

Inhibiteurs de Janus Kinase pour le traitement de la dermatite atopique

Données d'efficacité et de tolérance en vie réelle à la lumière des recommandations du comité de pharmacovigilance de l'agence européenne du médicament (PRAC).

Z. Reguiat¹; PA. BÉCHEREL²; AC. Fougerousse³; G. Chaby⁴; JL. Perrot⁵; E. Begon⁶;
C. Jacobzone Leveque⁷; C. Boulard⁸; A. Badaoui⁹; C. Poreaux¹⁰; L. David¹¹;
N. Quiles-Tsimaratos¹²; F. Maccari¹³

Ziad REGUIAI, Polyclinique Courlancy-Bezannes, Reims

Conflits d'intérêt

Orateur :

Abbvie, Actelion, Allmirall, Amgen, Avene, BMS, Celgene, GSK, Janssen-Cilag, Leo-Pharma, Lilly, Medac, MSD, Novartis, Pierre Fabre Dermatologie, Pfizer, UCB, Sanofi

Investigateur :

Abbvie, Actelion, Almirall, Amgen, Bayer, Boehringer-Ingelheim, BMS, Celltrion, Forward Pharma, GSK, Galderma, Genentec, Incyte, Janssen Cilag, Leo-Pharma, Novartis, Pfizer, Roche, Regeneron, UCB, Sanofi

Conseil :

Abbvie, Almirall, Amgen, Apogee therapeutics, Celgene, Celltrion, Cerave, GSK, Incyte, Janssen Cilag, La Roche Posay, Leo-Pharma, Lilly, Novartis, Pfizer, Sanofi, UCB

Pas d'actions ni d'intérêts financiers

Les Inhibiteurs de JAK: une classe thérapeutique avec de multiples indications actuelles et futures

Drug	Target JAKs	Disease	Approval Date	Reference	Clinical Trials
Abrocitinib	JAK1, JAK2	Atopic dermatitis	2022	[72]	NCT03627767, NCT03720470
Baricitinib	JAK1, JAK2	Rheumatoid arthritis	2017 (EMA) 2018 (FDA)	[64,65]	NCT02265705, NCT01710358
		COVID-19	2020 (EUA)	[78]	NCT04421027, NCT04401579
Delgocitinib	Nonselective	Atopic dermatitis	2020 (Japan)	[69]	NCT03826901, NCT03725722
Fedratinib	JAK2, JAK2V617F	Myelofibrosis	2019 (FDA)	[66]	NCT00724334, NCT00631462 NCT01437787
Filgotinib	JAK1	Rheumatoid arthritis	2020 (EMA)	[70]	NCT02873936, NCT02886728
Oclacitinib	JAK1	Canine allergic dermatitis	2013	[129]	NA *
Pacritinib	JAK2, JAK2V617F	Myelofibrosis	2022 (FDA)	[138]	NCT04884191
Peficitinib	Pan-JAK inhibitor	Rheumatoid arthritis	2019 (Japan)	[68]	NCT01565655, NCT02308163
		Myelofibrosis	2011	[28]	NCT00952289
Ruxolitinib	JAK1, JAK2 JAK2V617F	Polycythemia vera	2014	[29]	NCT02038036
		Acute and chronic graft-versus-host disease	2019, 2021	[160]	NCT03112603 NCT03147742
		Rheumatoid arthritis	2012 (FDA)	[64]	NCT02187055
Tofacitinib	JAK1, JAK2, JAK3	Psoriatic arthritis	2017	[115]	NCT01877668
		Ulcerative colitis	2018	[115]	NCT03281304
		Juvenile idiopathic arthritis	2020	[179]	NCT02592434
Upadacitinib	JAK1	Ankylosing spondylitis	2021	[180]	NCT03502616
		Rheumatoid arthritis	2019	[67]	NCT02706847
		Psoriatic arthritis	2021	[195]	NCT03104400
		Atopic dermatitis	2022	[196]	NCT03738397
		Ulcerative colitis	2022	[197]	NCT02819635

