

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

SpeedOuest

Compte rendu de la soirée du 19 septembre 2024

Rédaction : Dr A.-C. Fougousse



Ce document est un compte rendu et/ou résumé des communications de réunions scientifiques 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 institutionnel des Laboratoires :

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



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.

SpeedOuest

Compte rendu de la soirée du 19 septembre 2024

RÉDACTION: A.-C. FOUGEROUSSE

Service de Dermatologie, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, SAINT-MANDÉ.

Plus de 400 dermatologues ont assisté le 19 septembre dernier à la diffusion en direct de la 8^e édition de SpeedOuest qui était consacrée aux dermatoses inflammatoires chroniques. Six orateurs de Lorient, Niort, Bordeaux et Paris se sont succédé pour décrire en 8 minutes des dermatoses connues telles la pelade et la dermatose atopique et moins connues, telle la mastite granulomateuse. Cet événement, organisé par Reso-dermatologie, a reçu le soutien institutionnel des Laboratoires Sanofi et Ducray.



Identifier les patients à traiter : quelle est l'histoire naturelle de la pelade ?

D'après la communication du Dr Caroline Jacobzone

La pelade est une dermatose sans prédominance de sexe. Elle débute en moyenne entre 25 et 36 ans avec la survenue d'une première poussée avant l'âge de 20 ans dans 40,2 % des cas. Un début dans l'enfance est associé à une évolution plus importante et plus rapide qu'à l'âge adulte. Elle se caractérise par une chute de cheveux brutale dont l'évolution est imprévisible : 85 % des patients ont des poussées multiples et 25 % ont une perte de cheveux chronique et importante. La moitié des patients observe une repousse au cours de la première année mais en cas de pelade sévère, seuls 10 % des patients constateront une repousse, car les chances de repousse diminuent avec la sévérité de la pelade et sa durée d'évolution [1]. Les autres facteurs de mauvais pronostic sont l'alopecie ophiasique, l'atteinte unguéale, la résistance au traitement et le terrain sous-jacent, c'est-à-dire une histoire familiale de pelade ou une association

à une pathologie auto-immune. Il existe une forte association avec l'atopie (10 % de dermatite atopique) et les maladies auto-immunes (dysthyroïdie et vitiligo, avec une incidence de 2 à 14 %) [1].

Le rôle du stress dans le déclenchement et/ou l'exacerbation de la pelade est débattu : il pourrait s'agir d'un biais de mémorisation. Joue-t-il un rôle dans l'apparition ou l'exacerbation de la maladie ? Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les événements stressants de la vie, la dépression ou l'anxiété dans une étude sur 52 patients avec une pelade et des témoins appariés, mais on retrouve un nombre d'événements stressants plus élevé chez les patients qui associent leur maladie à ces événements vs ceux qui ne le font pas [2].

Il existe un terrain génétique. En effet, une étude d'association pangénomique

a identifié 139 polymorphismes dont des gènes impliqués dans la régulation et la prolifération des Treg, du CTLA4 et des gènes du follicule pileux [3]. Par ailleurs, 10 à 51 % des patients avec une pelade ont des antécédents familiaux de pelade, et il existe un taux de concordance de 55 % chez les jumeaux monozygotes.

À ce jour, au vu de l'évolution naturelle de la pelade, il est difficile de prédire quels patients doivent être traités. Des études chinoises essaient d'identifier des biomarqueurs prédictifs de passage vers une pelade totale et/ou universelle ainsi que des biomarqueurs prédictifs de récurrence de pelade chez l'enfant [4]. Il semble important de traiter assez rapidement les pelades sévères puisque le taux de réponse aux traitements les plus récents (JAK inhibiteurs) est meilleur pour les pelades les moins anciennes.



Mastites granulomateuses

D'après la communication du Dr Maëlys Bretelle

Les étiologies des mastites granulomateuses sont nombreuses : infectieuses (la plus fréquente étant la tuberculose), inflammatoires (sarcoïdose, maladie de Crohn), réaction à corps étrangers, ou vascularites. Cependant, certaines formes sont idiopathiques. La prise en charge diagnostique doit comprendre des prélèvements microbiologiques, un bilan biologique, une histologie avec biopsie au trocard et une imagerie [5].

La mastite granulomateuse idiopathique a été décrite pour la première fois en 1972. Il s'agit d'une maladie inflammatoire rare (prévalence 2,4/100 000 femmes de 20 à 40 ans) de la glande mammaire, survenant chez les femmes en période d'activité génitale, en moyenne à l'âge de 30 ans. Il s'agit majoritairement de femmes d'origine ethnique asiatique, hispanique ou du Moyen-Orient. Les facteurs de risque décrits comportent la grossesse, l'allaitement, le stress psychosomatique et les traumatismes mammaires (piercings). Le tableau clinique peut comporter des nodules (80-90 % des cas), des abcès, des fistules cutanées, un érythème cutané ou une ulcération (**fig. 1 et 2**). Une rétraction mamelonnaire peut être observée dans 5 à 10 % des cas. Des dou-



Fig. 1 : Abcès.



