

#### ANNEXE 4. TABLEAUX D'EXTRACTION DES RS INCLUSES

Alves C et al, 2022

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|---|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Alves Carlos<br>European Journal of Clinical Pharmacology<br>Décembre 2022 | RS avec MA<br>Période inclusion : jusqu'au 17 février 2022<br>Nombre d'articles : 18<br>Type d'articles : ECR (phase 2 ou 3)<br>Langue : Anglais | Patients diagnostiqués avec une DA selon l'un des critères suivants : <i>American Academic of Dermatology, Hanifin and Rjaka Japanese Dermatological Association</i><br>Intervention : inhibiteurs systémiques de JAK (abrocitinib, baricitinib, gusacitinib, upadacitinib)<br>Comparateur : placebo, traitement actif ou absence de traitement | Comparer la tolérance des différents JAKs systémiques DA<br>Tout EI, EIG, EI conduisant à l'arrêt du traitement, toute infection, toute infection grave, toute infection herpétique virale et tout événement cardiaque ou vasculaire | 9031                    | Comparativement au placebo, le baricitinib (OR 1,25, IC 95% 1,03-1,55), l'abrocitinib (OR 1,54, IC 95% 1,25-1,90) et l'upadacitinib (OR 1,46, IC 95% 1,19-1,81) augmentent le risque de survenue de tout événement indésirable (EI, EIG, EI conduisant à l'arrêt du traitement)<br><br>L'abrocitinib (OR 1,62, IC 95% 1,7-2,72), l'upadacitinib (OR 1,67, IC 95% 1,19-2,43) et le dupilumab (OR 1,69, IC 95% 1,02-2,79) augmentent le risque d'infections par rapport au placebo.<br><br>Le risque d'infections virales herpétiques augmente avec l'abrocitinib (OR 4,88 ; IC95% 1,79-16,91) et l'upadacitinib (OR 3,66 ; IC 95% 1,61-11,13) par rapport au placebo.<br><br>Aucune autre différence de risque statistiquement significative n'a été identifiée entre les traitements. | NA  | Rareté des événements<br>Hétérogénéité non évaluée<br>1 seule étude sur gusacitinib | Non                        |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|

|                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|
| Alves et al., 2022 | Y | Y | N | N | Y | Y | N | N | Y | N | Y | Y | Y | N | N | Y | Critically low |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année       | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---------------------------------------|---|--|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Anna Ascott et al<br>JACI<br>Mai 2019 | RS avec MA<br><br>Inclusion : Jusqu'en décembre 2017 + inclusion d'une étude en cours de publication (écrites par certains co-auteurs et reviewers) au moment du screening<br><br>Pas de restriction linguistique<br><br>Études de cohorte, cas-témoin ou transversales<br><br>19 inclus dans la RS<br>17 inclus dans la MA | Patients de plus de 18 ans ayant une DA<br><br>Inclusion des études publiées dans journal avec reviewing, de cohorte, cas-témoin ou transversale, rapportant des données sur la survenue d'événement cardiovasculaires (CV) majeur chez les patients DA et patients sains.<br><br>Exclusion des études concernant des eczéma localisés ou autres types d'eczémas | Association entre DA et événements cardiovasculaires majeurs (angine de poitrine, infarctus du myocarde (IDM), revascularisation coronaire, insuffisance cardiaque (IC), arythmie cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC) et décès cardiovasculaire | 79714881 patients       | <b>Association DA et angor</b> : RR = 1.18 (95% CI, 1.13-1.24) (n=2 études cohorte)<br><br><b>Association DA et insuffisance cardiaque</b> : RR 1.26 (95% CI : 1.05-1.51) (n = 2 études)<br><br><b>Pas d'augmentation du risque de décès CV</b> (1 étude cohorte)<br><br><b>Augmentation du risque d'AVC</b> chez les patients DA : average RR, 1.17; 95% CI, 1.14-1.20; (n = 4 études de cohorte). <b>Non significatif dans les études transversales</b> (n = 8 études)<br><br><b>Augmentation du risque d'angor</b> (RR, 1.16; 95% CI : 1.07-1.26) (n = 2 études), d'IC (RR, 1.20; 95% CI, 1.06-1.36) (n= 1 étude), de décès cardiovasculaire (RR, 1.25; 95% CI, 1.13-1.38) (n = 2 études), d'infarctus (RR, 1.14; 95% CI, 1.05-1.23) (n = 3 études) <b>avec la sévérité de la DA</b> | NA  | Hétérogénéité élevée (définition de la DA dans les études, ajustement sur cofacteurs) mais faible risque de biais.<br>Faible nombre d'études.<br>Pas de données pour certains événements prévus dans le protocole d'étude (par exemple procédures de revascularisation coronaire, arythmie cardiaque<br>Probable biais de classement ou de mémorisation sur sévérité de la DA | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II              | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Ascott et al, mai 2019 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High quality |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année            | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus                                  | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle                    |
|--|--|--|---|--|---|--|---|---|
| Ayen-Rodríguez Angela<br>Life Juillet 2022 | RS sans MA<br>Période d'inclusion : Du 1 <sup>er</sup> janvier 2000 au 30 avril 2022<br>5 articles (7 ECR)<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés de phase III<br>Langue : Anglais | Patients adultes atteints de DA modérée à sévère (adolescents acceptés si population mélangeée aux adultes)<br>Traitement : biothérapies et JAKi approuvés par l'Agence du Médicament Européen au moment de la revue (dupilumab, tralokinumab, baricitinib, abrocitinib et | Évaluer l'efficacité et la tolérance à long terme des biothérapies et JAKi dans la DA modérée à sévère.<br>Critère de jugement principal : nombre de patients ayant obtenu une réduction d'au moins 75 % par rapport à l'état initial sur l'échelle EASI (EASI 75) à 48-60 semaines ; et nombre de patients ayant atteint l'IGA 0/1.<br>Critères secondaires : nombre de patients ayant obtenu une réduction d'au moins 90 % par rapport à l'état initial sur l'échelle EASI (EASI 90) à 48-60 semaines ; une amélioration d'au moins 4 points sur l'échelle de | 5044<br>Traitement expérimental : 3466<br>Placebo : 1578 | Efficacité :<br>- données descriptives rapportées étude par étude<br>- difficile de synthétiser les résultats pour cette revue narrative<br>- meilleure proportion d'EASI 75 obtenue pour l'upadacitinib 30 mg (84,7% (77,3-92,1)) dans l'étude AD Up | Proportion d'EI similaires entre dupilumab et placebo sur 52 semaines<br>Proportion d'EI similaires entre tralokinumab et placebo sur 36 semaines<br>Proportion d'EI similaire entre les doses de traitement pour l'upadacitinib, pas de données comparatives vs placebo à 52 semaines<br>Proportion d'arrêt du traitement suite à des EI de 4,5% dans le groupe upadacitinib 15 mg vs | Pas de méta-analyse (hétérogénéité des ECR inclus), revue narrative | Non mais conflits d'intérêts chez les auteurs |

|  |  |   |   |  |  |  |  |
|--|--|---|---|--|--|--|--|
|  |  | upadacitinib) en monothérapie ou en association avec des corticoides topiques.<br><br>Avec évaluation à long terme définie entre 48 à 60 semaines | démangeaisons NRS ; nombre de patients avec au moins un EI ; nombre de patients avec au moins un EIG. |  |  | 9,6% dans le groupe 30 mg<br><br>Pas de données pour le baricitinib à long terme |  |
|--|--|---|---|--|--|--|--|

| AMSTAR II                   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Ayen-Rodríguez et al., 2022 | Y      | PY     | N      | N      | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | NA      | NA      | N       | N       | NA      | N       | Critically low |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année                            | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)   | Population<br>d'analyse  | Critère de jugement<br>principal     | Nbre de<br>patients<br>inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires<br>pertinents<br>(préciser le nombre<br>d'articles inclus dans<br>l'analyse)   | Effets indésirables (NA si<br>étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation<br>industrielle  |   |
|--|---|--|--------------------------------------|-------------------------------|---|--|---|--|---|
| Ann Allergy<br>Asthma Immunol<br>–<br>Layla Bakaa –<br>juin 2022 | RS avec MA<br>Pas de période<br>d'inclusion notifiée<br>=> 12 articles<br>dont<br>10 essais contrôlés<br>(dont 6 publiés et 4<br>non publiés) ;<br>Toute langue | Age moyen 7,2 ans,<br>50,5% sexe féminin,<br>avec un SCORAD<br>moyen à 44,27 et<br>EASI moyen à 23,38,<br>soit des DA<br>modérée à sévère<br><br>Randomisation :<br>hypochlorite de<br>sodium versus pas<br>d'hypochlorite de<br>sodium<br><br>Exclus : patients<br>avec traitement<br>antibiotique<br>préalable ;<br>sensibilité connue à<br>l'eau de Javel ;<br>herpès | Critères d'inclusion<br>et exclusion |                               | 32% de chance d'avoir une<br>DA améliorée de 50% par<br>rapport à l'état de base<br>dans le groupe bain de<br>javel versus 22% pour le<br>groupe contrôle (RR, 1.45<br>95% Crl, 1.00-2.14) mais IC<br>comportant 1.<br><br>Évaluer l'efficacité et la<br>sécurité des bain de<br>sodium hypochlorite<br>dans la DA (0,005%<br>pendant 10 minutes, 2<br>à 3 fois par semaine)<br>Efficacité mesurée<br>par la diminution de<br>50% du Score EASI,<br>calculé par le clinicien<br><br>Évaluer la colonisation<br>staphylococcique | 307 patients   | 32% de chance d'avoir une<br>DA améliorée de 50% par<br>rapport à l'état de base<br>dans le groupe bain de<br>javel versus 22% pour le<br>groupe contrôle (RR, 1.45<br>95% Crl, 1.00-2.14) mais IC<br>comportant 1.<br><br>Réduction de la<br>colonisation par le<br>Staphylocoque doré non<br>démontrée (RR = 0,89, 95%<br>IC 0,73 – 1,09).<br><br>Sécheresse cutanée et<br>irritation, prurit, sensation<br>de brûlure rapportée dans<br>7 études<br>RR = 0.98 [95% CI, 0.60-<br>1.61]<br><br>Absence de différence<br>concernant le prurit, le<br>sommeil, la qualité de vie,<br>les poussées, et la sévérité<br>selon le patient. | Etude de<br>courte durée,<br>manque de<br>données,<br>hétérogénéité<br>des études,<br>petits effectifs | Non (American<br>Academy of<br>Allergy,<br>Asthma &<br>Immunology et<br>the American<br>College of<br>Allergy,<br>Asthma and<br>Immunology) |

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Bakaa et al,<br>2022 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High         |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année            | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)   | Population<br>d'analyse  | Critère de jugement<br>principal  | Nbre de<br>patients<br>inclus  | Résultat principal<br><br>Et résultats secondaires<br>pertinents<br><br>(préciser le nombre<br>d'articles inclus dans<br>l'analyse)   | Effets indésirables (NA si<br>étude non<br>thérapeutique)   | Limites /<br>biais   | Participation<br>industrielle |
|--|---|--|---|--|---|---|--|-------------------------------|
| BAMFORD<br>JTM<br><br>Cochrane<br><br>Avril 2013 | RS avec MA<br><br>Période<br>d'inclusion :<br>jusqu'au 29 août<br>2012<br><br>Pas d'exclusion de<br>langue<br>10 pays<br><br>27 ECR | Patients<br>atteints de DA,<br>traités par<br>huile d'onagre<br>per os (19 ECR)<br>ou huile de<br>bourrache per<br>os (8 ECR),<br>versus placebo | Evaluation par les<br>patients (EVA)<br><br>Evaluation par les<br>médecins (SCORAD)<br><br>Qualité de vie<br><br>Effets secondaires | 1596<br>participants<br>Population<br>enfants et<br>adultes (9<br>ECR)<br>Adultes<br>seuls (9 ECR)<br>Enfants<br>seuls (9 ECR) | 1/ HUILE D'ONAGRE<br>(HO) :<br>MA sur 7 études<br>Evaluation par patients :<br>différence moyenne<br>entre HO et placebo -<br>2,22, IC 95% -10,48 à<br>6,04, $I^2$ 50% (non<br>significatif)<br><br>Evaluation par médecins<br>14 ECR, MA sur 8 études<br>internes<br>différence moyenne<br>entre HO et placebo -<br>3,26, IC 95% -6,96 à 0,45,<br>$I^2$ 0% (non significatif)<br><br>Sur les autres études<br>non poolées : pas<br>d'amélioration (4<br>études) ou<br>ininterprétable (3<br>études). | Dans la bibliographie<br>annexe est signalé un<br>effet anticoagulant de<br>l'HO, avec interaction<br>possible avec la<br>warfarine | Pas d'étude<br>provenant<br>de pays en<br>voie de<br>développem<br>ent, donc<br>extrapolatio<br>n difficile à<br>toute la<br>population. | Non                           |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|           |        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |         |         |         |         |              |

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |                             |   |   |   |   |   |   |   |     |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Bamford,<br>2013 | Y | Y | N | Y | Y | Y | Y | Y | Y /<br>Includes<br>only RCT | Y | Y | Y | Y | Y | N | Y | Low |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-----|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année        | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|--|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Birdi et al, Janv 2020, Int J Dermatol | RS avec MA<br>3 bases de données<br>Aucune limite antérieure jusqu'au 24/10/2018<br>Tout type d'étude sauf case report et abstract de conférence<br>Si une mesure de la QoL était faite (mais non comme un résultat d'une intervention médicale ou psychologique)<br><b>32 articles inclus</b><br>(24 de bonne qualité, 8 de mauvaise qualité).<br>25 études utilisaient | Patients adultes atteints de DA (> 16 ou 18 ans selon les études) avec score QoL Avec diagnostic clinique de DA<br>Exclusion : < 16 ans ; mesure QoL après intervention éducationnelle ou médicale | Qualité de vie chez les patients adultes avec DA.<br>En utilisant DLQI ou SF-36 (soit isolée, ou relation avec activité de la maladie) ; comparé avec contrôle ou d'autres pathologies dermatologiques | Non connu               | <b>DLQI</b> (25/32 études) :<br>-Moyenne globale de 4,9 à 20,5<br>-Domaines touchés : émotions (gêne, embarras, complexe) et symptômes (prurit, douleur, picotements)<br>-Le moins touché : Relations personnelles.<br>-Habillement problématique (2 études)<br><br><b>EQ-5D</b> (1 étude) :<br>Domaines les plus touchés : activités quotidiennes et douleur / inconfort.<br><br><b>Qualité de vie et sévérité de la DA</b> (22/32 études) :<br>-Corrélation significative entre sévérité et DLQI (18 /19 études)<br>-MA faite sur 7 études avec comparaison DLQI / SCORAD : corrélation moyenne pondérée par l'échantillon entre la QoL et la gravité de la maladie était $r+ = 0,44$ (IC95% 0,27-0,59) avec hétérogénéité significative ( $\chi^2 = 13.78$ , $p < .05$ )<br><b>Donc impact fort sur QoL si sévérité plus forte de la maladie ; plus la maladie est sévère plus la QoL est faible</b> | NA  | Pas de réelle MA car hétérogénéité importante des outils de mesure de la QoL<br><br>Etudes transversales sans analyse pour déterminer cause et effet.<br><br>Pas d'analyse des biais. | Aucune                     |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>la DLQI pour évaluer QoL</p> <p>7 études utilisaient le SCORAD corrélé avec DLQI qui ont servi dans la MA</p> <p><b>MA sur 7 études</b></p> <p>Langue : anglais</p> |  |  | <p>-Corrélation significative comparant EASI (2 études) et QoL</p> <p>-Corrélation significative entre la sévérité rapportée (9 études) par le patient et le DLQI (<math>p&lt;0,001</math>) et entre DLQI et zone exposée atteinte chez la femme (<math>p = 0,001</math>)</p> <p>-Corrélation significative entre le score Rajka &amp; Langeland élevé (2 études) et la qualité de vie basse.</p> <p>-10 études avec le score SF-36 dont 5/6 qui retrouvent une corrélation significative entre sévérité et altération QoL.</p> <p><b>QoL comparé à patients sains ou autres maladies que DA :</b></p> <p>Qualité de vie significativement altérée chez patients DA vs sains (15 études)</p> <p>Résultats plus équivoques dans la comparaison avec psoriasis / urticaire chronique / vitiligo.</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Birdi et al, 2020 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | N      | PY     | PY     | N      | N       | N       | N       | N       | N       | N       | Y       | Critically Low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus                                 | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|---|--|---|--|--|--|----------------------------|
| Chen Jingsi<br>Journal of the American Academy of Dermatology<br>Aout 2022 | RS avec MA<br>Période inclusion : jusqu'au 16 septembre 2021<br>Nombre d'articles : 25<br>Type d'articles : ECR en double aveugle<br>Langue : pas de restriction | Patients atteint de DA<br>Traitement : JAKis topiques ou oraux<br>Contrôle : placebo pour JAKis oraux ou véhicule pour JAKis topiques | Examiner l'efficacité et la tolérance des JAKis pour la DA.<br>Évaluation de l'efficacité :<br>- Pourcentage de changement par rapport à l'état initial du score EASI<br>- Proportion de patients ayant atteint l'IGA 0 ou 1 avec une amélioration de 2 points ou plus par rapport à l'état initial.<br>- Changement par rapport à l'état initial de l'échelle d'évaluation numérique du prurit (NRS)<br>Évaluation de la tolérance :<br>Proportion d'effet indésirable (EI), EI grave, arrêt du | 9931 (2383 patients JAKis oraux et 7548 JAKis topiques) | Dans l'ensemble, comparé aux placebos, l'utilisation des JAKis a montré une amélioration significative du score des lésions et du prurit : - EASI (SMD= -0,79 IC 95% [-0,97 à -0,61] ; P < 0,00001 20 études)<br>- IGA (OR=5,08 IC 95% [3,78-6,82] ; P < 0,00001, 25 études) ;<br>- échelle d'évaluation numérique du prurit (SMD = -0,49 IC 95% [-0,67 à -0,32] ; P<0,00001, 9 études)<br>Analyses de l'efficacité en sous groupes, pour la forme topique :<br>- Réduction EASI : SMD [95% CI] -0,97 [-1,14, -0,80] <0,00001<br>- IGA OR : 6,39 [4,60, 8,87] <0,00001 | Aucun EI significatif n'a été constaté pour les JAKis topiques.<br>Les JAKis oraux ont présenté un risque accru d'au moins un EI (OR [95% CI], 1,23 [1,11-1,36] ; P<0,0001) et les EI suivants ont été le plus souvent signalés : troubles gastro-intestinaux (OR [95% CI], 2,49 [1,84-3,37] ; P <0,00001), rhinopharyngite (OR [95% CI], 1,23 [1,04-1,46] ; P =0,02), et maux de tête (OR [95% CI], 1,57 [1,23-2,00] ; P < 0,0003).<br>Elévarions CPK (asymptomatiques) pour le baricitinib et upadacitinib.<br>Herpes et infections sévères non fréquent dans RS | Valeurs heterogénéité souvent supérieures à 50%, non explorées<br>Suivi à court terme pour tolérance | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II              | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Chen J et al.,<br>2022 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus                                  | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|--|---|--|---|---|---|----------------------------|
| Chen Tai-Li<br>JAMA Dermatology<br>Novembre 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'au 5 février 2022<br>17 articles<br>Type d'article : Etudes de cohorte (2 études) et essais contrôlés randomisés (15 ECR)<br>Langue : pas de restriction | <b>1/Association entre DA et MTEV incidente :</b><br>Études de cohorte examinant l'association entre la DA et la MTEV incidente ; un groupe d'exposition comprenant des personnes atteintes de DA et un groupe de contrôle non exposé comprenant des personnes non atteintes de DA ; rapportant les estimations du risque de MTEV incidente.<br><b>2/ Évaluation du risque de MTEV chez les patients atteints de DA et traités JAKi par voie orale :</b> ECR | HR pour la survenue de MTEV associée à la DA<br>Différence de risque pour la survenue de MTEV chez les patients avec DA traités par JAKi oraux comparativement aux patients recevant un traitement par dupilumab ou placebo | 466 993 (458 206 pour les cohortes et 8787 pour les ECR) | Le risque de MTEV incidente n'a pas augmenté de manière significative chez les patients atteints de DA par rapport aux témoins non atteints de DA (HR 0,95 ; IC 95 %, 0,62-1,45 ; $I^2 = 92\%$ ) (2 articles)<br><br>Pas de différence significative dans le risque de MTEV incidente entre les participants atteints de DA recevant des JAKi et les témoins recevant un placebo ou du dupilumab (différence de risque Mantel-Haenszel, 0 ; IC 95 %, 0-0 ; $I^2 = 0\%$ ). Les résultats étaient similaires pour les 4 JAKi. | NA  | Les études incluses ont été menées principalement dans les pays occidentaux.<br><br>Hétérogénéité statistique non explorée<br><br>Les études incluses n'ont pas rapporté le risque de MTEV en fonction des différentes formes de DA | Non                        |

|  |  |   |  |  |  |  |  |   |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|
|  |  | <p>de phase 2 et 3 portant sur la sécurité des JAKi chez les patients atteints de DA ; groupe d'intervention composé de participants atteints de DA recevant un traitement par JAKi et groupe témoin composé de participants atteints de DA recevant soit un placebo, soit du dupilumab ; rapportant le nombre d'événements thromboemboliques veineux.</p> <p>Exclusion :</p> <p>études ouvertes, études d'extension à long terme sans groupe témoin, JAKi topiques, articles de synthèse, éditoriaux, rapports de cas, études transversales, études cas-témoins et études avec des participants non humains.</p> |  |  | <p>Le taux d'incidence de la MTEV était de 0,15 événement pour 100 patients-année chez les patients atteints de DA et recevant des inhibiteurs de JAK et de 0,12 chez les patients recevant un placebo (15 articles)</p> |  |  | <p>Manque de puissance possible pour les ECR et durée trop courte de suivi pour détecter des événements indésirables rares ou à long terme, tels que la MTEV.</p> |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Chen TL et al., 2022 | Y      | Y      | N      | PY     | Y      | Y      | N      | N      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low          |



| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année                               | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br><br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue   | Population d'analyse<br><br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br><br>Et résultats secondaires pertinents<br><br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|--|--|--|--|---|----------------------------|
| Ann Allergy<br>Asthma<br>Immunol –<br>Rishi<br>Chopra–<br>Aout 2017 | RS avec MA<br><br>Pas de date antérieure jusqu'à juin 2017<br><br>5 études incluses:<br>3 études contrôlées, 1 étude pilote à 1 bras, 1 étude randomisée, 1 essai randomisé croisé<br><br>Parmi ces études :<br>2 en double aveugle, 2 en simple aveugle, 1 ouverte<br><br>Avec évaluation de l'utilisation de bains d'eau de javel ou d'agents de blanchiment topiques<br><br>Et évaluation de la sévérité de la DA<br><br>Pas de restriction de langue<br><br>Exclus : études sans évaluation claire de l'efficacité de l'eau de Javel | Population de tout âge, ayant une DA<br><br>5 études dont 4 pédiatriques et une étude mixte, chaque étude ayant entre 18 et 40 patients.<br><br>Age moyen de 13,7 – 145,2 mois,<br><br>DA modérée à sévère. | Déterminer l'efficacité des bains de javel sur la sévérité de la DA, en comparaison avec des bains standards :<br><br>Evaluation par les scores BSA, EASI, IGA, SCORAD, DLQI, EVA prurit, TEWL | Nombre de patients non explicite (détallée pour 4 sur 5 études). | EASI et BSA analysables à S4 dans 3 études :<br><br><u>Bains de Javel à S4 versus S0 :</u><br>-EASI : $11.0 \pm 7.8$ vs $24.9 \pm 25.3$<br>-BSA : $42.8 \pm 12.7\%$ vs $49.8 \pm 18.1\%$<br><br><u>Bain d'eau à S4 vs début :</u><br>-EASI : $14.2 \pm 7.7$ vs $25.2 \pm 12.3$<br>-BSA : $41.1 \pm 18.1\%$ vs $45.6 \pm 17.9\%$<br><br><b>Absence de différence entre les 2 groupes à 4 semaines : score EASI (I2 = 98%; P=.16) ou BSA (I2 =96%; P=.36).</b><br><br>Sur les 15 différentes évaluations du score de sévérité à 4 semaines : 3 montrent une supériorité des bains de javel versus bains d'eau, 11 ne montrent pas de différence, 1 montre une supériorité des bains d'eau. | Pas de différence entre les 2 groupes concernant les effets indésirables : picotement et brûlure (11%), xérose (10,5%), érythème (6,9%), urticaire (5%) et suintement (5%) | Peu d'études, faible population, courte durée de suivi, monocentrique, pas de double aveugle systématique | Aucune                     |

| <b>AMSTAR II</b> | Item 1 | <b>Item 2</b> | Item 3 | <b>Item 4</b> | Item 5 | Item 6 | <b>Item 7</b> | Item 8 | <b>Item 9</b> | Item 10 | <b>Item 11</b> | Item 12 | <b>Item 13</b> | Item 14 | <b>Item 15</b> | Item 16 | Score global   |
|------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|---------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|
| Chopra,<br>2017  | Y      | PY            | N      | PY            | Y      | N      | N             | N      | N             | N       | Y              | N       | N              | N       | N              | Y       | Critically Low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                     | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal                    | Nbre de patients inclus  | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|--|--|--|---|---|----------------------------|
|   | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue  |   |  |  | Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   |   |   |                            |
| A. Cunliffe<br>Skin Health and Disease<br>Mars 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en février 2020<br>31 articles inclus dont 24 dans la MA<br>Etudes de cohorte, cas-témoin, transversales, et série de cas avec >10 patients<br>Etudes en anglais, allemand ou français. | Patients de tout âge, sexe, ethnie, localisation géographique.<br>Inclusion des études observationnelles étudiant l'association eczéma et psoriasis<br>Exclusion des études s'intéressant uniquement aux eczémas de contact, eczémas irritatifs, eczémas nummulaires, eczéma variqueux. | Coexistence de lésions d'eczéma et de psoriasis. | 1 426 434 patients<br>Cohorte « psoriasis » : 20 523<br>Cohorte « eczéma » : 1 405 911 | Prévalence d'eczéma chez les patients ayant un psoriasis dans le même temps : 2% (95% CI : 1-3) (n = 8 études)<br>Prévalence d'eczéma chez les patients ayant un psoriasis à tout moment : 9% (95% CI : 7, 10) (n = 17 études)<br>Prévalence de psoriasis chez les patients ayant un eczéma dans le même temps : 2% (95% CI : 1, 3) (n = 7 études)<br>Prévalence de psoriasis chez les patients ayant un eczéma à tout moment : 4% (95% CI : 3, 5) (n = 10 études) | NA  | Hétérogénéité entre les études (différents designs, différentes méthodes d'identification de l'exposition)<br>21 études avec haut risque de biais.<br>La plupart des études incluses rapportent des prévalences et ne comparent pas à un groupe contrôle. | Non                        |

| AMSTAR II                    | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Cunliffe et al,<br>Mars 2021 | Y      | PY     | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High quality |

