MODULE 5 DERMATOLOGIE - ENSEIGNEMENT ALLERGOLOGIE AURA

DERMATITE ATOPIQUE

Pr Audrey NOSBAUM (PU-PH)

Service d'Allergologie et Immunologie Clinique, Centre Hospitalier Lyon-Sud

Université Claude Bernard Lyon 1

INSERM U1111, Centre International de Recherche en Infectiologie – CIRI

audrey.nosbaum@chu-lyon.fr

Liens d'intérêts

- **Recherche clinique** : Sanofi Regeneron, Pierre Fabre, Janssen Cilag, Celgene, Lilly, Leo Pharma, Galderma, Abbvie, Leo Pharma
- **Expertise**: Sanofi Regeneron, Pierre Fabre, Novartis, Galderma, Pfizer, Abbvie, Lilly, Leo Pharma, Medac
- **Formation**: Sanofi Regeneron, Novartis, Abbvie, Pierre Fabre, Lilly, Medac

La dermatite atopique (DA)

1. Introduction & épidémiologie
2. Physiopathologie – La marche atopique et dysbiose cutanée
3. Diagnostic
4. Prise en charge thérapeutique
5. Les points importants

Dermatite atopique (DA): points importants

1. **Dermatose inflammatoire chronique fréquente** touchant 10% des enfants et 4% des adultes en France

2. La dermatite atopique n'est pas une maladie allergique. Elle est due à une **défaut de barrière cutanée** favorisant une **inflammation de type 2**

3. Sa prise en charge est **clinique** et c'est **une priorité thérapeutique**

4. Les **émollients** sont la base du traitement, associés aux **dermocorticoides**

5. Avec l'arrivée des **biothérapies dans la DA**, une révolution thérapeutique est arrivée.

1. INTRODUCTION SUR LES ECZEMAS

L’eczéma, toute cause confondue, est le motif n° 1 de consultation en dermatologie en France, avant l’acné

Résultats Etude Objectif Peau 2016

Dermatite atopique (DA) - Enfants

Dermatite atopique (DA)

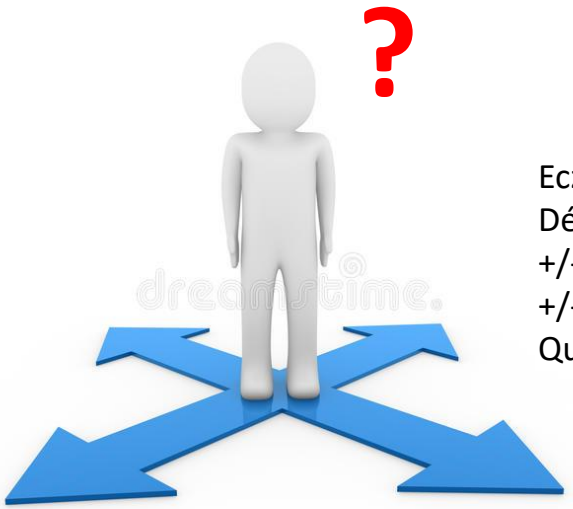
Dermatite atopique (DA) - Adultes

Photos A. Nosbaum

Mon expérience du parcours du patient Eczéma

Adressé par
- son médecin traitant
- Son dermatologue
- Son allergologue
- Son pneumologue
- etc

Ou spontanément



Eczéma léger à sévère
Délai +/- long
+/- Grandes espérances
+/- Réticence pour l'hôpital
Quasi jamais de systémique

Patient DA

Service d'Allergologie et Immunologie Clinique CHLS

Mon expérience du parcours du patient Eczéma

ETP DA

RCP Allergo

Journée Eczéma

Formations, communication, valorisation

Semaine HDJ DA

Recherche clinique LYREC

Consultations DA

Recherche INSERM

CS conjointes HFME

Biothérapies, petites molécules

Groupes de travail

Patient DA

Création Centre Expert Eczéma AURA 2016

GA²LEN
Global Allergy and Asthma European Network
Network of Excellence

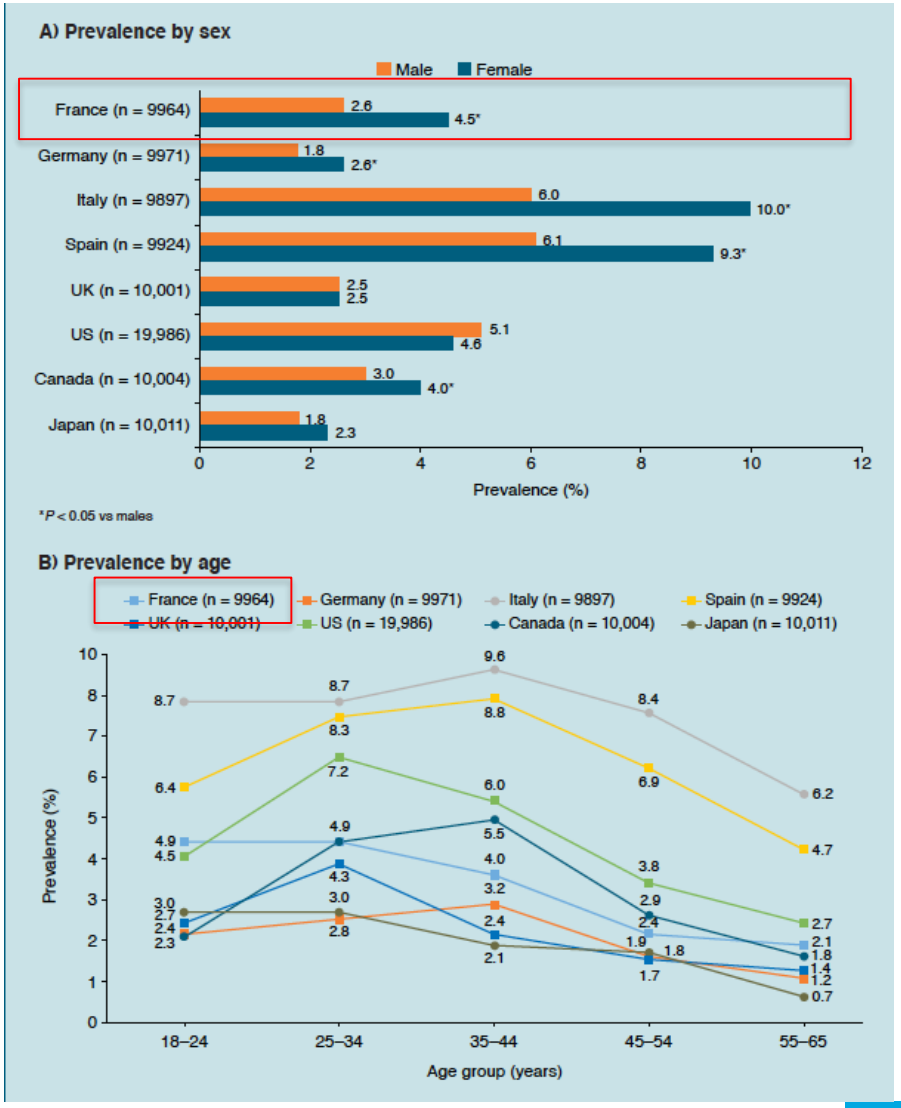
Centre Expert Eczéma AURA

- 1200 patients/an
- Adultes & enfants
- Essais cliniques (phases I à IV)

→ **Labellisation GA²LEN (2018)**

1. Epidémiologie de la DA

- **Enfants : 10,0%**
- **Adultes: 3,6%-4,6%**
  - DA légère: 45%
  - DA modérée: 45%
  - DA sévère: 10%
  - Femmes > Hommes
  - Décroissance avec l'âge



Barbarot et al. 26th EADV 2017, Geneva
SFD. Etude Objectif Peau 2016

Histoire naturelle de la DA

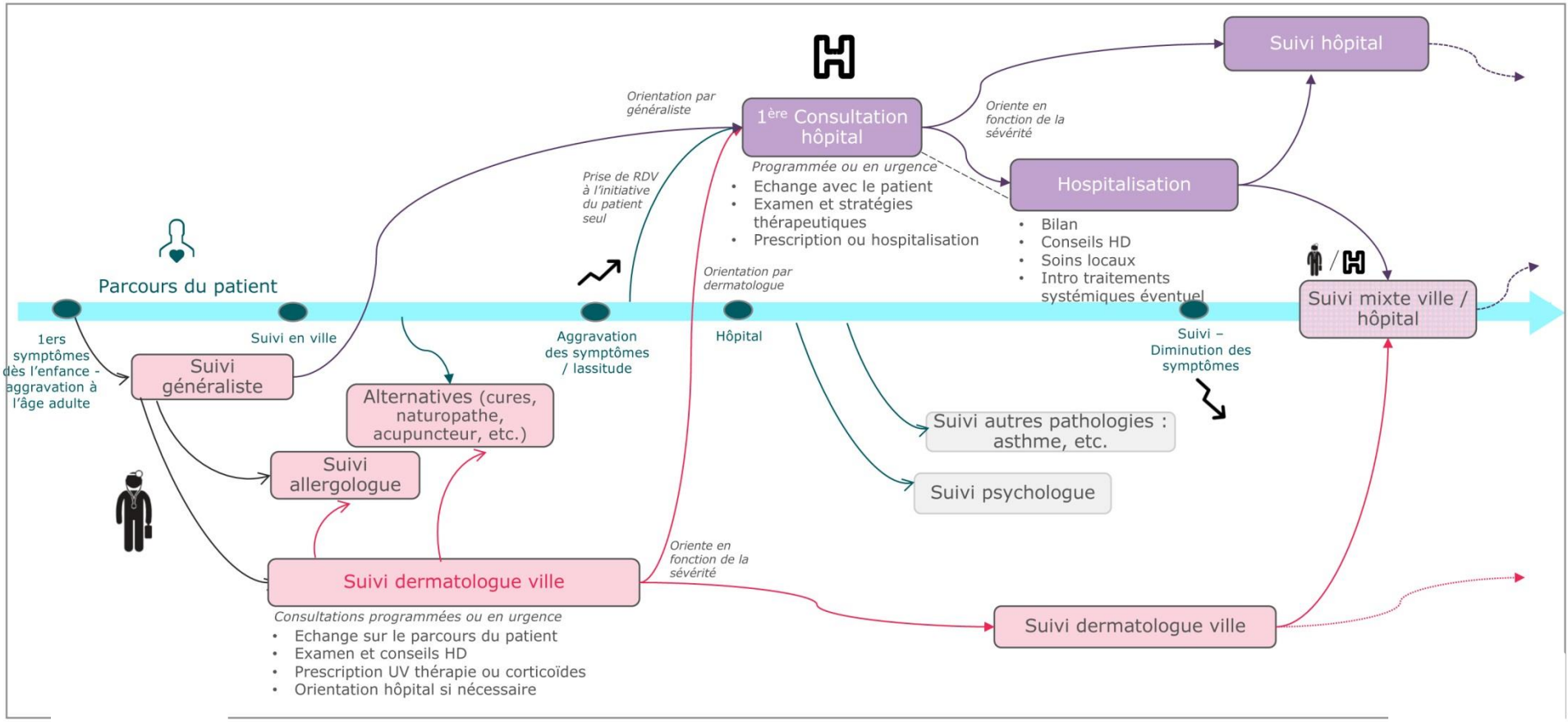
Table 1 Classification of the different subgroups and course types of AD are summarized. Frequencies of the different course types within the cohort of patients with AD are shown

Courses type of AD	infantile phase 0-2 years	childhood phase 2-6 years	juvenile phase 6-14 years	adolescent phase 14-20 years	adult phase >20 years	Number of patients (n)	Percentage of patients
Subgroup I: Start of AD between birth and 2nd year of life							
1						0	0%
2						2	0.33%
3						2	0.33%
4						1	0.16%
5						**189**	**31.14%**
6						1	0.16%
7						0	0%
8						4	0.66%
9						0	0%
10						7	1.15%
11						8	1.32%
12						0	0%
13						0	0%
14						15	2.47%
15						6	0.99%
16						13	2.14%
Subgroup II: Start of AD between 2nd and 6th year of life							
17						1	0.16%
18						0	0%
19						0	0%
20						**84**	**13.84%**
21						0	0%
22						7	1.15%
23						6	0.99%
24						3	0.49%
Subgroup III: Start of AD between birth and 6th and the 14th year of life							
25						0	0%
26						0	0%
27						**58**	**9.56%**
28						9	1.48%
Subgroup IV: Start of AD between 14th and the 20th year of life							
29						2	0.33%
30						**77**	**12.69%**
Subgroup V: Start of AD after the 20th year of life							
31						**112**	**18.45%**

Ce n'est pas qu'une maladie pédiatrique: 30% des DA surviennent après l'âge de 14 ans

