

# BIODERMA

## CONGRESS REPORTS

### Bioderma Congress Reports ESPD 2024

Rapports rédigés par le Pr Ivelina Yordanova (Dermatologue, Bulgarie)

#### INTRODUCTION

Le 23e congrès de la Société européenne de dermatologie pédiatrique (ESPD) s'est déroulé dans la charmante ville de Košice, en Slovaquie, où les rues résonnaient des airs entraînants de la chardash, transportant les participants dans un magnifique conte de fées issu d'un passé lointain. Les organisateurs du congrès, l'ESPD et la Société slovaque de dermatologie, sous la houlette de la présidente du congrès, le professeur Klara Martinaskova, ont su créer une atmosphère mêlant culture ancienne et romantisme. L'événement a donné lieu à des présentations de haute technologie de la part de dermatologues pédiatriques chevronnés de toute l'Europe, ainsi que de jeunes dirigeants enthousiastes et d'orateurs venus du monde entier.

#### ICHTYOSSES CONGÉNITALES

Intervenante : Pr Juliette Mazereeuw-Hautier

Une avancée significative dans le traitement des formes sévères d'ichtyose a été annoncée au cours de l'une des sessions.

Les ichtyoses congénitales sont un groupe rare de maladies monogéniques caractérisées par **une différenciation épidermique anormale**. Le diagnostic repose principalement sur des signes cliniques tels que l'érythème, la desquamation et le prurit. Les traitements conventionnels impliquent généralement des thérapies locales à base d'agents émoullissants et kératolytiques, ainsi qu'un traitement systémique à base de rétinoïdes comme l'acitrétine.

De récentes recherches ont révélé que l'inflammation dans l'ichtyose suit l'axe IL-23/Th17. On peut donc se demander si les produits biologiques sont efficaces pour traiter les formes graves de la maladie.

La présentation portant sur « Les agents biologiques dans l'ichtyose » a été assurée par le Pr Juliette Mazereeuw-Hautier, dermatologue et professeur à l'université Paul Sabatier de Toulouse, en France. Elle est également praticienne hospitalière et dirige un centre de référence pour les maladies rares et les ichtyoses congénitales. Avec un indice de 30, le professeur Mazereeuw-Hautier est co-auteur de 164 publications qui ont été citées 4621 fois.

Sa présentation portait sur l'accumulation de cas d'ichtyose sévère traités par des agents biologiques, ce qui a soulevé la question de leur efficacité dans la prise en charge de la maladie. **Pour répondre à cette question, le professeur Juliette Mazereeuw-Hautier a mené une étude observationnelle rétrospective internationale dans 22 centres experts de 8 pays.** L'étude a été menée de janvier 2018 à août 2023.

##### Critères d'inclusion :

- patients atteints d'ichtyose congénitale traités avec des produits biologiques pendant 3 mois ou plus ;
- ou recevant un traitement plus court en raison de l'apparition d'effets indésirables.

##### Critères d'exclusion :

- formes légères d'ichtyose ;
- ichtyose vulgaire, ichtyose liée à l'X ;
- absence d'amélioration de la peau, autres maladies inflammatoires chroniques ;
- dermatite atopique, urticaire.

L'étude portait sur 98 patients atteints de formes sévères d'ichtyose, dont 49 % de femmes et 51 % d'hommes. Les patients étaient originaires de diverses régions, dont 63 % d'Europe, 34 % des États-Unis et 3 % d'Asie. L'âge moyen des patients était de 15,5 ans et la majorité (72,5 %) était d'origine caucasienne. Les patients sont répartis par diagnostic comme suit : syndrome de Netherton (30 %), érythrodermie ichtyosiforme congénitale (21 %) et ichtyose lamellaire (13 %). La plupart des patients présentent une forme sévère ou très sévère d'ichtyose.

En ce qui concerne le traitement, les patients ont reçu une thérapie topique accompagnée de produits biologiques dans 32 % des cas, notamment des corticostéroïdes, des inhibiteurs de la calcineurine et des kératolytiques. Un traitement systémique par rétinoïdes oraux, photothérapie, corticostéroïdes systémiques, immunoglobulines et méthotrexate a été administré dans 24,5 % des cas.