Devasenapthy et al, 2022

| 1er auteur,<br>Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus  | Résultat principal  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle                             |
|--|---|--|---|--------------------------|---|---|--|--|
| The Lancet Child & Adolescent Health – Niveditha Devasenapathy – Novembre 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion des articles : jusqu'en 06/2022<br>Pas de restriction de langues<br>=> 110 Articles inclus dont : 52 essais randomisés (DA + ICT versus DA sans ICT) ; 10 essais comparatifs non randomisés (DA + ICT versus DA sans ICT) ; | Sur les 110 études : 86 : incluent des enfants 24 : adultes exclusivement.<br>83% porteurs de DA légère à moyenne<br>48% des études sont faites avec le tacrolimus topique ; 42%, avec le pimécrolimus topique ; | Evaluer le risque de développer un cancer lors de l'utilisation d'ICT prescrits pour une DA | 3,4 millions de patients | Absence de différence de risque absolu de développer un cancer versus groupe contrôle <b>quel que soit le type d'étude</b> : (RA 4,7/1000 versus 4,56/1000 ; OR= 1,03 IC95% 0,94–1,11).<br>L'utilisation de pimécrolimus (OR= 1,05 ; 95% IC 0,94–1,15) ou tacrolimus (OR= 0,99 ; 95% IC 0,89–1,09) n'a pas de risque significatif de développer un cancer par rapport au groupe contrôle. | NA  | -Inclusion de certains patients dans plusieurs études potentiellement - suivi parfois trop court mais un certain nombre ont des suivis de plus de 10 ans | Non American Academy of Allergy, Asthma and Immunology |

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  | 48 essais non comparatifs et non randomisés concernant le risque de cancer lors de l'utilisation des anti calcineurines topiques chez les patients atteints de DA<br><br>Exclus : articles concernant des suivis < 3 semaines ou n'étudiant qu'une zone corporelle | 10% avec les deux.<br><br>19 ans en moyenne<br><br>Pour les enfants : 0,7 à 120 mois (moyenne de 11 mois)<br><br>Application du topique une à deux fois par jour pendant 4 à 6 semaines pour traiter la poussée puis soit à la demande soit en traitement proactif 2 fois par semaine pendant plusieurs mois<br><br>Inclusion de tout type de cancer (systémique ou peau) |  | Idem après ajustement sur age, sexe, sévérité de la DA et durée du suivi.<br><br>Etu du pimécrolimus vs tacrolimus : OR=0.93 (IC 0.78-1.09) : pas de différence<br><br>Suivi après 10 ans<br>Pas de différence quel que soit la population exposée |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

| AMSTAR II      | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Devasenapathy, | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | y      | Y      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High         |

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2022 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|--|---|---|-------------------------|--|--|--|----------------------------|
|   | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue   |   |   |                         |  |  |  |                            |
| Drucker, Aaron M. JAMA dermatology Juin 2020 et mise à jour de mai 2022 | RS avec MA<br><br>Période d'inclusion : Jusqu'au 15 juin 2021<br><br>Nombre d'articles : 60<br><br>Type d'articles : ECR<br><br>Langue : Anglais | Enfants et adultes atteints de DA modérée à sévère.<br><br>Critères d'inclusion :<br>- Traitements immunomodulateurs systémiques pour les adultes et les enfants atteints de DA modérée à sévère<br><br>- Contrôle comprenant tout comparateur, y compris placebo<br><br>Critères d'exclusion :<br>- Dose unique<br>- Traitement de moins de 8 semaines | Evaluer l'efficacité relative et la tolérance des traitements<br><br>Critères de jugement principaux :<br>- changement de score sur une échelle mesurant les signes cliniques rapportés par l'investigateur comme le score EASI<br>- changement de score sur une échelle mesurant les symptômes | 16 579                  | Jusqu'à 16 semaines de traitement chez l'adulte, l'abrocitinib, 200 mg par jour (MD 2,2 ; IC95 %, 0,2-4,0) et l'upadacitinib, 30 mg par jour (MD 2,7 ; IC95 %, 0,6-4,7) ont été associés à une réduction de l'EASI légèrement supérieure à celle du dupilumab, 600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines.<br><br>L'abrocitinib, 100 mg par jour (MD -2,1 ; IC95% -4,1 à -0,3), le baricitinib, 4 mg par jour (MD -3,2 ; IC95% -5,7 à -0,8), le baricitinib, 2 mg par jour (MD -5,2 ; IC95% -7,5 à -2,9) et le tralokinumab, 600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines (MD -3,5 ; IC95% -5,8 à -1,3) ont été associés à une réduction de l'EASI | En ce qui concerne les arrêts en raison de la survenue d'EI chez les patients recevant l'abrocitinib, le baricitinib, le dupilumab, le tralokinumab, l'upadacitinib, les intervalles de confiance étaient larges, contribuant à des preuves de faible certitude, ne permettant pas de donner des | Hétérogénéité dans le design des ECR inclus (inclusion de traitements topiques concomitants pour certains ECR)<br><br>Différentes définitions de la sévérité entre les ECR<br><br>[REDACTED] Certaines comparaisons ne portent que sur un seul ECR et généralement sur un petit nombre de patients |                            |

|  |  |  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|--|--|---|---|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Période de rodage comprenant un immunomodulateur systémique</li> <li>- Etudes terminées prématièrement sur des médicaments non approuvés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>rapportés par le patient comme le score POEM</li> <li>- DLQI</li> <li>- PP-NRS</li> <li>- arrêt du traitement en raison d'EI</li> <li>- survenue d'EIG</li> </ul> | <p>légèrement inférieure à celle du dupilumab. Il n'y avait que peu ou pas de différence entre l'upadacitinib, 15 mg par jour, et le dupilumab (MD 0,2 ; IC95% -1,9 à 2,2). Les résultats étaient similaires pour le POEM, le DLQI et le PP-NRS.</p> | <p>conclusions utiles sur le plan clinique. L'abrocitinib, 100 mg par jour, a été associé à davantage d'EIG que le dupilumab (OR 2,6 ; IC95 % 1,1-6,4) et le dupilumab a été associé à moins d'EIG que le placebo (OR 0,5 ; IC95 %, 0,3-0,8).</p> | <p>Restriction linguistique (ECR uniquement en anglais)</p> |  |
|--|--|--|--|--|---|---|--|

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Drucker 2020 et 2022 | Y      | Y      | N      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus   | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle           |
|--|--|---|--|---|---|---|--|--------------------------------------|
| Dermatol Ther<br>Kyle Fahrbach<br>Avril 2020<br>8 publications dont 1 rapportant 2 essais : 9 essais en tout réalisés entre 2001 et 2015.<br>Dont 6 essais contrôlés contre placebo ; 3 contre tacrolimus ou pimecrolimus topiques.<br>Résumés de congrès ayant eu lieu entre 2015 et 2018 | RS avec MA<br>Période d'inclusion jusqu'en 04/2020<br>Critères d'exclusion :<br>-volontaires sains<br>-nourrissons <2ans (sauf dans 1 étude)<br>-pas de Tt pharmacologique<br>-traitement systémique<br>-traitements anti-infectieux | Patients âgés de 2 ans ou plus, atteints de DA légère à modérée et appliquant un traitement topique 2 fois par jour | Comparer l'efficacité et la sécurité de la pommade crisaborole 2% aux autres traitements topiques (tacrolimus pommade 0,1 ou 0,03% et pimecrolimus crème 1%) et au véhicule seul : efficacité évaluée par l'IGA (de clair (0) ou presque clair (1) à 28-42 jours, les effets relatifs du traitement étant exprimés par des ratios de risque (HR) avec des intervalles de confiance à 95%) à la fin du traitement (28 ou 42 jours). | 3753 patients dont 1527 avec crisaborole 133 à 764 patients par étude, Agé de 6,4 à 39,1 ans. | <b>Efficacité supérieure du crisaborole par rapport au véhicule, HR : 2.07 ; IC95% 1.76–2.36)</b><br><br><b>Crisaborole plus efficace que pimecrolimus crème 1% (HR : 1,62 ; IC95% 1.04–2.48)</b><br><br><b>Pas de différence significative entre Crisaborole et Tacrolimus 0.1 ou 0.03%.</b><br><br>Effets secondaires crisaborole versus véhicule (2 études): Identiques pour crisaborole (29.3% et 29.4%) vs véhicule (19.8% et 32.0%) | sensation de brûlure, tiraillement, infection respiratoire haute, érythème, infection cutanée | Comparaison indirecte du crisaborole aux autres traitements topiques.<br><br>Hétérogénéité possible des véhicules utilisés dans leur composition<br><br>Hétérogénéité des populations étudiées, des saisons, des émollients utilisés.<br><br>Estimation de l'efficacité limitée au calcul de l'IGA<br>Évaluation de l'IGA à 28 jours | Pfizer (pour les 4 derniers auteurs) |

|  |                 |  |                                     |  |  |  |  |  |
|--|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
|  | Langue anglaise |  | Critères secondaires :<br>tolérance |  |  |  | Présence possible<br>de facteurs de<br>confusion |  |
|--|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II               | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Fahrbach et<br>al, 2020 | Y      | PY     | N      | Y      | Y      | N      | Y      | N      | PY     | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | N       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année              | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle   |
|--|---|--|--|-------------------------|--|---|---|--|
|  |   |  |  |                         | <b>Et résultats secondaires pertinents</b><br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  |   |   |  |
| Fasseh et al, Dermatologic Therapy, Oct 2022 | RS sans MA<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue<br>Publications à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2011 -> déc 2020<br>En anglais,<br>A l'exclusion des lettres, éditorial, case report, revues non systématiques, essais cliniques et études sur animal.<br>90% d'études observationnelles, 36 revues systématiques, et 6 modèles économiques.<br>=> 233 articles inclus | Enfants et adultes, Atteints de DA, Avec évaluation du retentissement clinique, économique ou humain de la DA.<br>Exclusion si :<br>-Population inférieure à 10 ans uniquement<br>-Présence d'un effet confondant d'un traitement autre que le traitement habituel | Analyse d'au moins un des 4 domaines :<br><b>Score de qualité de vie,</b><br><b>Fardeau humain autre que le score de qualité de vie,</b><br><b>Fardeau clinique :</b><br><b>Fardeau économique</b> | Non connu               | <b>Score de qualité de vie (0=mort ; 1=pas de problème de santé),</b><br>-0.779 en moyenne chez patients DA (71 études)<br>-Moyenne de 0.548 chez patients DA les plus sévères<br><br><b>Fardeau humain autre que le score de qualité de vie</b><br><b>-Troubles du sommeil</b> : résultats hétérogènes.<br>4 études : > 70% des patients DA.<br>1 étude : 4,18% des patients DA.<br>1 étude stratifie la sévérité des troubles du sommeil : faibles 23,9% , modérés 28,2%, sévères 9,6%, 38,4% pas de troubles du sommeil.<br>1 étude : si DA controlée 8.5% de troubles du sommeil vs 23.8% (DA non controlée).<br><br><b>Fardeau clinique :</b><br>1)Impact psychologique | NA  | -Grande diversité des études incluses<br>Donc limite dans les statistiques<br>-Pas d'analyse des études selon le nombre de patients.<br>Biais de publication non évalué.<br>-Etude de couts mais uniquement pays développés | AbbVie a financé cette recherche et a participé à l'examen et à l'approbation de la publication. |

|  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  | <p>-Dépression (11 études) : prévalence de 3 à 57%, moyenne de 18%.<br/>Auto évaluation : prévalence de 10 à 37% et moyenne 26%.</p> <p>-Anxiété (11 études) : 1.2 à 64%, moy 24.12%.<br/>Etude Mizara et al : 41% des patients avec score anxiété élevé.</p> <p>2)Signes (subjectifs)</p> <p>-Prurit : (6 études) 21-100% ou échelle numérique (16 études) avec moy 6/10</p> <p>3)Symptômes (objectifs)</p> <p>-Xérose, erythème étaient les plus mentionnés.</p> <p><b>Impact économique</b></p> <p>1)Recours au système de soins</p> <p>-Nombre de visites chez le Dermatologue (5 études) : 2.8 à 16.3/an, moyenne 8.6</p> <p>-Nombre de visites chez le médecin traitant (3 études) : moy 16.5/an, (1 étude sur DA modérée à sévère) 20.4/an.</p> <p>2)Coûts</p> <p>-Cout total (8 études) : 769 à 23638 \$/an, moy 5246. Mais résultats hétérogènes et biais.</p> <p>-Cout direct (9 études) : 4411\$/an en moyenne</p> |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II           | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Fasseeh et al, 2022 | Y      | PY     | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | N      | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | N       | Y       | Pas de MA | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année    | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus   | Résultat principal et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais                  | Participation industrielle |
|------------------------------------|---|---|--|---|---|--|----------------------------------|----------------------------|
| Cochrane Library – George SMC 2019 | RS avec MA<br>41 études contrôlées comprenant aussi des essais intra-individuels et des essais croisés<br>Dont 5 portants sur les topiques<br>Exclusion des études non contrôlées et des études sans interventions anti-staphylococciques<br>=> 41 études | Patients atteints de DA quel que soit l'âge et la sévérité<br>Et évaluation d'un produit visant à réduire le S.Aureus sur la peau | Déterminer l'impact des interventions pour réduire la colonisation cutanée par Staph. doré pour traiter la DA. | 1753 patients dont 121 pour les traitements topiques<br>12 études pédiatriques, 4 études adultes et 19 études populations mixtes : 59% âgé de 1,1 à 34,6 ans, ayant une DA modérée à sévère | <b>Association dermocorticoïdes + ATB topiques versus dermocorticoïdes seuls à J6</b><br>- J28 (14 études) : amélioration globale mais IC comprend 1 donc pas de conclusion (RR à 1.10, 95% CI 1.00 à 1.21) – absence de différence dans la qualité de vie à J14 (MD – 0,18, 95% -0,4 – 0,04).<br><br><b>Antibiotiques oraux versus placebo</b> sur la sévérité de la DA (4 études) : aucune différence en termes d'amélioration globale chez les nourrissons et les enfants à 14 à 28 jours de suivi par rapport au placebo (RR 0,80 ; IC à 95 % 0,18 à 3,50). Pas de différence | Pas de différence en termes d'EI : poussée de DA, aggravation des lésions et folliculites. 1 cas d'ATB résistance.<br><br>Pas de différence également dans le groupe ATB oraux et placebo : aggravation de la DA, diarrhées/nauées/vomissements, | 33 études à haut risque de biais | Aucune                     |

|  |  |  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  |  | <p>entre les groupes pour la qualité de vie (chez les nourrissons et les enfants) à 14 jours de suivi (DM 0,11, IC à 95 % -0,10 à 0,32)</p> <p><b>Bain de javel versus bain</b> (5 études) : pas de différence à 1 mois. Eau de Javel vs placebo<br/>7/18 patients se sont dits améliorés vs 9/18 dans groupe placebo n=36 dans une étude (RR= 0.78, 95% CI 0.37 à 1.63) avec peu ou pas de différence de qualité de vie sur une seule étude (MD 0.90, 95% CI -1.32 à 3.12)</p> <p>Triclosan et benzalkonium chloride vs bain sans antiseptiques : pas de différence significative</p> <p>Pas de différence selon la durée du traitement : évaluation à court terme (&lt; 4 semaines) ou à long terme (&gt; 4 semaines).</p> | <p>purpura de Henoch-Schönlein, résistance aux ATB.</p> <p>Pas de différence d'EI à 2 mois entre les bains de javel et bain sans javel : xérose, sensation de brûlure ou picotements (RR 1.00, 95% CI 0.35 to 2.87)</p> |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

| <b>AMSTAR II</b> | Item 1 | <b>Item 2</b> | Item 3 | <b>Item 4</b> | Item 5 | Item 6 | <b>Item 7</b> | Item 8 | <b>Item 9</b> | Item 10 | <b>Item 11</b> | Item 12 | <b>Item 13</b> | Item 14 | <b>Item 15</b> | Item 16 | Score global |
|------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|---------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|----------------|---------|--------------|
| George,<br>2019  | Y      | Y             | Y      | Y             | Y      | Y      | Y             | Y      | Y             | Y       | Y              | Y       | Y              | Y       | Y              | Y       | High         |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)             | Limites / biais   | Participation industrielle |
|----------------------------------|--|--|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Zheng Guo Medicine Novembre 2022 | Revue systématique avec métá-analyse<br>8 articles inclus<br>Période d'inclusion : pas de limite antérieure -> sept 2022<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés<br>Langue : pas de restriction | Patients atteints de DAde moins de 18 ans, les bains thérapeutiques d'herbes chinoises sont la principale approche thérapeutique.<br>Exclusion : résumés de conférences et revues systématiques ; publications répétées ; expériences sur les animaux ou expériences non cliniques ; articles avec une conception expérimentale déraisonnable ; texte intégral non disponible. | Evaluer les bains thérapeutiques à base d'herbes chinoises pour le traitement de la DA chez les enfants, afin d'en évaluer l'efficacité et l'innocuité. | 854                     | Le groupe de thérapie par les bains d'herbes chinoises était supérieur au groupe contrôle en termes:<br>- de taux de guérison [RR = 1.11, 95%(1.02, 1.21), P = .01]. (n=8 articles)<br>- d'amélioration de l'indice SCORAD [SMD = -0.77, 95%(-0.99, -0.55), P < .00001]. (n=5 articles)<br>- d'effets indésirables [RR = 0.44, 95%CI(0.28,0.67), P = .0002]. (n=5 articles)<br>- de diminution du taux de récurrence chez les enfants atteints de DA [RR = 0.25, 95%CI(0.10, 0.59), P = .0002]. (n= 3 articles)<br><br>28 plantes et chaque prescription variait de 4 à 14 sortes de plantes. | Sensation de brûlure, picotements légers, papules et peau sèche | Dans la plupart des études, l'intervention du groupe expérimental a consisté en un bain thérapeutique à base de plantes chinoises versus un traitement conventionnel (Tacrolimus topique, Hydrocortisone butyrate ou Fluticasone propionate)<br><br>Articles de faible qualité ; la génération de séquences d'allocation aléatoire et la dissimulation des protocoles de randomisation n'ont pas été rapportées dans certaines études ; les conditions d'abandon et de retrait de l'étude n'ont pas été décrites en détail ; court terme (8 semaines max) ; biais de publication (toutes les études étaient publiées en Chine) ; études monocentriques, taille de l'échantillon relativement petite, certaines divergences dans les interventions des groupes de contrôle dans les essais. les noms des plantes sont décrites mais pas la drogue végétale ; diversité des modes d'administration<br>Durée de 2 à 4 semaines | Non                        |

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Guo et al., 2022 | Y      | Y      | N      | PY     | N      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année               | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus                             | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|--|--|--|---|--|---|--|----------------------------|
| Hashimoto et al<br>Mai 2017, Behaviour Change | RS avec MA<br>ECR<br>>3 bases de données<br>Absence de date limite antérieure jusqu'à mai 2014<br>=>12 études éligibles (6 psychologique, 6 éducation) (sur 67)<br>Langue : aucune restriction | Patients DA > 16 ans<br>ECR comparant intervention psychologique ou éducationnelle + traitement habituel (groupe intervention : GI) versus traitement seul (groupe témoin : GT). | Principal : gravité de la DA et taux d'abandon défini comme la proportion de patients qui n'ont pas pu terminer le programme requis.<br>Secondaire : qualité de vie, anxiété, dépression, troubles du sommeil, l'utilisation de ressources médicales telles que les corticostéroïdes topiques et les émollients, et le coût financier. | Psycho : (Cas/Témoins) 87/79<br>Education : 135/146 | <p><b>Sévérité DA :</b><br/>A court terme (&lt; 6 mois) : GI meilleur que GT dans 4 essais<br/>A long terme (6 mois-1an) : Pas de différence dans 5 ECR</p> <p><b>Taux d'abandon (5 études) :</b><br/>4 à court terme, 1 à long terme. 0 à 17,6% dans GI / 0 à 12,5% dans GT</p> <p><b>Qualité de vie :</b><br/>Comparable lors du suivi à court terme (4 ECR)</p> <p><b>Anxiété :</b><br/>Significativement réduite dans GI à court et long terme (6 ECR)</p> <p><b>Dépression :</b><br/>Diminuée dans 1/4 ECR</p> <p><b>Problèmes du sommeil :</b><br/>Amélioré dans le GI (1 ECR)</p> | NA  | Faibles effectifs<br>Hétérogénéité dans les méthodes d'intervention<br>Dans les critères diagnostics et dans les mesures des résultats<br>Risque de biais élevé dans certains essais | Aucune                     |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <p><b>Ressources médicales :</b><br/>Utilisation de plus d'émollients et moins de dermocorticoides dans GI (1 ECR) à court et long terme</p> <p><b>Cout financier :</b><br/>Réduction des couts à long terme dans le GI (1 ECR), pas de différence à court terme (1ECR)</p> <p><b>+ méta analyse sur 3 ECR :</b><br/>absence de différence sur la sévérité de la DA à court terme. DMS=-0,29, IC 95%[-0,64, 0,07], I<sup>2</sup>=0%</p> <p>Vidéo en ligne significativement supérieur à documents remis (1 ECR).</p> <p>Taux d'abandon : 5,82 dans le GI et 8,42 % dans le GT, sans différence significative entre les groupes (RR = 0,66, IC 95 % [0,20, 2,17], I<sup>2</sup> = 10 %)</p> <p>Aucune différence claire dans l'effet thérapeutique de l'une ou l'autre des interventions sur la gravité de l'eczéma et l'acceptabilité de l'intervention, comme en témoigne le taux d'abandon dans les deux groupes</p> <p><b>Interventions :</b></p> |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Hashimoto,<br>2017 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|-----------------------------------|--|--|---|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
| Hua et al, Avril 2022, Dermatitis | RS sans MA<br><b>24 articles</b> : 20 ECR, 1 étude de cohorte et 3 case report.<br><br>Pas de limite antérieure, jusqu'au 1 <sup>er</sup> juillet 2020<br><br>Au moins 2 bases de données<br><br>Pas de restrictions de langue | Adultes et enfants DA<br><br>Toute étude mesurant l'impact d'une intervention psychologique ou éducationnelle sur la DA avec mention du type, fréquence et de la durée de l'intervention<br><br>Exclusion : absence de détail sur la stratégie d'ETP | Efficacité de l'éducation thérapeutique, de la prise en charge psychologique ou de la combinaison des 2 sur l'amélioration de la sévérité de la DA. | Non connu               | <b>Intervention psychologique</b> dans l'amélioration de la DA (11 études) :<br>-SCORAD (n=3)<br>-DLQI (n=1)<br>-Autres mesures (n=7)<br>=> Amélioration significative des « autres mesures » à 4, 16 et > 16 semaines.<br><br><u>Méthodes :</u><br>-HRT (n=8)<br>-RT (n=4)<br>-CBT (n=3)<br>-Stress management (n=2)<br>-Self monitoring (n=2)<br>-Groupe de soutien (n=1)<br><br><b>Intervention éducationnelle</b> dans l'amélioration de la DA (7 études) :<br>-SCORAD (n=5)<br>-DLQI / IDQOL (n=4) | NA  | Études hétérogènes sur le design de l'étude, les temps d'intervention, etc<br><br>Pas de MA possible.<br><br>Peu d'informations sur le contenu spécifique des interventions.<br><br>Hétérogénéité des symptômes dans la DA, selon le patient, selon la saison. Intérêt des interventions | Aucune                     |

|  |  |  |  |  |  |                                  |  |
|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|
|  |  |  |  |  | <p>=&gt; aucune amélioration du DLQI et 1 seule amélioration de l'IDQOL. Amélioration significative du SCORAD.</p> <p><u>Méthodes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Matériel écrit (n=5)</li> <li>-Démonstrations pratiques (n=4)</li> </ul> <p>Combinaison d'<b>éducation thérapeutique et prise en charge psychologique</b> (6 études) : étudié sur la réduction du SCORAD, sévérité des lésions, Marburg questionnaires et EASI. Pas d'étude sur le DLQI.</p> <p>=&gt; Pas d'amélioration sur le SCORAD mais amélioration significative sur les autres mesures.</p> <p>Au total, les plus utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Psychologique : HRT -&gt; associé à toutes les études avec amélioration significative de la DA.</li> <li>-Education thérapeutique : sur les poussées et sur les</li> </ul> | plus spécifiquement non exploré. |  |
|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | soins cutanés sur des temps longs par IDE (+ efficace que médecin sur temps court) |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II       | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Hua et al, 2022 | Y      | PY     | N      | PY     | Y      | Y      | N      | PY     | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | Y       | N       | Pas de MA | Y       | Low          |

Huang et al, 2018

| 1er auteur, Journal, Mois/Année | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse              | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse) | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais | Participation industrielle |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---|---|-----------------|----------------------------|
|                                 | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue | Critères d'inclusion et exclusion |                               |                         |   |   |                 |                            |

|  |  |   |  |   |   |   |   |              |
|--|--|---|--|---|---|---|---|--------------|
| HUANG<br>Christina M,<br>Pediatric<br>Dermatology,<br>2018 | RS sans MA<br>Période d'inclusion :<br>janvier 1980 à mai 2017<br>Anglais seulement<br>21 articles inclus<br>4 ECR<br>6 études cas-témoins<br>5 études de cohortes<br>6 études transversales | Patients atteints de<br>DA<br>Âgés de moins de 18<br>ans<br>Chez lesquels un<br>dosage sanguin de<br>vitamine D a été<br>réalisé ou qui ont reçu<br>une supplémentation<br>en vitamine D quel<br>que soit la dose, la<br>durée, le mode<br>d'administration | Relation entre taux de<br>vitamine D et sévérité<br>de la DA<br>Effet de la<br>supplémentation en<br>vit D sur la sévérité de<br>la DA | Taux de vitamine<br>D : 1847 patients<br>(âge moyen 5,63<br>ans, écart type<br>2,59)<br>Effet vitamine<br>D : 354 patients<br>(âge moyen 6,79<br>ans, écart type<br>2,01) | Corrélation entre le taux de<br>vitamine D et la sévérité de la<br>DA : une corrélation inverse a<br>été émis en évidence entre le<br>SCORAD et le taux de vitamine<br>D dans 10 des 16 études<br>Effet de la supplémentation en<br>vitamine D sur la DA :<br>amélioration significative pour<br>4 des 6 études | Pas d'effets<br>indésirables<br>rapportés pour<br>la<br>supplémentation<br>en vitamine<br>D | RS purement<br>descriptive, pas de<br>MA<br>Absence de prise<br>en compte de la<br>latitude et de la<br>saison dans les<br>études<br>Grande<br>hétérogénéité<br>pour la<br>supplémentation<br>en vitamine D en<br>(dosage, durée,<br>type de vitamine<br>D (2 ou 3))<br>Population<br>pédiatrique<br>uniquement | Non rapporté |
|--|--|---|--|---|---|---|---|--------------|

| AMSTAR II   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Huang, 2018 | Y      | N      | N      | N      | Y      | Y      | N      | N      | N/Y    | N       | No MA   | No MA   | N       | No MA   | No MA   | N       | Critically low |

