

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Dermatoses inflammatoires : psoriasis, dermatite atopique, urticaire chronique spontanée et maladie de Verneuil. Que retenir des JDP 2022 ?

Rédaction : Dr P. BOGHEN



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.

Dermatoses inflammatoires : psoriasis, dermatite atopique, urticaire chronique spontanée et maladie de Verneuil Que retenir des JDP 2022 ?

Rédaction : P. BOGHEN

Dermatologue, PARIS



RESO a créé en 2020 l'Observatoire des maladies cutanées chroniques inflammatoires (OMCCI) dédié à l'étude chez l'adulte des formes modérées à sévères de psoriasis, dermatite atopique (DA), maladie de Verneuil (MV) et urticaire chronique spontanée (UCS). Le Dr Pierre-André Bécherel, son directeur scientifique, a passé au crible les sujets ayant traité ces 4 dermatoses aux JDP et présenté les éléments marquants lors d'un webinaire, le 19 janvier dernier. Ce compte rendu a reçu le soutien institutionnel des Laboratoires LEO Pharma et Uriage.

P.A. BECHEREL

Unité de Dermatologie et Immunologie clinique, Hôpital Privé d'Antony.

Directeur scientifique de l'OMCCI (Observatoire des Maladies Cutanées Chroniques Inflammatoires).

Psoriasis

1. Utilisation des traitements systémiques : consensus d'experts par la méthode Delphi

Ce consensus d'experts montre une évolution dans le choix du premier biologique parmi les molécules aujourd'hui disponibles et ses conclusions influenceront certainement les prochaines recommandations.

La méthode Delphi consiste à organiser de manière structurée une consultation d'experts afin de faire converger leurs opinions et d'établir un consensus. Dans cette étude, un questionnaire comportant 180 propositions et 11 questions ouvertes a été soumis à 35 experts français [1].

Le consensus était défini lorsque plus de 80 % des participants s'accordaient sur une option donnée. Deux résultats en ressortent plus particulièrement (**fig. 1 et fig. 2**) :

- le positionnement sur un pied d'égalité du méthotrexate et de la photothérapie UVB en première ligne ;
- le recours sans distinction à 4 biologiques, anti-IL23 ou anti-IL17, en seconde ligne.

Il est ainsi possible que les anti-IL23 et anti-IL17 remplacent les anti-TNF et l'anti-IL12/23 dans les prochaines recommandations de la Société française de dermatologie (SFD). Le spésolimab (anti-IL36R), quant à lui, n'est pas men-

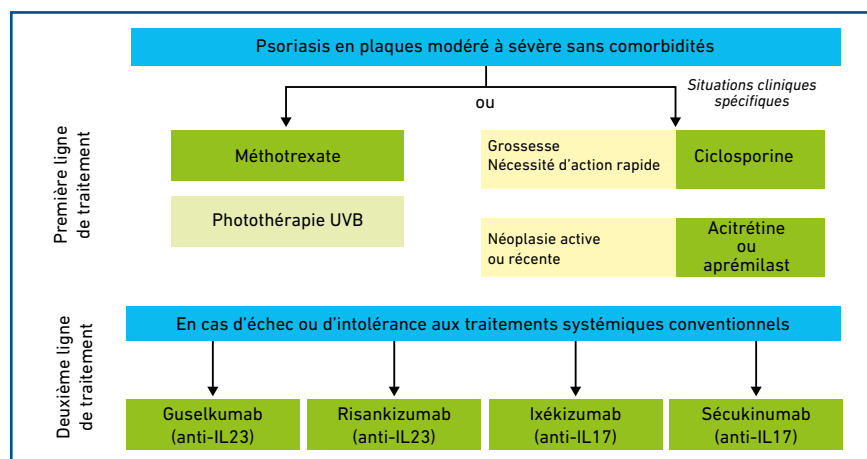


Fig. 1 : Résultats d'un consensus d'experts français du psoriasis sur l'utilisation des traitements systémiques pour le psoriasis modéré à sévère.

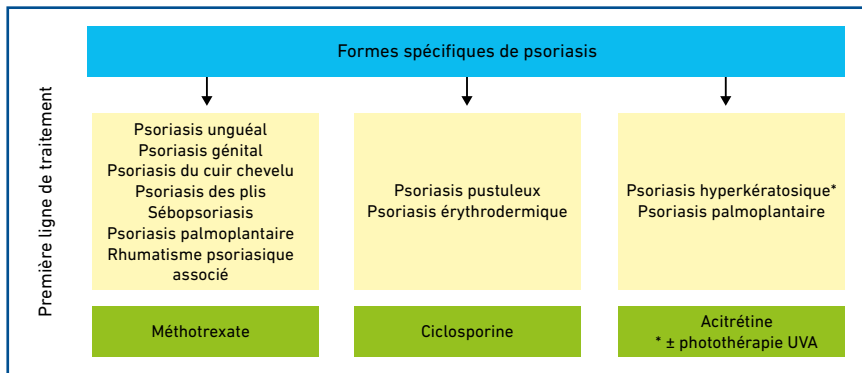


Fig. 2 : Résultats du consensus pour les formes spécifiques de psoriasis.

tionné pour le psoriasis pustuleux car la consultation a précédé la confirmation de son intérêt.

2. PSO-TARGET : un outil pour identifier l'attente thérapeutique des patients traités par biothérapie

Dans la pratique courante, les objectifs thérapeutiques sont évalués par des outils standardisés (PASI, DLQI...) et se centrent souvent davantage sur la réduction des lésions que sur les attentes du patient. Le médecin peut par ailleurs avoir des difficultés à cerner ces dernières, d'autant que l'alexithymie – la difficulté à exprimer ses émotions et sentiments – est fréquente chez les patients psoriasiques.

La grille PSO-TARGET a été conçue pour mieux définir les aspirations du patient mis sous biothérapie. Pour l'élaborer, le verbatim de psoriasiques traités par biologique a été recueilli et leurs objectifs ont été classés en 12 items dans 4 composantes : physique, subjective, relationnelle et thérapeutique.

Dans cette étude menée en France et en Belgique par LEO Pharma, 144 patients ont complété le questionnaire DLQI et la grille PSO-TARGET à l'initiation d'une biothérapie par brodalumab (anti-IL17) et après 3 mois de traitement [2].

