2.3)</td> <td>3.4 (2.7)</td> <td>< .001</td> <td>3.7 (3.0)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P value Δ difference</td> <td></td> <td></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	Mean (SD)	SD	Mean (SD)	SD	EASI							Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)			Mean score LST (SD)	19.0 (13.0)	8.3 (7.3)	< .001	9.7 (11.0)			P value Δ difference						.032	POEM							Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	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	DLQI							Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (6.5)			Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)			P value Δ difference						.54	NRS							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>Wie sieht es in der realen Welt aus? Also klinische Studien sind großartig, aber sie repräsentieren nicht wirklich die reale Welt, und diese Patienten sind sehr spezifisch, richtig? Sie befinden sich wirklich in einer sehr gut kontrollierten Umgebung. Wir wollen also wirklich sehen, wie diese Patienten in einer realen Umgebung funktionieren. Dies ist also eine prospektive Kohortenstudie. Sie umfassten Patienten, die Kinder und Erwachsene waren mit atopischer Dermatitis, moderat bis schwer, die Dupilumab, Cyclosporin, [oder] Methotrexat erhielten. Cyclosporin und Methotrexat sind viel ältere Medikamente, die wir seit Jahrzehnten zur Behandlung der atopischen Dermatitis verwenden. Dies sind Immunsuppressiva, die zwar wirken, aber mit dem Aufkommen von mittlerweile vier von der FDA zugelassenen Medikamenten, Biologika und/oder niedermolekularen Wirkstoffen gegen atopische Dermatitis, werden diese immer weniger eingesetzt. Interessant an der Studie war, dass die Patienten auf der Grundlage des Fitzpatrick-Hauttyps eingeteilt wurden. Und der Hauttyp Fitzpatrick ist von 1-6 skaliert, wobei 1-3 hellere Hauttypen und 4-6 dunklere Hauttypen sind. Und in dieser Studie waren 156 helle Hauttypen und 68 dunkle Hauttypen, und sie beobachteten diese Patienten 6 Monate</p>
Effectiveness of Dupilumab Treatment According to Skin Type	Baseline Score		Follow-up Score		P Value	Δ Score																																																																																																																							
	Mean (SD)	SD	Mean (SD)	SD																																																																																																																									
EASI																																																																																																																													
Mean score DST (SD)	24.2 (13.0)	7.5 (7.1)	< .001	16.7 (13.0)																																																																																																																									
Mean score LST (SD)	19.0 (13.0)	8.3 (7.3)	< .001	9.7 (11.0)																																																																																																																									
P value Δ difference						.032																																																																																																																							
POEM																																																																																																																													
Mean score DST (SD)	20.2 (6.0)	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																																																																																																																							
DLQI																																																																																																																													
Mean score DST (SD)	15.6 (6.8)	6.2 (7.6)	< .001	9.4 (6.5)																																																																																																																									
Mean score LST (SD)	14.1 (6.7)	5.7 (6.7)	< .001	8.4 (7.3)																																																																																																																									
P value Δ difference						.54																																																																																																																							
NRS																																																																																																																													
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																																																																																																																							

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

lang. Schauen wir uns also den EASI-Score an, den Eczema Area and Severity Index. Betrachtet man also die Veränderung, die prozentuale Veränderung von Baseline bis zur Nachbeobachtung 6 Monate später bei Patienten mit dunkleren Hauttypen, so war ein Rückgang von 16 zu verzeichnen, ein sehr signifikanter Rückgang der Ekzemschwere. Und hellere Hauttypen hatten einen Rückgang von 9. Überraschenderweise schnitten also Patienten mit dunkleren Hauttypen tatsächlich viel besser ab, und ihr Eczema Severity Index bei den dunkleren Hauttypen deutlich stärker als bei den weißen Hauttypen. Wie steht es mit POEM? POEM ist eine patientenorientierte Ekzemmessung, bei der den Patienten Fragen gestellt werden, sieben Fragen, um den Schweregrad als vom Patienten berichtetes Ergebnis zu beurteilen. Wenn wir uns den Unterschied und die Veränderung zwischen dunkleren Hauttypen und helleren Hauttypen ansehen, hatten beide einen signifikanten Rückgang der objektiven Messgröße und des vom Patienten berichteten Ergebnisses. Es gibt jedoch keinen Unterschied zwischen dunkleren und weißen Hauttypen. DLQI ist der Dermatology Life Quality Index (Dermatologie-Lebensqualitätsindex), und wieder einmal hatten sowohl die dunkleren Hautgruppen als auch die helleren Hautgruppen einen erheblichen Rückgang bei den Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Es gibt jedoch keinen Unterschied zwischen dunkleren und helleren Hauttypen.

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
Primary and Ranked Secondary End Points					
Primary endpoint					
Achievement of EASI-75*	Week 16	210 (61.1) [55.9-66.2]	247 (71.0) [66.2-75.8]	10	.008
Secondary endpoints in order of ranking					
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS ^b	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*	Week 16	26 (7.6) [4.8-10.4]	97 (27.9) [23.2-32.6]	20.3	< .001
Achievement of EASI-90*	Week 16	133 (38.7) [33.6-43.9]	211 (60.6) [55.4-65.7]	21.8	< .001
% Change from baseline in Worst Pruritus NRS ^b	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	323		
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 ^b	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 ≥4 points ^{c,c,c}	Week 16	120 (35.7) [30.7-41.0]	188 (55.3) [49.9-60.5]	19.3	< .001
No.		330	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.
 ‡ Worst Pruritus NRS: 4-point reduction from baseline in the Worst Pruritus NRS in patients with moderate-to-severe AD.
 § Worst Pruritus NRS improvement ≥4 points: 4-point or greater improvement in the Worst Pruritus NRS.

Als nächstes möchte ich Upadacitinib mit Dupilumab vergleichen. Wir haben festgestellt, dass sich Upadacitinib, dass sich Dupilumab bei PoC Patienten, insbesondere Schwarzen und asiatischen Patienten, als wirksam erwiesen haben. Und jetzt wollen wir nur noch Dupilumab im Allgemeinen mit Upadacitinib und oralen JAK-Inhibitoren vergleichen. Und in dieser Studie wurde Dupilumab mit Upadacitinib in einer Dosis von 30 Milligramm verglichen. Also, denken Sie daran, wenn wir die Behandlung eines Patienten mit Upadacitinib beginnen, beginnen wir in der Regel mit 15 Milligramm. Es handelt sich also um eine höhere Dosis Upadacitinib. Und als sie die Gruppen verglichen, war der primäre Endpunkt das Erreichen eines EASI-Wertes