Huang et al, 2021

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)<br>Période inclusion des<br>articles, préciser le<br>nombre d'articles<br>inclus et le type<br>d'articles, langue | Population<br>d'analyse<br>Critères d'inclusion et<br>exclusion | Critère de jugement<br>principal | Nbre de patients<br>inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires<br>pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles<br>inclus dans l'analyse) | Effets<br>indésirables<br>(NA si étude<br>non<br>thérapeutique) | Limites / biais | Participation<br>industrielle |
|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------|--|---|-----------------|-------------------------------|
|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------|--|---|-----------------|-------------------------------|

|   |  |  |   |      |   |    |  |   |
|---|--|--|---|------|---|----|--|---|
| Huang et al, Juin 2021, Archives of Dermatological Research | RS sans MA<br>Sur 5 bases de données<br>Etudes observationnelles, articles de journaux<br>Exclusion : études interventionnelles ; case report ; séries de cas<br>De la création des bases, jusqu'à aout 2018<br>29 articles avec 27 études éligibles<br>Langue : anglais | Patient avec une DA, d'Asie de l'Est ou Asie du Sud Est, avec une mesure de la qualité de vie. | <b>Principal :</b><br>Comment, et dans quelle mesure, la DA a un impact sur la qualité de vie en Asie.<br><br><b>Secondaire :</b><br>Déterminants de la qualité de vie dans la DA, en Asie. | 5626 | <b>Altération de la qualité de vie</b> chez les patients asiatiques avec une DA :<br>-IDQOL moyen entre 6,8 et 7,7<br>-CDLQI entre 4,8 et 15,2 (moy 9,1)<br>-DLQI entre 4,8 et 12 (moy 9,1)<br>-Short Form Health Survey : impact significatif sur les scores physiques et mentaux<br>...<br><br><u>Comment :</u><br>Impact sur prurit, gêne, douleur, inconfort, troubles du sommeil<br><br><u>Impact sur la vie de famille :</u><br>Score Dermatitis Family Impact (DFI 0 à 30 max) variait de 4,8 à 9,4 (4 études). Impact considéré mineur. Et touchant particulièrement : alimentation familiale et bien être émotionnel. Limitation des activités | NA | Restrictions à l'anglais avec manque de données chinoises<br><br>Pas d'analyse des différences culturelles donc pas d'extrapolation possible de ces résultats aux asiatiques versus autre ethnies.<br><br>Etudes incluses hétérogènes et avec données incomplètes. | Abfelbacher, dernier auteur, honoraires de Sanofi |
|---|--|--|---|------|---|----|--|---|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Huang et al, 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | N      | PY     | Y      | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | Y       | Y       | Pas de MA | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                           | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|--|---|--|--|---|--|----------------------------|
|   | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue  | Critères d'inclusion et exclusion  |   |  |  |   |  |                            |
| Jabbar-Lopez ZK<br>Clinical and Experimental Allergy 2020 | RS avec MA pour un des objectifs<br>Période d'inclusion : jusqu'au 30 juin 2020<br>Pas de restriction de langue<br>16 articles inclus<br>Études observationnelles et thérapeutiques | Nourrissons, enfants et adultes<br>Animaux<br>Avec évaluation de la dureté de l'eau (carbonate de Ca++) entre 76 et >350mg/l), adoucisseurs d'eau, eau déionisée, filtrée ou sans chlore | Effet de la dureté de l'eau sur a) le risque de développer de la DA, b) la prise en charge de la DA et c) la fonction de barrière cutanée de la peau (mesurée par TEWL) | a) Risque de développer DA 385 901 participants inclus (5 études transversales et 2 études de cohorte)<br>b) 2 ECR ont évalué l'effet d'un adoucisseur d'eau sur la prise en charge de la DA, 348 patients<br>c) | a) Augmentation significative du risque de DA chez les enfants exposés à de l'eau riche en carbonate de calcium (minimum 76 à > 350 mg/L) comparativement à des eaux plus douces (teneur en CaCO3 de 35,2 à 256 mg/L) (OR 1,28, 95% IC 1,09-1,50)<br>Analyse en sous-groupe selon âge (nourrissons, enfants, adolescents) : augmentation significative retrouvée uniquement chez les enfants<br>Pas de données chez l'adulte<br><br>b) Pas d'effet significatif des adoucisseurs d'eau sur les critères cliniques de DA (EASI et SASSAD) (adoucisseur d'eau + soins habituels de la DA versus soins habituels seuls)<br><br>(Différence moyenne 0,06, IC95% -0,16- 0,27, $I^2$ 0%) | NA  | Hétérogénéité importante ( $I^2$ 63%) pour la MA avec des études présentant un niveau de preuve faible (GRADE very low pour toutes les études) | Non                        |

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Jabbar-Lopez, 2020 | Y      | Y      | N      | PY     | Y      | Y      | Y      | PY     | Y / Y  | N       | Y / N   | N       | N       | N       | N       | N       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                       | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|--|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Jeon et al<br>Dermatology and therapy<br>Juillet 2017 | RS sans MA<br>2 bases de données<br>De 1980 à décembre 2016<br>En anglais<br>Exclusion : case report, série de cas, commentaires<br>=> 39 études éligibles. | Adultes avec DA<br>Enquêtes originales axées sur les troubles du sommeil chez les patients adultes atteints de DA. | I. Méthodes utilisées pour évaluer les troubles du sommeil<br>II. Association DA et troubles du sommeil<br>III. Altérations spécifiques du sommeil identifiées dans la DA<br>IV. Association DA et altération qualité de vie<br>V. Stratégies de traitement pour les adultes atteints de DA et de troubles du sommeil. | Non connu               | <b>1. Méthodes d'évaluation</b><br>-Pittsburg Sleep Quality Assessment (PSQI) : auto questionnaire en 7 points<br>-Actigraphie (appareil au poignet)<br>-Polysomnographie<br><br><b>2. Association DA / Troubles du sommeil</b><br>Prévalence forte 33–87.1%<br>Études isolées montrant chez les patients DA un temps de sommeil diminué, des difficultés d'endormissement, réveils fréquents, baisse de qualité du sommeil.<br>Résultats mixtes concernant la corrélation entre la sévérité de la DA et les troubles du sommeil. Mais actigraphie en faveur de | NA  | Pas d'évaluation du risque de biais individuel des études incluses. | 0                          |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|           |        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |         |         |         |         |         |         |              |

|                     |   |   |   |    |   |   |   |   |   |   |           |              |   |   |           |   |                |
|---------------------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|-----------|--------------|---|---|-----------|---|----------------|
| Jeon et al,<br>2017 | Y | N | N | PY | Y | Y | N | Y | N | N | Pas de MA | Pas de<br>MA | N | N | Pas de MA | Y | Critically Low |
|---------------------|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|-----------|--------------|---|---|-----------|---|----------------|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année    | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus                      | Résultat principal  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais                               | Participation industrielle |
|------------------------------------|---|---|--|--|---|---|---|----------------------------|
| JIANG W<br>Pediatric Drugs<br>2020 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'à janvier 2020<br>Pas de restriction de langue<br>25 ECR dont 14 en prévention primaire et 11 pour la prise en charge | ECR évaluant les effets des probiotiques sur la prévention et la prise en charge DA (seuls les résultats pour la prise en charge sont rapportés dans cette table)<br>Age <18 ans<br>Probiotiques administrés par voie orale avec données disponibles sur le type, dosage, durée du traitement<br>Bras contrôle placebo ou autre traitement à l'exception des prébiotiques et synbiotiques | Variation du SCORAD<br>Analyse en sous-groupes en fonction du type de probiotique utilisé ( <i>mixed versus single</i> ), et de la durée du traitement (< ou > 8 semaines), et âge (< ou > 1 an) | 816 enfants pour la prise en charge de la DA | Pour la prise en charge de la DA (10 études ; 1 étude retirée de la MA du fait importante hétérogénéité) : diminution significative du SCORAD (différence moyenne pondérée dans le groupe probiotique comparé au groupe contrôle 7,23, IC 95% -10,59 à -3,88)<br><br>Analyse en sous-groupe : le SCORAD est plus amélioré si plusieurs souches de probiotiques, mais résultat non significatif<br>L'amélioration est significative selon l'âge (> 1 an, par rapport à < 1 an)<br><br>La durée du traitement > 8 semaines semble plus efficace, mais résultat non significatif | Non évalué  | Hétérogénéité importante (I <sup>2</sup> 72%) | Non                        |

| AMSTAR II   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Jiang, 2020 | Y      | N      | N      | Y      | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | Y       | N       | N       | N       | Y       | Y       | Critically low |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)  | Population<br>d'analyse  | Critère de<br>jugement<br>principal | Nbre de<br>patients<br>inclus | Résultat principal   | Effets indésirables<br>(NA si étude non<br>thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation<br>industrielle |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|---|-------------------------------|
|                                       | Période inclusion des<br>articles, préciser le<br>nombre d'articles<br>inclus et le type<br>d'articles, langue   | Critères d'inclusion<br>et exclusion   |                                     |                               | Et résultats secondaires<br>pertinents<br><br>(Préciser le nombre d'articles<br>inclus dans l'analyse)   |  |   |                               |
| KIM G<br>Nutrition<br>2016            | RS avec MA<br><br>Période d'inclusion :<br>jusqu'en juillet 2015<br><br>Pas de restriction de<br>langues<br><br>7 ECR<br>et 2 essais contrôlés<br>non randomisés | Patients atteints de<br>DA enfants ou<br>nourrissons allaités<br><br>Traités par vitamine<br>D (différents<br>dosages, durées...)<br>et groupe contrôle<br>absence<br>d'intervention ou<br>placebo<br><br>Uniquement ECR | Scores de<br>sévérité de<br>la DA   | 576                           | MA sur 4 études (128 patients<br>groupe expérimental, 108<br>patients groupe<br>contrôle/placebo) :<br>amélioration de la DA après<br>traitement par vitamine<br>D (différence moyenne du<br>score de sévérité de la DA= -<br>5,81, IC 95% -9,03 à -2,59,<br>$I^2=50\%$ )<br><br>Intervention des études<br>incluses dans la MA :<br>supplémentation vitamine D<br>de 1000UI/jour à 1600UI/jour<br>pendant 4 à 8 semaines de<br>Cholecalciferol et 1 étude sur<br>l'exposition solaire | Uniquement EI non<br>sévères, pas de<br>description du type<br>d'EI<br><br>1 érythème post<br>exposition solaire<br>(léger) chez un<br>patient | Facteurs<br>confondants multiples (pas<br>de standardisation des<br>traitements topiques, pas<br>d'évaluation du taux sérique<br>de vitamine D avant le<br>traitement, doses et durées<br>de traitement différentes,<br>pas de standardisation sur<br>l'alimentation)<br><br>Sévérité de la DA variable<br>selon les patients à<br>l'inclusion<br><br>Dans la MA : inclusion<br>d'essais avec différentes<br>interventions<br>(supplémentation vitamine D<br>et exposition solaire).<br>Sévérité de la DA évaluée par<br>différents scores dans la MA | Non rapporté                  |

| AMSTAR II   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Kim G, 2016 | Y      | N      | N      | Y      | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | Y       | N       | N       | Y       | Y       | N       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année               | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse                                  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|---|--|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
| Kim et al, Octobre 2016<br>J Am Acad Dermatol | RS avec MA<br>> 3 bases de données<br>Pas de limite antérieure, jusqu'en juin 2015<br>Tout type d'article, toute langue, s'intéressant à la persistance de la DA dans le temps<br>46 études éligibles dont 44 avec données valides. | Hommes et femmes<br>Sujets de tout âge<br>Avec une DA | Identification des FdR de persistance de la DA<br>-Global<br>-Selon l'âge de début<br>-Selon le sexe<br>-Selon la sensibilité aux allergènes | 110 651                 | <p>Et résultats secondaires pertinents<br/>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)</p> <p>L'âge de dgc de la DA variait de 0,04 à 17,5 ans, avec une moyenne de <math>1,6 \pm 1,3</math> ans. Diagnostiquée chez 87,7 % des sujets à l'âge de 5 ans.</p> <p>La durée du suivi variait de 0,25 à 23,0 ans, avec une moyenne de 3,9 ans.</p> <p>La durée du suivi était de 5 ans ou plus dans 55,7 % des études et de 10 ans ou plus dans 20,8 % des études.</p> <p>Tous les sujets avaient une DA au départ, dont 80 477 (72,7 %) avaient une DA persistante lors du suivi à différents moments.</p> <p>Dans l'analyse groupée, déclin précipité des taux globaux de persistance de la DA après 3 ans.</p> <p>Durée médiane de la persistance : 3,0 ans (moyenne <math>\pm</math> ET : <math>6,1 \pm 0,02</math> ans).</p> <p>80 % des DA n'ont pas persisté après 8 ans et moins de 5 % des DA ont persisté après 20 ans de suivi.</p> <p>La persistance de la DA variait significativement si les patients avaient déjà une maladie persistante à l'inclusion.</p> | NA  | <p>Mesures hétérogènes de l'activité de la maladie entre les études</p> <p>Durée de suivi pas toujours assez longue</p> <p>Pas de stratification dans toutes les études sur age, allergènes, etc</p> | Non                        |

|                       |  |   |  |  |
|-----------------------|--|---|--|--|
| Etudes longitudinales |  | <p><b>Analyse selon l'âge d'entrée dans la cohorte :</b><br/>     Durée médiane 3,0 ans si diagnostic entre 0 et 1 an.<br/>     Pour les sujets avec apparition de la DA à l'âge de 2 à 5 ans, médiane : 8,0 ans ; moyenne <math>\pm</math> SE : <math>10,5 \pm 0,09</math> ans ; de 6 à 11 ans, médiane : 12,5 ans ; moyenne <math>\pm</math> SE : <math>14,8 \pm 0,2</math> ans ; et 12 à 17 ans, médiane non estimable ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>7,5 \pm 0,03</math> ans.<br/>     Risque de persistance globale de la maladie était significativement plus élevé chez les enfants atteints de la DA apparue à l'âge de <b>2 à 5 ans (HR 2,65 ; IC 95 % 2,54-2,75)</b> et de <b>12 à 17 ans (HR 2,04 ; IC 95 % 1,66 -2,49)</b> par rapport à l'âge d'apparition entre 0 et 1 an, et était maximal chez ceux dont l'apparition se situait entre <b>6 et 11 ans (HR 4,22 ; IC 95 % 3,86-4,61 ; P &lt; 0,0001 pour tous)</b>.</p> <p><b>Analyse selon la méthode dgc :</b><br/>     La durée de persistance de la DA était significativement plus élevée dans les études avec DA autodéclarée (médiane : 6,2 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>9,6 \pm 0,06</math> ans) par rapport à la DA évaluée par un médecin (médiane : 3,0 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>5,8 \pm 0,03</math> ans) (HR 1,65 ; IC 95 % 1,61-1,69)</p> <p><b>Analyse selon le sexe (7 études) :</b><br/>     La durée de la persistance de la MA était significativement plus longue chez les femmes (médiane : 9,0 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>12,7 \pm 0,2</math> ans) par rapport aux hommes (médiane : 7,0 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>11,7 \pm 0,2</math> ans) (HR 1,15 ; IC 95 % 1,04-1,27 ; P = 0,006)</p> <p><b>Analyse selon la sensibilité aux allergènes (6 études) :</b><br/>     1 ou plusieurs allergènes (médiane : 8,1 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>8,0 \pm 0,1</math> ans) par rapport à aucun (médiane : 7,0 ans ; moyenne <math>\pm</math> ET : <math>7,7 \pm 0,1</math> ans) (HR 1,11 ; IC 95 % 0,92-1,33 ; P = .90)</p> |  |  |
|-----------------------|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tendance à une persistance plus importante si sévérité initiale plus importante.

**FdR de persistance :**

- Survenue plus tardive
- Maladie déjà persistante
- Sévérité initiale
- Sexe féminin

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Kim J et al, 2016 | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | N      | Y      | N      | N       | Y       | N       | N       | Y       | N       | Y       | Critically Low |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année  | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)   | Population<br>d'analyse  | Critère de jugement<br>principal                                 | Nbre de patients<br>inclus   | Résultat principal<br>Et résultats secondaires<br>pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles<br>inclus dans l'analyse)   | Effets<br>indésirables<br>(NA si étude<br>non<br>thérapeutique) | Limites / biais   | Participation<br>industrielle |
|--|---|--|--|--|--|---|---|-------------------------------|
| Mette<br>Hjorslev<br>Knudgaard<br>Annals of<br>Allergy<br>Asthma and<br>Immunology<br>Février 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion :<br>Jusqu'en juin 2019<br>302 articles inclus<br>(analyse<br>quantitative)<br>Tout type d'article.<br>Études en anglais. | Patients de tout âge<br>ayant une DA.<br>Inclus dans une<br>étude rapportant la<br>prévalence de la<br>rhinite dans cette<br>population. Quel<br>que soit le type ou<br>la définition de la<br>rhinite.<br>Avec ou sans<br>groupe contrôle.<br>Exclus : études avec<br>< 50 patients DA. | Prévalence de la<br>rhinite chez les<br>patients ayant une<br>DA | 5 084 971<br>patients<br>(778,908<br>patients DA et<br>4,306,063<br>contrôles) | <b>Prévalence de la rhinite<br/>chez les patients ayant une<br/>DA : 40.5% (95% CI 39.0-<br/>42.0) (n = 302 études)</b><br>versus <b>18.0% (95% CI 16.7-<br/>19.2)</b> chez les patients<br>n'ayant pas de DA (n = 165<br>études)<br><br><b>Risque de rhinite en cas de<br/>DA : OR = 3.00 (95% CI 2.83-<br/>3.18) (n = 165 études).</b><br>Prévalence plus élevée chez<br><b>l'homme 44.3% (95% CI<br/>39.4-49.1) (n = 25 études)</b><br>que chez la <b>femme 36.7%</b><br>(95% CI 32.1-41.5) (n = 25<br>études)<br><br>Prévalence plus élevée chez<br><b>l'adulte 49.2%, (95% CI<br/>45.3-53.1) (n = 51 études)</b><br>que chez <b>l'enfant 37.2%,</b> | NA  | Critères<br>diagnostiques de<br>DA et rhinite<br>varie selon les<br>études.<br><br>Inclusion<br>d'études en<br>anglais<br>uniquement :<br>pose la question<br>de la<br>généralisation<br>des résultats. | Non                           |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II                     | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Knudgaard et al, février 2021 | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | N       | N       | N       | Y       | Critically low |



## Kobyletzki et al, 2017

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                                | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|--|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Kobyletzki et al, British Journal of Dermatology, Juillet 2017 | RS sans MA<br>> 3 bases de données<br>Pas de limite antérieure, jusqu'en 05/2016<br>1 étude inclue<br>Basée sur DA et niveau d'éducation<br>Language : non défini | Patients avec DA<br>Au final : uniquement population pédiatrique (1 seule étude)<br>Inclusion : Association entre DA et -niveau d'instruction dans l'enfance ou chez l'adulte - statut professionnel de l'adulte.<br>Exclusion : Eczéma localisé | - performances scolaires à tout âge pendant l'enfance,<br>- diplôme universitaire le plus élevé<br>- statut professionnel. | 1865                    | Aucune association entre l'eczéma dans son ensemble et le niveau scolaire (le score z pour le test Cito était de 0,00, intervalle de confiance à 95 % de -0,02 à 0,02 ; et pour l'évaluation de l'école par les enseignants, il était de 0,00 , intervalle de confiance à 95 % -0,02 à 0,02).<br><br>Idem après ajustement sur l'éducation maternelle ou paternelle.<br><br>Les sous-groupes dont l'éducation maternelle est plus faible pourraient avoir de moins bons résultats scolaires (non significatif). | NA  | Données complètes pour 22% de la population mais pris en compte dans l'analyse. | Aucune                     |

| AMSTAR II              | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Kobyletzki et al, 2016 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | N       | No MA   | No MA   | Y       | Y       | No MA   | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|----------------------------|
| Koskeridis Fotios<br>Journal of Cutaneous Medicine and Surgery<br>Octobre 2022 | RS avec MA<br>Période inclusion : jusqu'au 3 février 2022<br>Nombre d'articles : 11 (regroupant 14 études)<br>Type d'articles : ECR<br>Langue : non rapporté | Patients atteints de DA modérée à sévère de tous âges<br>Traitement : dupilumab (toute dose)<br>Contrôle : placebo<br>Exclusion : pas de comparateur, pas de randomisation | Evaluer la tolérance et l'efficacité du dupilumab contre placebo chez les patients atteints de DA<br><br>Scores recueillis : EASI, SCORAD, pNRS, POEM, IGA, DLQI, BSA, EI, EIG<br><br>Sécurité du dupilumab contre placebo évaluée selon le nombre d'effets indésirables totaux et nombre d'effets secondaires sévères | 4435                    | Le dupilumab a diminué le score EASI (SMD= -0,98, IC 95% (-1,09 - 0,88, $I^2 = 41\%$ ), la différence de variation en pourcentage du SCORAD (DM = -31,56, IC95 % - 33,75 - 29,36, $I^2 = 0\%$ ) et le pNRS (DM = -29,24, IC95 % -32,11 - 26,37, $I^2 = 15\%$ )<br><br>Il a également permis d'obtenir une réduction d'au moins $\geq 75\%$ du score EASI (RR= 2,89, IC95 % 2,47- 3,38, $I^2 = 43\%$ ), du score IGA $\leq 1$ (RR = 3,47, IC95 % 2,96- 4,06, $I^2 = 0\%$ ).<br><br>Pas d'augmentation du risque d'EI par rapport au placebo.<br><br>Faible risque de biais pour la majorité des études<br><br><b>Analyse en sous-groupe chez l'enfant et l'adolescent :</b><br>Pas de différence du nombre d'effets indésirables totaux dans le groupe dupilumab vs placebo : RR = 0.93; 95% CI = | Aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans l'analyse globale en ce qui concerne la survenue d'EI (RR= 0,98, IC 95 % 0,95 - 1,02, $I^2 = 0\%$ ).<br><br><b>Chez l'enfant et l'adolescent :</b><br>Pas de différence du nombre d'effets indésirables totaux dans le groupe dupilumab vs placebo : RR = 0.93; 95% CI = | Population hétérogène et posologies du dupilumab hétérogènes | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II               | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Koskeridis et al., 2022 | Y      | Y      | N      | PY     | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | N       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle  |
|--|--|---|--|--|---|---|---|---|
| Indian Journal of Dermatology, Venerology and Leprology – Chawan Kritsanaviparkporn – Juillet 2021 | RS avec MA<br>>3 bases de données<br>Recueil jusqué 31 juillet 2020<br>Langue anglaise<br>=> 6 études incluses | <b>Inclusion :</b><br>(1) ≤ 15 ans atteints de DA, diagnostiqués selon critères du groupe de travail britannique pour la DA ou critères de Hanifin et Rajka, ayant reçu un traitement antérieur et ne sont pas en poussée au début de l'étude.<br>(2) intervention : tout type d'hydratant topique, appliqué quotidiennement n'importe quelle quantité ou durée | Evaluer le nombre de jour avant la prochaine poussée lorsqu'on utilise quotidiennement les émollients<br>-extension de temps sans crise en jours ;<br>-risque de rechute après chaque mois de latence<br>-et taux de rémission≥3 mois sans poussée<br><br>Diminution de la sévérité globale de la maladie, jugée sur SCORAD, symptômes et la qualité de vie. | 748 patients inclus dans 6 études randomisées et contrôlées<br>(436 individus traités par émollients et 312 sans émollients) | L'utilisation d'émollients permet d'allonger le temps avant une prochaine poussée de 13,52 jours (95% CI 0,05-26,99) : IC comprend 1.<br><br>Efficacité maximale des émollients pendant le premier mois après une poussée (pooled risk ratio 0,47, 95% IC 0,31-0,72), le deuxième mois (pooled risk ratio 0,65, 95% IC 0,47-0,91) et au bout de 3 mois, (pooled risk ratio 0,63 95% IC 0,47-0,83).<br><br>Les patients (n= 378) traités par émollients ont 2,68 fois plus de chance ((95% IC 1,18-6,09) d'avoir 3 à 6 mois de rémission clinique. | Non rapporté  | Emollients différents utilisés,<br>Traitements concomitants autorisés,<br>Absence d'aveugle dans toutes les études,<br>Données manquantes,<br>Population de faible effectif et étudiée sur une courte durée.<br>Les auteurs estiment que toutes les | Non mais les émollients étaient donnés par les industries cosmétiques ou pharmaceutiques. |