L'analyse des données à l'inclusion conduit à trois constats :

- les patients précédemment traités par un autre biologique ont un PASI plus

bas et un DLQI moyen plus élevé que les sujets naïfs (fig. 3) ;

- les attentes thérapeutiques diffèrent en fonction de l'existence ou non d'une biothérapie antérieure, avec une aspiration très marquée des patients naïfs au rétablissement de leurs relations sociales, tandis que ceux précédemment traités par biologique optent davantage pour un objectif physique (fig. 4) ;

- le niveau de concordance des attentes thérapeutiques entre le patient et le dermatologue est faible (44 %), quels que soient le pays, les caractéristiques du

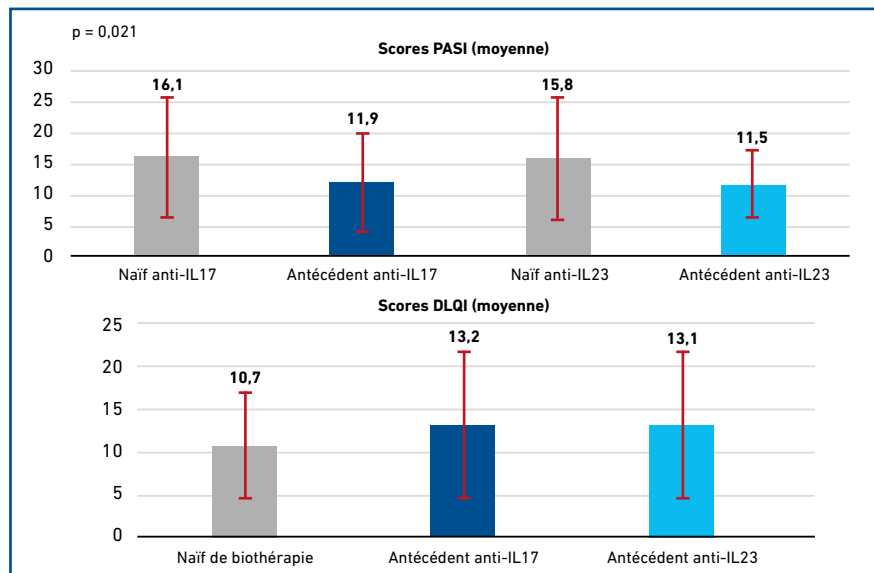


Fig. 3 : Résultats des scores PASI et DLQI à l'inclusion.

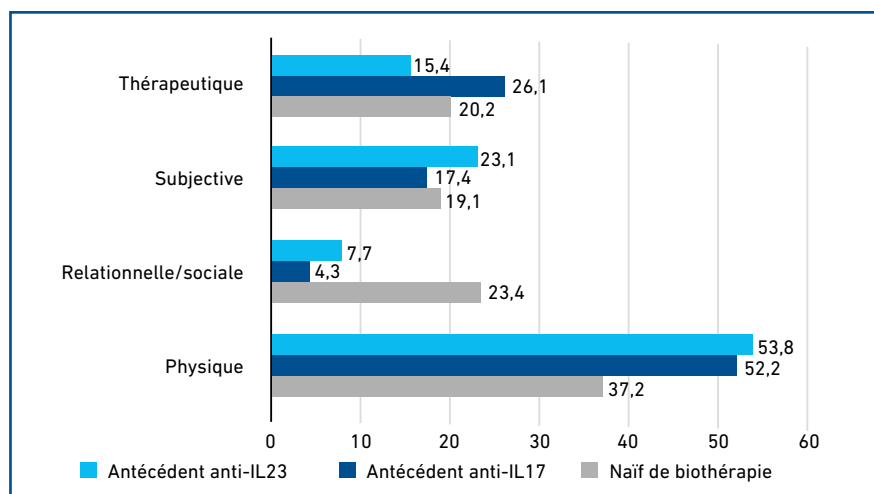


Fig. 4 : Objectif de la grille PSO-TARGET choisi par les patients à l'inclusion.

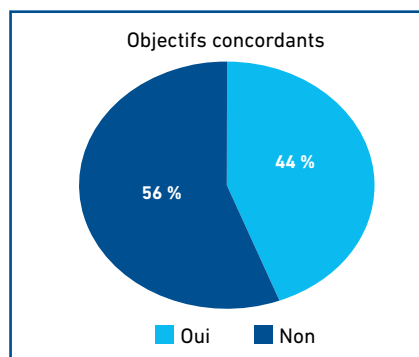


Fig. 5 : Niveau de concordance des attentes thérapeutiques entre le patient et le dermatologue.

psoriasis et les traitements antérieurs (fig. 5).

Le développement d'un outil comme PSOTARGET pourrait permettre d'améliorer les échanges entre dermatologue et patient et de mieux orienter la stratégie "treat to target" sur les attentes de ce dernier.

3. Étude de persistance en vie réelle des secondes lignes de biothérapie à partir des données du Système national des données de santé (SNDS)

Peu d'éléments existent pour guider le choix d'une deuxième biothérapie après arrêt de la première. La persistance thérapeutique (délai entre le début et la fin du traitement) pourrait compter pour la décision.

Cette étude a eu pour objectif de comparer la persistance en seconde ligne des quatre classes de biothérapie (anti-TNF, anti-IL12/23, anti-IL17 et anti-IL23) selon la première biothérapie reçue [3]. Elle a utilisé les données médico-administratives françaises entre 2015 et 2021. La cohorte a compris 8693 patients (51 % d'hommes, âge moyen 50 ans $\pm$ 14 ans), dont 32 % étaient sous anti-TNF en seconde ligne, 31 % sous anti-IL17, 18 % sous anti-IL12/23 et un même pourcentage sous anti-IL23.

Elle apporte les informations suivantes sur le choix des molécules en première et seconde intention pendant la période considérée (fig. 6) :

- prescription majoritaire d'un anti-TNF en premier lieu, puis changement surtout pour un autre anti-TNF, un anti-IL17 ou un anti-IL12/23 ;
- après l'anti-IL12/23, choix à peu près égal d'un anti-IL17 ou d'un anti-IL23 et dans un petit pourcentage de cas retour aux anti-TNF ;

- après un anti-IL17, option dominante pour un anti-IL23 et répartition comparable entre un anti-TNF ou un autre anti-IL17.