Dermatologie

Rhumatologie

Medecine interne

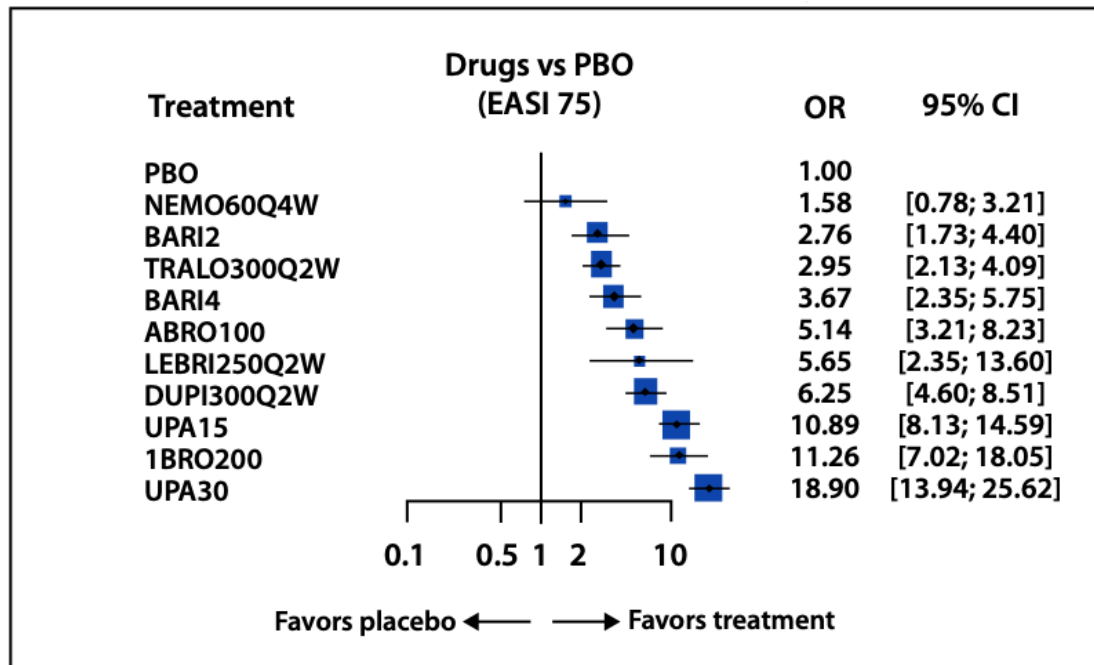
Gastro-entérologie

Hématologie

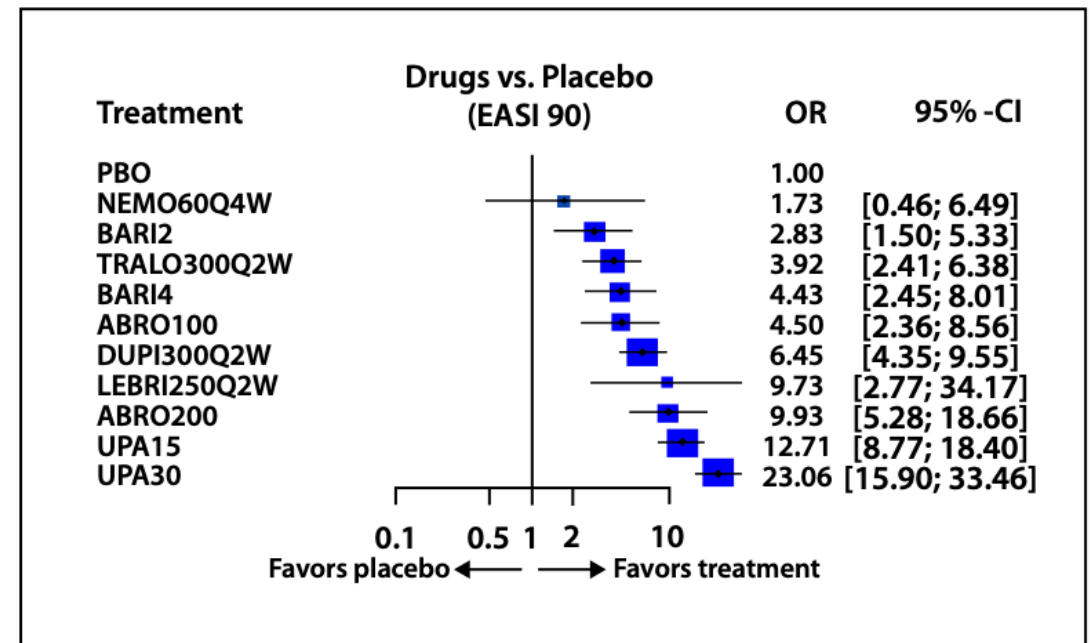
.....

Méta-analyse en réseau à court terme (S12-S16) des différents traitements systémiques de la Dermatite atopique

EASI 75 en monothérapie



EASI 90 en monothérapie



Effets secondaires principaux des JAKi ⁽¹⁾

- Infections respiratoires hautes
- Rhino-pharyngites
- Acné
- Nausées
- Céphalées

Black Box de la FDA en 02/2021 ⁽²⁾

- Infections sévères
- Mortalités
- Tumeurs malignes
- Evénements cardio-vasculaires majeurs (MACE)
- Thromboses

(1) Mc Lornan D et al. Lancet 2021

(2) FDA drug safety communication February 2021. <https://www.fda.gov>

Recommandations du PRAC et inhibiteurs de JAK en novembre 2022

PRAC: comité de pharmacovigilance (PRAC) de l'Agence européenne des médicaments (EMA)

Recommandations pour réduire le risque d'effets indésirables graves avec les inhibiteurs de Janus Kinase utilisés dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques.