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>(Eczema Area and Severity Index) von 75 % Verbesserung in Woche 16. Und 61 % der Dupilumab-Patienten erreichten EASI-75 im Vergleich zu 71 % der Upadacitinib-Patienten. Upadacitinib übertrag also tatsächlich Dupilumab, was den Eczema Area and Severity Index von 75 betrifft. Wenn wir uns das Erreichen von EASI-100 und EASI-90 ansehen, was eine noch größere Leistung darstellt, erreichten 27 % der Patienten mit Upadacitinib EASI-100 im Vergleich zu nur 7 % mit Dupilumab und 60 % erreichten 90 im Vergleich zu 38 %. Die Patienten schnitten also mit Upadacitinib im Vergleich zu Dupilumab 300 immer besser ab. Beachten Sie, beim direkten Vergleich der Ergebnisse von Upadacitinib und Dupilumab gibt es also zumindest bei der höheren Dosis von 30 Milligramm einige Hinweise darauf, dass Upadacitinib Dupilumab übertreffen könnte Und es wurden in dieser Studie weder für Upadacitinib noch für Dupilumab neue Sicherheitssignale berichtet.</p>												
44.	<p>Question</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"> Dupilumab Tralokinumab Abrocitinib Baricitinib Upadacitinib 	<p>Auf der Grundlage der verfügbaren Daten, welche Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis hat speziell Wirksamkeit und Sicherheit bei PoC Patienten bewiesen? Und die Antwort wäre Dupilumab. Dies ist das einzige Medikament, das derzeit auf dem Markt ist, für das es irgendeine Art von Post-hoc-Analyse gibt, die speziell für die Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis die Hautfarbe berücksichtigt.</p>												
45.	<p>Skin of Color Society's Meeting the Challenge Summit, 2022: Recommendations for Increasing Clinical Trial Representation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Journals</th> <th>Community-based Organizations</th> <th>Healthcare Professionals</th> <th>Investigators</th> <th>Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)</th> <th>Federal Agencies (FDA, NIH)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse populations in research to achieve publication Ensure data published are accessible and representative of the population Avoid editors' need to perpetuate false diversity in their editorial content and in board and author representation </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with sponsors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-directed information (eg, language translation) Work with community organizations and sponsors to increase trust and general awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, updated and open communication throughout the clinical trial process </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines for inclusive criteria of study populations </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to increase diverse settings, locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and teach them about clinical trials Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide upfront costs to clinical research time as well as hiring and paying research teams Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decrease clinical trials </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce stronger legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans and implement road maps to approach increasing diversity in research Create task forces to address and implement road maps to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement, tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks </td> </tr> </tbody> </table>	Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)	<ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse populations in research to achieve publication Ensure data published are accessible and representative of the population Avoid editors' need to perpetuate false diversity in their editorial content and in board and author representation 	<ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with sponsors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations 	<ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-directed information (eg, language translation) Work with community organizations and sponsors to increase trust and general awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, updated and open communication throughout the clinical trial process 	<ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines for inclusive criteria of study populations 	<ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to increase diverse settings, locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and teach them about clinical trials Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide upfront costs to clinical research time as well as hiring and paying research teams Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decrease clinical trials 	<ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce stronger legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans and implement road maps to approach increasing diversity in research Create task forces to address and implement road maps to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement, tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks 	<p>Was können wir also tun, um sicherzustellen, dass diese klinischen Studien und diese Arzneimittelhersteller PoC Menschen angemessen vertreten? Die Skin of Color Society hat einen Challenge-Gipfel veranstaltet, zu dem sie die wichtigen Interessenvertreter verschiedener Organisationen einladen hat, um festzustellen, wie wir die Repräsentanz bei klinischen Studien verbessern können. Dieser Gipfel befasste sich also mit mehreren verschiedenen Aspekten. Es wurden Empfehlungen für Fachzeitschriften ausgearbeitet, wie diese und die Herausgeber von Fachzeitschriften gezielt die Vielfalt in ihre Ausbildungsinhalte einbauen können. Sie wenden sich an gemeinschaftsbasierte</p>
Journals	Community-based Organizations	Healthcare Professionals	Investigators	Study Sponsors (Pharmaceutical Companies, Contract Research Organizations)	Federal Agencies (FDA, NIH)									
<ul style="list-style-type: none"> Institute requirements for diverse populations in research to achieve publication Ensure data published are accessible and representative of the population Avoid editors' need to perpetuate false diversity in their editorial content and in board and author representation 	<ul style="list-style-type: none"> Increase awareness and education about clinical trials and work with stakeholder groups to include communities of color Increase outreach efforts in minority communities Ensure community leaders have adequate understanding about clinical research and resources available Work with sponsors and physicians to reach out to community members Establish patient advocacy groups Community-based organizations need the support and partnership of healthcare professionals, investigators, and study sponsors to implement any of the above recommendations 	<ul style="list-style-type: none"> Investigators should be proficient in discussing clinical trials with people from all backgrounds Ensure availability of culturally sensitive, gender-directed information (eg, language translation) Work with community organizations and sponsors to increase trust and general awareness of clinical trials Ensure that clinical trial managers are consistently practicing, updated and open communication throughout the clinical trial process 	<ul style="list-style-type: none"> Ensure inclusive language, terminology, and word choice, especially when describing race and ethnicity Ensure diverse and bilingual research staff Ensure flexible scheduling and provide childcare for participants Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Create guidelines for inclusive criteria of study populations 	<ul style="list-style-type: none"> Provide funding and support resources to increase diverse settings, locally, regionally, and nationally Find and work with community leaders and principal investigators and teach them about clinical trials Collaborate within communities and with health equity researchers on research priorities Change the fee structure to provide upfront costs to clinical research time as well as hiring and paying research teams Need to appreciate and share the value of diversity with community and physician stakeholders Decrease clinical trials 	<ul style="list-style-type: none"> Encourage legislation such as the Clinical Treatment Act Enforce stronger legislation requiring study sponsors to submit diversity action plans and implement road maps to approach increasing diversity in research Create task forces to address and implement road maps to approach increasing diversity in research Work with stakeholders to provide information about legislation and available support for addressing diversity in clinical research Implement, tax credits or financial penalties to companies that do or do not meet diversity benchmarks 									

