réalités

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Mensuel
Février 2022
Cahier 2

n° 308

JDP 2021 : communications marquantes et thématiques essentielles développées en dermatologie inflammatoire

Rédaction : P.-A. BÉCHEREL

La médecine collaborative au service de tous

Ce numéro est un compte rendu et/ou résumé des communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien des Laboratoires LEO et URIAGE EAU THERMALE

Søren, atteint de psoriasis

LEO Pharma,RCS Versailles n°572 208122 – SAS au capital de 9.000.000€

LEO Pharma : faire avancer la dermatologie médicale

Chez LEO Pharma, nous avons pour mission d'aider les patients à avoir une peau saine.

Portés par notre esprit pionnier, nous recherchons constamment à améliorer et à repousser le champ des possibles pour les patients.

Appartenant à une Fondation, nous pouvons adopter une vision à long terme et penser avant tout aux besoins des patients.

Acteur majeur de la prise en charge des maladies dermatologiques les plus fréquentes et les plus invalidantes, nous souhaitons développer une gamme de traitements pour répondre aux besoins des patients, quelle que soit la sévérité de leur maladie, avec des traitements topiques, biologiques ou par voie orale.

LEO Pharma, dont la maison mère est basée au Danemark, compte 6 000 collaborateurs dans le monde, qui aident 92 millions de patients dans 130 pays.

Implantée en France depuis 1958, la filiale est aujourd'hui la première du Groupe avec plus de 600 collaborateurs, un siège social et un site de production.

LEO Pharma France est reconnue pour ses expertises en dermatologie médicale et en thrombose.

Pour en savoir plus :

www.leo-pharma.fr

@LEOPharmaFR

LEO Pharma France

www.linkedin.com/company/leo-pharma-france/

LEO Pharma
2 rue René Caudron
78 960 Voisins le Bretonneux
Tél 01 30 14 40 00

* La dermatologie au-delà de la peau

©LEO Pharma 2021 –2021/131 – 03/2021

JDP 2021 : communications marquantes et thématiques essentielles développées en dermatologie inflammatoire (psoriasis, dermatite atopique, urticaire chronique et hidradénite suppurée)

P.-A. BÉCHEREL
Unité de Dermatologie et Immunologie clinique, Hôpital Privé d'Antony ;
Directeur scientifique de l'OMCCI (Observatoire des maladies cutanées chroniques inflammatoires).

Comme souvent, certaines thématiques se détachent lors de notre congrès national et lui offrent (parfois) une certaine unité, traduisant l'intérêt du moment pour de nouvelles molécules, une maladie donnée ou des méthodologies de travail plus novatrices. Ainsi, l'intérêt récent pour les études de vraie vie – que les tutelles réclament désormais systématiquement pour compléter et valider les études randomisées ayant conduit à une AMM – s'est traduit par de nombreuses présentations. Nous en présentons quelques exemples marquants.

Psoriasis

Peu de communications marquantes finalement. On note simplement quelques innovations concernant des traitements topiques, mais il semble – dans ce congrès en tout cas – qu'après toutes les avancées fantastiques de ces dernières années les nouveautés marquent le pas, avec beaucoup moins d'études que précédemment.

Une nouvelle cible thérapeutique potentielle, représentée par l'angiogénèse dont le rôle est essentiel dans la plaque psoriasique, a été évaluée par Imen Chihaoui *et al.* [1] dans une étude regroupant 120 patients psoriasiques et 51 témoins.

Les auteurs ont mesuré le taux sérique du VEGF (*vascular endothelial growth factor*) par méthode ELISA et ont retrouvé une augmentation significative du taux de VEGF chez les patients psoriasiques

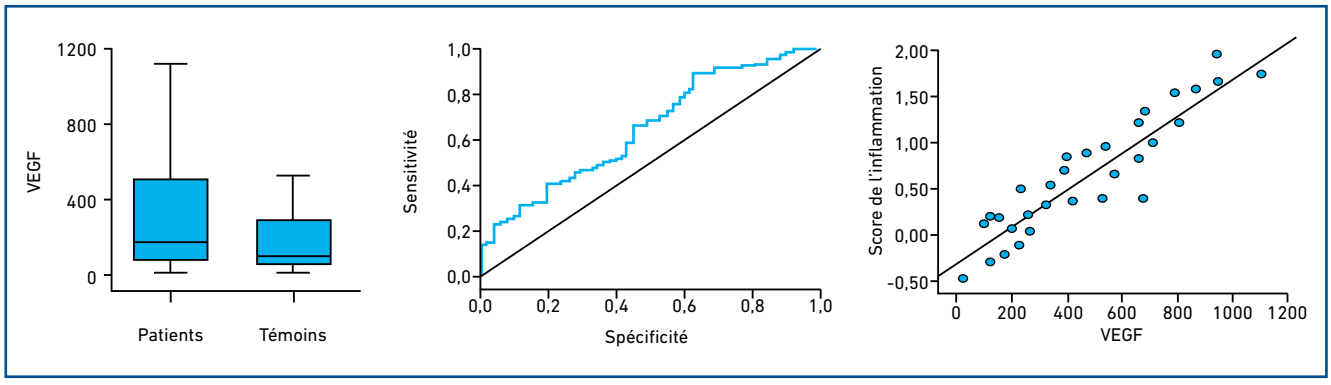


Fig. 1 : Taux de VEGF (*vascular endothelial growth factor*) et corrélation avec le score inflammatoire du psoriasis.

comparativement aux témoins. Le VEGF est associé au psoriasis avec une aire sous la courbe de 0,659 (IC95 % : 0,572-0,747 ; p = 0,001) pour une spécificité de 37,3 % et une sensibilité de 88 %. Le VEGF était corrélé positivement et significativement avec le score de l'inflammation (r = 0,932 ; p = 0,007), la CRP (r = 0,177 ; p = 0,032) et la MMP-9, une métalloprotéinase participant fortement au remodelage de la peau (r = 0,184).

