



**Journées
dermatologiques
de Paris**

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

www.lesjdp.fr

ORGANISÉES PAR



2
0
2
5

Impact clinique des choix de traitements systémiques effectués en pratique courante chez les sujets âgés au cours de la dermatite atopique



Acta Dermatologie Vénérologie, 30 octobre 2025

Clara MATHIEU¹, François MACCARI^{2,3}, Jean-Luc PERROT⁴, Ziad REGUIAI⁵, Claire BOULARD⁶, Pierre-André BECHEREL⁷, Anne-Claire FOUGEROSSE², Laure MERY-BOSSARD⁹, Domitille THOMAS-BEAULIEU⁹, Diane POURCHOT⁹, Claire POREAUX¹⁰, Charlotte FITE¹¹, Ines ZARAA², Edouard BEGON¹², Anne-Laure LIEGEON¹³, Caroline JACOBZONE¹⁴, Charline GARCIA¹⁵, Charlotte LÉPELLEY DUPONT¹⁶, Daphné DENIS¹⁶, Matthieu LEVAVASSEUR¹⁷, Anne-Claire BING¹⁷, Anne-Sophie DILLIES¹⁸, Alexandra PATCHINSKY¹⁹, Rima MOHTY²⁰, Dalila SIMONIAN²¹, Josiane PARIER^{3,8} and Guillaume CHABY¹; for the OMCCI Group



Introduction

Matériels et méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion



Journées
dermatologiques
de Paris

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

Introduction

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Dermatite atopique du sujet âgé

XXe siècle

- Augmentation de l'incidence de la DA chez les enfants des pays industrialisés
- ET augmentation des cas de DA de l'adulte

Données récentes

- ≥ 65 ans représenteraient 9 % des patients de DA
- Prévalence parmi les sujets âgés des pays industrialisés : 1 à 4%
- Augmentation prévisible de ces chiffres avec augmentation de l'espérance de vie