Fig. 2 : Fistules cutanées.

leurs sont présentes dans 70 % des cas. Le *gold standard* pour le diagnostic est la biopsie au trocard (et non la cytoponction mammaire) car les granulomes sont profonds [6].

Il existe différentes hypothèses physiopathologiques : un mécanisme auto-inflammatoire (évolution favorable sous corticoïdes ou immunosuppresseurs ; association possible à un érythème

noeux, des arthralgies ou de la fièvre), une cause infectieuse (*Corynebacterium kroppenstedtii*), une hyperprolactinémie, une réaction inflammatoire à une extravasation des sécrétions glandulaires dans le cas d'allaitement prolongé, des cas associés à une hidradénite suppurée ou à un déficit en alpha-1-antitrypsine ont été décrits. Les diagnostics différentiels comportent la mastite lymphocytaire (infiltration de lymphocytes avec plus de 50 à 100 lymphocytes par lobule, liée au diabète, aux dysthyroïdies ou au syndrome de Sjögren), la mastite plasmocytaire (tableau clinique proche de la mastite granulomateuse idiopathique mais lésions plus proches du mamelon et infiltrat riche en plasmocytes), le carcinome mammaire inflammatoire et la vascularite mammaire.

L'évolution est le plus souvent spontanément favorable. Si la patiente est peu symptomatique et non douloureuse, la surveillance est indiquée. S'il existe une indication thérapeutique, de nombreux traitements sont proposés dans la littérature (antibiotiques, anti inflammatoires stéroïdiens ou non, immunomodulateurs, anti-TNF, chirurgie...). Les auteurs et l'équipe de l'hôpital Saint-Louis proposent un algorithme de prise en charge (**fig. 3**).

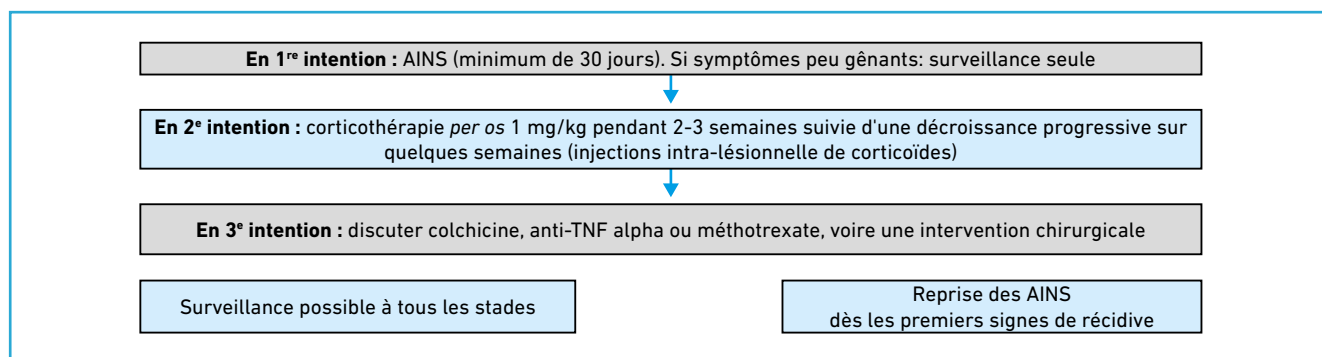


Fig. 3 : Proposition d'algorithme de prise en charge de la mastite granulomateuse idiopathique.



Prise en charge de la dermatite atopique du nourrisson et de l'enfant de moins de 6 ans : une révolution

D'après la communication du Dr Claire-Alice de Salins

La dermatite atopique du nourrisson débute dès les premiers mois de vie, au niveau du visage et du cuir chevelu. Elle atteint de façon symétrique les convexités du visage et des membres avec des lésions suintantes puis croûteuses. Chez le jeune enfant, l'atteinte touche les plis de flexion des membres, les chevilles, les mains. On observe un double pli sous palpébral. Il existe une xérose et une lichénification.

Il est important d'évaluer la sévérité de la dermatite atopique en utilisant des scores (SCORAD, EASI, IGA, NRS prurit, Child DLQI), en quantifiant le nombre et la sévérité des poussées, et la quantité de dermocorticoïdes utilisés. Une étude menée en 2021 retrouvait 33 % de dermatites atopiques modérées et 11 % de dermatites atopiques sévères chez les enfants entre 6 mois et 6 ans [7].

Comment prendre en charge la dermatite atopique sévère de l'enfant ?

Il faut tout d'abord optimiser le traitement local avec application des dermocorticoïdes en force et quantité adaptées et traitement d'entretien si nécessaire. Il faut s'assurer que le traitement de fond est optimal avec une hygiène adaptée et l'application régulière des émoullients, et si besoin, en cas d'échec des traitements locaux, proposer de revoir l'éducation thérapeutique de l'enfant et de sa famille, voire recourir à l'hospitalisation.