Sur les 98 patients, 81 ont reçu une thérapie biologique de première ligne, 16 une thérapie de deuxième ligne et un patient une thérapie de troisième ligne.

En **traitement biologique de première intention**, les patients ont reçu :

- des inhibiteurs de l'IL-17 (ixekizumab, secukinumab) dans 37 % des cas ;
- des inhibiteurs de l'IL-12/23 (ustekinumab) dans 31 % des cas, des inhibiteurs de l'IL-4/13 (dupilumab) dans 28 % des cas ;
- un inhibiteur du TNF alpha (adalimumab) dans 4 % des cas.

44% des patients ont poursuivi le traitement après l'inclusion initiale. Les 56 % restants ont interrompu le traitement par agents biologiques pour les raisons suivantes :

- manque d'efficacité (82%) ;
- détérioration de l'état cutané (14,5 %) ;
- effets indésirables (3,5 %).

La durée moyenne du traitement était de 22 mois  $\pm$  21,6 mois, le traitement le plus long ayant duré 36 mois  $\pm$  21,6 mois. 76% des patients ont suivi le traitement biologique classique du psoriasis, de l'urticaire et de la dermatite atopique.

The slide, titled "1st line of biologic", displays the following data:

Type of biologic	Status at inclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• IL17 inhibitor (ixekinumab or secukinumab): n=36 (37 %)</li> <li>• IL12/23 inhibitor (ustekinumab): n=30 (31 %)</li> <li>• IL4/13 inhibitor (dupilumab): n=27 (28 %)</li> <li>• TNF-<math>\alpha</math> inhibitors (adalimumab or infliximab): n=4 (4%)</li> <li>• Anti human IgE (omalizumab) : n=1 (1%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongoing: n=43 (44%)</li> <li>• Withdrawn : n=55 (56%) <ul style="list-style-type: none"> <li>*Lack of effectiveness: 82 %</li> <li>*Skin worsening: 14.5 %</li> <li>*Side effects: 3.5 %</li> </ul> </li> </ul>
Regimen	Mean duration of treatment
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosing AD, psoriasis, or urticaria: 76 %</li> <li>• No recommendations (low weight or age): 11%</li> <li>• Increased dosage/reduced frequency: 13%, later on 29%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overall: 22 months <math>\pm</math>20.1</li> <li>• Ongoing treatment : 36 months <math>\pm</math>21.6</li> <li>• Withdrawn treatment: 12 months <math>\pm</math>10.7</li> </ul>

L'efficacité du traitement a été évaluée par le score IGA (Investigator Global Assessment), qui a révélé une aggravation chez 8 % des patients, une absence d'amélioration chez 46 %, une légère amélioration chez 28 % et une nette amélioration chez 1 % des patients atteints d'ichtyose.

L'effet du médicament a également été évalué en termes de prurit, d'érythème et de desquamation. Une amélioration du prurit a été observée dans 73% des cas, une réduction de l'érythème dans 69% des cas et une amélioration de la desquamation chez 58% des patients. En outre, dans le cas du syndrome de Netherton, on a observé des améliorations en termes de croissance des cheveux et de qualité de vie.

Des effets indésirables ont été observés chez 16% des patients traités avec des produits biologiques, les infections récurrentes étant les plus fréquentes.

La question se pose de savoir s'il existe des différences de réponse au traitement biologique dans les sous-groupes d'ichtyose en fonction de l'âge, du type de produit biologique et de la forme d'ichtyose. Il a été constaté qu'il **n'y avait pas de différence de réponse selon l'âge**. Alors que le type de produit biologique a montré une tendance à une meilleure efficacité des inhibiteurs de l'IL-12/23 et des inhibiteurs de l'IL-4/13 (56%) par rapport aux inhibiteurs de l'IL-17 (33%), la forme d'ichtyose s'est avérée importante. Les patients atteints du syndrome de Netherton ont mieux répondu aux inhibiteurs de l'IL-12/23 dans 86 % des cas. Le syndrome de Netherton a été identifié comme celui qui répond le mieux au traitement biologique, contrairement à l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale, sur laquelle l'effet des produits biologiques est variable.