|  |   |  |  |   |   |  |
|--|---|--|--|---|---|--|
|  | <p>(3) groupe témoin : sans traitement hydratant.</p> <p>Une co-intervention (dermocorticoïdes, etc) était autorisé si les deux groupes recevaient le même agent ;</p> <p>(4) études qui ont étudié les résultats pré-spécifiés</p> <p>(5) études expérimentales qui étaient soit un essai contrôlé randomisé, soit un essai clinique contrôlé publié en anglais.</p> <p><b>Exclusion :</b></p> <p>(1) Autre galénique que crème ou lotion ;</p> <p>(2) des études comparant un hydratant avec principe actif versus hydratant.</p> <p>(3) études comparant</p> |  |  | <p>Peu d'impact sur la sévérité de la pathologie et la qualité de vie.</p> <p>Différence de 3,46 (95%IC, 6,0-0,87) points SCORAD entre hydratant et contrôle.</p> <p>Biais majeurs :</p> <p>Amélioration du cDLQI et mesure eczema par le patient mais pas du infant's DQLI</p> | <p>études ont un risque élevé de biais.</p> |  |
|--|---|--|--|---|---|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | hydratnat + autre agent versus hydratant seul. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II                   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Kritsanaviparkporn,<br>2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Low quality  |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                      | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|--|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Megan Lam et al<br>JAMA Dermatology<br>Novembre 2020 | RS sans MA<br>Jusqu'en novembre 2019<br>32 articles inclus<br>En anglais<br>Essais randomisés contrôlés | Adulte > 18ans ayant une DA<br>Inclusions : ECR sur l'utilisation d'immunomodulateurs dans la DA (AZA, CST, CyA, dupi, MTX, MMF)<br>Exclusion : pas de résultat, conférence, abstract, revue, série de cas, lettre à l'éditeur | Critère d'inclusion/exclusion dans l'étude comprenant un âge supérieur limite, ou étude incluant des patients de ≥65ans, ou données d'efficacité/de sécurité rapportées séparément pour les patients âgés (sans seuil d'âge précisé) | 4547 participants       | 34% (11/32 études) des études rapportent l'utilisation d'une limite d'âge supérieure dans leurs méthodes allant de 40 à 70 ans<br>69% (22/32 études) avaient des critères d'inclusion pouvant exclure de façon disproportionnée les PA.<br>10 ECR/ 32 (61%) rapportent inclure au moins un patient âgé de 65 ans ou plus, 11 (34 %) n'en incluaient pas et 11 (34 %) ne précisaien pas cette donnée.<br>7 études rapportaient les participants selon des catégories d'âge, 4% avaient >65 ans, 3 patients plus de 84ans. Ces études concernaient le dupilumab vs placebo. Aucune n'a stratifié les résultats d'efficacité ou de sécurité selon l'âge. | NA  | Hétérogénéité des informations rapportées dans les différentes études.<br>Pas d'analyse des biais mais RS ne s'intéresse pas aux résultats des études mais aux populations incluses | Non                        |

| AMSTAR II               | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11      | Item 12      | Item 13 | Item 14 | Item 15      | Item 16 | Score global   |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------------|--------------|---------|---------|--------------|---------|----------------|
| Lam et al,<br>Aout 2020 | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | PY     | PY     | N      | Y       | Pas de<br>MA | Pas de<br>MA | N       | Y       | Pas de<br>MA | Y       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année           | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle                           |
|---|--|----------------------|--|-------------------------|--|---|--|--|
| Cochrane Library – Lax SJ – novembre 2022 | RS avec MA<br>Jusque janvier 2021<br>Toutes les langues<br>Inclusion :<br>Tous les essais randomisés (y compris ceux avec d'autres dermatoses inflammatoires si la DA était étudiée à part) comparant au moins 2 stratégies d'utilisation des DC<br>Exclusion : comparateur inadéquat, essais versus placebo, DA non séparée des autres pathologies, |                      | Critères principaux :<br>Évaluer l'efficacité et la sécurité des différents modes d'application des dermocorticoïdes dans la DA :<br>-Efficacité rapportée par les médecins<br>-Effets indésirables locaux.<br>Critères de jugement secondaires :<br>-Efficacité rapportée par le patient, | 8443                    | 63 essais comparants la <b>puissance</b> des dermocorticoïdes :<br>- Puissance <b>modérée versus faible</b> (4 études) : amélioration IGA de 52% versus 34% ; OR= 2.07, 95% CI 1.41 - 3.04<br>- Puissance <b>forte versus faible</b> (9 études n=392) : 70% versus 39% ; OR= 3.71, 95% CI 2.04 - 6.72<br>- Puissance <b>forte versus modérée</b> (14 études), pas de bénéfice (OR= 1.33, 95% CI 0.93 to 1.89)<br>- Puissance <b>très forte versus forte</b> (3 études), pas de bénéfice (OR= 0.53, 95% CI 0.13 to 2.09)<br>15 études comparant la <b>fréquence</b> d'application : appliquer des dermocorticoïdes de forte puissance 2x/jour n'entraîne pas de bénéfice par rapport à 1x n= 1831 patients (OR= 0.97, 95% CI 0.68 -1.38).<br>7 études comparant l' <b>attitude proactive</b> (2x/semaine) <b>versus</b> attitude <b>réactive</b> n=1149 | 26/2266 patients soit 1% de la population de 22 études rapportent un amincissement cutané, essentiellement avec les DC de forte puissance | Études de faibles effectifs, Hétérogénéité des méthodes du design d'étude, des molécules de comparaison<br>Un seul essai à faible risque de biais (55 avec un risque de biais élevé dans un domaine) | Non<br>National Institute for Health Research (NIHR) |

|   |                               |   |  |  |
|---|-------------------------------|---|--|--|
| DC de même puissance<br>=> 104 ECR inclus | -Effets indésirables généraux | <p>patients : diminution du taux de récurrence (8% à 25% (RR= 0.43, 95% CI 0.32 -0.57)</p> <p><b>Crème vs pommade</b> : pas de différence sur IGA, n=122 OR=1.65 (95% CI 0.41 - 6.60; P = 0.48; <math>I^2= 63\%</math>)</p> <p><b>DC ancien vs récents</b> : sur IGA, résultats poolés. Meilleure efficacité des DC plus récents, N=824 ; 9 études : OR :2.52 (95% CI 1.47-4.30 ; P = 0.0007; <math>I^2 = 27\%</math>)</p> <p>- Adultes seuls : n=221 ; 3 études, OR :1.70 (95% CI 0.88 -3.31 ; P = 0.12; <math>I^2 = 0\%</math>) non significatif</p> <p>- Enfants seuls : n=483 ; 4 études : meilleure efficacité des DC plus récents OR :2.68 (95% CI 1.07- 6.76; P = 0.04; <math>I^2 = 40\%</math>)</p> <p><b>DC associé à tacrolimus 0,03% en alternance vs DC seul 2 fois par jour</b><br/>N=30 ; 1 seule étude<br/>Score EASI : amélioration de 98,7% si utilisation des 2 traitements vs 95,1% si DC seuls</p> <p><b>Occlusion humide vs non occlusion</b> : non significatif (n=112 ; 3 études)<br/>SMD : 0.26 (95% CI -0.92 to 0.41; P = 0.45; <math>I^2 = 71\%</math>)</p> |  |  |
|---|-------------------------------|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II       | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Lax et al, 2022 | Y      | PY     | N      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High quality |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|--|-------------------------------|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Journal of the American Academy of Dermatology<br>Hanjae Lee<br>Juin 2020 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en novembre 2019<br>10 articles inclus<br>Type d'études : Transversales, de cohorte ou cas-témoin<br>Articles en anglais | Patients atteints de DA et/ou de MICI, de tout âge et de tout sexe.<br>Inclusion : Études observationnelles étudiant l'association DA et MICI.<br>Rapportant une prévalence, une incidence, ou assez d'information pour calculer un OR ou RR | Association entre DA et MICI  | 95 291 110 patients     | <b>DA chez les patients atteints de MICI :</b> (OR 1,39, 95%CI 1.28-1.50)<br>(n = 4 articles)<br><br><b>MICI chez les patients atteints de DA :</b> OR 1.35, 95%CI 1.05-1.73)<br>(n = 5 articles)<br><br><b>Risque de MICI chez les patients atteints de DA :</b> RR = 1.46 (95%CI 0.98-2.17)<br>(n=3 articles)<br><br>Analyse en sous-groupe : Augmentation de l'OR de DA chez les patients ayant une RCH (OR 1.23; 95% CI 1.11-1.35) et augmentation de l'OR de RCH chez les patients ayant une DA (OR 1.53; 95% CI 1.07-2.18) | NA  | Forte hétérogénéité des articles inclus dans les MA de la prévalence et de l'incidence des MICI chez les patients atteints de DA.<br><br>Hétérogénéité entre les études en termes d'âge, de sexe et de ratio Crohn/RCH.<br><br>Ne permet pas d'identifier la séquence chronologique entre MICI et DA. | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Lee et al,<br>2020 | Y      | N      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année               | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|--|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Lee et al, Avril 2015, Asian Nursing Research | Revue intégrative<br>>3 bases de données<br>Jusqu'en mars 2013<br><b>15 articles éligibles</b><br>12 ERC et 3 NRSI<br>Langue : en anglais ou coréen | Enfants de 1 à 18 ans avec DA<br>Articles évaluant des programmes éducatifs sur la DA | Synthèse des programmes éducationnels existants chez l'enfant atteint de DA (composants importants d'un programme d'ETP pour la DA pédiatrique)<br><br>Quels modèles de recherche, méthodes et variables de résultats ont été utilisés dans les interventions éducatives pour les enfants atteints de DA ou leurs parents. | Non connu               | Malgré les différences dans la taille de l'échantillon et la gravité de la DA, toutes les études ont souligné l'efficacité des interventions éducatives pour les enfants atteints de DA et leurs parents.<br><br>6 études : ETP par infirmière<br>5 études : équipe pluridisciplinaire<br>Format : session individuelle, consultation en ligne, lecture, session en groupe, video, conseil individuel par téléphone ou mail, groupe échange<br><br><b>Composants importants identifiés :</b><br><u>Thème 1</u> « enfants de tous âges, gravité des symptômes, et leurs familles en tant qu'apprenants »<br>(a) les soins liés à l'âge, | NA  | Pas d'analyse statistique, purement descriptif mais sur études de bonnes qualités | Aucune                     |

|  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  | <p>(b) les soins en fonction de la gravité des symptômes<br/> (c) approche de soins centrés sur les patients et la famille<br/> Adaptation selon âge des patients : impact sur la QoL surtout &gt; 6 ans avec eczéma modéré à sévère<br/> Rôle des parents avec support éducationnel +++</p> <p><u>Thème 2</u> « des professionnels de la santé bien formés et préférés par la famille, en tant qu'éducateurs<br/> (a) éducateur bien formé,<br/> (b) éducateur préféré par la famille<br/> (c) approche multidisciplinaire.</p> <p><u>Thème 3</u> « le suivi à long terme avec diverses interventions, comme les méthodes pédagogiques »,<br/> (a) diverses méthodes pédagogiques<br/> (b) le suivi à long terme</p> <p><u>Thème 4</u> « la qualité de vie de l'enfant et de la famille, en tant qu'objectifs éducatifs »,</p> |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12      | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|--------------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Lee et al,<br>2015 | Y      | PY     | Y      | PY     | N      | N      | PY     | Y      | PY     | N       | Pas de MA | Pas de<br>MA | N       | N       | Pas de MA | Y       | Low          |

## Legendre et al, 2015

| 1er auteur, Journal, Mois/Année | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---------------------------------|---|---|-------------------------------|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Legendre et al, JAAD Avril 2015 | RS avec MA<br>Entre 1980 et février 2014<br>24 articles inclus<br>Articles en anglais, français ou allemand.<br>Tout type d'étude | Patients DA<br>Inclusion d'études originales évaluant le risque de lymphomes chez les patients atteints de DA | Association lymphome et DA    | 5986084 patients        | <b>Augmentation du risque de lymphome chez les patients atteints de DA : RR of 1.43 (95% CI, 1.12-1.81 (n = 4 études de cohorte), mais pas d'association dans les études transversales (RR 1.18, CI 95% 0.94 -1.47) (n = 18 études)</b><br><br><b>Association significative entre sévérité de la DA et risque de lymphome (pas de MA) (n = 3 études)</b><br><br><b>Influence des traitements topiques de la DA :</b><br>-pimecrolimus : pas d'association significative dans les études cas-témoins (OR : 0.85 (95% CI, 0.47-1.55) (n = 2 études), ni dans les études de cohorte (RR : 1.58 (95% CI, 0.83-3.00) (n= 2 études)<br>-tacrolimus : idem : études cas-témoins : OR : 1.04 (95% CI, 0.54-2.02) (n = 2 études), études de cohorte : RR : 3.13 (95% CI, 0.67-14.57) (n= 2 études)<br>-TCS forts : association significative avec risque de lymphome : OR : 1.73 (95% CI, 1.52-1.97) (n = 2 études), mais pas d'association avec les TCS | NA  | Hétérogénéité entre les études cas-témoin.<br>Concerne la définition de la DA, la validation diagnostique du lymphome, la population étudiée et le suivi.<br><br>Biais principal de l'étude : inclusion de patients ayant des lymphomes cutanés (biais de classement car patient a pu être diagnostiqué DA avant lymphome cutané, et facteurs de confusion dans l'évaluation du lien entre lymphome et traitements topiques)<br><br>Rôle des immunosupresseurs systémique n'a pas pu être évalué dans cette MA (info non dispo dans les études) | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | faibles (OR : 1.11 (95% CI, 0.80-1.54) (n= 2 études) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II                 | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Legendre et al, Juin 2015 | Y      | N      | N      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | N       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Critically low |

Li A et al, 2017

| 1er auteur, Journal, Mois/Année              | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue   | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|---|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Li A et al, Septembre 2017, JAMA Dermatology | RS sans MA<br>3 bases de données, Du 01.01.1946 au 31.10.2016<br>Exclusion : case report et série de cas.<br>En anglais.<br>=> 16 articles éligibles, toutes des études transversales. | Patients atteints de DA avec présence d'une corticophobie définie de 2 façons :<br>1) décrite dans l'article comme une phobie des DC par les auteurs<br>Ou 2) inquiétudes, anxiétés, peurs, ou réticences liées à l'utilisation des DC. | Évaluation de la corticophobie chez les patients et leurs soignants en évaluant :<br><br><b>Principal :</b><br>-Nomenclature,<br>-Prévalence,<br><br><b>Secondaire :</b><br>-Inobservance liée à la corticophobie<br>-les causes d'inquiétude,<br>-les sources | 6062                    | <b>Nomenclature :</b><br>-Phobie 10/16 (mais 3 définitions différentes)<br>-Peur 2/16<br>-Inquiétude, méfiance, résistance..<br><br><b>Prévalence :</b><br>variait de 21.0% (95% CI, 15.8%-26.2%) à 83.7% (95% CI, 81.9%-85.5%)<br><br><b>Inobservance :</b><br>2 études significatives pour une observance moindre chez les patients avec corticophobie. | NA  | Nomenclature non précise avec risque d'avoir raté des articles pertinents | Non détaillé               |

|  |  |   |  |   |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|
|  |  | Exclusion de la corticophobie en lien avec d'autres dermatoses. |  | <p><i>Lee et al</i> : Patients avec une dermocorticophobie avec observance partielle (42 of 85 [49.4%]) ou non observance (12 of 85 [14.1%]) VS patient sans corticophobie avec observance partielle (12 of 41 [29.3%]) ou non observance (4 of 41 [9.8%]) (Fisher exact test, <math>P = .04</math>).</p> <p><i>Kojima et al</i> : patients avec corticophobie et non observance (90 of 156 [57.7%]) vs pas de corticophobie et non observance (63 of 252 [25.0%]) (<math>\chi^2</math> test, <math>P &lt; .001</math>).</p> <p><b>Causes d'inquiétude</b> (5 études) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Amincissement de la peau</li> <li>-Effet sur développement et croissance</li> </ul> <p><b>Sources de désinformation</b> (4 études) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin et professionnels de santé dans le top 3 pour 3 études.</li> <li>Médias, amis, ...</li> </ul> <p>=&gt; But : Évaluation en début de traitement de la corticophobie par une échelle standardisée (TOPICOP ?)</p> |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|

|                    |   |    |   |    |   |   |    |    |   |   |           |              |   |   |           |   |                |
|--------------------|---|----|---|----|---|---|----|----|---|---|-----------|--------------|---|---|-----------|---|----------------|
| Li A et al<br>2017 | Y | PY | Y | PY | Y | Y | PY | PY | N | N | Pas de MA | Pas de<br>MA | N | N | Pas de MA | Y | Critically Low |
|--------------------|---|----|---|----|---|---|----|----|---|---|-----------|--------------|---|---|-----------|---|----------------|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|--|---|--|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Hongmin Li<br>Journal of the American Academy of Dermatology<br>Aout 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en juillet 2021<br>39 articles inclus<br>Études de cohorte prospectives<br>Pas de restriction de langue. | Patients issus de cohorte de naissance en bonne santé, populations à haut risque avec ATCD familial d'atopie, ou patients hospitalisés ayant une DA.<br><br>Inclus dans des études de cohorte prospective rapportant le risque d'asthme.<br><br>Exclusion : études sans groupe contrôle, études transversales, études incluant des patients ayant des symptômes ou un diagnostic d'asthme à l'inclusion, études explorant uniquement le lien entre asthme et DA actuelle. | Association entre les phénotypes de DA et le risque de progression de l'asthme | 458,810 patients        | <b>RR de développer un asthme chez les patients atteints de DA</b> : 2.16 (95% CI, 1.88-2.48) (n = 38 études)<br><br><b>Enfants avec DA persistante</b> ont un risque plus élevé de développer un asthme (RR, 3.36; 95% CI, 2.83-3.99) (n= 10 études) que les enfants avec <b>DA transitoire</b> (RR, 1.52; 95% CI, 1.34-1.73) (n = 9 études) ( $P < .01$ )<br><br>Enfants avec <b>DA sévère</b> ont plus de risque de développer un asthme (RR, 2.40; 95% CI, 1.96-2.94) (n = 3 études) que les enfants avec <b>DA modérée</b> (RR, 1.51; 95% CI, 1.30-1.75) (n = 2 études) ( $P < .01$ )<br><br><b>Risque plus élevé mais non significatif</b> de développer un asthme chez les enfants avec <b>DA à début précoce</b> (RR, 2.29; 95% CI, 1.92-2.74) (n = 27 études) vs <b>début tardif</b> (RR, 2.10; 95% CI, 1.41-3.13) (n = 9 études) ( $P = .70$ ) | NA  | Définition DA et asthme variable selon les études.<br>Idem pour les phénotypes de DA | Non                        |

| AMSTAR II             | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Li H et al, aout 2021 | Y      | PY     | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|---|---|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
| Ming Li<br>Evidence-based Complementarity and Alternative Medicine : eCAM<br>Mars 2021 | Revue systématique avec mété-analyse<br>Période d'inclusion : Jusqu'au 31 aout 2020.<br>18 articles inclus<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés<br>Langue : Anglais et Chinois | Participants diagnostiqués avec un eczéma chronique par des dermatologues, indépendamment de l'âge, du sexe et de la durée de la maladie ; le groupe expérimental a été traité avec Runzao Zhiyang Capsule (RZC) ou RZC combiné avec AH, tandis que le groupe témoin a été traité sans traitement oral, avec un placebo ou avec AH. Tous les participants ont été traités avec les mêmes médicaments topiques, notamment des crèmes hydratantes, des TCS, des TCI et des antiseptiques topiques.<br><br>Exclusion : Expériences animales, rapports de cas, revues, études en double, interventions inappropriées et études non disponibles. | Evaluer l'efficacité et l'innocuité de la RZC en tant que thérapie complémentaire au traitement conventionnel pour le traitement de l'eczéma chronique. | 1896                    | Comparé à l'absence de traitement oral, le RZC s'est avéré supérieur en termes de :<br>- TER (RR 1,45, IC à 95 % : 1,23 à 1,72, P < 0,0001, n= 3 articles),<br>- EASI à 4 semaines (MD -0,73, IC à 95 % : -0,90 à -0,56, P < 0,00001, n=1 article),<br>- EVA pour le prurit (MD -2,76, IC à 95 % : -4,53 à -0,99, P0,002, n=1 article).<br><br>Des résultats similaires ont également été observés lors d'un essai randomisé contrôlé par placebo.<br><br>Par rapport au groupe antihistaminique (AH) :<br>- le TER dans le groupe RZC associé à AH était significativement plus élevé (RR 1,32, IC à 95 % : 1,21 à 1,43, P < 0,00001, n=8 articles),<br>- le score EASI (MD -0,29, IC à 95 % : -0,38 à -0,20, P < 0. 001, n=2 articles), | En termes de sécurité, les maladies gastro-intestinales légères (diarrhées modérées et inconfort gastro-intestinal) ont été plus fréquentes dans le groupe RZC (RR= 3.93, 95% CI: 1.28 to 12.09, P= 0.02 n=6 articles), et aucun effet indésirable grave n'a été signalé. | Etudes uniquement conduites en Chine Qualité méthodologique des études incluses non optimale (pas d'informations sur les méthodes de randomisation et d'aveuglement). Nombre d'études incluses limité. Taille des échantillons faible. Suivi court. Critère principal d'évaluation TER : fiabilité ? | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II       | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Li et al., 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | N      | PY     | PY     | Y      | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                           | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|--|--|---|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Li et al, Avril 2020, Archives of Dermatological Research | RS avec MA<br>6 bases de données<br>Pas de limite antérieure, jusqu'en avril 2018<br>Articles en Anglais ou Chinois<br>ECR<br>Avec comparaison possibles entre les 2 bras<br>Exclusion : si groupes non comparables, pas un ECR, review, abstract de conférence, case report ou protocole<br>=> 8 études éligibles | Patients atteints de DA<br>Âgés de 1 mois à 18 ans<br>Aléatoirement répartis entre un groupe éducation et un groupe contrôle | Analyser le rôle de l'éducation thérapeutique dans la DA de l'enfant (sur le SCORAD)<br>Et sur la qualité de vie de la famille du patient (IDQOL, CDLQI, DFI) | 1111                    | <b>Effets sur le SCORAD (6 études) :</b><br>Hétérogénéité significative ( $P = 0.0006$ , $I^2 = 73\%$ ) donc modèle à effet aléatoire : différence significative du SCORAD entre les groupes avec et sans ETP ( $WMD = 9.70$ , [95% CI 6.11, 13.30], $P < 0.01$ )<br>Résultats similaires en analyse de sous-groupe lors du suivi à 3M, 6M, 12M<br><br><b>Effets sur le IDQOL / CDLQI / DFI (4 études)</b><br>L'ETP a un rôle significatif sur l'amélioration de l'IDQOL score ( $WMD = 0.96$ [95% CI 0.06, 1.86], $P = 0.04$ à 3 mois ; $WMD = 1.50$ [95% CI 0.33, 2.67], $P = 0.01$ à 6 mois). | NA  | Pas d'analyses de sous-groupe sur l'âge ou le type d'interventions car manque de données démographiques.<br><br>Hétérogénéité significative des études incluses.<br><br>Faibles effectifs de certaines études. | Aucune                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II           | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Li Y et al,<br>2020 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High         |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                    | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal                  | Nbre de patients inclus | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|--|--|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Zuohui Liang<br>Frontiers in Medicine<br>Juin 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en février 2022<br>29 articles inclus<br>Etudes de cohorte et cas-témoin | Patients atteints de DA.<br>Inclusion : études de cohorte et cas-témoins étudiant la relation eczéma et hémopathies malignes avec OR et IC fournis<br>Exclusion : études animales, études sans information sur l'association eczéma et cancer, revues. | Association entre eczéma et hémopathie maligne | 2,521,574 patients      | <b>Pas d'association significative entre eczéma et LNH (OR = 1.10 ; 95% CI, 0.991-1.24 ; P(ES) = 0.087) (n = 17 études) ni entre eczéma et LM (OR = 1.04 ; 95% CI : 0.90-1.19 ; P = 0.616) (n = 8 études)</b><br><br><b>Augmentation significative du risque de LH chez les patients ayant de l'eczéma : OR = 1.44 ; 95% CI, 1.07-1.95 ; P = 0.016 (n = 6 études) et du risque de myélome : OR = 1.15 ; 95% CI : 1.04-1.28, P = 0.008</b><br><br><b>Eczéma associé à une diminution significative du risque de LL : OR = 0.91 ; 95% CI : 0.84-0.99 ; P = 0.029 (n = 13 études)</b> | NA  | Hétérogénéité entre les études.<br>Ajustement sur cofacteurs différents selon les études | Non                        |

| AMSTAR II              | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Liang et al, juin 2022 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low          |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année              | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus            | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|--|---|------------------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Linares-Gonzales et al, Novembre 2021, Life. | RS sans MA<br>4 bases de données, Pas de limite antérieure, jusqu'au 10.12.2020<br>Pas de limitation dans le type d'articles.<br>=> 5 études éligibles : 3 études transversales, 1 étude de cohorte, 1 étude cas témoin | Patients atteints de DA<br>Avec une dysfonction sexuelle validée par la CIM 8,9ou10<br>Inclusions :<br>(1) études prospectives, rétrospectives et transversales évaluant la prévalence de tout trouble sexuel dans la dermatite atopique ;<br>(2) les données d'étude originale ;<br>(3) aucune limite de temps ;<br>(4) publié dans n'importe quelle langue ; (5) dysfonction sexuelle évaluée avec une échelle validée ou diagnostiquée établie par la CIM-8, 9 ou 10. | <b>Primaire :</b><br>Prévalence de la dysfonction sexuelle dans la DA<br><b>Secondaire :</b><br>Déterminer les instruments de mesure de la dysfonction sexuelle les plus utilisés | 8088<br>+ cas contrôles<br>1747755 | <b>Prévalence :</b><br>-Variait de 6.7 à 57.9%. > 10% dans toutes les études.<br>-Plus élevée entre 40 et 59 ans (1 étude)<br>-Plus importante que chez les sujets sains mais inférieure aux patients avec psoriasis.<br>-Majoré en cas de DA sévère et d'atteinte génitale.<br><br><b>Instruments utilisés :</b><br>-Utilisation préférentielle du DLQI qui ne contient qu'une seule question en lien avec la dysfonction sexuelle.<br>-CHOQ questionnaire (1 étude)<br><br>=> Manque de questionnaires standardisés et internationalement acceptables sur l'évaluation de la dysfonction sexuelle. | NA  | Biais d'information possible au vu de la sensibilité du sujet abordé.<br><br>Grande hétérogénéité dans les instruments de mesure de la dysfonction sexuelle.<br><br>Pas de MA possible. | Aucune                     |

