

# Dermatite atopique : quel parcours en ville ?



**M. PERRUSSEL**

Dermatologue et vénérologue – CHU de RENNES

**RÉSUMÉ :** La dermatite atopique (DA) a bénéficié de l'apport de nombreuses thérapeutiques auxquelles, pour certaines, la simplification d'autorisation de prescription a permis à de nombreux patients d'avoir accès. Si le principe de base thérapeutique est l'hydratation cutanée et les dermocorticoïdes, il appartient au dermatologue de proximité de bien gérer les cas les plus résistants en utilisant les traitements les plus efficaces et les mieux tolérés. La décision médicale partagée permet d'orienter le choix vers une option qui convient autant au patient qu'au médecin.



## POINTS FORTS

- La dermatite atopique (DA) n'est pas une maladie allergique mais auto-inflammatoire.
- Il n'y a donc pas de tests allergiques systématiques.
- Hydrater la peau quotidiennement constitue la base de l'hygiène.
- Les corticoïdes locaux représentent la base du traitement. Il ne faut pas en avoir peur. Ils sont le plus souvent efficaces avec une décroissance très progressive et n'entraînent pas d'effets secondaires s'ils sont bien appliqués.
- L'ère des biothérapies va gagner la DA comme elle l'a fait pour le psoriasis et révolutionner la prise en charge des formes modérées à sévères : en ciblant d'abord les cytokines physiopathologiques comme l'IL4, l'IL13 et l'IL31.

Retrouvez cette fiche en flashant le QR code ci-dessous



©Mariya Borisova@iStock

La dermatite atopique (DA) est une pathologie inflammatoire chronique qui débute le plus souvent dans la jeune enfance et évolue par poussées. La DA intègre la marche atopique. Cette dermatose inflammatoire chronique est caractérisée par un fardeau multidimensionnel : clinique (érythème, œdème, vésiculation, suintement, desquamation), prurit constant et parfois douloureux, insomnie, dépression, anxiété, déclin de l'estime de soi et altération de la qualité de vie au quotidien [1].

L'impact psychologique et le fardeau psychiatrique de la DA justifient une prise en charge adaptée et précoce [2]. Cette prise en charge thérapeutique pour les cas modérés à sévères a été totalement redéfinie grâce à l'innovation thérapeutique permise par les biothérapies depuis 2017 et les anti-JAK. C'est une véritable révolution de la prise en charge, comme celle du psoriasis dans les années 2000.

Par ailleurs, depuis avril 2024, la levée de la prescription initiale hospitalière (PIH) reconnaît la compétence et l'expertise du dermatologue de proximité [3]. Seules les prescriptions de la photothérapie ou du méthotrexate hors AMM le distinguaient jusqu'alors du médecin de premier recours pour ce qui est des cas résistants aux topiques, la ciclosporine nécessitant quant à elle une PIH.

Parcours de soins du patient affecté d'une dermatite atopique

En respect du parcours de soins, c'est le médecin traitant qui vous adressera le patient. Soit après avis par téléexpertise, soit par demande explicite. La première consultation consistera à donner votre avis – avis ponctuel de consultant (APC) [4]. Le diagnostic repose sur l'analyse de la lésion élémentaire érythémato-vésiculo-squameuse dans un contexte de prurit constant. La première phase clinique est érythémateuse, plus ou moins œdématisée, puis surviennent des vésicules fragiles qui se rompent facilement, parfois sous l'effet du grattage. Suit une phase de suintement avec une rupture de la protection cutanée qui favorise les infections. La

dernière phase est squameuse avant une cicatrisation *ad integrum*. Plusieurs phases peuvent être associées.