Il est important de contrôler des facteurs aggravants (éviction des allergènes et irritants).

En cas d'échec des mesures précédemment décrites, il faut écarter les diag-

nostics différentiels (gale, dermite séborrhéique, déficit immunitaire).

Après optimisation du traitement local et contrôle des facteurs aggravants, seules 1 % des dermatites atopiques de l'enfant restent sévères et nécessitent le recours à un traitement systémique. Des recommandations européennes ont été publiées en 2022 [8] (fig. 4). On notera que les traitements systémiques conventionnels les plus utilisés (ciclosporine et méthotrexate) sont hors AMM dans cette tranche d'âge.

En 2023, les biothérapies sont disponibles depuis dans cette indication. Le dupilumab est remboursé chez l'enfant à partir de 6 mois. Son efficacité a été évaluée en association aux traitements topiques chez les enfants de 6 mois à 6 ans avec une dermatite atopique sévère insuf-

Programme de soins par étapes pour les enfants et les adolescents atteints de dermatite atopique

- Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections
- Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect
- Refer to Table 2 in part 2 of the guideline for TCS classes recommended

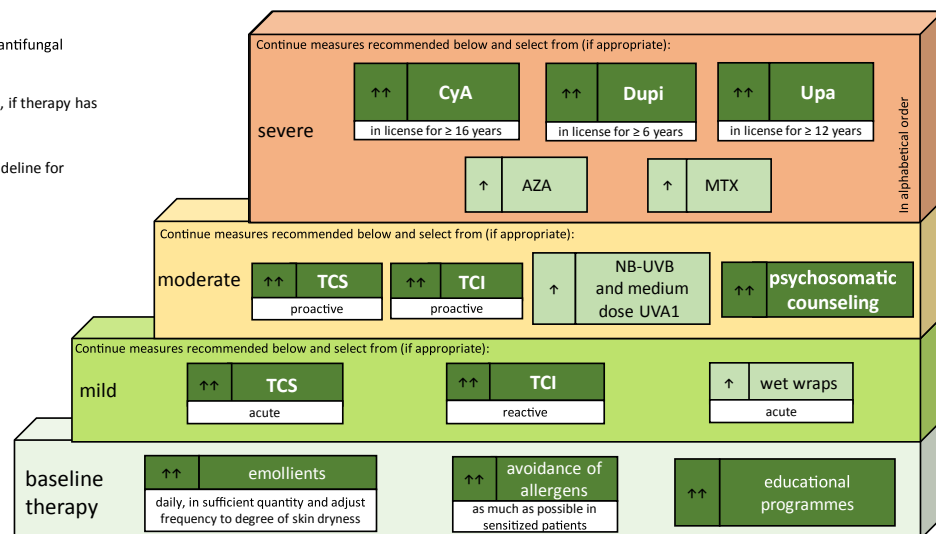


Fig. 4: Recommandations européennes de prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant et de l'adolescent.

Biothérapie - Ac monoclonaux	Petites molécules - JAKI
Dupilumab Ac anti-IL4/IL13 AMM depuis octobre 2022 et remboursé depuis décembre 2023 Injections sous-cutanées Pas de bilan biologique recommandé Pas de vaccin vivant 6 mois à 5 ans : schéma poso en fonction du poids ● 5 à 15 kg : 200 mg/4 semaines ● 15 à 30 kg : 300 mg/4 semaines	Baricitinib Inhibiteur sélectif des Janus kinases 1 et 2 <i>AMM octobre 2023, en attente de remboursement PO</i> <i>Bilan préthérapeutique + surveillance biologique</i> <i>Pas de vaccin vivant</i> <i>Posologie en fonction du poids de l'enfant</i> ● 10 et 30 kg : 2 mg/jour ● > 30 kg : 4 mg/jour

Tableau I : Traitements avancés de la dermatite atopique de l'enfant de moins de 6 ans.

fisamment contrôlée par les topiques. À 16 semaines de traitement, 28 % obtenaient un score IGA 0/1, 53 % un EASI 75,

et une amélioration de la qualité de vie, avec des résultats se maintenant dans la période d'extension des études. Les effets

secondaires les plus fréquents étaient les infections cutanées (12 %), les infections à virus herpès (6 %) et les conjonctivites (4,8 %) [9]. Le baricitinib (en association aux traitements topiques) a été évalué chez les enfants de 2 à 18 ans avec une dermatite atopique modérée à sévère. À la semaine 16, un score IGA 0/1 était atteint pour 41,7 % des patients et un score EASI 75 pour 52,5 % pour la posologie de 4 mg. La tolérance était bonne avec des effets secondaires légers à modérés (douleurs abdominales, acné, céphalées) [10]. Le dossier de remboursement du baricitinib n'a pas été déposé à ce jour pour cette classe d'âge. Le **tableau I** synthétise les modalités de ces deux traitements.