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

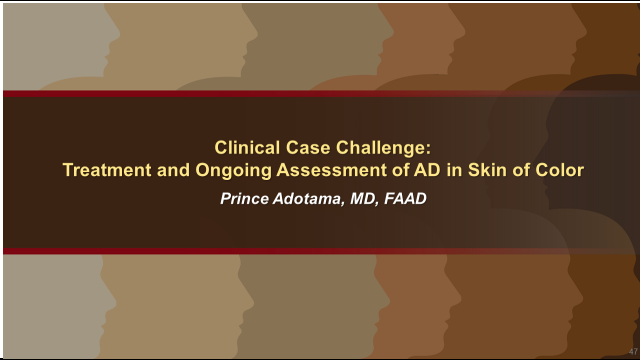
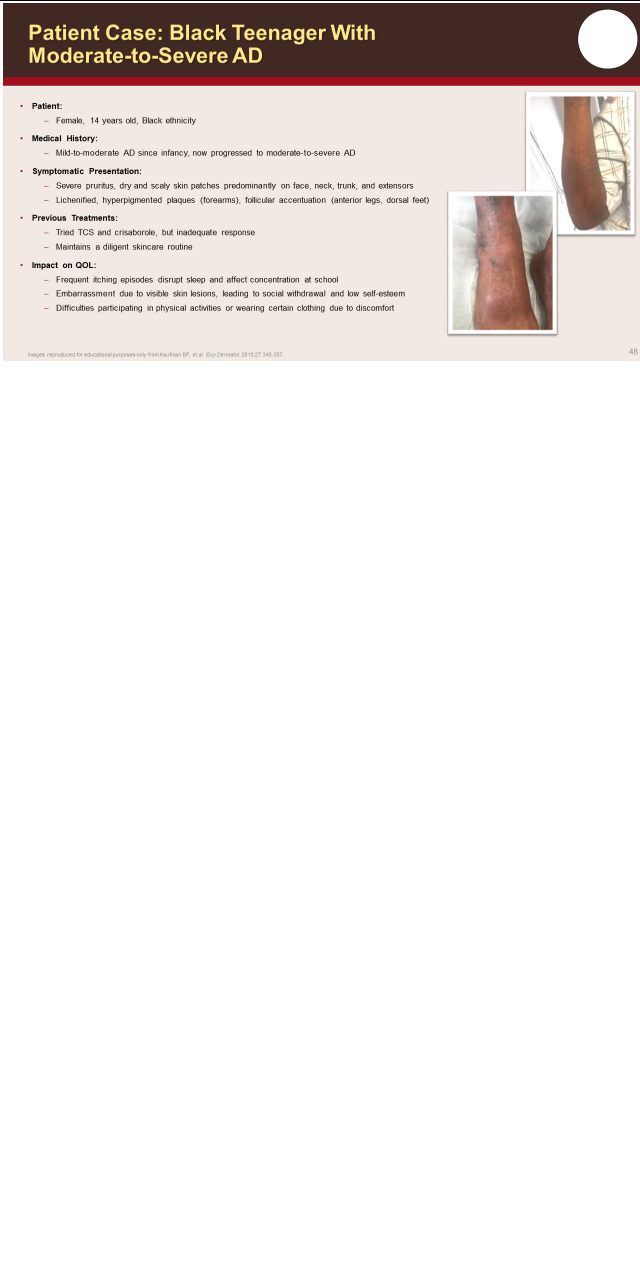
Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Organisationen und wie gemeinschaftsbasierte Organisationen ihre Bemühungen um Minderheiten verstärken und Patientenvertretungsgruppen einrichten können. Sie wandten sich an medizinische Fachkräfte und Prüfarzte. Sie geben Empfehlungen dazu ab, wie Prüfarzte sicherstellen können, dass ihre Forschungsmaterialien verschiedene Bevölkerungsgruppen und zweisprachige Forschungsmitarbeiter umfassen und dass ihre Planung für alle Patientengruppen sehr flexibel ist. Und sie gaben auch Empfehlungen, sehr starke Empfehlungen für Studiensponsoren, Pharmaunternehmen und Bundesbehörden ab. Daher ist diese veröffentlichte Studie, die in <i>JAMA Dermatology</i> verfügbar ist, eine großartige Möglichkeit für uns als Gemeinschaft zu lernen, was wir tun können, um die Repräsentanz von Menschen mit farbiger Haut in unseren klinischen Studien wirklich zu erhöhen. Auf diese Weise haben wir nicht die Situation, dass Dupilumab der einzige [Wirkstoff, der in einer] klinischen Studie untersucht wurde, ist, bei der farbige Patienten vertreten sind.</p>
46.	<p>Closing Knowledge Gaps: Evaluating Biologic Therapy in Diverse AD Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Phase 4 DISCOVER trial (NCT05590585) will exclusively study dupilumab in adolescents and adults with moderate-to-severe AD in SoC¹ 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^{2,3}  <p><small>1. NCT05590585: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05590585 2. Phase 3 IL-13 Inhibitor Study for Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis. November 9, 2022. https://www.dermatologytimes.com/news/2022/11/09/phase-3-il-13-inhibitor-study-for-moderate-to-severe-ad-treatment 3. NCT05372419: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT05372419</small></p>	<p>Was tun wir also, um diese Wissenslücken zu schließen? Derzeit läuft also Phase-4-Forschungsstudie, die ausschließlich für Dupilumab durchgeführt wird. Aber wir untersuchen Jugendliche und Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis, und dies wird speziell für farbige Patienten durchgeführt. Wenn das funktioniert, ist dies etwas, auf das wir wirklich abzielen, und wir sind wirklich froh, dass Dupilumab das schafft. Als Nächstes folgt die Phase-3-Studie ADmirable, eine exklusive Studie zu Lebrikizumab. Dies ist ein brandneuer IL-13-Inhibitor, der sich auf die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopische Dermatitis konzentriert und diese Studie speziell bei PoC Patienten durchführt. Jetzt haben wir also zwei noch laufende Studien, die sich auf die farbige Haut konzentrieren werden. So können wir uns ein besseres davon machen, wie Haut mit farbiger Haut mit Medikamenten gegen atopische Dermatitis zurechtkommen.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

47.		<p>Jetzt möchte ich einen anderen Gang einlegen und über klinische Fälle sprechen. Diese klinische Fallherausforderung wird sich also auf die Behandlung und laufende Beurteilungen der atopischen Dermatitis bei farbiger Haut konzentrieren.</p>
48.	 <p>Patient Case: Black Teenager With Moderate-to-Severe AD</p> <ul style="list-style-type: none">Patient:<ul style="list-style-type: none">Female, 14 years old, Black ethnicityMedical History:<ul style="list-style-type: none">Mild-to-moderate AD since infancy, now progressed to moderate-to-severe ADSymptomatic Presentation:<ul style="list-style-type: none">Severe pruritus, dry and scaly skin patches predominantly on face, neck, trunk, and extensorsLichenified, hyperpigmented plaques (forearms), follicular accentuation (anterior legs, dorsal feet)Previous Treatments:<ul style="list-style-type: none">Tried TCS and crisaborole, but inadequate responseMaintains a diligent skincare routineImpact on QOL:<ul style="list-style-type: none">Frequent itching episodes disrupt sleep and affect concentration at schoolEmbarrassment due to visible skin lesions, leading to social withdrawal and low self-esteemDifficulties participating in physical activities or wearing certain clothing due to discomfort	<p>Lassen Sie uns also über diesen ersten Patienten sprechen. Es handelt sich um eine 14-jährige, Schwarze Patientin, die anfänglich eine leichte bis mittelschwere atopische Dermatitis hatte, fast ihr ganzes Leben lang, aber in letzter Zeit zu einer mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis fortgeschritten ist. Sie hat schweren Pruritus, trockene und schuppige Hautflecken vorwiegend im Gesicht, am Hals, Rumpf und den Streckseiten. Und sie hat auch Lichenifikation und diese stark pigmentierten Plaques an ihren Unterarmen mit folliculärer Akzentuierung an der Vorderseite ihrer Beine und den dorsalen Füßen. Und wie Dr. Taylor bereits erwähnt hat, sind dies in der Regel die Bereiche, wo wir atopische Dermatitis bei PoC Patienten sehen. Sie haben in der Regel eine stärkere Beteiligung des Halses, eine stärkere Beteiligung der Streckseiten und eine stärkere folliculäre Akzentuierung. Bei dieser Patientin kam es zu einem Versagen von topischen Kortikosteroiden und Crisaborol und sie sprach auf diese topischen Substanzen nur unzureichend an. Außerdem pflegt sie ihre Haut sehr gewissenhaft. Diese atopische Dermatitis hat einen großen Einfluss auf ihre Lebensqualität. Sie leidet unter häufigen Juckreizattacken, die ihren Schlaf stören und ihre Konzentration in der Schule beeinflussen. Die Hautläsionen sind ihr sehr peinlich und [dies] führt dazu, dass sie ein geringes Selbstwertgefühl hat und sich aus sozialen Gruppen zurückzieht. Aufgrund dieser Flecken hat sie große Schwierigkeiten, an körperlichen Aktivitäten teilzunehmen oder bestimmte Kleidung zu tragen.</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

49.