Le PRAC a consulté un groupe d'experts constitué de rhumatologues, dermatologues, gastro-entérologues et des représentants de patients.

Revue de données:

- Une étude de surveillance du tofacitinib pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde
- Une étude observationnelle du baricitinib dans la polyarthrite rhumatoïde (B023: résultats préliminaires)
- Différentes études de tolérance des JAKi dans la dermatite atopique

Conclusions du CHMP sur le site EMA tels quelles sont retranscrit par l'ANSM

Afin de réduire le risque d'effets secondaires graves (troubles cardiovasculaires, caillots sanguins, infections graves, cancers) associés aux inhibiteurs de Janus Kinase (JAK), quand ces médicaments sont utilisés dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques.

Ces médicaments ne soient utilisés qu'en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée chez les patients :

- Âgés de plus de 65 ans
- Avec des facteurs de risque d'évènements cardiovasculaires majeurs (tels qu'une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral)
- Avec des facteurs de risque de cancer
- Présentant un tabagisme (présent ou passé) ;

• **Les inhibiteurs de JAK soient utilisés avec prudence** chez les patients présentant des facteurs de risque de caillots sanguins dans les poumons et dans les veines profondes (risque de thrombo-embolie veineuse) ;

• **La posologie soit réduite** pour certains groupes de patients présentant un risque de thrombo-embolie veineuse, de cancer ou d'évènements cardiovasculaires majeurs.

Données de tolérance de l'upadacitinib pour les patients traités pour leur Dermatite Atopique (données jusqu'à la semaine 52) des études Measure Up 1 et Measure-Up 2

	UPA 15 mg			UPA 30 mg		
	Measure Up 1 (n = 401) ^a	Measure Up 2 (n = 396) ^a	Combined (n = 797) ^b	Measure Up 1 (n = 408) ^a	Measure Up 2 (n = 403) ^a	Combined (n = 811) ^b
	Events (events/100 PY)					
AEs	PY = 490.9	PY = 462.4	PY = 953.3	PY = 501.0	PY = 477.2	PY = 978.2
Any TEAE	1288 (262.4)	1114 (240.9)	2402 (252.0)	1658 (330.9)	1293 (270.9)	2951 (301.7)
Serious AEs	32 (6.5)	33 (7.1)	65 (6.8)	50 (10.0)	33 (6.9)	83 (8.5)
AEs leading to discontinuation of study drug	22 (4.5)	21 (4.5)	43 (4.5)	39 (7.8)	31 (6.5)	70 (7.2)
Deaths	0	0	0	1 (0.2) ^c	0	1 (0.1)
AESIs^d						
Serious infections	10 (2.0)	11 (2.4)	21 (2.2)	23 (4.6)	12 (2.5)	35 (3.6)
Pas de sur-risque de MACE, TVE ou cancer						
Herpes zoster ^e	17 (3.5)	17 (3.7)	34 (3.6)	28 (5.6)	25 (5.2)	53 (5.4)
Active tuberculosis	1 (0.2)	0	1 (0.1)	0	1 (0.2)	1 (0.1)
NMSC ^f	1 (0.2)	3 (0.6)	4 (0.4)	3 (0.6)	1 (0.2)	4 (0.4)
Cancer other than NMSC ^g	2 (0.4)	0	2 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.6)	5 (0.5)
Lymphoma	0	0	0	0	1 (0.2) ^h	1 (0.1)
Hepatic disorder	29 (5.9)	27 (5.8)	56 (5.9)	52 (10.4)	42 (8.8)	94 (9.6)
Adjudicated gastrointestinal perforation	0	0	0	0	0	0
Anemia	3 (0.6)	12 (2.6)	15 (1.6)	19 (3.8)	18 (3.8)	37 (3.8)
Neutropenia	11 (2.2)	5 (1.1)	16 (1.7)	23 (4.6)	11 (2.3)	34 (3.5)
Lymphopenia	4 (0.8)	3 (0.6)	7 (0.7)	7 (1.4)	2 (0.4)	9 (0.9)
CPK elevation	36 (7.3)	31 (6.7)	67 (7.0)	58 (11.6)	51 (10.7)	109 (11.1)
Kidney dysfunction	0	0	0	2 (0.4)	1 (0.2)	3 (0.3)
Adjudicated MACE	1 (0.2)	0	1 (0.1)	0	0	0
Adjudicated VTE	1 (0.2)	0	1 (0.1)	0	1 (0.2)	1 (0.1)

Données de tolérance poolées de 8 études évaluant le baricitinib pour le traitement de leur Dermatite Atopique