Hidradénite suppurée (HS) : quels patients sont éligibles à une biothérapie ?

D'après la communication du Dr Jérémy Gottlieb

L' autorisation de mise sur le marché de l'adalimumab, du sécukinumab et du bimékizumab est identique et concerne "l'hydrosadénite suppurée modérée à sévère chez les adultes en cas de réponse insuffisante au traitement systémique conventionnel", elle est étendue à l'adolescent à partir de 12 ans uniquement pour l'adalimumab. En France, seuls l'adalimumab et le sécukinumab sont remboursés à ce jour dans cette indication et uniquement chez l'adulte. L'infliximab, qui est présent dans les recommandations françaises, n'est pas remboursé dans cette indication et aucun médicament n'est remboursé avant l'âge de 18 ans.

L'HAS estime qu'aucun de ces traitements n'apporte un réel progrès dans la prise en charge de l'HS (ASMR 5). Elle souligne également qu'il est important de ne pas oublier en première intention d'appliquer le traitement local, les règles hygiéno-diététiques (perte de poids et

arrêt du tabac) et qu'une association aux antibiotiques est possible, voire recommandée en première intention.

Depuis la publication des recommandations françaises de prise en charge de l'hydradénite suppurée, une alerte concernant les effets secondaires des quinolones a été publiée. Il convient donc d'éviter l'association lévofloxacine-clindamycine. L'association rifampicine-clindamycine est présente dans toutes les recommandations internationales, contrairement aux recommandations françaises, puisqu'elle a prouvé son efficacité dans la littérature. L'utilisation de l'isotrétinoïne et de l'alitrétinoïne est discutable compte tenu d'un niveau de preuve faible, l'acitrétine peut-elle avoir de l'intérêt, en particulier dans les formes folliculaires ?

Le concept de fenêtre d'opportunité a été établi dans plusieurs publications ayant mis en évidence une corrélation inverse

entre la durée d'évolution de la maladie et la réponse à l'adalimumab [11] et au sécukinumab [12]. Donc, plus le traitement est précoce, meilleure est la réponse. Dans les formes évoluées cicatricielles (les lymphœdèmes péno-scrotaux, les formes faciales, les cellulites disséquantes du cuir chevelu), seules les lésions inflammatoires vont répondre aux biothérapies, les cicatrices seront définitives.

La survie des biothérapies dans l'hydradénite suppurée est inférieure à celle observée dans le psoriasis, cela peut s'expliquer par une efficacité moindre dans l'HS, des effets secondaires et le recours possible à la chirurgie [13].

Il est donc nécessaire de traiter précocement par biothérapie les patients atteints d'HS qui sont à risque d'apparition de cicatrices ou de fistules. Les biothérapies peuvent également être utiles en préopératoire, afin de limiter l'importance de la chirurgie.



Cas cliniques de dermatoses faciales : saurez-vous les reconnaître ?

D'après la communication du Dr Sandra Ly

1^{re} série de cas : patiente de 54 ans présentant depuis 3 ans des lésions du visage érythémato-squameuses arrondies asymptomatiques et fixes (**fig. 5**), patient de 40 ans présentant depuis 7 ans des lésions du visage érythémato-croûteuses (**fig. 6**), patiente de 43 ans, lésions depuis 10 ans asymptomatiques non évolutives.

Ces lésions étaient, dans les trois cas, résistantes à de très nombreuses lignes de traitements (topiques : anti-fongiques, dermocorticoïdes, ivermectine, tacrolimus et systémiques : cyclines, isotrétinoïne, hydroxychloroquine, méthotrexate, thalidomide, apremilast...).

Il s'agissait de trois cas de dermatose discoïde faciale se présentant sous forme de papules et plaques orangées, annulaires, bien limitées avec fine desquamation au niveau de la tête et du cou. Les lésions sont fixes. Au niveau histologique, les lésions sont peu spécifiques, on retrouve une hyperkératose, une parakératose, une acanthose psoriasiforme avec bouchons folliculaires, avec un aspect se rapprochant du pityriasis rubra pilaris. Le traitement comporte les analogues de la vitamine D, l'acitrétine ou l'ustékinumab [14].

2^e cas : patiente de 60 ans avec aspect "granuleux" du visage depuis 18 mois prédominant sur le menton (**fig. 7**). Elle se plaint d'une gêne esthétique avec crainte d'extension des lésions. La biopsie retrouvait un follicule pileux kystisé et une hyperplasie sébacée importante. Le diagnostic de papules faciales associées à une alopécie frontale fibrosante était retenu. L'aspect clinique serait lié à la destruction du duvet par l'infiltrat



Fig. 5 : Patiente de 54 présentant depuis 3 ans des lésions du visage érythémato-squameuses arrondies asymptomatiques et fixes (© Dr M. Chamaillard).



