

Grille d'évaluation de la qualité des recommandions pour la pratique clinique
Grille AGREE II
Évaluation de la qualité des recommandations européennes pour la dermatite atopique

Évaluateurs : Sophie Leducq, Nina Sigg, Julio Tannous
Date : Février 2023

Domaine 1

	Élément 1	Élément 2	Élément 3	Total
Évaluateur 1 (SL)	7	7	7	21
Évaluateur 2 (NS)	7	7	7	21
Évaluateur 3 (JT)	7	7	7	21
Total	21	21	21	63

Score maximal = $7 \times 3 \times 3 = 63$

Score minimal = $1 \times 3 \times 3 = 9$

Valeur en % = $63-9 / 63-9 = 100\%$

Domaine 2

	Élément 4	Élément 5	Élément 6	Total
Évaluateur 1 (SL)	6	5	7	18
Évaluateur 2 (NS)	6	5	7	18
Évaluateur 3 (JT)	6	5	7	18
Total	18	15	21	54

Score maximal = $7 \times 3 \times 3 = 63$

Score minimal = $1 \times 3 \times 3 = 9$

Valeur en % = $54-9 / 63-9 = 83\%$

Domaine 3

	Élément 7	Élément 8	Élément 9	Élément 10	Élément 11	Élément 12	Élément 13	Élément 14	Total
Évaluateur 1 (SL)	5	5	4	6	6	7	3	5	41
Évaluateur 2 (NS)	5	7	5	7	7	6	6	7	50
Évaluateur 3 (JT)	5	5	4	6	7	7	3	5	42
Total	15	17	13	19	20	20	12	17	133

Score maximal = $7 \times 8 \times 3 = 168$

Score minimal = $1 \times 8 \times 3 = 24$

Valeur en % = $133-24 / 168-24 = 76\%$

Domaine 4

	Élément 15	Élément 16	Élément 17	Total
Évaluateur 1 (SL)	6	7	7	20
Évaluateur 2 (NS)	7	7	7	21
Évaluateur 3 (JT)	7	7	7	21
Total	20	21	21	62

Score maximal = $7 \times 3 \times 3 = 63$

Score minimal = $1 \times 3 \times 3 = 9$

Valeur en % = $62-9 / 63-9 = 98\%$

Domaine 5

	Élément 18	Élément 19	Élément 20	Élément 21	Total
Évaluateur 1 (SL)	4	6	2	3	15
Évaluateur 2 (NS)	5	7	3	5	20
Évaluateur 3 (JT)	4	6	1	2	13
Total	13	19	6	10	48

Score maximal = $7 \times 4 \times 3 = 84$

Score minimal = $1 \times 4 \times 3 = 12$

Valeur en % = $48-12 / 84-12 = 50\%$

Domaine 6

	Élément 22	Élément 23	Total
Évaluateur 1 (SL)	7	7	14
Évaluateur 2 (NS)	7	7	14
Évaluateur 3 (JT)	6	7	13
Total	20	21	41

Score maximal = $7 \times 2 \times 3 = 42$

Score minimal = $1 \times 2 \times 3 = 6$

Valeur en % = $41-6 / 42-6 = 97\%$

Évaluation générale de la DPC

	Total
Évaluateur 1 (SL)	6
Évaluateur 2 (NS)	7
Évaluateur 3 (JT)	6
Total	19

	Je recommanderais l'utilisation de la RPC Oui/ oui avec modifications/ non
Évaluateur 1 (SL)	Oui
Évaluateur 2 (NS)	Oui
Évaluateur 3 (JT)	Oui

ANNEXE 2. ÉQUATIONS DE RECHERCHE

Pour identification d'études observationnelles ou essais randomisés pour certaines questions sans revue systématique incluse

Equation de recherche MEDLINE pour identifier les revues systématiques publiées de mars 2021 au 31/12/2025

("dermatitis, atopic"[MeSH Terms] OR "eczema"[MeSH Terms] OR "eczema"[All Fields] OR "atopic dermatitis"[All Fields] OR "neurodermatitis"[All Fields]) AND (systematic[sb] OR "systematic review"[All Fields])

Questions non abordées dans les recommandations européennes et sans RS identifiées

Comment repérer et prendre en charge la corticophobie ?

Ovid MEDLINE

- 1 exp Dermatitis, Atopic/
- 2 atopic dermatitis.mp.
- 3 atopic eczema.mp.
- 4 exp NEURODERMATITIS/
- 5 neurodermatits.mp.
- 6 infantile eczema.mp.
- 7 childhood eczema.mp.
- 8 Besniers' Prurigo.mp.
- 9 exp Eczema/ or eczema.mp.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
- 11 corticophobia.mp.
- 12 phobia.mp.
- 13 corticosteroid phobia.mp.
- 14 11 or 12 or 13
- 15 10 and 14

Comment adapter la diversification alimentaire en prévention secondaire dans la DA ?

Ovid MEDLINE

- 1 exp Dermatitis, Atopic/
- 2 atopic dermatitis.mp.
- 3 atopic eczema.mp.
- 4 exp NEURODERMATITIS/
- 5 neurodermatits.mp.
- 6 infantile eczema.mp.
- 7 childhood eczema.mp.
- 8 Besniers' Prurigo.mp.
- 9 exp Eczema/ or eczema.mp.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
- 11 food diversification.mp.
- 16 (infant\$ adj1 (food or feeding or nutrition\$)).tw.
- 17 Weaning/
- 18 wean\$.tw.
- 22 ((Stop\$ or cease or cessation or partial) adj1 breast\$).tw.
- 26 (fortif\$ adj1 food\$).tw.
- 27 ((solid\$ or semisolid\$ or soft) adj3 (food\$ or feed\$ or diet\$)).tw.
- 28 (introduc\$ adj3 (solid\$ or semisolid)).tw.

29 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28
30 10 and 29

Sur quels critères proposer une escalade thérapeutique ou modifier le traitement en cours ?

Ovid MEDLINE

1 exp Dermatitis, Atopic/
2 atopic dermatitis.mp.
3 atopic eczema.mp.
4 exp NEURODERMATITIS/
5 neurodermatits.mp.
6 infantile eczema.mp.
7 childhood eczema.mp.
8 Besniers' Prurigo.mp.
9 exp Eczema/ or eczema.mp.
10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
11 ((reduc* or decreas*) adj3 (dose* or treatment* or therap*)).mp.
12 (step* adj3 down*).mp.
13 (down* adj3 titrat*).mp.
14 11 or 12 or 13
15 10 and 14
16 systemic.mp.
17 Administration, Oral/ or oral.mp.
18 Injections, Subcutaneous/ or subcutaneous.mp.
19 ciclosporine.mp.
20 methotrexate.mp.
21 Janus Kinase Inhibitors/
22 (jak adj1 inhib*).mp.
23 antibodies monoclonal.mp. or Antibodies, Monoclonal/
24 phototherapy.mp. or Phototherapy/
25 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24
26 14 and 15 and 25
27 limit 26 to yr="2013 - 2022"

Quelle est l'efficacité et la tolérance des cures thermales, pour les patients atteints de DA ?

Ovid MEDLINE

1 exp Dermatitis, Atopic/
2 atopic dermatitis.mp.
3 atopic eczema.mp.
4 exp NEURODERMATITIS/
5 neurodermatits.mp.
6 infantile eczema.mp.
7 childhood eczema.mp.
8 Besniers' Prurigo.mp.
9 exp Eczema/ or eczema.mp.
10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
11 Hydrotherapy/ 2633
12 hydrotherap\$.tw.
13 Climatotherapy/
14 climatotherap\$.tw.
15 thalassotherap\$.tw.

- 16 (mud or spa).tw.
- 17 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16
- 18 10 and 17
- 19 limit 18 to yr="2013 - 2022"

Quelles sont les principales différences dans la prise en charge de la DA chez les sujets âgés ?

Ovid MEDLINE

- 1 exp Dermatitis, Atopic/
- 2 atopic dermatitis.mp.
- 3 atopic eczema.mp.
- 4 exp NEURODERMATITIS/
- 5 neurodermatits.mp.
- 6 infantile eczema.mp.
- 7 childhood eczema.mp.
- 8 Besniers' Prurigo.mp.
- 9 exp Eczema/ or eczema.mp.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
- 11 (elder* or "over 75" or "over 80" or "over 85" or "75 year*" or "80 year*" or "85 year*").ti,ab.
- 12 "aged, 80 and over"/ or frail elderly/
- 13 geriatric.mp. or Geriatrics/
- 14 11 or 12 or 13
- 15 10 and 14
- 16 limit 15 to yr="2013 - 2022"

Quelle est l'efficacité et la tolérance de l'homéopathie, pour les patients atteints de DA ?

