

## UCB présente neuf abstracts au congrès de l'EADV 2020, démontrant son engagement continu en dermatologie

- Les premiers résultats de l'étude de phase 3 BE SURE présentés montrent un blanchiment de la peau supérieur avec le bimekizumab par rapport à Humira® (adalimumab) chez les patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère
- Deux présentations orales issues de l'étude de phase 3 BE VIVID montrent des niveaux identiques de blanchiment de la peau avec le bimekizumab indépendamment des données démographiques des patients, des caractéristiques de la maladie et de l'expérience de traitement antérieure, et un profil de tolérance acceptable basé sur l'analyse intégrant les essais de phase 2 et de phase 3 dans le psoriasis
- Deux e-posters montrent un blanchiment complet avec le bimekizumab sur les zones ayant un impact fort sur la qualité de vie : cuir chevelu, ongles, paumes des mains et plantes des pieds, et que le contrôle de la maladie avec le bimekizumab se traduit par une amélioration substantielle de la qualité de vie
- De nouvelles données montrent également une amélioration de la qualité de vie à long terme pour les patients atteints de psoriasis traités par CIMZIA® (certolizumab pegol)

**Colombes, France - 29 octobre 2020** - UCB, entreprise biopharmaceutique mondiale, annonce aujourd'hui que de nouvelles données portant sur l'inhibiteur de l'IL-17A et de l'IL-17F, le bimekizumab et l'inhibiteur du TNF, CIMZIA® (certolizumab pegol), dans la prise en charge du psoriasis en plaques modéré à sévère, seront présentées au congrès de l'Académie Européenne de Dermatologie et de Vénérologie (EADV), qui se déroule virtuellement du 29 au 31 octobre 2020.

Les résultats de l'étude de phase 3 BE SURE démontrent des niveaux supérieurs d'atteinte du blanchiment cutané observés chez les patients traités par le bimekizumab atteints de psoriasis, par rapport à l'adalimumab jusqu'à la semaine 24, le maintien de la réponse du bimekizumab jusqu'à la semaine 56 et l'augmentation rapide des taux de blanchiment de la peau chez les patients passant de l'adalimumab au bimekizumab<sup>1</sup>.

« Nous sommes ravis de partager les résultats de l'étude BE SURE portant sur le bimekizumab, d'autres résultats de l'étude BE VIVID, ainsi que de nouvelles données poolées de tolérance. Ces études démontrent en outre l'importance de l'inhibition de l'IL-17F en plus de l'IL-17A. Les données montrent également le potentiel que possède le bimekizumab pour élever le niveau d'exigence en ce qui concerne la rapidité, le maintien et la durabilité de la réponse pour les patients atteints de psoriasis et les dermatologues, si elle est approuvée par les autorités sanitaires. Nous présentons également les résultats à long terme de notre programme clinique CIMPASI-1 et CIMPASI-2 pour CIMZIA®, et renforçons notre engagement continu pour répondre aux besoins non satisfaits des patients atteints de psoriasis. L'EADV représente une opportunité pour UCB de démontrer son engagement continu pour apporter des solutions innovantes qui répondent aux besoins de la communauté dermatologique », a déclaré Emmanuel Caeymaex, Executive Vice President Immunology Solutions and Head of US, UCB.

UCB partage des données d'analyses supplémentaires de l'étude de phase 3 BE VIVID évaluant l'effet du bimekizumab sur les zones ayant un impact fort sur la qualité de vie des patients atteints de psoriasis, le blanchiment complet de la peau à travers différentes données démographiques, l'expérience de traitement et l'impact du traitement par le bimekizumab sur la qualité de vie. Les résultats montrent :