Il existe des particularités en fonction de l'âge. Chez le nourrisson, les lésions sont principalement présentes sur le visage avec respect de la zone médio-faciale, ainsi que sur les zones d'extension des membres. Le nourrisson ne se gratte pas mais dort mal et serpente sur la table à langer. L'atteinte des plis se voit dans la deuxième enfance, tandis que chez les adolescents et les adultes, on note des lichénifications et excoriations en plaques sur les plis de flexion, les poignets, les

genoux, les paupières, le cou, la tête, les épaules, les mains dans un contexte de peau sèche et rugueuse avec des saignements prouvant l'intensité du prurit [2].

Le dermatologue devra apprécier la sévérité de la DA ; c'est elle qui va indiquer la programmation de la prise en charge. Le dermatologue dispose de plusieurs scores comme le SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) et le EASI (*Eczema Area and Severity Index*), références pour les études cliniques mais, en vie réelle, l'IGA (*Investigator Global Assessment*) est plus facilement utilisable. La sévérité globale de la DA est évaluée par l'investigateur par un score de 0

DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle démangé(e) , fait souffrir ou brûlé(e) ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout

2. Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout

3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses , vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

6. Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

7. Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou étudier ?

3 ☐ Oui    0 ☐ Non    0 ☐ Non concerné(e)

Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou vos études ?

2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e) , vos amis ou votre famille ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?

3 ☐ Énormément    2 ☐ Beaucoup    1 ☐ Un peu    0 ☐ Pas du tout    0 ☐ Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... (0-30)

Fig. 1A : Scores d'évaluation de la DA : DLQI.

**Pour calculer votre score ADCT, veuillez répondre aux six questions suivantes :**

Date du jour :

	Aucun symptôme 0 point	Légers 1 point	Modérés 2 points	Sévères 3 points	Très sévères 4 points	
1. Au cours de la dernière semaine, comment évalueriez-vous vos symptômes liés à l'eczéma ?						
2. Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours avez-vous eu des épisodes intenses de démangeaisons à cause de votre eczéma ?	Jamais 0 point	1-2 jours 1 point	3-4 jours 2 points	5-6 jours 3 points	Tous les jours 4 points	
3. Au cours de la dernière semaine, à quel point avez-vous été gêné par votre eczéma ?	Aucune gêne 0 point	Gêne légère 1 point	Gêne modérée 2 points	Gêne importante 3 points	Gêne extrêmement importante 4 points	
4. Au cours de la dernière semaine, pendant combien de nuits avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) à cause de votre eczéma ?	Jamais 0 point	1-2 nuits 1 point	3-4 nuits 2 points	5-6 nuits 3 points	Toutes les nuits 4 points	
5. Au cours de la dernière semaine, votre eczéma a-t-il eu des conséquences sur vos activités quotidiennes ?	Aucune conséquence 0 point	Conséquences légères 1 point	Conséquences modérées 2 points	Conséquences importantes 3 points	Conséquences extrêmement importantes 4 points	
6. Au cours de la dernière semaine, à quel point votre eczéma a-t-il eu des conséquences sur votre humeur ou vos émotions ?	Aucune conséquence 0 point	Conséquences légères 1 point	Conséquences modérées 2 points	Conséquences importantes 3 points	Conséquences extrêmement importantes 4 points	
<b>Somme des points = votre score total ADCT</b>						

Noter vos points pour chaque question dans les cases grises

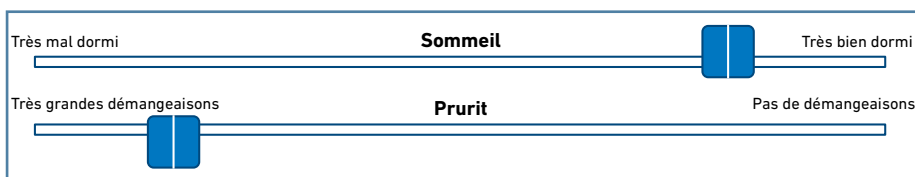
**Votre score est...**

- Inférieur à 7**
  - Votre dermatite atopique semble contrôlée.
  - N'hésitez pas à réévaluer votre dermatite atopique régulièrement, (par exemple, de façon hebdomadaire ou bimensuelle).
- Au moins égal à 7**
  - ou**
  - Votre score ADCT total a augmenté de 5 points ou plus depuis votre dernière utilisation de l'ADCT.
  - Votre dermatite atopique semble inadéquatement contrôlée.
  - Discutez avec votre médecin (dermatologue, médecin généraliste...) des réponses apportées au questionnaire ADCT et de l'impact de votre DA sur votre vie.