Ces données illustrent les retours aux anti-TNF, malgré la disponibilité de molécules plus récentes et l'inté-

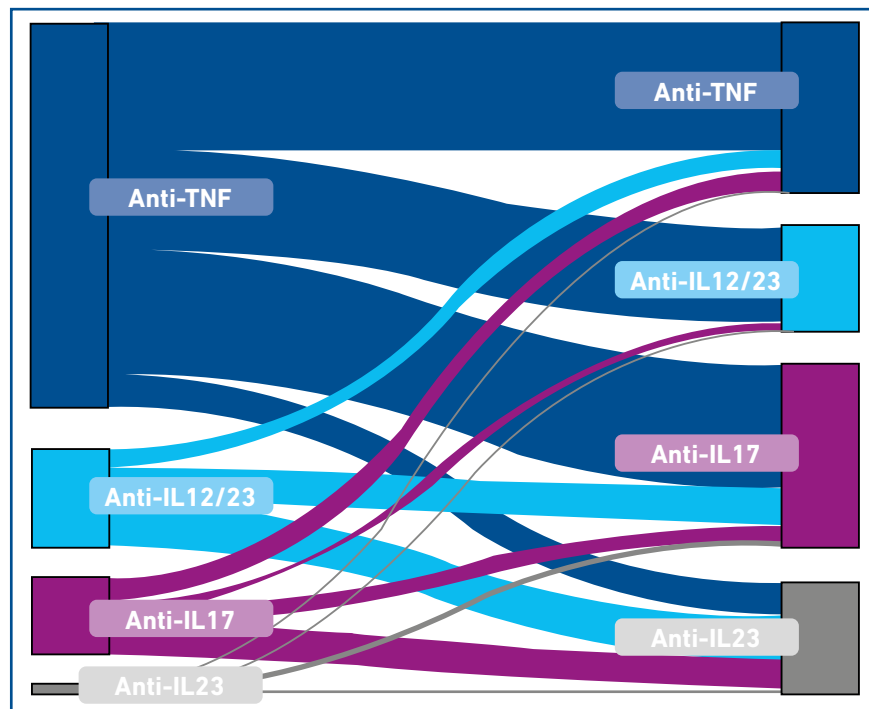


Fig. 6 : Classe thérapeutique prescrite en 2^e ligne en fonction de la première.

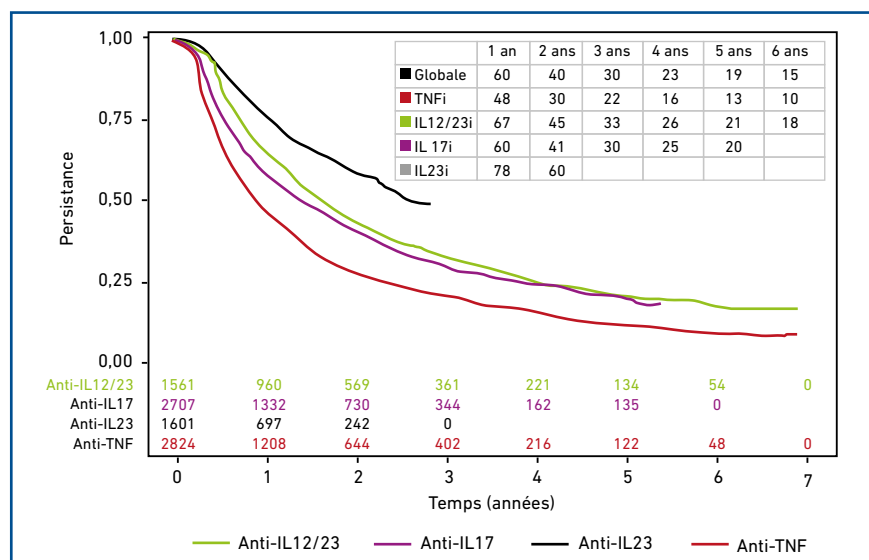


Fig. 7 : Persistance en 2^e ligne en fonction de la classe thérapeutique.

rêt démontré du changement d'un anti-IL17 pour une autre molécule de la même classe.

La comparaison de la persistance des quatre classes, avec un recul jusqu'à 3 ans, donne les indications ci-dessous (*fig. 7*):

- meilleure persistance des anti-IL23, quelle que soit la biothérapie reçue en première ligne;
- moins bonne persistance des anti-TNF comparativement aux trois autres classes, après une première ligne par anti-TNF ou anti-IL12/23;
- absence de différence entre les anti-IL17 et l'anti-IL12/23, quel que soit le premier traitement;
- absence de différence entre les anti-TNF, les anti-IL17 et l'anti-IL12/23 après une première ligne par anti-IL17.

4. Pustulose exanthématique aiguë généralisée: profil clinico-biologique et médicaments inducteurs chez 83 patients

La revue d'une série de 83 cas de pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) par l'équipe de Henri-Mondor met en lumière certaines caractéristiques [4]:

- antécédents de toxidermie dans près de 1/3 des cas;
- possibles atteintes systémiques, rares et le plus souvent sans gravité;
- fréquence élevée de la réplication d'EBV (virus Epstein-Barr) (rôle physiopathologique?);
- intérêt des tests allergologiques, même lorsqu'un seul médicament est suspect, afin de l'identifier et guider les alternatives;
- pas d'identification de molécule

inductrice nouvelle ou inattendue depuis 10 ans.

BIBLIOGRAPHIE

1. POIZEAU F *et al.* Utilisation des traitements systémiques pour la prise en charge du psoriasis modéré à sévère: consensus d'experts par la méthode Delphi. PO18-313.
2. EYERICH K *et al.* PSO-TARGET: un outil pour identifier l'attente thérapeutique des patients atteints de psoriasis traités par biothérapie. PO22-397.
3. MARCOMBES C *et al.* Etude de persistance en vie réelle des secondes lignes de biothérapie chez les patients atteints de psoriasis, à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). PO18-316.
4. WEISS M *et al.* Pustulose exanthématique aiguë généralisée: profil clinico-biologique et médicaments inducteurs chez 83 patients. PB01-03.

Dermatite atopique

1. DA et variations hormonales: une réalité ressentie pour les femmes atopiques

Les femmes comptent pour 61 % des adultes atteints de dermatite atopique (DA) en Europe. Une étude menée sur un vaste échantillon féminin met en évidence l'impact des variations hormonales sur la dermatose.

Une équipe française composée de femmes dermatologues, en partenariat avec LEO Pharma, a construit un questionnaire spécifique pour évaluer les interactions entre la DA et le cycle hormonal, ainsi que diverses étapes de la vie féminine comme la puberté, la grossesse et la ménopause [1].