AD: Goals of Treatment

Relieve symptoms: reduce itching, dermatitis, and inflammation to provide relief and improve QoL for the patient

Prevent exacerbations: implement measures to prevent flare-ups, including avoiding triggers, maintaining skin hydration, and using topical treatments as prescribed

Restore skin barrier function: repair and protect the skin barrier to reduce transepidermal water loss and minimize the risk of skin infections

Minimize treatment risks: ensure that treatments used to manage AD are safe and effective, while minimizing the risk of AEs

Treatment goals for patients with SoC may also include:

Addressing pigmentation concerns: consider treatment options that minimize the risk of dyschromia, including post-inflammatory hyper- or hypopigmentation, which can be more common in SoC

Reduce keloid formation risk: 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

Welche Behandlungsziele verfolgen wir, wenn wir einen Patienten mit atopischer Dermatitis haben? Es gibt vier Hauptziele der Behandlung. Zum einen wollen wir die Symptome lindern, oder? Wir wollen Juckreiz reduzieren, die Dermatitis auf eine Art und Weise verbessern, und dies sollte ihre Lebensqualität verbessern. Wir wollen auch Exazerbationen verhindern. Dies ist eine chronische Erkrankung, also selbst wenn wir diesen aktuellen Schub behandeln, möchten wir sicherstellen, dass wir sie langfristig behandeln können, damit wir nachfolgende Exazerbationen verhindern können. Wir wollen auch sicherstellen, dass die Patienten die Haut sorgfältig pflegen. Wir wollen also in der Lage sein, die Funktion der Hautbarriere wiederherzustellen. Wir wollen die Hautbarriere schützen, um den transepidermalen Wasserverlust zu reduzieren und sicherzustellen, dass diese Patienten ihre Haut sorgfältig pflegen und mit Feuchtigkeit versorgen. Wir wollen auch behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse minimieren, richtig? Steroide können möglicherweise Hyperpigmentierung oder Atrophie verursachen. Wir möchten sicherstellen, dass wir alle diese Behandlungsrisiken minimieren. Und wir möchten auch sicherstellen, dass wir auf Pigmentierungsprobleme eingehen, wenn Patienten mit atopischer Dermatitis sich bessern, insbesondere bei PoC Patienten, bei denen eine Hyperpigmentierung oder Hypopigmentierung zurückbleiben kann; es ist wichtig, dass wir als Dermatologen auch diese Umstände angehen. Und PoC Patienten können ein höheres Risiko für die Bildung von Keloiden haben. Daher sollten wir uns dieses Risikos bei diesen Patienten bewusst sein, vor allem bei Patienten, die sich in der Regel viel kratzen.

50.

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

Biologic^{1,2}

Dupilumab	Tralokinumab
<ul style="list-style-type: none"> Black Box Warning: None Most common AEs (incidence >1%): <ul style="list-style-type: none"> Injection site reactions Conjunctivitis Blepharitis Oral herpes Keratitis Eye pruritus Other HSV infection Dry eye Eosinophilia 	<ul style="list-style-type: none"> Black Box Warning: None Most common AEs (incidence >1%): <ul style="list-style-type: none"> URTIs Conjunctivitis Injection site reactions Eosinophilia

AE of Special Interest: Conjunctivitis

- Patients with a history of eye discomfort may be at higher risk of developing conjunctivitis; counsel and monitor patients receiving treatment more closely
- Regularly evaluate patients receiving biologic therapy for conjunctival erythema and ophthalmologic complaints; encourage patients to report any eye discomfort
- All patient-reported ocular symptoms should be diagnosed and treated adequately; refer patients to an ophthalmologist for further assessment and co-management if necessary

Man aged 24 years, presenting with bilateral conjunctivitis 4 months after initiating dupilumab.

Welche Sicherheitsbedenken gibt es für biologische Therapien? Zu den biologischen Therapien gehören Dupilumab und Tralokinumab. Für diese beiden biologischen Therapien gibt es keine Black Box-Warnungen. Sie haben jedoch eine eigene Liste von Nebenwirkungen. Die häufigste Nebenwirkung bei Patienten mit Biologika sind Reaktionen an der Injektionsstelle (wie ich bereits erwähnt habe, dies ist ein injizierbares Medikament) und Konjunktivitis, über die wir später sprechen

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>werden. Und dann möglicherweise erhöhtes Risiko für herpetische Infektionen und trockene Augen. Tralokinumab hat ähnliche Nebenwirkungen, einschließlich Konjunktivitis, Reaktionen an der Injektionsstelle und Infektionen der oberen Atemwege. Ich möchte mich wirklich auf die Konjunktivitis konzentrieren, weil sie bei Patienten, die Dupilumab und Tralokinumab erhalten, auftreten kann. Und hier haben Sie Entzündungen und Rötungen der Augen. Und Patienten mit einer Vorgeschichte von Augenbeschwerden zu Studienbeginn können ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Konjunktivitis haben. Es ist wirklich wichtig, dass Sie Ihren Patienten beraten und überwachen, während sie die Therapie durchführen. Und die Patienten sollten von Ihnen relativ regelmäßig untersucht werden. Sie sollten auch darauf achten, dass sie mit Ihnen darüber sprechen, wenn sie Probleme mit Augenbeschwerden haben. Denn es gibt sie, und wir wenden uns häufig an unsere Kollegen aus der Augenheilkunde, wenn es um die Behandlung von Patienten geht, bei denen es zu unerwünschten Ergebnissen mit Konjunktivitis mit Dupilumab und mit Tralokinumab kommt. Dies ist zum Beispiel ein 24-jähriger Patient, der vier Monate nach Beginn der Therapie mit einer bulbären Konjunktivitis konfrontiert ist. Dies ist eine Situation, in der Sie in der Lage sein sollten, auf Ihren Patienten zuzugehen und tatsächlich Hilfe von Ihren Kollegen in der Augenheilkunde erhalten möchten, um dies besser unter Kontrolle zu bekommen.</p>
51.	<p>Safety Considerations of JAK Inhibitor Therapies for Moderate-to-Severe AD¹</p> <p>AEs Commonly Reported</p> <ul style="list-style-type: none"> UTRI Headache Nasopharyngitis Nausea Acne <p>Black Box Warning</p> <ul style="list-style-type: none"> Serious infection Mortality Malignancies Major adverse cardiovascular events Thrombosis <p>Meta-analysis did not find an association between treatment with JAK inhibitors and VTE in patients with AD.²</p> <p><small>1. Hwang J, et al. JAMA Dermatol. 2022;158(12):1254-1261. 2. Chen TL, et al. JAMA Dermatol. 2022;158(12):1254-1261.</small></p>	<p>Wie sieht es mit JAK-Inhibitoren aus? JAK-Inhibitoren sind oral einzunehmende kleine Moleküle, und diese haben eine andere Vielzahl von Nebenwirkungen. Zu den am häufigsten berichteten Nebenwirkungen gehören Infektionen der oberen Atemwege, Kopfschmerzen, Nasopharyngitis und Übelkeit. Interessanterweise können Patienten auch Akne haben. Einige Menschen nennen es „JAKne“, bei denen Patienten, die orale JAK-Inhibitoren oder sogar topische JAK-Hemmer einnehmen, kann sich kurz darauf Akne entwickeln, und oft kann man diese möglicherweise behandeln oder muss diese</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Akne sogar konkret behandeln, um sie unter Kontrolle zu bekommen.</p> <p>Außerdem gibt es Black-Box-Warnungen. Im Gegensatz zu den Biologika gibt es für die oralen JAK-Inhibitoren Black-Box-Warnungen, darunter schwere Infektionen, erhöhte Mortalität, maligne Erkrankungen, schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und Thrombosen. Tatsächlich müssen Patienten mit einem oder mehreren kardiovaskulären Ereignissen, Risikofaktoren wie Diabetes oder Hypertonie aufgrund dieser Black-Box-Warnung bei der Verwendung von JAK-Inhibitoren vorsichtig sein, und auch Patienten, die eine Vorgeschichte von Lungenembolien oder Blutgerinnsel haben, sollten bei der Anwendung von JAK-Hemmern vorsichtig sein. Es gab eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse, bei der speziell Patienten mit atopischer Dermatitis betrachtet wurden, die orale JAK-Inhibitoren einnahmen, und in dieser spezifischen Kohorte kein erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien festgestellt. Bedenken Sie jedoch, dass es diese oralen JAK-Inhibitoren schon seit einiger Zeit gibt, und dass sie auch bei anderen Erkrankungen wie Arthritis verwendet werden. Bei dieser Patientengruppe besteht ein höheres Risiko für venöse Thromboembolien, also denken Sie daran, dass es zwar eine Black-Box-Warnung für Thrombosen bei Patienten gibt, die keine Risikofaktoren haben, Sie dieses Medikament aber nicht völlig meiden sollten, da in einer kürzlich durchgeführten Analyse nicht unbedingt ein höheres Thromboserisiko bei Patienten mit atopischer Dermatitis festgestellt wurde. Führen Sie also eine sehr gründliche Anamnese Ihrer Patienten durch, einschließlich der Familienanamnese, Sozialanamnese, und all dieser Faktoren, um zu bestimmen, welches Medikament am besten für Ihren Patienten geeignet ist.</p>
--	--	--