| AMSTAR II                    | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Linares-Gonzales et al, 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | Y       | Y       | Pas de MA | y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année    | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle   |
|------------------------------------|---|---|--|--|--|---|---|--|
| Long et al, Février 2022, PLoS One | RS avec MA<br>Période d'inclusion non connue<br>Études de cohortes ou étude cas témoin<br>Exclusion des autres designs<br>Recherche : "eczema," "dermatitis, atopic," "cohort studies," and "case-control studies."<br>=> 20 études éligibles<br>-10 études de cohorte prospectives | Patients atteints d'eczéma<br>Relation entre eczéma et dépression / anxiété<br>Ou<br>Études dont l'exposition est l'eczéma et le résultat est la dépression / anxiété | Présence d'un eczéma et risque de développer dépression/anxiété : et risque de développer dépression/anxiété<br>Association entre eczéma et anxiété<br>Association entre eczéma et anxiété | 4 896 099 patients<br>Dont DA/dépression 4 878<br>746 (cas et dépression + témoins)<br>Dont DA/anxiété 4 607 597 (cas + témoins) | <b>Présence d'un eczéma et risque de développer dépression/anxiété :</b> significativement positif OR =1.63, 95% IC [1.42, 1.88], p(ES)<0.001<br>Mais hétérogénéité significative (p<0.001, I <sup>2</sup> =90.8%)<br>Association restée positive (OR combiné =1.54, 95% IC [1.35, 1.75], p(ES)<0.001) après retrait des études de < 500 patients.<br><br><b>Association entre eczéma et dépression</b> (18 études, n=141 910, témoins = 4 736 222) : statistiquement positif OR =1.64, 95% IC [1.39, 1.94], p(ES)<0.001 mais hétérogénéité p<0.001, I <sup>2</sup> =90.8%<br><br><b>Association entre eczéma et anxiété</b> (9 études, n=106 894, témoins = 4 500 703) : risque significatif OR combiné =1.68, 95% IC [1.27, 2.21], p(ES)<0.001 avec hétérogénéité significative p<0.001, I <sup>2</sup> =92.7% | NA  | Hétérogénéité significative pour toutes les analyses, en lien avec :<br>- la taille des échantillons<br>- la différence des plans d'études<br>=> Mais analyse de sensibilité qui est restée stable<br><br>Pas d'ajustement sur les facteurs de confusion probable.<br><br>Pas d'études de l'association dépression / anxiété selon la sévérité de l'eczéma.<br><br>Mécanismes sous-jacents non clairs | National Natural Science Foundation of China<br>Yunnan Health Training Project of High-level Talents<br>Pas de conflits d'intérêts |

|  |                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | -10 études cas-témoins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Long et al, 2022 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High    |              |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|---|--|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
|  | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue           | Critères d'inclusion et exclusion   |  |                         | Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  |   |  |                            |
| LU CL<br>BMC<br>complement<br>ary and<br>alternative<br>medicine<br>2018 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en mai 2018<br>Articles uniquement en anglais et chinois<br>24 ECR | Enfants <14 ans atteints de DA<br>Traités par médecine complémentaire et alternative<br>( <i>Complementary and Alternative Medicine</i> ) (CAM) pouvant inclure par exemple vitamines, naturopathie, homéopathie, probiotiques ; associée ou non à un traitement conventionnel de la DA<br>Inclusion d'ECR uniquement | Critère principal de jugement : évaluation objective de la sévérité de la DA par au moins un de ces scores : SCORAD, EASI, NESS ( <i>Nottingham eczema severity score</i> )<br>Évaluation subjective de la sévérité de la DA : POEM, DLQI, VAS rapportée par le patient ou parents<br>Fréquence d'arrêt du traitement lié à des effets secondaires<br>Les auteurs ont ensuite regroupés les données des essais selon amélioration de plus de 95% des symptômes et amélioration de plus de 50% mais sans information sur le score utilisé pour retenir ces critères | 2233                    | 18 études sur probiotiques, 2 sur régime (1 étude avec des évictions tournantes sur 6 jours d'aliments pour lesquels le patient est intolérant, 1 étude avec supplémentation en probiotiques vs formule lactée normale vs hydrolysat de LV chez le nourrisson, 3 sur biofilm (application externe), 1 sur huile de bourrache, 1 sur natation<br>Amélioration globale de plus de 95% des symptômes et signes cutanés : comparativement au placebo, amélioration du SCORAD pour les patients sous probiotiques différence moyenne du SCORAD 9,01, IC 95% 7,12-10,90 ; $I^2=37\%$ ) (5 études, 323 participants) | Rapportés dans 12 ECR : 4 ECR absence d'EI, 1 ECR pas de lien entre CAM et EI mais sans précision sur le EI, 7 ECR rapportés des EI mais divers (cutanés, infectifs respiratoires, digestifs) dont 2 EI sévères (brûlure cutanée et laryngite) mais non reliés au traitement expérimental | Risque de biais indéterminé pour la plupart des études<br>Données insuffisantes pour le traitement conventionnel de la DA dans les essais<br>Très grande hétérogénéité sur le type de CAM, certaines données synthétisées sans analyse selon type de CAM | Non                        |

| AMSTAR II   | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9      | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Lu CL, 2018 | N      | Y      | N      | N      | Y      | Y      | N      | N      | Y/only RCTs | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | N       | Y       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                                    | Type d'étude (RS avec/sans MA)                                     | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais | Participation industrielle |
|--|--|---|---|--|--|--|-----------------|----------------------------|
| Expert Review of Clinical Pharmacology – Li-Chin Lu – Octobre 2022 | RS avec MA<br>Jusque 10 avril 2022<br>Pas de restriction de langue | Patients ayant une DA légère à modérée, quelle soit l'âge.<br>19.6% (n=198) : DA légère<br>80.4% (n=811) : DA modérée<br>Inclusion des études comparant difamilast vs véhicule (placebo ou contrôle) ; ECR avec données d'efficacité rapportées<br>Articles exclus : résumés de | Évaluer efficacité et sécurité du difamilast (IPDE4) topique dans les DA légère à modérée, versus véhicule : IGA calculé à 4 semaines | 1009 patients<br>617 patients recevaient difamilast<br>392 patients recevaient le véhicule | <b>Amélioration IGA difamilast versus véhicule à S4 (RR= 2.82; 95% IC 2.11–3.77) : diminution de la sévérité et surface cutanée atteinte à J28 (–4.10; 95% CI: –5.32 à –2.87), échelle verbale (–0.51; 95% CI: –0.71 à –0.32), échelle visuelle (–12.15; 95% CI: –19.70 à –4.61) valeur mesurée orientée (–3.99; 95% CI: –4.91 à –3.07)</b><br>et surface cutanée atteinte (–6.48; 95% CI: –8.09 à –4.87)<br><b>Sous-groupes par âge :</b><br><b>2-14 ans</b> : difamilast topique > véhicule : RR=2.71 ;(95%IC 1.72-4.29 ; p<0.001)<br><b>15-70 ans</b> idem : RR=2.81 ; 95%IC 1.92-4.10 ; p<0.001)<br><b>Pas d'efficacité à S1 :</b><br>RR=3.56 ;(95%IC 0.83-15.24 ; p=0.09)<br><b>Critères secondaires à S4 :</b> | 4 études au Japon conduites par la même équipe, avec biais<br>Nombre de patients limités<br>Fiabilité de diagnostic de la DA<br>Aucune<br>Pas de différence en termes d'effets indésirables et moins d'interruption dans le bras difamilast<br>Pas de comparaison entre difamilast et autre traitement<br>Hétérogénéité des évaluations sur critères |                 |                            |

|  |  |  |  |  |                             |
|--|--|--|--|--|-----------------------------|
| <p>congrès, cas clinique, études observationnelles, études avec un seul bras, études ne donnant pas leur critère de jugement, études ne comparant pas le difamilast contre placebo ou contrôle, études de pharmacocinétique et études ne portant pas sur les humains.</p> <p>=&gt; 5 Articles inclus : ECR : 3 en phase II et 2 en phase III</p> |  |  | <p>EASI : MD=-4.10 ; (95%IC : -5.32 à -2.87),<br/> VRS : MD=-0.51 ; (95%IC : -0.71 à -0.32),<br/> EVA : MD=-12.15 ;(95%IC : -19.70 à -4.61)<br/> POEM : MD=-3.99 ; (95%IC : -4.91 à -3.07)<br/> Surface cutanée atteinte : MD=-6,48 ;<br/> (95%IC : -8.09 à -4.87)</p> |  | <p>secondaires (I2 99%)</p> |
|--|--|--|--|--|-----------------------------|

| AMSTAR II           | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Lu Li-Chin,<br>2022 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Low          |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année                                     | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus                     | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|----------------------------|
| Zhiyu Lu<br>Allergy, Asthma & Clinical Immunology<br>Septembre 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en octobre 2020<br>14 articles inclus<br>Etudes observationnelle<br>En anglais uniquement | Patient avec diagnostic de DA.<br>Inclus dans des études transversales ou cas-témoin rapportant la prévalence des maladies auto immunes (MAI) chez les patients DA ou dans des études de cohorte rapportant l'incidence des MAI chez les patients DA.<br>Le diagnostic de MAI cohorte était établi par un clinicien.<br>Exclus : revue, rapport de cas, MA, lettre, commentaire, recommandations. | Association entre DA et MAI.  | 90 568 patients DA et 101 324 307 contrôles | <b>DA augmente le risque de développer une pelade : RR 2.98 95% CI 1.36-6.53 (n = 3 études)</b><br><b>DA augmente le risque de développer un lupus érythémateux systémique : RR 2.20, 95% CI 1.44-3.38 (n = 2 études)</b><br><b>DA augmente le risque de développer un vitiligo : RR 1.64 95% CI 1.27-2.13 (n = 2 études)</b><br><b>Prévalence augmentée de maladie cœliaque chez les patients DA : OR 1.98 ; 95% CI 1.51-2.60 (n = 4 études)</b><br><b>DA augmente le risque de développer une maladie coeliaque : 1.41 (95% CI 1.32-1.50) (n=1 étude)</b><br><b>DA augmente le risque de développer une maladie de Crohn : RR = 1.38, 95% CI 1.17-1.63 (n = 3 études)</b> | NA  | Pas d'analyse en sous-groupe selon l'âge, le sexe, la sévérité de la DA.<br>Biais de publication dans 2 MA réalisées.<br>Beaucoup d'études de petite taille avec méthodologie de qualité moyenne. Peu d'études incluses.<br>Ajustement sur les facteurs confondants non systématique selon les études.<br>Risque de mauvais diagnostic de DA ou MAI (utilisation de | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DA augmente le risque de développer une RCH : RR = 1.49 95% CI 1.05–2.11 (n = 2 études)**

**DA augmente le risque de développer une polyarthrite rhumatoïde : RR = 1.38 (95% CI 1.16–1.63 (n = 3 études)**

questionnaires dans certaines études).

Restriction dans la langue.

| AMSTAR II             | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Lu Z et al, sept 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | N      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Moderate     |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année                                  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal     | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------|---|---|---|--|
| Current Therapeutic Research<br>Ana Martin-Santiago<br>juin 2022 | RS avec MA<br>Pas de date limite antérieure et jusqu'au jour de la recherche 27/09/2021.<br>Pas de restriction de langue<br>Inclus : RCT avec comparaison entre IPDE4 et autre groupe (ICT, DC ou placebo)<br>=> 16 articles dont 14 pour la MA<br>Exclus : Études observationnelles, autres voies d'administration que topique, études de | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue | Critères d'inclusion et exclusion |                         | Absence de différence entre les IPDE4 et le véhicule en ce qui concerne les <b>effets indésirables</b> (RR= 0.99; 95% IC, 0.87–1.14; P = 0.94), même sévère (RR= 0.92; 95% CI, 0.392.20; P = 0.86).<br><br>Seule 1 étude concernant le crisaborole montre une augmentation significative du risque d'effet secondaire : RR = 2.30 (95% IC, 1.20 to 4.40; P = 0.01)<br><br><b>Douleur</b> au site d'application : MA sur 3 études. Augmentation du risque de douleur : RR = 2.59 (95% IC, 1.29–5.20; P = 0.01)<br><br><b>Prurit</b> : MA sur 4 études : pas de différence significative : RR = 0.65 (95% IC, 0.31–1.34; P = 0.24)<br><br>Diminution du risque de <b>poussée de DA</b> versus placebo (RR = 0.62; 95% CI, 0.39–0.98; P = 0.04) (analyse de sensibilité sur les études à faible risque de biais uniquement). | Cf résultats  | Peu d'études, plusieurs types d'IPDE4 testés, pas de comparaison entre les IPDE4 (comparaison avec placebo sauf dans 1 étude avec DC), perdus de vue<br>Parmi les 3 études avec 1522 patients, le groupe témoin était de 506 donc 2 fois plus faible que le groupe « traité »<br>Définition de la sévérité variable | Pfizer (2 auteurs affiliés ; 2 autres ont un lien d'intérêt) |

|  |                          |                                |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |  |
|--|--------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|
|  | coût, études sur animaux | Groupe 3 : placebo ou véhicule |  | 103 patients cipamfylline (1 étude) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | d'une étude à l'autre |  |
|--|--------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--|

| AMSTAR II                  | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Anna Martìn-Santiago, 2022 | Y      | PY     | N      | PY     | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | N       | N       | N       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année             | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal                          | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|--|--|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Mohan et al<br>JAMA dermatology<br>Mai 2015 | RS avec MA<br>Jusqu'en avril 2014<br>33 articles inclus<br>Articles avec titre et abstract en anglais.<br>Tout type d'étude | Patients DA quelque soit l'âge.<br>Exclusion : pas d'indication claire d'une investigation du lien DA/vitiligo/pelade ; pas de données épidémiologiques sur l'association ou résultats contradictoire entre abstract/texte et tableau de résultats | Association DA et vitiligo et association DA et pelade | 808797 patients         | <b>Vitiligo :</b><br><b>Plus de risque de DA chez les patients ayant un vitiligo :</b> OR : 7.82; 95% CI, 3.06-20.00 (n=2 études)<br><b>Vitiligo à début précoce (&lt;12 ans)</b> était associé à un risque significativement plus élevé de DA que le vitiligo à début tardif (OR : 3.54 ; 95% CI, 2.245.63, P < .001).<br>Prévalence de la DA était significativement plus élevée chez les patients présentant un <b>vitiligo étendu</b> (surface corporelle >75%).<br><br><b>Pelade :</b><br><b>Plus de risque de DA chez les patients ayant une pelade :</b> OR, 2.57; 95% CI, 2.25-2.94 (n= 3 études)<br><b>Pelade totale ou universelle</b> était associée à un risque faible mais plus élevé de DA que pelade en plaques (OR, 1,22 ; IC 95 %, 1,01-1,48, P = 0,04). | NA  | Seulement 3 études de bonne qualité pour la pelade et aucune pour le vitiligo selon le score NOS.<br>Pas d'ajustement sur les cofacteurs dans la plupart des études<br>Biais de sélection de certaines études avec une prévalence de DA plus élevée que la prévalence rapportée dans la région de l'étude.<br>Surestimation probable des cas avec mesure de l'information DA souvent déclarative.<br>Pas d'info sur la sévérité de la DA ou le phénotype.<br>Etudes transversales ne permettant pas d'évaluer la temporalité des associations décrites. | Non                        |

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Mohan et al, 2015 | Y      | N      | N      | PY     | N      | Y      | PY     | Y      | Y      | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low quality  |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br><br>Et résultats secondaires pertinents<br><br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|---|--|--|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology and I.M. Mukovozov. Aout 2020 | RS sans MA<br><br>Période d'inclusion : Jusqu'en mars 2020<br><br>15 articles inclus<br><br>Type d'article : études de cohorte, transversales ou cas-témoin.<br><br>Articles en anglais | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue<br><br>Patient de tout âge et de tout sexe ayant une DA<br><br>Inclus dans des études évaluant la DMO, l'ostéopénie, l'ostéoporose et le risque de fractures. | Critères d'inclusion et exclusion<br><br>Association entre DA et DMO, ostéopénie, ostéoporose et fracture. | 306 888 patients        | <b>DMO</b> (n= 8 articles) : résultats varient selon les études avec la plupart des études montrant une DMO plus basse ou similaire chez les patients DA vs patients sains<br><br>Pas de différence de DMO si stratification selon dose de DC utilisé (>75g ou <75g/mois)<br><br>Chez l'enfant : DA semble associée à diminution DMO.<br><br><b>Ostéopénie/ostéoporose</b> (n= 4 articles)<br><br>3 études avec groupe contrôle ont montré une association positive DA – ostéopénie/ostéoporose.<br><br>Cohorte de 60 enfants DA : 1 seul présentait une ostéoporose fracturaire.<br><br><b>Fractures</b> (n=5 articles).<br><br>3 études avec groupe contrôle ont montré une association positive entre DA et fracture.<br><br>Odds augmenté si DA sévère | NA  | Hétérogénéité des populations et des méthodes de mesure de la DMO, avec résultats contradictoires.<br><br>Pas d'étude stratifiant les analyses selon l'âge et le sexe.<br><br>Pas d'information sur la sévérité de la DA dans la plupart des études.<br><br>Peu de données sur l'utilisation des corticoïdes systémiques, sur les comorbidités atopiques (pour lesquelles l'utilisation de corticoïdes locaux est fréquente)<br><br>Temporalité des associations non mesurable (études transversales principalement) | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | Interaction significative entre âge-DA-fracture : DA associé à plus haut risque de fracture chez patients >30 ans mais pas entre 18 et 29 ans. |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II                  | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Mukovozov et al, aout 2020 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | Y       | Y       | Pas de MA | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|---|--|---|-------------------------|--|--|--|----------------------------|
|  |   |  |   |                         | Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   |  |  |                            |
| Musters, Annelie H. Cochrane Database of Systematic Reviews Octobre 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'à janvier 2021<br>32 articles<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés (ECR)<br>Langue : pas de restriction | Essais portant sur la photothérapie comparée à l'absence de traitement, à un placebo, à d'autres formes de photothérapie ou à un autre type de traitement de l'eczéma<br><br>Patients de tous âges dont la DA avait été diagnostiquée par un professionnel de la santé | Évaluer l'efficacité de la photothérapie par rapport à l'absence de traitement ou d'autres types de traitement pour traiter l'eczéma, évaluer la survenue d'effets indésirables | 1219                    | NB-UVB vs placebo/absence de traitement :<br>- amélioration des signes d'eczéma évalués par un professionnel de santé (différence moyenne= -9,4, IC 95% -3,62 à -15,18, 1 étude, 41 personnes) ;<br>- augmenter le nombre de personnes rapportant des démangeaisons moins sévères (1 étude, 41 personnes risque relatif 1,72 IC 95% 1,10 à 2,69)) ;<br>- augmentation du nombre de personnes rapportant une amélioration modérée ou plus importante de l'eczéma, mesurée par l'IGA, (risque relatif 2,81 IC95% 1,10 à 7,17, 1 étude, 40 personnes) ; et<br>- absence d'impact sur le taux de personnes abandonnant le traitement en raison d'effets indésirables (3 études, 89 personnes).<br><br>Absence de différence mise en évidence pour l'efficacité des NB-UVB (comparé à | Certaines études ont rapporté que la photothérapie provoquait des effets indésirables, notamment des réactions ou des irritations cutanées, des brûlures dues aux UV, une aggravation de l'eczéma et des infections cutanée (bactériennes et virales). Toutefois, ces effets n'ont | Peu d'études ont pu être incluses dans chaque comparaison, et les études n'ont généralement porté que sur un petit nombre de personnes.<br><br>Pour les essais NB-UVB vs placebo/absence de traitement : niveau d'évidence faible du fait des risque de biais et imprécision | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Musters et al., 2021 | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | Moderate     |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année                        | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|---|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| NG JC<br>American Journal of Clinical Dermatology 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en août 2021<br>Pas de restriction de langue<br>20 articles (schéma d'étude de chaque étude non rapporté) | Patients adultes et enfants atteints de DA<br>Études évaluant le taux sérique de 25(OH)D et la sévérité de la DA et études évaluant l'effet de la supplémentation de la vitamine D sur la sévérité de la DA | Études portant sur :<br>- le taux sérique de 25(OH)D chez patients atteints de DA vs contrôles<br>- ou association entre le taux sérique de 25(OH)D et sévérité de la DA<br>- ou effet sur la DA d'une supplémentation orale en vitamine D<br>SCORAD<br>Prurit<br>Troubles du sommeil | 1882 patients avec DA   | 1/ Taux sérique de 25(OH)D chez patients avec DA et contrôles<br>MA sur 14 études (3 articles chez adultes et enfants, 11 articles population pédiatrique)<br>Taux sérique de vitamine D significativement plus bas dans le groupe DA par rapport aux contrôles (-7,42 ng/mL, IC 95% - 11.91 - - 2.93; $I^2 = 98,9\%$ )<br><br>Résultats similaires pour analyse en sous-groupe (latitude, continents/ (Asie vs non-Asie)<br><br>2/ Relation entre taux sérique 25(OH)D et sévérité DA (légère si SCORAD <25 et sévère si DA >50)<br>MA sur 10 études /comparaison DA sévère et DA légère<br>Taux sérique significativement plus bas dans groupe DA sévère vs DA légère (-7,99 ng/mL, IC 95% - 11.22 - - 4.75, $I^2 = 82,3\%$ )<br><br>3/ Effet de la supplémentation en vitamine D<br>MA sur 4 études (1 article chez adultes et enfants, articles population pédiatrique) | Non rapporté  | Hétérogénéité importante<br>Saison non prise en compte dans les études<br>Régime alimentaire non pris en compte<br>Peu d'ECR, majorité d'études observationnelles | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Ng, 2022  | N      | Y      | N      | Y      | Y      | Y      | N      | N      | N/Y    | N       | N/N     | N       | N       | N       | Y       | Y       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                   | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus                            | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|---|---|--|--|---|--|----------------------------|
| Oykhman P<br>J Allergy Clin Immunol Pract<br>2022 | RS et MA<br>Période d'inclusion : jusqu'au 18 janvier 2022<br>Pas de restriction de langue<br>14 études dont 10 ECR incluses dans la métanalyse | Patients avec DA<br>SCORAD médian de 20,7 (intervalle interquartile 3,7-37,6)<br>ECR et études observationnelles évaluant l'effet d'un régime d'évitement versus absence de régime d'évitement dans la prise en charge de la DA | Sévérité de l'eczéma mesurée par le SCORAD, POEM, EASI<br>Sévérité du pruritus (par exemple, total itch score)<br>Sévérité des troubles du sommeil (par exemple, sleep disturbance score) | 599 sujets d'âge médian 1,5 ans (interval 0,5-4,8) | Pour la sévérité de l'eczéma (10 ECR), un régime d'évitement était associé à une diminution légère du SCORAD comparativement au groupe n'ayant pas suivi de régime d'évitement (RR 1,22, 1,01-1,42) (50% vs 41%, différence de risque 9%, IC 95% 0-17) (p < 0,001).<br>Pour la sévérité du pruritus (daytime itch score [range, 0-3] mean difference, e0.21 [95% CI, e0.57 to 0.15]), and sleeplessness (sleeplessness score [range, 0-3] mean difference, e0.47 [95% CI, e0.80 to e0.13]).<br>Amélioration également sur le sommeil (2 ECR) | 2 ECR rapportent une prise de poids liée à l'évitement alimentaire et la prise de préparations à base d'acides aminés | Faible niveau de preuve (GRADE low)<br>Nombreux facteurs confondants dans l'évolution de la DA (DA sévères non concernées) | Non                        |

| AMSTAR II     | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Oykhman, 2022 | Y      | Y      | N      | Y      | N      | Y      | N      | PY     | Y      | Y       | Y       | N       | N       | N       | Y       | N       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année           | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|--|--|--|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
| Patel et al, J Am Acad Dermatol, Fev 2019 | RS avec MA<br>>3 bases de données<br>Jusqu'en mars 2018<br>Études transversales ou de cohortes évaluant la relation entre DA, dépression et/ou suicidalité ; inclusion d'au moins 20 sujets; publiées en ligne, imprimées ou sous presse ;<br>=>106 études éligibles et 67 | Patient tout âge avec DA<br>Informations : dépression, antidépresseurs, suicide ou risque suicidaire | Relation entre DA et les différents aspects de la dépression : symptômes dépressifs ; dépression majeure diagnostiquée cliniquement ; utilisation d'antidépresseurs ; suicidalité ; et impact sur les enfants, les adultes et la famille | Non connu               | 106 études incluses<br>MA sur 67 études<br>Dont 36 pour la dépression<br><br>La <b>prévalence</b> groupée des effets aléatoires de toute dépression était plus élevée chez les adultes et les enfants avec que sans DA (19,2 % contre 14,1 %), y compris la dépression clinique (14,9 % contre 12,6 %) et les symptômes dépressifs (22,2 % contre 14,5 %).<br><br>Les <b>patients atteints de DA avaient un risque plus élevé de dépression</b> (22 études sur 36, OR combiné, 1,71 ; IC à 95 %, [1,48-1,98] ; P < 0,001])<br>Idem dans les analyses de sensibilité évaluant la dépression clinique (12 études sur 24 [OR combiné, 1,61 ; IC à 95 %, 1,34-1,93]) ou les symptômes dépressifs (9 études sur 11, OR combiné, 1,70 ; IC à 95 % [1,38-2,10]). | NA  | Manque :<br>-d'études longitudinales<br>-de données au niveau individuel<br>-la capacité de s'adapter aux phénotypes de la DA ou aux facteurs de confusion entre les études. | Aucune                     |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>inclus dans la MA</b><br><br>Langue : aucune restriction |  |  | <p>Risque de dépression légèrement plus élevé chez les patients atteints de DA dans les 26 études qui incluaient des <b>témoins sains</b> (22 des 26 études [OR combiné, 1,95 ; IC à 95 %, 1,67-2,28]).</p> <p>Aucune différence significative dans le risque de dépression chez les personnes atteintes de la DA dans les 9 études qui comparaient avec diverses <b>autres affections cutanées</b> (OR groupé, 0,95 ; IC à 95 %, [0,71-1,26])</p> <p><b>DA modérée à sévère</b> était associée à un risque significativement plus élevé de dépression (2 études sur 4 [OR groupé, 1,81 ; IC à 95 %, 1,40-2,35]), alors que la <b>DA légère n'était pas systématiquement associée à la dépression</b> (1 sur 4 3 études [OR groupé, 1,28 ; IC à 95 %, 0,41-4,06])</p> <p>Risque plus élevé de dépression chez les <b>adultes</b> (16 études sur 20 [RC groupé, 2,08 ; IC à 95 %, 1,70-2,55]) <b>que chez les enfants</b> (4 études sur 6 [OR groupé, 1,31 ; IC à 95 %, 0,99-1,75])</p> <p>MA sur 5 études pour la <b>dépression parentale</b> : Tendance à la dépression plus importante si enfant DA mais analyse sur</p> |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Patel et al, 2019 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | N      | PY     | PY     | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année                 | Type d'étude (RS avec/sans MA)       | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais  | Participation industrielle                     |
|---|--------------------------------------|---|---|-------------------------|--|---|--|--|
| Pereyra-Rodriguez José-Juan Life Septembre 2021 | Revue systématique avec méta-analyse | Patients adultes et adolescents atteints de DA modérée à sévère. (initialement seulement adultes mais études avec adultes et adolescents acceptées) | Évaluer l'efficacité et la sécurité des biothérapies et des petites molécules dans la dermatite atopique. | 10268                   | Supériorité de l'ensemble des traitements par rapport au placebo pour tous les critères de jugement, en dehors du némolizumab 60 mg toutes les 4 semaines dans l'amélioration de l'EASI 75/90 ou de l'IGA 0/1 et du tezepelumab 280mg toutes les 2 semaines en association avec les TCS.<br><br>En monothérapie, un pourcentage plus élevé de patients atteint l'EASI-75 avec l'upadacitinib 30 mg [OR : 18,90 (13,94 ; 25,62) n=2 articles], suivi de l'abrocitinib 200 mg [OR = 11,26 (7,02 ; 18,05) n=3 articles] et de l'upadacitinib 15 mg [OR : 10,89 (8,13 ; 14,59) n=2 articles].<br><br>Ces résultats ont également été observés dans les études où l'utilisation de corticostéroïdes topiques était autorisée (OR upadacitinib 30 mg = 9,43 ; OR | Augmentation du risque d'EI pour le sinhibiteurs de JAK: upadacitinib 30mg [OR : 1,64 (1,23; 2,18)] et abrocitinib en monothérapie [100 mg OR : 1,56 (1,02; 2,38) 200 mg OR : 2,06 [1,34; 3,17]]. et baricitinib en association avec les TCS [4 mg OR : 2,36 [1,63; 3,42]] 2 mg | Biais de publication<br>Risque de biais pour certaines études incluses.<br>Court terme.<br><br>Certaines molécules incluses étaient toujours en phase de développement.<br><br>1 seul essai clinique inclus par molécule pour lebrikizumab, nemolizumab, et tezepelumab. | Conflits d'intérêt (nombreux) chez les auteurs |