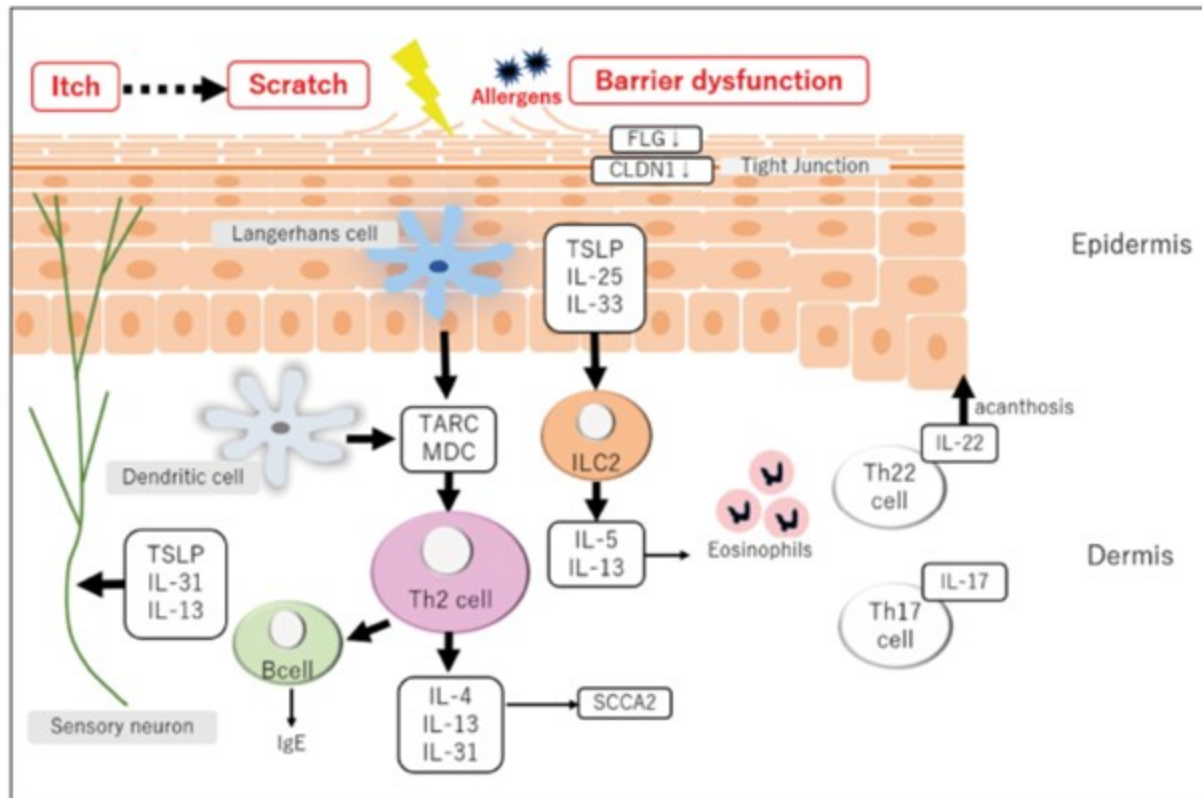
Clinique

- Quelques particularités de la forme de la DA pour la fréquence de certaines localisations
- Mais sévérité globale clinique et fardeau psychologique identiques au sujets plus jeunes

2 formes du sujet âgé

- Rechute tardive d'une DA ayant débuté dans l'enfance
- Début gériatrique

Physiopathologie chez le sujet âgé



- Diminution de la production de filaggrine (altération de la fonction barrière)
- Immunosénescence,
- Ambiance pro inflammatoire,
- Polarisation TH2 par diminution de compétences des cellules naïves Tho

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Contexte de l'étude



Dermatose chronique
inflammatoire fréquente



Maladies chroniques à fort
impact physique et
psychologique



Considérée pendant
longtemps comme une
maladie de l'enfance : 50 % de
rémission à l'adolescence



Donc peu étudiée chez le
sujet âgé

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Rationnel et objectif de l'étude



Individualisation récente : sujets âgés peu représentés dans les études (<5%)



Crainte du risque d'effets indésirables avec les nouveaux immunomodulateurs systémiques : peu inclus dans les études



Pas de recommandations sur la transposition de ces nouveaux traitements révolutionnaires dans cette population âgée

Objectif de l'étude

Evaluer les conséquences, en termes d'efficacité et de tolérance du point de vue du clinicien et du patient, des choix thérapeutiques effectués en pratique courante par les dermatologues chez les patients ≥ 65 ans atteints de DA et comparativement aux adultes plus jeunes.



Journées
dermatologiques
de Paris

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

Matériels et Méthodes

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Matériels et méthodes

- **Design de l'étude**

- ✓ **étude observationnelle prospective en vie réelle** menée dans le cadre de l'Observatoire des Maladies Cutanées Chroniques Inflammatoires (OMCCI)
- ✓ OMCCI : cohorte prospective nationale multicentrique française, 32 centres investigateurs de dermatologie hospitaliers et libéraux, évalue l'impact sur la qualité de vie et la prise en charge thérapeutique des quatre MCCI les plus fréquentes de l'adulte (DA, psoriasis, hidradénite suppurée, urticaire chronique).

- **Critères inclusions**

- ✓ **Tous les patients > 18 ans** atteints de DA reçus en consultation par l'un des 46 dermatologues investigateurs selon l'ordre chronologique, entre décembre 2020 et octobre 2024.
- ✓ Avoir reçu au moins un traitement systémique, à l'issu de la consultation.

Critères d'évaluation

- **Sévérité clinique - score EASI** score $0 \leq \text{EASI} \leq 7$: atteinte clinique faible, modérée pour $7 < \text{EASI} \leq 21$ et sévère si $\text{EASI} > 21$
- **Nombres d'hospitalisations dans les 6 derniers mois pour la DA**
- **Traitement reçus dans les 6 derniers mois puis à l'inclusion** : aucun, topique immunomodulateur systémique, biothérapie ou JAKi
- **Qualité de vie** :
 - DLQI : score entre 0 et 30, ≤ 5 impact nul ou faible, 6-10 : modéré, et ≥ 11 significatif sur la qualité de vie
 - DLQI adapté gériatrique : score sur 27 points (l'item concernant l'activité professionnel)
 - Qualité de vie familiale et quotidienne : échelle analogique visuelle (EVA) graduée de 0 (aucune gêne) à 10 (gêne très importante)
 - SF12 mental et physique : coté de 0 à 100 chacun, mauvaise qualité de vie si < 50
 - Sommeil : échelle de LIKERT, trois niveaux de sévérité : faible pour « jamais » ou « rarement », modéré pour « parfois » ou « souvent » et sévère pour « très souvent » ou « en permanence ».
 - Prurit : échelle de Likert, faible pour « absent », modéré pour « léger », et sévère pour « beaucoup ou énormément »
- **Observance thérapeutique** : questionnaire GIRERD de l'Assurance Maladie française, 6 questions: 0 point « bon observant », 1 à 2 points « non observant mineur », ≥ 3 pts « non observant »
- **Taux de maintien du traitement** : causes de l'arrêt précisées