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

52.

Individualizing Therapy for Patients With Moderate-to-Severe AD and SoC

- Selecting Between Biologic and JAK Inhibitor Therapy**
 - Biologics and JAK inhibitors differ in efficacy, safety, and route of administration
 - Select and optimize treatment based on:
 - Age
 - Agent mechanism of action
 - Comorbidity status
 - Potential for significant AEs
 - Generally, biologics are considered first-line options followed by JAK inhibitors
 - JAK inhibitors may be a good first-line choice for patients who:
 - Fail initial biologic therapy
 - Have needle aversion
 - Require a rapid onset of action
- Selecting a Biologic Therapy**
 - Both dupilumab and tralokinumab are efficacious long-term options with manageable safety profiles
 - Consider dupilumab for patients with comorbid asthma, eosinophilic esophagitis, and/or chronic rhinosinusitis with nasal polyps, given its indications for these conditions
- Selecting a JAK Inhibitor Therapy¹**
 - Based on published meta-analyses:
 - Consider baricitinib, where available, for moderate AD
 - Consider upadacitinib or abrocitinib for severe AD

1. Topoglu A, et al. J Clin Med. 2022;11:1403. 52

Wie sieht es mit der Individualisierung der Therapie aus? Wenn Sie also versuchen, zwischen Biologika wie Dupilumab und Tralokinumab und oralen JAK-Inhibitoren zu wählen, gibt es vieles zu berücksichtigen. Ein Punkt ist das Alter: wenn ein Patient 2 Jahre alt ist, ist das einzige Medikament, das für Patienten ab 6 Monaten zugelassen ist, Dupilumab. Ein Aspekt ist der Wirkmechanismus, man sollte die Komorbidität betrachten: hat jemand viele kardiovaskuläre Risikofaktoren, hat jemand eine lange Vorgeschichte mit Blutgerinnseln? Und man sollte auch das Potenzial für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse berücksichtigen. Im Allgemeinen gelten Dupilumab und andere Medikamente, die IL-4 und IL-13 hemmen, also Biologika, aufgrund der Dauer der Zulassung dieser Medikamente in der Regel als Erstlinienoptionen. JAK-Inhibitoren können unter bestimmten Umständen ebenfalls eine gute Erstlinien-Option sein - wenn die erste Biologikatherapie versagt, wenn der Patient eine Nadelaversion hat oder wenn der Patient einen schnellen Wirkungseintritt erfordert. Orale JAK-Inhibitoren wirken sehr schnell, manchmal innerhalb von ein oder zwei Wochen, so dass Patienten, die einen sehr schnellen Wirkungseintritt benötigen oder eine Nadelaversion haben, von oralen JAK-Inhibitoren profitieren können. Und wie ich bereits erwähnt habe, sind JAK-Inhibitoren für Patienten ab einem Alter von 12 Jahren zugelassen. Wenn Sie sich für ein Biologika entscheiden, sollten Sie auf das Sicherheitsprofil achten, und wie Sie wissen, ist Dupilumab auch für Asthma zugelassen. Wenn also jemand Asthma, eosinophile Ösophagitis, Nasenpolypen hat, könnte Dupilumab für diese Patienten eine bevorzugte Option sein. Bei den oralen JAK-Inhibitoren ist zu beachten, dass Baricitinib, das nicht von der FDA zugelassen ist, aber in Europa zugelassen ist. Es wird eher bei mittelschwerer atopischer Dermatitis angewendet wird, und Upadacitinib oder Abrocitinib können bei schwerer und mittelschwerer atopischer Dermatitis eingesetzt werden.

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

53.

Patient Case: Asian Woman With Moderate-to-Severe AD

- Patient:**
 - Female, 54 years old, Asian ethnicity
- Medical History:**
 - Diagnosed with moderate-to-severe AD in young adulthood
 - Smoker (estimated 20 pack years)
 - Type 2 diabetes mellitus and hypertension, well-controlled with medication
- Symptomatic Presentation:**
 - Widespread, erythematous patches on face, neck, upper/lower limbs, and hands
 - Lesions are well-demarcated with both flexural and extensor distribution
- Impact on Quality of Life:**
 - Has affected the patient's professional life, leading to work limitations and missed opportunities
 - Psychological distress and anxiety due to appearance-related concerns and societal pressure
 - Limited social interactions and avoidance of public places due to self-consciousness



Images reproduced for educational purposes only from National Eczema Association

53

Hier haben wir einen weiteren Patienten. Es handelt sich um eine 54-jährige asiatische Frau, die seit ihrem jungen Erwachsenenalter eine mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis aufweist. Sie ist Raucher, schätzungsweise 20 Packungsjahre. Sie hat auch Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck. Aber diese sind durch Medikamente gut kontrolliert. Sie hat weit verbreitete, erythematöse Flecken im Gesicht und am Hals, an den oberen und unteren Gliedmaßen und ihren Händen. Ihre Läsionen sind gut abgegrenzt und verteilen sich sowohl auf die Beuge- als auch auf die Streckseiten. Dies hat große Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Es hat Auswirkungen auf ihr Berufsleben. Sie musste Tage von der Arbeit freinehmen und verpasste dadurch die Gelegenheit auf eine Beförderung. Sie leidet sehr unter psychischen Problemen und Ängsten aufgrund ihres Aussehens, und beugt sich manchmal dem gesellschaftlichen Druck, aufgrund des Aussehens ihrer Haut. Sie schränkt ihre sozialen Interaktionen ein und vermeidet öffentliche Orte aufgrund ihres geringen Selbstwertgefühls als Folge ihrer atopischen Dermatitis. Wenn Sie sich also für ein Medikament entscheiden, sollten Sie in diesem Fall wirklich berücksichtigen, dass sie eine schwere atopische Dermatitis mit Beteiligung vieler Körperoberflächen hat, und dass sie außerdem an Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck leidet und Raucherin ist, also mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweist. Bei einem Patienten wie dieser sollten Sie also nicht sofort zu oralen JAK-Inhibitoren greifen. Sie könnten einen der biologischen Wirkstoffe in Betracht ziehen.

