Actualités thérapeutiques dans la GEPA
Place des anti-IL-5/IL-5R

Benjamin Terrier
Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin
Centre de Référence des Maladies Auto-immunes et Systémiques Rares d'Ile de France, de l'Est et de l'Ouest
Université Paris Cité, Paris, France

Liens d'intérêt

- **Boards :** AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, CSL Vifor, Novartis
- **Conférences :** AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Janssen, Pfizer, CSL Vifor, Novartis
- **Frais de déplacement/congrès :** AstraZeneca, GlaxoSmithKline, CSL Vifor, Novartis
- Investigateur coordonnateur des essais académiques REOVAS (rituximab) et E-MERGE (mépolizumab ; PHRC, molécule et placebo fournis par GSK)

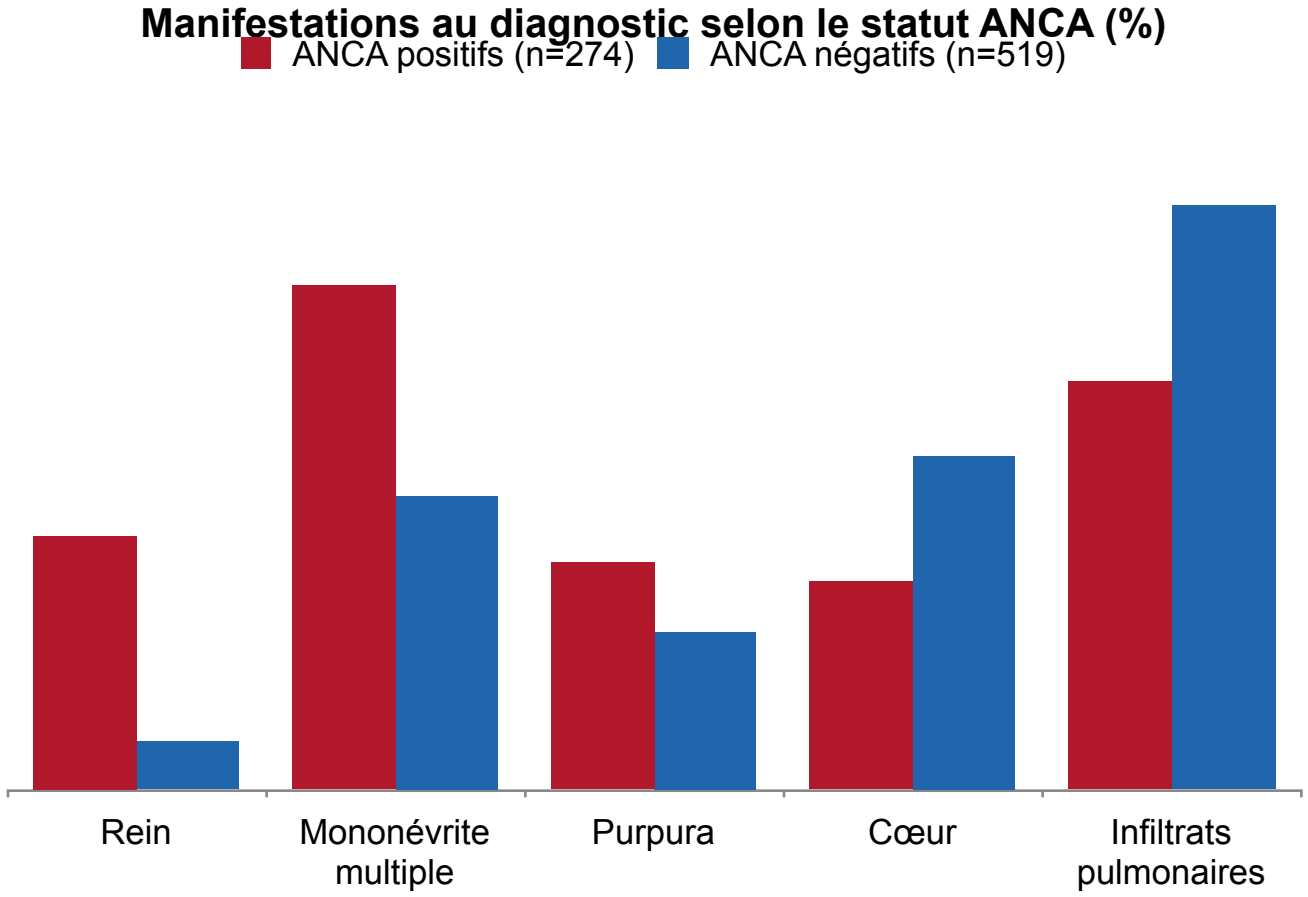
Une maladie, deux composantes

Composante vascularitique

- ANCA-MPO (≈ 1/3 des patients)
- Mononévrite multiple, purpura
- Glomérulonéphrite, hémorragie alvéolaire
- Fièvre, arthralgies, CRP élevée

Composante éosinophilique

- Asthme (> 90 %), rhinosinusite ± polypose
- Infiltrats pulmonaires, pleurésie
- Myocardite / cardiomyopathie
- Plutôt ANCA négatifs (≈ 2/3)



Papo, Arthritis Rheumatol, 2026

Deux trajectoires au long cours

41 %

de rechute vascularitique à 12 ans

Rechute précoce (2 premières années) mais risque persistant à long terme

66 %

d'asthme et/ou d'atteinte ORL cortico-dépendants à 2 ans

Prednisone > 7,5 mg/j dans les 24 mois suivant le diagnostic

82 %

encore sous corticoïdes après 81 mois de suivi

Dose moyenne ≈ 10 mg/j ; 24 % sous immunosuppresseur associé

Cohorte européenne (n = 809, 1995-2018, avant les anti-IL-5)

Essais GFEV (n = 118)

Papo, Arthritis Rheumatol, 2026
Samson, J Autoimmun, 2013

Fardeau de la maladie

Patients sevrés des corticoïdes



Cohorte européenne (n = 809)
Sous stratégie conventionnelle, avant les anti-IL-5

Séquelles au long cours

Asthme chronique	**83 %**
Neuropathie	**45 %**
Obstruction nasale	**35 %**
Ostéoporose	**30 %**

Papo, Arthritis Rheumatol, 2026
Samson, J Autoimmun, 2013

Corticoïdes à faible dose et infections

Taux annuel ajusté d'infections selon la dose de corticoïdes



MANDARA, extension ouverte, n = 128 sous anti-IL-5R ; p = 0,0165 vs 0 mg

Registre américain (n = 955)

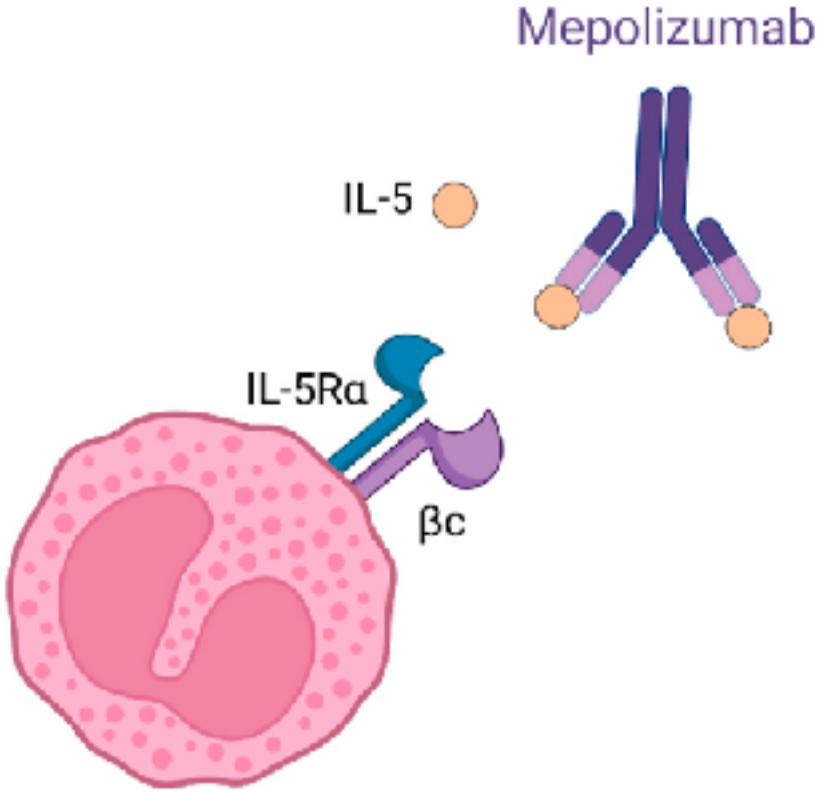
- **33,7 %** d'événements indésirables dans l'année
- **23,2 %** d'infections, **7,4 %** hospitalisées
- Risque infectieux × 3,5 dans les 3 premiers mois