Méthode

- 46 dermatologues investigateurs
 - données fournies par le dermatologue investigateur via un formulaire électronique standardisé (*electronic Case Report Form*, eCRF)
 - rempli à l'inclusion puis de manière annuelle
- Questionnaire rempli par les patients lors des visites prévues (tous les 6 mois)

Sécurité des patients

- *Cette étude a été validée par le comité d'éthique national (Comité de Protection des Personnes) sous la référence CNRIPH 20.05.27.35855 / ID 8375.*
- *Tous les patients ont confirmé leur non-opposition de participation à l'étude et ont donné un consentement éclairé oral à la publication de leurs données, en accord avec la méthodologie de référence française MR-003*

Analyses statistiques

- 2 groupes selon l'âge : âge < 65 ans et âge $\geq$ 65 ans.
- Variables quantitatives : moyenne avec écart type ou médiane et écarts interquartile à 25 et 75%, test du Chi2 ou du test du Fisher exact's.
- Test de Wilcoxon pour les données quantitatives.
- Les taux de maintien et d'arrêt des traitements : méthode de Kaplan-Meier.
- **L'erreur de type 1 (alpha) a été fixée à 5%**
- Les données ont été analysées par SAS® software (version 9.4; SAS Institute, Cary, NC, USA)



Journées
dermatologiques
de Paris

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

Résultats

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Données à l'inclusion

- **Décembre 2020 à octobre 2024 : 679 patients inclus**
- L'âge moyen (SD) 39.9 ± 17.3 ans, avec un âge médian de 35 (26-51) ans. Sex-ratio H > F dans les deux groupes
- **83 patients** (12.2 %) âgés ≥ 65 ans
- Score EASI moyen initial : 18.3 ± 11.9 sans différence significative entre les 2 groupes ($p=0.876$), avec 50.8% de forme modérée et 31.9 % de forme sévère.
- 6% des patients ≥ 65 ans hospitalisés ≥ 1 fois pour la DA
- 73.9% des patients traités par des topiques seuls
- **Traitement introduit** : biothérapie ++ soit 72.3% chez les patients ≥ 65 ans contre 53.9% chez les patients < 65 ans
- JAKi : prescription significativement plus faible chez les patients âgés : 8.4 % contre 26.4 % chez les plus jeunes

Table I. Clinical characteristics and therapeutic choices at study inclusion, by age group

Factors	Age category		p-value
	< 65 (n = 596)	≥ 65 (n = 83)	
Age, years, median (IQR)	33 (25-45)	72 (68-77)	
Male sex, n (%)	281 (47.1)	39 (47.0)	0.978
Age at diagnosis, years, median (IQR)	3 (1-15)	55 (5-70)	< 0.001
EASI score (0-72), mean $\pm$ SD	18.4 $\pm$ 12.3	17.6 $\pm$ 9.6	0.684
Mild, n (%)	101 (17.1)	12 (14.5)	
Moderate, n (%)	301 (50.5)	46 (55.4)	
Severe, n (%)	194 (32.5)	25 (30.1)	
Hospitalized for AD in the previous 6 months, n (%)	21 (3.5)	5 (6.0)	0.266
Treatments received in the previous 6 months, n (%)			
Topical only	438 (73.5)	62 (74.7)	
Systemic immunomodulator	32 (5.4) ^b	5 (6.0) ^a	
Biologics	40 (6.7) ^c	7 (8.4) ^c	0.945
JAK inhibitor	9 (1.5)	1 (1.2)	
No treatment	74 (12.4)	8 (9.6)	
Others (phototherapy)	3 (0.5)	0 (0)	
Initiated or ongoing treatment received after inclusion visit, n (%)			
Systemic	73 (12.3) ^f	8 (9.6) ^e	
Biologics	355 (59.6) ^h	67 (80.7) ^g	0.001
JAK inhibitor	168 (28.2) ^j	8 (9.6) ⁱ	

^aTwo ciclosporin and 3 methotrexate. ^b19 ciclosporin, 7 methotrexate, 5 alitretinoin, 1 prednisone. ^cFive dupilumab, 2 tralokinumab. ^d35 dupilumab, 5 tralokinumab. ^eSix methotrexate, 2 alitretinoin. ^f53 ciclosporin, 16 methotrexate, 2 alitretinoin, 1 acitretin, 1 phototherapy. ^g43 dupilumab, 24 tralokinumab. ^h281 dupilumab, 74 tralokinumab. ⁱSix baricitinib, 1 abrocitinib, 1 upadacitinib. ^j89 baricitinib, 41 abrocitinib, 38 upadacitinib.