Accéder au score ADCT sur : [www.dermatite-atopique.fr](http://www.dermatite-atopique.fr)

7000039469-09/2022

**Fig. 1B :** Score d'évaluation de la DA: ADCT.



**Fig. 1C :** Score d'évaluation de la DA: Pruritus NRS (Numerical Rating Scale) qui est une échelle numérique d'évaluation du prurit qui prend en compte sa sévérité et son retentissement sur le sommeil.

(blanchi) à 5 (lésions très sévères) [5]. Il ne faut pas oublier de quantifier l'impact sur la qualité de vie par le DLQI (Dermatology Life Quality Index) (fig. 1A) et l'ADCT (Atopic Dermatitis Control Tool) (fig. 1B et 1C) [6], et surtout les troubles de l'humeur via le MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) [7].

Le dermatologue **s'enquiert des antécédents familiaux et des traitements antérieurs**, que ce soient les topiques (dermocorticoïdes et classe d'inhibiteurs de la calcineurine topique), la photothérapie, les traitements systémiques conventionnels comme le méthotrexate hors AMM et éventuellement les traitements immunosuppresseurs comme la ciclosporine ou l'azathioprine (hors AMM), voire les biothérapies.

Il élimine les diagnostics différentiels comme l'eczéma de contact, la scabiose, les mycoses, le psoriasis et les toxidermies [8]. Le choix du traitement est facilité par les recommandations européennes [9].

Ensuite, l'orientation du traitement se fait en fonction du degré de sévérité: de la forme légère qui repose sur des dermocorticoïdes puis l'inhibiteur de calcineurine, aux formes modérées à sévères avec la photothérapie (lorsqu'elle est possible) et les traitements immunomodulateurs voire immunosuppresseurs (fig. 2). En 2024, lors des Journées dermatologiques de Paris, **des recommandations françaises ont mis au même niveau la ciclosporine, les biothérapies et les anti-JAK.**

**Un bilan biologique** sera prescrit au patient pour aider à une meilleure prise en charge, surtout pour les anti-JAK. Il comprend:

- NFS plaquettes;
- CRP (protéine C réactive);
- électrophorèse des protéines;
- bilan hépatique;
- bilan rénal;
- sérologies virales: VIH, hépatite A, B et C, rougeole;
- QuantiFERON;
- frottis cervico-vaginal (recherche de papillomatose) si pas de suivi gynécologique.

**Le bilan radiologique** comprend:

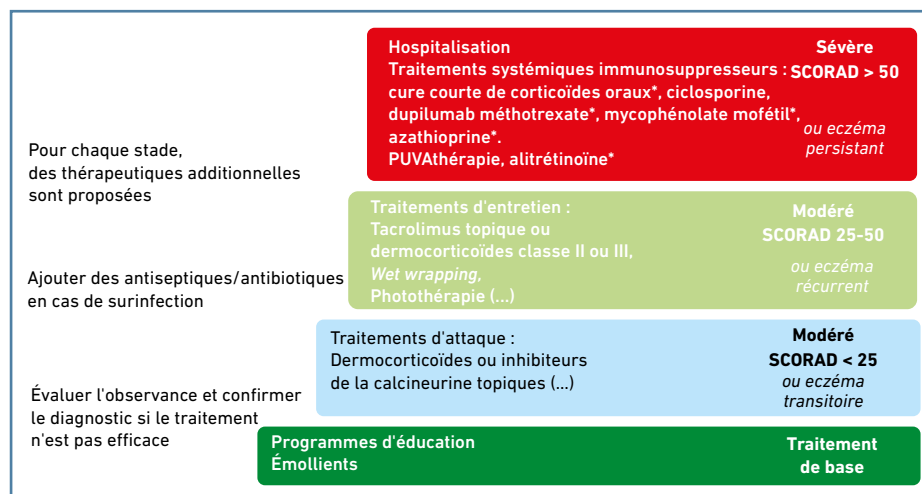
- radio pulmonaire (recherche d'infection tuberculeuse latente [ITL]);
- radio des sinus;
- panoramique dentaire.