Cible : sevrage des corticoïdes, pas seulement une réduction de dose

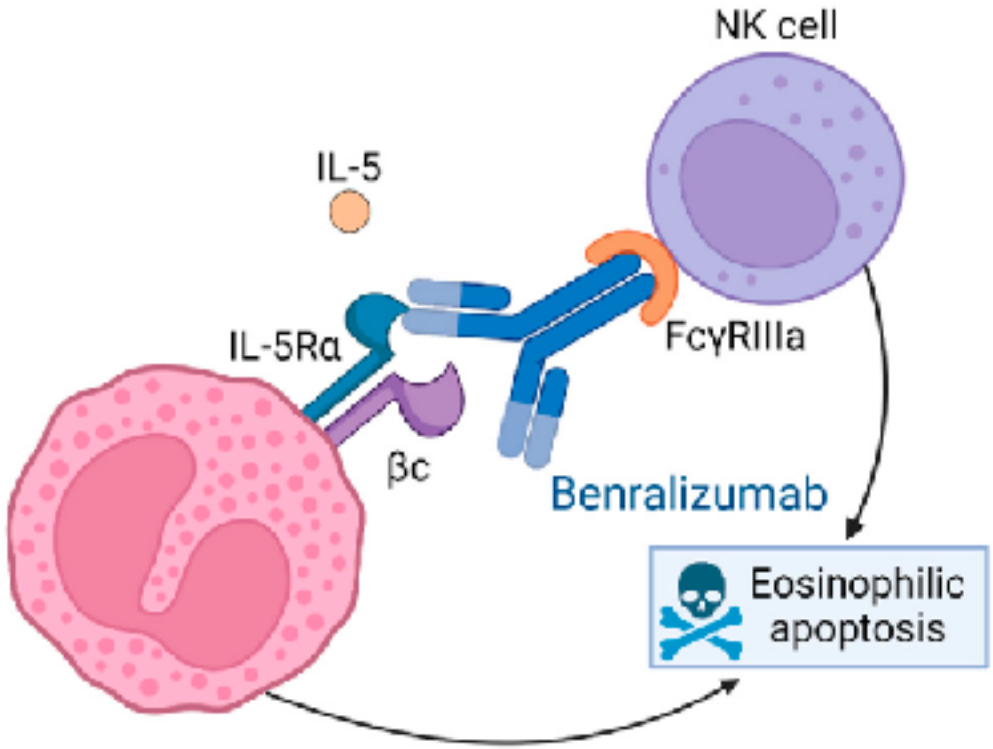
Bourdin, abstract #1150, Warrington, abstract #1149, ACR Convergence 2026

Deux molécules ont montré leur efficacité comme stratégies d'épargne cortisonique dans la GEPA

Mépolizumab (anti-IL-5)
300 mg/4 semaines



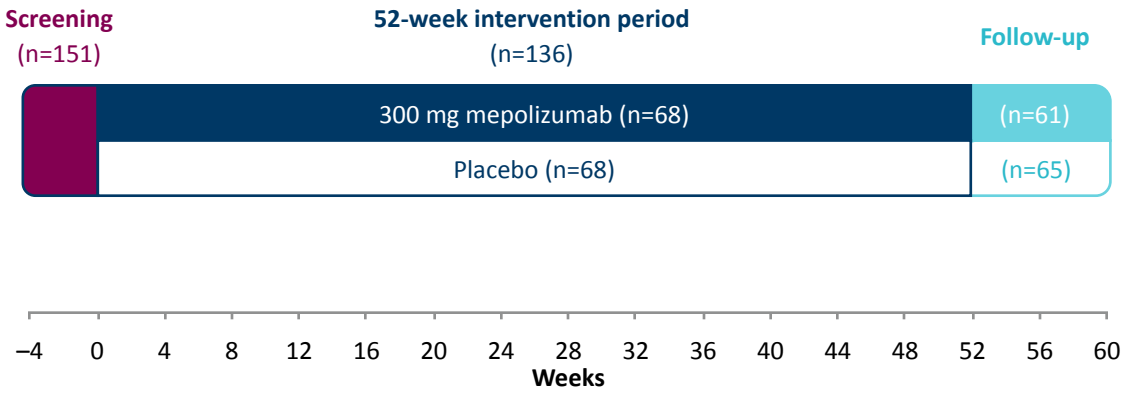
Benralizumab (anti-IL-5R)
30 mg/4 semaines



Wechsler, NEJM, 2017
Wechsler, NEJM, 2024

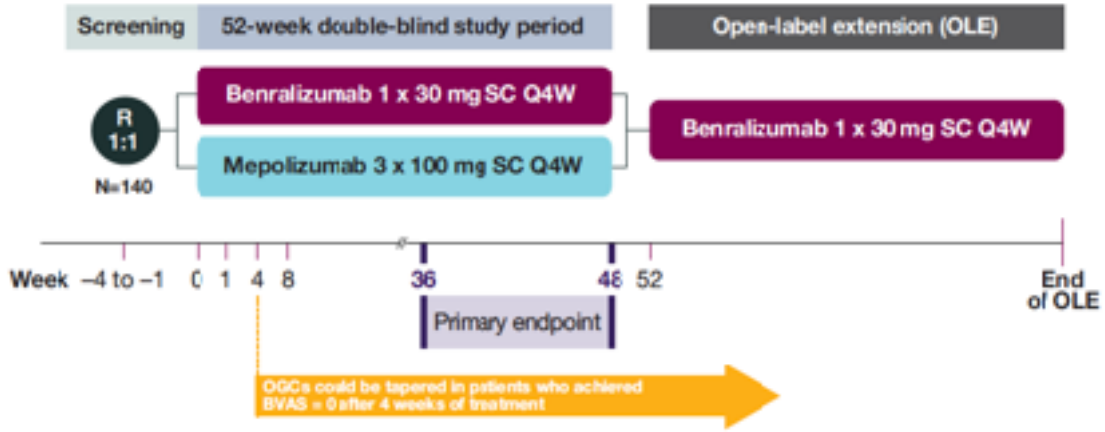
Traitement anti-IL-5/IL-5R dans les GEPA en rechute ou réfractaire

Inclusion criteria	Exclusion criteria
• Male or female patients aged ≥18 years • Confirmed diagnosis of EGPA ≥6 months prior to recruitment • History of relapsing or refractory disease	• Organ- or life-threatening manifestations • Current cancer or history of cancer • Concomitant medical conditions, including liver disease and cardiovascular manifestations



⚠ **Aucun patient n'a été inclus au moment du diagnostic de GEPA +++ Aucune donnée concernant l'utilisation précoce du mépolizumab et du benralizumab**