IQR: interquartile range; SD: standard deviation; AD: atopic dermatitis; EASI: Eczema Area and Severity Index; JAK: Janus kinase.

Introduction

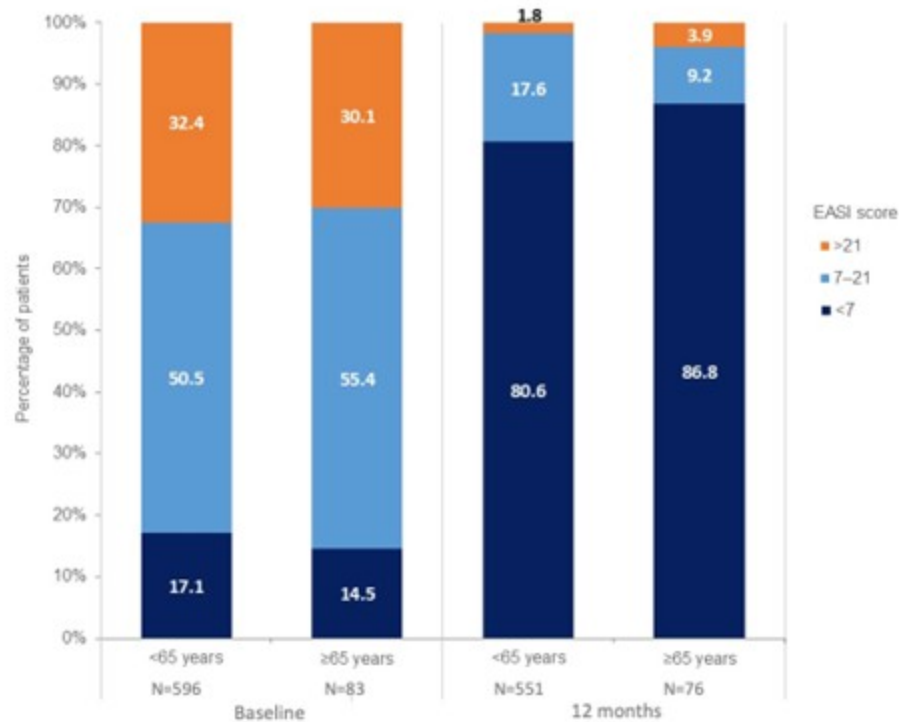
Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Sévérité clinique à 12 mois, tous traitements



	Visite d'inclusion			Après 12 mois de traitement		
	< 65 ans (n=596)	≥ 65 ans (n=83)	P value	< 65 ans (n=551)	≥ 65 ans (n=76)	P value
Score EASI (0-72), moy ± SD	17,6 ± 9,6	18,4 ± 12,3	0,684	4,3 ± 5,5	3,7 ± 5,2	0,845

Hospitalisations

- **< 65 ans** : diminution de de 3,5% (21/ 596) à 0,7% (4 /551)
- **≥ 65 ans** : diminution de 6,0% (5/83) à 2,6% (2/76)

Observance

A l'inclusion

- pas de différence significative ($p=0,219$)
- 18,7% (103/551) non observants chez les < 65 ans vs 14,5% (11/76) chez les ≥ 65 ans

A 12 mois

- significativement meilleure chez les ≥ 65 ans ($p<0,001$) : aucun patient non observant contre 6,4% (35/550) chez les < 65 ans