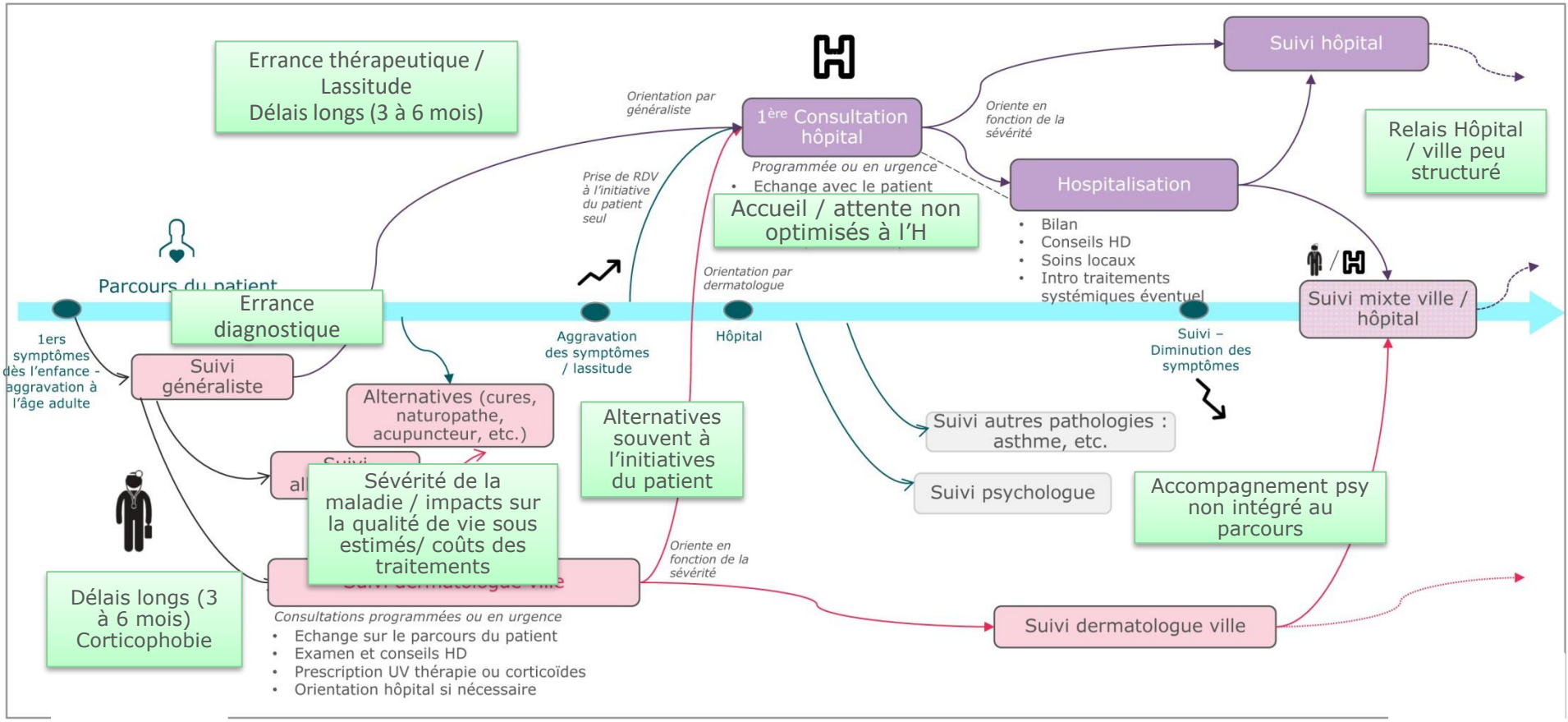
Garmhausen et al. Allergy 2012

Le parcours d'un patient adulte atteint de DA sévère



Parcours patient « type » réalisé à partir des témoignages de 5 patients atteints de DA sévère

Le parcours d'un patient adulte atteint de DA sévère



Les points de rupture

Parcours patient « type » réalisé à partir des témoignages de 5 patients atteints de DA sévère

Défis pour améliorer le parcours de soins de la DA

1. Donner le bon diagnostic “DA”
2. Etre à l’aise pour expliquer les mécanismes de la maladie et justifier les traitements
3. Considérer l’impact de la DA sur la qualité de vie
4. Identifier les cas sévères
5. Préparer aux soins locaux: émollients et anti-inflammatoires
6. Connaître et utiliser l’algorithme thérapeutique de la DA

Poyer et al. Rev Franç Allergol 2021

2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DA

L'eczéma est un symptôme

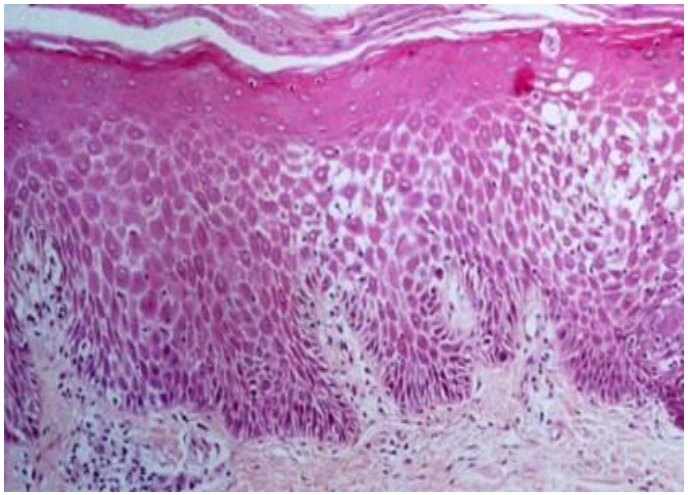
Du grec *ekzein,* bouillonner, bouillant

4 phases cliniques

1. Phase érythémateuse
2. Phase vésiculeuse
3. Phase suintante
4. Phase desquamative : guérison sans cicatrice

Le prurit est constant +++

Description histologique



Dans l'épiderme +++

- Spongiose, exocytose, **apoptose kératinocytaire**

Dans le derme superficiel

- Oedème et infiltrat périvasculaire polymorphe

Plusieurs maladies cutanées
avec une définition anatomoclinique commune

Les eczémas :
3 principales dermatoses inflammatoires

Eczémas

Facteur « interne »

Dermatite atopique

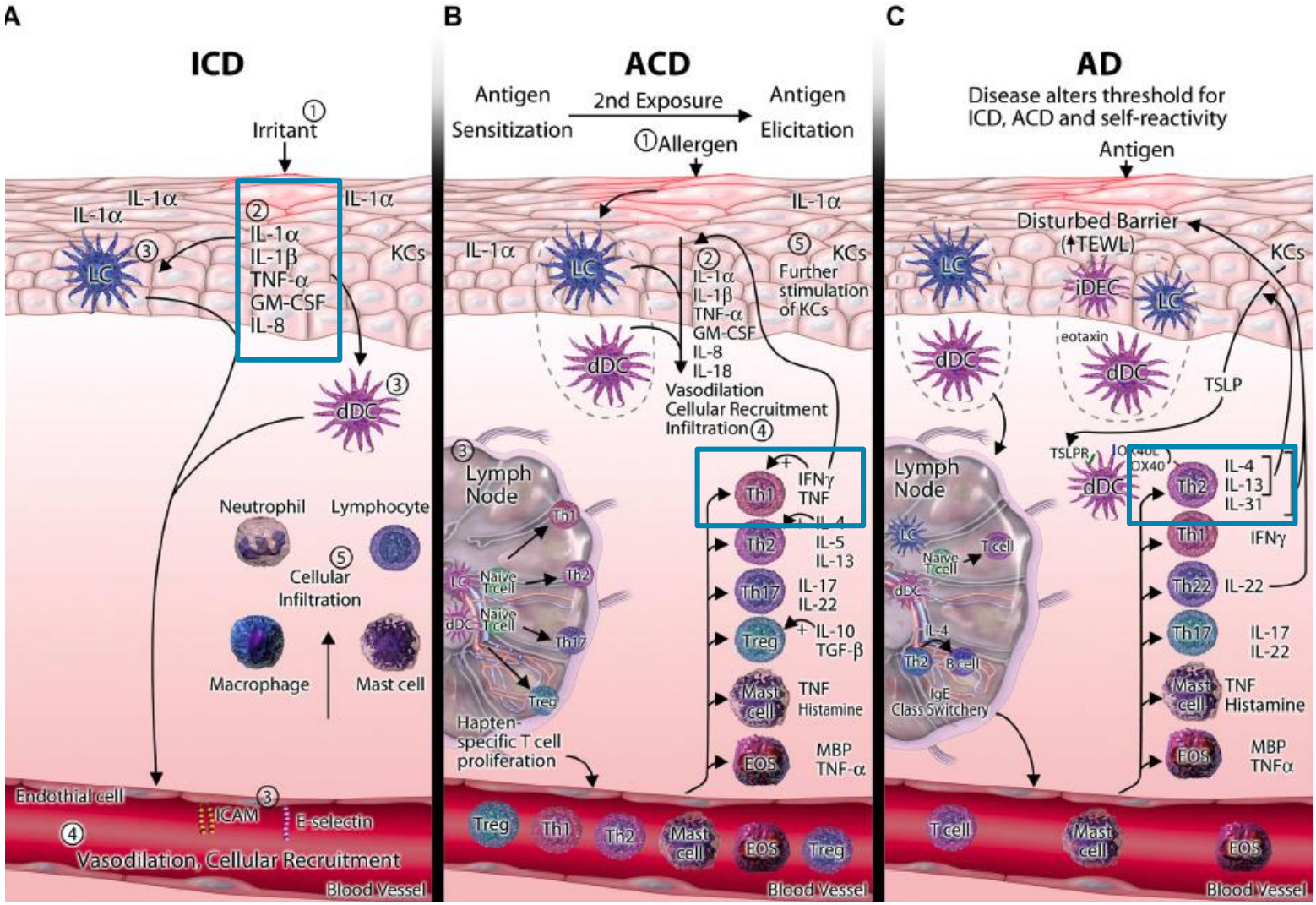
Facteur « externe »

Eczéma de contact

Eczéma de contact allergique

Eczéma de contact irritatif

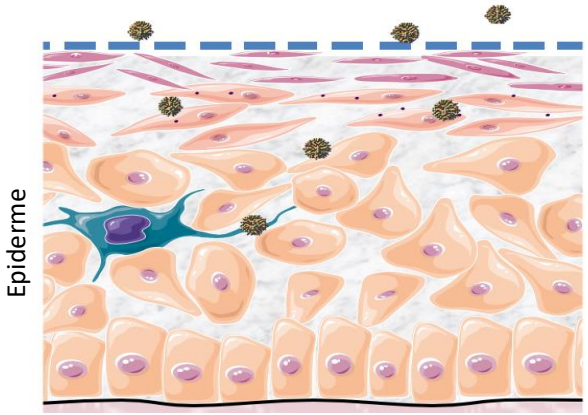
Les eczémas :
3 principales dermatoses inflammatoires

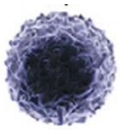


Inflammation innée | Inflammation type 1 | Inflammation type 2

Physiopathologie de la DA

Allergènes, bactéries, chimiques, polluants





Lymphocytes

Physiopathologie de la DA

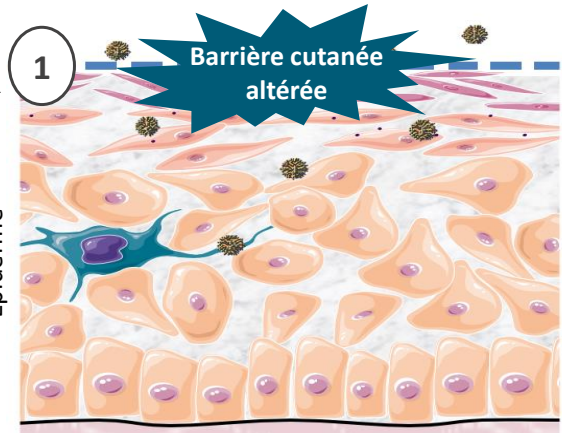
Peau de DA

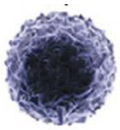
Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

D'origine génétique (30%)
et/ou environnementale (70%):

- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc

Allergènes, bactéries, chimiques, polluants





Lymphocytes

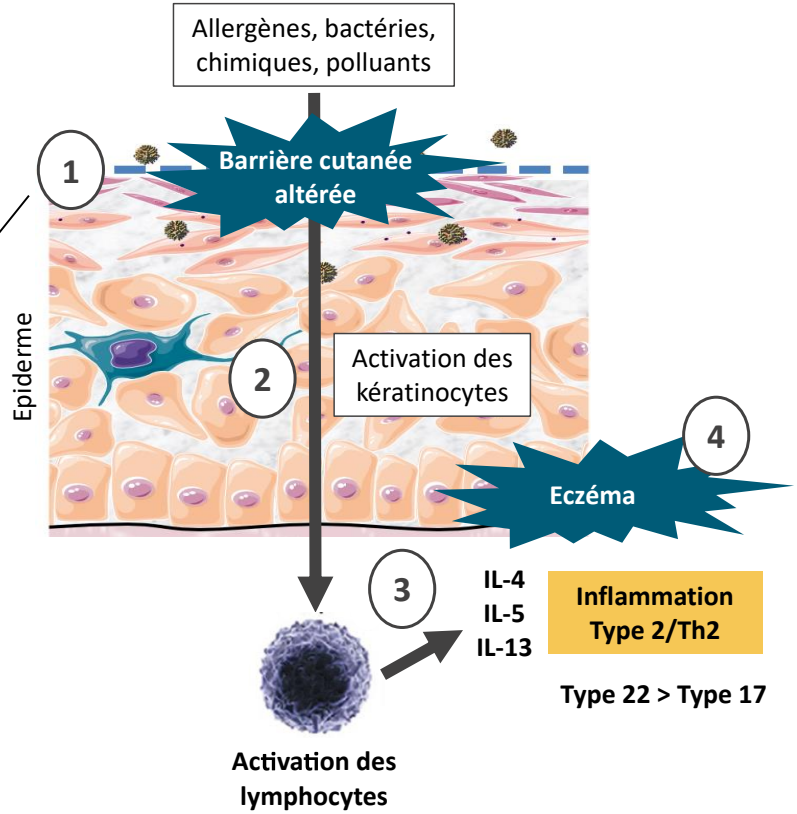
Physiopathologie de la DA

Peau de DA

Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

D'origine génétique (30%) et/ou environnementale (70%):

- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc

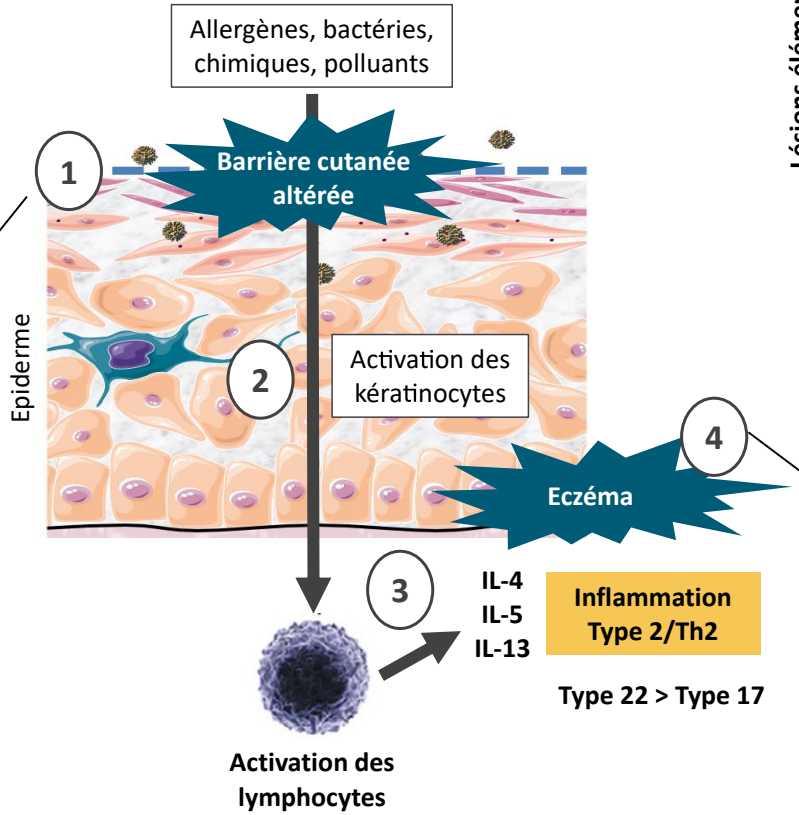


Physiopathologie de la DA

Peau de DA

Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

D'origine génétique (30%) et/ou environnementale (70%):
- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc



Lésions élémentaires

13

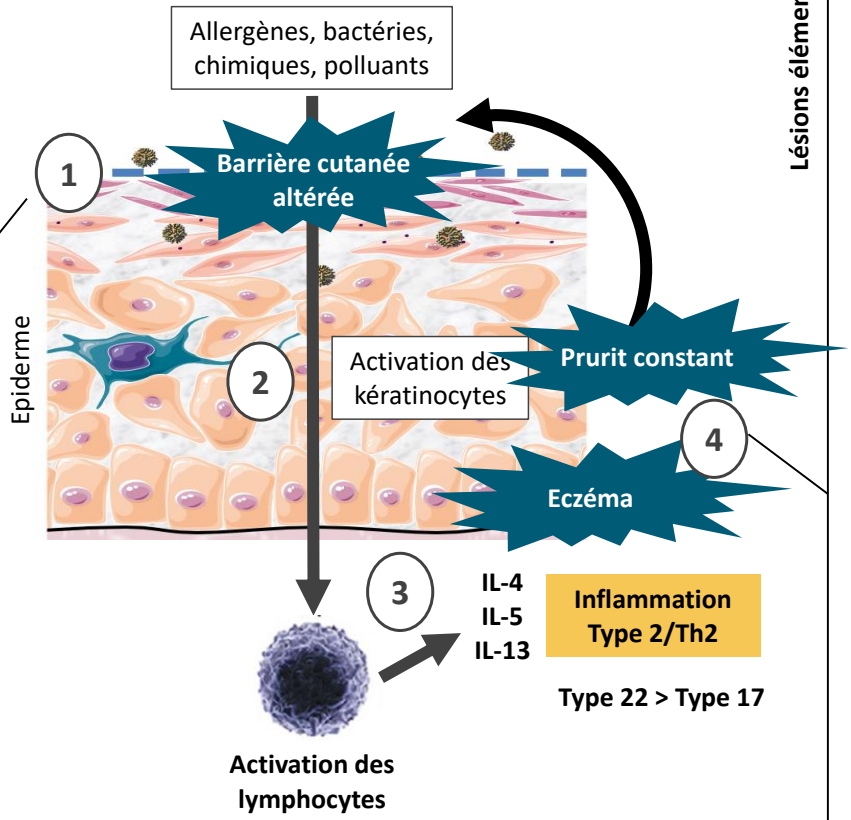
Physiopathologie de la DA

Peau de DA

Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

D'origine génétique (30%) et/ou environnementale (70%):

- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc



Lésions élémentaires

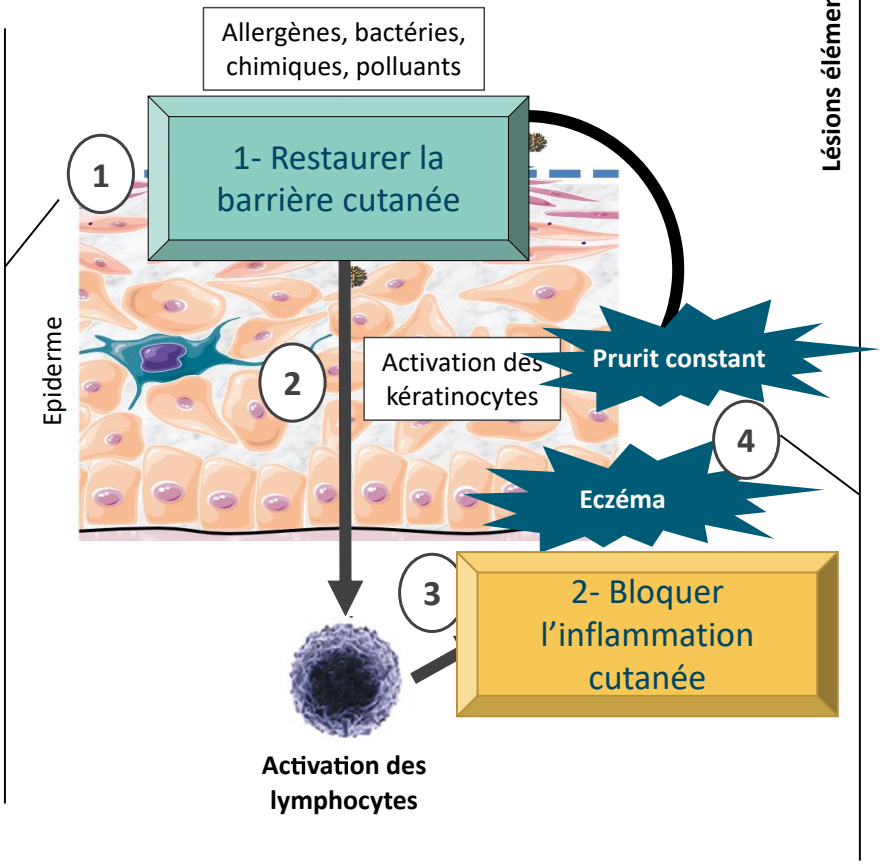
Physiopathologie de la DA

→ 2 OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

Peau de DA

Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

D'origine génétique (30%)
et/ou environnementale (70%):
- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc



Lésions élémentaires

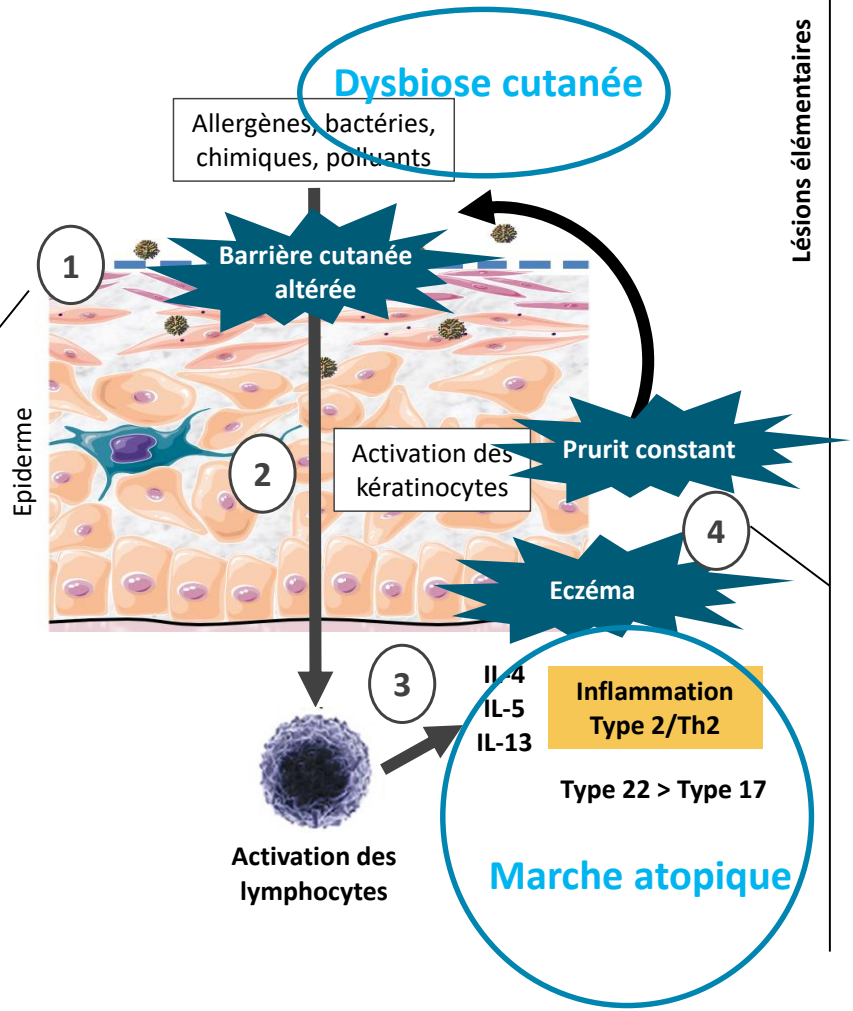
15

Physiopathologie de la DA

Peau de DA

Sèche = XEROSE
PERMEABLE aux molécules de l'environnement

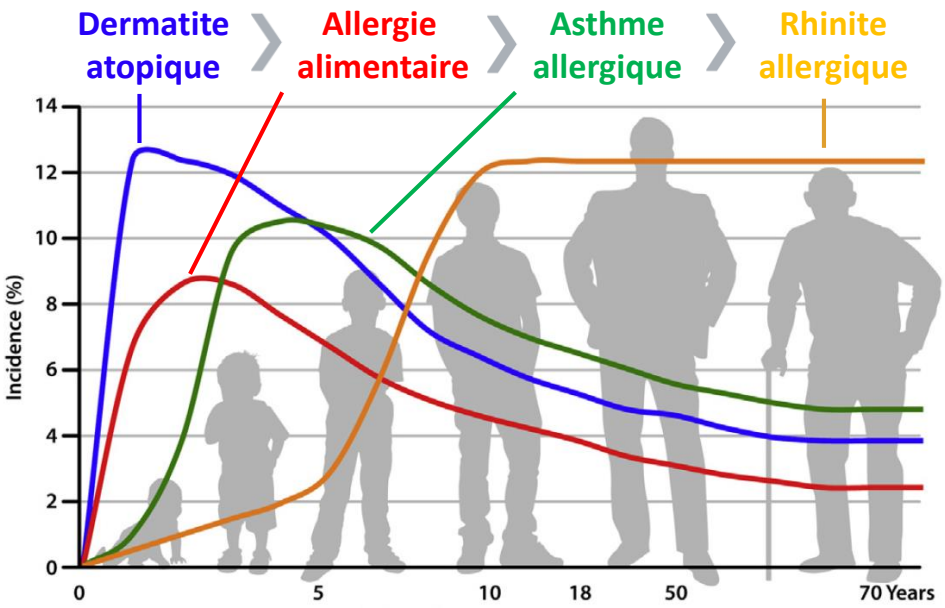
D'origine génétique (30%)
et/ou environnementale (70%):
- Exposition aux polluants, produits cosmétiques détergents
- Hygiène excessive, etc



La marche atopique

DA = **mode d'entrée dans la marche atopique**

- Car l'immunisation contre les molécules de l'environnement se fait par voie cutanée

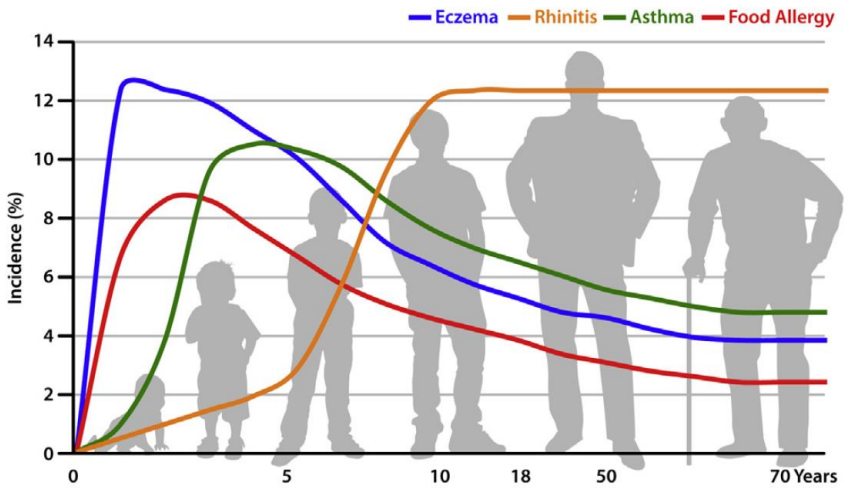


Traiter la DA est une priorité
pour éviter l'apparition des autres maladies atopiques

Czarnowicki et al. JACI 2017

Comorbidités atopiques et « marche atopique »

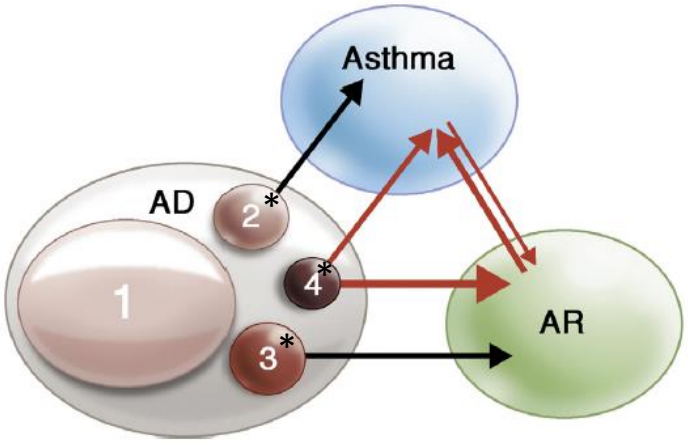
Association évolutive de pathologies atopiques