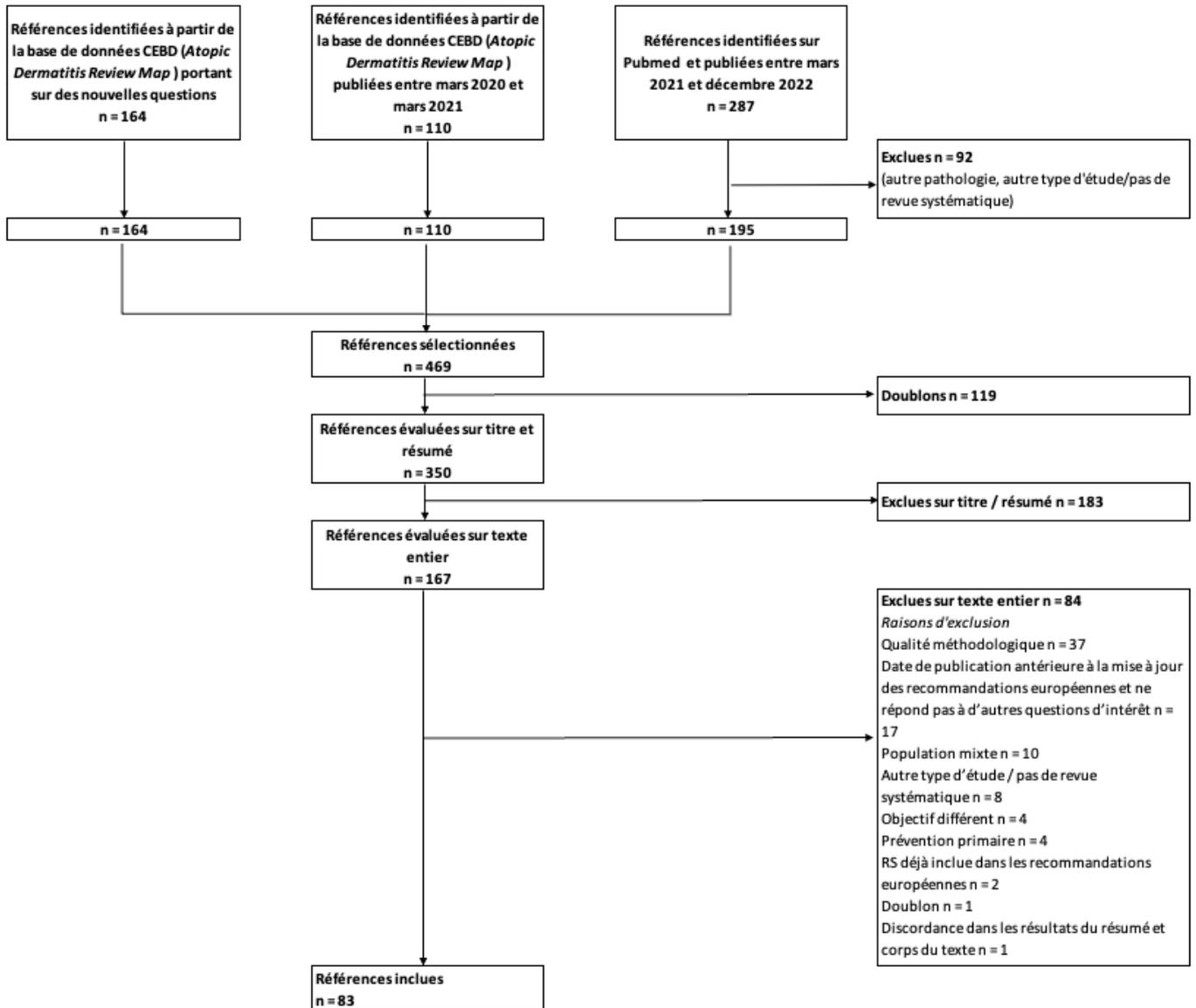
Ovid MEDLINE

- 1 exp Dermatitis, Atopic/
- 2 atopic dermatitis.mp.
- 3 atopic eczema.mp.
- 4 exp NEURODERMATITIS/
- 5 neurodermatits.mp.
- 6 infantile eczema.mp.
- 7 childhood eczema.mp.
- 8 Besniers' Prurigo.mp.
- 9 exp Eczema/ or eczema.mp.
- 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9
- 11 Homeopathy/
- 12 formularies, homeopathic/ or pharmacopoeias, homeopathic/ (homeopath* or homoeopath* or homoop* or omeop* or homopath*).tw.
- 14 (pulsatilla or chamom* or sulphur or sulfur or calcarea or drosera or tonsiotren or lomabronchin).tw,nm.
- 15 11 or 12 or 13 or 14
- 16 10 and 15
- 1 limit 16 to yr="2013 - 2022"

ANNEXE 3. FLOW CHART DES RS

DIAGRAMME DE FLUX

Identification et sélection des revues systématiques



Liste des RS incluses

N= 83

Auteur, année	Titre
Alves C et al, 2022	The safety of systemic Janus kinase inhibitors in atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis
Ascott A et al, 2019	Atopic eczema and major cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis of population-based studies
Ayen-Rodriguez A et al, 2022	Long-Term Effectiveness and Safety of Biologic and Small Molecule Drugs for Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review
Bakaa et al, 2022	Bleach baths for atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis including unpublished data, Bayesian interpretation, and GRADE
Bamford JTM et al, 2013	Oral evening primrose oil and borage oil for eczema.
Birdi G et al, 2020	Impact of atopic dermatitis on quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis
Chen J et al, 2022	The efficacy and safety of Janus kinase inhibitors in patients with atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis
Chen TL et al, 2022	Association of Risk of Incident Venous Thromboembolism With Atopic Dermatitis and Treatment With Janus Kinase Inhibitors: A Systematic Review and Meta-analysis
Chopra R et al, 2017	Efficacy of bleach baths in reducing severity of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis
Cunliffe A et al, 2021	Can atopic eczema and psoriasis coexist? A systematic review and meta-analysis
Devasenapathy N et al, 2022	Cancer risk with topical calcineurin inhibitors, pimecrolimus and tacrolimus, for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis
Drucker AM et al, 2022	Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Update of a Living Systematic Review and Network Meta-analysis.

Drucker AM et al, 2020	Systemic Immunomodulatory Treatments for Patients With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Network Meta-analysis
Fahrbach K et al, 2020	Crisaborole Ointment, 2%, for Treatment of Patients with Mild-to-Moderate Atopic Dermatitis: Systematic Literature Review and Network Meta-Analysis
Fasseeh AN et al, 2022	Burden of Atopic Dermatitis in Adults and Adolescents: a Systematic Literature Review
George S et al, 2019	Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of eczema
Guo Z et al, 2022	Chinese herbal bath therapy for the treatment of Atopic dermatitis in children: A meta-analysis and systematic review
Hashimoto K et al, 2017	Psychological and Educational Interventions for Atopic Dermatitis in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis
Hua T et al, 2022	Psychological Interventions Are More Effective Than Educational Interventions at Improving Atopic Dermatitis Severity: A Systematic Review
Huang C et al, 2018	Effects of Vitamin D levels and supplementation on atopic dermatitis: A systematic review
Huang J et al, 2022	Quality of life in atopic dermatitis in Asian countries: a systematic review
Jabbar Lopez ZK et al, 2021	The effect of water hardness on atopic eczema, skin barrier function: A systematic review, meta-analysis
Jeon C et al, 2017	Frequency and Management of Sleep Disturbance in Adults with Atopic Dermatitis: A Systematic Review
Jiang W et al, 2020	The Role of Probiotics in the Prevention and Treatment of Atopic Dermatitis in Children: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials
Kim G et al, 2016	Vitamin D and atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis
Kim J et al, 2016	Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and meta-analysis
Knudgaard MH et al, 2021	Rhinitis prevalence and association with atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis

Kobyletzki LB et al, 2017	Eczema and educational attainment: a systematic review
Koskeridis F et al, 2022	Treatment With Dupilumab in Patients With Atopic Dermatitis: Systematic Review and Meta-Analysis
Kritsanaviparkporn C et al, 2021	Efficacy of moisturizers in paediatric atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials
Lam M et al, 2020	Inclusion of Older Adults in Randomized Clinical Trials for Systemic Medications for Atopic Dermatitis: A Systematic Review
Lax SJ et al, 2022	Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema
Lee H et al, 2020	Bidirectional relationship between atopic dermatitis and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis
Lee Y et al, 2015	Educational Programs for the Management of Childhood Atopic Dermatitis: An Integrative Review
Legendre et al, 2015	Risk of lymphoma in patients with atopic dermatitis and the role of topical treatment: A systematic review and meta-analysis
Li A et al, 2017	Topical Corticosteroid Phobia in Atopic Dermatitis: A Systematic Review
Li H et al, 2022	Phenotypes of atopic dermatitis and the risk for subsequent asthma: A systematic review and meta-analysis
Li M et al, 2021	Efficacy and Safety of Runzao Zhiyang Capsule as an Add-On Therapy for Chronic Eczema: A Systematic Review and Meta-Analysis
Li Y et al, 2020	Efficacy of health education on treatment of children with atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials
Liang Z et al, 2022	Potential Correlation Between Eczema and Hematological Malignancies Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis
Linares-Gonzales L et al, 2021	Sexual Dysfunction and Atopic Dermatitis: A Systematic Review

Long Q et al, 2022	Eczema is a shared risk factor for anxiety and depression: A meta-analysis and systematic review
Lu CL et al, 2018	Complementary and alternative medicine for treatment of atopic eczema in children under 14 years old: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Lu LC et al, 2022	Clinical efficacy and safety of topical difamilast in the treatment of patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Lu Z et al, 2021	Atopic dermatitis and risk of autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis
Martin-Santiago A et al, 2022	Safety Profile and Tolerability of Topical Phosphodiesterase 4 Inhibitors for the Treatment of Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis
Mohan GC et al, 2015	Association of Vitiligo and Alopecia Areata With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis
Mukovozov IM et al, 2021	Atopic dermatitis and bone health: a systematic review
Musters AH et al, 2021	Phototherapy for atopic eczema
Ng JC et al, 2022	Effect of Vitamin D Serum Levels and Supplementation on Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis
Oykhman P et al, 2022	Dietary Elimination for the Treatment of Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis
Patel KR et al, 2018	Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis
Pereyra-Rodriguez JJ et al, 2021	Short-Term Effectiveness and Safety of Biologics and Small Molecule Drugs for Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis
Ponvilawan B et al, 2021	Association of atopic dermatitis with an increased risk of systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis
Ravn NH et al, 2021	Bidirectional association between atopic dermatitis, conjunctivitis, and other ocular surface diseases: A systematic review and meta-analysis