L'étude menée présente plusieurs limites. Tout d'abord, le nombre limité de patients dans les sous-groupes limite la fiabilité statistique de l'analyse. En outre, la rechute survient environ 33 mois après la fin du traitement par un produit biologique. Les données publiées concernant l'effet du traitement de différentes formes d'ichtyose sévère par des produits biologiques divergent, avec seulement 29 publications disponibles, incluant un petit nombre total de patients (69 au total) et des périodes de suivi courtes. Une seule étude publiée en 2022 a traité 20 patients atteints d'ichtyose pendant 16 semaines avec des inhibiteurs de l'IL-17. Elle n'a révélé aucune différence statistiquement significative entre les patients traités avec un produit biologique et ceux traités avec un placebo.

**En conclusion, les résultats ne permettent pas de prescrire des produits biologiques à tous les patients atteints d'ichtyose.** Les patients et leurs médecins doivent savoir qu'il est impossible de prédire l'efficacité d'un traitement biologique, mais on suppose qu'il réduira l'érythème et l'inflammation de la peau chez les patients atteints du syndrome de Netherton. Les inhibiteurs de l'IL-12/23 peuvent être plus efficaces que les inhibiteurs de l'IL-17. Cependant, l'effet de légère amélioration est généralement transitoire et peut s'aggraver avec le temps. L'association de produits biologiques avec l'acitrétine est appropriée compte tenu de son effet sur la desquamation. Il convient également de noter que les produits biologiques ne sont pas autorisés pour ce traitement et qu'il s'agit de médicaments extrêmement coûteux.

## CHUTE DE CHEVEUX CHEZ L'ENFANT – QUOI DE NEUF ?

Intervenante : Pr Dr med. univ. Ulrike Blume-Peytavi – Directrice du Centre de recherche clinique pour la science des cheveux et de la peau – Hôpital universitaire de la Charité de Berlin

### Alopécie et trichotillomanie de traction chez l'enfant

**La trichotillomanie**, également connue sous le nom d'arrachage des cheveux, est un trouble de la santé mentale qui provoque chez l'enfant une envie incontrôlable de s'arracher les cheveux. L'arrachage des cheveux est la manifestation la plus fréquente. Certains enfants arrachent également les poils d'autres parties du corps, y compris les cils, les sourcils, les organes génitaux, les bras et les jambes. Beaucoup d'enfants s'arrachent les cheveux sans le savoir.

La dermoscopie, un outil apparu relativement récemment au chevet des patients, peut faciliter l'examen des lésions cutanées pédiatriques, car elle ne provoque aucune gêne physique ou anxiété. Les caractéristiques dermoscopiques de la trichotillomanie sont notamment des cheveux enroulés aux extrémités effilochées, des cheveux courts présentant une trichoptilose (pointes fourchues) et des cheveux en flamme.

La pharmacothérapie de la trichotillomanie pédiatrique a montré des résultats mitigés. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ne permettent pas de réduire les symptômes de l'arrachage des cheveux en tant que tels, tandis que l'antagoniste opioïde naltrexone et le neuroleptique atypique olanzapine montrent une certaine efficacité. La thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie à base de N-acétylcystéine à une dose de 2 x 1200 mg par jour sont bien tolérées, peu coûteuses et facilement accessibles en tant qu'options en vente libre avec un bon profil de sécurité. La clomipramine, seul médicament approuvé par la FDA pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants de 10 ans et plus, est également utilisée.

### Cheveux anagènes caducs

Le syndrome des **cheveux anagènes caducs** (SCAC) est un trouble capillaire pédiatrique rare caractérisé par une phase anagène courte, qui empêche la pousse de cheveux longs et a un impact psychologique négatif. Une association significative a été trouvée entre la mutation du gène WNT10A et le SCAC, que l'on observe tout particulièrement chez les individus aux cheveux clairs et présentant une régression de la racine des cheveux dans la région fronto-pariétale. Les variants rares de WNT10A sont associés à un spectre phénotypique allant de l'absence de signes cliniques à une dysplasie ectodermique sévère. L'effet biologique partagé présumé des variants WNT10A dans le SCAC et la MPHL (calvitie masculine) est un raccourcissement de la phase anagène.