Un échantillon de 1 009 femmes atteintes de DA a répondu à ce questionnaire. Au total, 51 % ont indiqué présenter une poussée quelques jours avant le cycle menstruel (toujours ou souvent 20 %, de temps en temps 31 %) et 59 % avant, pendant ou après (*fig. 8*). Près d'une femme

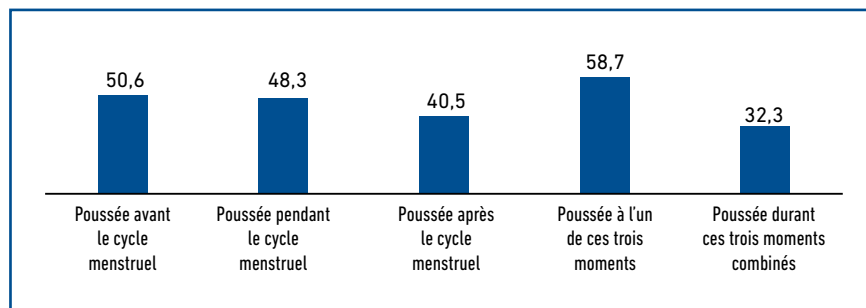


Fig. 8 : Proportions de femmes présentant une poussée avant, pendant et/ou après le cycle menstruel.

sur 3 a mentionné une influence des variations hormonales sur ses lésions en termes de localisation, d'étendue ou d'aspect.

Dans cette étude, 7 % des participantes avaient redouté d'être enceintes en raison de leur DA et 55 % reconnaissaient un impact négatif de leur eczéma sur leur désir d'enfant. Parmi celles qui avaient eu une grossesse, 42 % avaient craint de transmettre la maladie à leur enfant, plus encore si elles souffraient d'une forme modérée à sévère (46,1 %).

2. DA, sexualité et vie amoureuse: le regard des femmes

Dans cette évaluation, 1 femme sur 5 a rapporté un impact de la DA sur sa vie amoureuse, que les lésions soient légères ou modérées à sévères [2].

Les localisations aux zones sensuelles (seins/poitrine, fesses, région génitale), présentes dans 20 % des cas, ont encore plus de répercussions que l'atteinte des parties visibles (*fig. 9*).

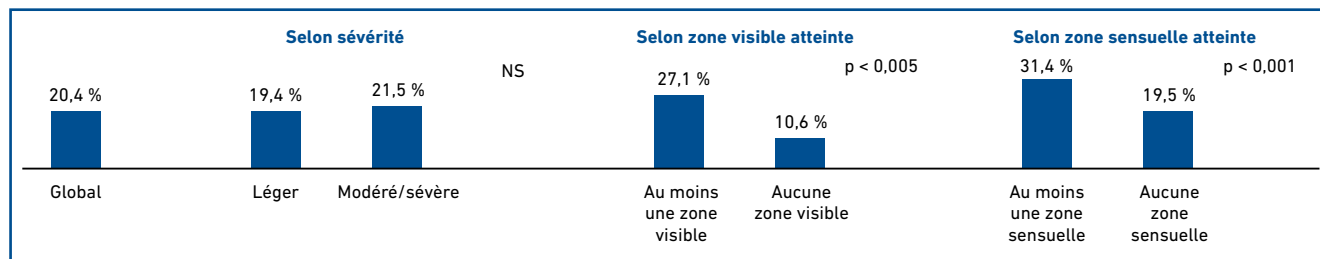


Fig. 9 : Proportion de femmes indiquant un impact de la DA sur leur vie amoureuse selon la sévérité et les localisations en zones visibles et sensibles.

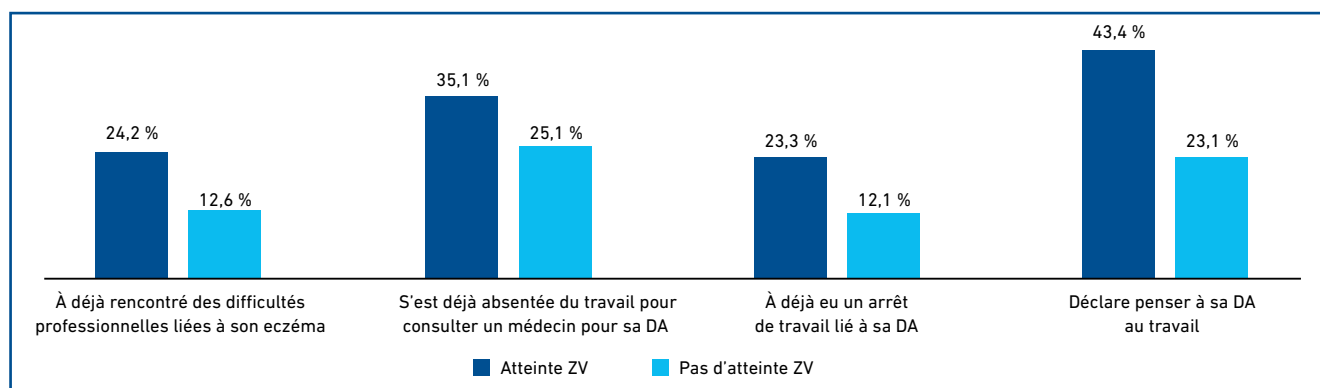


Fig. 10 : Pourcentage de femmes ayant rencontré des difficultés professionnelles liées à leur DA. ZV : zone visible.