Ainsi, l'augmentation du VEGF et son association avec le score inflammatoire chez les patients psoriasiques illustrent son rôle comme facteur pro-angiogénique dans le développement de la maladie (***fig. 1***). Le VEGF pourrait être proposé comme cible potentielle de nouvelles biothérapies du psoriasis. Un autre avenir est peut-être en train de s'écrire…

Dermatite atopique

On recense peu de nouveautés relatives à l'arrivée des JAK inhibiteurs. Dans ce domaine encore, de nombreuses avancées sont considérées comme acquises. Le baricitinib est présent depuis peu, l'upadacitinib et l'abrocitinib vont bientôt arriver, tout comme les anti-IL13 (tralokinumab et lebrikizumab). Les études de phase III sont déjà bien connues et ce sont donc surtout les études de vraie vie qui ont fait l'actualité. Nombre d'entre elles sont extraites de l'étude DAPHNE.

1. La vie du partenaire est-elle affectée par la DA de son conjoint ? [2]

La dermatite atopique (DA) a un retentissement important sur la qualité de vie, le bien-être et le sommeil des patients. S'il a été démontré qu'elle pouvait également altérer la qualité de vie des parents et de l'entourage des enfants atteints, on sait peu de choses de son impact selon que le patient vit seul ou en couple.

Cette étude en vraie a été conduite en partenariat avec l'Association française de l'eczéma, à partir d'un questionnaire en ligne destiné au malade et à son conjoint. Les auteurs ont évalué le score moyen EczemaPartner (compilation de tests psychométriques et de retentissement sur la qualité de vie du partenaire, exprimé en %) en fonction du sexe des patients, du niveau de sévérité de la DA et des scores de qualité de vie. Puis cette variable était incluse dans une régression linéaire en utilisant le score EczemaPartner comme résultat.

2 411 patients ont participé à l'étude. 61,1 % étaient des femmes (n = 1 474) et 71,4 % (n = 1 722) étaient en couple. 1 266 conjoints (73,5 % des conjoints potentiels) ont accepté de répondre au questionnaire ; ils étaient âgés en moyenne de 41,6 ans. 44,2 % des patients avaient selon leur score POEM (*Patient-oriented eczema measures*) une DA légère, 44,3 % une DA modérée et 11,5 % une DA sévère.

Le score moyen EczemaPartner était de 44 % dont 33,3 % pour les conjoints de patients ayant une DA légère, 51,8 % pour les conjoints de patients avec DA modérée et 55 % pour les formes sévères (p < 0,001).

Le score moyen EczemaPartner chez les conjoints de patients ayant une DA avec retentissement nul, faible, modéré, important ou très important sur la qualité de vie était respectivement de 21,6 %, 29,5 %, 48,2 %, 64,9 % et 71,4 % (p < 0,001).

En régression multivariée, le score EczemaPartner était plus faible de 6,47 % chez les femmes (p < 0,001) et plus élevé de 2,57 % (p = 0,043) chez les conjoints de patients avec DA modérée *versus* ceux avec DA légère. Le score n'était pas significativement différent chez les patients avec DA légère par rapport à ceux identifiés comme sévères. Les conjoints des patients dont la qualité de vie était faiblement, modérément, fortement ou très fortement impactée par la DA avaient un score EczemaPartner supérieur de respectivement 7,24 % (p < 0,001), 25,44 % (p < 0,001), 40,95 % (p < 0,001) et 47,75 % (p < 0,001) comparés aux patients dont la qualité de vie n'était pas impactée par la DA.

Cette étude montre les répercussions importantes de la DA sur les conjoints de patients atteints. Ce n'est pas la sévérité de la maladie qui impacte le conjoint mais la façon dont la maladie est vécue par le patient lui-même, comme s'il existait une forme d'empathie très développée vis-à-vis de ce dernier.

2. Efficacité à très long terme du dupilumab dans la DA de l'adulte en vie réelle : résultats d'une cohorte prospective [3]

Le dupilumab est un anticorps anti-IL4-R utilisé dans la dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte depuis 2017. Son efficacité a été démontrée dans de nombreuses études mais il existe peu de données quant à son utilisation au-delà de 1 an.

Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a inclus 146 patients (86 hommes, 60 femmes) âgés en moyenne de 41 ans traités par dupilumab entre février 2017 et mai 2021. Le SCORAD (*Scoring atopic dermatitis*), l'EVA (échelle visuelle analogique) prurit, l'EVA perte de sommeil, l'IGA (*Investigator's global assessment*), la DLQI (*Dermatology life quality index*) étaient recueillis à l'initiation du traitement puis au moins une fois par an (***fig. 2*** et ***tableau I***). La durée médiane de suivi était de 18 mois.