⚠ **Aucune donnée chez les patients atteints d'EGPA sévère**

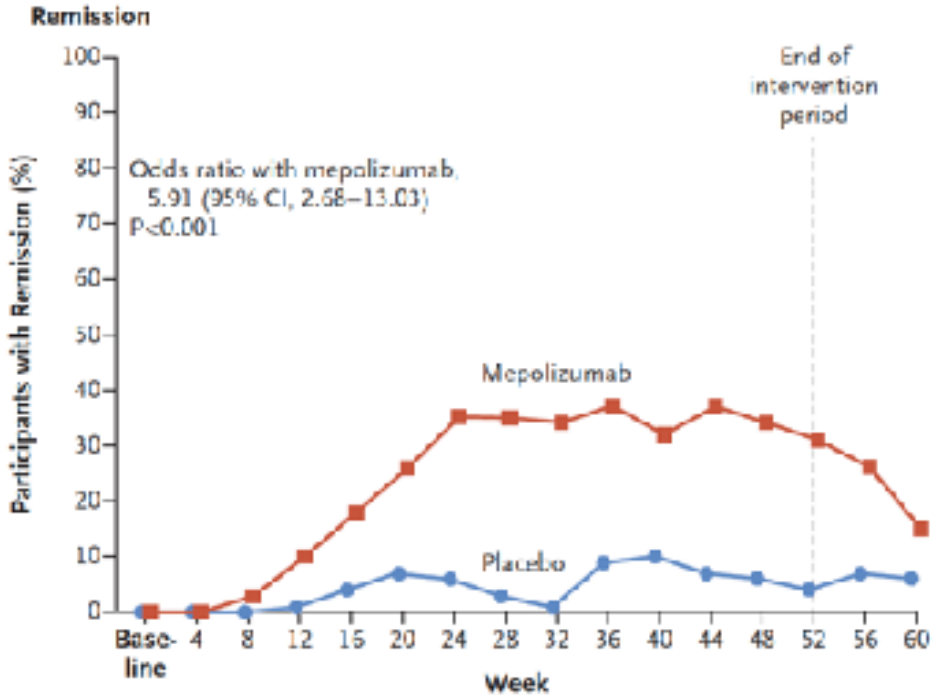


Wechsler, NEJM, 2017; Wechsler, NEJM, 2024

Traitement anti-IL-5/IL-5R dans les GEPA en rechute ou réfractaire

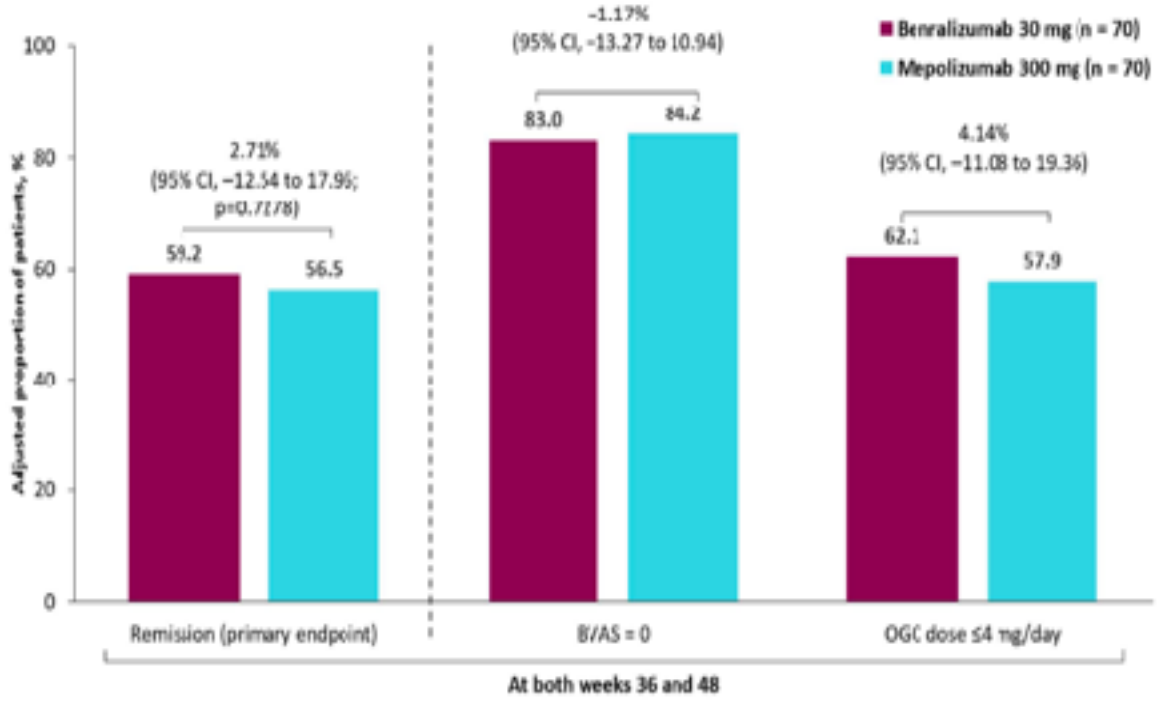
Essai MIRRA

Supériorité du mépolizumab par rapport au placebo



Essai MANDARA

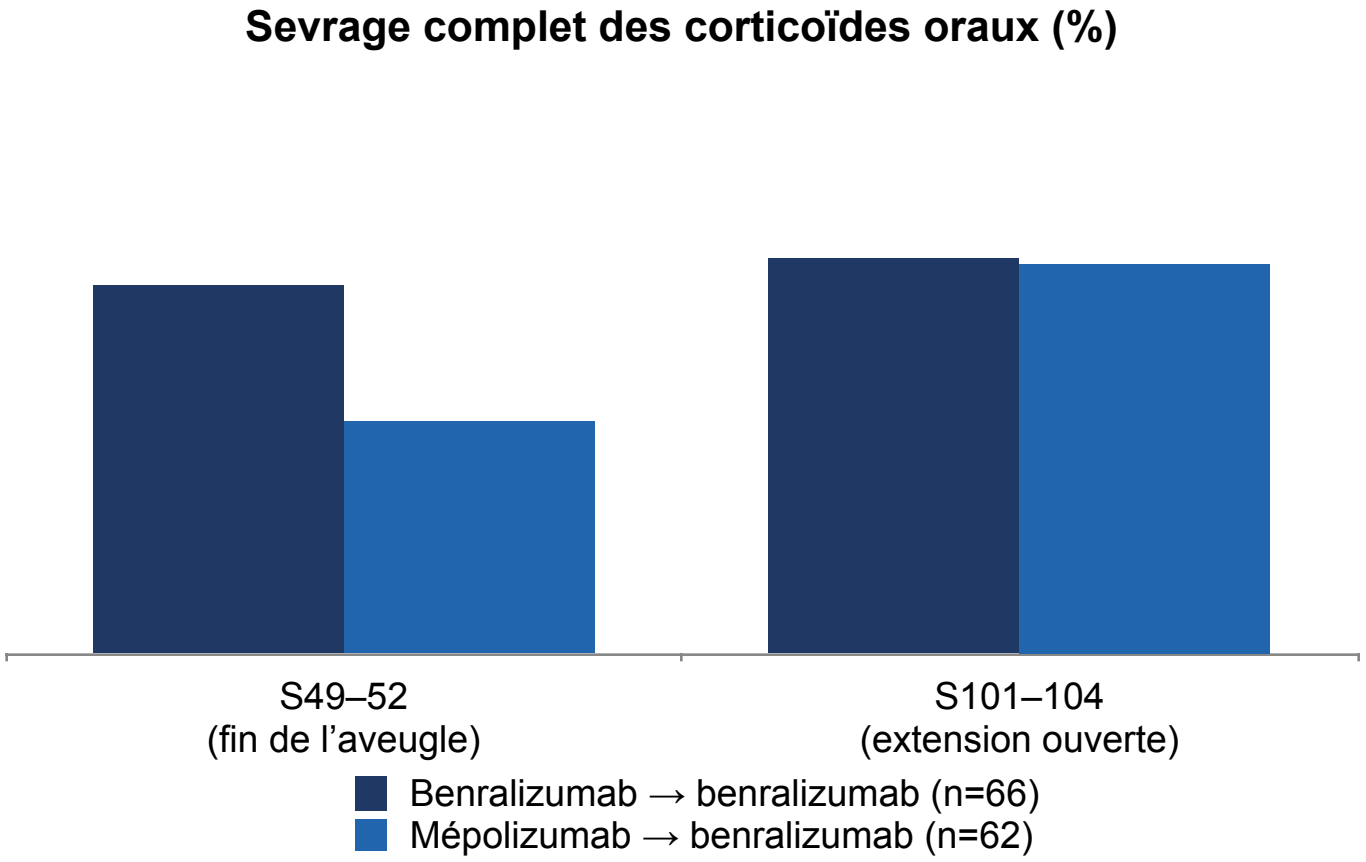
Non-infériorité du benralizumab par rapport au mépolizumab



Wechsler, NEJM, 2017; Wechsler, NEJM, 2024

Durabilité du sevrage cortisonique

MANDARA : GEPA en rechute ou réfractaire ; extension ouverte sous benralizumab jusqu'à S104



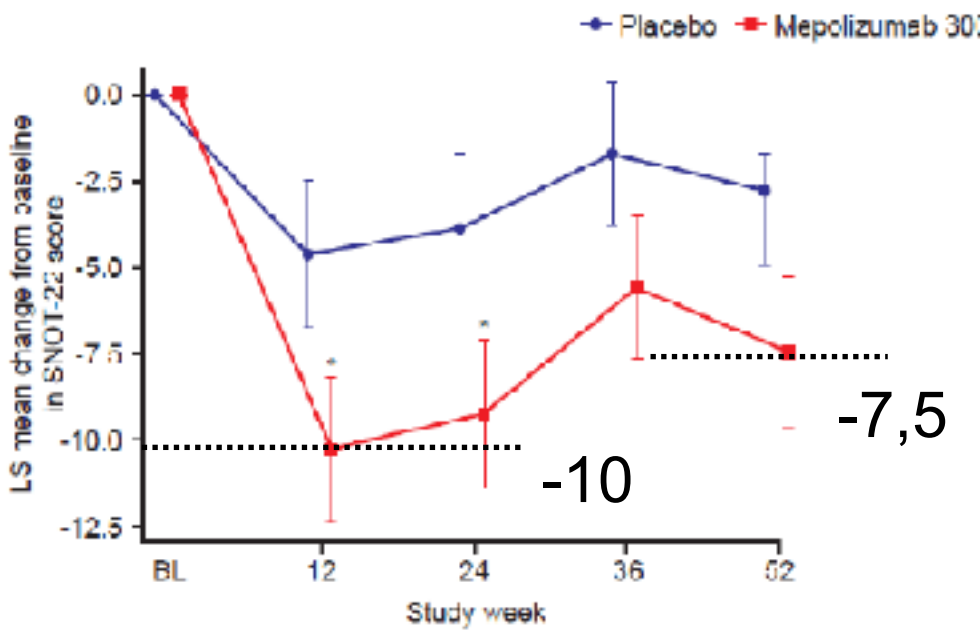
- Le sevrage obtenu se maintient à 2 ans
- Les patients passés du mépolizumab au benralizumab rattrapent progressivement le taux de sevrage
- Déplétion éosinophilique soutenue

Pas de comparaison randomisée pendant l'extension ouverte

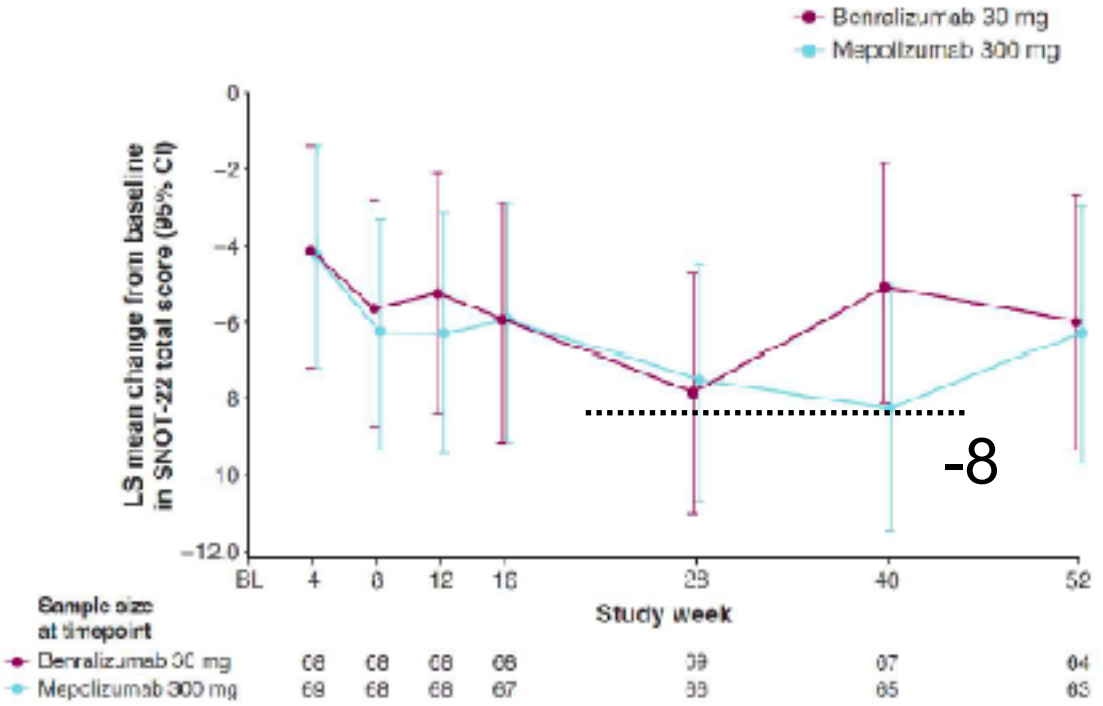
Wechsler, NEJM, 2024 ; Wechsler et al., AAAAI 2025, poster L07

Anti-IL-5/IL-5R moins efficaces pour les manifestations ORL que pour l'asthme

Essai MIRRA



Essai MANDARA



SNOT-22 (Sinonasal Outcome Test-22)

Les scores varient de 0 à 110, les scores les plus élevés indiquant un impact plus important de la rhinosinusite sur la santé