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

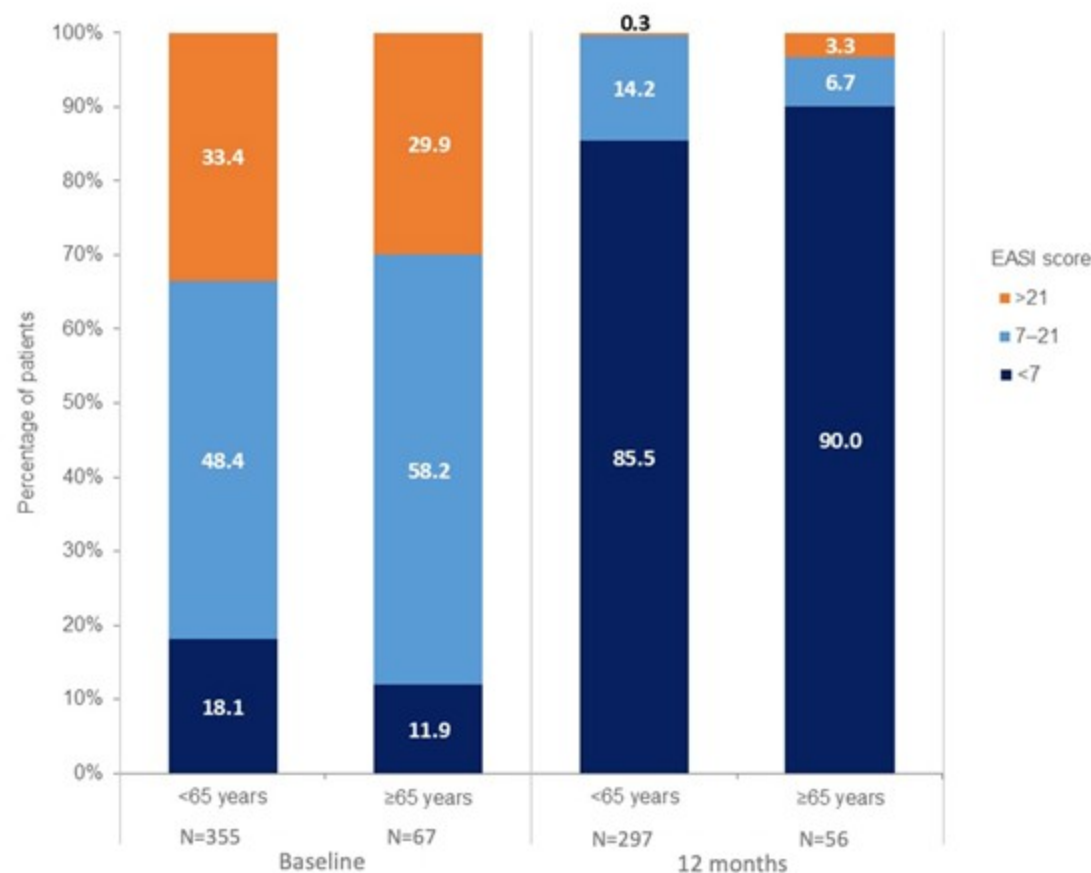
Sévérité clinique à 12 mois

Biothérapies

- 330 patients sous dupilumab,
- 100 patients sous tralokinumab

Taux de maintien à 12 mois

- ≥ 65 ans : 85,1% (57/67)
- < 65 ans : 84% (305/363)



Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Différence significative
en faveur des ≥ 65 ansDifférence significative
en faveur des < 65 ans

Données de qualité de vie, à l'inclusion et 12 mois

Table II. Patient perceptions of the impact of atopic dermatitis (AD) on quality of life at study enrolment and after 12 months of treatment

Outcome	Enrolment visit			After 12 months of treatment		
	<65 years (n = 596)	≥ 65 years (n = 83)	p-value	<65 years (n = 551)	≥ 65 years (n = 76)	p-value
DLQI, mean $\pm$ SD	12.5 $\pm$ 6.3	8.2 $\pm$ 5.0	<0.001	4.3 $\pm$ 5.2	2.6 $\pm$ 4.2	<0.001
Adjusted DLQI ^a , mean $\pm$ SD	11.6 $\pm$ 5.8	8.1 $\pm$ 5.0	<0.001	4.0 $\pm$ 4.7	2.5 $\pm$ 4.1	<0.001
SF-12 physical, mean $\pm$ SD	49.37 $\pm$ 8.31	46.61 $\pm$ 9.45	0.012	54.65 $\pm$ 5.03	49.01 $\pm$ 9.70	<0.001
SF-12 mental, mean $\pm$ SD	37.03 $\pm$ 11.15	40.25 $\pm$ 12.2	0.014	44.35 $\pm$ 10.6	45.5 $\pm$ 10.02	0.366
VAS impact on daily life, mean $\pm$ SD	7.14 $\pm$ 2.01	6.24 $\pm$ 2.11	<0.001	2.82 $\pm$ 2.42	2.37 $\pm$ 2.34	0.077
VAS impact on family life, mean $\pm$ SD	5.78 $\pm$ 2.72	4.66 $\pm$ 2.91	0.001	1.98 $\pm$ 2.33	1.54 $\pm$ 2.19	0.039
Itching, pain, burning sensations, n (%)						
Low	14 (2.3)	4 (4.8)	0.160	227 (41.3)	43 (56.6)	0.041
Moderate	119 (19.9)	21 (25.3)		244 (44.2)	25 (32.9)	
Severe	463 (77.8)	58 (69.9)		80 (14.5)	8 (10.5)	
Impact on sleep, n (%)						
Low	90 (15.1)	21 (25.3)	0.006	403 (73.1)	64 (84.2)	0.016
Moderate	234 (39.3)	38 (45.8)		111 (20.1)	12 (15.8)	
Severe	272 (45.6)	24 (38.9)		37 (6.7)	0 (0.0)	