Infections, n (adj %) [adj IR]^c						
Treatment-emergent infections	216 (24.2) [100.3]	212 (29.8) [128.0]	183 (31.5) [134.5]	294 [115.4]	281 [117.4]	1272 [91.7]
Serious infection	5 (0.6) [2.1]	3 (0.4) [1.0]	3 (0.6) [1.9]	8 [1.5]	13 [3.0]	48 [2.1]
Herpes zoster	3 (0.3) [1.0]	6 (0.8) [2.7]	0	16 [3.8]	8 [1.8]	53 [2.3]
Herpes simplex ^d	22 (2.7) [9.4]	25 (3.6) [12.4]	35 (6.1) [21.3]	41 [9.6]	59 [14.5]	224 [10.3]
Eczema herpeticum ^e	4 (0.4) [1.3]	1 (0.2) [0.7]	7 (1.4)[4.5]	5 [1.1]	12 [2.6]	43 [1.9]
Skin infections	38 (4.4) [15.7]	31 (4.8) [16.7]	18 (3.4) [11.4]	31 [7.5]	18 [4.3]	75 [3.4]

Pas de sur-risque de MACE, TVE ou cancer

Tuberculosis	0	0	0	0	0	0
Opportunistic infection excluding TB	1 (0.1) [0.4]	1 (0.1) [0.3]	0	1 [0.2]	1 [0.3]	4 [0.2]

Malignancy, n (adj %) [adj IR]^c						
Malignancy excl NMSC	2 (0.2) [0.66]	0	0	0	0	5 [0.22]
NMSC	1 (0.2) [0.68]	0	0	0	0	6 [0.26]

Adverse cardiovascular events of special interest, n (adj %) [adj IR]^c						
MACE	0	0	0	1 [0.17]	0	2 [0.09]
VTE (DVT and/or PE)	0	0	1 (0.1) [0.38]	0	2 [0.40]	2 [0.09]
DVT	0	0	0	0	0	0
PE	0	0	1 (0.1) [0.38]	0	2 [0.40]	2 [0.09]

Tolérance de l'abrocitinib

Trial	Design	Dose Regimen	Patients	Study Endpoints	Efficacy	Adverse Effects
NCT02780167	Randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group phase 2b trial	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Placebo	N = 267	Efficacy (IGA, EASI) Safety and tolerability	IGA response in 43.8% abrocitinib 200 mg and 29.6% abrocitinib 100 mg ($p < 0.001$) EASI response in 82.6% abrocitinib 200 mg and 59.0% abrocitinib 100 mg ($p < 0.001$)	AEs in 184 patients (68.9%). Most frequent were upper respiratory infections, headache, nausea, and diarrhea
NCT03349060 (JADE MONO 1)	Multicenter, double-blind, randomized phase 3 trial 12 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Placebo	N = 387	Efficacy (IGA, EASI) Safety and tolerability	IGA response in 63% ($p = 0.0037$) abrocitinib 200 mg and 44% ($p < 0.0001$) in abrocitinib 100 mg EASI response in 24% and 40% of abrocitinib 200 and 100 mg ($p < 0.0001$), respectively	Most frequent AEs included nausea (9% and 20%), nasopharyngitis, headache, upper respiratory infection Serious AE occurred in 4% of patients
NCT03422822 (JADE EXTEND)	Long-term extension, randomized, phase 3 trial 12 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg	N = 223	Efficacy of abrocitinib following dupilumab Safety and tolerability	IGA 0/1, EASI-75, and PPRNS responses were obtained in 45.5% and 16.7% of the 200 mg and 100 mg abrocitinib groups (dupilumab non-responders)	The most frequent AEs were nasopharyngitis, nausea, acne, and headache.
NCT03575871 (JADE MONO 2)	Double-blind placebo-controlled, parallel, parallel-group, randomized phase 3 trial 12 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Placebo	N = 391	Efficacy (IGA, EASI, ppNRS) Safety and tolerability	IGA response in 48.4% and 36.6% in abrocitinib 200 mg and 100 mg, respectively. EASI-75 response in 61% and 44.5% of abrocitinib 200 mg and 100 mg, respectively.	AEs occurred in 62.7%, 65.8%, and 53.8% of patients with abrocitinib 200 mg, 100 mg, and placebo, respectively
NCT03627767 (JADE REGIMEN)	Multicenter, responder-enriched, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 randomized withdrawal trial with rescue treatment 52 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Placebo	N = 1233	Efficacy of rescue therapy following dose reduction of withdrawal of abrocitinib Safety and tolerability	After 40 weeks of the maintenance period, the probability of experiencing a flare was 18.9%, 42.6%, and 80.9% in the abrocitinib 200 mg, 100 mg, and placebo groups, respectively. After rescue treatment, 36.6%, 58.8%, and 81.6% regained IGA 0/1 response, and 55.0%, 74.5%, and 91.8% regained EASI-75 response in abrocitinib 200 mg, 100 mg, and placebo groups, respectively.	AEs were experienced in 61.9% and 54% of patients in the 200 mg and 100 mg abrocitinib groups during the second half of the study.
NCT03720470 (JADE COMPARE)	Multi-center, randomized, double-blind, double-dummy, placebo-controlled phase 3 trial 16 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Dupilumab Placebo	N = 838	Efficacy (IGA, EASI, NRS) Safety and tolerability	IGA response in 48.4% of abrocitinib 200 mg, 36.6% of abrocitinib 100 mg, 36.5% of dupilumab, and 14% of placebo. EASI-75 response was achieved for 70.3%, 58.7%, 58.1%, and 27.1% for abrocitinib 200 mg, 100 mg, dupilumab, and placebo, respectively.	AEs were experienced in 61.9%, 50.8%, 50.0%, and 53.4% of abrocitinib 200 mg, 100 mg, dupilumab, and placebo groups, respectively.
Trial	Design	Dose Regimen	Patients	Study Endpoints	Efficacy	Adverse Effects
NCT03796676 (JADE TEEN)	Randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial 12 weeks	Abrocitinib 200 mg Abrocitinib 100 mg Placebo	N = 273	Efficacy (IGA, EASI, pNRS) Safety and tolerability	IGA and EASI-75 responses were achieved in 46.2%, 41.6%, and 24.5% and 72.0%, 68.5%, and 41.5% of abrocitinib 200 mg, 100 mg, and placebo, respectively.	AEs were experienced in 62.8%, 56.8%, and 52.1% of patients with abrocitinib 200 mg, 100 mg, and placebo, respectively. Nausea was the most common AE.
NCT04345367 (JADE DARE)	Randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial 26 weeks	Abrocitinib 200 mg Dupilumab 300 mg	N = 728	Efficacy (pNRS, EASI-90) Safety and tolerability	PP-NRS response was achieved at week 2 by 48.2% and 25.5% in abrocitinib and dupilumab groups, respectively EASI-90 at weeks 4 and 16 was achieved by 54.3% vs. 41.9% in the abrocitinib and dupilumab groups, respectively.	AEs were experienced by 74% and 65% of patients with abrocitinib and dupilumab, respectively. Nausea, headache, acne and folliculitis, and conjunctivitis were the most common AEs in both groups.