Différence minimale cliniquement significative pour le SNOT-22 = 8,9

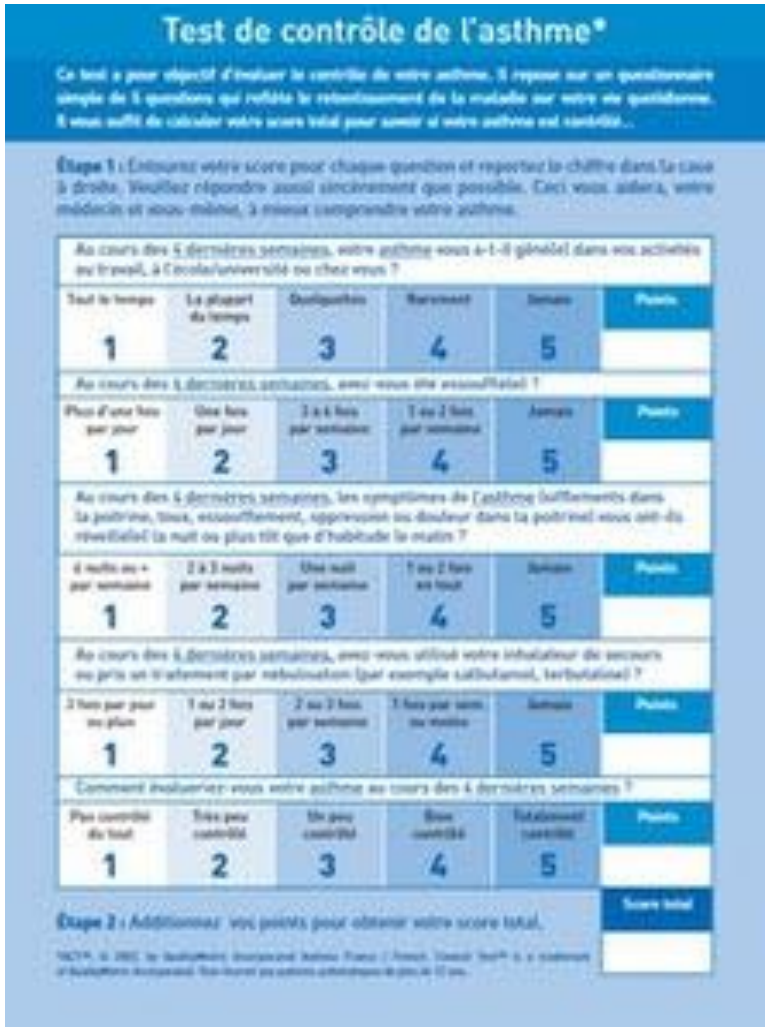
Wechsler, NEJM, 2017; Wechsler, NEJM, 2024

Comment surveiller un patient sous mépolizumab ?

5 choses simples

1. Taux d'Eos
2. Dose de GCs
3. BVAS
4. ACT
5. SNOT-22

Asthma Control Test



Test de contrôle de l'asthme*

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le retentissement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé.

Étape 1 : Entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?

Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois au total	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?

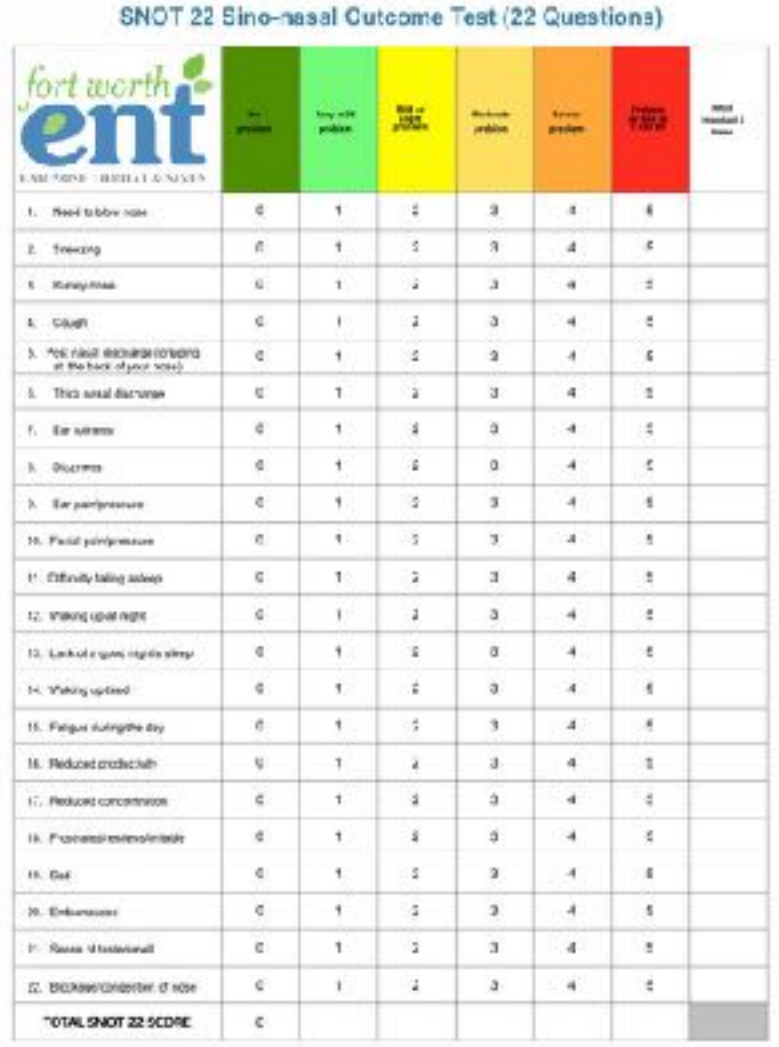
3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Comment évaluez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?

Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalement contrôlé	Points
1	2	3	4	5	

Étape 2 : Additionnez vos points pour obtenir votre score total. | Score total

SNOT-22



SNOT 22 Sino-nasal Outcome Test (22 Questions)

fort worth ent							
1. Need to blow nose	0	1	2	3	4	5	
2. Sneezing	0	1	2	3	4	5	
3. Runny nose	0	1	2	3	4	5	
4. Cough	0	1	2	3	4	5	
5. Post nasal discharge (dripping at the back of your nose)	0	1	2	3	4	5	
6. Thick nasal discharge	0	1	2	3	4	5	
7. Ear fullness	0	1	2	3	4	5	
8. Dizziness	0	1	2	3	4	5	
9. Ear pain/pressure	0	1	2	3	4	5	
10. Facial pain/pressure	0	1	2	3	4	5	
11. Difficulty falling asleep	0	1	2	3	4	5	
12. Waking up at night	0	1	2	3	4	5	
13. Lack of a good night's sleep	0	1	2	3	4	5	
14. Waking up tired	0	1	2	3	4	5	
15. Fatigue during the day	0	1	2	3	4	5	
16. Reduced productivity	0	1	2	3	4	5	
17. Reduced concentration	0	1	2	3	4	5	
18. Frustration/embarrassment	0	1	2	3	4	5	
19. Sad	0	1	2	3	4	5	
20. Embarrassed	0	1	2	3	4	5	
21. Sense of taste/smell	0	1	2	3	4	5	
22. Blocked/congested nose	0	1	2	3	4	5	
TOTAL SNOT 22 SCORE	0						

Mépolizumab : 100 ou 300 mg/mois ?

European EGPA Study Group : 203 GEPA sous mépolizumab, 158 à 100 mg et 33 à 300 mg (non randomisé, maladie peu active : BVAS médian 4)

Critère	100 mg	300 mg	p
Réponse complète à 12 mois	31 %	38 %	0,81
Réponse complète à 24 mois	33 %	58 %	0,17
Sevrage des corticoïdes à 12 mois	27 %	38 %	–

- Pas de différence démontrée, mais pas d'équivalence prouvée
- 12 patients seulement sous 300 mg à 24 mois
- Le 300 mg reste la dose de l'AMM dans la GEPA

Réponse complète : BVAS = 0 et prednisone ≤ 4 mg/j ; partielle : BVAS = 0 et prednisone > 4 mg/j

Bettiol, Arthritis Rheumatol, 2022

Mépolizumab ou benralizumab ?

Essai randomisé

- **MANDARA :** rémission 59 % vs 56 %, non-infériorité du benralizumab
- Dose cumulée de GCs identique

Wechsler, NEJM, 2024

Vie réelle appariée

- 88 vs 88 patients appariés (sexe, âge, BVAS, GCs)
- Réponse complète : 48,1 % benra vs 32,4 % mépo (p = 0,005)
- Pas différence entre les groupes pour le BVAS, les GCs et les paramètres respiratoires aux différents moments d'évaluation
- Profil de sécurité était comparable entre les groupes

Mattioli, J Autoimmun, 2025

Revue systématique

- 14 études : 2 essais, 1 extension, 11 cohortes
- Sevrage complet des GCs jusqu'à **67,9 %**
- Bénéfice durable des deux molécules

González Mazarío, ACR 2026, #1168

Efficacité comparable dans l'essai MANDARA ; léger signal en faveur du benralizumab en vie réelle, benralizumab non remboursé dans la GEPA

Que faire en cas de réponse insuffisante au mépolizumab ou du benralizumab ?

Discussions possibles en pratique

- **Augmenter la dose de mépolizumab à 300 mg/mois si le traitement a été initié à 100 mg/mois (ou du benralizumab)**
- Envisager une chirurgie de la polypose sous ant-IL-5/IL-5R en cas de réponse ORL dissociée
- Passer à un autre anti-IL-5/IL-5R
- Passer à une autre classe thérapeutique : tezepelumab (anti-TSLP), combinaison de biothérapies ?