Ravnborg N et al, 2021	Prevalence of asthma in patients with atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis
Rittiphairoj T et al, 2021	Atopic Dermatitis is a Risk Factor for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis
Sandhu JK et al, 2019	Association Between Atopic Dermatitis and Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis
Sarre ME et al, 2015	Are baths desirable in atopic dermatitis?
Sawangjit R et al, 2020	Systemic treatments for eczema: a network meta-analysis
Shi X et al, 2020	The Bidirectional Association between Inflammatory Bowel Disease and Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis
Silverberg JI et al, 2021	Comparative efficacy and safety of systemic therapies used in moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic literature review and network meta-analysis
Silverberg JI et al, 2022	Patient perspectives of atopic dermatitis: comparative analysis of terminology in social media and scientific literature, identified by a systematic literature review
Sum CH et al, 2021	Integrated Chinese and western medicine interventions for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis
Tan XL et al, 2022	Effects of systemic therapies on pruritus in adults with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis
Teasdale E et al, 2021	Views and experiences of managing eczema: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies
Thyssen JP et al, 2018	The association with cardiovascular disease and type 2 diabetes in adults with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis
Tsai HR et al, 2021	Application of Janus Kinase Inhibitors in Atopic Dermatitis: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials
Tsai TY et al, 2020	Association Between Atopic Dermatitis and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis

Wang B et al, 2022	Efficacy and safety of baricitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials
Wang G et al, 2016	Evidence from a large-scale meta-analysis indicates eczema reduces the incidence of glioma
Wang L et al, 2020	Noncutaneous and Cutaneous Cancer Risk in Patients With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis
Wu D et al, 2021	Bone mineral density, osteopenia, osteoporosis, and fracture risk in patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis
Wu PC et al, 2021	Topical calcineurin inhibitors and risk of lymphoma: a systematic review and meta-analysis
Xiao H et al, 2022	Phototherapy for atopic dermatitis: Systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials
Yepes-Nunez JJ et al, 2023	Allergen immunotherapy for atopic dermatitis: Systematic review and meta-analysis of benefits and harms
Young TK et al, 2021	Management of Pediatric Atopic Dermatitis by Primary Care Providers: A Systematic Review
Yousaf M et al, 2022	Association between atopic dermatitis and hypertension: a systematic review and meta-analysis
Yuan M et al, 2018	Relationship of atopic dermatitis with stroke and myocardial infarction: A meta-analysis
Zhang A et al, 2015	Association of atopic dermatitis with being overweight and obese: a systematic review and metaanalysis
Zhang L et al, 2021	The efficacy of Janus kinase inhibitors in patients with atopic dermatitis: A systematic review and network meta-analysis
Zhang Y et al, 2022	The efficacy and safety of IL-13 inhibitors in atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis
Zhu Y et al, 2022	Atopic Dermatitis and Skin Cancer Risk: A Systematic Review

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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Alves Carlos European Journal of Clinical Pharmacology Décembre 2022	RS avec MA Période inclusion : jusqu'au 17 février 2022 Nombre d'articles : 18 Type d'articles : ECR (phase 2 ou 3) 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> Intervention : inhibiteurs systémiques de JAK (abrocitinib, baricitinib, gusacitinib, upadacitinib) Comparateur : placebo, traitement actif ou absence de traitement	Comparer la tolérance des différents JAKi systémiques DA Tout EI, EIG, EI conduisant à l'arrêt du traitement, 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) 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. 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. Aucune autre différence de risque statistiquement significative n'a été identifiée entre les traitements.	NA	Rareté des évènements Hétérogénéité non évaluée 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Anna Ascott et al JACI Mai 2019	RS avec MA Inclusion : Jusqu'en décembre 2017 + inclusion d'une étude en cours de publication (écrites par certains co-auteurs et reviewers) au moment du screening Pas de restriction linguistique Études de cohorte, cas-témoin ou transversales 19 inclus dans la RS 17 inclus dans la MA	Patients de plus de 18 ans ayant une DA Inclusion des études publiées dans journal avec reviewing, de cohorte, cas-témoin ou transversale, rapportant des données sur la survenue d'événement cardio vasculaires (CV) majeur chez les patients DA et patients sains. 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	Association DA et angor : RR = 1.18 (95% CI, 1.13-1.24) (n=2 études cohorte) Association DA et insuffisance cardiaque : RR 1.26 (95% CI : 1.05-1.51) (n = 2 études) Pas d'augmentation du risque de décès CV (1 étude cohorte) Augmentation du risque d'AVC chez les patients DA : average RR, 1.17; 95% CI, 1.14-1.20; (n = 4 études de cohorte). Non significatif dans les études transversales (n = 8 études) Augmentation du risque d'angor (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) avec la sévérité de la DA	NA	Hétérogénéité élevée (définition de la DA dans les études, ajustement sur cofacteurs) mais faible risque de biais. Faible nombre d'études. Pas de données pour certains événements prévus dans le protocole d'étude (par exemple procédures de revascularisation coronaire, arythmie cardiaque Probable biais de classement ou de mémorisation sur sévérité de la DA	Non

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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-Rodriguez Angela Life Juillet 2022	RS sans MA Période d'inclusion : Du 1 ^{er} janvier 2000 au 30 avril 2022 5 articles (7 ECR) Type d'articles : Essais contrôlés randomisés de phase III Langue : Anglais	Patients adultes atteints de DA modérée à sévère (adolescents acceptés si population mélangée aux adultes) 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. 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. 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 Traitement expérimental : 3466 Placebo : 1578	Efficacité : - données descriptives rapportées étude par étude - difficile de synthétiser les résultats pour cette revue narrative - 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 Proportion d'EI similaires entre tralokinumab et placebo sur 36 semaines Proportion d'EI similaire entre les doses de traitement pour l'upadacitinib, pas de données comparatives vs placebo à 52 semaines 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

		<p>upadacitinib) en monothérapie ou en association avec des corticoïdes topiques.</p> <p>Avec évaluation à long terme définie entre 48 à 60 semaines</p>	<p>démangeaisons NRS ; nombre de patients avec au moins un EI ; nombre de patients avec au moins un EIG.</p>			<p>9,6% dans le groupe 30 mg</p> <p>Pas de données pour le baricitinib à long terme</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
Ayen-Rodríguez et al., 2022	Y	PY	N	N	Y	Y	N	N	Y	N	NA	NA	N	N	NA	N	Critically low

Bakaa et al, 2022

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

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

										<p>Sur DLQI : une seule étude, absence d'amélioration</p> <p>Survenue d'effets indésirables mineurs, essentiellement digestifs (nausées, vomissements, diarrhées, coliques) et céphalées : pas de différence significative entre HO et placebo</p> <p>2/ HUILE DE BOURRACHE (HB). Pas de MA, 8 études</p> <p>Evaluation par patients : 2 études (12 et 22 participants) : pas de différence significative</p> <p>Evaluation par médecin : 5 études Pas d'effet significatif Pas de calcul possible de la qualité de vie Pas de différence d'effets secondaires mineurs entre HB et placebo</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
------------------	--------	---------------	--------	---------------	--------	--------	---------------	--------	---------------	---------	----------------	---------	----------------	---------	----------------	---------	--------------

Bamford, 2013	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y/ Includes only RCT	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Low
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----

Birdi et al, 2020

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Birdi et al, Janv 2020, Int J Dermatol	RS avec MA 3 bases de données Aucune limite antérieure jusqu'au 24/10/2018 Tout type d'étude sauf case report et abstract de conférence Si une mesure de la QoL était faite (mais non comme un résultat d'une intervention médicale ou psychologique) 32 articles inclus (24 de bonne qualité, 8 de mauvaise qualité). 25 études utilisaient	Patients adultes atteints de DA (> 16 ou 18 ans selon les études) avec score QoL Avec diagnostic clinique de DA Exclusion : < 16 ans ; mesure QoL après intervention éducationnelle ou médicale	Qualité de vie chez les patients adultes avec DA. 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	DLQI (25/32 études) : -Moyenne globale de 4,9 à 20,5 -Domaines touchés : émotions (gêne, embarras, complexe) et symptômes (prurit, douleur, picotements) -Le moins touché : Relations personnelles. -Habillage problématique (2 études) EQ-5D (1 étude) : Domaines les plus touchés : activités quotidiennes et douleur / inconfort. Qualité de vie et sévérité de la DA (22/32 études) : -Corrélation significative entre sévérité et DLQI (18 /19 études) -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 ($\chi^2 = 13.78$, $p < .05$) Donc impact fort sur QoL si sévérité plus forte de la maladie ; plus la maladie est sévère plus la QoL est faible	NA	Pas de réelle MA car hétérogénéité importante des outils de mesure de la QoL Etudes transversales sans analyse pour déterminer cause et effet. Pas d'analyse des biais.	Aucune