- Un blanchiment complet du cuir chevelu, des ongles, de la paume des mains et de la plante des pieds a été observé chez une proportion plus élevée de patients traités par le bimekizumab atteints d'une forme modérée à sévère par rapport au comparateur de l'étude, Stelara® (ustekinumab) aux semaines 16 et 52<sup>2</sup>.
- Le bimekizumab a fourni des niveaux similaires de blanchiment complet de la peau, mesurés par la proportion de patients ayant obtenu une amélioration du *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI 100), jusqu'à un an chez les patients atteints d'une forme modérée à sévère quel que soit l'âge, le poids, la gravité initiale de la maladie, la durée de la maladie ou l'exposition antérieure au traitement.<sup>3</sup>
- Un blanchiment de la peau maintenu qui se traduit par une amélioration rapide et durable de la qualité de vie<sup>4</sup>. Un meilleur contrôle de la maladie a été observé chez les patients traités par le bimekizumab, par rapport à l'ustekinumab, se traduisant par une meilleure qualité de vie telle que mesurée par le *Dermatology Life Quality Index* (DLQI)<sup>4</sup>.

Après un an de traitement par le bimekizumab, près de 70% des patients ont atteint un blanchiment complet de la peau et n'ont signalé aucun impact du psoriasis sur leur qualité de vie, contre 40% avec l'ustekinumab<sup>4</sup>.

Parmi les autres résultats, sera présentée lors de la session virtuelle, une analyse de tolérance poolée à court et à long terme dans les essais cliniques de phase 2 et de phase 3 du bimekizumab chez des patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère. La majorité des événements indésirables liés au traitement (TEAEs) était considérés comme étant modérés à sévères et les arrêts de traitement liés à ces effets étaient faibles<sup>5</sup>. Les taux d'incidence ajustée en fonction de la durée d'exposition de ces TEAEs et les TEAEs d'intérêt n'ont pas augmenté avec la durée d'exposition au bimekizumab. La grande majorité des candidoses étaient orales, légères à modérées, et n'ont pas conduit à l'arrêt du traitement<sup>5</sup>.

UCB partage également des données sur la qualité de vie à long terme du psoriasis portant sur le certolizumab pegol. Les données des essais de phase 3 CIMPASI-1 et CIMPASI-2 montrent une amélioration rapide de la qualité de vie dès la semaine 8 chez les patients traités par le certolizumab pegol. Ces effets positifs du traitement étaient généralement maintenus jusqu'à la semaine 144<sup>6,7</sup>.

Afin de mieux comprendre les besoins non satisfaits des femmes en âge de procréer atteintes de psoriasis, UCB a mené une enquête sur les attitudes à l'égard de la planification familiale parmi ~ 600 (n = 573) femmes de 11 pays européens. Les résultats de l'enquête seront présentés, montrant que les personnes interrogées ont signalé un impact négatif considérable du psoriasis et/ou du rhumatisme psoriasique sur la planification familiale et la grossesse. Une grande proportion a également déclaré être insatisfaite de ses réseaux de soutien, mettant en évidence un besoin non satisfait dans cette population de patients<sup>8</sup>.

Les résultats d'une nouvelle enquête sur les aptitudes des dermatologues exerçant en Allemagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis sont également présentés. Ces résultats montrent que toute intervention permettant l'amélioration de la prise en charge comprend une éducation sur l'évaluation des risques, le traitement et la prise en charge des femmes en âge de procréer atteintes de maladies inflammatoires chroniques et le soutien à la décision médicale partagée<sup>9</sup>. Les résultats ont également montré que la décision médicale partagée était dans l'ensemble rare en raison d'un manque de connaissances et d'aptitudes<sup>9</sup>.

**Présentations de données UCB :****Présentations orales portant sur le bimekizumab :**

**Efficacité et tolérance du bimekizumab par rapport à l'adalimumab chez les patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère : résultats d'une étude de phase 3 multicentrique, randomisée, en double aveugle, contrôlée versus comparateur actif (BE SURE),** R. Warren, A. Blauvelt, J. Bagel, K. Papp, P. Yamauchi, A. Armstrong, R. Langley, V. Vanvoorden, L. Peterson, D. de Cuyper, N. Cross, K. Reich