Augmentation de la dose de mépolizumab

Critères d'inclusion

- Patients atteints de GEPA
- Initialement traités par mépolizumab à raison de 100 mg par mois
- Ayant reçu une augmentation de la dose à 300 mg par mois en raison d'une réponse insuffisante

27 patients inclus

Durée médiane du traitement par mépolizumab à 100 mg par mois : 17,2 mois [IQR 6,9-34]

Réponse complète

BVAS = 0 et GC ≤ 4 mg/jour

Réponse partielle

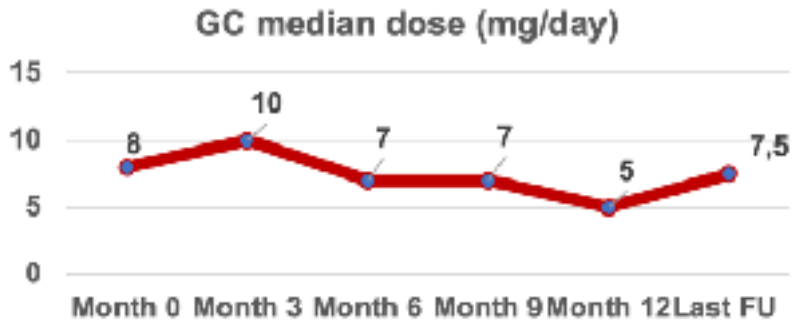
BVAS = 0 et GC > 4 mg/jour

Augmentation du mépolizumab pour :

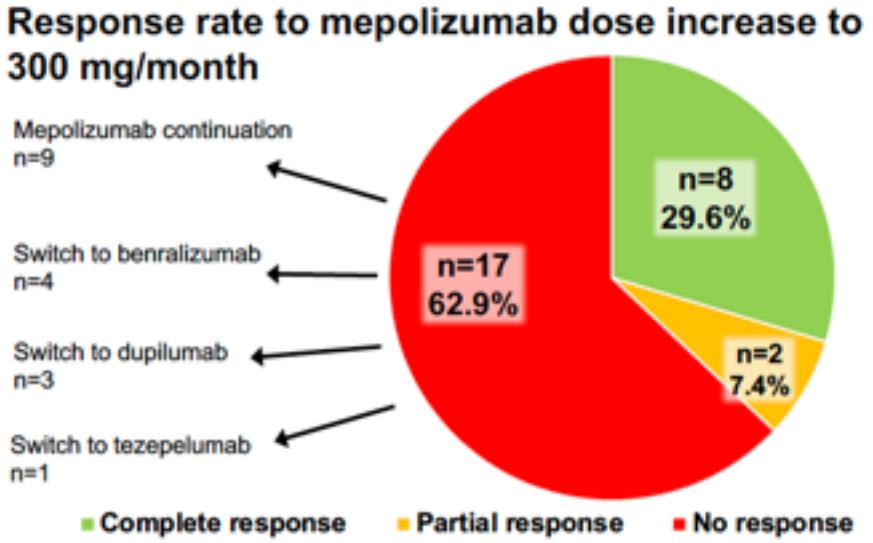
Asthme non contrôlé : 78 %

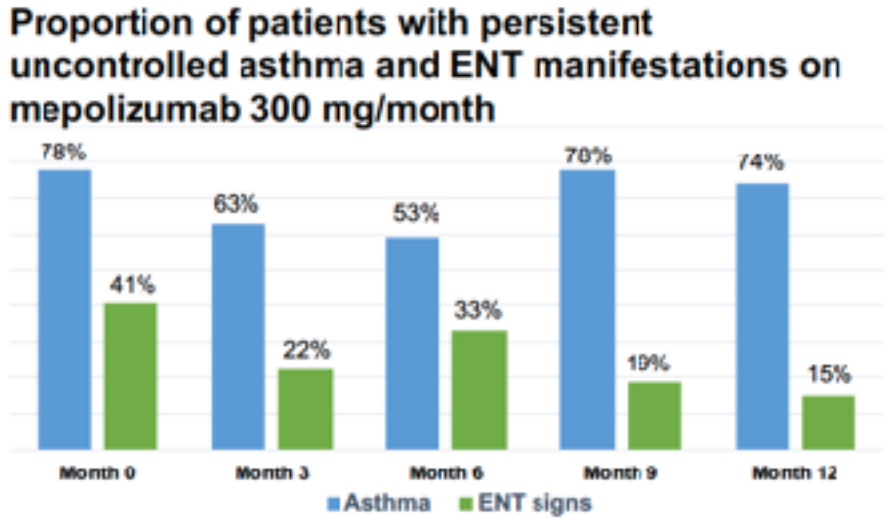
Manifestations ORL : 41 %

Dose de prednisone 8 mg/jour



L'augmentation de la dose de mépolizumab de 100 à 300 mg par mois n'a entraîné une réponse complète que dans 30 % des cas





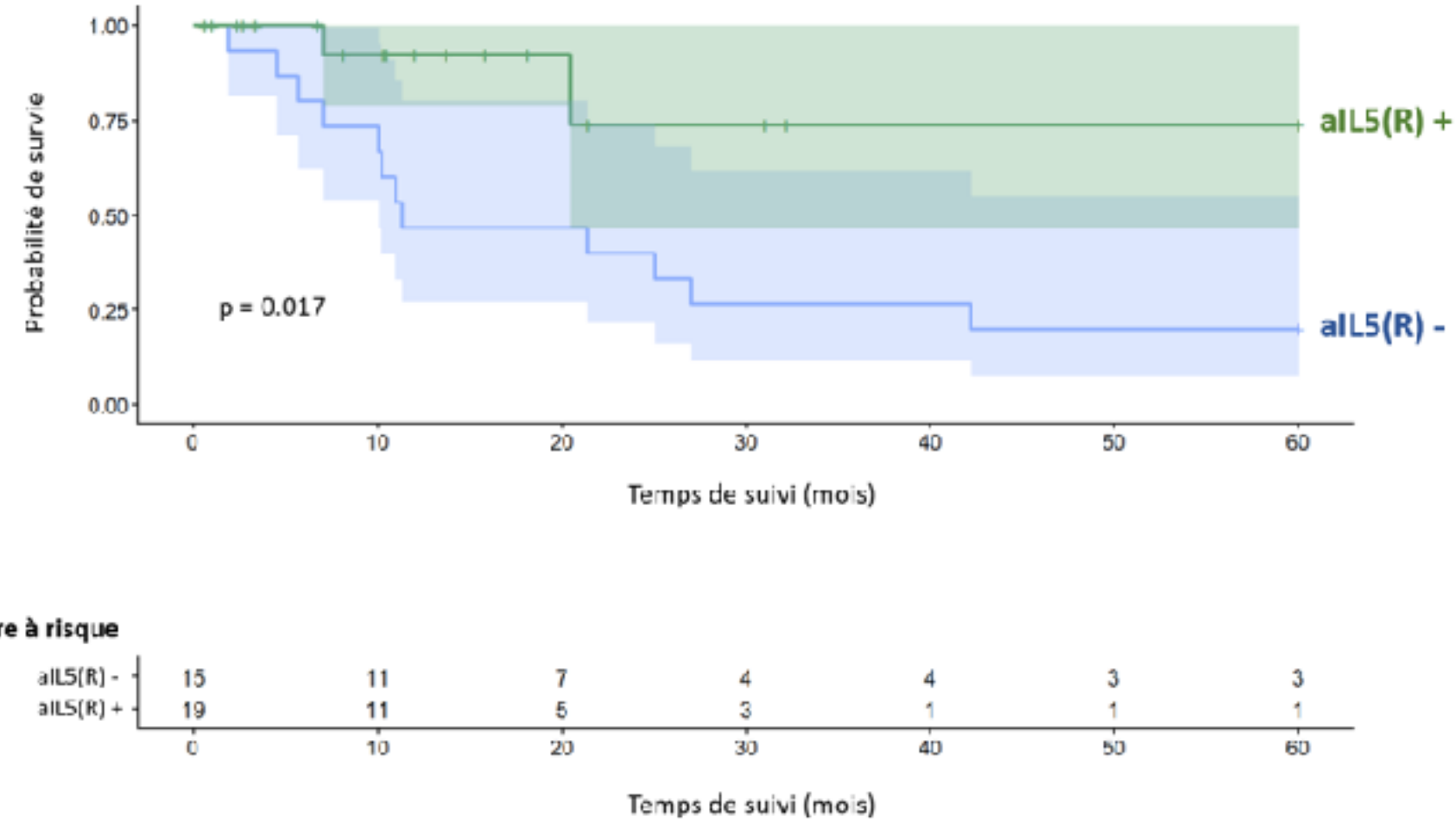
Pallotti, ACR Convergence, 2024

Que faire en cas de réponse insuffisante au mépolizumab ou du benralizumab ?

Discussions possibles en pratique

- Augmenter la dose de mépolizumab à 300 mg/mois si le traitement a été initié à 100 mg/mois (ou du benralizumab)
- **Envisager une chirurgie de la polypose sous ant-IL-5/IL-5R en cas de réponse ORL dissociée**
- Passer à un autre anti-IL-5/IL-5R
- Passer à une autre classe thérapeutique : tezepelumab (anti-TSLP), combinaison de biothérapies ?

Effet durable de la chirurgie des sinus en complément d'un traitement par IL-5/IL-5R dans les GEPA



Bodier, en préparation

Que faire en cas de réponse insuffisante au mépolizumab ou du benralizumab ?

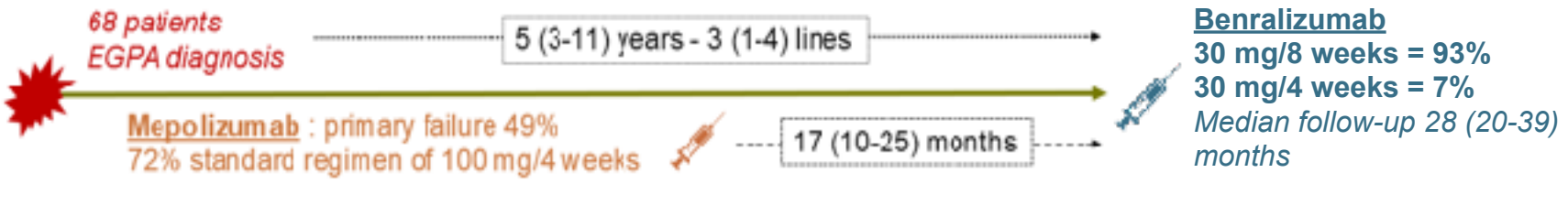
Discussions possibles en pratique

- Augmenter la dose de mépolizumab à 300 mg/mois si le traitement a été initié à 100 mg/mois (ou du benralizumab)
- Envisager une chirurgie de la polypose sous ant-IL-5/IL-5R en cas de réponse ORL dissociée
- **Passer à un autre anti-IL-5/IL-5R**
- Passer à une autre classe thérapeutique : tezepelumab (anti-TSLP), combinaison de biothérapies ?

