Revues générales

Quand envisager un traitement systémique de la dermatite atopique chez l'adulte ?

RÉSUMÉ : Il existe en France une sous-prescription des traitements systémiques pour les dermatites atopiques modérées à sévères de l'adulte. L'évaluation de la sévérité passe par l'utilisation de scores d'évaluation (EASI, SCORAD) et de scores patients (POEM, PO SCORAD, DLQI).
Les formes modérées à sévères sont définies par un score EASI > 7, un SCORAD > 25 ou un DLQI > 5. Dans ces situations, en cas d'échec d'un traitement d'attaque topique bien conduit, en cas de consommation de plus de 90 g de dermocorticoïdes très forts par mois en traitement d'entretien ou dans certains cas d'inobservance thérapeutique, un traitement systémique est indiqué.

A.-C. FOUGEROUSSE
Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, SAINT-MANDÉ.

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique courante chez l'adulte, puisque sa prévalence a été estimée à 4,65 % dans un échantillon représentatif de la population française de plus de 15 ans par l'étude Objectif peau [1]. Les formes modérées à sévères représenteraient environ 50 % des cas chez l'adulte [2]. Son traitement repose sur les émollients, les dermocorticoïdes ainsi que les inhibiteurs de la calcineurine topique, mais ceux-ci sont souvent insuffisants dans les formes modérées à sévères. En 2017, une étude française a mis en évidence une sous-prescription des traitements systémiques pour la dermatite atopique puisque, dans une cohorte de 401 patients, 73 % présentaient une forme modérée à sévère mais seuls 8 % recevaient un traitement systémique [3].

Il est donc important de pouvoir définir les patients atteints de dermatite atopique présentant une forme modérée à sévère afin de leur proposer un traitement plus adapté. Cela d'autant plus que le dupilumab, anticorps anti-récepteur de l'IL4 et de l'IL13 et première biothérapie pour la dermatite atopique, est réservé aux cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à la ciclosporine, seul traitement systémique ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

Définir la dermatite atopique modérée à sévère

Il existe de nombreux outils d'évaluation de la sévérité de la dermatite atopique, dont la plupart existent sous forme d'applications, faciles à utiliser.

L'EASI (*Eczema Activity and Severity Index*) est l'équivalent du PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) pour la dermatite atopique [4]. Il évalue l'intensité de 4 signes cliniques (érythème, induration, lésions de grattage, lichénification) sur 4 parties du corps (tête et cou, tronc, membres supérieurs et inférieurs) avec un score allant de 0 à 72. Aucun signe subjectif n'est pris en compte.

Revues générales

Le SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*) est calculé à partir de l'extension de lésions, l'évaluation sur un site représentatif de l'érythème, l'œdème, l'excoriation, le suintement, la lichénification, l'évaluation de la sécheresse cutanée en dehors de lésions d'eczéma, l'évaluation du prurit et des troubles du sommeil [5] (***fig. 1***). Le score va de 0 à 103. Il donne davantage d'importance à l'intensité qu'à l'extension des lésions.

Le PO-SCORAD (*Patient Oriented-SCORAD*) correspond au SCORAD auto-administré par le patient.

Le POEM (*Patient Oriented Eczema Mesure*) est un questionnaire auto-administré par le patient évaluant sur les 7 derniers jours le prurit, les troubles du sommeil, les anomalies cutanées (suintement, saignement, fissures, desquamation, sécheresse). Le score va de 0 à 28 [6].

D'autres outils d'évaluation existent – ADAM (*Atopic Dermatitis Assessment Mesure*), ADQ (*Atopic Dermatitis Quickscore*), SA-EASI (*Self-Administered EASI*), etc. – mais ne sont pas recommandés en pratique courante.

Aucun score de qualité de vie spécifique à la dermatite atopique n'existe, il est donc proposé d'utiliser le DLQI ou Child DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). L'évaluation de la qualité de vie est d'autant plus importante que la dermatite atopique, bien que limitée en étendue, touche des localisations particulières (visage, mains, région génitale) responsables d'un retentissement important sur la qualité de vie des patients. Le fardeau du traitement (temps quotidien passé à appliquer les soins, coût des traitements, fréquence des consultations médicales) doit également être évalué.