Fig. 6 : Amélioration sous ustékinumab (même patiente) (© Dr M. Chamaillard).



Fig. 7 : Patiente de 60 ans avec aspect "granuleux" du visage depuis 18 mois prédominant sur le menton.

inflammatoire laissant place à de la fibrose et des glandes sébacées hypertrophiques. L'isotrétinoïne est efficace à faible dose (10 mg/jour) sur une durée de quelques mois [15].

3^e cas : acné sévère du dos chez un homme trans, en transition de genre (traité par énanthate de testostérone depuis 4 ans, pas de chirurgie génitale), avec antécédent d'acné sévère du visage. L'acné est fréquente chez les hommes

trans, apparaissant rapidement après la mise sous testostérone, il existe une stabilisation des lésions entre 6 mois et 2 ans de traitement, puis une amélioration. Des cas d'acné sévère ou fulminante sont rapportés. La prise en charge doit prendre en compte le parcours de transition, l'utilisation d'un vocabulaire adapté à l'état civil du patient (par ex : thorax plutôt que sein, organes génitaux plutôt que vagin ou vulve...). Il faut garder en mémoire qu'une grossesse

est possible chez un homme trans non opéré. Il n'y a pas de recommandations spécifiques, mais il faut poursuivre la testostérone. En cas de nécessité d'isotrétinoïne, il faut appliquer les mêmes règles de prévention de la grossesse que pour les femmes cis-genres en âge de procréer (contraception à discuter avec l'endocrino-gynécologue). Il existe un risque de rechute après la cure, dans la mesure où la testostérone est poursuivie au long cours chez ces patients [16].



Comment prendre en charge les effets secondaires oculaires des biothérapies ?

D'après la communication du Pr Marie Jachiet

Les effets secondaires oculaires surviennent chez 8,6 à 22,1 % des patients au cours des essais contrôlés du dupilumab, vs 11 % sous placebo. Après 3 ans de suivi, le taux d'incidence est estimé à 12/100 patients-années.

La majorité sont légers à modérés et ne nécessitent pas l'arrêt du dupilumab. Ils sont regroupés dans l'acronyme mOSD (*medication-induced ocular surface disease*). Des recommandations à ce sujet ont été publiées en 2022 et elles com-

portent un algorithme pour l'initiation du dupilumab (**fig. 8**) et en cas de survenue d'une conjonctivite sous dupilumab (**fig. 9**). Il est recommandé d'informer le patient du risque de survenue d'une conjonctivite et de lui faire une prescrip-