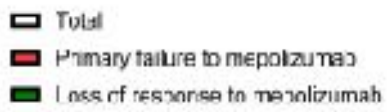
Switch de l'anti-IL-5 à l'anti-IL5R

Critères d'inclusion

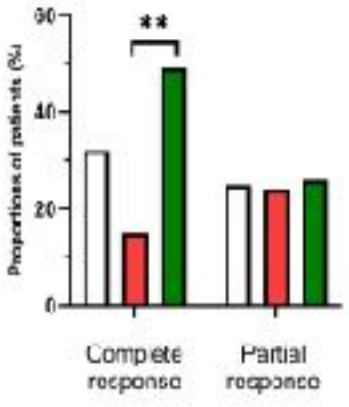
- Patients atteints d'EGPA
- Ayant initialement reçu un traitement par mépolizumab
- Qui sont passés au benralizumab en raison d'un échec primaire ou d'une perte de réponse secondaire au mépolizumab



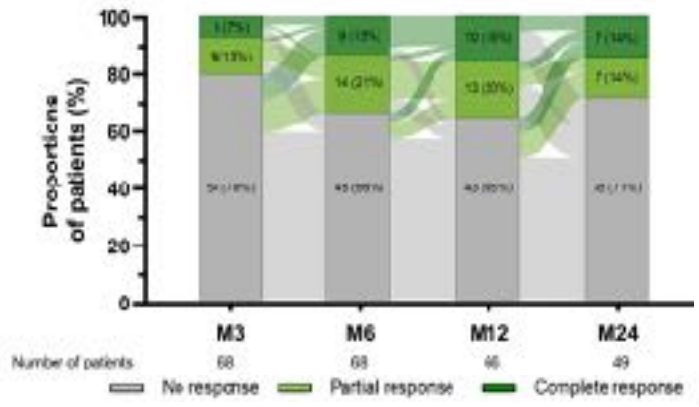
At Benralizumab initiation		
Asthma 85%, ENT 38%	BVAS 4 (2-4)	**GC 93%: 10 (7,5-15) mg/d**
Eosinophiles 130 /mm3	ANCA 10%	IS 35%: MTX 16%, AZA 7%, MMF 7%



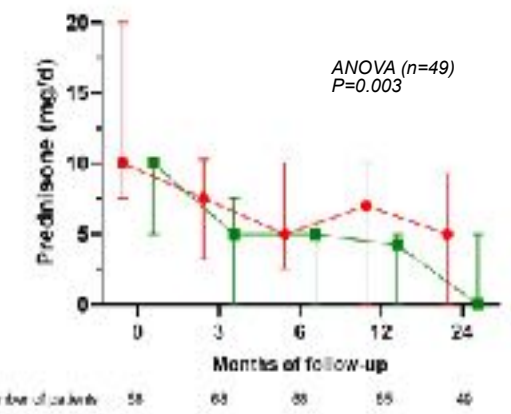
Best response



Evolution of response



Evolution of GC daily-dose



Le passage au benralizumab après l'échec du mépolizumab est efficace chez 1/3 des patients, surtout chez les patients en échappement après efficacité initiale du mépolizumab

Cottu, Chest, 2026

Que faire en cas de réponse insuffisante au mépolizumab ou du benralizumab ?

Discussions possibles en pratique

- Augmenter la dose de mépolizumab à 300 mg/mois si le traitement a été initié à 100 mg/mois (ou de benralizumab)
- Envisager une chirurgie de la polypose sous ant-IL-5/IL-5R en cas de réponse ORL dissociée
- Passer à un autre anti-IL-5/IL-5R
- **Passer à une autre classe thérapeutique : dupilumab (anti-IL-4Ra), tezepelumab (anti-TSLP), combinaison de biothérapies**

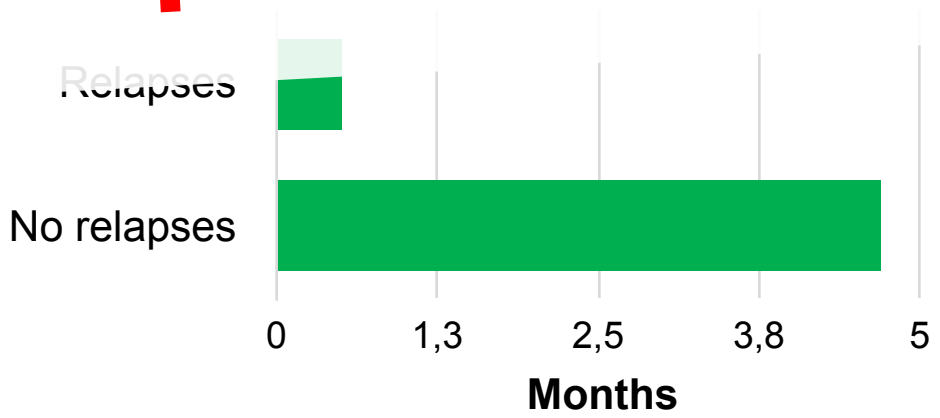
Blocage de la voie de signalisation IL-4/IL-13

51 patients inclus
Symptômes ORL invalidants chez 92%
35% ont eu des effets indésirables, dont deux effets secondaires graves
Eosinophilie sous dupilumab chez 67%, pic à 13 (IQR 4-36) semaines et associée à une rechute chez 41%

Réponse complète dans 41% et réponse partielle dans 24%
Rechute de la GEPA sous dupilumab dans 31%, associée à une éosinophilie sanguine dans 88% des cas
Temps médian entre l'arrêt des anti-IL-5/IL-5R et le passage au dupilumab chez les patients ayant rechuté

Ne pas utiliser le dupilumab en monothérapie





Molina, Ann Rheum Dis, 2023

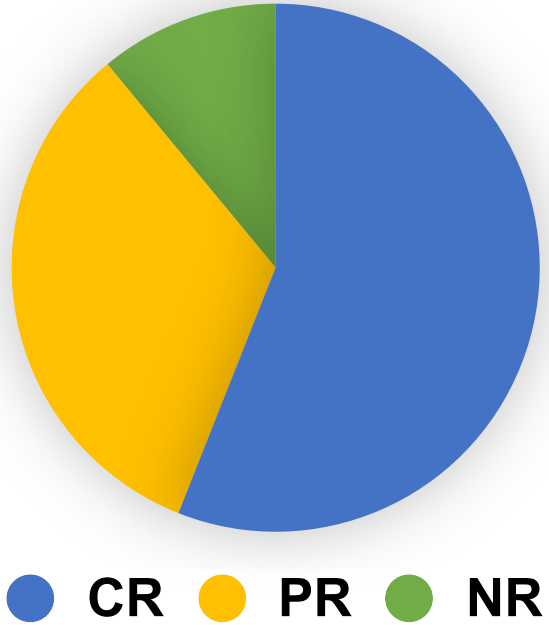
Anticorps monoclonal anti-TSLP

Étude rétrospective multicentrique européenne incluant
des patients GEPA réfractaires ou en rechute

20 patients analysés, après échec d'un anti-IL-5/IL-5R dans 90%
et du dupilumab dans 30%
Indication : asthme mal contrôlé (90%), polypose naso-sinusienne mal contrôlée (65%)

Amélioration clinique : BVAS médian de 3,5 → 0
Gain fonctionnel respiratoire : FEV_1 de 77 → 85% (+10%)
Réduction de la corticothérapie : 10 → 1,9 mg/j (–81%)

Tolérance : 35% d'effets indésirables mineurs,
15% de rechutes (asthme/ORL)
Signal modéré d'éosinophilie médicamenteuse à explorer



Poux, ACR Convergence, 2024

Combinaison de biothérapies

Étude rétrospective multicentrique européenne
16 patients GEPA traités par **dupilumab + anti–IL-5/IL-5R** (mépolizumab ou benralizumab) pour une maladie **réfractaire ou en rechute**

Efficacité : BVAS médian 0 atteint à 6 mois
Réponse complète dans 62,5%, partielle dans 12,5%, pas de réponse dans 25%
Réduction de la corticothérapie : 10 → 2,5 mg/j, mais sevrage complet chez 1/10

Tolérance satisfaisante : aucun événement grave, 2 EI légers
Éosinophilie sous dupilumab contrôlée par ajout d'anti–IL-5/IL-5R

Combinaison semblant bien tolérée et potentiellement efficace dans la GEPA réfractaire, en cas de manifestations persistantes sous anti-IL-5/IL-5R seuls
Amélioration clinique plus marquée **après 6 mois de traitement**