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 SoC¹
- 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



Images reproduced for educational purposes only from PO-SCORAD: Version 1.0 (©2016 NIAA). Photo: National Eczema Foundation. <https://www.necza.org>. 1. Park S, et al. J Dermatol Dermatol. 2013;34:755-759

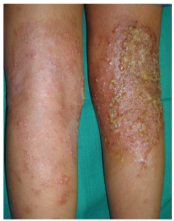
54

Wenn Sie das Ansprechen auf die Behandlung bei farbiger Haut beurteilen, gibt es einige Werkzeuge, die Sie verwenden können - Sie können also auf bestehende Beurteilungen zurückgreifen. Es gibt zwar keine validierten Werkzeuge für farbige Haut, aber Studien haben gezeigt, dass bestimmte Werkzeuge wie PO-SCORAD bei Farbigen genauso gut sind, wie bei weißen Patienten. Sie können auch erkennen, dass sich die atopische Dermatitis bei PoC Patienten anders darstellen kann, und Dr. Susan Taylor hat großartige dabei Arbeit geleistet, den Unterschied in der Darstellung bei PoC Personen im Vergleich zu weißen

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

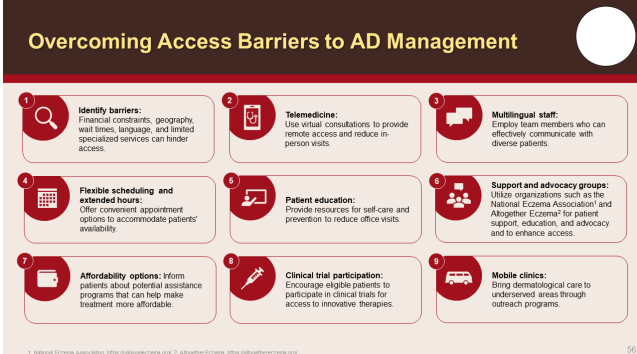
		<p>Patienten zu untersuchen. Außerdem sollten Sie eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlung in Erwägung ziehen. Wir wollen uns objektive Messwerte ansehen, aber Sie sollten auch die Ergebnisse aus Patientenperspektive berücksichtigen. Wie wirkt sich das auf sie aus? Wie wirkt sich das auf ihren Schlaf aus? Wie wirkt sich das auf ihre Leistung bei der Arbeit aus? Man sollte wirklich in der Lage sein, eine sehr gründliche Anamnese zu erstellen und zu sehen, wie wirkt sich das auf die Patienten aus, nicht nur, wie man sie in der Klinik sieht, sondern auch, wie wirkt sich das auf ihr Leben, und es ist auch sehr, sehr wichtig, dass wir auf Pigmentveränderungen überwachen, richtig? Pigmentveränderungen, insbesondere PIH, können einer der fünf Hauptgründe sein, warum Schwarze Patienten überhaupt einen Dermatologen aufsuchen. Daher ist es wirklich wichtig, dass sie, sobald wir ihre atopische Dermatitis behandeln, auch daran denken, dass PIH für diese Patienten ein sehr großes Problem sein kann und dass wir uns auch tatsächlich mit diesem Problem befassen.</p>
55.	<div data-bbox="263 1064 906 1422"> <h3>Patient Case: Hispanic Child With Moderate-to-Severe AD</h3> <ul style="list-style-type: none"> Patient: <ul style="list-style-type: none"> Male, 8 years old, Hispanic ethnicity Medical History: <ul style="list-style-type: none"> Relapsing remitting 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: <ul style="list-style-type: none"> Recurrent eczema flare-ups, red and inflamed skin on flexural areas More recent flare-ups complicated by <i>S. aureus</i>-infected lesions with weeping and honey-colored crusts Impact on OOL: <ul style="list-style-type: none"> 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  <p><small>© American Osteopathic Association Image reproduced for educational purposes only from Alexander H, et al. J Dermatol. 2020;152:1331-1342</small></p> </div>	<p>Der nächste Fall ist ein hispanisches Kind. Es handelt sich um ein 8-jähriges hispanisches Kind mit atopischer Dermatitis. Dieser Patient leidet seit seiner frühesten Kindheit an schubförmigem/remittierendem Ekzem, das in der Regel mit frei verkäuflichen Emollienten gut behandelt werden kann. In letzter Zeit hatte er jedoch immer häufiger und immer heftiger werdende Ausbrüche, was seine Eltern veranlasste, zum ersten Mal ärztliche Hilfe zu suchen. Er weist bei diesen wiederkehrenden Ekzemen rote und entzündete Haut an den Beugeflächen auf. Seine jüngsten Ausbrüche wurden durch <i>Staph aureus</i> mit <i>Staph aureus</i>-infizierte Läsionen mit nässenden und honigfarbenen Krusten kompliziert. Infolgedessen beeinträchtigt sein Ekzem aufgrund des Juckreizes und der Beschwerden seinen Schlaf und wirkt sich auf seine schulischen Leistungen und sein Verhalten aus. Er hat viele Schultage verpasst und nimmt nur eingeschränkt an Aktivitäten im Freien teil. Die Familie hat ebenfalls mit dieser Krankheit zu kämpfen. Es wirkt sich wirklich auf die ganze Familie aus, und aufgrund von Sprachbarrieren und Schwierigkeiten bei der Verbindung mit Ärzten haben sich er und seine Familie mehr</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)


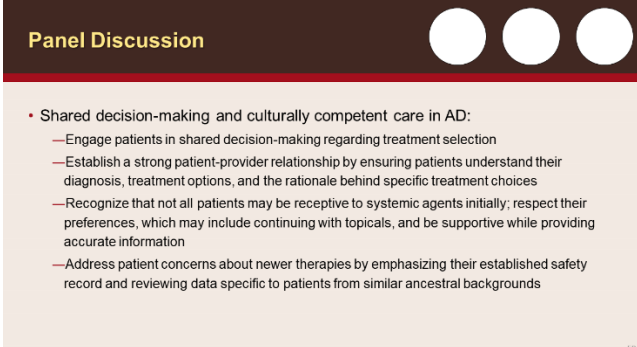
		<p>auf frei verkäufliche Produkte verlassen und haben dadurch gezögert, einen Dermatologen zu konsultieren. In dieser Situation hat dieser Patient also eine Superinfektion mit <i>Staph aureus</i>, und so können Sie eine Wundkultur in Betracht ziehen oder eine Behandlung mit oralen Antibiotika. Denken Sie daran, dass dieser Patient 8 Jahre alt ist, also sollten Sie vorsichtig sein, welches Antibiotikum Sie verwenden können. Antibiotika wie Doxycyclin sind in der Regel ab 9 Jahren, und sobald Sie diese Superinfektion behandeln, können Sie potenziell topische Mittel verwenden. Aber je Schweregrad muss die Therapie möglicherweise sogar auf ein Biologikum oder einen JAK-Inhibitor ausgeweitet werden. Und derzeit sind orale JAK-Inhibitoren für Patienten unter 12 Jahren nicht von der FDA zugelassen. Das einzige Biologikum, das für diese Patienten in Frage käme, wenn dieser Patient eine zusätzliche Therapie benötigt, wäre also Dupilumab.</p>
--	--	--