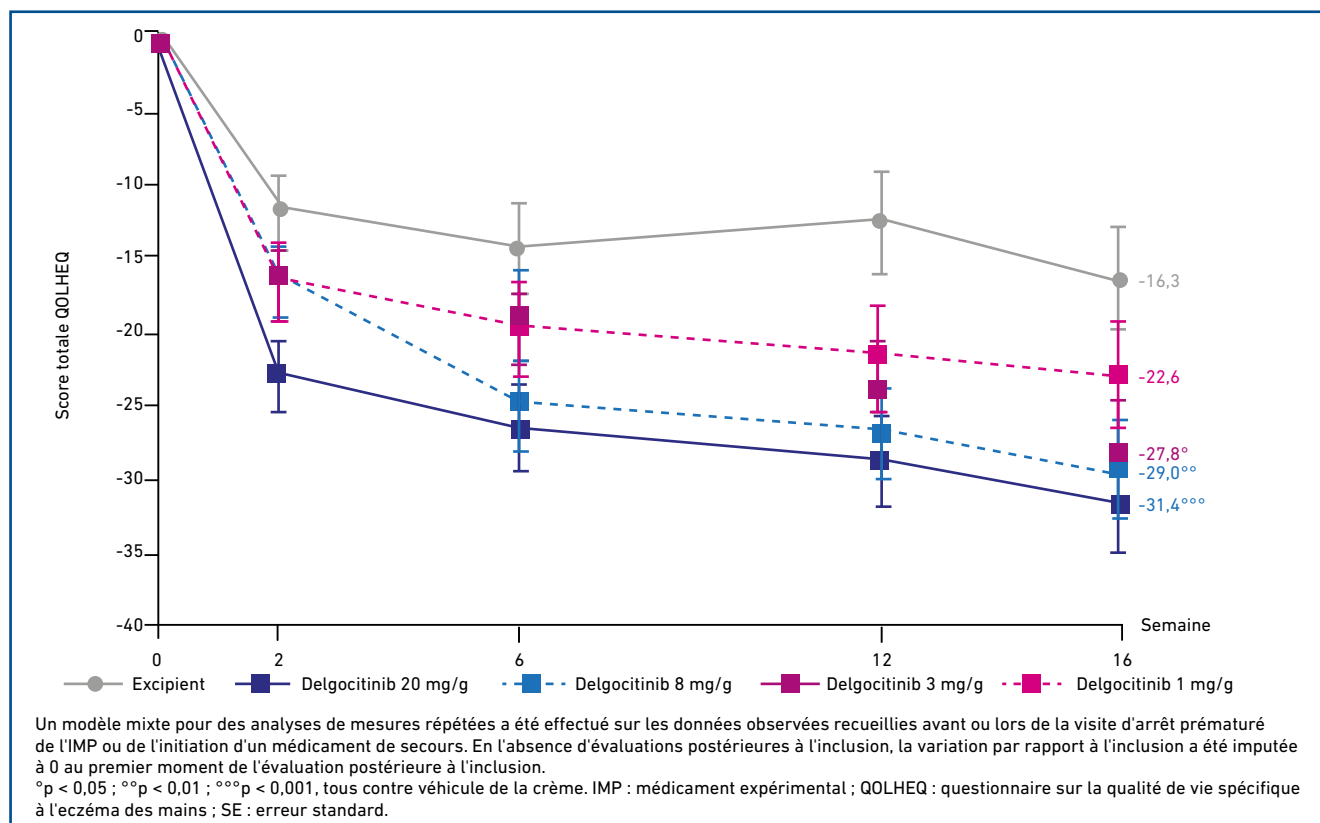


Fig. 11 : Variations par rapport à l'inclusion du score total QOLHEQ après traitement par le delgocitinib 1, 3, 8 ou 20 mg/g ou avec le véhicule.

Ces résultats impliquent d'aborder davantage en consultation l'influence éventuelle du cycle hormonal, l'atteinte de zones sensuelles et la santé sexuelle.

3. Description de l'impact de la DA sur l'activité professionnelle des femmes

Dans cette étude, 1/4 des femmes avaient rencontré des difficultés professionnelles liées à leur eczéma [3]. La sévérité mesurée par le score POEM ne semblait pas avoir d'impact, tandis que la visibilité des lésions apparaissait comme le facteur déterminant des difficultés, de la nécessité de s'absenter pour une consultation médicale et de la fréquence des arrêts de travail (**fig. 10**). Ainsi, l'atteinte des zones visibles devrait bénéficier d'une prise en charge adaptée pour limiter l'impact professionnel.

4. Le traitement par le delgocitinib en crème améliore la qualité de vie des patients atteints d'eczéma chronique des mains

L'analyse des critères principaux de l'essai de phase IIb (NCT03683719) sur le delgocitinib (anti-JAK) en crème à 1, 3, 8 et 20 mg/g, comparativement au véhicule, a montré l'innocuité et l'efficacité de la molécule après 16 semaines de traitement chez des adultes atteints d'un eczéma chronique des mains (ECM) léger à sévère (n = 259) [4]. Un effet dose commun à la classe a été noté (IGA-CHE [Investigator Global Assessment of Chronic Hand Eczema] : 37,7 % pour le delgocitinib 20 mg/g versus 8 %) [3].

L'évolution de la qualité de vie a été explorée à l'aide du questionnaire spéci-

fique QOLHEQ (Qualité de vie dans l'eczéma des mains) et l'amélioration la plus importante a également été notée avec le delgocitinib 20 mg/g (**fig. 11**). Des études de phases III sont en cours.

5. Améliorations à long terme de la sévérité de la maladie, du prurit et de la qualité de vie après 3 ans de traitement par tralokinumab chez des adultes atteints de DA modérée à sévère (ECZTEND 3)

Le tralokinumab (TRALO), inhibiteur spécifique de l'IL13 à haute affinité, est autorisé en Europe, au Canada et aux États-Unis pour le traitement des adultes atteints de DA modérée à sévère. Les études de phase III (ECZTRA 1 et 2) ont montré une tolérance favorable et une efficacité durable pendant la