### Syndrome des cheveux incoiffables

Le syndrome des cheveux incoiffables (UHS) se caractérise par des cheveux secs et frisés qui résistent au passage du peigne. Cette affection se développe généralement dans l'enfance, souvent entre la petite enfance et l'âge de 3 ans, mais peut survenir jusqu'à l'âge de 12 ans. Les enfants concernés ont généralement des cheveux de couleur claire, décrits comme blonds ou argentés avec des reflets brillants. Les cheveux poussent à partir du cuir chevelu dans toutes les directions plutôt que vers le bas. Malgré son aspect, le cheveu n'est pas fragile ou cassant, et il pousse à un rythme normal ou légèrement plus lent. Le syndrome des cheveux incoiffables touche uniquement les cheveux. Il est important d'étudier ce syndrome car il peut être un indicateur d'autres problèmes de santé plus graves.

Des maladies telles que le syndrome de Bork Stender Schmidt, la dysplasie ectodermique et la dysplasie phalango-épiphysaire en « ailes d'anges » peuvent être associées à l'UHS mais les cas sont généralement isolés. La plupart des cas d'UHS sont d'origine génétique. On a constaté que le syndrome était causé par des modifications génétiques des gènes PADI3, TGM3 et TCHH. Ces 3 gènes codent pour des protéines impliquées dans la formation de la tige du cheveu. Il s'agit principalement d'une maladie héréditaire autosomique récessive, bien que le NIH indique que l'origine autosomique dominante peut également survenir en raison de l'implication de plusieurs gènes dans la formation des cheveux. Cependant, tous les cas d'UHS ne présentent pas de mutations au niveau de ces gènes, de sorte que la cause de l'état de ces patients reste inconnue.

### Quoi de neuf dans l'alopecie areata de l'enfant ?

L'alopecie areata (AA) est une maladie immunitaire inflammatoire caractérisée par une chute de cheveux non cicatricielle. Entre 11 et 50 % des cas apparaissent chez l'enfant, le taux de prévalence des AA pédiatriques étant légèrement supérieur à celui des adultes. Étant donné que la plupart des patients pédiatriques présentant une AA limitée se rétablissent spontanément et que la réponse aux traitements actuels est imprévisible, les preuves de l'efficacité des traitements sont généralement faibles. De nombreux parents interrompent le traitement en raison de l'absence d'effet curatif, d'une rechute fréquente ou de préoccupations concernant les effets indésirables. Certains patients développeront toutefois des symptômes récurrents. L'AA peut toucher tous les types de peau au niveau du cuir chevelu.

Les traitements de l'AA couramment acceptés sont notamment les corticostéroïdes intralésionnels, les corticostéroïdes topiques, le minoxidil, les analogues de prostaglandines topiques, les corticostéroïdes systémiques, les immunosuppresseurs, le traitement au laser, les inhibiteurs de JAK, les produits biologiques, les inhibiteurs de la phosphodiesterase 4, le traitement au PRP, l'administration d'IL-2 à faible dose, les statines, les antihistaminiques et le microneedling. Les corticostéroïdes topiques puissants constituent le traitement de première intention chez les patients pédiatriques.

Le Pr Ulrike Blume-Peytavi, docteur en médecine, a présenté une étude sur l'efficacité du **Coacillium**, une nouvelle solution cutanée botanique composée d'*Allium cepa*, *Citrus limon*, *Theobroma cacao* et *Paullinia cupana*, qui a montré des résultats prometteurs sur le cycle du follicule pileux et l'activation des cellules endothéliales, ce qui en fait un **traitement potentiel de l'alopecie areata modérée à sévère** chez l'enfant et l'adolescent.