56.	 <p>Overcoming Access Barriers to AD Management</p> <ol style="list-style-type: none"> Identify barriers: Financial constraints, geography, wait times, language, and limited specialized services can hinder access. Telemedicine: Use virtual consultations to provide remote access and reduce in-person visits. Multilingual staff: Employ team members who can effectively communicate with diverse patients. Flexible scheduling and extended hours: Offer convenient appointment options to accommodate patients' availability. Patient education: Provide resources for self-care and prevention to reduce office visits. Support and advocacy groups: Utilize organizations such as the National Eczema Association¹ and "Altogether Eczema"² for patient support, education, and advocacy and to enhance access. Affordability options: Inform patients about potential assistance programs that can help make treatment more affordable. Clinical trial participation: Encourage eligible patients to participate in clinical trials for access to innovative therapies. Mobile clinics: Bring dermatological care to underserved areas through outreach programs. <p><small>1. National Eczema Association. https://nationaleczema.org/ 2. Altogether Eczema. https://altogethereczema.org/</small></p>	<p>Wie überwinden wir also die Hindernisse beim Zugang zur Behandlung der atopischen Dermatitis? Wie ich bereits erwähnte, hatte der Patient zuvor Probleme mit der Sprachbarriere, hatte seit vielen Jahren Ekzeme und war gerade zum ersten Mal beim Dermatologen. Wir können es also besser machen, oder? Was wir tun wollen, ist Barrieren zu identifizieren - gibt es finanzielle Einschränkungen? geografische Wartezeiten? gibt es Sprachbarrieren? und was können wir tun, um diese Hindernisse zu überwinden? Daher werden wir manchmal nicht in der Lage sein, eine flexible Zeitplanung anzubieten, manchmal reicht ein Zeitplan von 08.00 bis 16.00 Uhr möglicherweise nicht aus, damit Patienten Sie sehen können. Deshalb sollten wir vielleicht spätere Sprechstunden anbieten, um mehr Patienten zu erreichen. Sie sollten sicherstellen, dass Sie mehr erschwingliche Optionen anbieten, sei es in Ihrer Praxis oder indem Sie dafür sorgen, dass diese Patienten einige der Optionen kennen, die die Arzneimittelhersteller ihren Patienten anbieten. Wer kann sich möglicherweise keine Therapien leisten? Einige dieser Arzneimittelhersteller bieten auch Optionen an, Programme zur Unterstützung von Patienten. Wenn Patienten nicht zu Ihnen kommen können, sollten Sie in der Lage sein,</p>
-----	--	---

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>telemedizinische Dienstleistungen für Patienten anzubieten. Wir möchten auch Patientenaufklärung anbieten auf kulturell relevante Weise und in ihrer bevorzugten Sprache, richtig? Es reicht also nicht aus, jemandem eine Broschüre zu geben, wenn diese Broschüre auf Englisch ist und dieser Patient diese Sprache nicht spricht. Und wenn der Patient geeignet ist, sollten Sie in der Lage sein, ihm mögliche klinische Optionen für klinische Studien für diese Patienten zu empfehlen. Und beim Personal in Ihrer Klinik sollten Sie darauf achten, dass Sie ein mehrsprachiges Personal haben, und wenn Sie keine mehrsprachigen Mitarbeiter haben, dass Sie Dienstleistungen anbieten können, die es ermöglichen, Spanisch oder irgendeine Sprache zu sprechen. Und außerdem hatten diese Patienten, wie ich bereits erwähnt habe, alle drei Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Sie sollten die Vorteile von Interessenvertretungsgruppen oder vielen Patientenunterstützungsgruppen nutzen, die wirklich großartige Arbeit leisten, indem sie Patienten mit Ressourcen und Möglichkeiten in Kontakt bringen, um ihre Lebensqualität zu verbessern und eine Gemeinschaft zur Unterstützung für ihre Erkrankung zu haben. Und mobile Kliniken sind eine weitere Option in wirklich unterversorgten Gebieten, die es uns ermöglichen, unsere Reichweite zu erweitern.</p>
57.	 <p>Panel Discussion: Treatment and Ongoing Assessment of AD in Skin of Color</p>	<p>Nun gut. Und damit endet meine Präsentation. Jetzt möchte ich den Boden für die Podiumsdiskussion öffnen.</p>
58.	 <p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shared decision-making and culturally competent care in AD: <ul style="list-style-type: none"> —Engage patients in shared decision-making regarding treatment selection —Establish a strong patient-provider relationship by ensuring patients understand their diagnosis, treatment options, and the rationale behind specific treatment choices —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 —Address patient concerns about newer therapies by emphasizing their established safety record and reviewing data specific to patients from similar ancestral backgrounds 	<p>Das war eine hervorragende Präsentation. Ich denke also, dass die Frage und Antwort zunächst einmal aus einer praktischen Perspektive betrachtet werden sollten, und Sie haben eine großartige Arbeit geleistet, indem Sie alle Daten und alle Optionen überprüft haben. Aber wie können wir das alles aus einer gemeinsamen Entscheidungsperspektive zusammenbringen? Und wirklich, aus der Perspektive des Versuchs, kulturell kompetente</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>Versorgung für verschiedene Patientengruppen zu bieten?</p> <p>Also, ich würde sagen, dass Patienten nicht nur ein Datenpunkt sind, richtig? Man kann sich einen Patienten ansehen und sagen: „Okay, dieser Patient hat eine schwere atopische Dermatitis, benötigt Dupilumab oder einen oralen JAK-Inhibitor.“ Aber Patienten müssen mitkommen, sie müssen mitmachen, richtig? Wenn Sie diesen Patienten zum ersten Mal sehen und sofort zu Dupilumab greifen möchten, ist er vielleicht ein wenig überrascht, weil er seine Diagnose vielleicht besser verstehen möchte. Sie möchten vielleicht ein besseres Verständnis dafür haben, warum Sie sich für dieses Medikament entscheiden, richtig? Es ist also wirklich wichtig, dass die Patienten beteiligt sind und ihre Diagnose verstehen und mit den Behandlungsmöglichkeiten einverstanden sind, oder? Nicht jeder ist von der Idee der Injektionen begeistert. Nicht jeder ist von der Idee der Laborüberwachung begeistert, die für orale JAK-Inhibitoren notwendig sein kann. Patienten benötigen bei Baseline eine Laborüberwachung, manchmal benötigen sie sie auch noch ein paar Monate danach, nicht wahr? Daher müssen die Patienten verstehen, was ihre Diagnose ist, und manchmal brauchen sie ein zweites Gespräch, bevor man tatsächlich über eine wesentliche Lebensänderung wie Dupilumab oder Tralokinumab oder einen der anderen oralen JAK-Inhibitoren spricht. Man muss also wirklich nur sicherzustellen, dass die Patienten sich ihrer Erkrankung bewusst sind und sich mit den Entscheidungen, die in diesem Raum getroffen werden, wohlfühlen, und das wird langfristig dazu beitragen, eine bessere langfristige Beziehung zu fördern.</p> <p>Dem stimme ich voll und ganz zu, und oft sind die Patienten beim ersten Besuch bei Ihnen nicht empfänglich für einen systemischen Wirkstoff. Und ich denke, es ist von entscheidender Bedeutung, wie wir bereits gesagt haben, diese Beziehung aufzubauen. Es passieren also folgendes: Oft wollen sie einfach nur bei topischen Produkten bleiben, oder? Wir wissen, dass sich ihr Zustand so nicht unbedingt verbessern wird. Aber wenn sie zurückkommen, sagen sie: „Nun, wissen Sie, es geht mir nicht wirklich viel besser“, und dann sind sie offen für</p>
--	--	--

