

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 phalange - cf boîte à outils

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

En particulier 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 récurrences fréquentes

Quantité - application de la règle de l'unité phalange - cf boîte à outils

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 en particulier pour les zones 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

OU

INHIBITEURS DE JAK*

≥ 6 mois

Dupilumab

≥ 12 ans

Lebrikizumab

≥ 12 ans

Tralokinumab

≥ 12 ans

Abrocitinib

≥ 2 ans

Baricitinib[#]

≥ 12 ans

Upadacitinib

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

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

• 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.

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.

Abbreviations

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