Comme l'a illustré Chalmers [7], il n'existe à ce jour aucun score permettant d'évaluer l'ensemble des composantes de la dermatite atopique – sévérité, qualité de vie, poussées, prurit, etc. – de façon reproductible et facilement réalisable (***tableau I***). L'utilisation d'un score objectif EASI ou SCORAD est nécessaire pour évaluer la sévérité de la maladie et la réponse aux traitements. Lors de la dernière réunion du groupe HOME (*Harmonising Outcomes Mesures fo Eczema*), il a été proposé d'utiliser en pratique clinique le POEM et le PO-SCORAD comme outils patients [8]. Il est utile de réaliser les scores lors de

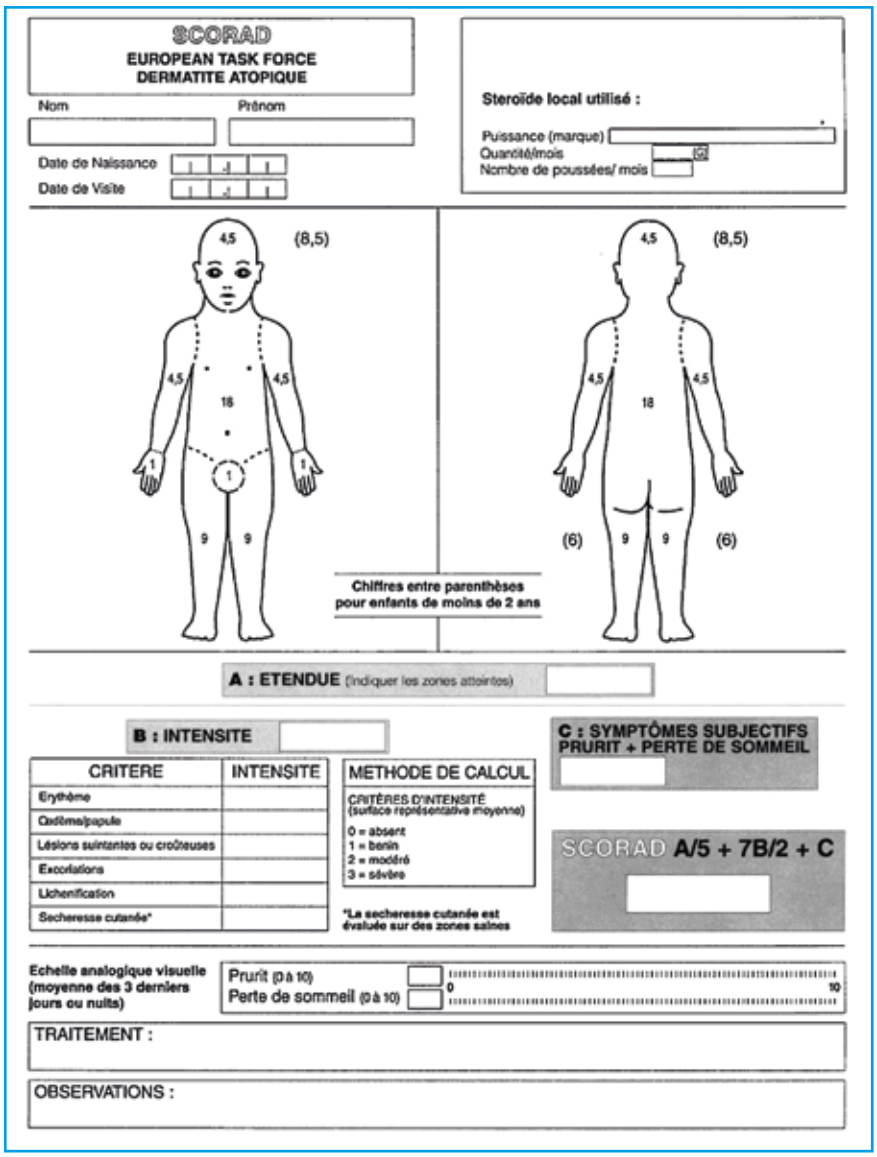

Fig. 1 : SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*).

	Légère	Modérée	Sévère
SCORAD	< 25	25-50	50
EASI	1-7	7-21	> 21
DLQI	< 5	6-10	> 10

Tableau II : Classification de la dermatite atopique en fonction des scores SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*), EASI (*Eczema Activity and Severity Index*) et DLQI (*Dermatology Life Quality Index*).