	<p>la DLQI pour évaluer QoL 7 études utilisaient le SCORAD corrélé avec DLQI qui ont servis dans la MA</p> <p>MA sur 7 études</p> <p>Langue : anglais</p>				<p>-Corrélation significative comparant EASI (2 études) et QoL -Corrélation significative entre la sévérité rapportée (9 études) par le patient et le DLQI ($p < 0,001$) et entre DLQI et zone exposée atteinte chez la femme ($p = 0,001$)</p> <p>-Corrélation significative entre le score Rajka & Langeland élevé (2 études) et la qualité de vie basse. -10 études avec le score SF-36 dont 5/6 qui retrouvent une corrélation significative entre sévérité et altération QoL.</p> <p>QoL comparé à patients sains ou autres maladies que DA : Qualité de vie significativement altérée chez patients DA vs sains (15 études) 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Chen Jingsi Journal of the American Academy of Dermatology Aout 2022	RS avec MA Période inclusion : jusqu'au 16 septembre 2021 Nombre d'articles : 25 Type d'articles : ECR en double aveugle Langue : pas de restriction	Patients atteint de DA Traitement : JAKis topiques ou oraux Contrôle : placebo pour JAKis oraux ou véhicule pour JAKis topiques	Examiner l'efficacité et la tolérance des JAKis pour la DA. Évaluation de l'efficacité : - Pourcentage de changement par rapport à l'état initial du score EASI - Proportion de patients ayant atteint l'IGA 0 ou 1 avec une amélioration de 2 points ou plus par rapport à l'état initial. - Changement par rapport à l'état initial de l'échelle d'évaluation numérique du prurit (NRS) Évaluation de la tolérance : 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) - IGA (OR=5,08 IC 95% [3,78-6,82] ; P < 0.00001, 25 études) ; - échelle d'évaluation numérique du prurit (SMD = -0,49 IC 95% [-0,67 à -0,32] ; P<0.00001, 9 études) Analyses de l'efficacité en sous groupes, pour la forme topique : - Réduction EASI : SMD [95% CI] -0.97 [-1.14, -0.80] <0.00001 - IGA OR : 6.39 [4.60, 8.87] <0.00001	Aucun EI significatif n'a été constaté pour les JAKis topiques. 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). Elévations CPK (asymptomatiques) pour le baricitinib et upadacitinib. Herpes et infections sévères non fréquent dans RS	Valeurs hétérogénéité souvent supérieures à 50%, non explorées Suivi à court terme pour tolérance	Non

			traitement pour cause d'EI, réaction au site d'application, troubles gastro-intestinaux grave, réaction au site d'application, rhinopharyngite et céphalées		-Echelle numérique prurit SMD [95% CI],-0.81 [-1.10, 0.52]	Aucune tumeur maligne ni aucun décès n'ont été signalés.		
--	--	--	---	--	--	--	--	--

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., 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Chen Tai-Li JAMA Dermatology Novembre 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'au 5 février 2022 17 articles Type d'article : Etudes de cohorte (2 études) et essais contrôlés randomisés (15 ECR) Langue : pas de restriction	1/Association entre DA et MTEV incidente : 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. 2/ Évaluation du risque de MTEV chez les patients atteints de DA et traités JAKi par voie orale : ECR	HR pour la survenue de MTEV associée à la DA 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) 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. Hétérogénéité statistique non explorée Les études incluses n'ont pas rapporté le risque de MTEV en fonction des différents 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 : 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, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Ann Allergy Asthma Immunol – Rishi Chopra– Aout 2017	<p>RS avec MA</p> <p>Pas de date antérieure jusqu'à juin 2017</p> <p>5 études incluses: 3 études contrôlées, 1 étude pilote à 1 bras, 1 étude randomisée, 1 essai randomisé croisé</p> <p>Parmi ces études : 2 en double aveugle, 2 en simple aveugle, 1 ouverte</p> <p>Avec évaluation de l'utilisation de bains d'eau de javel ou d'agents de blanchiment topiques</p> <p>Et évaluation de la sévérité de la DA</p> <p>Pas de restriction de langue</p> <p>Exclus : études sans évaluation claire de l'efficacité de l'eau de Javel</p>	<p>Population de tout âge, ayant une DA</p> <p>5 études dont 4 pédiatriques et une étude mixte, chaque étude ayant entre 18 et 40 patients.</p> <p>Age moyen de 13,7 – 145,2 mois,</p> <p>DA modérée à sévère.</p>	<p>Déterminer l'efficacité des bains de javel sur la sévérité de la DA, en comparaison avec des bains standards :</p> <p>Evaluation par les scores BSA, EASI, IGA, SCORAD, DLQI, EVA prurit, TEWL</p>	<p>Nombre de patients non explicite (détaillée pour 4 sur 5 études).</p>	<p>EASI et BSA analysables à S4 dans 3 études :</p> <p><u>Bains de Javel à S4 versus S0</u> :</p> <p>-EASI : 11.0 ± 7.8 vs 24.9 ± 25.3 -BSA : $42.8 \pm 12.7\%$ vs $49.8 \pm 18.1\%$</p> <p><u>Bain d'eau à S4 vs début</u> :</p> <p>-EASI : 14.2 ± 7.7 vs 25.2 ± 12.3 -BSA : $41.1 \pm 18.1\%$ vs $45.6 \pm 17.9\%$</p> <p>Absence de différence entre les 2 groupes à 4 semaines : score EASI (I2 = 98%; P=.16) ou BSA (I2 = 96%; P=.36).</p> <p>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.</p>	<p>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%)</p>	<p>Peu d'études, faible population, courte durée de suivi, monocentrique, pas de double aveugle systématique</p> <p>Étude très limitée par l'hétérogénéité des données, absence de standardisation des protocoles</p>	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
Chopra, 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
A. Cunliffe Skin Health and Disease Mars 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en février 2020 31 articles inclus dont 24 dans la MA Etudes de cohorte, cas- témoin, transversales, et série de cas avec >10 patients Etudes en anglais, allemand ou français.	Patients de tout âge, sexe, ethnie, localisation géographique. Inclusion des études observationnelles étudiant l'association eczéma et psoriasis 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 Cohorte « psoriasis » : 20 523 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) Prévalence d'eczéma chez les patients ayant un psoriasis à tout moment : 9% (95% CI : 7, 10) (n = 17 études) Prévalence de psoriasis chez les patients ayant un eczéma dans le même temps : 2% (95% CI : 1, 3) (n = 7 études) 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) 21 études avec haut risque de biais. 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, 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, 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	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Participation industrielle
The Lancet Child & Adolescent Health – Niveditha Devasenapthy – Novembre 2022_	RS avec MA Période d'inclusion des articles : jusqu'en 06/2022 Pas de restriction de langues => 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. 83% porteurs de DA légère à moyenne 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 quel que soit le type d'étude : (RA 4,7/1000 versus 4,56/1000 ; OR= 1,03 IC95% 0,94–1,11). 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

	<p>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</p> <p>Exclus : articles concernant des suivis < 3 semaines ou n'étudiant qu'une zone corporelle</p>	<p>10% avec les deux.</p> <p>19 ans en moyenne</p> <p>Pour les enfants : 0,7 à 120 mois (moyenne de 11 mois)</p> <p>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</p> <p>Inclusion de tout type de cancer (systémique ou peau)</p>			<p>Idem après ajustement sur age, sexe, sévérité de la DA et durée du suivi.</p> <p>Etu du pimécrolimus vs tacrolimus : OR=0.93 (IC 0.78-1.09) : pas de différence</p> <p>Suivi après 10 ans Pas de différence quel que soit la population exposée</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
Devasenapathy,	Y	Y	Y	Y	Y	y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	High

2022																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Drucker et al, 2020 et mise à jour 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Drucker, Aaron M. JAMA dermatology Juin 2020 et mise à jour de mai 2022	RS avec MA Période d'inclusion : Jusqu'au 15 juin 2021 Nombre d'articles : 60 Type d'articles : ECR Langue : Anglais	Enfants et adultes atteints de DA modérée à sévère. Critères d'inclusion : - Traitements immunomodulateurs systémiques (voie orale, IV ou SC) en monothérapie ou en combinaison avec des traitements topiques - Contrôle comprenant tout comparateur, y compris placebo Critères d'exclusion : - Dose unique - Traitement de moins de 8 semaines	Evaluer l'efficacité relative et la tolérance des traitements immunomodulateurs systémiques pour les adultes et les enfants atteints de DA modérée à sévère Critères de jugement principaux : - changement de score sur une échelle mesurant les signes cliniques rapportés par l'investigateur comme le score EASI - 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. 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 et le placebo, 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) Différentes définitions de la sévérité entre les ECR Certains comparaisons ne portent que sur un seul ECR et généralement sur un petit nombre de patients	

		<ul style="list-style-type: none"> - Période de rodage comprenant un immunomodulateur systémique - Etudes terminées prématurément sur des médicaments non approuvés 	rapportés par le patient comme le score POEM <ul style="list-style-type: none"> - DLQI - PP-NRS - arrêt du traitement en raison d'EI - survenue d'EIG 		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.	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).	Restriction linguistique (ECR uniquement en anglais)	
--	--	---	---	--	---	--	--	--

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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Dermatol Ther Kyle Fahrbach Avril 2020	RS avec MA Période d'inclusion jusqu'en 04/2020 8 publications dont 1 rapportant 2 essais : 9 essais en tout réalisés entre 2001 et 2015. Dont 6 essais contrôlés contre placebo ; 3 contre tacrolimus ou pimecrolimus topiques. Résumés de congrès ayant eu lieu entre 2015 et 2018	Patients âgés de 2 ans ou plus, atteints de DA légère à modérée et appliquant un traitement topique 2 fois par jour Critères d'exclusion : -volontaires sains -nourrissons <2ans (sauf dans 1 étude) -pas de Tt pharmacologique -traitement systémique -traitements anti-infectieux	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.	Efficacité supérieure du crisaborole par rapport au véhicule , HR : 2.07 ; IC95% 1.76–2.36) Crisaborole plus efficace que pimecrolimus crème 1% (HR : 1,62 ; IC95% 1.04–2.48) Pas de différence significative entre Crisaborole et Tacrolimus 0.1 ou 0.03%. 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. Hétérogénéité possible des véhicules utilisés dans leur composition Hétérogénéité des populations étudiées, des saisons, des émoullients utilisés. Estimation de l'efficacité limitée au calcul de l'IGA Évaluation de l'IGA à 28 jours	Pfizer (pour les 4 derniers auteurs)