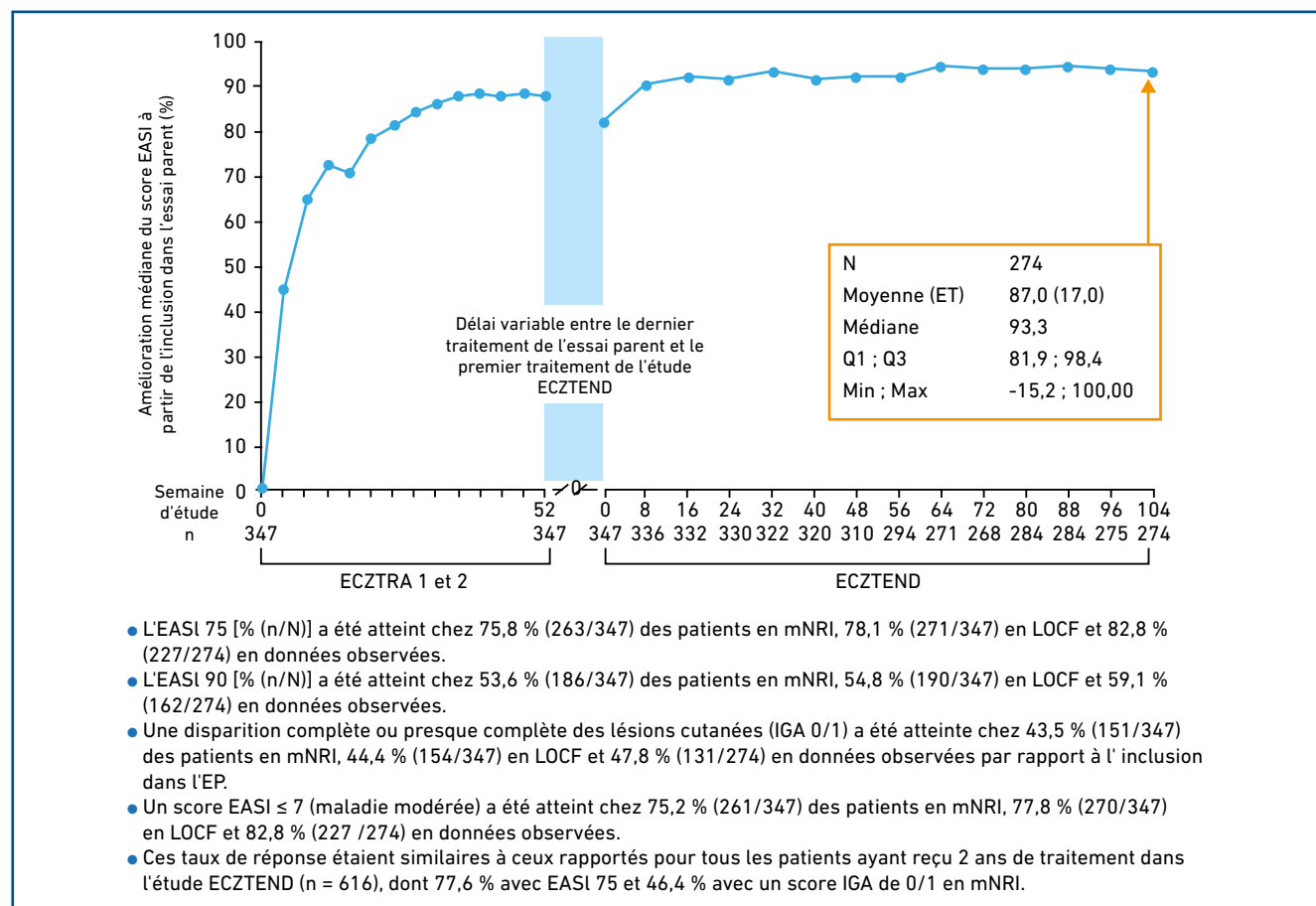


Fig. 12: Maintien de l'amélioration de l'EASI médian sur 3 ans (données observées = patients issus des essais parents ECZTRA 1 et 2 ayant reçu le TRALO pendant un total de 3 ans; n = 274).

durée de l'étude, soit 1 an. ECZTEND (NCT03587805), essai d'extension ouvert en cours, a pour objectif d'évaluer sur 5 ans la tolérance et l'efficacité du tralokinumab après la fin des essais parents.

L'analyse intermédiaire des données à 3 ans apporte les informations suivantes :

- efficacité solide et durable du tralokinumab, avec maintien de l'amélioration de l'EASI médian (fig. 12) et des scores NRS médians hebdomadaires pour le prurit et le sommeil (fig. 13) ;
- faible effet de la DA sur la qualité de vie (DLQI < 5, reflet d'une activité minimale) et contrôle continu à long terme ;
- profil de tolérance favorable et cohérent avec les données connues et observées dans les études parentes, avec un

faible nombre de sorties d'essai pour des effets indésirables [5].

6. Efficacité du dupilumab dans le prurigo et le prurit chronique idiopathique : revue systématique de la littérature et analyse de potentiels facteurs prédictifs de réponse

Le dupilumab (anti-IL4 et IL13) a montré une grande efficacité dans la réduction du prurit au cours de la DA.

Soulignant des similitudes physiopathologiques entre la DA, le prurit chronique idiopathique (PCI) et le prurigo chronique (PC), notamment la mise en jeu de la voie inflammatoire Th2, plusieurs auteurs ont suggéré le rôle bénéfique du dupilumab dans ces pathologies.

Cette revue systématique, qui a inclus 25 articles et porté sur 153 patients atteints de PCI ou PC, met en lumière les éléments suivants :

- efficacité du dupilumab sur le prurit, avec une diminution importante en 16 semaines (fig. 14) ;
- bonne tolérance (quelques cas de conjonctivite, faible pourcentage d'effets secondaires sévères) ;
- moindre réduction du prurit et davantage de conjonctivites en cas d'antécédent de DA ;
- potentiel facteur prédictif de l'efficacité, le délai d'action sur le prurit, avec de meilleurs résultats en cas d'amélioration rapide (< 4 semaines) [6].