	Outils utilisés par HOME COS			Autres outils						
	POEM (questionnaire auto-administré répété)	EASI (évaluation clinique répétée)	QoL spécifique à la DA (mesure répétée de la QoL)	PGA (évaluation répétée)	PO-SCORAD (évaluation répétée)	Prurit (évaluation répétée)	Troubles du sommeil (évaluation répétée)	IGA (évaluation répétée)	Poussées – évaluation de la sévérité selon les échelles validées	Semaines bien contrôlées (global)
Items importants dans le contrôle à long terme										
Sévérité	+	+	–	+	+	+	+	+	+	+
Qualité de vie	–	–	+	–	–	–	–	–	–	–
Poussées	–	–	–	–	–	–	–	–	+	±
Stade acceptable de DA pour le patient	+	–	+	+	+	±	±	–	+	+
Prurit	+	±[d]	–	±	+	+	–	±	+	±
Items et facteurs à considérer dans la recherche de contrôle à long terme										
Peut définir la DA objectivement (et probablement à l'aveugle)	–	+	–	–	–	–	–	+	–	–
Est intéressant pour la plupart des patients avec DA	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±
Comprend l'avis du patient/du parent sur l'évolution de la DA	+	–	+	+	+	+	+	–	+	+
Comprend l'avis du médecin sur l'évolution de la DA	–	+	–	–	–	–	–	+	±	±
Moins d'impact possible sur les participants à l'essai	+[e]	–	±[f]	+	±	+	+	+[e]	±	±
Facile à comprendre et résultats facilement interprétables	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±
Faisabilité	+	±	+	+	+	+	±	±	±	±

Case verte (+) : l'outil évalue l'item. **Case rouge (-) :** l'outil n'évalue pas l'item. **Case orange (±) :** l'évaluation est incertaine ou dépend de comment l'item est évalué. [a, b] Aspects votés comme étant importants à considérer quand on cherche le contrôle à long terme. [c] **Vert (+) :** tous les groupes ont considéré la méthode comme étant faisable pour le COS ; **orange (±) :** au mois 4 groupes ont considéré la méthode comme étant faisable pour le COS. [d] Évaluation du prurit indirectement (excoriation). [e] Si pas trop fréquent. [f] Dépend de l'outil.

Tableau I : Outils permettant d'évaluer l'ensemble des composantes de la dermatite atopique (DA, d'après [7]). **EASI :** *Eczema Activity and Severity Index* ; **IGA :** évaluation du médecin ; **POEM :** *Patient Oriented Eczema Mesure* ; **PO-SCORAD :** *Patient Oriented Scoring Atopic Dermatitis* ; **PGA :** avis du patient ; **QoL :** qualité de vie.

Revues générales

POINTS **FORTS**

- La réalisation de scores (EASI, SCORAD) est nécessaire à l'évaluation de la sévérité de la dermatite atopique. Des questionnaires patients (POEM, PO-SCORAD, DLQI) sont utiles pour compléter l'évaluation.
- Il est nécessaire de vérifier la bonne observance des traitements topiques avant de conclure à leur échec. Un patient inobservant peut dans certains cas être considéré comme en échec vis-à-vis des traitements topiques.
- Un échec du traitement topique d'attaque bien conduit, la consommation de plus de 90 g de dermocorticoïdes très forts par mois en traitement d'entretien sont des indications à un traitement systémique.

l'évaluation initiale de la dermatite atopique et après chaque modification thérapeutique pour évaluer la réponse au traitement, puis une à deux fois par an.

Selon les valeurs des scores SCORAD, EASI et DLQI, la dermatite atopique est classée comme légère, modérée ou sévère (***tableau II***) [9].

Définir l'échec des traitements topiques

Définir l'échec des traitements topiques nécessite dans un premier temps de vérifier l'observance du traitement. En effet, du fait d'une lassitude par rapport à l'application des traitements topiques, d'une corticophobie, d'éventuels problèmes de tolérance locale avec les inhibiteurs de la calcineurine topique, etc., nombreux sont les patients qui ne respectent pas la posologie et/ou la durée du traitement. Il est important de préciser au patient les modalités du traitement (traitement d'attaque, puis traitement d'entretien proactif ou réactif précoce selon la fréquence des poussées), d'expliquer le caractère chronique de la pathologie et donc la nécessité d'un traitement prolongé. Si possible, l'inscription à un programme d'éducation thérapeutique pourra permettre d'améliorer la compréhension de la maladie et la gestion du traitement.

Dans le cas d'une dermatite atopique modérée à sévère, l'échec d'un traitement d'attaque bien conduit, l'utilisation d'une quantité importante de dermocorticoïdes en traitement d'entretien (plus de 60-90 g/mois de dermocorticoïdes forts chez l'adulte) sont des situations claires devant faire recourir à un traitement systémique [10-11].