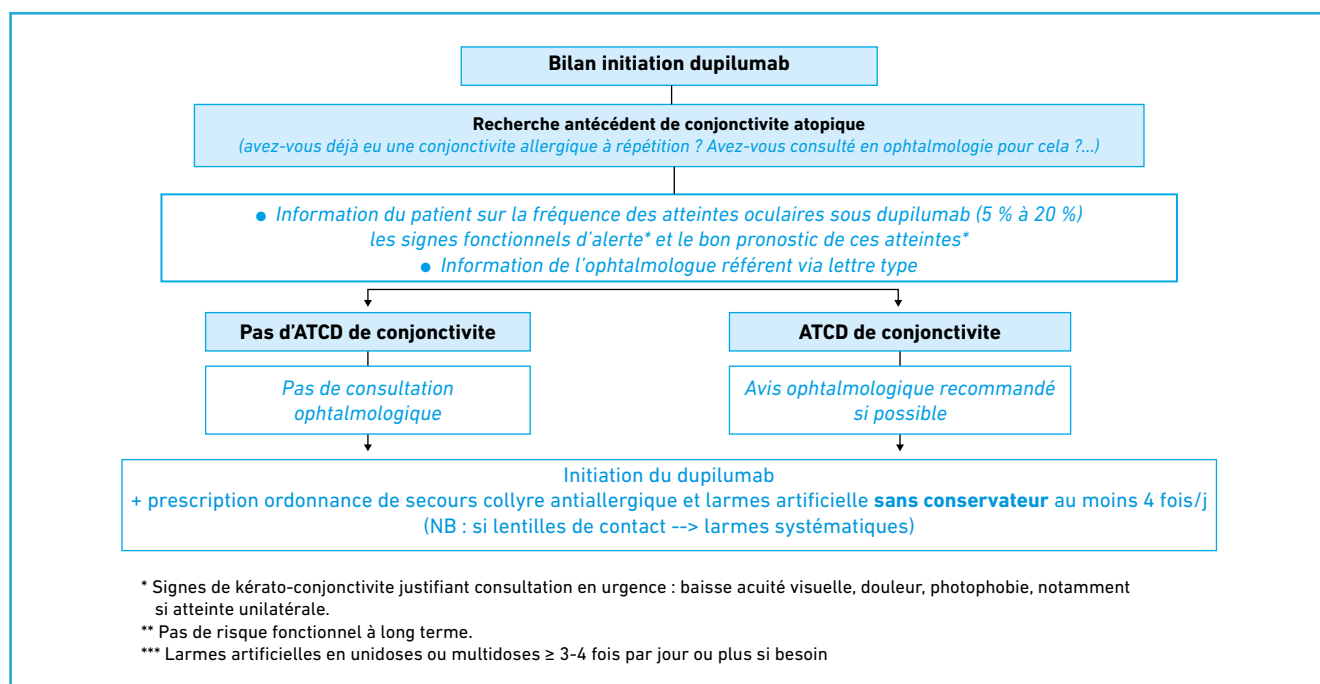


Fig. 8 : Arbre décisionnel : bilan et conduite à tenir à l'initiation du traitement par dupilumab.

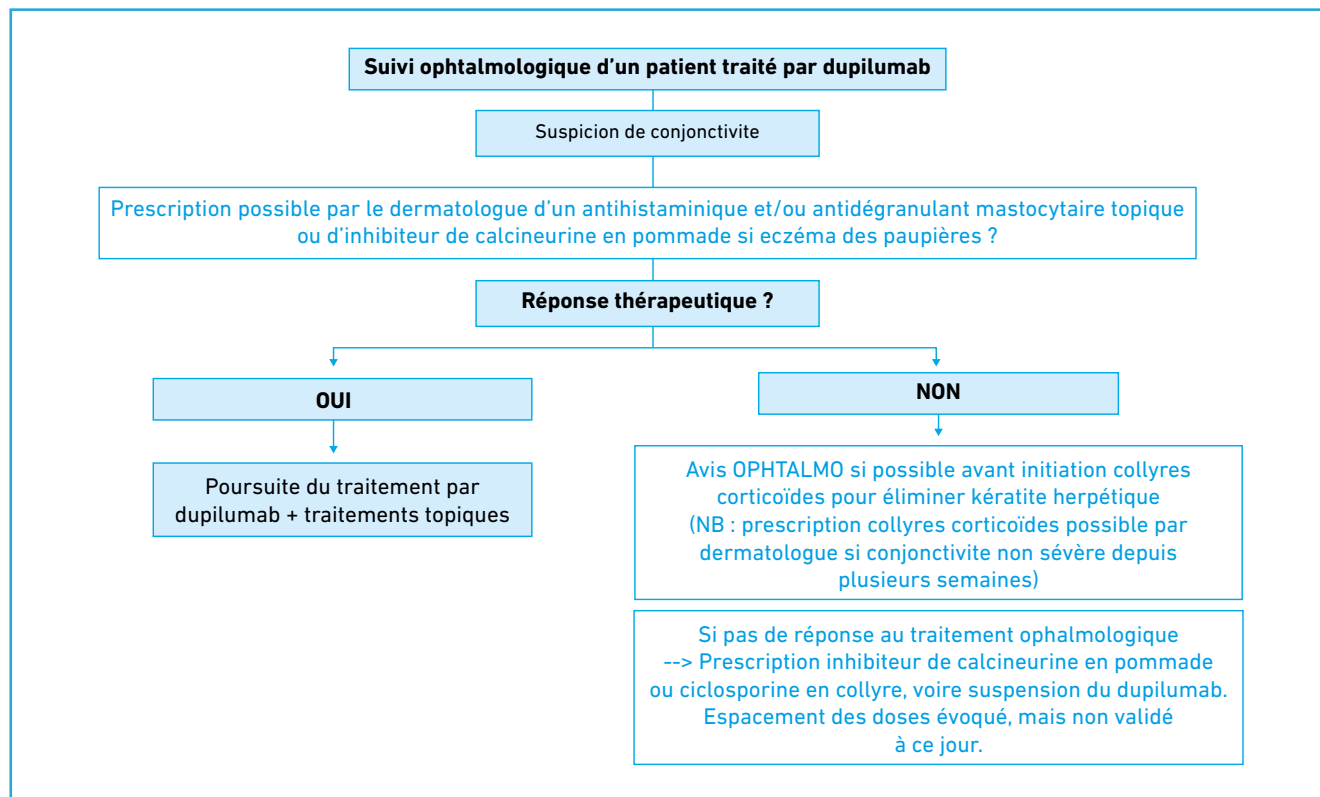


Fig. 9 : Arbre décisionnel : suivi et prise en charge d'un patient atteint de DA et présentant une conjonctivite sous dupilumab.

tion anticipée de larmes artificielles et de collyre antihistaminiques, voire de tacrolimus topique. La prise en charge pluridisciplinaire avec une consultation ophtalmologique en cas de survenue de blépharo-conjonctivite est essentielle. Une étude prospective du GREAT a retrouvé une prévalence de 14,9 % (n = 27) de blépharo-conjonctivite chez les patients à l'initiation du dupilumab. À 16 semaines, on observait une stabilité (n = 12), une guérison (n = 13) ou une aggravation (n = 2) parmi les patients avec une blépharo-conjonctivite initiale, et la survenue *de novo* de 32 cas de blépharo-conjonctivite. Celles-ci étaient modérées dans 80 % des cas. Les facteurs de risque de survenue d'une blépharo-conjonctivite sous dupilumab étaient l'atteinte tête et cou, l'érythrodermie et le syndrome sec oculaire. La sévérité de la dermatite atopique et l'antécédent de conjonctivite atopique n'étaient pas associés à la blépharo-conjonctivite induite par le dupilumab [18].