Des études de phase III (PRIME et LIBERTY-PN PRIME) sont en cours,

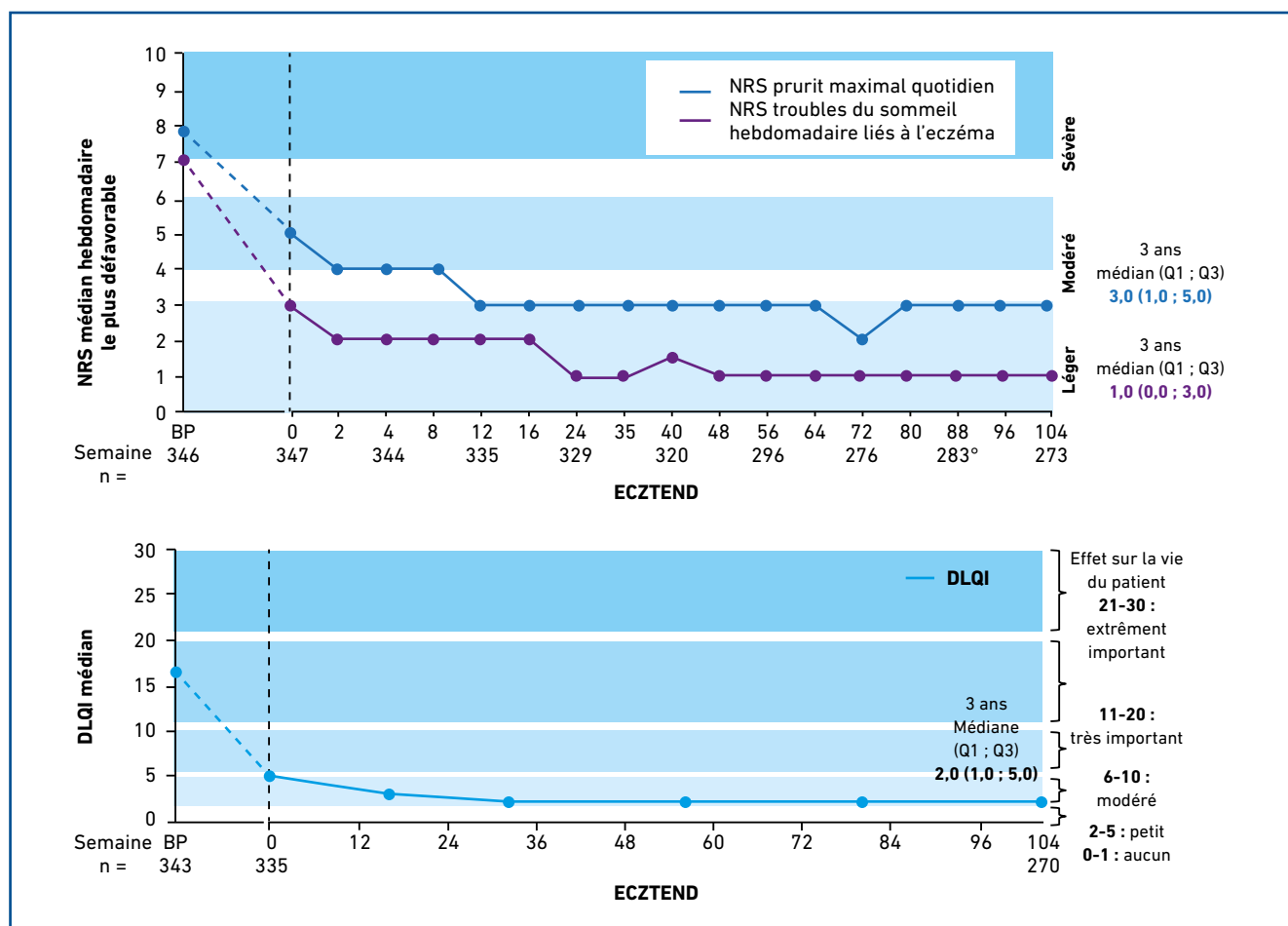


Fig. 13 : Maintien sur 3 ans des améliorations pour le prurit et le sommeil (A) et pour la qualité de vie (B) sous traitement par tralokinumab.

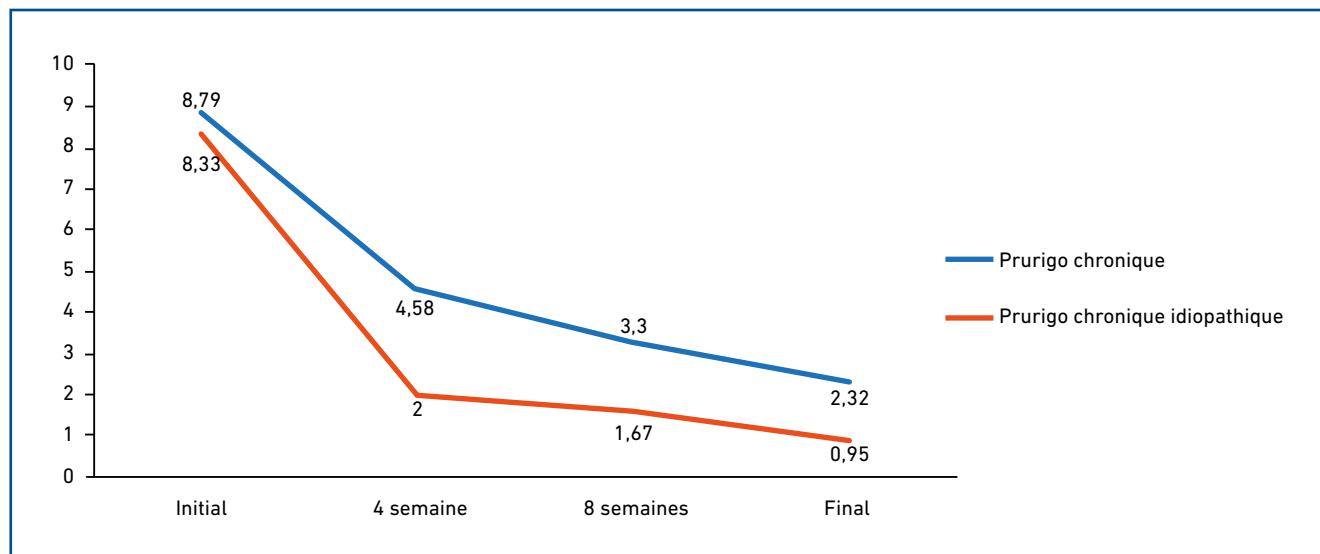


Fig. 14 : Réduction moyenne du score NRSI (Numerical Rating Scale of Itch).

avec de premiers résultats encourageants (réduction de 91 % du NRSS, 80 % du DLQI et 62 % de l'IGA).

7. Efficacité sur le prurit des traitements de la DA : revue systématique de la littérature et méta-analyse

L'arsenal thérapeutique dans la DA s'est enrichi ces dernières années et de nombreuses molécules sont en développement. Le critère principal des essais est le plus souvent un score de sévérité lésionnelle, mais l'évaluation du prurit est aussi primordiale. L'efficacité sur le symptôme varie selon les molécules et n'est pas toujours corrélée à celle sur les lésions. Une revue de la littérature et une méta-analyse ont été réalisées pour mieux cerner cette action antiprurigineuse.

Pour les topiques, 15 études ont été retenues portant sur des dermocorticoïdes (2), des inhibiteurs de la calcineurine (6), des inhibiteurs de PDE4 (3) et des anti-JAK (4) et 5 ont été incluses dans la méta-analyse.

Toutes les molécules avaient un effet positif sur le prurit, avec les constats suivants :

- diminution globale du score sur une échelle visuelle analogique de 3,32/10 (2,32-4,33) ;

- diminution la plus importante avec l'halométhasone (dermocorticoïde fluoré) (-4,75) et en second le tofacitibib 2 % (anti-JAK actuellement non disponible en France) (-4,48).

Pour les systémiques, la revue a porté sur 41 études, avec une évaluation de la ciclosporine (6), de la photothérapie (5), de l'azathioprine (2), du dupilumab (9), des anti-IL13 (5), du némolizumab (3), des anti-JAK (9), du mépolizumab (1) et de l'aprémilast (1) ; 17 ont été incluses dans deux méta-analyses, selon l'utilisation concomitante ou non de dermocorticoïdes.

La méta-analyse sans dermocorticoïdes apporte les indications ci-après :

- diminution globale du score de prurit de 3,07/10 (2,58-3,56) ;
- meilleure efficacité sur le prurit de l'upadacitinib 30 mg (anti-JAK) (-4,90) et du némolizumab (anti-IL31) (-4,81).

L'efficacité sur le prurit pourrait, pour certains patients, être le critère de choix [7].

BIBLIOGRAPHIE

1. JACHET M, DARRIGADE AS, MERHAND S *et al.* Dermatite atopique et variations

hormonales : une réalité ressentie pour les femmes atopiques. *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2:A340-A341.