Czarnowicki et al. JACI 2017
Paller et al. JACI 2019

De la “marche atopique” aux trajectoires atopiques

De la DA aux autres pathologies inflammatoires type 2



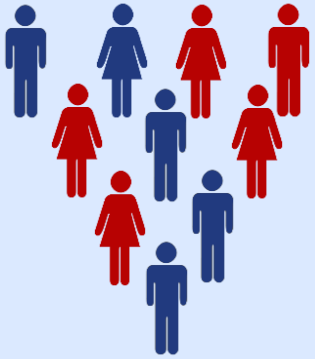
* DA plus sévères et persistantes
+/- sensibilisations précoces
+/- ATCD familiaux d’atopie

Les comorbidités atopiques
Les chiffres dans la littérature

- 15-18% des DA ont une allergie alimentaire
- 33-40% des DA ont un asthme
  - 10% des DA ont une HRB infra-clinique (Gauthier, Nosbaum et al. In preparation)
  - Risque augmenté si DA sévère et multiples sensibilisations (donc si barriere cutanée altérée)
- 50% des DA ont une rhinite allergique
- 15-30 % ont une atteinte oculaire

Czarnowicki et al. JACI 2017

AD inpatients



Mean Age 36.0 yr

Systematic examination

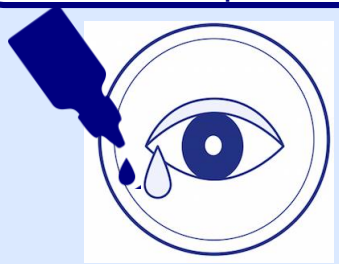
Ocular diseases	Prevalence	**Asthma**
85%	In all AD patients	**52%**
13 %	In asymptomatic AD patients	**7%**

Level of asthma control and therapeutic intervention in asthmatics

66.0% are partially or uncontrolled

45.0% require an increased therapeutic intervention

Risk for steroid-related ocular complications



Related to steroid-containing eye drops rather than topical corticosteroids

Gauthier & Nosbaum et al. JACI In Pract. In preparation

Valeille & Nosbaum et al. Dermatitis 2024

Title: Prevalence, nature, and severity of atopic diseases in adult patients with atopic dermatitis: a cohort study

Capsule summary:

- When AD is severe in childhood the association between atopic dermatitis (AD) and atopic conditions is well established.
- We found out that it is not the case in adult patients where comorbidities are regularly associated with AD, but regardless of its severity.
- Multidisciplinary systematic assessment should be performed in adults.

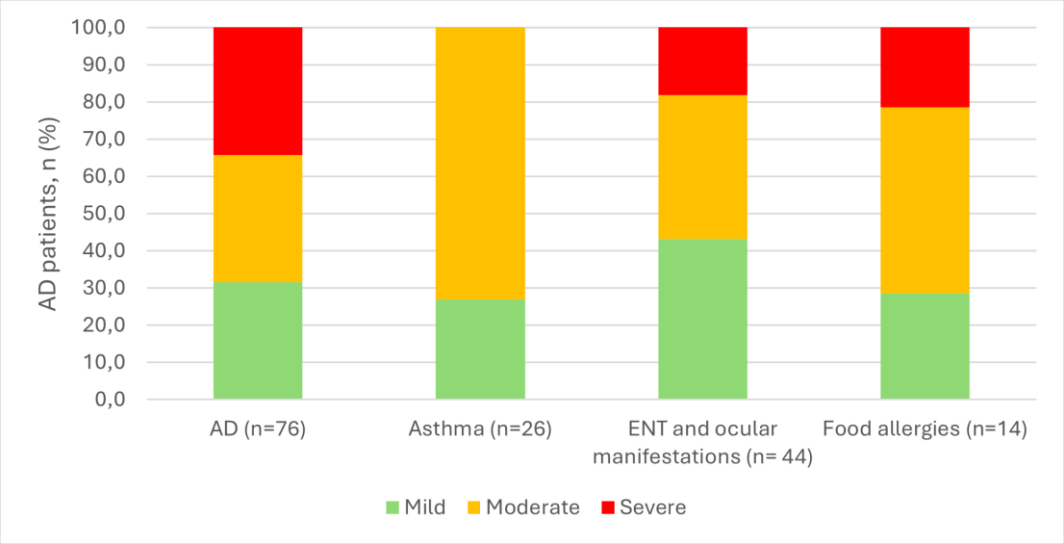


Figure 2: Impact of atopic diseases on quality of life

Marhrous & Fieux, Nosbaum. JAAD submitted

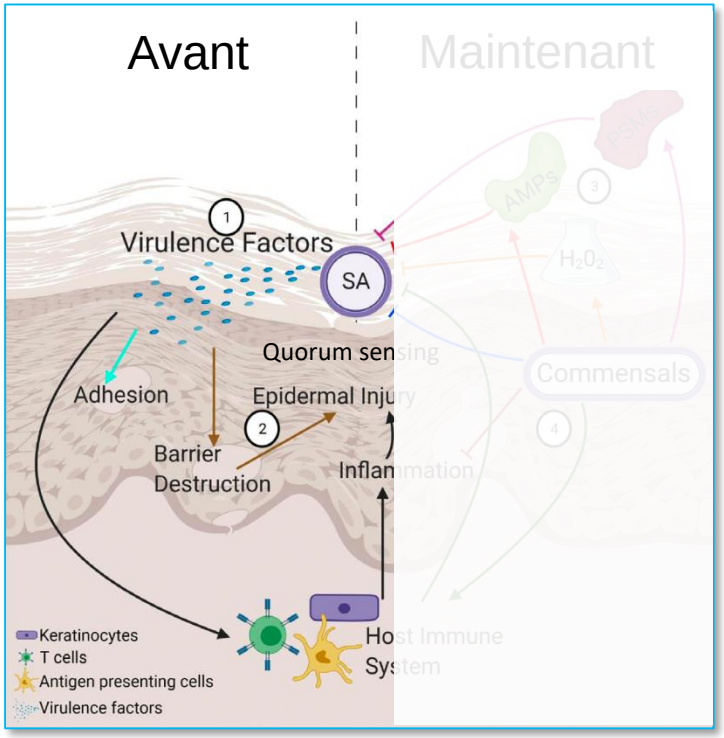
Modulation de la dysbiose

Dysbiose cutanée dans la dermatite atopique (DA)

- **Rôle prépondérant du *Staphylococcus aureus* (SA)**
  - Abondance très augmentée : jusqu'à 100 fois plus qu'une peau normale
  - Déficit en certaines bactéries commensales, incl. *Staphylococcus* coagulase négative (ConS)

- **Contrôle de SA par les bactéries commensales**
  - Limitation de la prolifération de SA et de sa production de facteurs de virulence -> But = éliminer SA

- **Via plusieurs moyens**
  - Production de peptides antimicrobiens (« AMPs »), de PSMs (inhibition prolifération), de H2O2
  - Inhibition du quorum sensing de SA (= système d'autorégulation de la prolifération et des facteurs de virulence) par production d'auto inducing peptides (AIP)

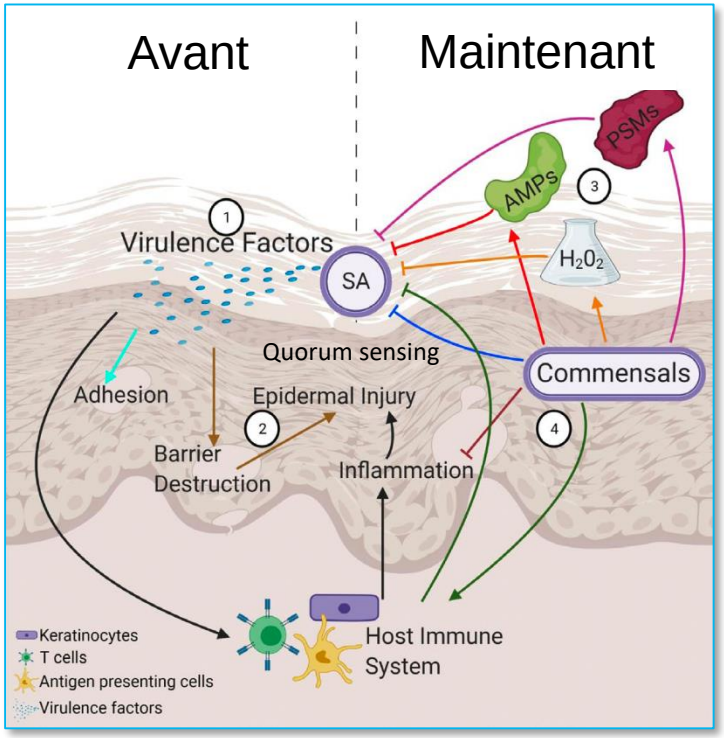


JDP 2021 - D'après Hwang et al. Exp Dermatol 2021, Naktsuji et al. Nat Med 2021

Modulation de la dysbiose

Dysbiose cutanée dans la dermatite atopique (DA)

- **Rôle prépondérant du *Staphylococcus aureus* (SA)**
  - Abondance très augmentée : jusqu'à 100 x plus qu'une peau normale
  - Déficit en certaines bactéries commensales, incl. *Staphylococcus* coagulase négative (ConS)
- **Contrôle de SA par les bactéries commensales**
  - Limitation de la prolifération de SA et de sa production de facteurs de virulence → but = éliminer SA
- **Via plusieurs moyens**
  - Production de peptides antimicrobiens ("AMPs"), de PSMs (inhibition prolifération), de H2O2
  - Inhibition du quorum sensing de SA (= système d'autorégulation de la prolifération et des facteurs de virulence) par production d'auto inducing peptides (AIP)



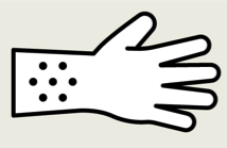
JDP 2021 - D'après Hwang et al. Exp Dermatol 2021, Naktsuji et al. Nat Med 2021

Modulation de la dysbiose

RCT : bactériothérapie avec les bactéries commensales (CoNS) autologues du patient pour traiter le *Staphylococcus aureus* dans la DA

POPULATION

4 hommes, 7 femmes



Adultes DA moédéré à sévères avec une culture positive pour *S. aureus*

Age Médian : 26,7 ans (de 18 à 57 ans)

INTERVENTION

11 patients analysés, traités 7 jours, × 2/j

5 Treatment actif
Lotion contenant le propre CoNS du patient, pouvant éliminer *S. aureus*

6 Controles
Lotion containing equal amount of saline

LIEU DE LA RECHERCHE

1 CHU
San Diego, Californie

OBJECTIF PRIMAIRE

Abondance de *S. aureus* après 1 semaines, évaluée par séquençage ARN 16S ribosomal

OBJECTIF SECONDAIRE

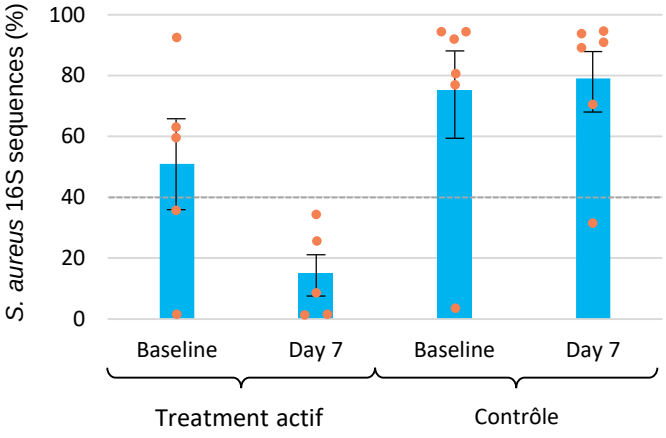
Amélioration du score EASI local

JDP 2021 - D'après Naktsuji et al. JAMA Dermatol 2021

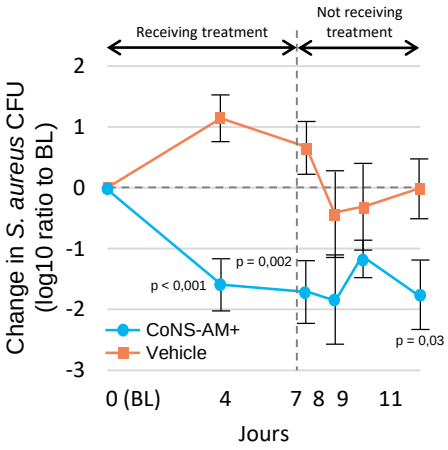
Modulation de la dysbiose

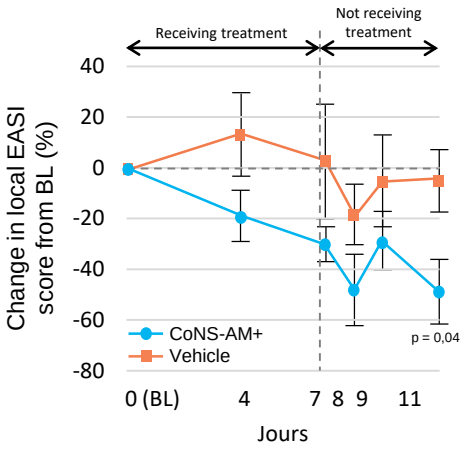
Résultats

- **Quantité de SA**
  Comparés aux contrôles, les participants appliquant des *Staphylococcus* CoNS avaient une réduction significative de la quantité de *S. aureus* en peau lésionelle à jour 7



- **Survie de SA et efficacité clinique**
  7 jours de traitement avec un produit contenant CoNS autologues (CoNS) inhibe la survie de SA et améliore significativement l'état cutané des patients porteurs de DA