^aDermatology Life Quality Index (DLQI) out of 27 points, after removing the 3 points for the work-related item.
SD: standard deviation; SF-12: 12-Item Short Form Health Survey; VAS: visual analogue scale.



Journées
dermatologiques
de Paris

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

Discussion

Discussion – principaux résultats

- **Amélioration comparable sur le plan clinique** (score EASI) à celle des adultes plus jeunes,
- **Amélioration significativement meilleure du prurit et de la qualité du sommeil, du DLQI et DLQI adapté**
- **Informations rassurantes sur le profil de sécurité des traitements** chez les sujets âgés, en particulier les biothérapies
- **Taux très satisfaisant de poursuite des traitements** très bon niveau d'observance comparables, voir meilleurs, que ceux des adultes plus jeunes

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Discussion – mise en perspective

- **Inertie thérapeutique non négligeable** des prescripteurs en cas de DA modérée à sévère
- **84,3 % des ≥ 65 ans** : aucun traitement ou que des traitements topiques à l'inclusion, → totale inadéquation avec la sévérité de leur DA
- **Evaluation des thérapeutiques chez le sujet âgé** : sujet peu abordé dans la littérature médicale → source de frein thérapeutique

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Discussion – mise en perspective et comparaison à la littérature

- Âge médian des patients adultes des essais pivots de phase 3 (dupilumab, tralokinumab et iJAK : 34 et 40 ans
- Sujets > 65ans : 4 et 4.9% des patients adultes lorsque des précisions sur la répartition d'âge est disponible

Biothérapies

- Résultats similaires à ceux retrouvés dans d'autres études récentes
- Analyse poolée de 4 essais randomisés : efficacité et sécurité du dupilumab (183 patients > 60 ans (8% de l'effectif) à 16 semaines),
- Analyse post hoc récente chez 75 patients ≥ 65 ans atteints de DA modérée à sévère traités par tralokinumab

Ciclosporine

- Aucune prescription à l'inclusion par les dermatologues de la cohorte
- Nécessité d'une réévaluation de sa future place dans la stratégie

JAKi

- Bon profil bénéfice-risque même si un ou plusieurs facteurs de risque définis par le PRAC montré dans quelques études rétrospectives ou prospectives
- Effectifs des patients ≥ 65 ans sous JAKi dans la littérature faibles
- D'autres données en vie réelle sont nécessaires pour confirmer ces premières analyses rassurantes.

Introduction

Matériels et
Méthodes

Résultats

Discussion

Conclusion

Discussion – Forces et limites

Forces

- Caractère prospectif,
- Données en vie réelle,
- Évaluation du point de vue des patients (auto-questionnaires),
- Multicentriques sur le territoire français hospitaliers et privés ,
- Diagnostic de DA posé par des dermatologues experts des dermatoses inflammatoires chroniques
- Extrapolabilité et représentativité : 12% patients âgés dans notre étude vs épidémiologie internationale (9-11%)

Limites : nos résultats ne peuvent pas s'appliquer

- Aux formes légères
- Aux patients traités en médecine générale
- Biais de sélection lié à la participation sur base du volontariat des praticiens et des patients, sélectionnant ainsi ceux plus impliqués dans leur prise en charge



Journées
dermatologiques
de Paris

02/06
DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT - PARIS

Conclusion

L'impact clinique des choix thérapeutiques des dermatologues en pratique courante chez les sujets âgés ≥ 65 ans atteints de DA modérée à sévère :

- Très positif en termes d'efficacité et de tolérance
- Permet d'améliorer significativement le fardeau de la maladie avec un bon profil bénéfice-risque.
- Préférence des dermatologues portée sur la prescription des biothérapies : profils d'efficacité et de sécurité chez les patients âgés identiques à ceux des patients plus jeunes et cohérents avec ceux des essais cliniques randomisés
- D'autres données de cohortes de pratique courante sont nécessaires pour confirmer ces résultats



MERCI DE VOTRE ATTENTION !