Le patient est revu, soit pour une consultation de synthèse pendant laquelle on peut évaluer son état dépressif par le score MADRS et coté ALQP003, soit pour une consultation très complexe (en cours de validation) dans les cas où une biothérapie est initiée.

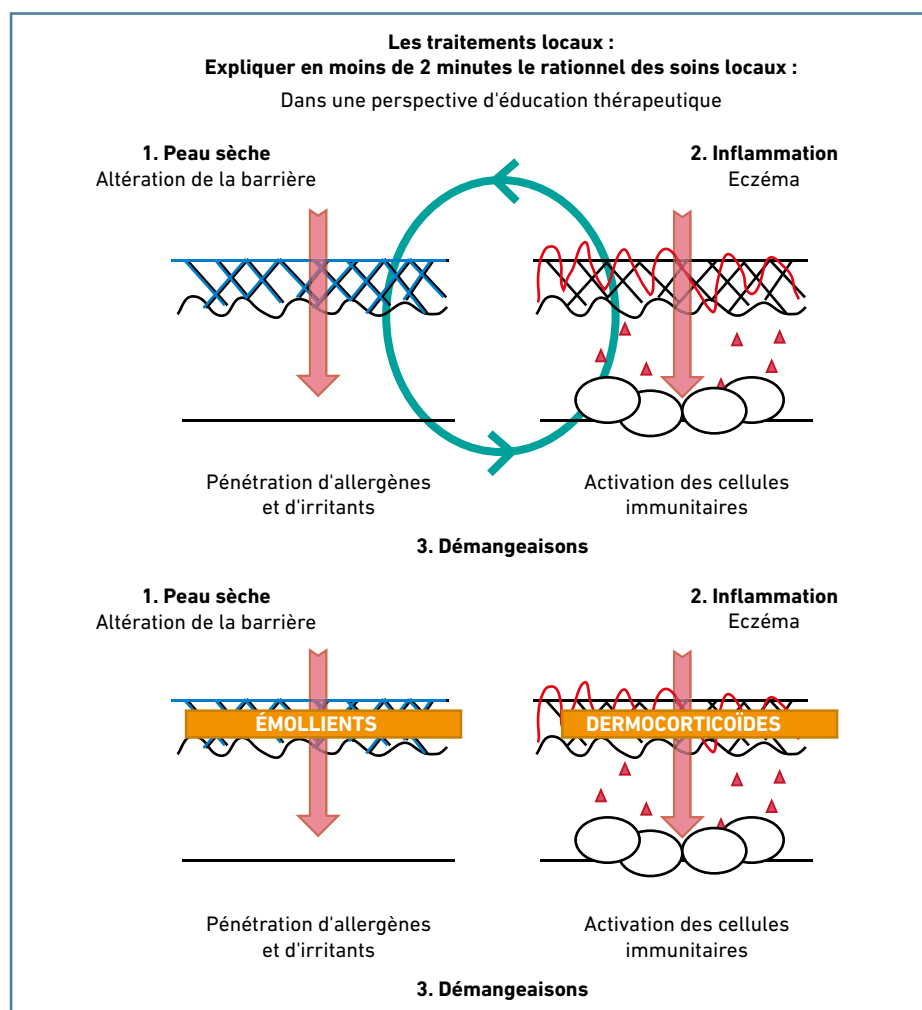
Rappelons que près de 9 patients sur 10 souffrent de prurit quotidiennement (86 % des patients) et que près de 2 adultes sur 3 souffrent de prurit plus de 12 h/jour (63 % des patients) (fig. 3). 50 % des patients limitent leur loisir ou se sentent entravés dans leur épanouissement au travail ou dans leurs études. 75 % ont des répercussions sur leur sexualité et 25 % souffrent des conséquences de la maladie sur leurs relations affectives. Il ne faut donc pas négliger le risque de dépression en lien avec le fardeau psychiatrique de la maladie.