|  |  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  | <p>Critères de jugement secondaires : IGA (0 ou 1) à la semaine 12-16</p> <p>Prurit NRS (4 points d'amélioration) à la semaine 12-16</p> <p>Tolérance : Effets indésirables graves (EIG)<br/>EI cardiaque, infection, infection voies aériennes supérieures, arrêt de traitement du à EI à S12-S16</p> | <p>abrocitinib 200 mg = 6,12 ; OR upadacitinib 15 mg = 5,20).</p> <p>Lebrikizumab 250mg toutes les 2 semaines (OR 5,65 IC95% 2,35-13,60)</p> <p>En ce qui concerne l'IGA, le pourcentage de patients atteignant l'IGA0/1 était plus élevé avec les deux doses d'upadacitinib 30 mg [OR : 19,13 (13,14 ; 27,85) n=2] et 15 mg [OR = 10,95 (7,52 ; 15,94), n=2].</p> <p>Dans les études où l'utilisation de TCS était autorisée, la dose de 200 mg d'abrocitinib [OR = 6,10 (3,94 ; 9,44)] était plus efficace que la dose de 15 mg d'upadacitinib [OR = 5,47 (3,57 ; 8,41)].</p> <p>Lebrikizumab 250mg toutes les 2 semaines vs placebo (OR=5,6 IC95% 1,99-15,75)</p> <p>En ce qui concerne le baricitinib, l'efficacité a toujours été inférieure à celle de l'abrocitinib 100 et 200 mg par jour, de l'upadacitinib 15 et 30 mg par jour et du dupilumab 300 mg/2 semaines pour tous les paramètres mesurés (EASI75, EASI90, et IGA0/1) avec les doses de 2 mg et 4 mg.</p> | <p>OR = 1.,2 (1,22; 2,41)].</p> <p>Aucun médicament n'a montré un OR supérieur à celui du placebo pour les EIG.</p> | <p>Populations mixtes (adultes et adolescents)</p> <p>Publication dans revue Life (éditeur MDPI, parfois listé comme une revue prédatrice)</p> |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|

| AMSTAR II                      | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Pereyra-Rodriguez et al., 2021 | Y      | Y      | N      | N      | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | N       | Y       | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                               | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|-------------------------------|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| B Ponvilawan<br>Journal of Postgraduate Medicine<br>Aout 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en mars 2020<br>8 articles inclus<br>Etude de cohorte ou cas-témoin. | Patients ayant une DA. Inclus dans des études de cohorte rapportant l'incidence, RR, HR de lupus érythémateux systémique (LES) ou des études cas-témoin rapportant l'OR de LES. | Association entre DA et LES.  | 4 545 686 patient s     | <b>Probabilité significativement plus élevée de LES chez les patients atteints de DA</b><br>par rapport aux individus sans DA : 1.46 (95% CI, 1.05–2.04) (n=6 études) | NA  | Hétérogénéité significative.<br>Différence entre participants, design et protocoles des études incluses.<br><br>La moitié des études incluses ont identifié les cas de DA ou LES sur la base du codage administratif.<br><br>Potentiels biais de publication. | Non                        |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|

|                             |   |   |   |    |   |   |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |
|-----------------------------|---|---|---|----|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Ponvilawan et al, aout 2021 | Y | N | Y | PY | Y | N | PY | Y | Y | N | Y | N | Y | Y | Y | Y | Y | Y | Low |
|-----------------------------|---|---|---|----|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

Ravn et al, 2021

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal     | Nbre de patients inclus  | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|--|-----------------------------------|--|--|---|---|----------------------------|
| Nina H. Ravn<br>Journal of the American Academy of Dermatology<br>Aout 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en mars 2020<br>134 articles inclus<br>Type d'articles : études observationnelles ou interventionnelles<br>Articles en anglais | Patients atteints de DA et/ou de conjonctivite ou pathologie de la surface oculaire<br>Études rapportant la prévalence de pathologies oculaires chez les patients DA, la prévalence de DA chez les patients ayant une pathologie oculaire ou l'association entre les deux.<br>Exclusion : étude avec moins de 10 patients inclus, études observationnelles sur le dupilumab, | Critères d'inclusion et exclusion | Association entre la DA et la conjonctivite ou autre pathologie oculaire superficielle | 15,436, 253 patients<br><b>Augmentation du risque de DA chez les patients ayant une conjonctivite (OR, 2.78 ; 95% CI, 2.33-3.32) (n = 47 études)</b><br><br>Pas d'augmentation du risque de DA chez les patients ayant un kératocône ou un syndrome sec oculaire.<br><br><b>Augmentation du risque de conjonctivite chez les patients DA (OR, 2.93 ; 95% CI, 2.49-3.44) (n = 43 études)</b><br><br>Prévalence de la conjonctivite chez les patients atteints de DA : 31,7%<br>Prévalence de la blépharite chez les patients atteints de DA : 22%<br><br><b>Augmentation du risque de kératocône chez les patients DA</b> | NA  | Majorité des études conduites en Europe et Asie de l'est : réduit la généralisation des résultats.<br><br>Risque de sous-diagnostic ou mauvaise classification de la DA et des pathologies oculaires car les études reposaient principalement sur des diagnostics auto-rapportés. | Non                        |

|  |  |  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|--|--|---|--|---|--|
|  |  | ou interventionnelles si absence des données baseline. |  |  | (OR, 3.71; 95% CI, 1.99-6.94) (n= 8 études)<br><br><b>Augmentation du risque d'HSV oculaire chez les patients DA (OR, 3.65; 95% CI, 2.04-6.51)</b> (n= 4 études)<br><br>Pas d'association entre DA et syndrome sec oculaire |  | Peu de description des phénotypes de DA.<br><br>Exclusion des dermatites de paupières comme pathologie oculaire, mais parfois confondu avec blépharite. |  |
|--|--|--|--|--|---|--|---|--|

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Ravn et al, 2021 | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | N       | N       | N       | Y       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus                                 | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------|
| Nanna Ravnborg<br>Journal of the American Academy of Dermatology<br>Février 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en octobre 2018<br>213 articles inclus<br>Tout type d'article<br>Articles en anglais | Patients de tout âge.<br>Inclus dans des études donnant des informations sur la prévalence de l'asthme chez les patients DA ou sur l'association des deux maladies.<br>Exclusion : études avec moins de 50 patients DA. | Prévalence de l'asthme chez les patients DA.<br>Association asthme et DA. | 2 912 848 patients<br>688,927 DA<br>2,223,921 contrôles | <b>Prévalence de l'asthme chez les patients DA</b> : 25.7% (95% IC : 23.7-27.7) plus élevée que chez les contrôles sains (8.1% (95%IC : 7.0-9.4)) (n = 213 études)<br><br><b>Prévalence de l'asthme chez les enfants DA</b> : 26.3% (95%IC : 23.5-29.1) (n =90 articles)<br><br><b>Prévalence de l'asthme chez les adultes DA</b> : 21.8% (95% CI, 18.4-25.4) (n = 31 articles)<br><br><b>Prévalence de l'asthme chez les patients avec DA modérée</b> : 1.8% (95%IC : 16.1-28.1) (n = 10 articles)<br><br><b>Prévalence de l'asthme chez les patients avec DA sévère</b> : 28.1% (95%IC : 22.7-33.8) (n = 15 articles)<br><br><b>OR asthme chez les patients DA</b> : 3.03; 95% CI, 2.64-3.47 (n = 67 articles) | NA  | Définitions DA et asthme varie beaucoup selon les études.<br><br>Diagnostic d'asthme soit médical soit auto-rapporté : risque de biais.<br><br>Chez l'enfant diagnostic d'asthme n'est proprement établi qu'après l'âge de 6 ans, certaines études utilisent donc les sifflements expiratoires pour porter le diagnostic chez l'enfant.<br><br>La plupart des études sont occidentales.<br><br>La plupart des études ne comptabilisaient pas le tabagisme actif ou passif comme cofacteur | Non                        |

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Ravnborg et al, 2020 | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | Low          |

Rittiphairoj et al, 2021

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                 | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue                      | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion  | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus      | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse) | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|--|-------------------------------|------------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Thanitsara Rittiphairoj Dermatitis Octobre 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en novembre 2019<br>13 articles inclus<br>Etudes de cohorte ou cas-témoin.<br>Pas de restriction sur la langue. | Patients ayant une DA. Inclus dans des études avec groupe contrôle. Rapportant l'incidence, le HR, le RR (études de cohorte) ou prévalence ou OR (études cas-témoin) de la polarthrite rhumatoïde. | Association entre DA et PR.   | 6 288 668 patient s au total | <b>Patients DA ont un plus haut risque de développer une PR : OR : 1,30, 95%IC : 1,17-1,44 (n = 13 études)</b>     | NA  | Hétérogénéité significative entre les études (méthodologie, participants différents)<br><br>Définition non standardisée de la DA et de la PR entre les études.<br><br>Biais de publication | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II                       | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Rittiphairoj et al octobre 2021 | Y      | N      | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | PY     | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Critically low |

Sandhu JK et al, 2018

| 1er auteur, Journal, Mois/Année            | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus                 | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle   |
|--|--|---|--|---|--|---|---|--|
| Sandhu et al, Décembre 2018, JAMA Dermatol | RS avec MA > 3 bases de données<br>Aucune date limite antérieure, jusqu'en mai 2018<br>Articles en anglais ; enquêtes primaires;     | Patient de tout âge avec DA<br>Suicide comme critère principal ou secondaire ; documentation de la suicidalité via des dossiers médicaux, une enquête ou un questionnaire ; suicidalité étudiée en relation avec la DA ; et les mesures des résultats signalés. | Association entre DA et suicide (idées suicidaires, tentative de suicide et suicide) | 4 770 participants<br>767<br>310<br>681 | <b>Idées suicidaires</b><br>MA sur 11 des 14 études<br>Patients atteints de DA étaient significativement plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires que ceux sans DA (OR regroupé, 1,44 ; IC à 95 %, 1,25-1,65).<br>Exclusion justifiée des 3 études.<br>1 étude qui rapporte plus d'IS chez les patients avec DA sévère (19,6%) versus DA modérée (0,21%).<br><br><b>Tentatives de suicide</b><br>de DA MA sur 3 des 5 études (52,7 %)<br>Patients atteints de DA étaient significativement plus susceptibles de | NA  | Un grand nombre d'instruments différents ont été utilisés dans un petit nombre d'études<br><br>Certaines études incluaient des groupes témoins de patients atteints d'autres conditions médicales, ce | the Southern California Clinical and Translational Science Institute with grants UL1TR001855 and UL1TR000130 from the National Center for Advancing Translational Science of the |

|   |  |   |   |   |                                      |
|---|--|---|---|---|--------------------------------------|
| <p>études observationnelles ou contrôlées</p> <p>Les rapports de cas et les séries de cas ont été exclus.</p> <p><b>=&gt;15 articles éligibles (2 études de cohorte, 13 études transversales) (sur 206)</b></p> |  | <p>femmes (50,9 % de femmes)</p> <p>4 460 086 servante de témoins</p> | <p>tenter de se suicider que les patients sans DA (OR groupé, 1,36 ; IC à 95 %, 1,09-1,70)</p> <p><b>Suicides</b></p> <p>2 études, sans MA</p> <p>1 étude : Risque plus élevé de suicides réussis dans le groupe DA par rapport à un groupe témoin (RR, 1,4 ; IC à 95 %, 1,1-1,8) mais pas d'OR car pas de données sur les suicides dans le groupe témoin.</p> <p>1 étude : pas de différence significative chez les patients atteints de DA légère (HR, 0,81 ; IC à 95 %, 0,33-1,96) et chez les patients atteints de DA modérée à sévère (HR, 0,73 ; IC à 95 %, 0,27-1,97) par rapport aux témoins</p> <p><b>Population pédiatrique</b></p> <p>2 études : 1 avec risque significatif et 1 sans différence (sauf pour sous-groupe des filles). Probabilité plus élevée d'idées suicidaires et tentatives de suicide.</p> <p><b>Au total :</b></p> <p>44% plus de risque d'avoir des IS chez les patients avec DA et 36% plus de risque de TS que chez les contrôles.</p> <p>Inclure dans les consultations des questions sur le risque suicidaire.</p> | <p>qui peut avoir faussé leurs résultats.</p> <p>Un certain nombre d'études n'étaient pas contrôlées ou ne rapportaient pas les valeurs de leur groupe témoin.</p> <p>Peu d'études ont examiné la prévalence des suicides réussis chez les patients atteints de DA par rapport aux témoins.</p> | <p>National Institutes of Health</p> |
|---|--|---|---|---|--------------------------------------|

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Sandhu et al, 2018 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | HIGH         |

| 1er auteur,                  | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus   | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|------------------------------|--|---|--|---|---|---|--|----------------------------|
| Journal, Mois/Année          | Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue   | Critères d'inclusion et exclusion   |  |   |   |   |  |                            |
| JEADV<br>M.-E. Sarre<br>2015 | RS avec MA<br>Pas de limite antérieure<br>Jusque nov 2012<br>Articles anglais ou français<br>Études observationnelles ou interventionnelles avec étude de l'effet du bain sur la DA.<br>=> 7 articles inclus<br>Dont 4 études interventionnelles : études randomisées et études croisées, 3 études observationnelles | Population adulte et pédiatrique ayant une DA<br>Critères d'inclusion : Traitement à l'eau comme résultat par rapport à la DA<br>Bains en baignoire sans additif, en eau claire pendant une durée de 5 à 15 minutes dans 3 études sur 4<br>Critères d'exclusion : Bain ailleurs qu'en baignoire, Utilisation d'additifs dans le bain, ou effet du bain non évalué comme | <b>Critère principal :</b><br>Apprécier l'efficacité des bains à l'eau courante sur la peau des patients DA<br><br><b>Critère secondaire :</b><br>proportion des patients DA favorables au bain<br>Pour les études observationnelles : opinion | 593 patients au total<br>4 études pour analyse quantitative de 5 – 30 patients chacune avec 40 – 50% de femmes et 3 études sur population pédiatrique.<br><br>63 patients inclus dans les études randomisées<br>530 dans les études observationnelles | Absence de bénéfice à prendre des bains : -0.10 (95% IC: -0.47 to 0.28) avec seulement 29.1% (18.5–42.7) des patients favorables aux bains.<br><br>Plus en détail :<br>Dans les études randomisées<br>Hydratation de la peau :<br>3 études sur 4 montrent des résultats discordants<br>Évaporation de l'eau : stable<br>1 étude montre une diminution de la rugosité<br>En MA : pas d'effets significatifs<br>0.20 (-0.40 à 1.81;<br>$\chi^2 = 14.68$ , $P < 0.001$ ; $I^2 = 86.0\%$ )<br><br>Dans les études observationnelles :<br>Préférence des patients pour la douche plutôt que le bain :<br>= 0.291 ; (0.185 à 0.487; $\chi^2 = 94.6$ , $P < 0.001$ ; $I^2 = 47\%$ )<br>29,1% des patients préféraient le bain. | Non rapporté  | Différence d'attitude et de durée dans le bain entre les enfants/adultes, produits utilisés, | Aucune                     |

|  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | critère de jugement |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II      | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Sarre,<br>2015 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | Y      | Y      | N      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Critically low |

Sawangjit et al, 2020

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue           | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|--|-------------------------|--|--|---|----------------------------|
| Sawangjit Ratree<br>Cochrane Database of Systematic Reviews<br>Septembre 2020 | Revue systématique avec méta-analyse en réseau<br>Période d'inclusion : jusqu'au 25 août 2019<br>Type d'articles : essais contrôlés randomisés | Patients avec DA modérée à sévère<br>Exclusion d'autres types d'eczéma : eczéma des mains, eczéma de contact, etc | Évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements systémiques pour la DA modérée à sévère<br>Proportions de participants ayant atteint l'EASI75 | 8177 patient s          | Le dupilumab améliore significativement l'EASI 75 par rapport au placebo (RR=3,04, IC 95% 2,51 – 3,69) et le score POEM (différence moyenne 7,30, IC95 % 6,61 à 8,00) lors du suivi à court terme (<16 semaines).<br>Le dupilumab obtient de meilleurs résultats par rapport aux autres biologiques (dont tralokinumab, tezepilumab, lebrikizumab, ustekinumab).<br>Efficacité du dupilumab par rapport au placebo sur EASI75 lors d'un suivi à plus long terme (>= 16 semaines) (RR 2,59, IC 95 % 1,87 à 3,60) mais évidence très faible. | Données de certitude faible à modérée indiquent une proportion plus faible de participants présentant des EIG après le traitement par dupilumab (RR 0,37 IC95% 0,23 à 0,59) (n=9 articles) par rapport au placebo pendant le suivi à court terme . | Hétérogénéité dans le schéma d'étude des essais inclus<br>Variabilité dans l'utilisation de traitements topiques anti-inflammatoires en add-on.<br>Pour certaines molécules ou objectifs, peu | Non                        |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Nombre d'articles : 74<br>Langue : pas de restriction | Amélioration des scores POEM<br>Proportions d'EIG et de toute infection<br>Définition de contrôle à court terme <= 16 semaines et long terme > 16 semaines | Preuves de faible certitude indiquent que le tralokinumab pourrait être plus efficace que le placebo pour atteindre l'EASI75 à court terme (RR 2,54, IC à 95 % 1,21 à 5,34), mais il n'y avait absence de données pour le tralokinumab sur score POEM à court terme ou suivi à long terme de l'EASI75.<br>Données de faible ou très faible certitude pour le<br>- Lebrikizumab vs placebo sur EASI 75 court terme : (n=1 article, 46 participants) RR=1,40 (IC95% 0,83-2,36)<br>- Ustekinumab vs placebo sur EASI 75 court terme (n=1 article, 52 participants) RR=0,91 (IC95%, 0,28 - 2,97)<br>- Tezepilumab vs placebo sur EASI 75 court terme (n=1 article (n=1 article, 153 participants) RR=1.70 I (IC 95% (0,85 to 3,40)<br>Le dupilumab et l'ustekinumab étaient les seuls agents immunosupresseurs évalués pour l'EASI75 à plus long terme.<br>Le dupilumab était le seul agent évalué pour l'amélioration de la POEM au cours du suivi à court terme. | Les preuves des effets des agents immunosupresseurs sur le risque de toute infection pendant le suivi à court terme et les EIG pendant le suivi à long terme par rapport au placebo étaient de certitude faible ou très faible, mais n'ont pas indiqué de différence.<br>Pas de différence dans d'autres EI mais le dupilumab est associé à des EI spécifiques, notamment inflammation oculaire et éosinophilie. | d'essais avec un faible effectif rendant le niveau de certitude faible |
|---|--|--|--|--|

| AMSTAR II              | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Sawangjit et al., 2020 | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High         |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année         | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|--|-------------------------------|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Xiao Shi<br>Dermatology<br>Janvier 2020 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : mars 1968 à juillet 2019<br>14 articles inclus<br><br>Études contrôlées randomisées, cohorte, cas-témoin, études transversales<br>Langue : non spécifié | Patient de tout âge. Inclus dans des études rapportant la prévalence de la DA chez les patients ayant une MICI ou la prévalence de MICI chez les patients ayant une DA.<br><br>DA ou MICI évalué via dossiers médicaux, questionnaires, enquêtes.<br><br>Exclus : études centrées sur des populations spécifiques, série de cas (n<10), revues, éditoriaux, lettres. | Association entre DA et MICI  | 609 071 patients        | <b>Risque augmenté de DA chez les patients atteints de Crohn (RR, 2.06, 95% IC : 1.61–2.64, p &lt; 0.01) (n=10 études), de RCH (RR 1.66, 95% IC 1.23–2.24, p &lt; 0.01) (n=8 études)</b><br><b>Et de MICI en général (RR 1.83, 95%IC 1.39–2.40, p &lt; 0.01) (n = 8 études)</b><br><br><b>Augmentation du risque de Crohn (RR 1.38, 95% CI 1.22–1.57, p &lt; 0.01) (n = 3 études), RCH (1.48, 95%IC 1.06–2.04, p &lt; 0.05) (n = 3 études), MICI (1.44, 95%IC 1.14–1.82, p &lt; 0.01) (n = 4 études) chez les patients atteints de DA.</b> | NA  | Lien de causalité entre DA et MICI non démontrable.<br><br>Hétérogénéité importante entre certaines études<br><br>Probable facteurs confondants non pris en compte dans les études observationnelles.<br><br>Une partie des études sont de faible effectif.<br><br>Limites des questionnaires ou enquête pour le diagnostic de DA ou MICI | Non                        |

| AMSTAR II                     | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Shi et al,<br>janvier<br>2020 | Y      | N      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                | Type d'étude (RS avec/sans MA)       | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--------------------------------------|---|--|-------------------------|--|--|---|----------------------------|
| Silverberg Jonathan<br>JEADV<br>Septembre 2021 | Revue systématique avec méta-analyse | Adolescents (âgés de 12 à 17 ans) ou adultes (âgés de ≥18 ans) atteints d'une forme modérée à sévère de DA traités par une monothérapie systémique ou un traitement systémique associé à un traitement anti-inflammatoire topique (traitement combiné). | Critère de jugement principal : EASI et IGA à court terme (12-16 semaines)<br><br>Secondaire : SCORAD, PRO, PP-NRS, POEM, DLQI, HADS, TEAE et arrêts de traitement dus à des effets indésirables | 5680                    | Traitements étudiés : abrocitinib, baricitinib, dupilumab, lebrikizumab, nemolizumab, tralokinumab et upadacitinib<br><br>Dans les ECR en monothérapie, l'upadacitinib à 30 mg une fois par jour était le plus efficace en termes d'EASI 50(83,6 % des patients IC95% 0,61-0,95), suivi par l'abrocitinib à 200 mg une fois par jour (74,6 % IC95% 0,66-0,82), l'upadacitinib à 15 mg une fois par jour (70,5 % IC95% 0,45-0,89), le dupilumab à 300 mg toutes les 2 semaines (63,4 % IC95% 0,56-0,70) et l'abrocitinib à 100 mg une fois par jour (56,7 % IC95% 0,47-0,66). (n=11 articles)<br><br>Concernant le nemolizumab 0,5 mg/kg toutes les 4 semaines, l'efficacité était de 36% (IC95% 0,18-0,57) | Dans les ECR portant sur la monothérapie (n=5 articles) et la polythérapie (n=4 articles), la probabilité d'effets indésirables apparus en cours de traitement était plus élevée pour tous les traitements actifs que pour le placebo (à l'exception du dupilumab 300 mg Q2W OR, 0,96 ; IC95% 0,45-2,18] et de l'abrocitinib 100 mg QD [OR, 0,95 ; IC95% 0,35-2,66] dans les ECR portant sur | Pas d'évaluation du pourcentage de changement de l'EASI score.<br><br>Tous les résultats n'ont pas été rapportés de manière identique entre les essais, donc certaines comparaisons de traitement n'ont pas été possibles.<br><br>Données uniquement à court terme. | Oui (Pfizer)               |