Guerini, ACR Convergence, 2025

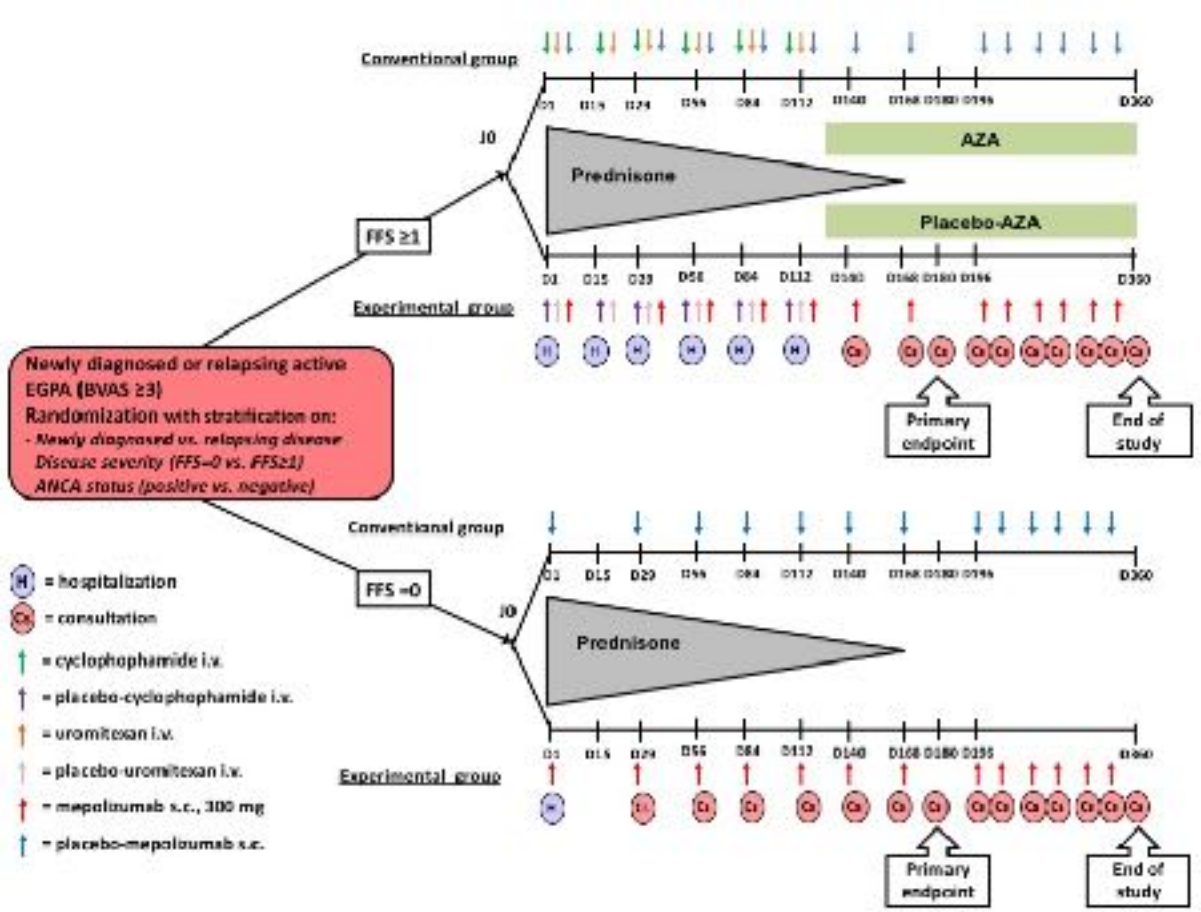
Place des anti-IL-5/IL-5R : PNDS 2026

Recommandation	**% approbation**	**Niveau d'accord**
La prescription d'une stratégie anti-IL-5/IL-5R doit reposer sur une **évaluation multidisciplinaire** (interniste, pneumologue et/ou ORL)	96,2	9,4 ± 0,9
Asthme ou polypose mal contrôlés malgré un traitement local maximal, a fortiori si la corticothérapie orale est maintenue pour ce motif : **anti-IL-5 ou anti-IL-5R à envisager**	98,0	9,6 ± 0,7
Échec pour asthme sévère et/ou polypose : **prise en charge spécialisée pneumologique et/ou ORL** avant toute modification de biothérapie	98,1	9,5 ± 1,0
Échec d'un anti-IL-5/IL-5R : **remplacement par un autre anti-IL-5/ IL-5R à privilégier** avant une autre biothérapie	97,7	8,8 ± 1,7

PNDS GEPA, 2026

Mépolizumab en induction : essai E-MERGE

- Phase 3, double aveugle, double placebo, 26 centres français
- 100 GEPA actives (BVAS ≥ 3), nouvellement diagnostiquées ou en rechute
- **Mépolizumab 300 mg/4 sem** vs **stratégie conventionnelle** selon le FFS :
  - FFS = 0 : corticoïdes seuls
  - FFS ≥ 1 : corticoïdes + CYC IV puis AZA
- Décroissance cortisonique identique et standardisée



75 %
diagnostic récent

74 %
FFS = 0

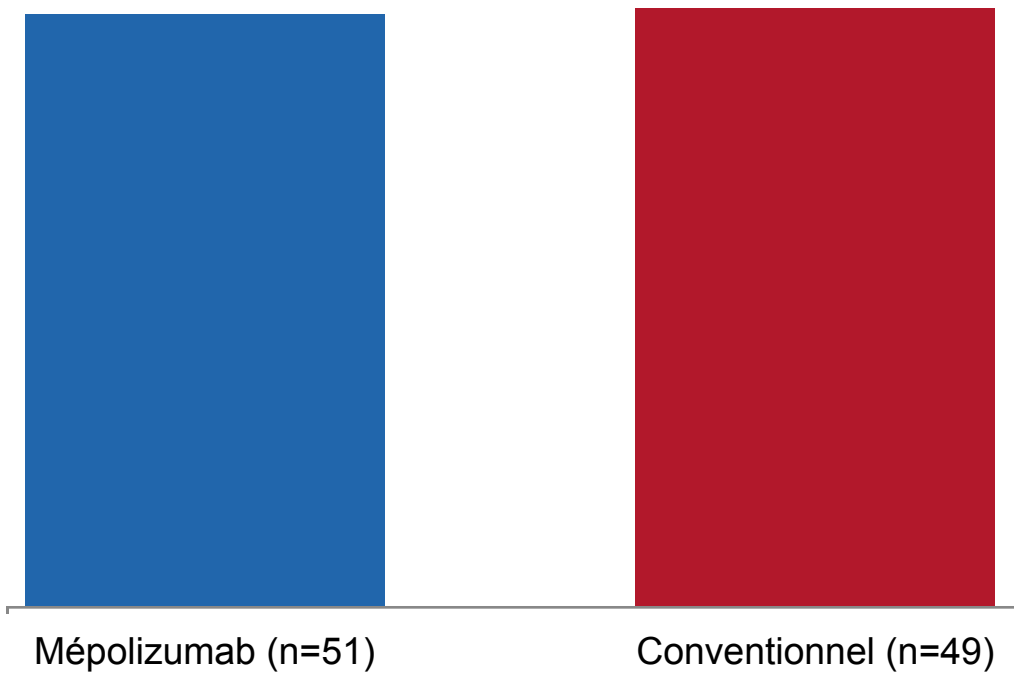
47 %
ANCA positifs

Mépolizumab : AMM en traitement additionnel de la GEPA réfractaire, en rechute ou cortico-dépendante, à la dose de 300 mg/4 semaines. Son utilisation en induction n'est pas une indication approuvée.

Terrier et al., ACR Convergence 2026, #0926

E-MERGE : critère principal négatif

Rémission à J168 (%)



Pas de différence à 6 mois

34/51 (66,7 %) vs 33/49 (67,3 %)

OR ajusté 0,87 (IC 95 % 0,35–2,17) ; p = 0,77

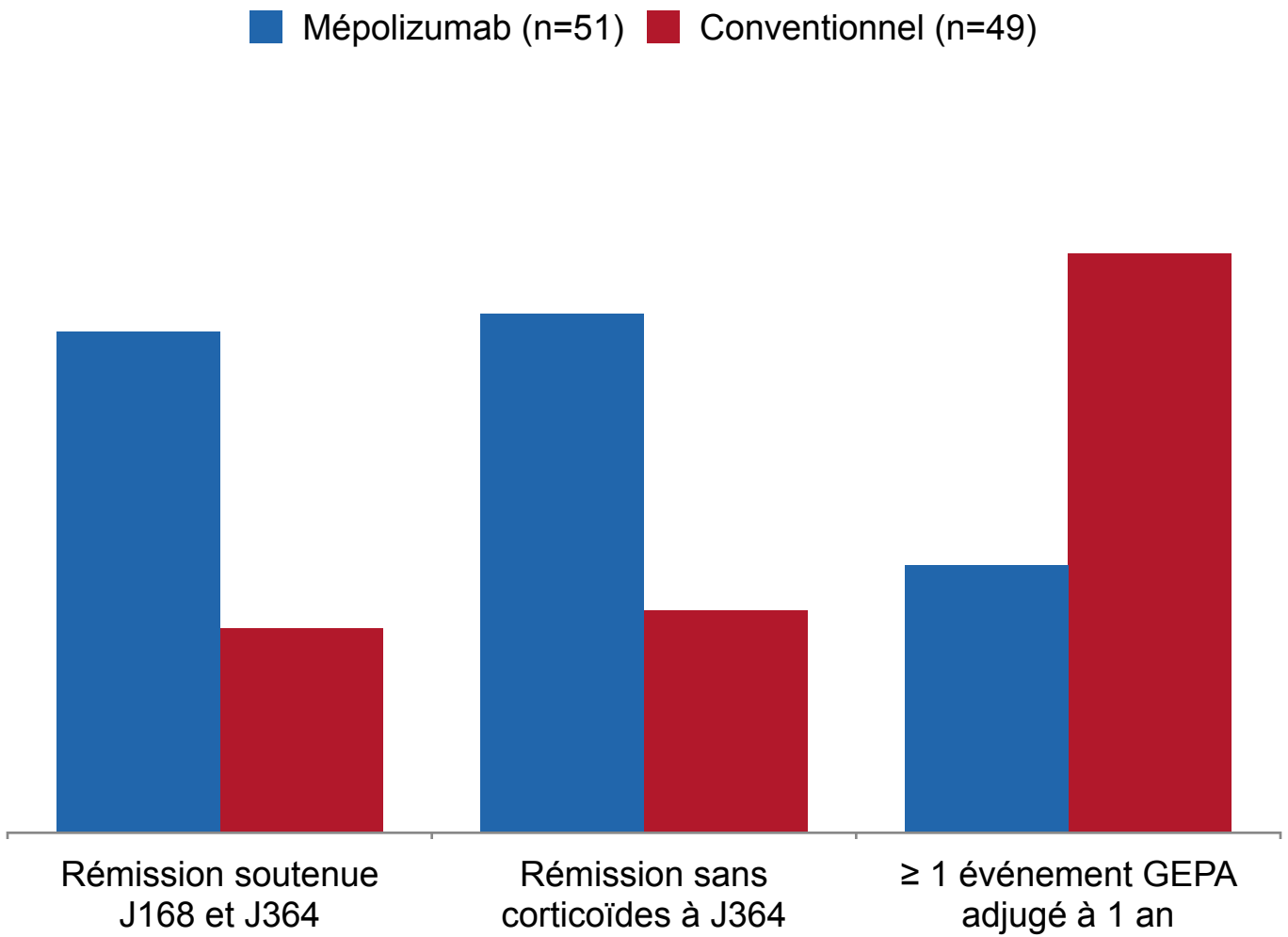
Différence absolue −0,7 point (IC 95 % −19,1 à 17,8)