Fig. 2 : Patiente traitée par dupilumab depuis octobre 2017. **A :** avant initiation du traitement ; **B :** à 1 an de traitement ; **C :** à 2 ans de traitement ; **D :** à 3 ans de traitement.

Temps de traitement (années)		1 (n = 118)	2 (n = 59)	3 (n = 24)	4 (n = 6)
SCORAD moyen	47,6	19,7	17,8	18,8	11,25
EVA prurit moyen	6,2	2,5	2,1	1,6	0,6
EVA sommeil moyen	4,7	1,4	0,6	0,5	0
IGA 1/0	8,9 %	60 %	69 %	77 %	100 %

Tableau I : Évolution des différents scores d'évaluation de la dermatite atopique chez les patients sous dupilumab avant traitement, puis à 1, 2, 3 et 4 ans de traitement.

20 patients ont interrompu leur traitement (soit 13 %) au cours du suivi, dont 9 pour effets indésirables (oculaires principalement) et 5 pour inefficacité.

Cette étude en vie réelle montre des diminutions du SCORAD, de l'EVA prurit, de l'EVA perte de sommeil et de la DLQI dès 16 semaines de traitement. Des suivis plus prolongés ont été réalisés. Une étude canadienne récente a ainsi montré des pourcentages d'IGA 0/1 de 59 %, 58 % et 68 % à respectivement 16, 52, et 104 semaines. Enfin, cette cohorte a également permis de révéler que le tabac et l'alcool semblaient être associés à une moindre efficacité du traitement.

3. DA du sujet âgé : cohorte DAPHNE [4]

Les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la DA sont bien documentées chez l'enfant mais moins bien chez l'adulte, et encore moins chez le sujet âgé. Or, en France, selon l'observatoire Objectifs Peau (SFD 2017), ce sont 2,5 millions (4,6 %) de Français de 15 ans et plus qui sont atteints de DA. L'étude DAPHNE est un essai multicentrique, transversal, en vie courante dont l'objectif était de décrire les caractéristiques de la DA de l'adulte à partir de données cliniques et épidémiologiques.

Un bras a comparé les spécificités de la DA chez les patients de plus de 65 ans *versus* les moins de 65 ans.

L'analyse des résultats met en évidence chez les sujets âgés :
– un début plus tardif ;
– l'existence de moins d'antécédents (ATCD) atopiques ;
– une fréquence accrue d'antécédents anxio-dépressifs ;
– la coexistence fréquente de prurigo.

Un biais de mémoire peut être responsable des différences observées entre les deux populations en ce qui concerne l'âge de début de la maladie et les comorbidités atopiques personnelles ou familiales. La prise en charge semble aussi différente, ce qui est peut-être lié à l'âge (moins de ciclosporine administrée) ou aux formes cliniques (méthotrexate souvent prescrit pour le prurigo).

Une meilleure connaissance des particularités de cette population fragile est importante car cela pourrait certainement influencer la prise en charge.

4. Description de la DA de l'adulte : résultats de la cohorte DAPHNE [5]

Chez l'adulte, les présentations cliniques peuvent être trompeuses et varier au fil du temps chez un même individu.

Les résultats de la cohorte DAPHNE chez l'adulte sont issus des analyses recueillies entre décembre 2018 et mars 2020. 30 dermatologues hospitaliers et libéraux français ont inclus 816 patients. Le *sex ratio* était en faveur des femmes (55,4 %). L'âge moyen au moment de l'inclusion était de 36,9 ans. 25,1 % des patients avaient débuté leur DA à l'âge adulte et 45,1 % rapportaient un début précoce, avant l'âge de 2 ans. Une évolu-

tion biphasique (début dans l'enfance, rémission complète puis réapparition à l'âge adulte) était enfin décrite par 32,8 % des patients.

Les comorbidités atopiques associées étaient la rhinite saisonnière (48,1 %), l'asthme (43,2 %), la conjonctivite allergique (33,2 %) et les allergies alimentaires (20,1 %). On notait également des troubles anxieux et un syndrome dépressif chez respectivement 16,4 % et 10,1 % des patients. 30,3 % avaient eu recours à des médecines alternatives et 48,9 % avaient consulté un allergologue à l'âge adulte.

À l'inclusion dans l'étude, la sévérité de la maladie était importante (IGA moyen à 2,7). La répartition des formes phénotypiques était la suivante : forme clinique dite "classique" (zones bastions atteintes, sans localisations prédominantes) chez 44,6 % des individus, suivie de la forme "tête et cou" (20,1 %). Viennent ensuite, par ordre de fréquence, l'eczéma chronique des mains (13,3 %), l'eczéma nummulaire (8,2 %), l'érythrodermie (4,5 %), le prurigo (4,2 %), la dyshidrose (4,1 %) et l'eczéma craquelé (1,1 %) (***fig. 3***).