**Efficacité du bimekizumab versus ustekinumab dans les sous-groupes de patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère : résultats de l'étude de phase 3 multicentrique, randomisée et en double aveugle BE VIVID,** B. Strober, J. Krueger, N. Magnolo, R. Vender, D. Toth, D. Thaçi, M. Wang, C. Cioffi, C. Madden, R. Warren

**Tolérance du bimekizumab chez les patients atteints de psoriasis modéré à sévère : analyse des données poolées des essais cliniques de phase 2 et 3,** K. Reich, A. Blauvelt, M. Lebwohl, K. Papp, P. Rich, B. Strober, D. de Cuyper, C. Madden, L. Peterson, V. Vanvoorden, R. Warren

**e-Posters portant sur le bimekizumab :**

**Bimekizumab pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère avec atteinte du cuir chevelu, des ongles et palmo-plantaire pendant 52 semaines : analyse post-hoc de l'essai de phase 3 BE VIVID,** K. Papp, M. Lebwohl, A. Gottlieb, M. Sebastian, R. Langley, Y. Okubo, M. Wang, C. Cioffi, F. Staelens, K. Reich

**Bimekizumab versus ustekinumab dans le psoriasis en plaques : une efficacité durable qui se traduit par une amélioration rapide et durable de la qualité de vie dans l'essai de phase 3 multicentrique, randomisé et en double aveugle BE VIVID,** K. Gordon, P. Foley, P. Rich, K. Duffin, A. Pinter, C. Griffiths, M. Wang, V. Vanvoorden, F. Staelens, V. Ciaravino, J. Merola

**e-Posters portant sur CIMZIA :**

**Amélioration à long terme de la qualité de vie chez les patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère traités par le certolizumab pegol : résultats des essais de phase 3 CIMPASI-1 et CIMPASI-2,** D. Thaçi, A. Blauvelt, K. Reich, R. Warren, V. Piguet, F. Brock, F. Fierens, V. Ciaravino, M. Lebwohl

**Maintenance du certolizumab pegol chez les patients atteints de psoriasis ou de polyarthrite rhumatoïde sur trois ans : analyse des données d'essais cliniques poolées,** A. Blauvelt, A. Gottlieb, K. Reich, Y. Tanaka, K. Winthrop, C. Popova, N. Tilt, V. Bykerk

**e-Poster sponsorisé par UCB :**

**Impact de la maladie psoriasique sur la planification familiale chez les femmes âgées de 18 à 45 ans : résultats d'une enquête multinationale menée dans 11 pays d'Europe,** S. McBride, M. Fagnoli, A. Fougousse, M. Bustinduy, L. Catton, L. Senturk, C. Ecoffet, J. Koren, A. Titalii

*Humira® est une marque déposée par AbbVie, Inc; Stelara® est une marque déposée par Johnson & Johnson.*

## À propos du Bimekizumab

Le bimekizumab est un anticorps IgG1 monoclonal humanisé expérimental qui neutralise sélectivement l'IL-17A et l'IL-17F, deux cytokines clés conduisant à des processus inflammatoires<sup>10</sup>. L'IL-17F joue un rôle complémentaire de l'IL-17A dans ce processus et conduit à une inflammation indépendamment de l'IL-17A<sup>11,12,13,14,15</sup>. L'inhibition sélective de l'IL-17F en complément de l'IL-17A supprime l'inflammation à un degré supérieur que l'inhibition de l'IL-17A seule<sup>14,15</sup>. La tolérance et l'efficacité du bimekizumab ont été évaluées dans le cadre de nombreuses pathologies avec un programme clinique robuste.

## À propos de CIMZIA® dans l'UE/EEE

Dans l'UE, CIMZIA®, en association au méthotrexate (MTX), est indiqué dans :

- le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) active, modérée à sévère, de l'adulte, lorsque la réponse aux traitements de fond (DMARDs), y compris le MTX, est inadéquate. CIMZIA peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au MTX ou lorsque la poursuite du traitement par le MTX est inadaptée.
- le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le MTX ou les autres traitements de fond (DMARDs).