2. BURSZEJN AC, DARRIGADE AS, MERHAND S *et al.* Dermatite atopique, sexualité et vie amoureuse : le regard des femmes. *Ann Dermatol Venereol*, 2022; 2:A337-A338.
3. ALEXANDRE M, DARRIGADE AS, MERHAND S *et al.* Description de l'impact sur l'activité professionnelle chez les femmes. *Ann Dermatol Venereol*, 2022; 2:A338-A339.
4. CRÉPY MN, BUHL T, ANDREA B *et al.* Le traitement par le delgocitinib en crème améliore la qualité de vie des patients atteints d'eczéma chronique des mains (ECM). *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2: A322-A323.
5. LACOUR JP, LANGLAY R, REICH K *et al.* Amélioration à long terme de la sévérité de la maladie, du prurit et de la qualité de vie après 3 ans de traitement par tralokinumab chez les adultes atteints de DA modérée à sévère (EXTEND 3). *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2:A352-A353.
6. GAEL M, ADAM T, BURSZEJN AC. Efficacité du dupilumab dans le prurigo et le prurit chronique idiopathique : revue systématique de la littérature et analyse de potentiels facteurs prédictifs de réponse. *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2:A304.
7. RODRIGUEZ LE ROY Y, FICHEUX AS, MISERY L *et al.* Efficacité sur le prurit des traitements de la DA : revue systématique de la littérature et méta-analyse. *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2:A240-A241.

Maladie de Verneuil

1. Prévalence de l'insomnie chez les patients atteints de maladie de Verneuil

L'objectif de cette étude était d'établir la prévalence des deux principaux types de troubles du sommeil, à savoir l'insomnie d'endormissement (difficulté à s'endormir) (IE) et l'insomnie de maintien du sommeil (réveils nocturnes) (IMS), ainsi que les facteurs cliniques associés [1]. Elle a inclus 524 participants présentant une maladie de Verneuil (MV) modérée à sévère pour 88 % d'entre eux et des symptômes cliniques (prurit, douleur cutanée, sensation de brûlure) dans 95 % des cas.

Ses résultats montrent que presque 9 patients sur 10 présentent l'un et/ou l'autre type d'insomnie, avec davantage de difficultés à s'endormir en cas de lésions sévères (**tableau I**).

Il est donc essentiel d'aborder le sujet du sommeil au cours de la consultation pour pouvoir prendre en charge ses troubles (traitement médicamenteux, programmes d'éducation).

2. Profil des patients atteints d'une forme modérée à sévère de MV traités par biothérapie dans la cohorte de l'OMCCI

Les recommandations françaises publiées en 2020 mentionnent le recours aux anti-TNF α , adalimumab (remboursement en France obtenu en août 2021) ou infliximab (hors AMM), en cas d'échec aux antibiotiques pour les stades Hurley 2 et 3, ou d'emblée dans les formes associées à des maladies inflammatoires articulaires ou digestives. Les données recueillies par l'Observatoire des maladies cutanées chroniques inflammatoires (OMCCI) ont fait l'objet d'une analyse préliminaire pour comparer le profil des patients selon qu'ils étaient déjà sous anti-TNF α depuis au moins 6 mois (n = 64) ou qu'une biothérapie était initiée au moment de leur inclusion dans la cohorte (n = 77) [2].

Les patients déjà sous biothérapie présentaient comparativement aux naïfs :
– une maladie moins active d'après le score de sévérité IHS4 (*International*

Hidradenitis Suppurativa Score System), mais toujours sévère (IHS4 $\geq$ 11) ;
– une vie quotidienne et familiale moins impactée.

Les deux groupes ne montraient pas de différence pour le score DLQI, le score moyen de dimension mentale SF12 et l'impact sur la vie professionnelle. Ces résultats suggèrent qu'après 6 mois de biothérapie, la MV a encore des répercussions importantes sur la qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. HALIOUA B *et al.* Prévalence de l'insomnie chez les patients atteints de MV. PO10-207.
2. FOUGEROUSSE AC *et al.* Profil des patients atteints d'une forme modérée à sévère de MV traités par biothérapie dans la cohorte de l'Observatoire des maladies cutanées chroniques inflammatoires.

	Absence de TS	TS	IE	IMS	IE et IMS
Effectif	72 (14 %)	452 (86 %)	11 (2 %)	150 (29 %)	291 (56 %)
MV modérée à sévère	54 (75 %)	408 (90 %)	11 (100 %)	117 (78 %)	280 (96 %)
Sommeil < 6 h/nuit $\geq$ 3 x/sem	14 (19 %)	275 (61 %)	3 (27 %)	64 (43 %)	208 (72 %)
Douleurs liées à des lésions actives	25 (88 %)	314 (97 %)	8 (91 %)	70 (92 %)	236 (99 %)
Sensation de fatigue	50 (74 %)	416 (93 %)	9 (82 %)	126 (85 %)	281 (97 %)

Tableau I : Prévalence des troubles du sommeil (TS) et fréquence selon le type d'insomnie des formes modérées à sévères de MV, des douleurs, d'une durée de sommeil inférieure à 6 heures au moins 3 fois par semaine et de la sensation de fatigue (pourcentages arrondis). IE : insomnie d'endormissement ; IMS : insomnie de maintien du sommeil.

Urticaire chronique spontanée

L'omalizumab a montré son efficacité dans le traitement de l'urticaire chronique spontanée (UCS). Peu de données sont disponibles sur les modalités de son intensification, si besoin. Une étude observationnelle prospective multicentrique de pratique en vraie vie sur les schémas d'intensification est en cours [1]. Elle inclut tout patient consécutif majeur débutant un traitement par omalizumab pour une UCS, avec des visites à M0, M3, M6 et M9. Son critère de jugement principal est la proportion de patients bénéficiant

d'une intensification par augmentation de dose et/ou rapprochement des injections à 3 mois.

Sur la base de l'analyse intermédiaire à M3, 20 % (n = 8/40) des patients avaient nécessité une intensification.

Les facteurs prédictifs d'un renforcement du schéma étaient :

- la sévérité initiale (score UCT [*Urticaria Control Test*] moyen 1,6 vs 4,8, p = 0,02 ; score DLQI moyen 15,3 vs 11,2, p = 0,04) ;
- un IMC plus bas (23,2 vs 27 ; p = 0,04).

Les résultats finaux pourraient amener à envisager une intensification d'emblée pour des patients ayant un score UCT très élevé avant mise sous traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierrard G, Castelain F, Boccon-Gibod I *et al.* Modalités d'intensification de l'omalizumab dans l'urticaire chronique spontanée, étude multicentrique en vraie vie : analyse intermédiaire. *Ann Dermatol Venereol*, 2022;2: A243-A244.

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



**Des centaines
de cas cliniques
publiés et
commentés**
pour mieux prendre
en charge vos
patients



NAVIGUER SUR L'APPLICATION

- Poster un cas avec ou sans photo
- Commenter un cas
- Communiquer via la messagerie privée
sécurisée pour communiquer sur un cas avec vos confrères

- Disponible sur smartphone et 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

RESE 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.