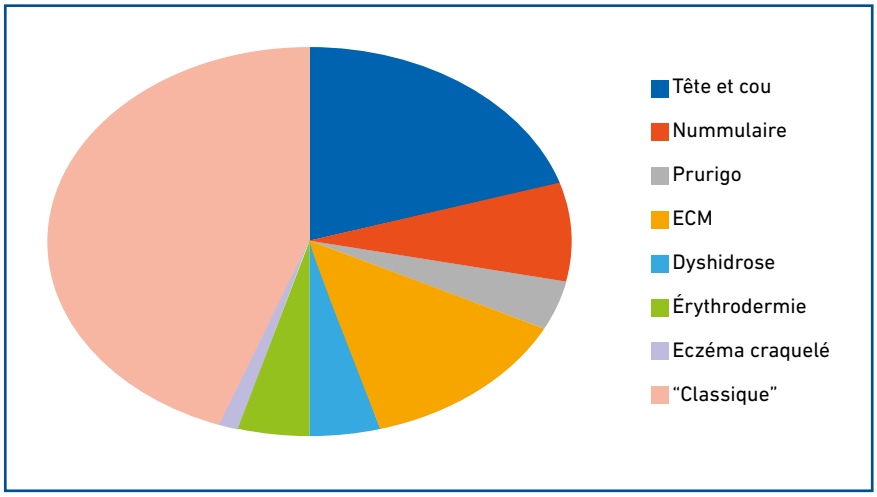


Fig. 3 : Répartition des topographies au cours de la DA de l'adulte.

Ainsi, les résultats de l'étude DAPHNE montrent l'hétérogénéité de la dermatite atopique de l'adulte avec des phénotypes et une évolution variables. Contrairement aux données précédentes de la littérature retrouvant environ 12 % d'évolution biphasique dans la DA, il y a plus de formes récidivantes dans cette cohorte. Les formes d'apparition tardive sont également moins fréquentes que ce qui a été décrit par ailleurs (25 % *versus* 20 à 40 %). Les formes classiques, "tête et cou" et eczéma chronique des mains sont les plus représentées. La relative sévérité de la DA au moment de l'inclusion pourrait être liée à un biais de recrutement, plus hospitalier que libéral.

Hidradénite suppurée

Contrairement à l'EADV, de nombreuses communications ont été présentées sur l'hidradénite suppurée (HS) pendant les JDP. Pas en thérapeutique malheureusement, car il n'y a pas eu de grands progrès depuis le remboursement de l'adalimumab il y a quelques mois, mais beaucoup d'études sur la qualité de vie et la perception de la douleur chez ces patients difficiles.

1. Qualité de vie chez les patients atteints d'HS précoce et tardive [6]

Dans cette étude observationnelle transversale, des patients consécutifs diagnostiqués avec HS ont été recrutés et leurs données sociodémographiques et cliniques recueillies. Leur qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire Skindex-17 (questionnaire spécifique pour la dermatologie) (***fig. 4***) et leur détresse psychologique par le GHQ-12 (*General Health Questionnaire*).

467 patients, âgés en moyenne de 21,6 ans, ont été classés en "début précoce" (< 28 ans) ou "début tardif" (≥ 28 ans).
L'analyse des résultats révèle les caractéristiques suivantes pour le phénotype "début tardif" qui représentait 22 % de la population incluse :
– durée de maladie plus courte ;
– moins de retard diagnostique ;
– davantage de fistules ;
– IMC plus élevé ;
– sexe masculin ;
– ancien fumeur ;
– psoriasis associé.

À l'inverse, étaient associées au phénotype "apparition précoce" :
– formes familiales ;
– atteinte des aisselles ;
– atteinte mammaire.

Mais, quel que soit le mode d'entrée, aucune différence n'était notée au niveau de la sévérité de la maladie.