JDP 2021 - D'après Naktsuji et al. JAMA Dermatol 2021

Modulation de la dysbiose

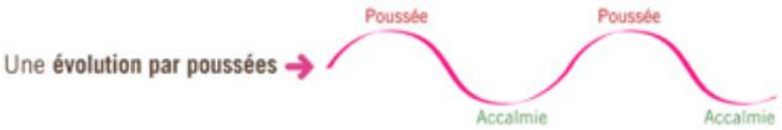
- Preuve de l'efficacité d'une bactériothérapie autologue dans la DA
  - Quid des applications à long terme et faisabilité à large échelle ?
- Dans la DA, l'objectif n'est pas de détruire tous les staphylocoques
  - Des espèces sont protectrices, d'autres pathogènes
- Développement de nouvelles stratégies thérapeutiques sélectives (clinicalTrials.gov)
  - Inhibition de la production des facteurs de virulence
  - Autres bactériothérapies orales ou topiques

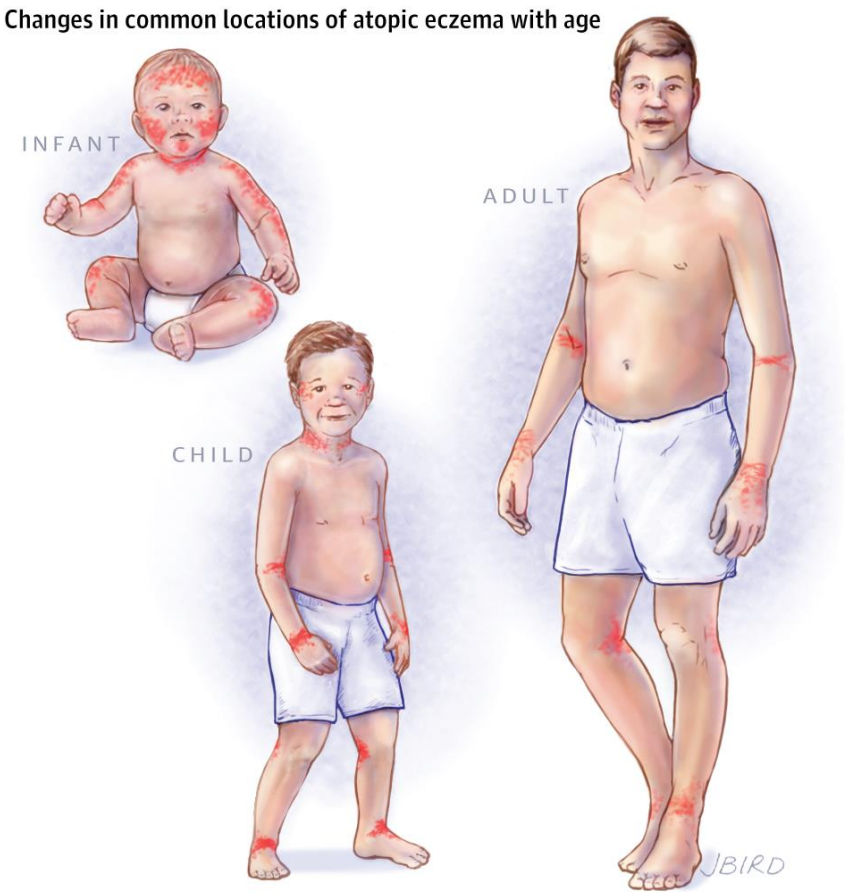
Stratégie et administration	Agent/compagnie	Phase de développement clinique dans la DA
Souches bactériennes - topique	B244 (AOBiome)	IIIb
	S*h*A9 (NIAID)	I/IIa
	FB-401 (Forte Biosciences)	IIb
Petites molecules - topique	CLS-001/omiganan (Cutaneous Life Sciences)	II
	ATx201/niclosamide (Union Therapeutics)	II
Souches bactériennes - oral	EDP1815 (Evelo)	Ib
	STMC-103H (Siolta therapeutics)	Ib

Bieber et al. JACI 2021 ; Nakatsuji et al. Sci Transl Med 2017 ; Nakatsuji et al. JID 2018 ; Paller et al. JACI 2019 ; Matthias et al. Sci Transl Med 2019 ; Williams et al. Sci Transl Med 2019 ; Nakatsuji et al. Nature Med 2021

3. DIAGNOSTIC DE DA

3. Le diagnostic de DA est clinique





<u>Critère obligatoire :</u> dermatose prurigineuse associée à au moins 3 des critères suivants:

1. Antécédent personnel ou familial d'atopie
2. Début < 2 ans
3. Antécédents de lésions des convexités chez le nourrisson
4. Eczéma des grands <u>plis</u> chez l'enfant
5. Antécédents de peau sèche généralisée (xérose)

Atopie = asthme, rhinite allergique, DA

Familial = chez un parent au 1er degré

70% des DA de l'enfant disparaissent avant l'âge de 10 ans

DIAGNOSTIQUER UNE DA

- <u>Pas d'examen complémentaire</u>
- Pas de bilan allergologique en 1ère intention

- Prurit féroce = perte de sommeil
- Impact majeur sur la qualité de vie

Conséquences:

- Adulte : anxiété, dépression
- Enfant : troubles de l'attention, hyperactivité

Examinez la peau des enfants hyperactifs!

Diagnostics différentiels de la DA

- Le diagnostic de DA **est plus facile quand la maladie a débuté dans l'enfance**

- **En cas de DA acquise tardivement :**
  - Gale
  - Lymphome cutané T épidermotrope
  - Psoriasis atypique
  - Toxidermie eczématiforme
  - Eczéma de contact (surtout si localisation atypique: mains, pieds…)

- **Devant un eczéma chronique du visage :**
  - Dermite séborrhéique
  - Psoriasis
  - Dermatomyosite
  - Eczéma de contact

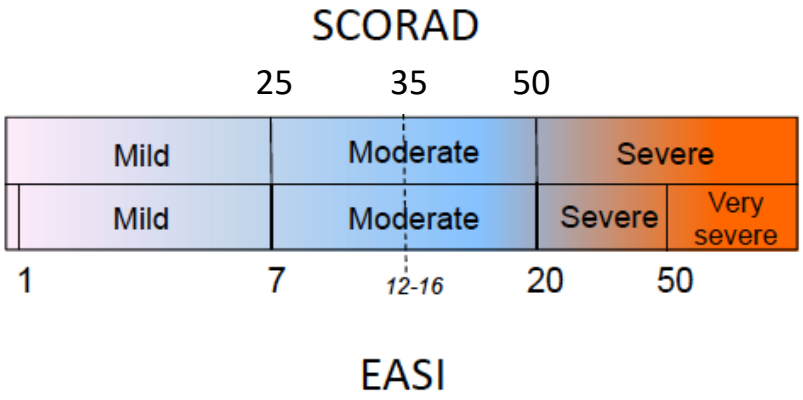
- **Très rarement,** l'eczéma est une manifestation d'un syndrome plus complexe :
  - Déficit immunitaire primitif
  - Syndrome de Netherton

Qu'est-ce qu'une DA modérée à sévère?

→L'évaluation de la sévérité est clinique (scores SCORAD, EASI, DLQI)

Une DA est modérée à sévère si :

- Intensité et/ou étendue importante



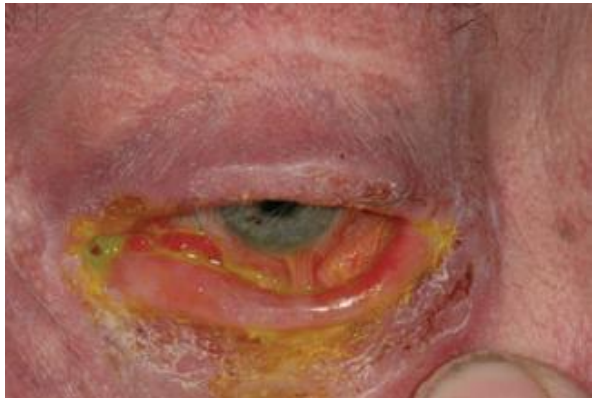
- Réfractaire au traitement local bien conduit

La DA sévère isole et stigmatise

Barbarot *et al. 26th EADV 2017, Geneva*
Bieber *et al. J Allergy Clin Immunol. 2017*

Particularités de la DA modérée à sévère chez l'adulte

- <u>En terme de symptômes</u>
  - Eczéma sévère des mains
  - Blépharoconjonctivite chronique
  - Prurit intense insomniant
  - Association à l'asthme



- <u>Risque plus élevé de problèmes psychiatriques</u>
  - Dépression
  - Anxiété
- <u>Risque plus élevé de comorbidités cardio-vasculaires ?</u>

>50% des DA sont modérées à sévères chez l'adulte
→ « Défi thérapeutique »
autant pour les exacerbations que pour le traitement de fond

De Bruin-Weller *et al. Clin & Exp Allergy 2013*
Kim *et al. Medicine 2015*
Silverberg *et al. J Invest Dermatol 2015*

LEGERE (45% des DA)	MODEREE (45% des DA)	SEVERE (10% des DA)

La dermatite atopique sévère isole et fait souffrir

Démangeaisons

Sommeil perturbé

Maladies associées

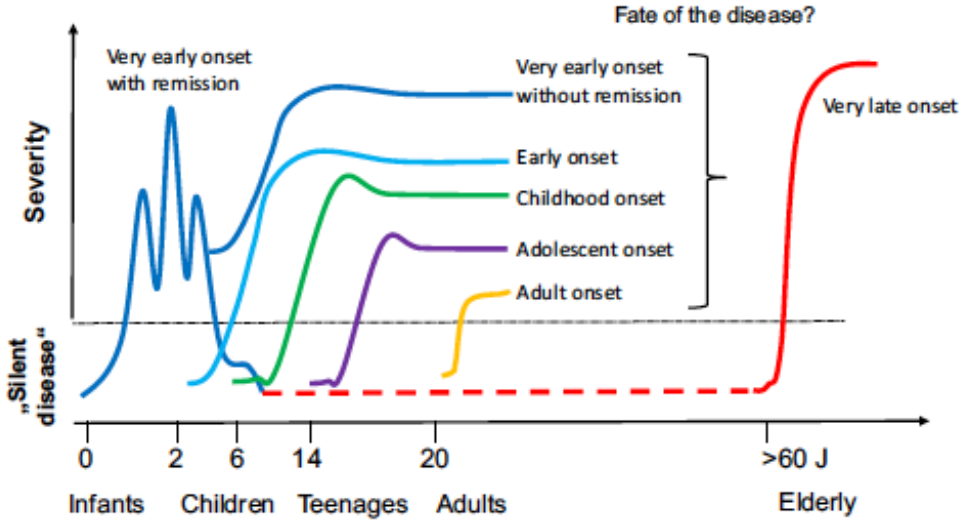
Anxiété et dépression

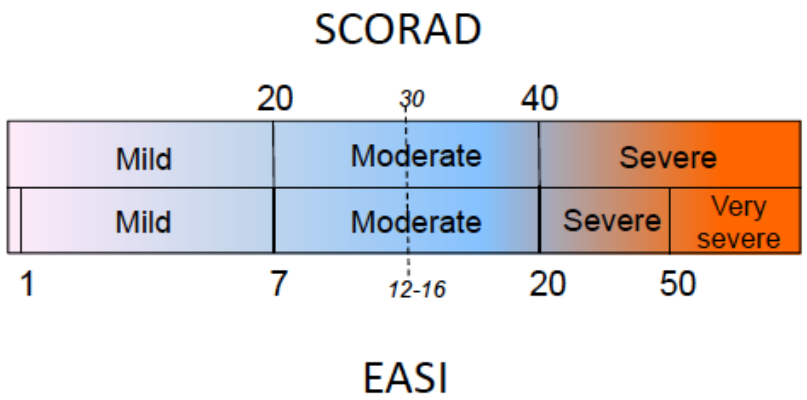
Vie professionnelle / Études

Relations affectives

Les phénotypes cliniques de DA

- Différentes stratifications cliniques en fonction:
  - De l'âge
  - De la sévérité
  - De l'âge de début
  - De l'origine ethnique
  - Des sensibilisations





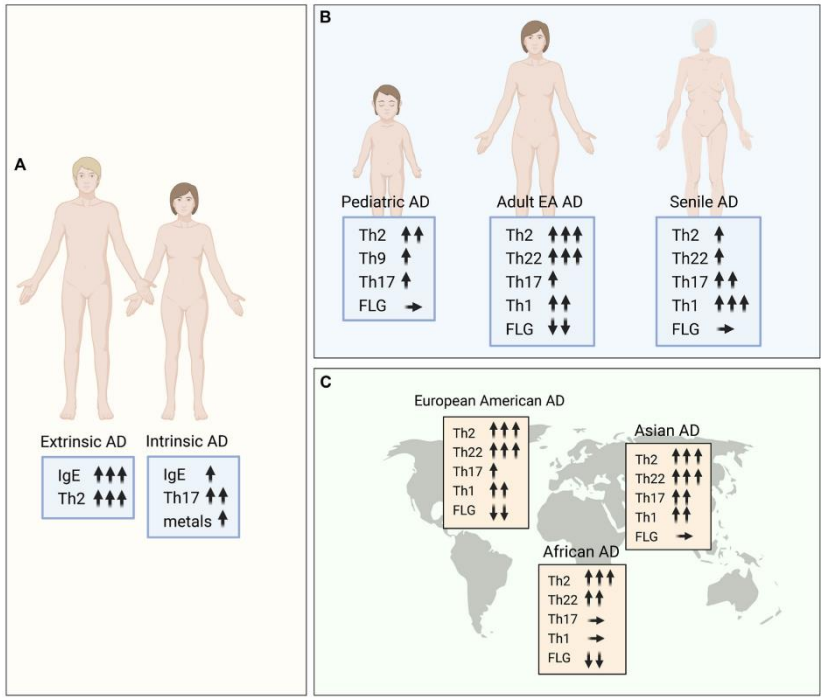
D'après Bieber et al. J Allergy Clin Immunol. 2017