« Le bonheur supprime la vieillesse »

Franz Kafka



Références

1. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, Arents BWM, Karimkhani C, Langan SM, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *Br J Dermatol* 2021 184(2):304-9.
2. de Bruin-Weller M, Gadkari A, Auziere S, Simpson EL, Puig L, Barbarot S, et al. The patient-reported disease burden in adults with atopic dermatitis: a cross-sectional study in Europe and Canada. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020 34(5):1026-36.
3. Bylund S, Von Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol* 2020;100(12):320-9.
4. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, Silverberg JI. Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2016;75(4):681-687.e11.
5. von Kobyletzki LB, Bornehag CG, Breeze E, Larsson M, Boman Lindström C, Svensson Å. Factors associated with remission of eczema in children: a population-based follow-up study. *Acta Derm Venereol* 2014; 94(2):179-84.
6. Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, Simpson EL, Eichenfield LF. Understanding and managing atopic dermatitis in adult patients. *Semin Cutan Med Surg* 2012;31(3 Suppl):18-22.
7. Nishioka K. Atopic eczema of adult type in Japan. *Australas J Dermatol* 1996;37 Suppl 1(37):1-55.
8. Tanei R, Hasegawa Y. Atopic dermatitis in older adults: A viewpoint from geriatric dermatology. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16 Suppl 1:75-86.
9. Howell AN, Ghamrawi RI, Stowd LC, Feldman SR. Pharmacological management of atopic dermatitis in the elderly. *Expert Opin Pharmacother* 2020;21(7):761-71.

10. Salava A, Rieppo R, Lauerma A, Salo V. Age-dependent Distribution of Atopic Dermatitis in Primary Care: A Nationwide Population-based Study from Finland. *Acta Derm Venereol* 2022;102(00738):2287–91.
11. Bannister MJ, Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis. *Australas J Dermatol* 2000; 41(4):225–8.
12. Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132(5):1132–8.
13. Pollyn-Millot C, Maccari F, Perrot JL, Reguiat Z, Boulard C, Bécherel PA, et al. Caractéristiques cliniques et prise en charge thérapeutique de la dermatite atopique du sujet âgé en comparaison à celle de l'adulte jeune : une étude prospective multicentrique. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC* 2024; 4(8):A44–5.
14. Lam M, Zhu JW, Maqbool T, Adam G, Tadrous M, Rochon P, et al. Inclusion of Older Adults in Randomized Clinical Trials for Systemic Medications for Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *JAMA Dermatol* 2020;156(11):1240–5.
15. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26(9):1176–93.
16. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34(12):2717–44.
17. Becherel PA, Reguiat Z, Fougerousse AC, Perrot JL, Begon E, Thomas-Beaulieu D, et al. Compared Burden of Psoriasis, Atopic Dermatitis, Hidradenitis Suppurativa, and Chronic Urticaria: Baseline Characteristics of the Patients Included in the OMCCI Cohort - A French, Prospective Multicenter Study of Chronic Inflammatory Dermatoses. *Dermatology*. 2024;240(5–6):1–11.
18. Haloua B, Corgibet F, Taieb C, Thenie C, Veniard C, Noel M, et al. Therapeutic inertia in the management of patients with inadequately controlled atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(10):e817–8.
19. de Bruin-Weller M, Thaçi D, Smith CH, Reich K, Cork MJ, Radin A, et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFÉ). *Br J Dermatol* 2018;178(5):1083–101.

20. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, Beck LA, Blauvelt A, Cork MJ, et al. Two Phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. *N Engl J Med* 2016;375(24):2335–48.
21. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, Cather JC, Weisman J, Pariser D, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2017;389(10086):2287–303.
22. Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, Worm M, Lynde C, Lacour JP, et al. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebo-controlled phase III trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). *Br J Dermatol* 2021;184(3):437–49.
23. Reich K, Teixeira HD, de Bruin-Weller M, Bieber T, Soong W, Kabashima K, et al. Safety and efficacy of upadacitinib in combination with topical corticosteroids in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD Up): results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2021;397(10290):2169–81.
24. Reich K, Kabashima K, Peris K, Silverberg JI, Eichenfield LF, Bieber T, et al. Efficacy and Safety of Baricitinib Combined With Topical Corticosteroids for Treatment of Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol* 2020;156(12):1333–43.
25. Thyssen JP, Werfel T, Barbarot S, Hunter HJA, Pierce E, Sun L, et al. Maintained improvement in physician- and patient-reported outcomes with baricitinib in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis who were treated for up to 104 weeks in a randomized trial. *J Dermatolog Treat* 2023;34(1).
26. Reich K, DeLozier AM, Nunes FP, Thyssen JP, Eichenfield LF, Wollenberg A, et al. Baricitinib improves symptoms in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: patient-reported outcomes from two randomized monotherapy phase III trials. *J Dermatolog Treat* 2022;33(3):1521–30.
27. Lio PA, Simpson EL, Han G, Soung J, Ball S, Sun L, et al. Improvement in sleep and itch and enhanced quality of life in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a phase 3 trial of baricitinib therapy. *J Dermatolog Treat* 2022;33(4):2057–62.
28. Wollenberg A, Nakahara T, Maari C, Peris K, Lio P, Augustin M, et al. Impact of baricitinib in combination with topical steroids on atopic dermatitis symptoms, quality of life and functioning in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis from the BREEZE-AD7 Phase 3 randomized trial. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2021 Jul 1;35(7):1543–52.
29. Bieber T, Simpson EL, Silverberg JI, Thaçi D, Paul C, Pink AE, et al. Abrocitinib versus Placebo or Dupilumab for Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*. 2021;384(12):1101–12.

30. Shi VY, Bhutani T, Fonacier L, Deleuran M, Shumack S, Valdez H, et al. Phase 3 efficacy and safety of abrocitinib in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis after switching from dupilumab (JADE EXTEND). *J Am Acad Dermatol* 2022;87(2):351–8.
31. Guttman-Yassky E, Teixeira HD, Simpson EL, Papp KA, Pangan AL, Blauvelt A, et al. Once-daily upadacitinib versus placebo in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (Measure Up 1 and Measure Up 2): results from two replicate double-blind, randomised controlled phase 3 trials. *Lancet* 2021;397(10290):2151–68.
32. Thyssen JP, Thaçi D, Bieber T, Gooderham M, de Bruin-Weller M, Soong W, et al. Upadacitinib for moderate-to-severe atopic dermatitis: Stratified analysis from three randomized phase 3 trials by key baseline characteristics. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023;37(9):1871–80.
33. Simpson EL, Sinclair R, Forman S, Wollenberg A, Aschoff R, Cork M, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in adults and adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis (JADE MONO-1): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2020;396(10246):255–66.
34. Silverberg JI, Simpson EL, Thyssen JP, Gooderham M, Chan G, Feeney C, et al. Efficacy and Safety of Abrocitinib in Patients With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol* 2020;156(8):863–73.
35. Silverberg JI, Lynde CW, Abuabara K, Patruno C, de Benedetto A, Zhang H, et al. Efficacy and Safety of Dupilumab Maintained in Adults $\geq$ 60 Years of Age with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Analysis of Pooled Data from Four Randomized Clinical Trials. *Am J Clin Dermatol*. 2023 24(3):469–83.
36. Merola JF, Butler DC, Mark T, Schneider S, Kim Y, Abuabara K. Safety and Efficacy of Tralokinumab in Older Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Secondary Analysis. *JAMA Dermatol* 2023;159(10):1119–23.
37. Hren MG, Khattri S. Use of systemic Janus kinase inhibitors for dermatologic indications in the elderly: A retrospective study of 67 cases. *J Am Acad Dermatol* 2024;90(4):816–9.
38. Piscazzi F, Gargiulo L, Ibba L, Valenti M, Facheris P, Costanzo A, et al. Upadacitinib for the treatment of atopic dermatitis in the elderly: an Italian case series of seven patients. *J Dermatolog Treat* 2023;34(1).
39. Reguiat Z, Becherel PA, Fougerousse AC, Chaby G, Perrot JL, Begon E, et al. Janus kinase inhibitors for the treatment of atopic dermatitis: Real-life data on efficacy and safety in light of the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee recommended measures. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2023;37(11):e1307–9.

Liens d'intérêt

Veillez déclarer vos liens d'intérêts ici.