Le résultat final est clair : l'impact psychosocial de l'HS est plus élevé chez

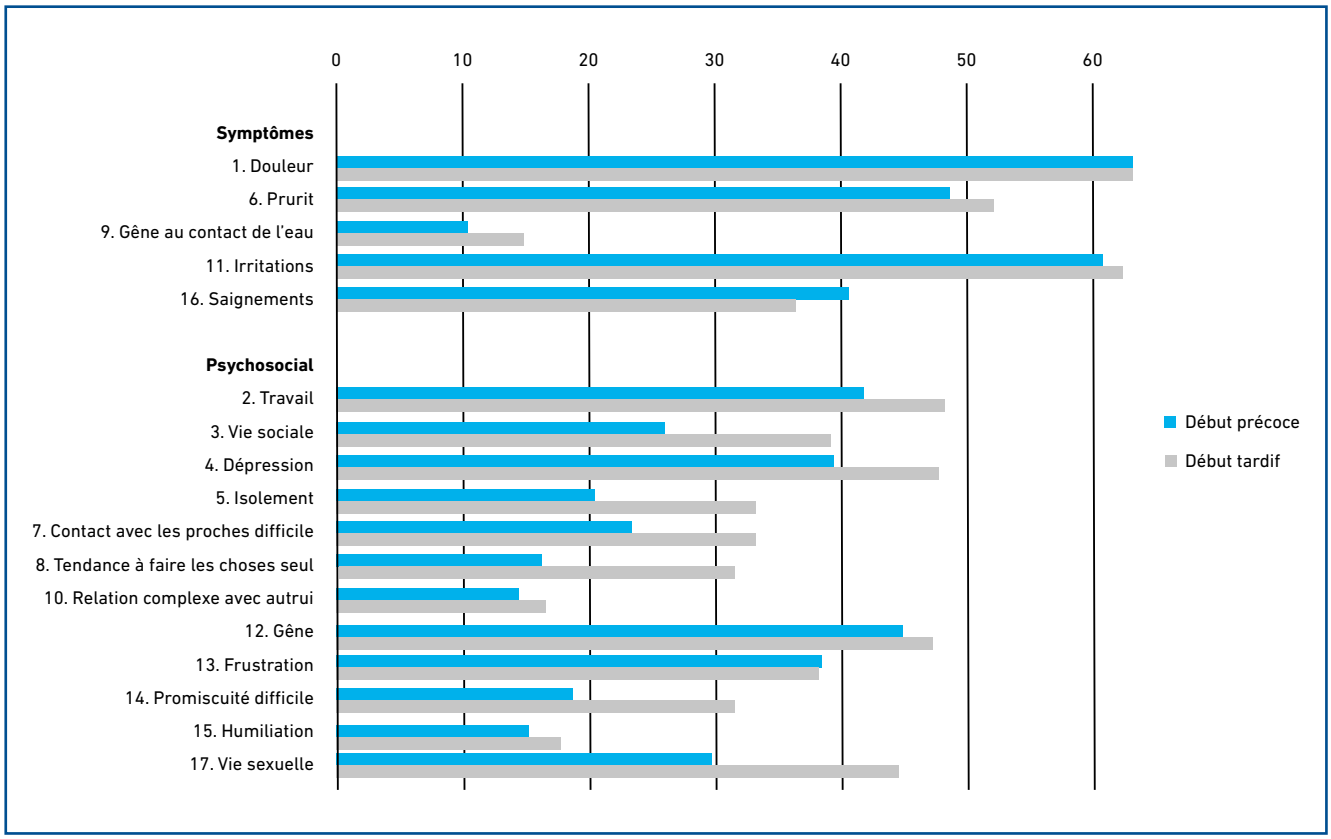


Fig. 4 : Pourcentage de patients avec début précoce ou tardif qui ont répondu "souvent" ou "toujours" à chaque question du Skindex-17.

les patients chez lesquels la maladie est apparue tardivement par rapport à ceux ayant un début précoce. Cela peut sembler paradoxal : en effet, on aurait pu croire que l'impact de cette maladie souvent très invalidante était d'autant plus marqué qu'elle touchait des patients au début de leur vie adulte, lorsque tout commence à se construire.

2. Évaluation de la qualité de vie périopératoire dans la maladie de Verneuil [7]

L'étude RELEVE (REcidive Locale après Excision de la maladie de Verneuil) a évalué la douleur et la qualité de vie périopératoires au cours de la maladie de Verneuil.

Il s'agit d'une étude nationale prospective multicentrique avec recueil des données de novembre 2020 à septembre 2021. Étaient inclus les patients éligibles à une exérèse large des lésions. L'EVA et la DLQI étaient recueillies en préopératoire à 1 mois puis à 6 mois après chirurgie. 79,7 % des patients avaient eu une cicatrisation dirigée ou un méchage, 17,6 % un TPN (cicatrisation par pression négative), et seulement 2,7 % une fermeture primaire.

À 6 mois, le taux de satisfaction était excellent : 100 % des patients étaient satisfaits de leur intervention et 100 % la recommanderaient à un proche atteint. De même, il ressort que la guérison par cicatrisation dirigée est optimale après une excision large dans l'HS (***tableau II***).

La chirurgie offre donc un réel bénéfice aux patients souffrant d'HS. L'excision large est un traitement sûr et efficace avec de faibles taux de complications et de récidive. On note une diminution significative de la DLQI et de la douleur à 6 mois par rapport au préopératoire.

3. Traitement de l'HS selon les recommandations françaises : données d'efficacité prospectives en ouvert sur une cohorte en vie réelle [8]

À la suite des recommandations françaises de la SFD (publiées en 2019) dans l'HS, une étude prospective en ouvert a cherché à évaluer l'efficacité des stratégies thérapeutiques proposées dans les algorithmes. C'est pourquoi étaient inclus uniquement des patients HS ne recevant aucun traitement de fond (43 patients).

Il s'agit ici d'une analyse préliminaire après 3 mois de traitement. L'âge moyen des patients était de 35 ans, avec un *sex ratio* de 1, un poids moyen de 80,3 kg et un IMC moyen de 27,6 kg/m2. Tous les stades de sévérité de la maladie évalués par le score de Hurley sont représentés : Ia (24 %), Ib (24 %), Ic (24 %), IIa (5 %), IIb (12 %), IIc (9 %), III (2 %).