|  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  |  | <p>Des tendances similaires ont été observées en ce qui concerne la réponse EASI-75 et EASI-90.</p> <p>Dans les ECR portant sur le traitement d'association, l'abrocitinib 200 mg une fois par jour a obtenu l'EASI-50 le plus élevé (86,6 % IC95% 0,82–0,90), suivi du dupilumab 300 mg toutes les 2 semaines (82,4 % IC95% 0,79–0,86) et de l'abrocitinib 100 mg une fois par jour (79,7 % IC95% 0,74–0,85). (n=8 articles)</p> <p>Concernant le lebrikizumab 125 mg toutes les 4 semaines, l'efficacité était de 76% (IC95% 0,60–0,88)</p> <p>Concernant le nemolizumab 30 mg toutes les 4 semaines, l'efficacité était de 78% (IC95% 0,66–0,87)</p> <p>Des résultats similaires ont été observés pour la réponse à l'IGA et les PRO.</p> <p>Tous les traitements avaient une probabilité <math>\geq 95\%</math> de supériorité par rapport au placebo pour l'obtention d'une réponse PP-NRS4 (5 études, N = 1601), les différences les plus importantes étant observées pour le nemolizumab 30 mg (OR, 11,69 ; IC95 % 4, 28-35,02 ; probabilité de supériorité par rapport au placebo <math>&gt; 99,9\%</math>), l'abrocitinib 200 mg</p> | <p>la polythérapie), bien que les traitements actifs ne différaient pas de manière significative les uns des autres.</p> <p>En monothérapie, les patients traités par le nemolizumab à raison de 0,5 mg/kg toutes les 4 semaines étaient plus susceptibles de présenter un EI entraînant l'arrêt du traitement (OR, 3,99 ; IC95%, 0,32-109,95)</p> |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II               | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Silverberg et al., 2021 | N      | N      | N      | N      | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | N       | N       | N       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année       | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---------------------------------------|---|--|--|--|---|---|---|----------------------------|
| Silverberg et al, JEADV, Juillet 2022 | <p><b>Social média :</b><br/>-NetBase (Twitter, Reddit, Tumblr, Instagram, actualités)</p> <p>Termes cherchés « dermatite atopique » « eczema » en anglais, mais toutes langues acceptées si termes présents.</p> <p>Entre juillet 2018 et juillet 2020.</p> <p><b>Littérature scientifique :</b></p> | <p><b>Réseaux sociaux :</b><br/>uniquement les mentions négatives en lien avec « eczéma » ou « dermatite atopique »</p> <p>Exclusion des sentiments positifs ou neutres.</p> <p><b>Littérature scientifique :</b><br/>Exclusion en l'absence de termes de qualité de vie</p> <p>Puis Watson Topic analyse.</p> | <p><b>Réseaux sociaux :</b><br/>Identifier et comparer les expériences des patients atteints de DA telles que décrit par les réseaux sociaux</p> <p><b>Avec le contenu scientifique de la DA tel que décrit par la littérature scientifique</b></p> <p><b>En utilisant le traitement du langage.</b></p> | <p><b>Réseaux sociaux :</b><br/>N=291 477 mentions négatives.<br/>Puis classé en fonction du sujet, émotions / et des symptômes.</p> <p><b>Littérature scientifique :</b><br/>N=31 226 termes<br/>Puis classé en Symptomes / Topographie / Sujet</p> | <p><b>Réseaux sociaux :</b><br/><u>Sujets avec mentions négatives</u> les plus fréquentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poussée (31 180)</li> <li>- Douleur (17 167)</li> <li>- Sécheresse cutanée (13 903)</li> <li>- Prurit (6061)</li> <li>- Excoriations (4422)</li> </ul> <p><b>Emotions négatives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvais (17 835)</li> <li>- Fatigant (13 085)</li> <li>- Ça craint (6915)</li> <li>- Détester (5936)</li> <li>- Terrible (4915)</li> </ul> <p>Si « dermatite atopique » dans le post, 3 fois plus souvent de sentiments</p> | NA  | <p>Manque les données de Facebook car données privées.</p> <p>Biais car les plus sévères s'expriment.</p> <p>Mauvaise précision de langage dans les réseaux sociaux.</p> <p>Choix du langage volontairement différent entre média et littérature scientifique donc analyse biaisée.</p> | <p>- ApotheCom -Pfizer</p> |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>Pubmed/Medline « dermatite atopique », « eczema »</p> <p>Articles en anglais entre 2000 et 2020</p> <p>Avec termes se référant à la qualité de vie des patients ou au ressenti rapporté par le patient.</p> <p>Types d'études non détaillé.</p> |  |  | <p>négatifs que positifs. Et 88,7% neutre.</p> <p><b>Littérature scientifique :</b></p> <p><u>Termes les plus fréquents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatite atopique (3582)</li> <li>- Patients (2015)</li> <li>- Qualité de vie (1925)</li> <li>- Poussées : peu fréquents (&lt; 50)</li> </ul> <p><b>Fardeau :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DLQI (579)</li> <li>- DA sévère (438)</li> <li>- Prurit (293)</li> <li>- Démangeaisons (176)</li> </ul> <p><b>Préoccupation des patients :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression (156)</li> <li>- Sommeil (150)</li> <li>- Anxiété (119)</li> <li>- Douleur était le moins fréquent (58)</li> </ul> <p><b>Topographie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mains (57)</li> </ul> <p>=&gt; Sous-représentation scientifique de la notion de « poussée » et de « douleur » ; et émotions négatives.</p> |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II              | Item 1       | Item 2 | Item 3       | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7       | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global   |
|------------------------|--------------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|----------------|
| Silverberg et al, 2022 | Non concerné | PY     | Non concerné | PY     | Y      | Y      | Non concerné | N      | N      | N       | Pas de MA | Pas de MA | N       | N       | Pas de MA | N       | CRITICALLY LOW |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année           | Type d'étude (RS avec/sans MA)       | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse) | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais   | Participation industrielle  |     |
|---|--------------------------------------|---|--|--|--|---|---|---|-----|
| Chi Him Sum Chinese Medicine Octobre 2021 | Revue systématique avec méta-analyse | <p>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue</p> <p>55 articles inclus</p> <p>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés et « - essais contrôlés quasi randomisés »</p> <p>Langue : pas de restriction (anglais et chinois)</p> <p>Exclusion : études portant sur l'"eczéma chronique", l'"eczéma subaigu" et l'"eczéma aigu" sauf lorsqu'elles utilisent un diagnostic reconnu de la DA, études portant sur d'autres types d'eczéma tels que</p> | <p>Critères d'inclusion et exclusion</p> <p>Les médicaments à base de plantes comprenaient une seule plante, des formules classiques, de nouvelles formules, des produits dérivés de plantes et des produits combinés. Le groupe de contrôle devait recevoir les mêmes interventions de la WM, aucun traitement ou un placebo. Les médicaments de la WM comprenaient l'application orale et topique de médicaments chimiques tels que les antihistaminiques, les corticostéroïdes et d'autres modalités telles que la photothérapie.</p> <p>Exclusion : études portant sur l'"eczéma chronique", l'"eczéma subaigu" et l'"eczéma aigu" sauf lorsqu'elles utilisent un diagnostic reconnu de la DA, études portant sur d'autres types d'eczéma tels que</p> | <p>Evaluer l'efficacité de l'ICWM dans la prise en charge de la dermatite atopique.</p> <p>Critère de jugement principal :</p> <p>Sévérité clinique de l'eczéma, mesurée par EASI, SCORAD, SASSAD IGA ou BSA</p> <p>Secondaires :</p> <p>symptômes rapportés par les participants, qualité de vie liée à la santé, contrôle à long terme (au moins une semaine après la fin de l'intervention, comme le taux de récurrence), le taux d'IgE sérique et les événements indésirables.</p> | 5953   | <p>L'ICWM s'est avérée supérieure à la WM seule dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amélioration de la sévérité clinique de la DA (SCORAD: MD = - 11.06, IC95% - 16.53 à - 5.60, n=17 articles ; EASI: MD = - 2.68, 95% CI - 4.95 to - 0.42, n=5 articles)</li> <li>- de la qualité de vie liée à la santé (CDLQI : MD = - 2.12, IC95% - 3.93 to - 0.31, n=2 articles; DLQI: MD= - 3.12, IC95% - 5.03 to - 1.22, n=3 articles) mais pas de différence significative dans l'analyse de sensibilité</li> <li>- du contrôle à long terme de la DA (RR = 0.47, 95% CI 0.38 to 0.58, n=16 articles)</li> <li>- du score global des patients/investigateurs (taux d'efficacité clinique),</li> <li>- du niveau d'IgE sérique (MD = - 48.53 kU/L, 95% CI - 79.67 to - 17.38, n = 12 articles)</li> </ul> | <p>Les effets indésirables associés à l'ICWM se sont avérés comparables à ceux de la MW seule. (RR = 0.91, IC95% 0.61 to 1.35, n= 19 articles)</p> <p>Inconfort cutané et troubles gastro-intestinaux</p> | <p>La plupart des études présentait un risque élevé de biais.</p> <p>Résultats contradictoires dans certaines analyses de sensibilité.</p> <p>Biais de publication potentiel.</p> <p>Biais de sélection pour les essais quasi randomisés.</p> <p>Pas d'analyse de la significativité des résultats ?</p> <p>I2 proche de 100%</p> | Non |

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>l'eczéma anal, l'eczéma génital, la dyshidrose, l'eczéma rhagadiforme, l'eczéma kératinisé, essais portant sur des comorbidités autres qu'allergiques.</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Sum et al., 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | N      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|--|--|-------------------------|---|---|--|----------------------------|
| Tan XL<br>Clinical and Experimental Dermatology<br>Dermatology<br>Décembre 2021 | Revue systématique avec méta-analyse<br>Période d'inclusion : jusqu'au 31 mai 2020<br>26 articles (23 pour la méta-analyse)<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés ou en cross-over de phase 2 ou 3<br>Langue : pas d'information | Patients adultes (>=16 ans) avec DA modérée à sévère<br>Traitement : cyclosporine, méthotrexate, azathioprine, corticostéroïdes, interféron-c, dupilumab, et autres traitements en cours d'évaluation<br>Contrôle : placebo<br>Essais évaluant le changement sur le prurit mesuré au début et à la fin du traitement<br>Exclusion : prurit évalué uniquement dans le cadre d'un score composite des symptômes de la DA et non de manière indépendante, pas de traitement systémique, traitement par photothérapie, traitements systémiques administrés avec des traitements concomitants et sans contrôle par placebo, essais portant sur des formes | Comparer l'efficacité des traitements systémiques pour soulager le prurit dans la DA modérée à sévère chez l'adulte<br>Change ment moyen du score du prurit (VAS ou NRS) | 5190                    | Par rapport au placebo, réduction statistiquement significative ( $p < 0,001$ ) du prurit [différence moyenne standard (DMS) ; IC à 95 %] avec le némolizumab 2 mg/kg (-8,13 ; IC95% -9,31 à -6,94), le dupilumab toutes les 2 semaines (-0,88 ; IC95% -1,13 à -0,63), le dupilumab toutes les 2 semaines plus des corticostéroïdes topiques (-0,77 ; IC95% -0,91 à -0,62), le dupilumab une fois par semaine (-0,99 ; IC95% -1,29 à -0,68), le dupilumab une fois par semaine plus des corticostéroïdes topiques (-0,70 ; IC95% -0,81 à -0,59). Une réduction statistiquement significative a également été rapportée avec la ciclosporine (-1,30 ; IC95% -2,34 à -0,26)). Il existait également une amélioration du prurit pour l'abrocitinib et l'upadacitinib. Absence de réduction significative pour l'azathioprine, baricitinib, interféron-c, lebrikizumab, | Non rapporté  | Les résultats reposent principalement sur un essai pour la plupart des molécules évaluées, portant généralement sur un petit nombre de patients<br>Hétérogénéité des études, notamment sur les critères d'inclusion, durée, utilisation de traitements topiques concomitants | Non                        |

|  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  | particulières de DA (DA « localisée, ou autre type d'eczéma) |  |  | mépolizumab et montelukast, tralokinumab. |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Tan et al., 2022 | Y      | PY     | N      | PY     | Y      | Y      | N      | N      | Y      | N       | N       | Y       | Y       | N       | N       | Y       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse                                | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle                    |
|---------------------------------|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|
| Teasdale et al, Aout 2020, BJD  | RS sans MA<br>5 bases de données<br>De 1946 à février 2019<br>Articles de données qualitatives avec analyse statistique, s'intéressant au point de vue, expériences et obstacles dans la prise en charge par le patient de son eczéma.<br>Exclusion des articles sur le | Adultes, Enfant, Adolescents ou parents de sujet DA | Point de vue, expérience, et prise en charge de l'eczéma du point de vue des patients ou des parents de patients. | 1007 dont 405 parents   | <b>1.Eczéma non vu comme une affection chronique par le patient</b><br>-Déception sur l'absence de cause sous-jacente, l'absence de guérison<br>-Espoir de trouver une cause curable<br>-Fausses croyances sur les causes externes de la DA<br>-Frustration sur la simplicité du traitement qui ne fait que le « Contrôler » plutôt que de le guérir.<br>-Vision erronée de la maladie<br><br><b>2.Impact psycho social de la DA non reconnu par les autres</b><br>-Impact perçu sur le bien-être physique et émotionnel (estime de soi, baisse de l'humeur, stigmatisation)<br>-Impact perçu sur la vie quotidienne / vie de famille (évitement F. irritants, changement de régime, restrictions d'activité, soins des enfants...) | NA  | Pas d'évaluation des biais des études individuelles<br>Revue thématique sans analyse statistique, données qualitatives. | National Institute for Health Research (NIHR) |

|   |  |  |   |  |  |
|---|--|--|---|--|--|
| <p>point de vue des professionnels de santé ou sur les modèles de système de santé.</p> <p>Exclusion des revues générales.</p> <p>Pas de restriction de date ou de langue.</p> <p>=&gt; 39 articles avec 32 études.</p> |  |  | <p>-Obstacles à l'utilisation des topiques (chronophagie, inconfort, ...)</p> <p>-Banalisation/rejet par les autres, l'entourage.</p> <p><b>3.Hésitations autour du traitement de l'eczéma (26 articles)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dermocorticoides : peur de l'atrophie cutanée, prise de poids, osétoporose, retard de croissance</li> <li>-Discours contradictoire au sein des professionnels de santé</li> <li>-Incertitude sur le dosage et la durée d'utilisation.</li> <li>-Incertitudes devant le nombre d'émollients, le caractère « non naturel », le fait de devoir essayer pour trouver la bonne crème.</li> <li>-Croyance sur le phénomène de tolérance et de dépendance aux dermocorticoïdes car récidive rapide à l'arrêt.</li> <li>-Ressort une auto modification du traitement du fait de ces inquiétudes (diminution fréquence, dose, etc)</li> </ul> <p><b>4.Informations et conseils insuffisants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Patients désireux d'une information à jour, stratégie / conseils pratiques, prise en charge personnalisée. Pour éviter une autonomie involontaire.</li> </ul> |  |  |
|---|--|--|---|--|--|

| AMSTAR II            | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global   |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|----------------|
| Teasdale et al, 2020 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | PY     | PY     | N      | N       | Pas de MA | Pas de MA | N       | N       | Pas de MA | Y       | CRITICALLY LOW |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|-----------------------------------|---|---|---|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Thyssen et al<br>BJD<br>Juin 2018 | RS avec MA<br>Toute langue<br>Jusqu'en aout 2017<br>16 articles inclus dont 13 inclus dans la MA<br>Tout type d'article | Patients DA de plus de 18 ans.<br>Inclusion : tout étude évaluant l'association DA et DT2, AVC, HTA, IDM, angor, coronaropathie, IC, décès de cause CV<br>Exclusion : étude évaluant l'association DA et EI, ou DT1, étude sans groupe contrôle | Association DA et pathologie cardiovasculaire (IDM, diabète de type 2, HTA, angor de poitrine, AVC, insuffisance cardiaque, coronaropathie, décès d'origine cardiovasculaire) | NA                      | <p>MA sur les résultats ajustés :</p> <p><b>Pas d'association significative entre DA et infarctus du myocarde : OR 1.03; 95% CI 0.88-1.21 (n = 9 études)</b></p> <p><b>Pas d'association significative entre DA et DT2 : OR 0.97; 95% CI 0.80-1.18 (n = 5 études)</b></p> <p><b>Pas d'association DA et AVC : OR 1.12; 95% CI 0.95-1.32 (n = 9 études)</b></p> <p><b>Pas d'association DA et HTA : OR 1.10; 95% CI 0.97-1.24 (n = 6 études)</b></p> <p><b>Association significative entre DA et angor : OR</b></p> | NA  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Algorithme de recherche mentionnant « eczéma atopique » : augmente spécificité mais possiblement revue non exhaustive de la littérature</li> <li>-Diagnostic de DA basé sur un questionnaire dans la plupart des études : risque de biais de classification.</li> <li>-Etudes incluses dans la MA ne venaient que du Danemark, Allemagne, Canada, USA ou Taïwan → extrapolabilité limitée</li> <li>-Manque d'information sur la sévérité de la DA et le tabagisme.</li> <li>-Pas de prise en compte des traitements par corticostéroïdes systémiques ni d'autres pathologies augmentant le risque cardiovasculaire (telle que polyarthrite rhumatoïde ou lupus systémique par exemple)</li> <li>-Pas de lien de causalité puisqu'études observationnelles.</li> <li>-Forte hétérogénéité pour tous les critères de jugement.</li> </ul> | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II                | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Thyssen et al, juin 2018 | Y      | PY     | N      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Moderate     |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                              | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|---|--|-------------------------|--|--|---|----------------------------|
| Journal of Personalized Medicine – Hou-Ren Tsai – Avril 2021 | RS avec MA<br>Pas de limite antérieure jusqu'au 1er fev 2021<br><br>Pas de restriction de langue<br><br>Exclus: Résumés de conférence, cas cliniques, lettres éditoriales, revues, études sur les animaux<br><br>7 études cliniques phase III, 7 études cliniques phase II et 1 étude phase I.<br><br>=> 15 ECR inclus (publiées de 2016 à 2020) comparant les JAKI versus placebo | Inclusion : Comparaison anti-JAK oral ou topique (delgocitinib, ruxolitinib, tofacitinib) vs placebo<br><br>Patients enfants (3 études incluant des enfants et/ou adolescents) ou adultes ayant une DA modérée à sévère (sauf 3 études incluant des DA légère à modérée) et n'ayant pas répondu aux traitements conventionnels : dermocorticoïdes ou inhibiteur de calcineurine.<br><br>Certaines études incluaient aussi des patients non répondeurs aux corticoïdes | -Efficacité des JAK inhibiteurs topiques (3 molécules) et oraux (4 molécules) dans la DA évaluée par :<br><br><b>EASI-75</b> : diminution de ≥ 75% de l'EASI de référence.<br><br><b>IGA</b> : 0 ou 1 avec ≥ 2 points de réduction par rapport à la référence.<br><br><b>EVA prurit</b> : diminution ≥ 4 points par rapport au score de base.<br><br><b>Sécurité d'utilisation</b> | 4367 patients           | Les JAKI (oraux et topiques mélangés) sont supérieurs au placebo :<br><br>-EASI-75 (RR =2,84, 95%IC 2,20-3,67),<br>-IGA (RR=2,99, 95% IC 2,26-3,95)<br>-EVA prurit (RR=2,52, 95%IC 1,90-3,35)<br><br>effet positif de l'âge (enfants et adolescents ont une chance d'avoir RR EASI75 plus élevé)<br><br>Le delgocitinib présente des résultats divergents en fonction des scores évalués | Les JAKI occasionnent plus fréquemment des effets indésirables que le placebo n=3402 patients (RR=1,14, 95%IC 1,02-1,28) mais aucun effet indésirable n'a conduit à l'arrêt du traitement : rhinopharyngite, infection respiratoire haute, céphalées, nausées/diarrhées, élévation des CPK, acné | Comparaison des JAKI versus placebo uniquement, Pas de différenciation topiques/oraux<br><br>Pas de conclusion possible pour la population pédiatrique, Manque de données sur les effets à long terme (molécules récentes)<br><br>Premier auteur non retrouvé dans PROSPERO | Non                        |

|  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | systémiques ou immuno-supresseurs. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Pas d'exclusion des études de faible biais |  |
|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Tsai HR et al 2021 | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low          |

Tsai TY et al, 2020

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                         | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse                                      | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|---|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Tsung-Yu Tsai<br>Acta Dermato-venereologica<br>Mai 2020 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en avril 2019<br>16 articles inclus<br>Etudes de cohorte, cas-témoin ou enquêtes de prévalence auprès de la population | Patients ayant une DA ou un trouble du spectre autistique | Prévalence des TSA chez les patients DA.<br>Prévalence de la DA chez les patients ayant un TSA. | 1 055 837 patients      | <b>Prévalence plus élevée de DA chez les patients ayant un TSA que chez les contrôles : OR 1.49; 95%IC 1.20–1.83 (n= 11 articles)</b><br><br><b>Corrélation significative entre DA et TSA : OR 1.98; 95% CI 1.34–2.94 (n = 6 articles)</b> | NA  | Hétérogénéité significative entre les études : variation dans le design d'étude, critères diagnostiques, âge, ethnie, sévérité de la maladie. | Non                        |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|

|                               |   |    |   |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |   |   |   |              |
|-------------------------------|---|----|---|---|---|---|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|--------------|
| Tsung-Yu<br>Tsai, mai<br>2020 | Y | PY | Y | Y | Y | Y | PY | Y | PY | N | Y | Y | Y | Y | Y | Y | High quality |
|-------------------------------|---|----|---|---|---|---|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|--------------|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)  | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|---|---|-------------------------|---|--|---|----------------------------|
| Wang Bin<br>Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology<br>Novembre 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'au 26 juillet 2021<br>6 articles<br>Type d'article : ECR<br>Restriction de langue : non rapportée | Patients adultes atteints de DA modérée à sévère traités par baricitinib à la dose de 1, 2 ou 4 mg administré par voie orale une fois par jour avec ou sans corticostéroïdes topiques.<br>Exclusion : doublon, études non humaines, résumés de conférence, rapports de cas, séries de cas, lettres aux éditeurs, revues et études pour lesquelles les résultats d'intérêt | Évaluer l'efficacité et la tolérance du baricitinib chez les patients atteints de DA modérée à sévère correspondant à la proportion de patients :<br>- EASI 75<br>- EASI 90<br>- IGA 0 ou 1 et amélioration d'au moins 2 points<br>- SCORAD 75<br>- Itch NRS amélioration d'au moins 4 points de l'itch NRS<br>Tolérance : description des effets indésirables émergents liés au traitement | 2595                    | Amélioration significative des scores dans le groupe baricitinib comparativement au placebo :<br>- EASI 75 à 16 semaines (RR = 1,80, IC 95% 1,53-2,11, $p < 0,00001$ , $I^2=0\%$ ) (6 articles)<br>- EASI 90 à 16 semaines (RR = 2,25, IC 95% 1,73-2,93, $p < 0,00001$ , $I^2=0\%$ ) (6 articles)<br>- IGA- Réponse à 16 semaines (RR = 1,94, IC 95% 1,55-2,42, $p < 0,00001$ , $I^2=0\%$ ) (6 articles)<br>- SCORAD 75 (RR = 2,83, IC 95% 1,95-4,11, $p < 0,00001$ , $I^2=0\%$ ) (5 articles)<br>- Itch NRS (RR = 1,88, IC 95% 1,32-2,68, $p = 0,0005$ , $I^2=68\%$ ) (5 articles) | Absence de différence significative dans la survenue d'effets indésirables émergents entre le groupe baricitinib et le groupe placebo. (RR = 1,10, IC 95% 0,97-1,25, $p = 0,14$ ) (5 articles)<br>El rapportés : céphalées, rhinopharyngite, infections des voies respiratoires supérieures, élévation des CPK | Durée de suivi courte (16 semaines)<br>Petit nombre d'études et de patients.<br>Absence de comparaison avec d'autres JAKi ou avec le dupilumab. | Non                        |

|  |  |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | n'étaient pas disponibles. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Wang et al., 2022 | Y      | N      | N      | N      | Y      | Y      | N      | PY     | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Critically low |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année  | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)  | Population<br>d'analyse  | Critère de<br>jugement<br>principal | Nbre de<br>patients<br>inclus | Résultat principal  |    | Effets<br>indésirables<br>(NA si étude<br>non<br>thérapeutique)  | Limites / biais | Participat<br>ion<br>industriel<br>le |
|--|--|--|-------------------------------------|-------------------------------|---|----|--|-----------------|---------------------------------------|
|  | Période inclusion<br>des articles,<br>préciser le<br>nombre d'articles<br>inclus et le type<br>d'articles, langue              |  |                                     |                               | Et résultats secondaires<br>pertinents<br>(Préciser le nombre<br>d'articles inclus dans<br>l'analyse)   |    |  |                 |                                       |
| Wang et al,<br>Oncotarget<br>Aout 2016 | RS avec MA<br>Entre 1979 et<br>2015<br>13 articles<br>inclus<br>Toutes les<br>langues<br>Etudes cas<br>témoin ou de<br>cohorte | Patients ayant<br>un gliome<br>Inclusion :<br>études cas-<br>témoin ou de<br>cohorte<br>étudiant<br>l'association<br>DA-gliome,<br>avec diagnostic<br>clinique ou<br>histologique<br>disponible<br>(pour gliome et<br>DA), avec<br>groupe<br>contrôle. | Association<br>DA et<br>gliome      | 66978<br>patients             | <b>Diminution du risque<br/>de gliome chez les<br/>patients ayant une<br/>DA : OR = 0.69, 95% CI<br/>= 0.61–0.78 (n = 13<br/>études).</b><br>Pas de changement<br>dans les résultats après<br>analyse de sensibilité. | NA | Possibles facteurs confondants non pris en<br>compte dans les études.<br>Différences dans le design des études<br>(Méthodes de mesures de l'exposition et des<br>cas/contrôles étaient hétérogènes).<br>Diagnostic de DA basé sur questionnaire le plus<br>souvent : biais de classement et de<br>mémorisation.<br>Même analyse utilisée pour les 12 cas/témoin et<br>l'étude de cohorte<br>Biais statistiques inhérents au type d'étude<br>inclus (observationnelles) | Non             |                                       |

| AMSTAR II                        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Wang et al,<br>septembre<br>2016 | Y      | N      | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low quality  |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année            | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal                             | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|--|--|--|---|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Wang et al, JAMA dermatology Décembre 2019 | RS avec MA<br>Jusqu'en janvier 2019<br>56 articles inclus<br>Etudes observationnelles publiées rapportant l'estimation du risque de cancer chez les patients DA par rapport à un groupe contrôle.<br>En anglais ou en français | Patients de tout âge ayant une DA<br>Inclusion : études observationnelles rapportant l'estimation du risque de cancer chez les patients DA par rapport à un groupe contrôle. | Associati on DA et patients cancer cutané et extra-cutané | 5840828                 | Etudes de cohorte : <b>Augmentation du risque de</b><br><b>-carcinome cutané</b> : SIR=1.46; 95% CI, 1.20-1.77 (n = 5 études)<br><b>-cancer du rein</b> : SIR=1.86; 95% CI, 1.14-3.04 (n = 2 études)<br><b>-cancer du SNC</b> : SIR = 1.81; 95% CI, 1.22-2.70 (n = 2 études)<br><b>-cancer du pancréas</b> : SIR = 1.90; 95% CI, 1.03-3.50 (n = 1 étude)<br><br>Etudes cas-témoin :<br><b>Diminution du risque de</b> :<br><b>-cancer du SNC</b> : OR = 0.76; 95% CI, 0.70-0.82 (n = 15 études)<br><b>-cancer du pancréas</b> : OR = 0.81; 95% CI, 0.66-0.98 (n = 5 études)<br><b>-cancer du poumon</b> : OR, 0.61; 95% CI, 0.45-0.82 (n = 4 études)<br><br>Pas d'association avec cancer du sein, vessie, foie, estomac, cancer colorectal, tête et cou, myélome, rhabdomyosarcome, urogénital masculin et mélanome | NA  | Risque de biais de sélection, d'attrition et de notification dans les études observationnelles.<br>Risque de biais modéré pour la majorité des études (43/56 études), surtout en lien avec les différences de suivi et facteurs de confusion<br>Association à plusieurs cancer non étudié du fait d'une hétérogénéité importante entre les études.<br>Données de MA contradictoires entre lien DA et cancers du système nerveux central entre études de cohorte (augmentation du risque) et cas/témoin (diminution du risque).<br>Pas d'évaluation selon la sévérité de la DA. | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Bais de publication. |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|

| AMSTAR II                      | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Wang et al,<br>fevrier<br>2020 | Y      | Y      | Y      | N      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low quality  |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                                 | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal                                       | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais  | Participation industrielle |
|---|---|--|---|-------------------------|--|---|--|----------------------------|
| Di Wu<br>Annals of<br>Translational<br>Medicine<br>Janvier 2021 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en décembre 2019<br>10 articles inclus<br>Etudes observationnelles : de cohorte, cas-témoin ou transversale<br>Pas de restriction sur la langue | Patient DA de tout âge. Inclus dans une étude évaluant le risque de trouble du métabolisme osseux. | Principal : Fracture<br>Secondaires : DMO, ostéopénie, ostéoporose. | 108 700 670 patient s   | Chez enfants et adolescents ayant une DA : DMO basse est plus fréquente (mesure fémorale et lombaire avec DEXA) (n = 3 études). Mais pas de différence si mesure tibiale et radiale avec QUBS<br><br>Chez l'adulte :<br>- patients DA ont un plus haut risque de fracture : OR 1.13; 95%IC : 1.05–1.22; P=0.001 (n = 3 études)<br>- patients DA ont un plus haut risque d'ostéoporose OR 1.95; 95% IC : 1.18–3.23; P=0.009 (n = 3 études)<br>- patients DA ont un plus haut risque d'ostéopénie OR 1.90; 95%IC : 1.51-2.38; P<0.001 (n = 3 études) | NA  | Risque de biais en lien avec le faible nombre d'études incluses.<br><br>Manque d'études de bonne qualité.<br>Rétrospectives pour la plupart.<br>Contrôle des facteurs confondants pas toujours clairement identifié.<br><br>Hétérogénéité entre les études.<br>Biais de sélection. | Non                        |

| AMSTAR II | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|

|                        |   |   |   |   |   |   |    |   |    |   |   |   |   |   |   |   |     |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Wu et al,<br>Janv 2021 | Y | N | Y | Y | Y | Y | PY | Y | PY | N | Y | Y | Y | N | Y | Y | Low |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|----|---|----|---|---|---|---|---|---|---|-----|