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>dieses Gespräch. Vielleicht dauert es einen, zwei, vielleicht drei Termine, aber urteilen Sie nicht. Werden die Patienten dorthin gelangen? Wir müssen nur da sein, unterstützen und ihnen die richtigen Informationen geben. Schön gesagt, ja, ich denke, das ist sehr wahr. Ich glaube, der andere Punkt ist, dass viele dieser Therapien ziemlich neu sind, und ich habe festgestellt, dass manche Patienten bei neuen Behandlungen nervös werden, weil sie nicht das Gefühl haben wollen, dass sie ein Versuchskaninchen sind oder an ihnen experimentiert wird. Ich denke also, dass es wirklich wichtig ist, die etablierte Sicherheitsbilanz zu verstehen und in der Lage zu sein, sie zu überprüfen, diese Daten gut zu kennen und in der Lage zu sein, eine beruhigende Einschätzung der Daten geben zu können, denn wenn das nicht der Fall ist, wird der Patient das nicht unbedingt so sehen, ganz gleich, wie sauber das Medikament unserer Meinung nach ist, und er wird möglicherweise zögern, damit zu beginnen.</p> <p>Und wenn wir sagen, dass es Daten von Patienten gibt, die so aussehen wie Sie, also dieselbe Abstammung haben wie Sie, speziell aus Sicht der Sicherheit, der Wirksamkeit - dann kommen Sie wirklich weit, mit diesen speziellen Informationen.</p> <p>PoC Patienten, insbesondere dunkelhäutige Patienten, haben eine ziemlich schwierige Geschichte, wenn es um klinische Studien und Experimente geht. Wenn Sie also ein Medikament erwähnen, das 2017 von der FDA zugelassen wurde, was für einige Menschen möglicherweise nicht lange genug ist, sind einige Menschen sehr nervös. Es ist also wirklich toll, dass sich Pharmaunternehmen wie die hinter Dupilumab und sogar neueren Medikamenten wie Lebrikizumab, das noch nicht einmal auf dem Markt ist, wirklich darauf konzentrieren, Informationen darüber zu liefern, wie diese Therapien bei PoC Patienten wirken, da diese Datensätze und das Vorliegen dieser Informationen, die Ihren Patienten zur Verfügung gestellt werden können, wirklich viel bewirken können, damit sie sich mit diesem neuen Medikament besser fühlen.</p>
--	--	--

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

59.	<p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Shared decision-making and culturally competent care in AD (cont)<ul style="list-style-type: none">—Simplified dosing schedules (eg, injections every few weeks) may potentially enhance adherence, considering patients' preferences and busy lifestyles—Discuss potential treatment-related adverse events candidly, providing reassurance based on personal experience while acknowledging patients' concerns	<p>Und ich denke, es gibt auch praktische Überlegungen, denn die meisten Patienten mögen die Vorstellung nicht, eine Spritze zu bekommen, und das ist verständlich. Andererseits ist es aus Sicht der Therapietreue manchmal viel einfacher, einmal alle 2 Wochen oder alle 4 Wochen eine Spritze zu bekommen, als sich an die tägliche Einnahme zu erinnern. Und wenn Sie mit der Arbeit oder zu Hause beschäftigt sind und andere Probleme und psychosoziale Faktoren haben, die sich auf Ihre Versorgung auswirken, vereinfacht eine Spritze einmal alle paar Wochen eine Menge für die Patienten, und so ist das manchmal einfach eine pragmatische Option, die für sie besser geeignet ist.</p> <p>Ich denke, das andere, was für diese Patientenpopulation wirklich wichtig ist, ist die sachliche Aufklärung über unerwünschte oder mögliche unerwünschte Ereignisse. Beantworten Sie alle Fragen, geben Sie Prozentsätze an, wenn wir Prozentsätze haben, aber die sind einfach wirklich beängstigend. Ich meine, es ganz klar zu sagen. Ich meine, sie sind beängstigend für die Patienten, sie sind beängstigend für uns. Aber wenn Sie einfach nur die Daten durchgehen und beruhigend auf sie einreden, lassen Sie sie wissen, dass dies eine Möglichkeit ist. Ich berichte ihnen aus meiner Erfahrung, dass ich solche Fälle gesehen oder nicht gesehen habe. Ich glaube, das hilft auch sehr.</p>
60.	<p>Panel Discussion</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoring treatment efficacy in patients with SoC:<ul style="list-style-type: none">—Utilize patient-reported outcomes, such as the POEM score, to assess treatment efficacy and monitor the patient's subjective experience throughout visits—Perform a thorough physical exam, focusing on parameters such as plaque size reduction and itch relief—Patient feedback, specifically when they express improvement in eczema symptoms and shift their concern towards pigmentary issues, can indicate progress in treatment efficacy—Recognize differences in patient feedback between conditions such as acne and eczema, where eczema patients' subjective improvements extend beyond visible signs	<p>Und wissen Sie, dies berührt ein wenig die letzte Diskussion, die wir hatten. Und wissen Sie, wenn wir diese Entscheidung treffen, diese gemeinsame Entscheidung, gehen die Patienten zur Therapie über. Worauf achten Sie, vor allem bei der Überwachung der Wirksamkeit der Behandlung, und berücksichtigen Sie wirklich die besonderen Merkmale der Hautfarbe? Ich habe es bereits erwähnt, aber ich mag die von Patienten berichteten Ergebnisse sehr. Also ermittle ich diesen POEM-Score mehrmals - bei Basislinie und während des Besuchs. Ich sehe also beim zweiten Besuch, dem dritten Besuch, dem vierten Besuch, dass dasselbe vom Patienten berichtete Ergebnis mit dem POEM-Score durchgeführt werden kann. Das ist eine einfache Möglichkeit, noch bevor ich den Raum betrete, herauszufinden, wie es ihnen mit dieser Erkrankung geht. Sie überwachen aber</p>

Diagnose und Behandlung der atopischen Dermatitis bei People of Color (PoC)

Ungleichheiten bei der Diagnose und -Behandlung von AD verstehen:

Auswirkungen auf People of Color (PoC)

		<p>auch die atopische Dermatitis selbst. Nehmen ihre Plaques in der Größe ab? Haben sie weniger Juckreiz? Wie wirkt sich das auf ihre Lebensqualität aus? Wenn man den Patienten also wirklich diese Fragen stellt und eine sehr gründliche körperliche Untersuchung durchführt, kann es Ihnen wirklich helfen, eine bessere Vorstellung davon zu bekommen, wie die Dinge funktionieren. Und manchmal das ist der einfachste Weg, um herauszufinden, ob die Dinge funktionieren, ist, wenn ein Patient sagt: „Hey, mein Ekzem war besser - hilf mir mit der Dunkelheit.“ Das ist immer ein gutes Zeichen. Das bedeutet, dass sich das Ekzem fast auf dem Rückzug befindet. Jetzt konzentrieren sie sich auf Pigmente, und das gibt mir die Gewissheit, dass wir diesem Patienten einen großen Dienst erwiesen haben, und jetzt nur noch versuchen, die Pigmentanomalie zu behandeln, was nicht einfach ist, aber zumindest wissen wir, dass wir in eine andere Phase der Behandlung übergehen.</p> <p>Ja, 100 %. Ich sehe meine Akne-Patienten wieder und sie sagen „Mir geht es nicht besser.“ Wenn man dann nachsieht, sind keine Papeln oder Mitesser zu sehen, aber die Ekzempatienten sagen „Oh, mir geht es besser“, weil ihr Juckreiz besser ist, sie schlafen und sagen, dass sie sich nicht mehr so unwohl fühlen. Das ist also kein Vergleich zwischen diesen beiden Erkrankungen.</p> <p>Ausgezeichnete Punkte und vielen Dank für diese wunderbare Diskussion.</p>
61.		<p>Ich möchte mich noch einmal bei meinen Co-Referenten für die herausragenden Präsentationen und Diskussionen bedanken. Und ich möchte dem Publikum für die Teilnahme danken.</p>