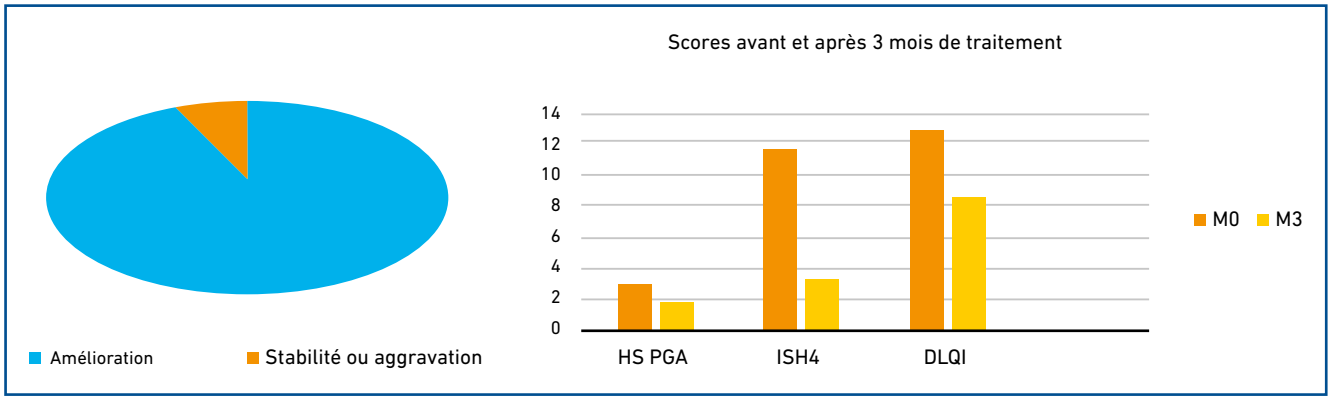


Fig. 5 : Répartition des scores avant et après 3 mois de traitement.

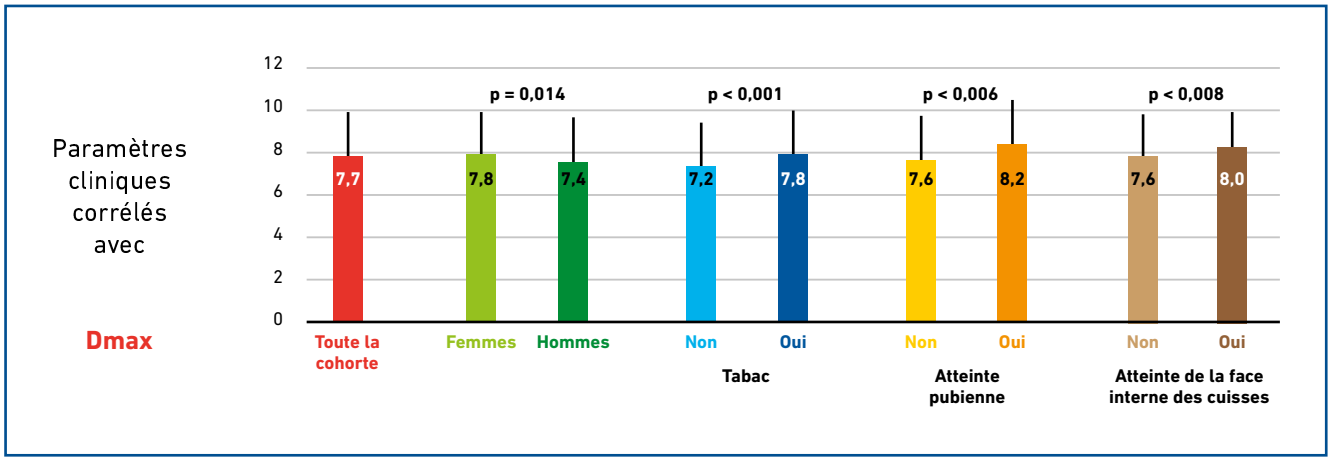


Fig. 6 : Intensité maximale de la douleur en fonction de la topographie et de la répartition.

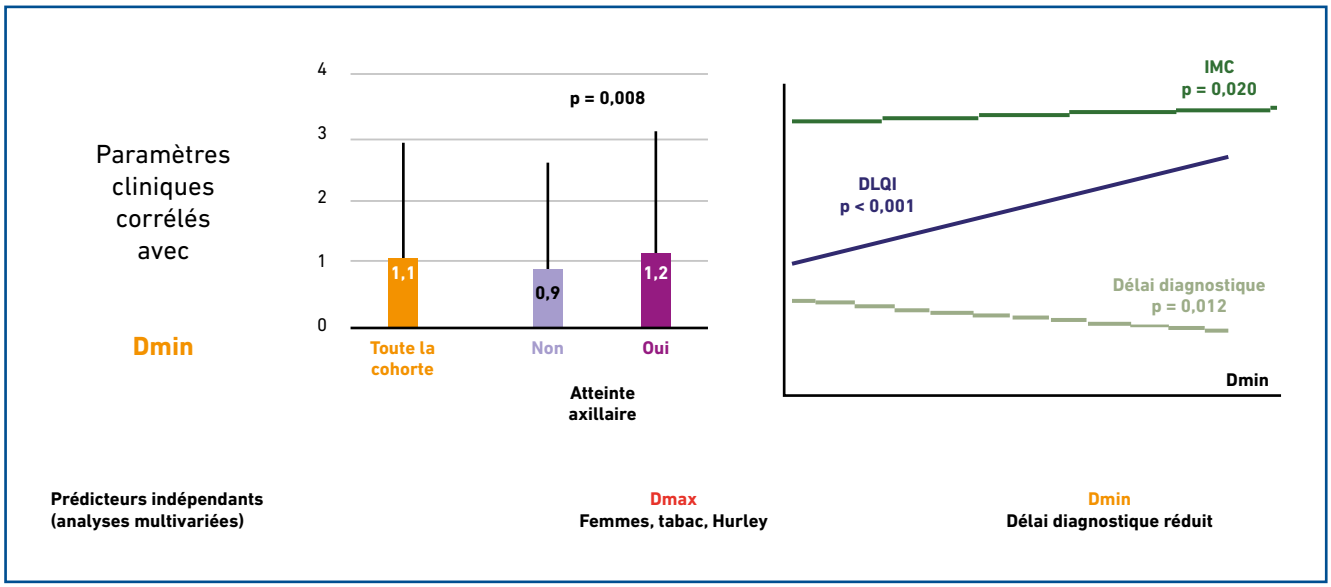


Fig. 7 : Intensité minimale de la douleur en fonction de l'atteinte axillaire et des comorbidités.