Une revue systématique avec méta-analyse en réseau a comparé l'incidence des conjonctivites sous dupilumab, tralokinumab et lébrikizumab et n'a pas retrouvé de différence significative [19].

Est-il intéressant de changer de biothérapie en cas de survenue d'une conjonctivite ? Une publication concernant 14 patients ayant présenté une conjonctivite sévère sous dupilumab et switché pour du tralokinumab avec amélioration de la conjonctivite a été publiée. Une étude de grande ampleur du groupe RESO a suivi plus de 1 000 patients provenant de douze centres et a colligé 89 patients présentant une mOSD avec nécessité d'interrompre le dupilumab. 71 patients ont reçu un autre traitement en relais : 25 étaient traités par tralokinumab avec 12 % de résolution complète, 19 patients étaient traités par baricitinib avec 79 % de résolution complète et 24 patients par upadacitinib avec 87 % de résolution complète. L'amélioration

était donc plus importante lorsque les patients changent pour un traitement par JAK inhibiteur. Avec un suivi de 11 mois, 75 % des patients avaient une résolution complète de l'atteinte oculaire mais 1/3 gardaient un traitement local ophtalmologique. Les facteurs associés à la résolution des OSD dans cette étude étaient l'asthme, la durée de la conjonctivite < 6 mois et le switch pour un JAK inhibiteur [20].

En pratique, il faut identifier les patients à risque d'effet secondaire oculaire du dupilumab (atteinte tête et cou, érythrodermie, syndrome sec oculaire) dès l'initiation du dupilumab, les informer du risque de conjonctivite et prescrire un traitement ophtalmologique de 1^{re} intention. En cas d'échec, les adresser à l'ophtalmologue (pour évaluation et prescription si besoin de collyres corticoïdes ou de ciclosporine collyre), et envisager un switch rapide plutôt vers un inhibiteur de JAK.

Bibliographie

1. LINTZERI DA, CONSTANTINOU A, HILLMANN K *et al.* Alopecia areata - Current understanding and management. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2022;20:59-90
2. GÜLEÇ AT, TANRIVERDI N, DÜRÜ C *et al.* The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol*, 2004;43:352-356.
3. PETUKHOVA L, DUVIC M, HORDINSKY M *et al.* Genome-wide association study in alopecia areata implicates both innate and adaptive immunity. *Nature*, 2010;466:113-117.
4. ZHANG T, NIE Y. Prediction of the risk of alopecia areata progressing to alopecia totalis and alopecia universalis: biomarker development with bioinformatics analysis and machine learning. *Dermatology*, 2022;238:386-396.
5. BENSON JR, DUMITRU D. Idiopathic granulomatous mastitis: presentation, investigation and management. *Future Oncol*, 2016;12:1381-1394.
6. WOLFRUM A, KÜMMEL S, THEUERKAUF I *et al.* Granulomatous mastitis: a therapeutic and diagnostic challenge. *Breast Care (Basel)*, 2018;13:413-418.
7. SILVERBERG JI, BARBAROT S, GADKARI A *et al.* Atopic dermatitis in the pediatric population: a cross-sectional, international epidemiologic study. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2021;126:417-428.
8. WOLLENBERG A, KINBERGER M, ARENTS B *et al.* European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2022;36:1409-1431.
9. PALLER AS, SIMPSON EL, SEGFRIED EC *et al.* Dupilumab in children aged 6 months to younger than 6 years with uncontrolled atopic dermatitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*, 2022;400:908-919.
10. TORRELO A, REWERSKA B, GALIMBERTI M *et al.* Efficacy and safety of baricitinib in combination with topical corticosteroids in paediatric patients with moderate-to-severe atopic dermatitis with an inadequate response to topical corticosteroids: results from a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study (BREEZE-AD PEDS). *Br J Dermatol*, 2023;189:23-32.
11. MARZANO AV, GENOVESE G, CASAZZA G *et al.* Evidence for a 'window of opportunity' in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol*, 2021;184:133-140.
12. HASELGRUBER S, FERNÁNDEZ-CREHUET-SERRANO P, FERNÁNDEZ-BALLESTEROS MD *et al.* Insights into the window of opportunity and outcome measures in patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa treated with secukinumab: a real-world study. *Dermatol Ther (Heidelb)*, 2024;14:1875-1890.
13. PHAM JP, ROSENØ NAL, ROCUZZO G *et al.* Drug survival of biologics in hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2024;91:170-172.
14. RYPKA KJ, FULK TS, AFSANEH A *et al.* Improvement of facial discoid dermatosis with ustekinumab treatment. *JAMA Dermatol*, 2022;158:1079-1080.
15. PEDROSA AF, DUARTE AF, HANEKE E *et al.* Yellow facial papules associated with frontal fibrosing alopecia: A distinct histologic pattern and response to isotretinoin. *J Am Acad Dermatol*, 2017;77:764-766.
16. CHOE J, SHIELDS A, FERREIRA A *et al.* Isotretinoin for acne in transgender and gender-diverse individuals receiving masculinizing hormone therapy. *JAMA Dermatol*, 2024;160:741-745.
17. DOAN S, ARNOULD L, FEBVAY C *et al.* Blépharo-conjonctivites sous dupilumab: recommandations du groupe CEDRE. Dermatite atopique, conjonctivites et dupilumab: quelle prise en charge? [Dupilumab-related blepharoconjunctivitis: Recommendations of the CEDRE group. Atopic dermatitis, conjunctivitis and dupilumab: Which management approach?]. *J Fr Ophthalmol*, 2022;45:277-287.
18. COSTEDOAT I, WALLAERT M, GAULTIER A *et al.* Multicenter prospective observational study of dupilumab-induced ocular events in atopic dermatitis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37:1056-1063.
19. ALRADDADI R, ALSAMADANI AH, KALANTAN MA *et al.* Incidence of conjunctivitis adverse event in patients treated with biologics for atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. *JAAD*, 2023;13:46-47.
20. REGUIAI Z, BECHEREL PA, PERROT JL *et al.* Evolution of dupilumab-associated conjunctivitis in patients with atopic dermatitis after switching dupilumab to tralokinumab or Janus kinase inhibitors (RESO-ADOC study). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2024;38:2149-2155.