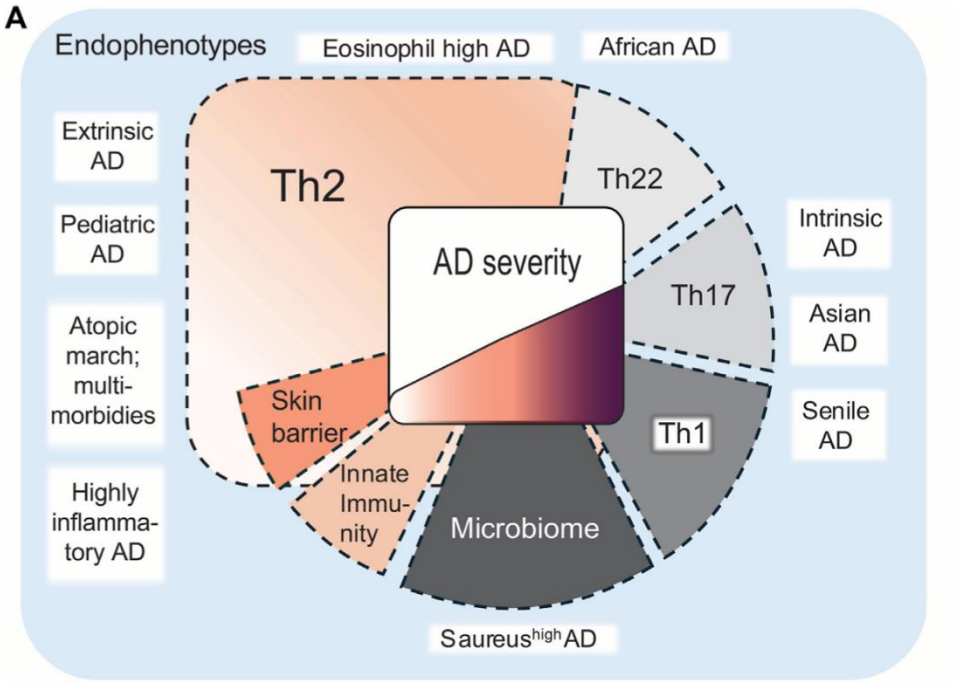
Pertinence des phénotypes cliniques avec les endotypes immunologiques

Review article

Endotypes of atopic dermatitis

Nanna Fyhrquist, PhD,[a,b] Ying Yang, PhD,[b] Piia Karisola, PhD,[c] and Harri Alenius, PhD[b,c] *Karlstad and Stockholm, Sweden; and Helsinki, Finland*





- **L'inflammation type 2 est majeure quelque soit la forme de DA**
  - La recherche de biomarqueurs plus spécifiques : un challenge

Fyrhkist et al. JACI 2025

4. TRAITEMENT DE LA DA

4. Prise en charge thérapeutique de la DA

Recommandations européennes 2022

2- Bloquer l'inflammation cutanée

Et identifier les patients corticophobes

1- Restaurer la barrière cutanée

Et éduquer

DA SEVERE	Traitements systémiques **1ère ligne: Immunosuppresseurs/modulateurs** **2ème ligne: biothérapies et antiJAK**
DA MODEREE	Dermocorticoïdes en traitement des poussées + en entretien, UVB
DA LEGERE	Dermocorticoïdes en traitement des poussées
TOUJOURS	Emollients quotidiens et éducation thérapeutique

Wollenberg *et al. JEADV 2022*

PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

POUR TOUS LES PATIENTS

Traitement de base

- Usage quotidien d'émollients
- Hygiène : bains et/ou douches courts, tièdes, produits lavants sans allergènes ou irritants
- Diversification alimentaire à partir de 4 mois pour tous les aliments
  Pas d'éviction préventive ni de régimes alimentaires systématiques
- Pas de bilan allergologique alimentaire systématique
- En cas d'allergie, limiter l'exposition aux allergènes identifiés (pneumallergènes, allergènes alimentaires, allergènes de contact)

Mesures associées

- Prise en charge globale du patient et prise en compte du retentissement multidimensionnel de la DA
  Proposer une prise en charge psychologique si nécessaire
- Proposer un programme d'éducation thérapeutique
- Éviter le tabac chez les patients et leurs parents
- Éviter les vêtements irritants
- Rechercher à l'interrogatoire des comorbidités atopiques et non atopiques

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Dermocorticoïdes de classe forte sur le corps et classe modérée sur le visage, une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions sans décroissance progressive

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Pour les zones à risque d'atrophie (visage dont paupières, plis, région anogénitale)

Enfants, adultes — Dermocorticoïdes de classe forte avec enveloppement humide (wet wrapping)
Si nécessité d'optimisation des soins locaux

TRAITEMENT PROACTIF en cas de récidives fréquentes

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints (visage : classe modérée et corps : classe forte)

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints et à risque d'atrophie cutanée

TRAITEMENT DES INFECTIONS

Impétiginisation

Antibiothérapie topique (mupirocine) en cas de lésions impétiginisées limitées / systémique en cas de lésions impétiginisées étendues
Poursuite des dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques sous réserve d'un traitement antibiotique (local et/ou général)

Infection virale

Eczema herpeticum : traitement antiviral systémique sans attendre les résultats du prélèvement par PCR HSV
Suspendre les dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques pendant au moins 48h après l'instauration du traitement anti-herpétique

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : INDICATIONS

La décision d'instaurer un traitement systémique et le choix de ce traitement doivent prendre en compte l'avis du patient (décision médicale partagée)

- DA mal contrôlée (score de sévérité élevé et/ou retentissement majeur sur la qualité de vie) malgré un traitement local adapté et bien conduit

ou

- Incapacité pour le patient à réaliser un traitement local adapté (+/- soins par par un(e) IDE à l'hôpital ou au domicile)

ou

- Quantité de dermocorticoïdes nécessaires au contrôle de la maladie au long cours > à 4 tubes de 30 grammes de dermocorticoïdes de classe forte/mois chez l'adulte

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

≥ 16 ans — CICLOSPORINE *(4 à 5 mg/kg/jour en cure courte)*

ou

BIOTHÉRAPIES

- ≥ 6 mois — Dupilumab
- ≥ 12 ans — Lebrikizumab#
- ≥ 12 ans — Tralokinumab

ou

INHIBITEURS DE JAK*

- ≥ 12 ans — Abrocitinib
- ≥ 2 ans — Baricitinib##
- ≥ 12 ans — Upadacinitib

Chez l'adulte, la HAS positionne actuellement les biothérapies et les inhibiteurs de JAK en seconde ligne après échec ou intolérance ou contre-indication à la ciclosporine. Cependant, compte tenu du rapport bénéfice/risque de la ciclosporine et des données actuelles des biothérapies et des inhibiteurs de JAK, le groupe de travail estime qu'un accès remboursé en première ligne serait souhaitable.

Les corticoïdes systémiques ne sont pas recommandés (que ce soit pour le traitement de la poussée ou le traitement de fond)

#Non remboursé au moment de la rédaction des recommandations

##Remboursé chez l'adulte au moment de la rédaction des recommandations

SITUATIONS PARTICULIÈRES

ATTEINTE SÉVÈRE PRÉDOMINANTE DES MAINS
Alitrétinoïne
AMM chez l'adulte uniquement

FEMME ENCEINTE
Ciclosporine OU photothérapie UVB à spectre étroit
Peu de données pour les biothérapies mais à discuter au cas par cas

ADULTES DE PLUS DE 65 ANS
1ère intention: biothérapies
2ème intention : méthotrexate à la dose minimale efficace
3ème intention : inhibiteurs de JAK à demi-dose

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS ALTERNATIVES EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

METHOTREXATE (hors AMM)

PHOTOTHÉRAPIE UVB À SPECTRE ÉTROIT
Tenir compte du phototype et éviter les traitements répétés et/ou prolongés

* Recommandations ANSM (2023) : les inhibiteurs de JAK ne doivent être utilisés pour les maladies inflammatoires chroniques, qu'en l'absence d'alternatives thérapeutiques appropriées chez les patients : âgés de 65 ans et plus ; fumeurs ou ayant fumé pendant une longue durée ; présentant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ou de tumeur maligne.
Les inhibiteurs de JAK doivent être utilisés avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque thromboemboliques veineux autres que ceux énumérés ci-dessus. Les recommandations posologiques sont réajustées pour certains groupes de patients présentant des facteurs de risque. Les prescripteurs doivent discuter avec les patients des risques associés à l'utilisation de ces traitements.

Texte complet

Documents pratiques

Abbréviations
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
DA : dermatite atopique
IDE : infirmier (ère) diplômé(e) d'État
JAK : janus kinase

Designed by Freepik and Drawio

PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

POUR TOUS LES PATIENTS

Traitement de base

- Usage quotidien d'émollients
- Hygiène : bains et/ou douches courts, tièdes, produits lavants sans allergènes ou irritants

Mesures associées

- Prise en charge globale du patient et prise en compte du retentissement multidimensionnel de la DA
  Proposer une prise en charge psychologique si nécessaire
- Proposer un programme d'éducation thérapeutique
- Éviter le tabac chez les patients et leurs parents
- Éviter les vêtements irritants
- Rechercher à l'interrogatoire des comorbidités atopiques et non atopiques

- Diversification alimentaire à partir de 4 mois pour tous les aliments
  Pas d'éviction préventive ni de régimes alimentaires systématiques
- Pas de bilan allergologique alimentaire systématique
- En cas d'allergie, limiter l'exposition aux allergènes identifiés (pneumallergènes, allergènes alimentaires, allergènes de contact)

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Dermocorticoïdes de classe forte sur le corps et classe modérée sur le visage, une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions sans décroissance progressive

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Pour les zones à risque d'atrophie (visage dont paupières, plis, région anogénitale)

Enfants, adultes — Dermocorticoïdes de classe forte avec enveloppement humide (wet wrapping)
Si nécessité d'optimisation des soins locaux

TRAITEMENT PROACTIF en cas de récidives fréquentes

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints (visage : classe modérée et corps : classe forte)

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints et à risque d'atrophie cutanée

TRAITEMENT DES INFECTIONS

Impétiginisation

Antibiothérapie topique (mupirocine) en cas de lésions impétiginisées limitées / systémique en cas de lésions impétiginisées étendues
Poursuite des dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques sous réserve d'un traitement antibiotique (local et/ou général)

Infection virale

Eczema herpeticum : traitement antiviral systémique sans attendre les résultats du prélèvement par PCR HSV
Suspendre les dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques pendant au moins 48h après l'instauration du traitement anti-herpétique

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : INDICATIONS

La décision d'instaurer un traitement systémique et le choix de ce traitement doivent prendre en compte l'avis du patient (décision médicale partagée)

- DA mal contrôlée (score de sévérité élevé et/ou retentissement majeur sur la qualité de vie) malgré un traitement local adapté et bien conduit

ou

- Incapacité pour le patient à réaliser un traitement local adapté (+/- soins par par un(e) IDE à l'hôpital ou au domicile)

ou

- Quantité de dermocorticoïdes nécessaires au contrôle de la maladie au long cours > à 4 tubes de 30 grammes de dermocorticoïdes de classe forte/mois chez l'adulte

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

≥ 16 ans — CICLOSPORINE *(4 à 5 mg/kg/jour en cure courte)*

ou

BIOTHÉRAPIES

- ≥ 6 mois — Dupilumab
- ≥ 12 ans — Lebrikizumab#
- ≥ 12 ans — Tralokinumab

ou

INHIBITEURS DE JAK*

- ≥ 12 ans — Abrocitinib
- ≥ 2 ans — Baricitinib##
- ≥ 12 ans — Upadacinitib

Chez l'adulte, la HAS positionne actuellement les biothérapies et les inhibiteurs de JAK en seconde ligne après échec ou intolérance ou contre-indication à la ciclosporine. Cependant, compte tenu du rapport bénéfice/risque de la ciclosporine et des données actuelles des biothérapies et des inhibiteurs de JAK, le groupe de travail estime qu'un accès remboursé en première ligne serait souhaitable.

Les corticoïdes systémiques ne sont pas recommandés (que ce soit pour le traitement de la poussée ou le traitement de fond)

#Non remboursé au moment de la rédaction des recommandations

##Remboursé chez l'adulte au moment de la rédaction des recommandations

SITUATIONS PARTICULIÈRES

ATTEINTE SÉVÈRE PRÉDOMINANTE DES MAINS
Alitrétinoïne
AMM chez l'adulte uniquement

FEMME ENCEINTE
Ciclosporine OU photothérapie UVB à spectre étroit
Peu de données pour les biothérapies mais à discuter au cas par cas

ADULTES DE PLUS DE 65 ANS
1ère intention: biothérapies
2ème intention : méthotrexate à la dose minimale efficace
3ème intention : inhibiteurs de JAK à demi-dose

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS ALTERNATIVES EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

METHOTREXATE (hors AMM)

PHOTOTHÉRAPIE UVB À SPECTRE ÉTROIT
Tenir compte du phototype et éviter les traitements répétés et/ou prolongés

* Recommandations ANSM (2023) : les inhibiteurs de JAK ne doivent être utilisés pour les maladies inflammatoires chroniques, qu'en l'absence d'alternatives thérapeutiques appropriées chez les patients : âgés de 65 ans et plus ; fumeurs ou ayant fumé pendant une longue durée ; présentant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ou de tumeur maligne.
Les inhibiteurs de JAK doivent être utilisés avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque thromboemboliques veineux autres que ceux énumérés ci-dessus. Les recommandations posologiques sont réajustées pour certains groupes de patients présentant des facteurs de risque. Les prescripteurs doivent discuter avec les patients des risques associés à l'utilisation de ces traitements.