0 cas de MACE
0 cas de cancer
0 cas de TVE

Données de vraies vie françaises

100 patients traités par Baricitinib ou Upadacitinib

Adverse event (AE)	All patients		Upadacitinib 15 mg		Upadacitinib 30 mg		Baricitinib 4 mg	
	N Patients with data available	Patients, n (%)	N Patients with AE	Patients, n (%)	N Patients with AE	Patients, n (%)	N Patients with AE	Patients, n (%)
At least 1 adverse event	100	60 (60.0)	54	35* (64.8)	12	6 (50.0)	34	19 (55.9)
At least 1 biological adverse event	99	44 (44.4)	53	25 (47.2)	12	2 (16.7)	34	17 (50.0)
At least 1 clinical adverse event	100	30 (30.0)	54	19 (35.2)	12	4 (33.3)	34	7 (20.6)
Increased [†] LDL cholesterol or total cholesterol	99	23 (23.2)	53	13 (24.5)	12	1 (8.3)	34	9 (26.5)
Increased [†] triglycerides	99	18 (18.2)	53	12 (22.6)	12	1 (8.3)	34	5 (14.7)
Facial papular eruptions	93	12 [‡] (12.9)	53	9 (17)	9	3 (33.3)	31	0
Increased ALAT and/or ASAT [¶]	99	11 (11.1)	53	6 (11.3)	12	2 (16.7)	34	3 (8.8)
Increased [†] CPK [¶]	99	8 (8.1)	53	6 (11.3)	12	2 (16.7)	34	0
HSV infections	94	6 (6.4)	54	4 (7.4)	9	2 (22.2)	31	0
Headaches	93	5 (5.4)	54	4 (7.4)	9	0	30	1 (3.3)
Upper airway infections	95	3 (3.2)	54	0	10	0	31	3 (9.7)
Lymphopenia	99	3 (3.0)	53	3 (5.7)	12	0	34	0
Nausea	95	2 (2.1)	54	1 (1.9)	10	0	31	1 (3.2)
Increased [†] creatinine clearance [¶]	99	2 (2.0)	53	0	12	0	34	2 (5.9)
Neutropenia [¶]	99	2 (2.0)	53	2 (3.8)	12	0	34	0
Diarrhea	95	1 (1.1)	54	0	10	1 (10)	31	1 (3.2)
Abdominal pain	95	1 (1.1)	54	1 (1.9)	10	0	31	0
Cough	93	1 (1.1)	54	1 (1.9)	8	0	31	0
Herpes zoster	95	1 (1.1)	54	1 (1.9)	10	0	31	0
Fever	95	1 (1.1)	54	0	10	1 (10)	31	0
Weight increase	95	1 (1.1)	54	1 (1.9)	10	0	31	0
Anemia [¶]	99	1 (1.0)	53	1 (1.9)	12	0	34	0
Thrombocytosis [¶]	99	1 (1.0)	53	0	12	0	34	1 (2.9)
Other clinical abnormalities [§]	95	15 (15.7)	54	7 (12.3)	10	2 (20)	31	6 (19.4)
Other biological abnormalities ^{¶¶}	99	12 (12.1)	53	6 (11.3)	12	1 (8.3)	34	5 (14.7)