	Langue anglaise		Critères secondaires : tolérance				Présence possible de facteurs de 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 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Fasseeh et al, Dermatologic Therapy, Oct 2022	RS sans MA Publications à partir du 1 ^{er} janvier 2011 -> déc 2020 En anglais, A l'exclusion des lettres, éditorial, case report, revues non systématiques, essais cliniques et études sur animal. 90% d'études observationnelles, 36 revues systématiques, et 6 modèles économiques. => 233 articles inclus	Enfants et adultes, Atteints de DA, Avec évaluation du retentissement clinique, économique ou humain de la DA. Exclusion si : -Population inférieure à 10 ans uniquement -Présence d'un effet confondant d'un traitement autre que le traitement habituel	Analyse d'au moins un des 4 domaines : Score de qualité de vie, Fardeau humain autre que le score de qualité de vie, 1)médiateurs 2)Impact proximal 3)Impact distal Fardeau clinique : 1)Impact psychologique 2)Signes (subjectifs) 3)Symptomes (objectifs) Fardeau économique	Non connu	Score de qualité de vie (0=mort ; 1=pas de problème de santé), -0.779 en moyenne chez patients DA (71 études) -Moyenne de 0.548 chez patients DA les plus sévères Fardeau humain autre que le score de qualité de vie -Troubles du sommeil : résultats hétérogènes. 4 études : > 70% des patients DA. 1 étude : 4,18% des patients DA. 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. 1 étude : si DA contrôlée 8.5% de troubles du sommeil vs 23.8% (DA non contrôlée). Fardeau clinique : 1)Impact psychologique	NA	-Grande diversité des études incluses Donc limite dans les statistiques -Pas d'analyse des études selon le nombre de patients. Biais de publication non évalué. -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>-<u>Dépression</u> (11études) : prévalence de 3 à 57%, moyenne de 18%. Auto évaluation : prévalence de 10 à 37% et moyenne 26%. -<u>Anxiété</u> (11 études) : 1.2 à 64%, moy 24.12%. Etude Mizara et al : 41% des patients avec score anxiété élevé. 2)Signes (subjectifs) -<u>Prurit</u> : (6 études) 21-100% ou échelle numérique (16 études) avec moy 6/10 3)Symptomes (objectifs) -Xérose, erythème étaient les plus mentionnés.</p> <p>Impact économique 1)<u>Recours au système de soins</u> -Nombre de visites chez le Dermatologue (5 études) : 2.8 à 16.3/an, moyenne 8.6 -Nombre de visites chez le médecin traitant (3 études) : moy 16.5/an, (1 étude sur DA modérée à sévère) 20.4/an. 2)<u>Coûts</u> -Cout total (8 études) : 769 à 23638 \$/an, moy 5246. Mais résultats hétérogènes et biais. -Cout direct (9 études) : 4411\$/an en moyenne</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

											-Cout indirect (3 études) : 9068\$/an en moyenne 3)Absentéisme : -Absentéisme + présentéisme : 68,8 jours de perdus par an (14 études). Aggravé selon la stratification par rang de sévérité.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Cochrane Library – George SMC – 2019	RS avec MA 41 études contrôlées comprenant aussi des essais intra- individuels et des essais croisés Dont 5 portants sur les topiques Exclusion des études non contrôlées et des études sans interventions anti- staphylococciques => 41 études	Patients atteints de DA quel que soit l'âge et la sévérité 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 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	Association dermocorticoïdes + ATB topiques versus dermocorticoïdes seuls à J6 - 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). Antibiotiques oraux versus placebo 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. Pas de différence également dans le groupe ATB oraux et placebo : aggravation de la DA, diarrhées/nausées/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>Bain de javel versus bain (5 études) : pas de différence à 1 mois. Eau de Javel vs placebo 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 (< 4 semaines) ou à long terme (> 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>		
--	--	--	--	--	---	--	--

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
George, 2019	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	High

Guo et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Zheng Guo Medicine Novembre 2022	Revue systématique avec méta-analyse 8 articles inclus Période d'inclusion : pas de limite antérieure -> sept 2022 Type d'articles : Essais contrôlés randomisés Langue : pas de restriction	Patients atteints de DA de moins de 18 ans, les bains thérapeutiques d'herbes chinoises sont la principale approche thérapeutique. 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: -de taux de guérison [RR = 1.11, 95%(1.02, 1.21), P = .01]. (n=8 articles) - d'amélioration de l'indice SCORAD [SMD = -0.77, 95%(-0.99, -0.55), P < .00001]. (n=5 articles) - d'effets indésirables [RR = 0.44, 95%CI(0.28,0.67), P = .0002]. (n=5 articles) - 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) 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) 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 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

Hashimoto et al, 2017

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	Critère de jugement principal	Nbre de patients inclus	Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)	Effets indésira bles (NA si étude non thérape utique)	Limites / biais	Participation industrielle
Hashimoto et al Mai 2017, Behaviour Change	RS avec MA ECR >3 bases de données Absence de date limite antérieure jusqu'à mai 2014 =>12 études éligibles (6 psychologique, 6 éducation) (sur 67) Langue : aucune restriction	Patients DA > 16 ans ECR comparant intervention psychologique ou éducative + 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. 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/Té moins) 87/79 Educati on : 135/14 6	Sévérité DA : A court terme (< 6 mois) : GI meilleur que GT dans 4 essais A long terme (6 mois-1an) : Pas de différence dans 5 ECR Taux d'abandon (5 études) : 4 à court terme, 1 à long terme. 0 à 17,6% dans GI / 0 à 12,5% dans GT Qualité de vie : Comparable lors du suivi à court terme (4 ECR) Anxiété : Significativement réduite dans GI à court et long terme (6 ECR) Dépression : Diminuée dans 1/4 ECR Troubles du sommeil : Amélioré dans le GI (1 ECR)	NA	Faibles effectifs Hétérogénéité dans les méthodes d'intervention Dans les critères diagnostics et dans les mesures des résultats Risque de biais élevé dans certains essais	Aucune

				<p>Ressources médicales : Utilisation de plus d'émollients et moins de dermocorticoïdes dans GI (1 ECR) à court et long terme</p> <p>Cout financier : Réduction des coûts à long terme dans le GI (1 ECR), pas de différence à court terme (1 ECR)</p> <p>+ méta analyse sur 3 ECR : absence de différence sur la sévérité de la DA à court terme. DMS=-0,29, IC 95%[-0,64, 0,07], I²=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], I² = 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>Interventions :</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

											Psychologiques (cognitive, comportemental, psychodynamique, physique et relaxation) Support (lecture, audio, video, questionnaire) Durée 3-5 minutes à 52 semaines 2 à 6 sessions			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Hua et al, Avril 2022, Dermatitis	RS sans MA 24 articles : 20 ECR, 1 étude de cohorte et 3 case report. Pas de limite antérieure, jusqu'au 1 ^{er} juillet 2020 Au moins 2 bases de données Pas de restrictions de langue	Adultes et enfants DA Toute étude mesurant l'impact d'une intervention psychologique ou éducative sur la DA avec mention du type, fréquence et de la durée de l'intervention 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	Intervention psychologique dans l'amélioration de la DA (11 études) : -SCORAD (n=3) -DLQI (n=1) -Autres mesures (n=7) => Amélioration significative des « autres mesures » à 4, 16 et > 16 semaines. <u>Méthodes :</u> -HRT (n=8) -RT (n=4) -CBT (n=3) -Stress management (n=2) -Self monitoring (n=2) -Groupe de soutien (n=1) Intervention éducative dans l'amélioration de la DA (7 études) : -SCORAD (n=5) -DLQI / IDQOL (n=4)	NA	Études hétérogènes sur le design de l'étude, les temps d'intervention, etc Pas de MA possible. Peu d'informations sur le contenu spécifique des interventions. Hétérogénéité des symptômes dans la DA, selon le patient, selon la saison. Intérêt des interventions	Aucune

					<p>=> 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"> -Matériel écrit (n=5) -Démonstrations pratiques (n=4) <p>Combinaison d'éducation thérapeutique et prise en charge psychologique (6 études) : étudié sur la réduction du SCORAD, sévérité des lésions, Marburg questionnaires et EASI. Pas d'étude sur le DLQI.</p> <p>=> 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"> -Psychologique : HRT -> associé à toutes les études avec amélioration significative de la DA. -Education thérapeutique : sur les poussées et sur les 	<p>plus spécifiquement non exploré.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

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

<p>Huang et al, Juin 2021, Archives of Dermatologic al Research</p>	<p>RS sans MA Sur 5 bases de données Etudes observationnelles, articles de journaux Exclusion : études interventionnelles ; case report ; séries de cas De la création des bases, jusqu'à aout 2018 29 articles avec 27 études éligibles Langue : anglais</p>	<p>Patient avec une DA, d'Asie de l'Est ou Asie du Sud Est, avec une mesure de la qualité de vie.</p>	<p>Principal : Comment, et dans quelle mesure, la DA a un impact sur la qualité de vie en Asie. Secondaire : Déterminants de la qualité de vie dans la DA, en Asie.</p>	<p>5626</p>	<p>Altération de la qualité de vie chez les patients asiatiques avec une DA : -IDQOL moyen entre 6,8 et 7,7 -CDLQI entre 4,8 et 15,2 (moy 9,1) -DLQI entre 4.8 et 12 (moy 9,1) -Short Form Health Survey : impact significatif sur les scores physiques et mentaux ... <u>Comment :</u> Impact sur prurit, gêne, douleur, inconfort, troubles du sommeil <u>Impact sur la vie de famille :</u> 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</p>	<p>NA</p>	<p>Restrictions à l'anglais avec manque de données chinoises Pas d'analyse des différences culturelles donc pas d'extrapolation possible de ces résultats aux asiatiques versus autre ethnie. Etudes incluses hétérogènes et avec données incomplètes.</p>	<p>Abfelbacher, dernier auteur, honoraires de Sanofi</p>
---	---	---	---	-------------	---	-----------	--	--