Texte complet

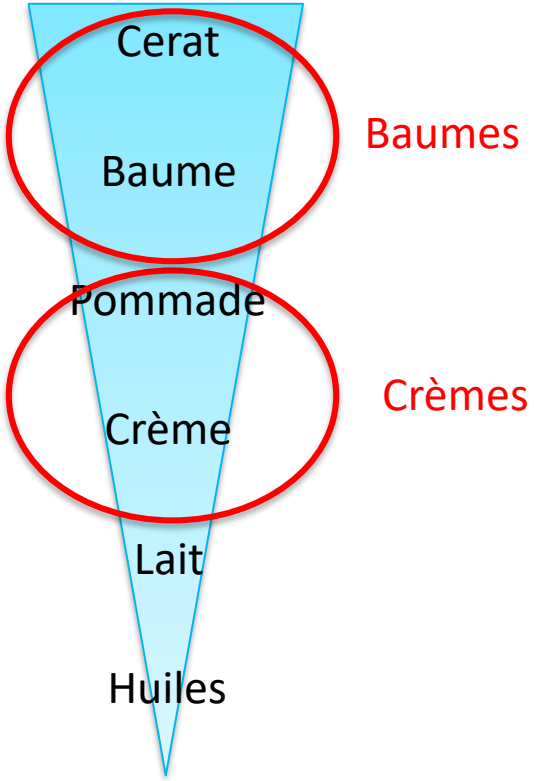
Documents pratiques

Abbréviations
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
DA : dermatite atopique
IDE : infirmier (ère) diplômé(e) d'État
JAK : janus kinase

Designed by Freepik and Drawio

Les émollients : le plus important

- Préciser les doses
  - 30g/jour = 1kg/mois chez l'adulte
- Adapter les galéniques
- Mode d'application:
  - En 5 minutes corps entier
  - La coccinelle blanche
- Vérifier le type de produit de toilette: huiles lavante, syndet



Wollenberg et al. JEADV 2016

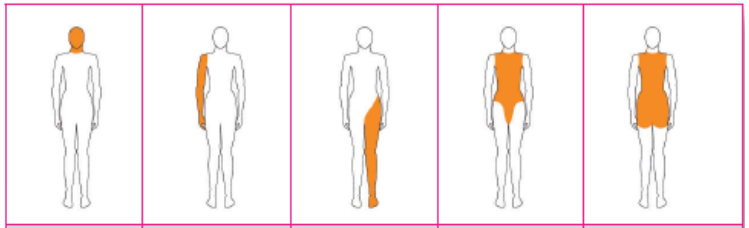
Les émollients : le plus important

- 3 propriétés majeures
  - Occlusivité
  - Humectance
  - Emollience

- En bonus (dans les produits appelés émollients “plus”):
  - Produits anti-inflammatoires
  - Céramides
  - Etc

Les dermocorticoïdes

- Dépister la **corticophobie**
  - Demander s'il y a des réticences
  - Pour donner les explications adaptées
- Montrer **l'unité phalangette+++**
  - Avoir un tube de DC sur son bureau
  - Montrer sur soi-même pour démystifier
- Appliquer à la **bonne dose et la bonne force, le temps nécessaire** pour blanchir complètement
- Donner des **informations claires et compréhensibles**
  - Un rituel, un protocole
  - Au mieux un schéma corporel avec le tableau des unités phalangettes



	TÊTE & COU	MEMBRE SUPÉRIEUR & MAIN	MEMBRE INFÉRIEUR & PIED	TRONC (face antérieure)	TRONC (face postérieure) & FESSES
AGE	UNITÉS PHALANGETTES ADULTES NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT				
3 à 6 mois	1	1	1,5	1	1,5
1 à 2 ans	1,5	1,5	2	2	3
3 à 5 ans	1,5	2	3	3	3,5
6 à 10 ans	2	2,5	4,5	3,5	5
12 ans	2,5	4	7	5	7
Adultes	2,5	4	8	7	7

http://www.fondation-dermatite-atopique.org/fr

Efficacité des dermocorticoïdes

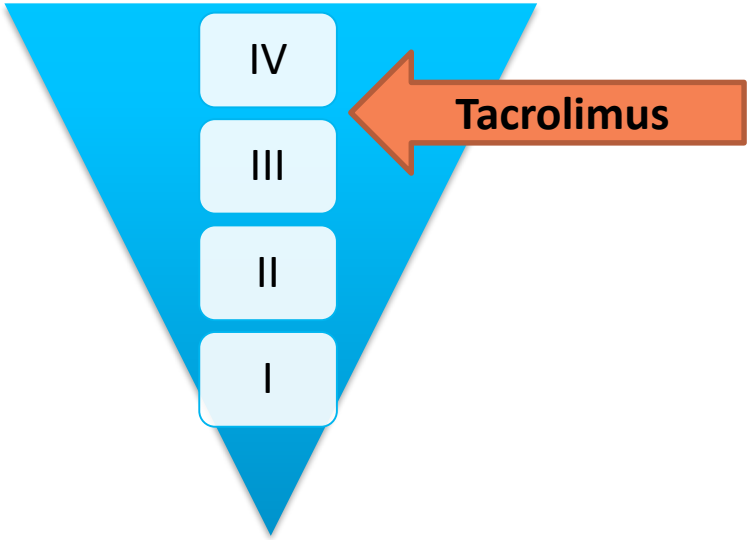
Avant

3 semaines après optimisation des traitements locaux

Inhibiteur de la calcineurine

- Tacrolimus topique en générique:
  - Pommade (prix divisé par 2 : 15€/tube de 30g)
  - Prescription par les dermatologues et pédiatres

Comparaison puissance DC vs tacrolimus topique



- Un bémol: intolérance cutanée fréquente (brûlures transitoires, effet antabuse à l'ingestion d'alcool)
- Notice (2002): « *prudence à l'exposition UV, délai de 2h pour mettre un émollient, risque de lymphomes, …* »
  - **En 2019, se rassurer, pas de risque démontré**

Castellsague et al., Clinical Epidemiology, 2018

Les autres solutions

- Objectiver la corticophobie
  - Score COPITOP
- Améliorer la compliance
  - **Education thérapeutique**
- Si rechutes fréquentes: traitement d'entretien (pro-actif)
  - Pour les DC comme le tacrolimus
  - Pour la prévention secondaire d'une maladie chronique

- **Si insuffisant:**
  - Proposer habillages, wet-wrapping
    Film Youtube
  - Hospitalisation
- **Si échec**: traitements systémiques et biothérapies

- Et toujours **persévérer**
  - Lors du suivi: demander au patient son "rituel" de soin pour +/- réajuster

PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

POUR TOUS LES PATIENTS

Traitement de base

- Usage quotidien d'émollients
- Hygiène : bains et/ou douches courts, tièdes, produits lavants sans allergènes ou irritants
- Diversification alimentaire à partir de 4 mois pour tous les aliments
  Pas d'éviction préventive ni de régimes alimentaires systématiques
- Pas de bilan allergologique alimentaire systématique
- En cas d'allergie, limiter l'exposition aux allergènes identifiés (pneumallergènes, allergènes alimentaires, allergènes de contact)

Mesures associées

- Prise en charge globale du patient et prise en compte du retentissement multidimensionnel de la DA
  Proposer une prise en charge psychologique si nécessaire
- Proposer un programme d'éducation thérapeutique
- Éviter le tabac chez les patients et leurs parents
- Éviter les vêtements irritants
- Rechercher à l'interrogatoire des comorbidités atopiques et non atopiques

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Dermocorticoïdes de classe forte sur le corps et classe modérée sur le visage, une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions sans décroissance progressive

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Pour les zones à risque d'atrophie (visage dont paupières, plis, région anogénitale)

Enfants, adultes — Dermocorticoïdes de classe forte avec enveloppement humide (wet wrapping)
Si nécessité d'optimisation des soins locaux

TRAITEMENT PROACTIF en cas de récidives fréquentes

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints (visage : classe modérée et corps : classe forte)

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints et à risque d'atrophie cutanée

TRAITEMENT DES INFECTIONS

Impétiginisation

Antibiothérapie topique (mupirocine) en cas de lésions impétiginisées limitées / systémique en cas de lésions impétiginisées étendues
Poursuite des dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques sous réserve d'un traitement antibiotique (local et/ou général)

Infection virale

Eczema herpeticum : traitement antiviral systémique sans attendre les résultats du prélèvement par PCR HSV
Suspendre les dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques pendant au moins 48h après l'instauration du traitement anti-herpétique

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : INDICATIONS

La décision d'instaurer un traitement systémique et le choix de ce traitement doivent prendre en compte l'avis du patient (décision médicale partagée)

- DA mal contrôlée (score de sévérité élevé et/ou retentissement majeur sur la qualité de vie) malgré un traitement local adapté et bien conduit
- ou Incapacité pour le patient à réaliser un traitement local adapté (+/- soins par par un(e) IDE à l'hôpital ou au domicile)
- ou Quantité de dermocorticoïdes nécessaires au contrôle de la maladie au long cours > à 4 tubes de 30 grammes de dermocorticoïdes de classe forte/mois chez l'adulte

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

CICLOSPORINE (≥ 16 ans) *(4 à 5 mg/kg/jour en cure courte)*

ou

BIOTHÉRAPIES
- Dupilumab (≥ 6 mois)
- Lebrikizumab# (≥ 12 ans)
- Tralokinumab (≥ 12 ans)

ou

INHIBITEURS DE JAK*
- Abrocitinib (≥ 12 ans)
- Baricitinib## (≥ 2 ans)
- Upadacinitib (≥ 12 ans)

Chez l'adulte, la HAS positionne actuellement les biothérapies et les inhibiteurs de JAK en seconde ligne après échec ou intolérance ou contre-indication à la ciclosporine. Cependant, compte tenu du rapport bénéfice/risque de la ciclosporine et des données actuelles des biothérapies et des inhibiteurs de JAK, le groupe de travail estime qu'un accès remboursé en première ligne serait souhaitable.

Les corticoïdes systémiques ne sont pas recommandés (que ce soit pour le traitement de la poussée ou le traitement de fond)

#Non remboursé au moment de la rédaction des recommandations

##Remboursé chez l'adulte au moment de la rédaction des recommandations

SITUATIONS PARTICULIÈRES

ATTEINTE SÉVÈRE PRÉDOMINANTE DES MAINS
Alitrétinoïne
AMM chez l'adulte uniquement

FEMME ENCEINTE
Ciclosporine OU photothérapie UVB à spectre étroit
Peu de données pour les biothérapies mais à discuter au cas par cas

ADULTES DE PLUS DE 65 ANS
1ère intention: biothérapies
2ème intention : méthotrexate à la dose minimale efficace
3ème intention : inhibiteurs de JAK à demi-dose

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS ALTERNATIVES EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

METHOTREXATE (hors AMM)

PHOTOTHÉRAPIE UVB À SPECTRE ÉTROIT
Tenir compte du phototype et éviter les traitements répétés et/ou prolongés

* Recommandations ANSM (2023) : les inhibiteurs de JAK ne doivent être utilisés pour les maladies inflammatoires chroniques, qu'en l'absence d'alternatives thérapeutiques appropriées chez les patients : âgés de 65 ans et plus ; fumeurs ou ayant fumé pendant une longue durée ; présentant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ou de tumeur maligne.
Les inhibiteurs de JAK doivent être utilisés avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque thromboemboliques veineux autres que ceux énumérés ci-dessus. Les recommandations posologiques sont réajustées pour certains groupes de patients présentant des facteurs de risque. Les prescripteurs doivent discuter avec les patients des risques associés à l'utilisation de ces traitements.

Texte complet

Documents pratiques

Abbréviations
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
DA : dermatite atopique
IDE : infirmier (ère) diplômé(e) d'État
JAK : janus kinase

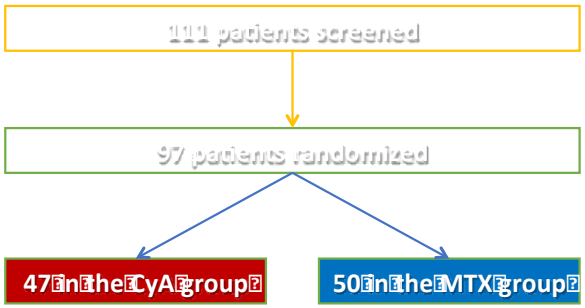
Designed by Freepik and Drawio

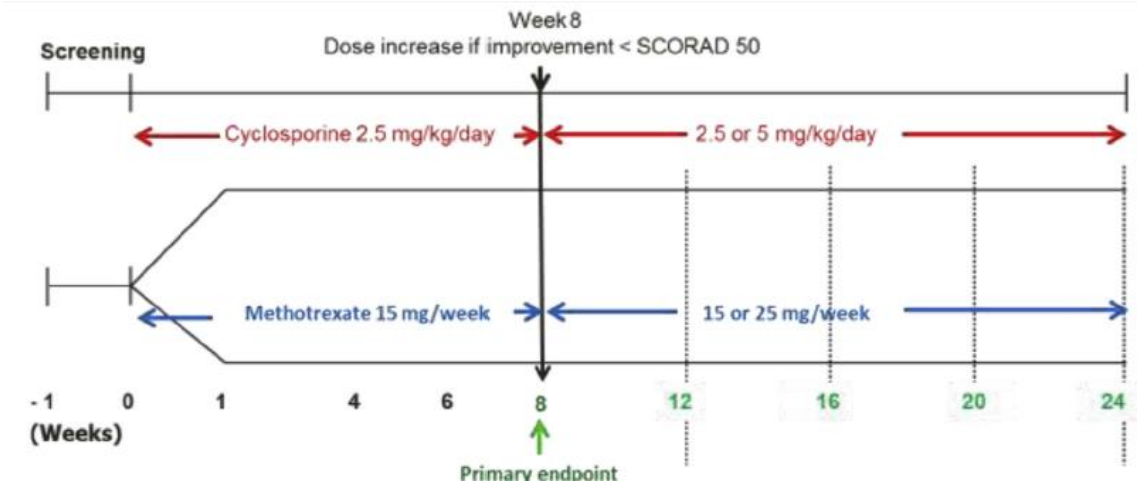
MTX vs Ciclo

Methotrexate Versus Cyclosporine in Adults with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Phase III Randomized Noninferiority Trial