L’essai ne démontre pas la supériorité du mépolizumab pour induire la rémission à 6 mois

Rémission : BVAS = 0, prednisone ≤ 4 mg/j et absence d’événement GEPA adjudiqué

Terrier et al., ACR Convergence 2026, #0926

E-MERGE : bénéfice visible entre 6 et 12 mois



Rémission soutenue

ORa 4,38 (1,78–10,78)

Sans corticoïdes à J364

ORa 4,31 (1,78–10,46)

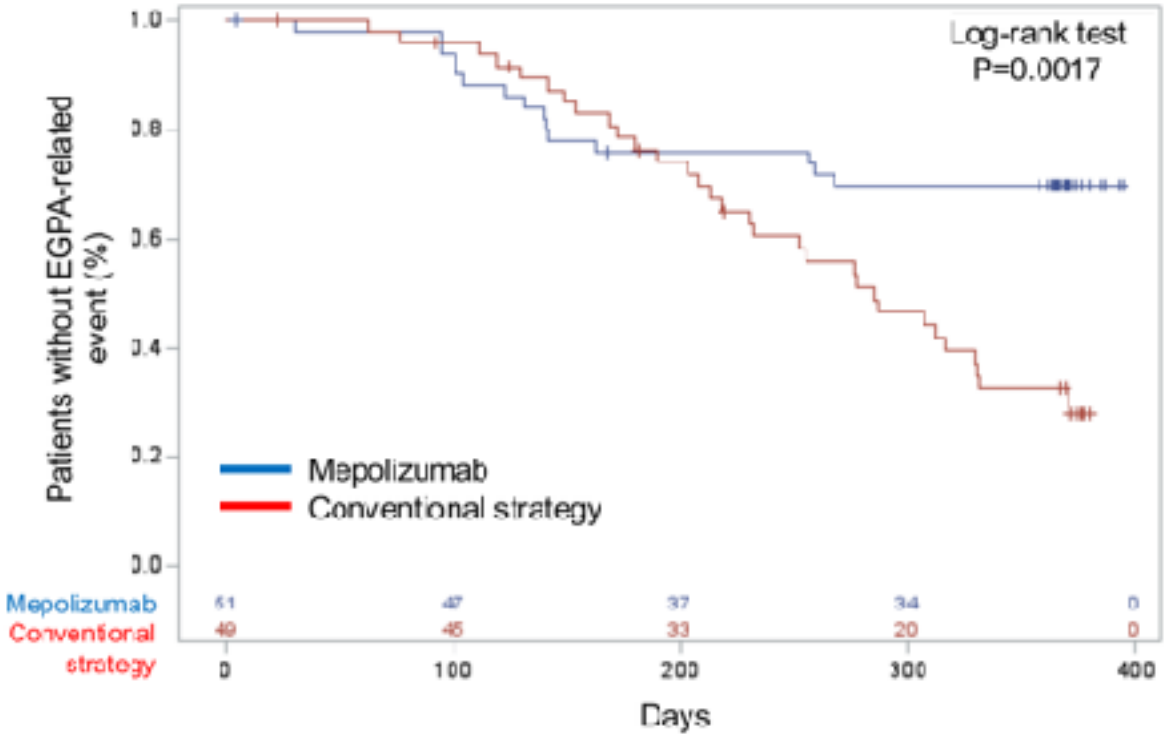
Événements GEPA

HRa 0,39 (0,21–0,72)

Critères secondaires : hypothèses fortes, mais critères non ajustés pour la multiplicité

Terrier et al., ACR Convergence 2026, #0926

E-MERGE : bénéfice porté par l'asthme et l'ORL



Type d'événement à 1 an	HR ajusté (IC 95 %)
Tout événement GEPA	**0,39 (0,21–0,72)**
Exacerbation asthme / ORL	**0,38 (0,16–0,87)**
Rechute vascularitique	0,52 (0,20–1,32)
Rechute vascularitique majeure	0,32 (0,06–1,67)

Effet sur les rechutes vascularitiques : tendance favorable, mais non démontré

Survie sans événement GEPA adjugé : log-rank p = 0,0017

Terrier et al., ACR Convergence 2026, #0926

E-MERGE : corticoïdes, voies aériennes, tolérance

Exposition cortisonique

- AUC normalisée : **10,3 vs 12,1 mg/j**
- **Différence ajustée −1,71 (IC 95 % −3,38 à −0,04)**
- Dose cumulée médiane : 3 699 vs 4 156 mg sur 1 an

Asthme et ORL

- ACQ-6 plus bas au cours du temps **(p = 0,002)**
- SNOT-22 plus bas au cours du temps **(p = 0,006)**
- Déplétion éosinophilique rapide dès J28

Tolérance

- **EIG : 47,1 % vs 87,8 %**
- Différence portée par la déclaration protocolaire des poussées de GEPA en EIG
- **EIG hors événements GEPA : 8 vs 8 patients**

Pas de signal de tolérance inattendu ; 1 vs 2 décès

Terrier et al., ACR Convergence 2026, #0926

Mépolizumab précoce : données convergentes

Étude	Population	Résultat principal
MEPEARL	587 GEPA, 41 centres Précoce (< 3 mois) vs tardif (> 12 mois)	**Rémission M12 : ORa 2,67** Sans corticoïdes M12 : ORa 2,14
Boira	20 GEPA de novo, dont 14 formes graves 300 mg/mois + corticoïdes	**Rémission 95 % à S52** Sans corticoïdes 60 %
Mattioli	68 GEPA en 1ère ligne vs 235 après immunosuppresseurs	**Réponse complète 52 % à 24 mois** vs 44 %

Padoan, EULAR 2026, OP0226 ; Boira, Arch Bronconeumol, 2026
Mattioli, ACR Convergence 2026, #2143

Induction et entretien : recommandations

	PNDS 2026 et EULAR 2023	EULAR (mise à jour à venir)
Ce qui oriente l'induction	FFS 1996 (pronostic vital) et mononévrite multiple (pronostic fonctionnel)	Atteinte menaçant un organe ou le pronostic vital, et jugement clinique de la sévérité
Forme sans gravité	Corticoïdes seuls en première intention	Corticoïdes ; **anti-IL-5/IL-5R possibles tôt après le diagnostic**
Forme sévère	Corticoïdes + immunosuppresseur d'emblée si FFS ≥ 1, de préférence CYC ; RTX en alternative, surtout si ANCA-MPO	CYC ou RTX **chez des patients sélectionnés**
Entretien	Anti-IL-5/IL-5R si asthme ou polypose mal contrôlés, surtout si corticoïdes maintenus ; AZA, MTX ou RTX après forme sévère	**Anti-IL-5/IL-5R recommandés** avec un traitement optimisé des voies aériennes ; RTX ou AZA après CYC/RTX

PNDS GEPA, 2026 ; Recommandations internationnales en cours

Quelques prix (prix facial)

Stratégie thérapeutique	Coût sur 1 an
Mépolizumab 300 mg/mois	≈ 32 000 euros
Benralizumab 30 mg/mois	≈ 24 000 euros
Tezepelumab 210 mg/mois	≈ 12 000 euros
Dupilumab 300 mg/2 semaines	≈ 15 000 euros
Combinaison Mépolizumab + Dupilumab	≈ 47 000 euros
Chirurgie ORL : Ethmoïdectomie totale (tarif CCAM, différent du coût du parcours chirurgical)	≈ 2 000 - 4 000 euros

Source : ChatGPT

Perspectives

1. **OCEAN : dépémokimab vs mépolizumab**

   Phase 3, double aveugle, double placebo, 52 semaines, ≈ 160 GEPA en rechute ou réfractaires ; dépémokimab 200 mg toutes les 26 semaines vs mépolizumab 300 mg toutes les 4 semaines ; résultats attendus

2. **E-MERGE : publication**

   Place du mépolizumab dès l'induction ; données à 1 an

3. **Recommandations EULAR**

   Mise à jour en cours : anti-IL-5/IL-5R plus tôt, objectif d'arrêt des corticoïdes

4. **Questions ouvertes**

   Durée du traitement et désescalade, formes vascularitiques, place des combinaisons

Messages clés

1. L'IL-5 est la cible de la composante éosinophilique : les anti-IL-5/IL-5R sont le traitement de référence des GEPA en rechute ou réfractaires

2. Mépolizumab et benralizumab ont une efficacité comparable, l'épargne cortisonique est durable, l'effet ORL plus modeste

3. E-MERGE : dès l'induction, pas de supériorité à 6 mois, mais une meilleure rémission soutenue et un sevrage cortisonique plus fréquent à 1 an

4. Anti-IL-5/IL-5R ne couvrent pas toute la composante vascularitique : cyclophosphamide ou rituximab restent nécessaires dans les formes menaçantes

5. En cas d'échec : dose, chirurgie ORL, switch, autre biothérapie T2 ; les futures recommandations EULAR placent les anti-IL-5/IL-5R plus tôt

Remerciements



GFEV | GROUPE FRANÇAIS D'ÉTUDE DES VASCULARITES

www.vascularites.org

Conseils d'administration et scientifique du GFEV

Loïc Guillevin
Xavier Puéchal

Association France Vascularite Patients