Il a été montré que CIMZIA ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles, lorsqu'il est administré en association au MTX.

CIMZIA, en association au méthotrexate (MTX), est également indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif de l'adulte, lorsque la réponse aux traitements de fond (DMARDs) est inadéquate.

CIMZIA peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée.

CIMZIA est indiqué dans le traitement de la spondyloarthrite axiale active sévère de l'adulte, incluant :

- Spondylarthrite ankylosante (SA) (également appelée spondyloarthrite axiale radiographique)  
Spondylarthrite ankylosante active sévère de l'adulte en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Spondyloarthrite axiale sans signes radiographiques de SA (également appelée spondyloarthrite axiale non radiographique)  
Spondyloarthrite axiale active sévère de l'adulte sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et/ou un taux élevé de protéine C réactive (CRP), en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance aux AINS.

CIMZIA est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez les patients adultes qui nécessitent un traitement systémique.

## CIMZIA® (certolizumab pegol) UE/EEE\* Informations importantes sur la sécurité

CIMZIA® a été étudié chez 4 049 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans le cadre d'essais contrôlés et ouverts pendant une période allant jusqu'à 92 mois. Les effets indésirables les plus fréquemment signalés (1 à 10 %) lors des essais cliniques sur CIMZIA® et après sa commercialisation étaient des infections virales (incluant le zona, les infections à papillomavirus et la grippe), des infections bactériennes (incluant les abcès), des éruptions cutanées et des céphalées (incluant les migraines), l'asthénie, la leucopénie (incluant lymphopénie, neutropénie), des troubles des éosinophiles, douleurs (toutes localisations), pyrexie, anomalies sensorielles, hypertension, prurit (toutes localisations), hépatite (incluant une augmentation du taux d'enzymes hépatiques), réactions au point d'injection et nausées. Les effets indésirables graves comprennent la septicémie, les infections opportunistes, la tuberculose (y compris la tuberculose miliaire, disséminée et extrapulmonaire), le zona, les lymphomes, les leucémies, les tumeurs des organes solides, l'œdème angioneurotique, les cardiomyopathies (incluant l'insuffisance cardiaque), coronaropathies ischémiques, pancytopenie, hypercoagulation (incluant la thrombophlébite et l'embolie pulmonaire), accident vasculaire cérébral, vascularité, hépatite, hépatopathie (incluant la cirrhose) et insuffisance rénale, néphropathie (incluant la néphrite). La proportion de patients ayant interrompu le traitement en raison d'événements indésirables au cours des études contrôlées a été de 4,4% chez les patients traités par CIMZIA® et de 2,7% chez les patients recevant le placebo.

CIMZIA® a été initialement étudié chez 325 patients atteints de spondylarthrite axiale active (axSpA) dans le cadre d'une étude clinique d'une durée maximale de 4 ans comprenant une phase contrôlée versus placebo de 24 semaines suivie d'une période de 24 semaines en simple aveugle pour la dose et d'une période d'extension en ouvert de 156 semaines. CIMZIA® a ensuite été étudié chez 317 patients atteints de spondylarthrite axiale non radiographique dans le cadre d'une étude contrôlée versus placebo de 52 semaines (AS0006).

CIMZIA® a été étudié chez 409 patients atteints de rhumatisme psoriasique dans le cadre d'une étude clinique d'une durée maximale de 4 ans comprenant une phase contrôlée versus placebo de 24 semaines suivie d'une période de 24 semaines en simple aveugle pour la dose et d'une période d'extension en ouvert de 168 semaines.

Le profil de tolérance pour les patients atteints d'axSpA et de rhumatisme psoriasique traités avec CIMZIA® était cohérent avec le profil de tolérance observé dans la PR et lors de l'utilisation antérieure de CIMZIA®.

CIMZIA® a été étudié chez 1112 patients atteints de psoriasis dans des études contrôlées et en ouvert avec une durée maximale de suivi de 3 ans. Au cours du programme de phase III, les périodes initiale et d'entretien ont été suivies d'une période de traitement en ouvert de 96 semaines. Le profil de tolérance à long terme de CIMZIA® 400 mg toutes les 2 semaines et de CIMZIA® 200 mg toutes les 2 semaines était généralement similaire et cohérent à celui observé dans les études antérieures.