## Critères d'échec à un traitement systémique

On définit l'échec à un traitement systémique selon des critères variables en fonction du traitement.



**Fig. 2 :** Traitement de la DA de l'adulte selon la sévérité. Le traitement de base sera toujours l'hydratation cutanée par des topiques adaptés, du lait à l'onguent en passant par des crèmes [10].



**Fig. 3 :** L'éducation thérapeutique fait partie de la consultation de l'expert dermatologue et crée un lien supplémentaire dans la relation patient-médecin.

• Ainsi, **pour la photothérapie**, les critères sont : un nombre de séances PUVA et UVB cumulées supérieur à 250, l'absence de réponse ou une rechute rapide, un antécédent de mélanome ou de carcinome épidermoïde, un phototype I ou des contraintes logistiques.

• **Pour la ciclosporine**, un dosage entre 2,5 et 5 mg/kg/j pendant au moins 3 mois sans amélioration est un échec, tandis que l'existence d'une hypertension artérielle (HTA) ou d'une dysfonction rénale représente une contre-indication.

• **Pour le méthotrexate** hors AMM, on considère comme un échec une posologie d'au minimum 20 mg/semaine pendant au moins 3 mois sans amélioration.

Selon les recommandations françaises, on retrouve sur la même ligne différents choix thérapeutiques après échec ou infaisabilité de la photothérapie : la ciclosporine avec PIH, les biothérapies ou les anti-JAK avec PIH. Aux États-Unis, la ciclosporine ne dispose pas d'une autorisation. Ce sont les biothérapies qui sont indiquées en 1<sup>re</sup> ligne, puis les anti-JAK en 2<sup>de</sup> ligne [13]. Toutefois, compte tenu des nouvelles recommandations européennes (2022) et américaines (2023) qui ont modifié la place des traitements systémiques, notamment celle de la ciclosporine (pour les adolescents à partir de 16 ans), la commission de la Haute autorité de santé (HAS) souhaite réévaluer la place des traitements systémiques de la dermatite atopique dans la stratégie thérapeutique à la lumière des prochaines recommandations françaises sur la prise en charge de la dermatite atopique.

## Particularités des différentes classes thérapeutiques

### >>> Biothérapies

En ce qui concerne les biothérapies, nous avons les anti-IL13 et IL4 avec le dupilumab, les anti-IL13 avec le tralokinumab et le lébrikizumab, les anti-IL31 avec le némolizumab.