**0 cas de MACE
0 cas de cancer
0 cas de TVE**

Mais délai court

Etude Resoprac

Etude rétrospective menée au sein des membres RESO et OMCCI

Critères d'inclusions:

- Initiation d'un traitement par abrocitinib, baricitinib ou upadacitinib
- Dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte
- Au moins 2 visites: V1 initiation de l'anti-Jak
V2 date de dernière consultation médicale

Etude Resoprac

- 18 centres français
- 214 patients inclus
- Certains patients avaient été traités par plus d'un anti-JAK
- 136 ont reçu du Baricitinib
 - 131 Baricitinib 4 mg/jour
 - 5 Baricitinib 2 mg/jour
- 94 ont reçu de l'Upadacitinib
 - 62 Upadacitinib 30 mg/jour
 - 32 Upadacitinib 15 mg/jour
- 16 ont reçu de l'Abrocitinib
 - 15 Abrocitinib 200 mg/jour
 - 1 Abrocitinib 100 mg/jour

Visite 1: caractéristiques à l'inclusion

Paramètres	
Age, années	32.5 ± 13 (12–92)
Sexe féminin n(%)	115 (54)
IMC >25 kg/m ² n(%)	52 (24.6)
IMC >30 kg/m ² n(%)	15 (7)
Sévérité de la dermatite atopique	
Score IGA	3 ± 1.6 (0–3)
Score EASI	23 ± 14.4 (0–57)
Traitements antérieurs de la DA n(%)	
Ciclosporine	135 (63.4)
Methotrexate	47 (22.1)
Corticothérapie orale	23 (10.8)
Photothérapie	47 (22)
Dupilumab	126 (59.2)
Tralokinumab	10 (4.7)
Alitretinoïne	11 (5.2)
Dermocorticoïdes seuls	93 (43.7)
Autres	7 (3.3)

Visite 1 facteurs de risque

Facteurs de risque cardiovasculaire n(%)	
Tabagisme	
Actuel	48 (22.4)
Sevré	25 (11.6)
Jamais	141 (65.9)
Tabagisme (actuel ou passé) >10 PA	15 (10.9)
Hypertension artérielle	9
Diabète	0
HDL <40 mg/dl	12
Antécédent familial de coronaropathie d'apparition précoce	2
Antécédent personnel de coronaropathie	1
Antécédent familial de thrombose veno-embolique	1
Antécédent personnel de thrombose veno-embolique	1
Contraception oestro-progestative	68
Facteurs de risque selon les recommandations du PRAC* n(%)	
Pas de facteurs de risque	77 (36)
Au moins un facteur de risque	137 (64)
Au moins 2 facteurs de risque	39 (18.2)
Au moins 3 facteurs de risque	6 (2.8)

Visite 2 = date de dernière visite

Après une exposition moyenne de $10,8 \pm 8,8$ mois (intervalle 0,3-43,7)

79,4 % des patients étaient toujours traités par un JAKi.

EASI moyen avait diminué à $4,8 \pm 5,6$ (intervalle 0-34) vs $23 \pm 14,4$ (0–57) à V1

69 % des patients ayant déjà été traité par biothérapie ont obtenu un EASI75.

Tolérance:

0 événement cardiovasculaire, TVE ou cancer n'a été rapporté.

Quatre patients ont signalé des infections sévères

10 une infection HSV, six une infection VZV

Et 24 de l'acné.

La Dermatite atopique n'est pas la Polyarthrite rhumatoïde!