CIMZIA® est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, une tuberculose évolutive ou d'autres infections sévères telles que le sepsis ou les infections opportunistes, et une insuffisance cardiaque modérée à sévère.

Des infections graves incluant sepsis, tuberculose et infections opportunistes (par exemple histoplasme, nocardiose, candidose) ont été rapportées chez des patients recevant CIMZIA®. Certains de ces événements ont eu une issue fatale. Avant l'initiation du traitement par CIMZIA®, tous les patients doivent faire l'objet d'une recherche de tuberculose active ou inactive (latente). Si une tuberculose active est diagnostiquée avant ou pendant le traitement, CIMZIA® ne doit pas être initié ou doit être interrompu. Si une tuberculose latente est diagnostiquée, un traitement antituberculeux adapté doit être mis en œuvre avant de commencer le traitement par CIMZIA®.

Une réactivation de l'hépatite B s'est produite chez des patients recevant un antagoniste du TNF, dont CIMZIA®, qui sont des porteurs chroniques du virus (c'est-à-dire positifs à l'antigène de surface). Certains cas ont eu une issue fatale. Les patients doivent subir un test de dépistage de l'infection par le VHB avant d'initier un traitement par CIMZIA®.

Les porteurs du VHB qui nécessitent un traitement avec CIMZIA® doivent être étroitement surveillés et, en cas de réactivation du VHB, il convient d'arrêter le traitement avec CIMZIA® et de commencer un traitement antiviral efficace associé à un traitement complémentaire adapté.

Les anti-TNF, y compris CIMZIA®, peuvent augmenter le risque d'apparition ou d'exacerbation de symptômes cliniques et/ou de preuves radiographiques d'une maladie démyélinisante, incluant la sclérose en plaques ; la formation d'auto-anticorps et, peu fréquemment, le développement de symptômes évocateurs d'un syndrome lupique, de réactions d'hypersensibilité graves. Si un patient développe l'une de ces réactions indésirables, il convient d'arrêter CIMZIA® et de mettre en place un traitement approprié.

Dans l'état actuel des connaissances, un risque possible de développement de lymphomes, de leucémies ou d'autres tumeurs malignes chez les patients traités par un anti-TNF ne peut être exclu. De rares cas de troubles neurologiques, notamment des crises convulsives, des névrites et des neuropathies périphériques, ont été rapportés chez des patients traités par CIMZIA®.

Des effets indésirables du système hématologique, y compris une cytopénie médicalement significative, ont été rapportés avec CIMZIA®. Il doit être conseillé à tous les patients de consulter immédiatement un médecin s'ils présentent des signes et des symptômes évocateurs de troubles sanguins ou d'infection (par exemple, fièvre persistante, ecchymoses, saignements, pâleur) pendant leur traitement par CIMZIA®. L'arrêt du traitement par CIMZIA® doit être envisagé chez les patients présentant des anomalies hématologiques significatives confirmées.

L'utilisation de CIMZIA® en association avec l'anakinra ou l'abatacept n'est pas recommandée en raison d'un risque accru d'infections graves. En l'absence de données disponibles, CIMZIA® ne doit pas être administré en même temps que des vaccins vivants. La demi-vie de 14 jours de CIMZIA® doit être prise en considération si une intervention chirurgicale est programmée. Un patient qui doit subir une intervention chirurgicale sous CIMZIA® doit être étroitement surveillé afin de détecter toutes infections.

Veuillez consulter le résumé des caractéristiques du produit pour plus d'information sur les autres effets secondaires, le profil de sécurité complet et les informations relatives à la prescription.

Date de révision du RCP européen : Juillet 2020.

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cimzia-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cimzia-epar-product-information_en.pdf)

CIMZIA® est une marque déposée par UCB.