En ce qui concerne le bilan, aucun n'est recommandé en théorie, mais il faut

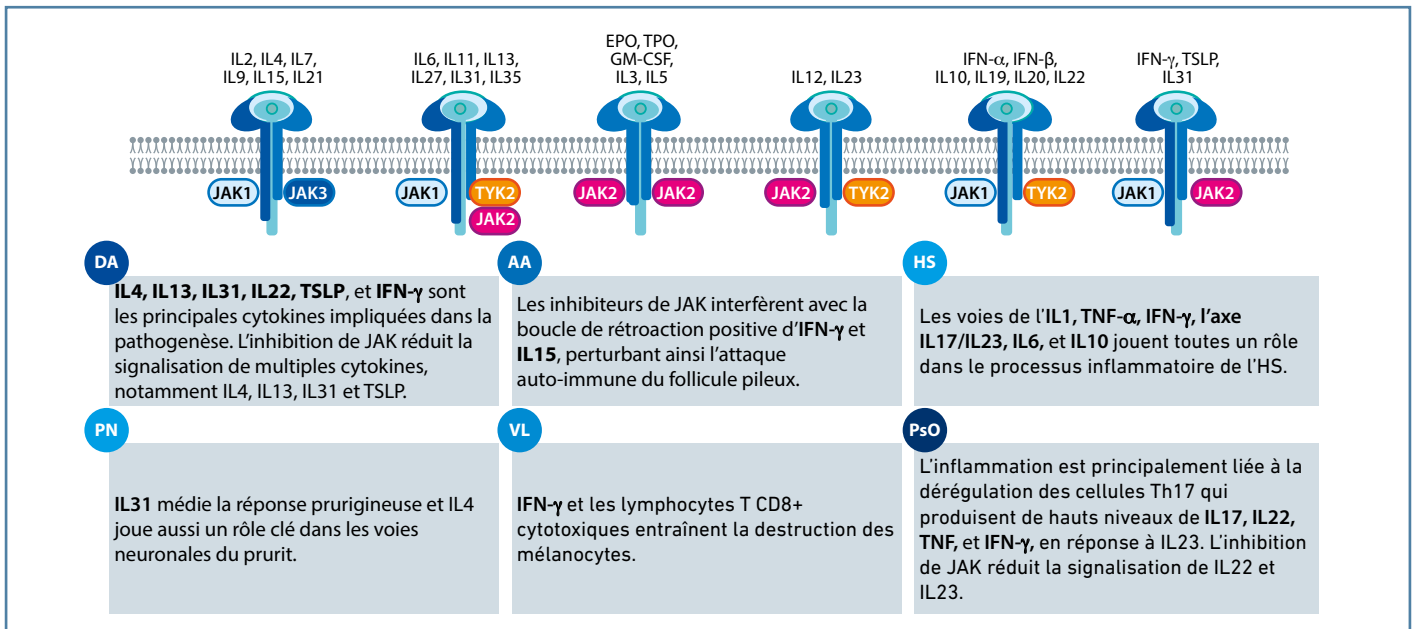


Fig. 4 : Les cytokines de la voie JAK jouent un rôle clé dans la physiopathologie de multiples maladies cutanées immunomédiées [12].

**éliminer l'infestation à helminthes** qui représente la seule contre-indication, car en inhibant la signalisation de l'IL4/IL13, on altère la réponse immunitaire contre les helminthes. Cette infection doit donc être traitée au préalable.

On préconise :

- une NFS (car possible hyperéosinophilie dans les effets secondaires) ;
- un ionogramme, une créatininémie (classe thérapeutique non indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère) ;
- un bilan hépatique ;
- et une consultation ophtalmologique si le patient présente déjà des antécédents ophtalmologiques.

### >>> Anti-JAK

En ce qui concerne les anti-JAK, nous avons l'abrocitinib (anti-JAK1), le baricitinib (anti-JAK1 et 2) et l'upadacitinib (anti-JAK2 et 3) (fig. 4).

Le bilan préthérapeutique est plus complet et se rapproche du bilan biologique des biothérapies dans le psoriasis. Il y a des précautions pour la population qui peut recevoir ces traitements.

**Les contre-indications sont plus nombreuses :** infection grave, zona,

thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, antécédents cardiologiques majeurs, diverticulose car risque de perforation intestinale, surveillance cutanée (carcinome cutané non mélanocytaire), grossesse, antécédents de cancer et chez les fumeurs et anciens fumeurs (PRAC) [13].

À ce jour, **les anti-JAK nécessitent une PIH.**

### >>> Enfant et adolescent

**Chez l'enfant et l'adolescent,** les traitements sont autorisés avec des limites d'âge et de poids. La ciclosporine n'est autorisée que si le patient a plus de 16 ans. La limite est de 6 mois pour le dupilumab, 2 ans pour le baricitinib, 12 ans pour les autres molécules (à condition de peser plus de 40 kg), tandis que l'abrocitinib est réservé à l'adulte.