Peut-on considérer un patient inobservant comme en échec vis-à-vis du traitement topique ? Un traitement systémique pourra se discuter au cas par cas en cas de corticophobie ou d'inobservance thérapeutique. En effet le passage à un traitement plus simple et rapidement efficace améliore la qualité de vie du patient, peut permettre dans certains cas de "passer un cap" et de regagner sa confiance, permettant ensuite de repasser à un traitement topique qui sera alors plus acceptable pour lui.

Enfin, il est peut-être nécessaire de remettre en cause le diagnostic de dermatite atopique dans les formes cliniquement atypiques et/ou résistantes au traitement.

Quelle place pour la photothérapie ?

La photothérapie de type UVA1 ou UVB est efficace à court terme dans la dermatite atopique de l'adulte.

Cependant, sa tolérance est souvent mauvaise chez les patients en poussée de dermatite atopique, la densité des cabines de photothérapie est faible et les contraintes liées au déplacement 2 à 3 fois par semaine chez le dermatologue rendent son utilisation pratique difficile [11].

Quelle place pour les explorations allergologiques ?

Idéalement, une consultation de dermato-allergologie devrait être envisagée pour tous les patients atteints de dermatite atopique modérée à sévère avant la mise en route d'un traitement systémique, à la recherche d'un facteur contact.

Cependant, le délai de consultation en dermato-allergologie est souvent long, les dermatites atopiques sévères sont difficiles à tester du fait de l'existence de lésions dorsales compliquant la mise en place des tests et une possible réaction de type *angry back* peut survenir, rendant alors l'interprétation impossible.

Un début de la dermatite atopique à l'adolescence ou à l'âge adulte, une suspicion d'eczéma de contact à un produit de type cosmétique ou dermocorticoïde par exemple, une dermatite atopique de localisation particulière (tête et cou, mains en particulier dans un contexte professionnel), un eczéma nummulaire sont des indications à réaliser ces explorations avant la mise sous traitement systémique [12].

L'algorithme (***fig. 2***) reprend la démarche diagnostique et thérapeutique devant une dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte [13].