- 1ère étude randomisée de non infériorité comparant efficacité et tolérance du MTX et de la ciclo dans le traitement de la DA modérée à sévère <u>chez l'adulte</u>

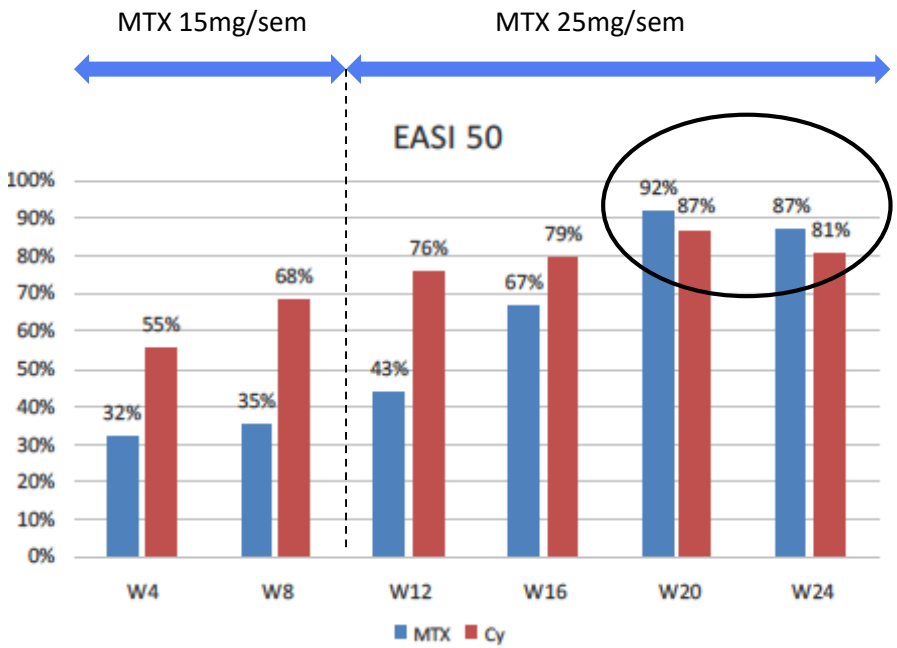
- **Obj principal: SCORAD 50 à la semaine 8 (sinon augmentation des doses)**
- **Obj secondaire: EASI 50 pendant 24 semaines**





D'après Goujon et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017

Résultats (1) - Efficacité



- **A 8 sem. de traitement**: pas de démonstration de la non-infériorité du MTX à 15mg/sem vs ciclo à 2,5mg/kg/j

→ Augmentation des doses chez 56% des patients MTX et 49% des patients ciclo

- **A partir de 20 sem.**: non-infériorité du MTX atteinte pour EASI 50

D'après Goujon et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017

Résultats (2) - Tolérance

TABLE III. Adverse events

Variable	Cyclosporine	Methotrexate	Total
Subjects	47	50	97
Total no. of adverse events*	123	117	240
Adverse events related to study drug (%)†	68 (55)	35 (30)	103
Serious adverse events	1‡	0	1
Treatment nonrelated adverse events leading to discontinuation	0	4	4
Treatment-related adverse events leading to discontinuation	1‡	2§	3
Subjects with at least 1 adverse event	37 (79)	41 (82)	78 (80)
Subjects with treatment-related adverse events	25 (53)	20 (40)	45 (46)
Subjects with adverse events leading to discontinuation	1	2	3
Adverse events of special interest			
Infections			
Nonskin infections	10	6	16
Skin infections	5	6	11
Gastrointestinal disorders	11	9	20
Neuromuscular disorders			
Headache	5	1	6
Fatigue	4	6	10
Cramps	3	0	3
Paresthesia	4	0	4
Dermatological disorders			
Hypertrichosis	5	0	5
Gingival hyperplasia	3	0	3
Other (acne, virus papilloma)	3	1	4
Hypertension	3	0	3

p<0,0001

- Effets indésirables reliés aux traitements:
  - **Significativement moins avec le MTX**
  - Pas de myélosuppression

D'après Goujon et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017

MTX vs Ciclo - Synthèse

- **MTX (25mg/sem) améliore les DA modérés à sévères**
  - Efficacité identique à la ciclosporine (5mg/kg/j)
  - Meilleur profil de tolérance
  - Prescription en ville comme à l'hôpital

Le MTX pourrait donc être proposé en première ligne
en cas de résistance aux traitements locaux bien conduits

D'après Goujon et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2017

PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

POUR TOUS LES PATIENTS

Traitement de base

- Usage quotidien d'émollients
- Hygiène : bains et/ou douches courts, tièdes, produits lavants sans allergènes ou irritants
- Diversification alimentaire à partir de 4 mois pour tous les aliments
  Pas d'éviction préventive ni de régimes alimentaires systématiques
- Pas de bilan allergologique alimentaire systématique
- En cas d'allergie, limiter l'exposition aux allergènes identifiés (pneumallergènes, allergènes alimentaires, allergènes de contact)

Mesures associées

- Prise en charge globale du patient et prise en compte du retentissement multidimensionnel de la DA
  Proposer une prise en charge psychologique si nécessaire
- Proposer un programme d'éducation thérapeutique
- Éviter le tabac chez les patients et leurs parents
- Éviter les vêtements irritants
- Rechercher à l'interrogatoire des comorbidités atopiques et non atopiques

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Dermocorticoïdes de classe forte sur le corps et classe modérée sur le visage, une fois par jour, jusqu'à disparition des lésions sans décroissance progressive

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Pour les zones à risque d'atrophie (visage dont paupières, plis, région anogénitale)

Enfants, adultes — Dermocorticoïdes de classe forte avec enveloppement humide (wet wrapping)
Si nécessité d'optimisation des soins locaux

TRAITEMENT PROACTIF en cas de récidives fréquentes

Quantité - application de la règle de l'unité phalangette - cf documents pratiques

Nourrissons, enfants, adultes — Dermocorticoïdes
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints (visage : classe modérée et corps : classe forte)

Enfants, adultes — Inhibiteurs de calcineurine topiques
Une application deux jours par semaine sur les sites habituellement atteints et à risque d'atrophie cutanée

TRAITEMENT DES INFECTIONS

Impétiginisation

Antibiothérapie topique (mupirocine) en cas de lésions impétiginisées limitées / systémique en cas de lésions impétiginisées étendues
Poursuite des dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques sous réserve d'un traitement antibiotique (local et/ou général)

Infection virale

Eczema herpeticum : traitement antiviral systémique sans attendre les résultats du prélèvement par PCR HSV
Suspendre les dermocorticoïdes et inhibiteurs de calcineurine topiques pendant au moins 48h après l'instauration du traitement anti-herpétique

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : INDICATIONS

La décision d'instaurer un traitement systémique et le choix de ce traitement doivent prendre en compte l'avis du patient (décision médicale partagée)

- DA mal contrôlée (score de sévérité élevé et/ou retentissement majeur sur la qualité de vie) malgré un traitement local adapté et bien conduit
- ou Incapacité pour le patient à réaliser un traitement local adapté (+/- soins par par un(e) IDE à l'hôpital ou au domicile)
- ou Quantité de dermocorticoïdes nécessaires au contrôle de la maladie au long cours > à 4 tubes de 30 grammes de dermocorticoïdes de classe forte/mois chez l'adulte

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

≥ 16 ans — CICLOSPORINE *(4 à 5 mg/kg/jour en cure courte)*

ou

BIOTHÉRAPIES
- ≥ 6 mois — Dupilumab
- ≥ 12 ans — Lebrikizumab#
- ≥ 12 ans — Tralokinumab

ou

INHIBITEURS DE JAK*
- ≥ 12 ans — Abrocitinib
- ≥ 2 ans — Baricitinib##
- ≥ 12 ans — Upadacinitib

Chez l'adulte, la HAS positionne actuellement les biothérapies et les inhibiteurs de JAK en seconde ligne après échec ou intolérance ou contre-indication à la ciclosporine. Cependant, compte tenu du rapport bénéfice/risque de la ciclosporine et des données actuelles des biothérapies et des inhibiteurs de JAK, le groupe de travail estime qu'un accès remboursé en première ligne serait souhaitable.

Les corticoïdes systémiques ne sont pas recommandés (que ce soit pour le traitement de la poussée ou le traitement de fond)

#Non remboursé au moment de la rédaction des recommandations

##Remboursé chez l'adulte au moment de la rédaction des recommandations

SITUATIONS PARTICULIÈRES

ATTEINTE SÉVÈRE PRÉDOMINANTE DES MAINS
Alitrétinoïne
AMM chez l'adulte uniquement

FEMME ENCEINTE
Ciclosporine OU photothérapie UVB à spectre étroit
Peu de données pour les biothérapies mais à discuter au cas par cas

ADULTES DE PLUS DE 65 ANS
1ère intention: biothérapies
2ème intention : méthotrexate à la dose minimale efficace
3ème intention : inhibiteurs de JAK à demi-dose

TRAITEMENT SYSTÉMIQUE : OPTIONS ALTERNATIVES EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

METHOTREXATE (hors AMM)

PHOTOTHÉRAPIE UVB À SPECTRE ÉTROIT
Tenir compte du phototype et éviter les traitements répétés et/ou prolongés

* Recommandations ANSM (2023) : les inhibiteurs de JAK ne doivent être utilisés pour les maladies inflammatoires chroniques, qu'en l'absence d'alternatives thérapeutiques appropriées chez les patients : âgés de 65 ans et plus ; fumeurs ou ayant fumé pendant une longue durée ; présentant d'autres facteurs de risque cardiovasculaire ou de tumeur maligne.
Les inhibiteurs de JAK doivent être utilisés avec prudence chez les patients présentant des facteurs de risque thromboemboliques veineux autres que ceux énumérés ci-dessus. Les recommandations posologiques sont réajustées pour certains groupes de patients présentant des facteurs de risque. Les prescripteurs doivent discuter avec les patients des risques associés à l'utilisation de ces traitements.

Texte complet

Documents pratiques

Abbréviations
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
DA : dermatite atopique
IDE : infirmier (ère) diplômé(e) d'État
JAK : janus kinase

Designed by Freepik and Drawio

Les patients DA sont sous-traités

ORIGINAL ARTICLE

Therapeutic management of adults with atopic dermatitis: comparison with psoriasis and chronic urticaria

C. Pascal,[1,*] D. Maucort-Boulch,[1,2] S. Gilibert,[3] D. Bottigioli,[3] V. Verdu,[3] C. Jaulent,[3] F. Hacard,[3,4] F. Bérard,[3,4] J.-F. Nicolas,[1,3,4] A. Nosbaum[1,3,4,*]

Table 3 Therapeutic intervention in AD, PSO and CU

	AD *N* = 401	PSO *N* = 535	CU *N* = 230	Total *N* = 1166
TEP programme (%)				
Yes	314 (78.3)	15 (2.8)	79 (34.3)	408 (35)
No	87 (21.7)	520 (97.2)	151 (65.7)	758 (65)
Systemic treatments (%)				
Yes	33 (8.2)	249 (46.5)	59 (25.7)	341 (29.2)
No	368 (91.7)	286 (53.5)	171 (74.3)	825 (70.8)
Systemic conventional treatments† (%)				
Acitretin	0	16 (3)	0	16 (1.4)
Apremilast	0	14 (2.6)	0	14 (1.2)
Cs A	3 (0.7)	1 (0.2)	0	4 (0.3)
Dipyridamole	0	0	1 (0.4)	1 (0.1)
Montelukast	0	0	6 (2.6)	6 (0.5)
MTX	27 (6.7)	88 (16.4)	0	115 (9.9)
Biologicals (%)				
Yes	3 (0.7)	130 (24.3)	52 (22.6)	166 (14.2)
No	398 (99.3)	424 (79.5)	178 (77.4)	1000 (85.8)

AD, atopic dermatitis; CsA, cyclosporine A; CU, chronic urticaria; MTX, methotrexate; PSO, psoriasis; TEP, therapeutic educational programmes.
†AntiH1 not included.

JEADV 2020

Plaidoyer pour prendre en charge la DA et pas seulement traiter la peau

Comparison of psoriasis and atopic dermatitis guidelines—an argument for aggressive atopic dermatitis management

- Discordance de conception concernant la sévérité et l'impact sur la DQV du PSO vs DA
- Patients DA souvent sous-traités (corticofrilosité), retard de prise en charge, errances
- Nécessité d'intervenir plus aggressivement et précocément

D'après Lohman et al. Pediat. Dermatology 2017
Simpson et al. J Am Acad Dermatol 2017

5. CONCLUSION
LES POINTS IMPORTANTS

5. Dermatite atopique (DA): points importants

1. **Dermatose inflammatoire chronique fréquente** touchant 10% des enfants et 4% des adultes en France

2. La dermatite atopique n'est pas une maladie allergique. Elle est due à une **défaut de barrière cutanée** favorisant une **inflammation de type 2**

3. Sa prise en charge est **clinique** et c'est **une priorité thérapeutique**

4. Les **émollients** sont la base du traitement, associés aux **dermocorticoides**

5. Avec l'arrivée des **biothérapies dans la DA**, une révolution thérapeutique est arrivée.

Remerciements

LA JOURNÉE DE L'ECZÉMA fête ses 10 ans

Kermesse pédagogique

SAMEDI **17 MAI** 2025 | 13H30 ⟶ 17H00

Inscription gratuite obligatoire
Inscrivez-vous en ligne sur : **www.allergolyon.fr**

Amphithéâtres 4 & 5 - Faculté de Médecine Lyon Sud
165 chemin du petit Revoyet, 69600 Oullins - Parking gratuit

GERDA 2025

15-17 octobre • Cité Internationale de Lyon

NOTEZ DANS VOS AGENDAS !