											<p>sociales, perte de sommeil, dépenses. Mais biais nombreux.</p> <p>Déterminants : -Sévérité de la DA (14/15 études) Impact QoL significativement supérieur chez les patients AD versus contrôles ; idem avec EQ5D Lien entre la sévérité de la maladie et le degré d'impact de la QoL</p> <p>Non significatif : négativité des parents, corticophobie.</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
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

Jabbar-Lopez et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Jabbar-Lopez ZK Clinical and Experimental Allergy 2020	RS avec MA pour un des objectifs Période d'inclusion : jusqu'au 30 juin 2020 Pas de restriction de langue 16 articles inclus Études observationnelles et thérapeutiques	Nourrissons, enfants et adultes Animaux 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) b) 2 ECR ont évalué l'effet d'un adoucisseur d'eau sur la prise en charge de la DA, 348 patients 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) Analyse en sous-groupe selon âge (nourrissons, enfants, adolescents) : augmentation significative retrouvée uniquement chez les enfants Pas de données chez l'adulte 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) (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

Jeon et al, 2017

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Jeon et al Dermatology and therapy Juillet 2017	RS sans MA 2 bases de données De 1980 à décembre 2016 En anglais Exclusion : case report, série de cas, commentaires => 39 études éligibles.	Adultes avec DA Enquêtes originales axées sur les troubles du sommeil chez les patients adultes atteints de DA.	I. Méthodes utilisées pour évaluer les troubles du sommeil II. Association DA et troubles du sommeil III. Altérations spécifiques du sommeil identifiées dans la DA IV. Association DA et altération qualité de vie V. Stratégies de traitement pour les adultes atteints de DA et de troubles du sommeil.	Non connu	1.Méthodes d'évaluation -Pittsburg Sleep Quality Assessment (PSQI) : auto questionnaire en 7 points -Actigraphie (appareil au poignet) -Polysomnographie 2.Association DA / Troubles du sommeil Prévalence forte 33–87.1% Études isolées montrant chez les patients DA un temps de sommeil diminué, des difficultés d'endormissement, réveils fréquents, baisse de qualité du sommeil. 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

											<p>troubles du sommeil plus important pour DA plus sévère.</p> <p>3.Troubles du sommeil spécifiques : dû au prurit -> Méthodes objectives (actigraphie) : réveils plus fréquents, endormissement plus long. Etat de sommeil superficiel. Mais résultats des études contradictoires. Et pas de différence sur le temps moyen de sommeil.</p> <p>4.Impact sur la qualité de vie : Association PSQI et DLQI avec impact sur activités de la vie quotidienne, travail (absentéisme).</p> <p>5.Stratégies thérapeutiques : émoullients, light therapy, traitement de la DA, mélatonine.</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
-----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------------

Jeon et al, 2017	Y	N	N	PY	Y	Y	N	Y	N	N	Pas de MA	Pas de MA	N	N	Pas de MA	Y	Critically Low
---------------------	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	-----------	--------------	---	---	-----------	---	----------------

Jiang et al, 2020

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
JIANG W Pediatric Drugs 2020	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'à janvier 2020 Pas de restriction de langue 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) Age <18 ans Probiotiques administrés par voie orale avec données disponibles sur le type, dosage, durée du traitement Bras contrôle placebo ou autre traitement à l'exception des prébiotiques et synbiotiques	Variation du SCORAD 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) Analyse en sous-groupe : le SCORAD est plus amélioré si plusieurs souches de probiotiques, mais résultat non significatif L'amélioration est significative selon l'âge (> 1 an, par rapport à < 1 an) La durée du traitement > 8 semaines semble plus efficace, mais résultat non significatif	Non évalué	Hétérogénéité importante (I ² 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

Kim G et al, 2016

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

Kim J et al, 2016

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

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

						<p>Tendance à une persistance plus importante si sévérité initiale plus importante.</p> <p>FdR de persistance :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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

Knudgaard et al, 2021

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

Kobyletzki et al, 2017

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Kobyletzki et al, British Journal of Dermatology, Juillet 2017	RS sans MA > 3 bases de données Pas de limite antérieure, jusqu'en 05/2016 1 étude incluse Basée sur DA et niveau d'éducation Language : non défini	Patients avec DA Au final : uniquement population pédiatrique (1 seule étude) Inclusion : Association entre DA et -niveau d'instruction dans l'enfance ou chez l'adulte - statut professionnel de l'adulte. Exclusion : Eczéma localisé	- performances scolaires à tout âge pendant l'enfance, - diplôme universitaire le plus élevé - 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). Idem après ajustement sur l'éducation maternelle ou paternelle. 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Koskeridis Fotios Journal of Cutaneous Medicine and Surgery Octobre 2022	RS avec MA Période inclusion : jusqu'au 3 février 2022 Nombre d'articles : 11 (regroupant 14 études) Type d'articles : ECR Langue : non rapporté	Patients atteints de DA modérée à sévère de tous âges Traitement : dupilumab (toute dose) Contrôle : placebo Exclusion : pas de comparateur, pas de randomisation	Evaluer la tolérance et l'efficacité du dupilumab contre placebo chez les patients atteints de DA Scores recueillis : EASI, SCORAD, pNRS, POEM, IGA, DLQI, BSA, EI, EIG 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%) Il a également permis d'obtenir une réduction d'au moins ≥75 % du score EASI (RR= 2,89, IC95 % 2,47-3,38, I ² =43%), du score IGA≤1 (RR = 3,47, IC95 % 2,96- 4,06, I ² =0%). Pas d'augmentation du risque d'EI par rapport au placebo. Faible risque de biais pour la majorité des études Analyse en sous-groupe chez l'enfant et l'adolescent :	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%). Chez l'enfant et l'adolescent : 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

																			<p>Diminution significative sous dupilumab (0.83, 1.04); P = .199</p> <p>contre placebo des scores cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EASI: -1.08 points, 95% CI= (-1.29, -0.88); P < .001 (n=12 études), -SCORAD : -31.62 points, 95% CI = (-36.18, -29.06); P < .001 (n = 8 études) -pNRS : -0.89 points, 95% CI= (-1.16, -0.63); P < .001 (n = 8 études) -POEM : -0.90 points, 95% CI = (-1.23, -0.57); P < .001 (n = 8 études) -BSA : -18.79 points, 95% CI = (-22.15, -15.43); P < .001 (n = 11 études) <p>Pas de MA sur le DLQI dans le sous-groupe enfant/adolescent</p> <p>Augmentation significative du nombre de patients atteignant</p> <ul style="list-style-type: none"> -EASI-50 : RR = 2.87, 95% CI = (1.32, 6.23) (n = 12 études); P = .008 ; EASI-75 : RR = 3.2, 95% CI = (1.76, 5.83) (n = 13 études); P < .001 et EASI-90 : RR = 5.48, 95% CI = (3.04, 9.89); P < .001 (n=8 études) -IGA <1 : RR =4.12 95% CI = (1.36, 12.42); P = .012 (n = 14 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
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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 >3 bases de données Recueil jusque 31 juillet 2020 Langue anglaise => 6 études incluses	Inclusion : (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. (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 -extension de temps sans crise en jours ; -risque de rechute après chaque mois de latence -et taux de rémission ≥ 3 mois sans poussée 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 (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. 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). 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, Traitements concomitants autorisés, Absence d'aveugle dans toutes les études, Données manquantes, Population de faible effectif et étudiée sur une courte durée. 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. Une co-intervention (dermocorticoïdes, etc) était autorisée si les deux groupes recevaient le même agent ; (4) études qui ont étudié les résultats pré-spécifiés (5) études expérimentales qui étaient soit un essai contrôlé randomisé, soit un essai clinique contrôlé publié en anglais.</p> <p>Exclusion : (1) Autre galénique que crème ou lotion ; (2) des études comparant un hydratant avec principe actif versus hydratant. (3) études comparant</p>		<p>Peu d'impact sur la sévérité de la pathologie et la qualité de vie. Différence de 3,46 (95%IC, 6,0-0,87) points SCORAD entre hydratant et contrôle.</p> <p>Biais majeurs : Amélioration du cDLQI et mesure eczéma par le patient mais pas du infant's DQI</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, 2021	Y	PY	Y	PY	Y	Y	PY	PY	PY	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Low quality

Lam et al, 2020

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 JAMA Dermatology Novembre 2020	RS sans MA Jusqu'en novembre 2019 32 articles inclus En anglais Essais randomisés contrôlés	Adulte > 18ans ayant une DA Inclusions : ECR sur l'utilisation d'immunomodulateurs dans la DA (AZA, CST, CyA, dupi, MTX, MMF) 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 69% (22/32 études) avaient des critères d'inclusion pouvant exclure de façon disproportionnée les PA. 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 précisaient pas cette donnée. 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. 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, Aout 2020	Y	Y	Y	N	Y	Y	PY	PY	N	Y	Pas de MA	Pas de MA	N	Y	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 Et résultats secondaires pertinents (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 Jusque janvier 2021 Toutes les langues Inclusion : 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 Exclusion : comparateur inadéquat, essais versus placebo, DA non séparée des autres pathologies,	Patients enfants et adultes ayant une DA, de toute sévérité.	Critères principaux : Évaluer l'efficacité et la sécurité des différents modes d'application des dermocorticoïdes dans la DA : -Efficacité rapportée par les médecins -Effets indésirables locaux. Critères de jugement secondaires : -Efficacité rapportée par le patient,	8443	63 essais comparants la puissance des dermocorticoïdes : - Puissance modérée versus faible (4 études) : amélioration IGA de 52% versus 34% ; OR= 2.07, 95% CI 1.41 - 3.04) - Puissance forte versus faible (9 études n=392) : 70% versus 39% ; OR= 3.71, 95% CI 2.04 -6.72 - Puissance forte versus modérée (14 études), pas de bénéfice (OR= 1.33, 95% CI 0.93 to 1.89) - Puissance très forte versus forte (3 études), pas de bénéfice (OR= 0.53, 95% CI 0.13 to 2.09) 15 études comparant la fréquence 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). 7 études comparant l' attitude proactive (2x/semaine) versus attitude réactive 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 Un seul essai à faible risque de biais (55 avec un risque de biais élevé dans un domaine)	Non National Institute for Health Research (NIHR)