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                           | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal  | Nbre de patients inclus  | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|--|--|--|---|---|----------------------------|
| J Dtsch Dermatol Gesellschaft<br>Po-Chien Wu<br>Mars 2021 | RS avec MA<br><br>Période inclusion : jusqu'en aout 2020<br><br>Langue non rapportée<br><br>Type d'articles<br>Études de cohorte<br>=> 4 études incluses<br><br>Exclus : revues systématiques, cas cliniques, études cas-témoin, séries de | Critères d'inclusion et exclusion<br><br>Mal définie : Patients traités par ICT ou non et survenue d'un lymphome. | Comparer l'incidence des lymphomes chez les patients utilisant les ICT par rapport à ceux non exposés. | 4 études de cohortes réalisées de 2001 à 2012, soit 3 048 838 patients | Les inhibiteurs de calcineurine topiques augmentent le risque de lymphome quel qu'en soit le type :<br>-tacrolimus (RR= 1.68, 95 % CI 1.39–2.04)<br>-pimecrolimus (RR= 1.40, 95 % CI 1.13–1.74)<br><br>Analyse en sous-groupe :<br><b>Significatif pour les lymphomes non-Hodgkien :</b><br>-tacrolimus (RR= 1.89; 95 % CI 1.53–2.32)<br>-pimecrolimus (RR =1.38; 95 % CI 1.09–1.74)<br><br><b>pas de différence significative pour les Lymphomes hodgkiens</b><br>Pimecrolimus topique<br>RR= 1.68 (95 % IC 0.94-2.99)<br>Tacrolimus topique:<br>RR= 1.50 (95 % IC 0.87–2.58) | NA  | Nombre limité d'étude pour l'analyse quantitative, durée de suivi réduite, influence des traitements concomitants (corticothérapie systémique et immunosupresseurs) non connus, impact de la sévérité de la DA et de la dose non connue | NA                         |

|  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | cas, résumés de congrès |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II  | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Wu PC 2021 | N      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | N      | PY     | N       | N       | N       | N       | Y       | Y       | Y       | Critically Low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|---|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Hui Xiao<br>Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine<br>Mai 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'à avril 2021<br>11 articles pour la RS dont 4 pour la MA<br>Type d'articles : essais contrôlés randomisés (ECR)<br>Langue : pas de restriction | Patients atteints de DA traités par photothérapie<br>Groupe contrôle : autres modalités ou doses de photothérapie | Évaluer l'efficacité clinique de différentes types de photothérapie pour la prise en charge de la DA en se basant sur le SCORAD | 631                     | Diminution du score SCORAD :<br>- HD-UVA1 (différence moyenne : 25,99, IC 95% 11,18 à 40,80)<br>- MD-UVA1 lumière froide (différence moyenne 25,33, IC 95% 9,66 à 41,00)<br>- MD-UVA1 (différence moyenne 16,41, IC 95% 1,10 à 31,72)<br>- UVA-UVB combinée (différence moyenne 6,36, IC 95% -9,47 à 22,18)<br>par rapport à LD-UVA1.<br><br>Toutefois, l'HD-UVA1 n'était pas significativement supérieure à la MD-UVA1 lumière froide (0,66, IC 95% -5,57 à 6,90) (n=4 articles) | Non rapportés                                       | Petit échantillon de population<br>Peu d'études<br>Variabilité importante dans les schémas thérapeutiques utilisés<br>Pas d'essai évaluant la PUVA-thérapie.<br>Absence d'évaluation des risques de biais des ECR<br>Recherche hétérogénéité pour MA planifiée mais non rapportée | Non                        |

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Xiao et al., 2022 | Y      | Y      | N      | N      | Y      | Y      | N      | N      | PY     | N       | Y       | N       | N       | Y       | Y       | Y       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année  | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse   | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal  |   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais | Participation industrielle |
|--|---|--|---|-------------------------|---|---|---|-----------------|----------------------------|
|  |   |  |   |                         |   | Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  |   |                 |                            |
| Yepes-Nuñez Juan Jose The Journal of Allergy and Clinical Immunology Septembre 2022 (en ligne) | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'au 12 décembre 2021<br>Nombre d'articles : 23<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés (ERC)<br>Langue : pas de restriction | Patients sans restriction d'âge atteints de DA.<br>ECR comparant l'immunothérapie sous-cutanée (SCIT), l'immunothérapie sublinguale (SLIT) et/ou l'absence d'immunothérapie spécifique (placebo ou soins standard) | Évaluer l'efficacité et la sécurité de l'AIT (SCIT et SLIT) par rapport à l'absence d'AIT (placebo ou soins standard) pour les patients atteints de DA<br>Sévérité de la DA, démangeaisons, qualité de vie liée à la DA, poussées | 1957                    | Amélioration de la sévérité de la DA, définie par une réduction de 50% ou plus du SCORAD (40 % contre 26 %, risque relatif RR 1,53 [IC 95 %, 1,31-1,78], évidence modérée) (n=22 articles)<br>L'AIT a probablement amélioré le DLQI de 4 points ou plus par rapport à l'absence d'AIT (56 % contre 39 %, RR 1,44 [IC 95 %, 1,03-2,01], évidence modérée) (n=8 articles)<br>L'AIT peut réduire le prurit de 50 % par rapport à la situation de départ par rapport à l'absence d'AIT, mais les preuves sont incertaines (25 % contre 19 %, RR 1,29 [IC à 95 %, 0,84-1,98], évidence faible) (n=3 articles)<br>Quatre essais ont porté sur les poussées entraînant une corticothérapie systémique. L'effet de l'AIT, par rapport à | Les deux voies de l'AIT ont entraîné une augmentation des événements indésirables (RR 1,61 IC 95 % [1,44-1,79] ; 66 % avec l'AIT contre 41 % avec le placebo ; 13 % avec l'AIT contre 8 % avec le placebo ; évidence élevée). (n=12 articles)<br>Les réactions locales de la SCIT ont été principalement rapportées comme des réactions au site d'injection. Les réactions locales dans la SLIT étaient | Toutes les populations n'avaient pas la même gravité de base de la DA<br>Inclusion de conférences d'abstract données imprécises sur démangeaisons, poussées et sommeil<br>Absence d'évaluation d'hétérogénéité pour la MA | Non             |                            |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II               | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Yepes-Nuñez et al, 2023 | N      | N      | N      | Y      | Y      | Y      | N      | N      | Y      | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | N       | Critically low |



| 1er auteur, Journal, Mois/Année                         | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal                     | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|---|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Trevor K. Young<br>Academic Pediatrics<br>Novembre 2021 | RS sans MA<br>Période d'inclusion : 2015 à mai 2020<br>20 articles inclus<br>Études de cohorte, études cas-témoin, études transversales, essais contrôlés randomisés, enquêtes et banque de données/registres<br>Articles en anglais uniquement | Enfants de 0 à 18 ans ayant une DA. Inclus dans des études en anglais dont le critère de jugement principal concerne la prise en charge de la DA par les médecins de ville.<br><br>Exclusion : rapport/séries de cas, commentaires, études incluant des adultes | Gestion de la DA pédiatrique en médecine de ville | Non précisé             | <b>-Dermocorticoïdes</b> (n = 16 études) : traitement le plus prescrit. DC d'activité faible sont plus souvent prescrits (n = 6 études). Corticophobie plus fréquente chez les médecins généralistes et pédiatres que chez les dermatologues (n = 2 études)<br><br><b>-TCI</b> (n = 6 études) : 1-5% des enfants ayant des TCI ont été prescrit par leur médecin de ville.<br><br><b>-Antihistaminiques</b> (n = 8 études) : 11-16% des consultations pour DA pédiatrique résultent en la prescription d'antihistaminique (n = 2 études). 42% des antihistaminiques prescrits sont non sédatifs (n = 1 étude)<br><br><b>-Traitement non médicamenteux</b> : Médecins de villes recommandent de diminuer les bains plus souvent que les dermatologues (41%-66% vs 17%) (n = 1 étude)<br>78-86% recommandent l'utilisation d'émollients (n = 2 études) | NA  | Beaucoup d'enquêtes évaluant le comportement global des médecins de ville. Pas d'aspect patient. Ne prend pas en compte l'évolution de la DA en poussée/rémission et l'adaptation des prescriptions aux stade de la maladie.<br><br>Risque de biais de non-réponse aux enquêtes.<br><br>Limité aux études en anglais. | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II         | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11   | Item 12   | Item 13 | Item 14 | Item 15   | Item 16 | Score global |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| Young et al, 2020 | Y      | Y      | N      | N      | Y      | Y      | PY     | PY     | PY     | N       | Pas de MA | Pas de MA | Y       | N       | Pas de MA | Y       | Low          |

Yousaf et al, 2022

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                             | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse   | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus               | Résultat principal   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|--|--|-------------------------------|---------------------------------------|--|---|---|----------------------------|
| M. Yousaf<br>British Journal of Dermatology<br>Février 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en juin 2019<br>19 articles inclus dans la MA<br>Études de cohorte ou transversales. | Patients ayant une DA<br>Inclus dans des études rapportant le risque d'Hypertension artérielle (HTA), de plus de 10 participants de cohorte ou transversales.<br>Exclusion : série de cas, revues, éditoriaux. | Association entre DA et HTA   | 488 patient s DA et 73 334 contrôl es | Prévalence de l'HTA chez les patients DA : 15,2% (n = 14 études)<br><br>DA associé à une plus forte probabilité d'avoir une HTA par rapport aux patients sains : OR 1,16, 95% CI 1,04–1,30 (n = 16 études)<br><br>DA légère n'est pas associé à l'HTA tandis que DA modérée à sévères sont associées à l'HTA par rapport au groupe contrôle : OR 2,33, 95% CI 1,10–4,94 (n = 6 études) | NA  | Manque d'étude longitudinale permettant d'estimer la relation temporelle entre DA et HTA.<br>Pas de lien de cause-effet pouvant être mis en évidence (études transversales)<br>Certains facteurs confondants n'étaient pas pris en compte dans toutes les études (âge, sexe traitement) | Non                        |

|  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | Pas de restriction sur la langue. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AMSTAR II                  | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Yousaf et al, juillet 2021 | Y      | PY     | N      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | PY     | N       | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Critically low |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année         | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|-------------------------------|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| Yuan et al<br>Medicine<br>Décembre 2018 | RS avec MA<br>Jusqu'en juin 2018<br>Pas de restriction linguistique<br>Etudes de cohorte, cas-témoin ou transversales<br>15 articles inclus | Patients ayant une DA, adultes<br>Inclusion : études de cohorte, cas-témoin ou transversale rapportant une estimation de l'OR/RR/HR d'AVC/IDM chez les patients DA ou les données permettant leur calcul.<br>Exclusion : avoir déjà eu IDM ou AVC | Association DA et AVC ou IDM  | 3 701<br>199            | <b>Augmentation du risque d'AVC chez les patients DA : HR, 1.15; 95% CI, 1.08-1.22 (n = 14 études)</b><br><br><b>Augmentation du risque d'IDM chez les patients DA : HR, 1.13; 95% CI, 1.02-1.24 (n = 12 études)</b><br><br>Analyses en sous-groupe :<br>Sexe : associations significatives AVC et IDM <b>chez l'homme uniquement</b> .<br>Asie/hors-Asie : association significative DA et AVC conservée dans les 2 groupes, mais association conservée uniquement pour la population hors-Asie pour DA et IDM<br>Sévérité de la DA : AVC et IDM non associés à DA légère, <b>association IDM et DA modérée, AVC et DA sévère</b> .<br>Type d'AVC : association uniquement AVC ischémiques et DA | NA  | Hétérogénéité modérée mais analyse de sensibilité ne mettaient pas évidence de source précise de l'hétérogénéité<br>MA d'études aux design différents.<br>Diagnostic DA le plus souvent auto-rapporté (biais de classement).<br>Pas de prise en compte de certains facteurs confondants (style de vie, statut socio-économique, autre atopie)<br>Pas de lien de causalité<br>Fiabilité de l'analyse en sous-groupe limitée car données non disponibles dans toutes les études | Non                        |

| AMSTAR II        | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Yuan et al, 2018 | Y      | N      | Y      | PY     | N      | Y      | PY     | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low quality  |

Zhang A et al, 2015

| 1er auteur, Journal, Mois/Année   | Type d'étude (RS avec/sans MA)<br>Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue                  | Population d'analyse<br>Critères d'inclusion et exclusion   | Critère de jugement principal             | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|----------------------------|
| April Zhang<br>Journal of the American Academy of Dermatology<br>Avril 2015 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en juillet 2014<br>30 articles inclus<br>Type d'articles : transversales<br>Pas de restriction linguistique | Patients atteints de DA de tout âge et de tout sexe.<br>Inclusion : Études observationnelles étudiant l'association DA et surpoids/obésité. Rapportant une prévalence, une incidence, ou un OR. | Association entre DA et superoids/obésité | 900 patients<br>358     | <b>Augmentation du risque de DA chez les patients en surpoids</b><br>(OR : 1.25, 95% CI: 1.11- 1.41) (23 études) et obèses (OR : 1.47, 95% CI: 1.21-1.79) (26 études)<br><br>Analyses de sensibilité :<br><b>Augmentation du risque de DA chez les enfants en surpoids</b> (OR, 1.24, 95% CI: 1.08-1.43) ou obèses (OR, 1.44, 95% CI: 1.12-1.86)<br><br><b>Augmentation du risque de DA chez les adultes obèses</b> (OR, 1.56, 95% CI: 1.24-1.95)<br><br>Association significative entre surpoids ou obésité et risque de | NA  | Association différente selon les continents : probablement en lien avec des définitions différentes du surpoids, de l'obésité et de la DA. De plus les études concernent principalement les pays du nord, limitant la généralisation des résultats.<br><br>Il s'agit uniquement d'études transversales observationnelles.<br><br>Certains facteurs confondants ont pu ne pas être pris en compte de la même façon selon les études (carence en vitamine D, origine ethnique). | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  | DA en Amérique du Nord, en Asie <b>mais pas en Europe</b> . |  |  | Utilisation de questionnaire pour le diagnostic positif de la DA entraîne un risque de biais de mémoire. |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

| AMSTAR II           | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Zhang A et al, 2015 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | High quality |

| 1er auteur,<br>Journal,<br>Mois/Année                        | Type d'étude (RS<br>avec/sans MA)  | Population<br>d'analyse  | Critère de jugement<br>principal   | Nbre de<br>patients<br>inclus  | Résultat principal<br><br>Et résultats secondaires pertinents<br><br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans<br>l'analyse)  | Effets indésirables<br>(NA si étude non<br>thérapeutique) | Limites / biais   | Participat<br>ion<br>industriel<br>le                               |
|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| Dermatologic<br>therapy –<br>Lu Zhang –<br>septembre<br>2021 | RS avec MA<br>jusque 28 mars<br>2021<br>=>7 essais<br>contrôlés<br>Mais 1 étude<br>avec risque de<br>biais élevé,<br>exclue<br>secondairement<br><br>Donc 6 études<br>pour la métá-<br>analyse | Quel que soit<br>l'âge<br><br>RS avec MA<br>DA modérée à<br>sévère<br><br>Inclusion:<br>Anti-JAK<br>topiques<br>(tofacitinib,<br>ruxolitinib,<br>delgocitinib)<br>versus placebo | Amélioration du<br>score EASI-50 sous<br>anti-JAK topiques vs<br>placebo<br><br>Anti jak topiques<br>étudiés dans 3 ECR :<br><br>-Tofacitinib 2%<br>2/jour<br><br>-Ruxolitinib<br>0.15% 1/jr<br>0.5% 1/jr<br>1.5% 1/jr<br>1.5% 2/jr<br><br>-Delgocitinib<br>0.25% 2/jour<br>0.5% 2/jour,<br>1% 2/jour,<br>3% 2/jour. | 2530<br>patient<br>s<br><br>40,9%<br>de<br>femme<br>s<br><br>âge<br>moyen<br>: 34.3 ±<br>13.3<br>ans | Evaluation à 4 semaines<br><br>Tous ont montré une amélioration (EASI<br>50) par rapport au placebo sauf le<br>Ruxolitinib 0.15% et 0.5% 1/jour.<br><br>Les 3 plus efficaces étaient<br>-Delgocitinib 3 % 2/jour<br>-Tofacitinib 2 % 2/jour<br>-Ruxolitinib 1,5 % 2/jour | Non rapporté  | Efficacité<br>évaluée<br>uniquement à 4<br>semaines, pas<br>d'analyse sur la<br>tolérance,<br>comparaison<br>uniquement<br>contre placebo | Non<br>National<br>Natural<br>Science<br>Foundati<br>on of<br>China |

| AMSTAR II           | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global   |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------|
| Zhang L et al, 2021 | Y      | PY     | Y      | PY     | Y      | N      | N      | Y      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | N       | N       | Critically Low |

Zhang Y et al, 2022

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                      | Type d'étude (RS avec/sans MA)   | Population d'analyse  | Critère de jugement principal   | Nbre de patients inclus | Résultat principal Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)  | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)   | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|--|---|---|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Zhang Yan<br>Frontiers in Immunology<br>Juillet 2022 | RS avec MA<br>Période inclusion : jusqu'au 9 novembre 2021<br>Nombre d'articles : 6 articles – 7 études<br>Type d'articles : Essais contrôlés randomisés<br>Langue : pas de restriction précisée | Patients atteints de DA modérée à sévère non traités par anti-IL13.<br>Groupe traitement : anti-IL13 (tralokinumab ou lébrikizumab) | Évaluer l'efficacité et la sécurité des inhibiteurs de l'IL-13 dans la DA modérée à sévère.<br>- Pourcentage de changement du EASI par rapport à la situation de départ<br>- Proportion de patients atteignant un score EASI75<br>- Proportion de patients obtenant un score IGA de 0 ou 1<br>- Proportion de patients avec une réduction du NRS du prurit de plus de 4 points<br>- Amélioration du DLQI<br>Sécurité : EI, EIG, arrêt du traitement en raison d'EI, infection des voies | 2946                    | Par rapport au placebo, l'antagonisation de l'IL-13 par lebrikizumab et le tralokinumab a montré :<br>- une amélioration plus importante du pourcentage de changement de l'EASI (MD -20,37, IC95% -32,28 - 8,47, $I^2=94\%$ , 7 ECR)<br>- une plus grande proportion de patients ayant obtenu une amélioration de plus de 4 points sur l'échelle d'évaluation numérique (NRS) (RR 1,59, IC95% 1,23-2,05, $I^2=58\%$ , 5 ECR).<br>- a augmenté la proportion de patients atteignant l'EASI-75 dès la semaine 4 (RR 2,09, IC95% 1,24-3,53, $I^2=64\%$ , 6 ECR) | En termes de sécurité, le lebrikizumab et le tralokinumab ont été bien tolérés, à l'exception d'un risque accru de conjonctivite par rapport au placebo (RR 2.318, 95%CI 1.471, 3.652). | Hétérogénéité importante dans les traitements utilisés (différentes doses de lebrikizumab et tralokinumab)<br>Hétérogénéité importante dans les MA non explorées<br>Durée de traitement court terme | Non                        |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | respiratoires supérieures, maux de tête, conjonctivite et réaction au point d'injection. |  | - a entraîné une proportion plus élevée de patients présentant une amélioration de l'IGA 0 ou 1 (RR 1,76, IC95 % 1,44-2,15, $I^2=0\%$ , n=6 ECR). - amélioré le DLQI (MD -14,49, IC95% -19,23- -9,75, $I^2=40\%$ , n=6 ECR). |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| AMSTAR II          | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Zhang et al., 2022 | Y      | PY     | N      | Y      | Y      | N      | N      | N      | Y      | N       | Y       | Y       | Y       | N       | Y       | Y       | Low          |

| 1er auteur, Journal, Mois/Année                  | Type d'étude (RS avec/sans MA)  | Population d'analyse  | Critère de jugement principal         | Nbre de patients inclus | Résultat principal<br>Et résultats secondaires pertinents<br>(Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)   | Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique) | Limites / biais   | Participation industrielle |
|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------|--|---|---|----------------------------|
| Yun Zhu<br>Dermatology and Therapy<br>Avril 2022 | RS avec MA<br>Période d'inclusion : jusqu'en aout 2021<br>16 articles inclus<br>Etudes de cohorte et cas-témoin | Patients ayant une DA ou un cancer cutané.<br>Inclus dans une étude de cohorte ou cas témoin rapportant l'association entre DA et cancer cutané.<br>Comportant un groupe contrôle.<br>Exclus : études animales, rapport/série de cas, revues et MA. | Association entre DA et cancer cutané | 9,638,093 patients      | <b>DA associée à un risque significativement augmenté de cancer de la peau</b> : OR = 1.18, 95% CI 1.06–1.32 (n = 16 études)<br><br><b>DA associé à une augmentation du risque de cancer cutané non mélanique</b> : OR 1.39, 95% CI 1.20–1.61 (n = 15 études) avec pour le <b>CBC</b> : OR 1.51, 95% CI 1.24–1.84 (n = 6 études) et pour le <b>CSC</b> : OR 1.90, 95% CI 1.33–2.72 (n = 3 études)<br><br><b>Pas d'augmentation du risque de mélanome</b> : OR 0.89, 95% CI 0.73–1.09 (n = 10 études) | NA  | Hétérogénéité entre les études. Facteurs d'ajustements variables selon les études. Toutes les études incluses sont réalisées en Europe ou Amérique du Nord. | Non                        |

| AMSTAR II             | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Item 11 | Item 12 | Item 13 | Item 14 | Item 15 | Item 16 | Score global |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| Zhu et al, avril 2022 | Y      | Y      | Y      | PY     | Y      | Y      | N      | Y      | PY     | N       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Y       | Low          |

**Abbréviations :**

Y = Yes ; PY = Partially Yes ; N = No

AH : Anti Histaminiques

AZA : azathioprine

BSA : Body Surface Area

CBC : Carcinome Baso Cellulaire

CDLQI : Children Dermatology Life Quality Index

CHM : Chinese Herbal Medicine

CPK : Creatine PhosphoKinase

CSC : Carcinome Spino Cellulaire

CST : corticosteroides

CyA : cyclosporine

DA : Dermatite Atopique

DLQI : Dermatology Life Quality Index

EASI : Eczema Area Severity Index

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EI : Effet Indésirable

EIG : Effet Indésirable Grave

EMA : European Medicines Agency

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IC : Intervalle de Confiance

ICWM : Integrated Chinese and western medicine

IGA : Investigator Global Assesment

IL : InterLeukine

JAK : JAnus Kinase

JAKi : Janus Kinase inhibiteur

LDXGD : LongDan XieGan Decoction

LH : lymphome de Hodgkin

LL : leucémie lymphoblastique

LM : leucémie myéloïde

LNH : Lymphome non hodgkinien

MA : Méta Analyse

MD : Mean Deviation  
MMF : Mycophenolate Mofetil  
MTEV : Maladie ThromboEmbolique Veineuse  
MTX : methotrexate  
NA : Non Approprié  
NRS : Numerical Rating Scale  
OR : Odds Ratio  
PA : personnes âgées  
POEM : Patient Oriented Eczema Measure  
PP : Peak Pruritus  
QD : 1 fois par jour  
Q2W : toutes les 2 semaines  
Q4W : toutes les 4 semaines  
RR : Risque Relatif  
RS : Revue Systématique  
RZC : Runzao Zhiyang Capsule  
SASSAD : Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis  
SCORAD : Scoring Atopic Dermatitis Index  
SMD : Standard Mean Deviation  
TER : Total Efficacy Rate  
TNF : Tumor Necrosis Factor  
TCI : Topical Calcineurin Inhibitors  
TCS : Topical CorticoSteroids  
TEAE : Treatment Emergent Adverse Event  
VAS : Visual Analogue Scale  
WM : Western Medecine