L'étude portait sur 62 enfants et adolescents (âge moyen 11 ans, 45 % de filles) âgés de 2 à 18 ans atteints d'AA sévère (60 %) ou modérée (40 %). Chaque patient a été assigné au hasard à l'application de la solution de Coacillium à 22,25 % (n = 42) ou du placebo (n = 20) deux fois par jour pendant 24 semaines, suivie d'une période sans traitement de 24 semaines supplémentaires pour évaluer les taux de rechute. Le critère

d'évaluation principal était un changement dans les scores de l'outil de mesure de la gravité de l'alopécie (SALT), 100 étant le pire et 0 étant le meilleur, de la ligne de base à la semaine 24.

Les résultats ont montré qu'après 24 semaines, les patients traités par Coacillium ont vu une **amélioration moyenne du score de l'outil de mesure de la gravité de l'alopécie (SALT) de 22,87 %**, alors que les patients traités par placebo ont régressé de 8 %. Pendant la période sans traitement, l'état des patients traités par Coacillium a continué de s'améliorer, les scores SALT passant de 43,6 à 29. À la semaine 48, 47 % des patients traités par Coacillium avaient atteint un score SALT de 20 ou moins, contre seulement 9,1 % des patients traités par placebo (P = 0,0031). Tous les événements indésirables étaient locaux, transitoires, légers ou modérés, à l'exception d'un cas d'eczéma transitoire sévère. Aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

**Coacillium in moderate to severe alopecia areata in children and adolescents**  
**Durable response after treatment discontinuation**

- After 24 weeks (V3), treatment is discontinued. SALT score is measured after 24 weeks off-treatment (V5, or week-48)
- 52% of Coacillium group experienced hair growth between V3 (end of treatment) and V5 (24-weeks after end of treatment) versus 37% in placebo group

After Coacillium discontinuation, SALT continues to improve, from 44 to 29

Time Point	Coacillium (Mean SALT)	Placebo (Mean SALT)
Baseline	62	56
12 weeks	62	53
24 weeks	61	44
36 weeks (no treatment)	53	37
48 weeks (no treatment)	29	56

Group	Percentage
Coacillium	52%
Placebo	37%

Le Pr Ulrike Blume-Peytavi a présenté l'efficacité et la tolérance d'un nouvel inhibiteur sélectif de kinase de la famille JAK3/TEC par voie orale : le **ritlecitinib**, chez les patients atteints d'AA. Elle a évoqué la conception et des résultats d'un essai randomisé, en double aveugle, multicentrique, de phase 2b-3 mené sur 118 sites dans 18 pays. L'essai incluait des patients âgés de 12 ans et plus atteints d'AA. Le ritlecitinib est le **premier médicament approuvé par la FDA et l'EMA pour le traitement des enfants de plus de 12 ans atteints d'AA**.

**Ritlecitinib in Severe/Very Severe Alopecia Areata in Adolescents**

Dual MoA targets key immune system-activating interactions in AA<sup>1-9</sup>

Ritlecitinib is a JAK3/TEC family kinase inhibitor<sup>10</sup>

CLARITE | Department of Dermatology, Venereology and Allergology

# PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE DERMATITE ATOPIQUE LÉGÈRE À MODÉRÉE

Intervenant : Pr Andreas Wollenberg (Munich, Allemagne)

Lors de la dernière session scientifique, le professeur Andreas Wollenberg, de Munich, a évoqué son thème de prédilection : la prise en charge holistique des enfants et des adolescents atteints de dermatite atopique (DA) légère à modérée.

Il a souligné la raison pour laquelle nous nous intéressons à la DA légère à modérée. Il a notamment expliqué que, chez la plupart des patients atteints de DA, les zones concernées sont de taille réduite et les lésions bénignes, et ne nécessitent donc pas de traitement systémique. Dans cette cohorte, on doit éviter les facteurs déclenchants, mais il faut tout d'abord les identifier. Il faut de tenir compte des comorbidités, bien qu'elles ne soient pas pertinentes dans la population atteinte des formes légères à modérées. Il est très important d'identifier les complications infectieuses, car elles peuvent survenir très facilement, même chez les patients atteints de formes modérées. La prévention des poussées est essentielle.

Les caractéristiques du patient et les problèmes à résoudre sont différents pour chaque enfant : exacerbation aiguë de la maladie nécessitant une intervention rapide, maladie chronique à long terme nécessitant une immunomodulation, maladie atopique sévère avec nécessité de prévenir les poussées.