<p>DC de même puissance</p> <p>=> 104 ECR inclus</p>		<p>-Effets indésirables généraux</p>	<p>patients : diminution du taux de récurrence (8% à 25% (RR= 0.43, 95% CI 0.32 -0.57)</p> <p>Crème vs pommade : pas de différence sur IGA, n=122 OR=1.65 (95% CI 0.41 - 6.60; P = 0.48; I²= 63%)</p> <p>DC ancien vs récents : 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; I² = 27%)</p> <p>- Adultes seuls : n=221 ; 3 études, OR :1.70 (95% CI 0.88 -3.31 ; P = 0.12; I² = 0%) 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; I² = 40%)</p> <p>DC associé à tacrolimus 0,03% en alternance vs DC seul 2 fois par jour N=30 ; 1 seule étude Score EASI : amélioration de 98,7% si utilisation des 2 traitements vs 95,1% si DC seuls</p> <p>Occlusion humide vs non occlusion : non significatif (n=112 ; 3 études) SMD : 0.26 (95% CI -0.92 to 0.41; P = 0.45; I² = 71%)</p>			
---	--	--------------------------------------	--	--	--	--

Lee et al, 2020

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 the American Academy of Dermatology Hanjae Lee Juin 2020	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en novembre 2019 10 articles inclus Type d'études : Transversales, de cohorte ou cas- témoin Articles en anglais	Patients atteints de DA et/ou de MICI, de tout âge et de tout sexe. Inclusion : Études observationnelles étudiant l'association DA et MICI. Rapportant une prévalence, une incidence, ou assez d'information pour calculer un OR ou RR	Association entre DA et MICI	95 291 110 patients	<p>DA chez les patients atteints de MICI : (OR 1,39, 95%IC 1.28-1.50) (n = 4 articles)</p> <p>MICI chez les patients atteints de DA : OR 1.35, 95%CI 1.05-1.73) (n = 5 articles)</p> <p>Risque de MICI chez les patients atteints de DA : RR = 1.46 (95%CI 0.98-2.17) (n=3 articles)</p> <p>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)</p>	NA	<p>Forte hétérogénéité des articles inclus dans les MA de la prévalence et de l'incidence des MICI chez les patients atteints de DA.</p> <p>Hétérogénéité entre les études en termes d'âge, de sexe et de ratio Crohn/RCH.</p> <p>Ne permet pas d'identifier la séquence chronologique entre MICI et DA.</p>	Non

																		Augmentation de l'OR de DA chez les patients ayant un Crohn (OR 1.69; 95% CI 1.51-1.89), mais pas d'augmentation significative de l'OR de Crohn chez les patients DA (OR 1.14; 95% CI 0.60-2.15)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, 2020	Y	N	Y	PY	Y	Y	PY	Y	PY	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	Critically low

Lee et al , 2015

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Lee et al, Avril 2015, Asian Nursing Research	Revue intégrative >3 bases de données Jusqu'en mars 2013 15 articles éligibles 12 ERC et 3 NRSI Langue : en anglais ou coréen	Enfants de 1 à 18 ans avec DA Articles évaluant des programmes éducatifs sur la DA	Synthèse des programmes éducatifs existants chez l'enfant atteint de DA (composants importants d'un programme d'ETP pour la DA pédiatrique) 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. 6 études : ETP par infirmière 5 études : équipe pluridisciplinaire Format : session individuelle, consultation en ligne, lecture, session en groupe, video, conseil individuel par téléphone ou mail, groupe échange Composants importants identifiés : Thème 1 « enfants de tous âges, gravité des symptômes, et leurs familles en tant qu'apprenants » (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 (c) approche de soins centrés sur les patients et la famille Adaptation selon âge des patients : impact sur la QoL surtout > 6 ans avec eczéma modéré à sévère 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 (a) éducateur bien formé, (b) éducateur préféré par la famille (c) approche multidisciplinaire.</p> <p><u>Thème 3</u> « le suivi à long terme avec diverses interventions, comme les méthodes pédagogiques », (a) diverses méthodes pédagogiques (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>			
--	--	--	--	---	--	--	--

					(a) le soutien émotionnel (b) l'amélioration de la qualité de vie.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

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, 2015	Y	PY	Y	PY	N	N	PY	Y	PY	N	Pas de MA	Pas de MA	N	N	Pas de MA	Y	Low

Legendre et al, 2015

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Legendre et al, JAAD Avril 2015	RS avec MA Entre 1980 et février 2014 24 articles inclus Articles en anglais, français ou allemand. Tout type d'étude	Patients DA Inclusion d'études originales évaluant le risque de lymphomes chez les patients atteints de DA	Association lymphome et DA	5986084 patients	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) Association significative entre sévérité de la DA et risque de lymphome (pas de MA) (n = 3 études) Influence des traitements topiques de la DA : -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) -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) -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. Concerne la définition de la DA, la validation diagnostique du lymphome, la population étudiée et le suivi. 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) Rôle des immunosuppresseurs 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)	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
Li A et al, Septembre 2017, JAMA Dermatology	RS sans MA 3 bases de données, Du 01.01.1946 au 31.10.2016 Exclusion : case report et série de cas. En anglais. => 16 articles éligibles , toutes des études transversales.	Patients atteints de DA avec présence d'une corticophobie définie de 2 façons : 1) décrite dans l'article comme une phobie des DC par les auteurs Ou 2) inquiétudes, anxietés, peurs, ou réticences liées à l'utilisation des DC.	Évaluation de la corticophobie chez les patients et leurs soignants en évaluant : Principal : -Nomenclature, -Prévalence, Secondaire : -Inobservance liée à la corticophobie -les causes d'inquiétude, -les sources	6062	Nomenclature : -Phobie 10/16 (mais 3 définitions différentes) -Peur 2/16 -Inquiétude, méfiance, résistance.. Prévalence : variait de 21.0% (95% CI, 15.8%-26.2%) à 83.7% (95% CI, 81.9%-85.5%) Inobservance : 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, $P = .04$).</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%]) (χ^2 test, $P < .001$).</p> <p>Causes d'inquiétude (5 études) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amincissement de la peau -Effet sur développement et croissance <p>Sources de désinformation (4 études) :</p> <p>Médecin et professionnels de santé dans le top 3 pour 3 études. Médias, amis, ...</p> <p>=> 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 2017	Y	PY	Y	PY	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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Hongmin Li Journal of the American Academy of Dermatology Aout 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en juillet 2021 39 articles inclus Études de cohorte prospectives 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. Inclus dans des études de cohorte prospective rapportant le risque d'asthme. 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	RR de développer un asthme chez les patients atteints de DA : 2.16 (95% CI, 1.88-2.48) (n = 38 études) Enfants avec DA persistante 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 DA transitoire (RR, 1.52; 95% CI, 1.34-1.73) (n = 9 études) (P < .01) Enfants avec DA sévère ont plus de risque de développer un asthme (RR, 2.40; 95% CI, 1.96-2.94) (n = 3 études) que les enfants avec DA modérée (RR, 1.51; 95% CI, 1.30-1.75) (n = 2 études) (P < .01) Risque plus élevé mais non significatif de développer un asthme chez les enfants avec DA à début précoce (RR, 2.29; 95% CI, 1.92-2.74) (n = 27 études) vs début tardif (RR, 2.10; 95% CI, 1.41-3.13) (n = 9 études) (P = .70)	NA	Définition DA et asthme variable selon les études. 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	Critère de jugement principal	Nbre de patients inclus	Résultat principal Et résultats secondaires (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Particip ation industri elle
Ming Li Evidence- based Complementar y and Alternative Medicine : eCAM Mars 2021	Revue systématique avec méta-analyse Période d'inclusion : Jusqu'au 31 aout 2020. 18 articles inclus Type d'articles : Essais contrôlés randomisés 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. 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. Taux d'efficacité totale (TER) et l'indice de surface et de sévérité de l'eczéma (EASI).	1896	Comparé à l'absence de traitement oral, le RZC s'est avéré supérieur en termes de : - TER (RR 1,45, IC à 95 % : 1,23 à 1,72, P < 0,0001, n= 3 articles), - EASI à 4 semaines (MD -0,73, IC à 95 % : -0,90 à -0,56, P < 0,00001, n=1 article), - EVA pour le prurit (MD -2,76, IC à 95 % : -4,53 à -0,99, P=0,002, n=1 article). Des résultats similaires ont également été observés lors d'un essai randomisé contrôlé par placebo. Par rapport au groupe antihistaminique (AH) : - 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), - 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