### ■ Suivi des biothérapies en cabinet de ville

Le patient sera **revu à 16 semaines**, ce qui correspond au délai d'évaluation de l'efficacité du traitement. On évaluera alors l'efficacité du traitement et on recherchera des effets indésirables.

Le dupilumab donne des résultats d'amélioration du score EASI-75 de 50 % à la semaine 16 (étude SOLO). Le tralokinumab donne un EASI-75 de 80 % à la semaine 16 (étude ECZTEND). Les études ADhere, ADvantage, ADvocate montrent un résultat d'EASI-75 de 55 % à la semaine 16 chez l'adulte et l'adolescent et un résultat pertinent sur la qualité de vie. Deux études pour le némolizumab (ARCADIA 1 et 2 vs placebo) ont atteint les critères d'évaluation à la semaine 16 pour une réponse EASI-75 (ARCADIA 1 : 270 [44 %] vs 93 [29 %],  $p < 0,0001$  ; ARCADIA 2 : 220 [42 %] vs 80 [30 %],  $p = 0,0006$ ). Des avantages significatifs ont été observés avec le némolizumab pour tous les critères d'évaluation secondaires clés, y compris l'amélioration des démangeaisons dès la semaine 1, et l'amélioration du sommeil à la semaine 16.

Les effets secondaires sont peu nombreux et dominés par la conjonctivite. Le **tableau I** emprunté au Professeur Jachiet précise les conditions de prise en charge.

Les autres effets sont des douleurs au site d'injection et des céphalées.

Pendant cette consultation, on pourra coter un CDE [3], en particulier chez les patients à risque ou qui ont eu de la