## A propos d'UCB

UCB, Bruxelles, Belgique ([www.ucb.com](http://www.ucb.com)) est une société biopharmaceutique mondiale qui se consacre à la recherche et au développement de médicaments innovants et de solutions permettant de transformer la vie de personnes atteintes de maladies graves en immunologie ou en neurologie. Employant plus de 7 600 personnes réparties dans environ 40 pays, UCB a généré un chiffre d'affaires de 4,9 milliards d'euros en 2019. UCB est cotée le marché Euronext Bruxelles.

Suivez-nous sur Twitter : @ UCB\_news.

## Références

- <sup>1</sup> Warren R, et al. Bimekizumab efficacy and safety versus adalimumab in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results from a multicentre, randomised, double-blinded active comparator-controlled phase 3 trial (BE SURE). Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>2</sup> Papp K, et al. Bimekizumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis with scalp, nail and palmoplantar involvement through 52 weeks: Post-hoc analysis from the BE VIVID phase 3 trial. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>3</sup> Strober B, et al. Bimekizumab versus ustekinumab efficacy across subgroups of patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results from the multicentre, randomised, double-blinded phase 3 BE VIVID trial. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>4</sup> Gordon K, et al. Bimekizumab versus ustekinumab in plaque psoriasis: Lasting efficacy translates to rapid and sustained improvements in quality of life in the BE VIVID multicentre, randomised, double-blinded phase 3 trial. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>5</sup> Reich K, et al. Bimekizumab safety in patients with moderate to severe psoriasis: Analysis of pooled data from phase 2 and 3 clinical trials. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>6</sup> Thaçi D, et al. Long-term improvements in health-related quality of life of patients with moderate to severe plaque psoriasis treated with certolizumab pegol: Results from the CIMPASI-1 and CIMPASI-2 phase 3 trials. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>7</sup> European Medicines Agency (EMA). Certolizumab pegol summary of product characteristics, July 2020: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cimzia-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cimzia-epar-product-information_en.pdf). Last accessed: October 2020.
- <sup>8</sup> McBride S, et al. Impact of Psoriatic Disease on Family Planning in Women Aged 18–45: Results from a Multinational Survey across 11 Countries in Europe. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>9</sup> Murray S, et al. Psoriasis, pregnancy, and shared decision making: Challenges experienced by dermatologists. Abstract to be presented at EADV 2020, 29-31 October.
- <sup>10</sup> Glatt S, Helmer E, Haier B, et al. First-in-human randomized study of bimekizumab, a humanized monoclonal antibody and selective dual inhibitor of IL-17A and IL-17F, in mild psoriasis. *Br J Clin Pharmacol*. 2017;83(5):991-1001.
- <sup>11</sup> Yang XO, Chang SH, Park H, et al. Regulation of inflammatory responses by IL-17F. *J Exp Med*. 2008;205(5):1063–1075.
- <sup>12</sup> Hymowitz SG, Filvaroff EH, Yin JP, et al. IL-17s adopt a cystine knot fold: structure and activity of a novel cytokine, IL-17F, and implications for receptor binding. *Embo J*. 2001;20(19):5332–5341.
- <sup>13</sup> van Baarsen LG, Lebre MC, van der Coelen D, et al. Heterogeneous expression pattern of interleukin 17A (IL-17A), IL-17F and their receptors in synovium of rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and osteoarthritis: possible explanation for nonresponse to anti-IL-17 therapy? *Arthritis Res Ther*. 2014;16(4):426.
- <sup>14</sup> Maroof A, Okoye R, Smallie T, et al. Bimekizumab dual inhibition of IL-17A and IL-17F provides evidence of IL-17F contribution to chronic inflammation in disease-relevant cells. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):213.
- <sup>15</sup> Glatt S, Baeten D, Baker T, et al. Dual IL-17A and IL-17F neutralisation by bimekizumab in psoriatic arthritis: evidence from preclinical experiments and a randomised placebo-controlled clinical trial that IL-17F contributes to human chronic tissue inflammation. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(4):523-532.