- Il s'agit tout d'abord de déterminer l'**âge** du patient, qu'il s'agisse d'un nourrisson, d'un enfant en bas âge ou d'un adolescent.
- Il faut ensuite déterminer son **origine ethnique** -caucasien, afro-américain, asiatique ou autre. Les patients de phototype VI peuvent ne pas présenter un érythème manifeste.
- Il faut déterminer la **variante clinique** de la maladie, qui a une incidence sur le traitement. En ce qui concerne les comorbidités, elles sont divisées en atopiques et non atopiques.
- Il faut **parler** aux patients, leur expliquer en quoi consiste leur maladie et quelles sont les options thérapeutiques qui s'offrent à eux, afin qu'ils puissent choisir leur traitement en toute connaissance de cause. En dermatologie pédiatrique, on traite non seulement l'enfant malade, mais également toute la famille.

Selon le professeur Wollenberg, lorsque l'on prend en charge un patient pédiatrique atteint de dermatite atopique, on ne doit pas oublier de rechercher l'existence d'une allergie de contact. Chez les patients adultes atteints de DA, on sait qu'un sur quatre souffre d'une allergie de contact. Au cours des huit dernières années, l'incidence des allergies de contact chez les enfants atteints de DA a été la même que chez les adultes atteints de DA, et un enfant atteint de DA sur trois a souffert d'une forme d'allergie de contact. Il a également été démontré que les conservateurs et les parfums contenus dans les émoullients provoquent des allergies de contact chez les enfants atopiques. C'est pourquoi de plus en plus d'émoullients sont aujourd'hui sans parfum et conditionnés dans des tubes stériles sans conservateurs.

## Sur quels principes repose le traitement de la DA ?

Le traitement de la DA consiste à stabiliser la barrière cutanée, à réduire l'inflammation de la peau et à corriger la dysbiose. Si la xérose doit être corrigée, des émoullients topiques seront appliqués immédiatement après la douche. Cela devrait réduire la perte insensible en eau et augmenter l'efficacité des corticostéroïdes topiques. Ces derniers peuvent être associés à la photothérapie, à un traitement proactif à base de corticostéroïdes topiques et d'inhibiteurs de la calcineurine, ainsi qu'à un traitement systémique.

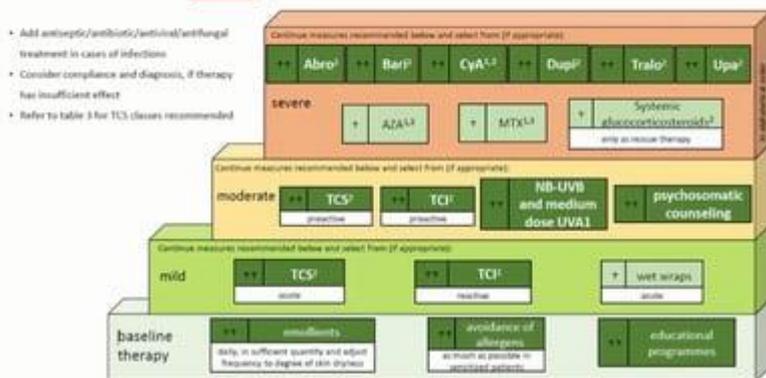
Chez l'enfant, les corticostéroïdes topiques doivent être utilisés à la dose la plus faible possible, afin de réduire le risque de développer un syndrome de Cushing iatrogène. Parmi les inhibiteurs topiques de la calcineurine, le tacrolimus est beaucoup plus efficace que le pimécrolimus. Les inhibiteurs de Janus kinase comprennent JAK 1, JAK 2, JAK 3 et TYK2. L'efficacité du ruxolitinib, un inhibiteur local de Janus kinase, est actuellement étudiée chez les patients atopiques. Il inhibe fortement les récepteurs JAK 1 et JAK 2 et a un effet plus limité sur le récepteur TYK 2. Un essai clinique de phase III est actuellement en cours, dans le cadre duquel le ruxolitinib est utilisé par voie topique chez des enfants âgés de plus de 12 ans atteints de DA.