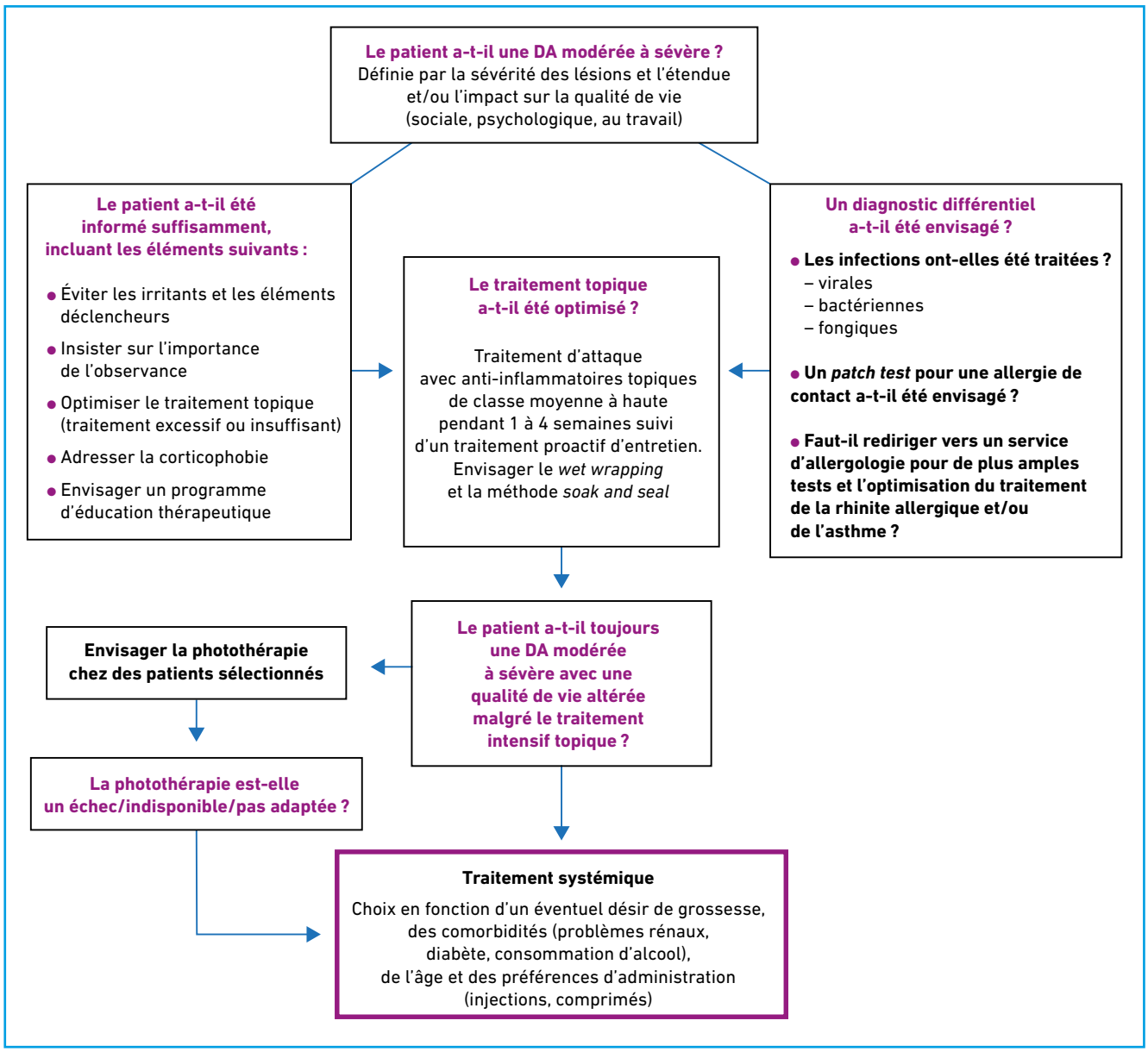

Fig. 2 : Démarche diagnostique et thérapeutique devant une dermatite atopique (DA) modérée à sévère de l'adulte.

Conclusion

Une dermatite atopique modérée à sévère, définie par un score EASI > 7 et un SCORAD > 25, avec un retentissement important sur la qualité de vie (DLQI > 6), un prurit sévère et en échec vis-à-vis d'un traitement topique bien conduit est une indication à la mise en route d'un traitement systémique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Richard MA, Corgibet F, Beylot-Barry M *et al.* Sex- and age-adjusted prevalence estimates of five chronic inflammatory skin diseases in France: results of the "OBJECTIFS PEAU" study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018;32:1967-1971.
2. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A *et al.* Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy*, 2018;73:1284-1293.
3. Pascal C, Maucort-Boulch D, Gilibert S *et al.* Therapeutic management of adults with atopic dermatitis: comparison with psoriasis and chronic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020 [Epub ahead of print].
4. Hanifin JM, Thurston M, Omoto M *et al.* The eczema area and severity index (EASI): assessement of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. *Exp Dermatol*, 2001;10:11-18.

Revues générales

5. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermaotlogy*,1993;186:23-31.
6. Charman CR, Venn AJ, Williams HC. The Patient-Oriented Eczema Measure: development and initial validation of a new tool for measuring atopic eczema severity from the patients' perspective. *Arch Dermatol*, 2004;140:1513-1519.
7. Chalmers JR, Thomas KS, Apfelbacher C *et al.* Report from the fifth international consensus meeting to harmonize core outcome measures for atopic eczema/dermatitis clinical trials (HOME initiative). *Br J Dermatol*, 2018;178:e332-e341.
8. Leshem YA, Chalmers JR, Apfelbacher C *et al.* Measuring atopic eczema symptoms in clinical practice: The first consensus statement from the Harmonising Outcome Measures for Eczema in clinical practice initiative. *J Am Acad Dermatol*, 2020;82:1181-1186.
9. Bieber T, D'Erme AM, Akdis CA *et al.* Clinical phenotypes and endophenotypes of atopic dermatitis: Where are we, and where should we go? *J Allergy Clin Immunol*, 2017;139:S58-S64.
10. Darrigade AS. Traitements topiques et photothérapie dans la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol*, 2019;146:12S85-12S95.
11. Lacour JF. Les traitements systémiques de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Venereol*, 2019;146:12S76-12S84.
12. Owen JL, Vakharia PP, Silverberg JI. The role and diagnosis of allergic contact dermatitis in patients with atopic dermatitis. *Am J Clin Dermatol*, 2018;19:293-302.
13. Simpson EL, Bruin-Weller M, Flohr C *et al.* When does atopic dermatitis warrant systemic therapy? Recommendations from an expert panel of the International Eczema Council. *J Am Acad Dermatol*, 2017;77:623-633.

L'auteure a déclaré les liens d'intérêt suivants : oratrice et consultante pour Sanofi et Lilly.