Caractéristiques cliniques des patients inclus			
Variable		**Moyenne écart type**	**n (%)**
Âge		32,2 ± 8,7	
IMC (kg/m^2)		26,8 ± 5,8	
Femme			60 (68 %)
Homme			28 (32 %)
Tabagisme actif			56 (64,4 %)
Stade de Hurley	I		8 (10,4 %)
	II		38 (49,3 %)
	III		31 (40,3 %)
Localisation des lésions opérées	Axillaire		29 (37,2 %)
	Axillaire bilatérale		5 (6,4 %)
	Inguino-périnéale		30 (38,5 %)
	Inguino-périnéale bilatérale		5 (6,4 %)
	Sous-mammaire		1 (1,3 %)
	Périanale/fesse		8 (10,2 %)
EVA	Préopératoire (n = 88)	5,1 ± 9	
	À 1 mois	2,4 ± 2,3*	
	À 6 mois (n = 49)	1,8 ± 2,3*	
DLQI	Préopératoire (n = 88)	15,4 ± 6,5*	
	À 1 mois	10 ± 8	
	À 6 mois (n = 49)	3,3 ± 5*	
Complication postopératoire			6 (7,2 %)
Durée de cicatrisation (jours)		66,6 ± 36,6	
Récidive locale à 6 mois (Sur n = 19)			11 (25,5 %)

Tableau II : Résultats sur les 88 premiers malades (l'étude est toujours en cours). * p < 0,0001

Les traitements classiques sont largement représentés :
– 50 % : doxycycline ;
– 43 % : lévofloxacine + clindamycine puis doxycycline en relai ;
– beaucoup plus rarement lévofloxacine + clindamycine puis cotrimoxazole en relai ;
– pristinamycine puis doxycycline en relai ;
– adalimumab exceptionnellement.

À 3 mois, les résultats sont les suivants :
– 93 % d'amélioration partielle ;
– 79 % d'amélioration de plus de 50 % du score IHS4 (le score IHS4 évalue le même type de paramètres : nombre de nodules, d'abcès et de fistules, avec l'avantage d'une réalisation plus rapide (***fig. 5***).

Les points marquants de cette étude sont les suivants :
– les stratégies thérapeutiques validées par la SFD permettent d'apporter une solution à une majorité de patients ;
– l'efficacité est importante sur la base de l'IHS4 mais plus modérée sur la qualité de vie, cette distorsion restant à expliquer (les lésions persistantes suffisent à minorer, pour le malade, le bénéfice néanmoins réel) ;
– ces résultats sont à pondérer devant le peu de patients en stade III de Hurley, qui sont bien sûr ceux qui posent le plus de problèmes.

4. La douleur de l'HS est corrélée avec la sévérité de la maladie mais aussi avec le sexe et le tabac [9]

La douleur est la plainte principale des patient atteints d'HS. Pour mieux l'appréhender, une étude prospective a été conduite chez 1 022 malades (65 % de femmes ; âge moyen 32 ans ± 10). Les données recueillies concernaient la douleur maximale lors des poussées (Dmax) et la douleur minimale entre les poussées (Dmin). Les résultats sont illustrés dans les ***figures 6 et 7***.

En conclusion, la douleur au cours de l'HS est corrélée de façon linéaire avec la sévérité de la maladie, mais aussi avec le sexe et le tabac.

Urticaire chronique

Une étude intéressante s'est penchée sur la problématique de l'urticaire chronique traitée par omalizumab pendant la grossesse.

L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une pathologie fréquente touchant 1 % de la population, le plus souvent des femmes jeunes [10]. L'omalizumab (monoclonal anti-IgE) est actuellement recommandé dans la prise en charge des UCS résistantes (4 cp/j d'anti-H1). Bien que des données rassurantes de sécurité de l'omalizumab aient été rapportées chez des patientes enceintes asthmatiques, il n'existe pas d'études sur les conséquences materno-fœtales chez des patientes enceintes atteintes d'UC.

12 patientes âgées de 29 à 42 ans ont été incluses dans cette étude. Le traitement avait été introduit à 300 mg toutes les 4 semaines pour une UCS résistante. Toutes les patientes avaient une UCS modérée à sévère avec un score UAS > 15 et/ou un score DLQI > 10. Le traitement avait été prescrit avant le début de la grossesse chez toutes les patientes, avec par conséquent une exposition dès le premier trimestre de grossesse.

5 patientes ont interrompu le traitement au cours du 1er trimestre et 2 pendant le 2e trimestre en raison d'une rémission de l'UCS ou de la crainte de complications fœtales. 7 ont eu une grossesse et un accouchement sans complications, 2 un accouchement par césarienne en raison de troubles du rythme cardiaque fœtal, 2 ont fait une fausse couche spontanée (FCS) au 1er trimestre et 1 une FCS au 2e trimestre. Aucune malformation fœtale n'a été décrite sur les 9 nouveau-nés.