Le delgocitinib, qui permet de traiter l'eczéma des mains, est également utilisé pour traiter les enfants de plus de 12 ans atteints de DA.

Le crisaborole et le roflumilast, qui appartiennent au groupe des inhibiteurs de la phosphodiesterase, sont également utilisés sous forme de crème topique dans le cadre d'essais cliniques chez l'enfant souffrant de DA. Le roflumilast est beaucoup plus efficace que le crisaborole.

Il est recommandé de mettre en œuvre un traitement proactif, consistant à appliquer de façon intermittente un traitement anti-inflammatoire sur les zones concernées en même temps que des émoullients, ce qui entraîne des rémissions plus longues chez les patients.

### Stepped-care plan for adults with atopic eczema



<sup>1</sup> refer to guideline text for restrictions, <sup>2</sup> licensed indication, <sup>3</sup> off label treatment  
 † (dark green) strong recommendation for the use of an intervention / ‡ (light green) weak recommendation for the use of an intervention  
 For definitions of disease severity, acute, reactive, proactive see section "VI" and section "Introduction to systemic treatment" of the EuroGADerm Atopic Eczema Guideline  
 Abro= abrociclib; ADA= azathioprine; BarP= baricitinib; CyA= cyclosporin; DupP= dupilumab; MTX= methotrexate; TCI= topical calcineurin inhibitors; TCS= topical corticosteroids; Tral= tralokinumab; Upa= upadacitinib; UVA1= ultraviolet A1; NB-UVB= narrow-band ultraviolet B

Traduction de la version française de l'EMA.

Living guideline. Oct 2022 version. EuroGADerm; print: Wollenberg A, Kinberger M, Arenis B, et al. (2022) J Eur Acad Derm Venereol. 36: 1409-1431 and 1904-1926

### Qui a besoin d'un traitement systémique ?

Tous les agents systémiques utilisés chez l'adulte atteint de DA peuvent être utilisés chez l'enfant atteint de DA, âgé de plus de 12 ans, à l'exception du dupilumab, qui est utilisé dès l'âge de 6 mois. Enfin, le professeur Wollenberg a expliqué comment faire en sorte que les patients adhèrent à leur traitement et a souligné l'importance de sensibiliser les patients atteints de dermatite atopique et leurs parents.

**Which factors influence the adherence of patients with chronic inflammatory skin diseases?**

**WHO-Definition of Adherence:**  
 The extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.

**Primary adherence:** Filling in prescriptions  
**Secondary adherence:** Correct long-term use of the prescribed medications

**What can a physician control?**  
 easy, quick, effective  
 i.v. > s.c. > oral > topical

**Factors influencing adherence:**

- Patient:** No fear of side effects, Family, Employment, Health insurance, Good mental health, Non-smoking, Social support, Adult, No physical handicap, Patient information, Empathy, Patient expectations, Patient engagement, Taking enough time for each patient
- Treatment:** Simple treatment regime, Good tolerability (no side effects), Systemic treatment (IMC, S1, JAK2), Good efficacy, Once daily, Short treatment duration, Not too consuming, Low pill burden
- Physician:** Good doctor-patient relationship, Clear communication, Early follow-up visits, Setting the right treatment goals
- Disease:** Moderate impact on Quality of life, Moderate-mild disease activity, Moderate-mild IGA, Moderate severity of lesions, Moderate disease severity, No social stigma

**References:** Eicher L, Knopp M, Aszodi N, et al (2019) J Eur Acad Derm Venereol. 33: 2253-2263



D1 Definitions & Background info  
D2 Emollients and Basic care  
D3 Food allergy/Diet in AD  
D4 Medical treatment for AD  
D5 Psychology of itch and AD  
D6 Treatment plan



- AgNeS for children/parents - 6 x 90 min.
- ARNE for adults – 6 x 120 min.
- NeKoS for adolescents and adults – 2 x 120 min

## SOUVENIRS DU CONGRÈS DE L'ESPD

Le Pr Ivelina Yordanova a le plaisir de partager avec vous une série de photos du congrès de l'ESPD, auquel elle a participé en tant que reporter.