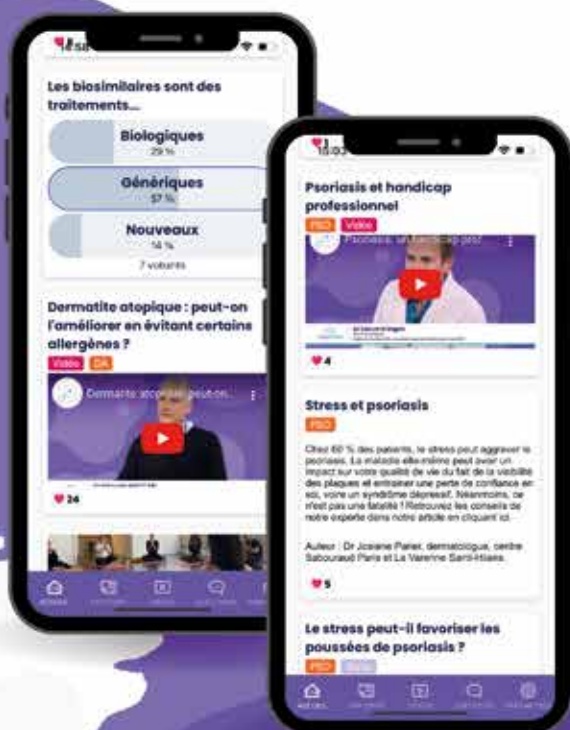


L'allié des patients vivant avec un psoriasis, une dermatite atopique et une Maladie de Verneuil.

✓ Facile d'utilisation

🔒 Sécurisée

↓ Gratuite



HappyReso,
la première application collaborative
pour reprendre le pouvoir sur sa maladie !

- Une communauté d'experts mobilisée.
- Des patients engagés
- Des ressources didactiques et actualisées.



Pour recevoir des flyers et/ou des affiches pour vos salles d'attente, scannez le QR Code ou écrivez-nous à contact@happyreso.fr

KERACNYL

LA GAMME DE RÉFÉRENCE POUR
VOS PATIENTS EN ASSOCIATION
AVEC LES TRAITEMENTS
MÉDICAMENTEUX



N°1
EN PRESCRIPTION
depuis 10 ans¹

KERACNYL PP+

Crème anti-imperfections
Peaux à tendance acnéique

CÉLASTR
MYRTAC L NE

PIONNIER



1: IQVIA – Xponent PharmaOne – marché reconstitué sous forme de gamme sur le contour des crèmes anti-séborrhéiques (83A1A) prescrits par les médecins en pharmacie en France – Année 2022 – volume & valeur

2: Étude en ouvert non comparative sur 41 sujets présentant une acné légère à modérée, en monothérapie 2 applications par jour matin et soir. P<0,05

3: Mesure d'hydratation 24h après application unique sur 19 sujets vs zone témoin non traitées

4: Étude clinique sur 41 sujets, application deux fois par jour, pendant 29 jours.