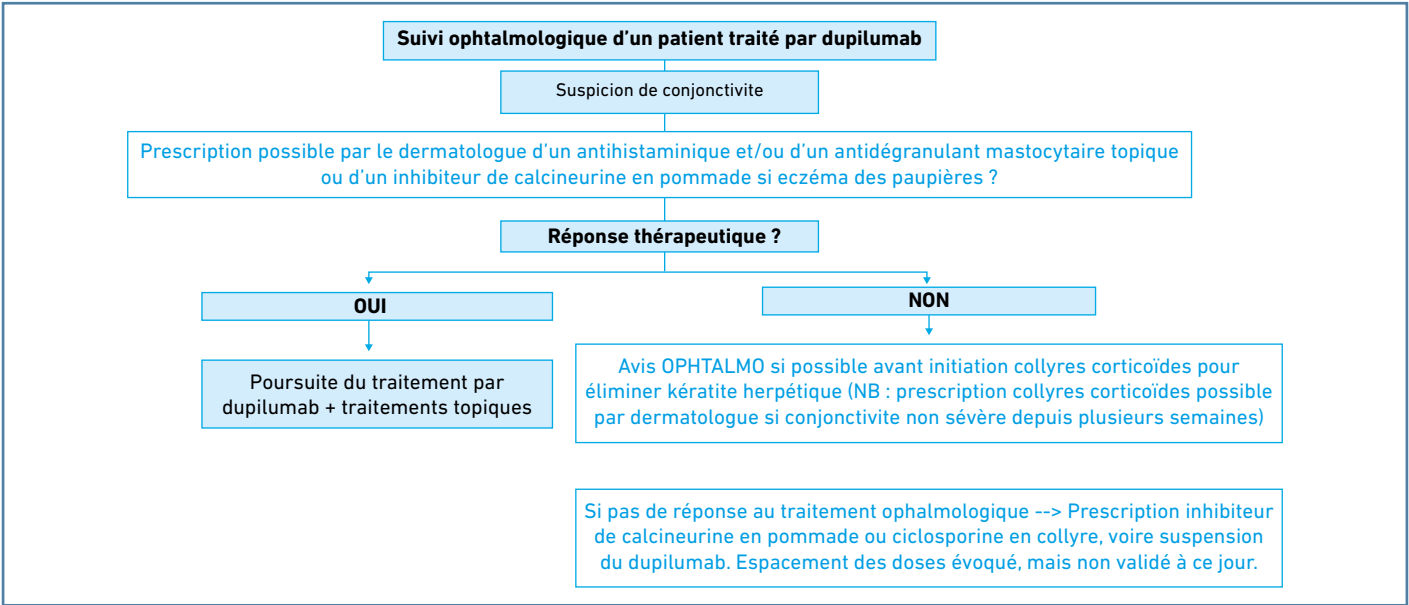


Tableau I: Suivi ophtalmologique d'un patient traité par dupilumab (SpeedOuest, 2024 ; Pr Jachiet).

photothérapie. On renouvellera le traitement par une ordonnance d'exception. En cas d'échec, votre contact hospitalier permettra, avec votre bilan, de débiter un anti-JAK.

Conclusion

La DA modérée à sévère altère de façon significative la qualité de vie. Les différents traitements améliorent l'état de nombreux patients, ce qui limite le fardeau psychiatrique cumulatif de la maladie, fil rouge de la campagne de sensibilisation lancée par l'Association française de l'eczéma en 2025. La suppression de la PIH replace le dermatologue libéral en tant que véritable expert.

Bibliographie

1. HELLO M, AUBERT H, BERNIER C *et al.* Dermatitis atopique de l'adulte. *Rev Med Interne*, 2016;37:91-99.  
 2. WEIDINGER S, NOVAK N. Atopic Dermatitis. *The Lancet*, 2016;387:1109-1122.  
 3. ANSM. "Modification des conditions de prescription et de délivrance de certaines biothérapies utilisées dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques". Sur le site ansm-sante.fr. <https://ansm.sante.fr/actualites/modification-des-con>

ditions-de-prescription-et-de-delivrance-de-certaines-biotherapies-utilisees-dans-le-traitement-de-maladies-inflammatoires-chroniques  
 4. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. "Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie". Sur le site legifrance.gouv.fr. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049757919>  
 5. REHAL B, ARMSTRONG AW. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985-2010. *PLoS One*, 2011;6:e17520.  
 6. PARISER DM, SIMPSON EL, GADKARI A *et al.* Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis: design, validation, and scoring of the Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT). *Curr Med Res Opin*, 2020;36:367-376.  
 7. Haute Autorité de santé. "Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours". Sur le site has-sante.fr. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_fiche\\_de\\_synthese\\_diagnostique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostique.pdf)  
 8. Santé publique France. "Épidémie de gale communautaire – Guide d'investigation et d'aide à la gestion". Sur le site santepubliquefrance.fr. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/epidemie-de-gale-communautaire-guide-d-investigation-et-d-aide-a-la-gestion>

9. WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T *et al.* Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:657-682.  
 10. <http://www.fondation-dermatite-atopique.org>  
 11. CHU DK, SCHNEIDER L, NETAHE ASINIWASIS R *et al.* Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2024;132:274-312.  
 12. HOWELL MD, KUO FI, SMITH PA. Targeting the Janus Kinase Family in Autoimmune Skin Diseases. *Front Immunol*, 2019;10:2342.  
 13. ANSM. "Retour d'information sur le PRAC de novembre 2022 (24 - 27 octobre)". Sur le site ansm-sante.fr. <https://ansm.sante.fr/actualites/retour-dinformation-sur-le-prac-de-novembre-2022-24-27-octobre>

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants: consultant, orateur principal ou coinvestigateur, invitation aux congrès pour les laboratoires: LEO Pharma, Merck Serono, Schering-Plough, Wyeth-Pfizer, Abbott-AbbVie, Janssen, Novartis, Celgene-Amgen, Génévrier, Lilly, Sanofi, UCB, BMS, Galderma, Ammirall.