Dans cette étude, aucune complication fœtale liée à l'omalizumab n'a été observée, ce qui est concordant avec les publications antérieures dans l'asthme (registre EXPECT). 3 patientes ont eu une fausse couche spontanée (25 %), ce qui est comparable au taux de fausse couche spontanée dans la population française.

Bibliographie

1. Chihaoui I *et al.* Psoriasis: du nouveau pour les cibles thérapeutiques ? P 231.
2. Richard MA *et al.* La vie du partenaire est-elle affectée par la dermatite atopique de son conjoint ? P 235.
3. Guedon C *et al.* Efficacité à très long terme du dupilumab dans la dermatite atopique de l'adulte en vie réelle : résultats d'une cohorte prospective. P 243.
4. Jacobzone-Lévêque C *et al.* Dermatite atopique du sujet âgé. Cohorte DAPHNE. P 259.
5. Jacobzone-Lévêque C *et al.* Description de la dermatite atopique de l'adulte, résultats de la cohorte DAPHNE. P 307.
6. Sampogna F *et al.* Qualité de vie chez les patients atteints d'hidradénite suppurée précoce et tardive. P 261.
7. Ezanno AC *et al.* Évaluation de la qualité de vie périopératoire dans la maladie de Verneuil. P 265.
8. Donzier L *et al.* Traitement de l'hidradénite suppurée selon les recommandations françaises : données d'efficacité prospectives en ouvert sur une cohorte en vie réelle. P 254.
9. Guillem P *et al.* La douleur de l'hidradénite suppurée est corrélée avec la sévérité de la maladie mais aussi avec le sexe et le tabac. P 269.
10. Badaoui A *et al.* Prescription d'omalizumab pendant la grossesse chez des patientes atteintes d'urticaire chronique spontanée : résultats d'une étude rétrospective française. P 009.

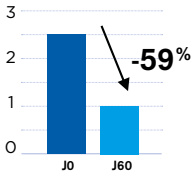
Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie – n° 308_Février 2022 – Cahier 2
Éditeur : Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris
Numéro de commission paritaire : 0122 T 81119 – ISSN : 1155-2492 – Directeur de la publication : Dr Richard Niddam
Impression : bialec

URIAGE
EAU THERMALE

Xémose **PSO**

ADJUVANT DERMO-COSMÉTIQUE DES TRAITEMENTS DU PSORIASIS

UNE EFFICACITÉ DÉMONTRÉE CLINIQUEMENT



SCORE PGA*

SQUAMES[1]

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE[2]

UNE FORMULE UNIQUE

96% d'ingrédients d'origine naturelle

BREVET URIAGE
CATHELICIDIN
LL37
MODULATION
URIAGE PATENT

Régulation du peptide LL-37
Favorise l'élimination des plaques

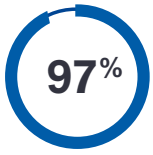
BREVET URIAGE
CERASTEROL
.2F
URIAGE PATENT

Restaure & renforce la barrière cutanée

L'EAU THERMALE DES ALPES
URIAGE
FRENCH ALPS THERMAL WATER

Apaise, protège et répare la peau

UNE TEXTURE NON GRASSE PLÉBISCITÉE PAR LES PATIENTS



- ÉTALEMENT FACILE
- ABSORPTION RAPIDE[3]

Étude clinique sous contrôle dermatologique sur 30 volontaires adultes psoriasiques sous traitement médicamenteux topique et/ou systémique : Xémose Pso appliqué 1 à 2 fois par jour pendant 2 mois. 1. évaluation par les dermatologues investigateurs ; 2. auto évaluation du score DLQI. 3. Pourcentage de satisfaction de l'utilisateur. * PGA : Physician Global Assessment

COMMUNICATION DESTINÉE EXCLUSIVEMENT À L'USAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

RESO CONNEX

ResoConnex UNE APPLICATION
de partage de cas collaborative

FACILE D'UTILISATION

1. Télécharger ResoConnex
   via Apple Store ou Google Play
2. Créer votre compte en quelques secondes
   identifiant et mot de passe
3. Se connecter une fois votre compte validé
   un mail de confirmation vous sera adressé

GET IT ON Google Play | Available on the App Store

NAVIGUER SUR L'APPLICATION

- Gérer votre profil
- Poster un cas avec ou sans photo
- Commenter un cas
- Utiliser la messagerie privée
  sécurisée pour communiquer sur un cas avec vos confrères

NOUVEAUTÉS

- Disponible sur tablette
- Rester informé chaque mois
  de l'actualité thérapeutique et environnementale grâce à la fonctionnalité ACTUS

SÉCURISÉE

Les données personnelles et les données de santé sont protégées et la loi européenne, RGPD (règlement général sur la protection des données) du 25 mai 2018 vient renforcer la protection des droits des personnes. ResoConnex vous permet d'échanger dans le respect de ces nouvelles normes.

Ce renforcement est essentiellement basé sur :

- Une conformité basée sur la transparence et la responsabilisation
- Les responsabilités partagées et précisées

GRATUITE

RESO promeut la formation accessible à tous les dermatologues et professionnels de santé dans un esprit confraternel et convivial pour améliorer la prise en charge des patients et le parcours de soins.