-La PR est une maladie qui est en soi un FDR de thrombose ⁽¹⁾

-Le contrôle de inflammation par des traitements au cours de la PR réduit le risque cardiovasculaire et thrombo-embolique.⁽²⁾

- Etude de cohorte française, 15835 PR, exposés(JAKi) vs non exposés (Adalimumab) système nationale des données: absence de sur-risque CV, TVE ou cancer ⁽³⁾

-Patients DA, plus jeunes, non obèses. La DA en soi n'est pas associée à un sur-risque thrombo-embolique ⁽⁴⁾ ni à un sur-risque de cancer solide ou de mélanome (mais potentiellement de lymphome).^(5,6)

1) Kett C. et al. Joint bone spine 2021

2) Molander V et al. Ann Rheum Dis 2021

3) Hoisnard L. et al. Ann Rheum Dis. 2022

4) Meyers KJ et al. Dermatol Ther 2021

5) Y. Zhu et al. Dermatol Ther 2022

6) Wan J. et al. J Am Acad Dermatol 2022



Photos Dr Z. REGUIAÏ



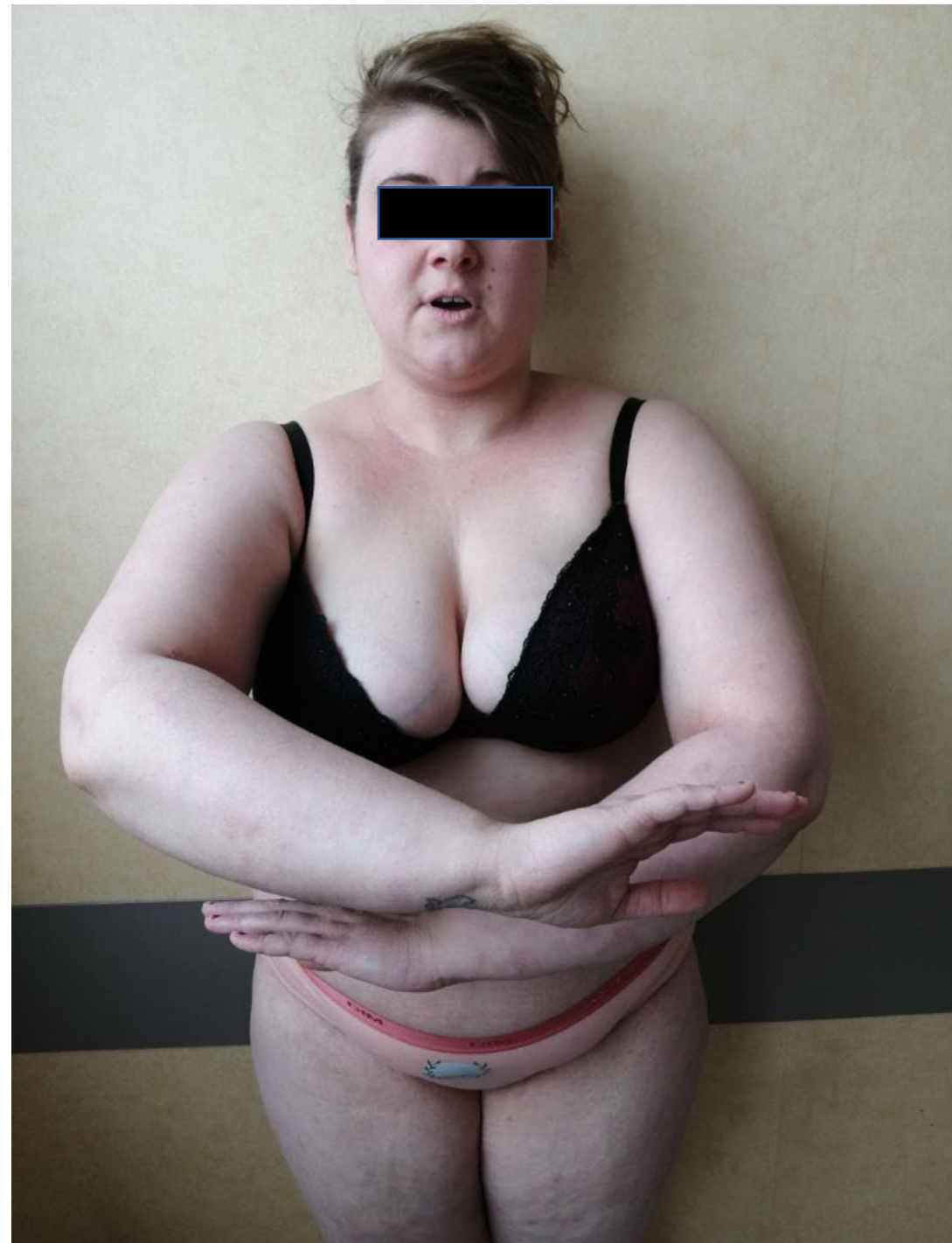
Mise sous upadacitinib 30 mg/j



Photos Dr Z. REGUIAÏ



Photos Dr Z. REGUIAÏ



Photos Dr Z. REGUIAİ



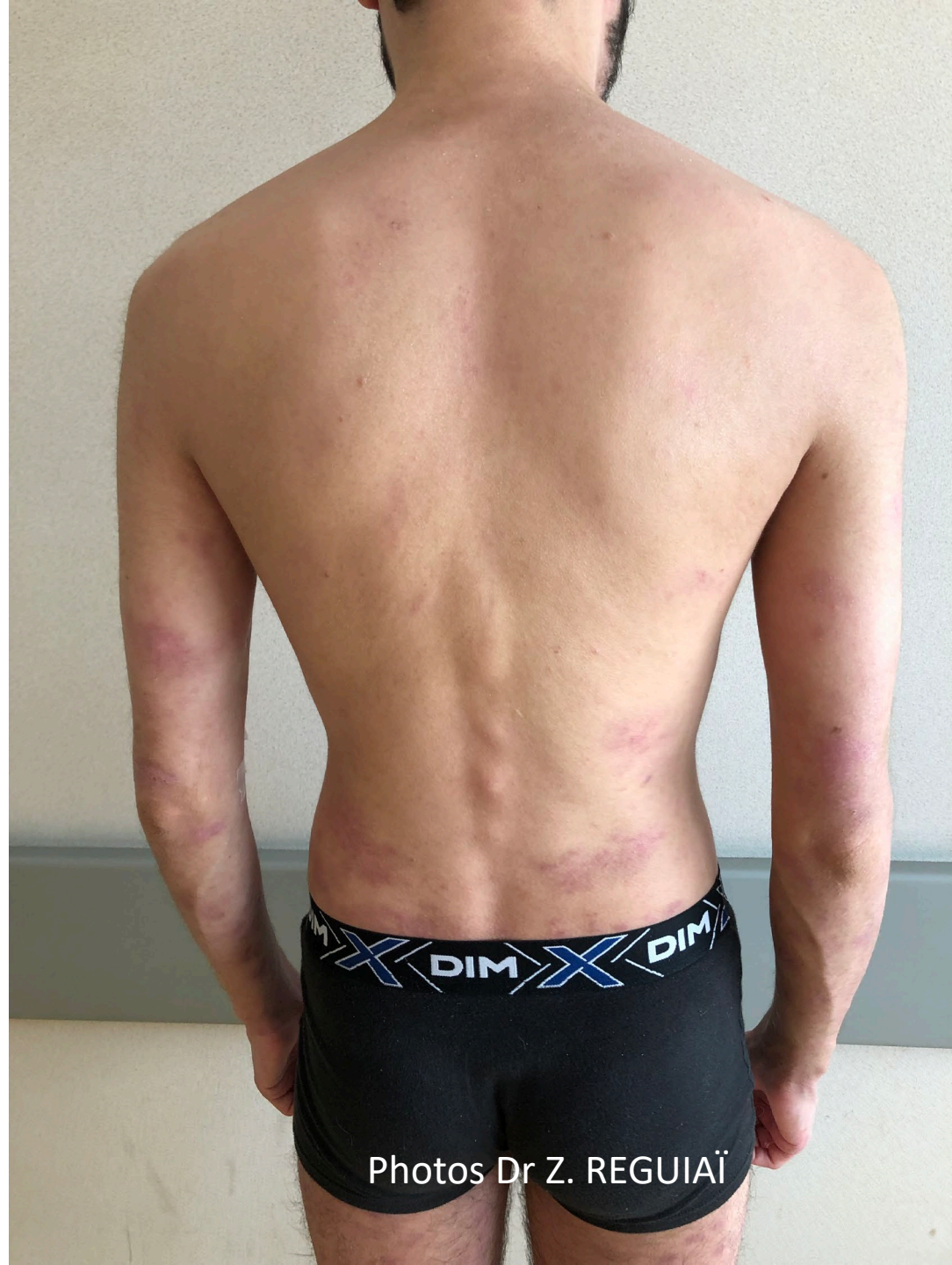
Photos Dr Z. REGUIAİ



Photos Dr Z. REGUIAİ



Photos Dr Z. REGUIAÏ



Photos Dr Z. REGUIAÏ

Semaine 4



Photos Dr Z. REGUIAÏ



Semaine 255



Photos Dr Z. REGUIAÏ



Photos Dr Z. REGUIAÏ

- L'impact de la dermatite atopique de stade modéré à sévère est majeure sur le quotidien de nos patients.
- Notre arsenal thérapeutique s'élargit avec des nouvelles molécules: biothérapies et inhibiteurs de JAK.
- Nous avons bien sûr un devoir de responsabilités, d'information et de principes de précaution pour nos patients
- Mais nous ne devons pas par peur autant les priver de traitements qui vont grandement améliorer leur quotidien
- Intérêt des registres +++