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	Participat ion industriel le
	Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Critères d'inclusion et exclusion						
Li et al, Avril 2020, Archives of Dermatologic Research	RS avec MA 6 bases de données Pas de limite antérieure, jusqu'en avril 2018 Articles en Anglais ou Chinois ECR Avec comparaison possibles entre les 2 bras Exclusion : si groupes non comparables, pas un ECR, review, abstract de conférence, case report ou protocole => 8 études éligibles	Patients atteints de DA Âgés de 1 mois à 18 ans 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) Et sur la qualité de vie de la famille du patient (IDQOL, CDLQI, DFI)	1111	Effets sur le SCORAD (6 études) : Hétérogénéité significative (P = 0.0006, I2 = 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) Résultats similaires en analyse de sous-groupe lors du suivi à 3M, 6M, 12M Diminution significative du score objectif du SCORAD (3 études) à 6M et 12M (WMD = 7.60 [95% CI 1.37, 13.83], P = 0.02 à 6 mois ; WMD = 5.15 [95% CI 1.89, 8.41], P = 0.002 à 12 mois) Effets sur le IDQOL / CDLQI / DFI (4 études) 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. Hétérogénéité significative des études incluses. Faibles effectifs de certaines études.	Aucune

					Mais pas de différence significative pour le CDLQI et le DFI entre les groupes avec et sans ETP.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, 2020	Y	Y	Y	PY	Y	Y	PY	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	High

Liang et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Zuohui Liang Frontiers in Medicine Juin 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en février 2022 29 articles inclus Etudes de cohorte et cas-témoin	Patients atteints de DA. Inclusion : études de cohorte et cas-témoins étudiant la relation eczéma et hémopathies malignes avec OR et IC fournis Exclusion : études animales, études sans information sur l'association eczéma et cancer, revues.	Association entre eczéma et hémopathie maligne	2,521,574 patients	Pas d'association significative entre eczéma et LNH (OR = 1.10 ; 95% CI, 0.991.24 ; 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) 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 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)	NA	Hétérogénéité entre les études. 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Linares-Gonzales et al, Novembre 2021, Life.	RS sans MA 4 bases de données, Pas de limite antérieure, jusqu'au 10.12.2020 Articles en anglais Pas de limitation dans le type d'articles. => 5 études éligibles : 3 études transversales, 1 étude de cohorte, 1 étude cas témoin	Patients atteints de DA Avec une dysfonction sexuelle validée par la CIM 8,9ou10 Inclusions : (1) études prospectives, rétrospectives et transversales évaluant la prévalence de tout trouble sexuel dans la dermatite atopique ; (2) les données d'étude originale ; (3) aucune limite de temps ; (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.	Primaire : Prévalence de la dysfonction sexuelle dans la DA Secondaire : Déterminer les instruments de mesure de la dysfonction sexuelle les plus utilisés	8088 + cas contrôles 1747755	Prévalence : -Variait de 6.7 à 57.9%. > 10% dans toutes les études. -Plus élevée entre 40 et 59 ans (1 étude) -Plus importante que chez les sujets sains mais inférieure aux patients avec psoriasis. -Majoré en cas de DA sévère et d'atteinte génitale. Instruments utilisés : -Utilisation préférentielle du DLQI qui ne contient qu'une seule question en lien avec la dysfonction sexuelle. -CHOQ questionnaire (1 étude) => 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. Grande hétérogénéité dans les instruments de mesure de la dysfonction sexuelle. 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Long et al, Février 2022, PLoS One	RS avec MA Période d'inclusion non connue Études de cohortes ou étude cas témoin Exclusion des autres designs Recherche : "eczema," "dermatitis, atopic," "cohort studies," and "case-control studies." => 20 études éligibles -10 études de cohorte prospectives	Patients atteints d'eczéma Relation entre eczéma et dépression / anxiété Ou Études dont l'exposition est l'eczéma et le résultat est la dépression / anxiété	Présence d'un eczéma et risque de développer dépression/anxiété Association entre eczéma et dépression Association entre eczéma et anxiété	4 896 099 patients Dont DA/dépression 4 878 746 (cas + témoins) Dont DA/anxiété 4 607 597 (cas + témoins)	Présence d'un eczéma et risque de développer dépression/anxiété : significativement positif OR =1.63, 95% IC [1.42, 1.88], p(ES)<0.001 Mais hétérogénéité significative (p<0001, I2 =90.8%) Association restée positive (OR combiné =1.54, 95% IC [1.35, 1.75], p(ES)<0.001) après retrait des études de < 500 patients. Association entre eczéma et dépression (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, I2 =90.8% Association entre eczéma et anxiété (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, I2 =92.7%	NA	Hétérogénéité significative pour toutes les analyses, en lien avec : - la taille des échantillons - la différence des plans d'études => Mais analyse de sensibilité qui est restée stable Pas d'ajustement sur les facteurs de confusion probable. Pas d'études de l'association dépression / anxiété selon la sévérité de l'eczéma. Mécanismes sous-jacents non clairs	National Natural Science Foundation of China Yunnan Health Training Project of High-level Talents 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	Y	PY	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	High

Lu CL et al, 2018

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
LU CL BMC complementary and alternative medicine 2018	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en mai 2018 Articles uniquement en anglais et chinois 24 ECR	Enfants <14 ans atteints de DA Traités par médecine complémentaire et alternative (<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 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>) Évaluation subjective de la sévérité de la DA : POEM, DLQI, VAS rapportée par le patient ou parents Fréquence d'arrêt du traitement lié à des effets secondaires 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 hydrolysate de LV chez le nourrisson, 3 sur biofilm (application externe), 1 sur huile de bourrache, 1 sur natation 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, infectons 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 Données insuffisantes pour le traitement conventionnel de la DA dans les essais 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Expert Review of Clinical Pharmacology – Li-Chin Lu – Octobre 2022	RS avec MA Jusque 10 avril 2022 Pas de restriction de langue Inclusion des études comparant difamilast vs véhicule (placebo ou contrôle) ; ECR avec données d'efficacité rapportées Articles exclus : résumés de	Patients ayant une DA légère à modérée, quel que soit l'âge. 19.6% (n=198) : DA légère 80.4% (n=811) : DA modérée Surface cutanée atteinte : <10% : 165 patients, 16.4% 10 à <30% : 669 patients, 66.6% 30-40% : 175 patients, 17.3% difamilast topique à 0,3% (n=215 patients) ou 1% (n=402) ou le véhicule (n=392)	Evaluer efficacité et sécurité du difamilast (IPDE4) topique dans les DA légère à modérée, versus véhicule : IGA calculé à 4 semaines	1009 patients 617 patients 392 patients recevaient le véhicule	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) et surface cutanée atteinte (–6.48; 95% CI: –8.09 à –4.87) Sous-groupes par âge : <u>2-14 ans</u> : difamilast topique > véhicule : RR=2.71 ;(95%IC 1.72-4.29 ; p<0.001) <u>15-70 ans</u> idem : RR=2.81 ; 95%IC 1.92-4.10 ; p<0.001) Pas d'efficacité à S1 : RR=3.56 ;(95%IC 0.83-15.24 ; p=0.09) Critères secondaires à S4 :	Pas de différence en termes d'effets indésirables et moins d'interruption dans le bras difamilast	4 études au Japon conduites par la même équipe, avec biais Nombre de patients limités Fiabilité de diagnostic de la DA Pas de comparaison entre difamilast et autre traitement Hétérogénéité des évaluations sur critères	Aucune

	<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>=> 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), VRS : MD=-0.51 ; (95%IC : -0.71 à -0.32), EVA : MD=-12.15 ;(95%IC : -19.70 à -4.61) POEM : MD=-3.99 ; (95%IC : -4.91 à -3.07) Surface cutanée atteinte : MD=-6,48 ; (95%IC : -8.09 à -4.87)</p>		secondaires (1299%)	
--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--

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, 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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	Participatio n industrielle
Zhiyu Lu Allergy, Asthma & Clinical Immunology Septembre 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en octobre 2020 14 articles inclus Etudes observationnelle s : transversales, cas-témoin ou de cohorte En anglais uniquement	Patient avec diagnostic de DA. 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. Le diagnostic de MAI était établi par un clinicien. Exclus : revue, rapport de cas, MA, lettre, commentaire, recommandations.	Association entre DA et MAI.	90 568 121 patient s DA et 101 32 4 307 contrô les	DA augmente le risque de développer une pelade : RR 2.98 95% CI 1.36-6.53 (n = 3 études) DA augmente le risque de développer un lupus érythémateux systémique : RR 2.20, 95% CI 1.44–3.38 (n = 2 études) DA augmente le risque de développer un vitiligo : RR 1.64 95% CI 1.27–2.13 (n = 2 études) Prévalence augmentée de maladie coéliqua chez les patients DA : OR 1.98 ; 95% CI 1.51–2.60 (n = 4 études) DA augmente le risque de développer une maladie coéliqua : 1.41 (95% CI 1.32–1.50) (n=1 étude) DA augmente le risque de développer une maladie de Crohn : RR = 1.38, 95% CI 1.17-1.63 (n = 3 études)	NA	Pas d'analyse en sous- groupe selon l'âge, le sexe, la sévérité de la DA. Biais de publication dans 2 MA réalisées. Beaucoup d'études de petite taille avec méthodologie de qualité moyenne. Peu d'études incluses. Ajustement sur les facteurs confondants non systématique selon les études. Risque de mauvais diagnostic de DA ou MAI (utilisation de	Non

																		questionnaires dans certaines études). Restriction dans la langue.	
<p>DA augmente le risque de développer une RCH : RR = 1.49 95% CI 1.05–2.11 (n = 2 études)</p> <p>DA augmente le risque de développer une polyarthrite rhumatoïde : RR = 1.38 (95% CI 1.16–1.63 (n = 3 études)</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 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Current Therapeutic Research – Ana Martin-Santiago – juin 2022	<p>RS avec MA</p> <p>Pas de date limite antérieure et jusqu'au jour de la recherche 27/09/2021.</p> <p>Pas de restriction de langue</p> <p>Inclus : RCT avec comparaison entre IPDE4 et autre groupe (ICT, DC ou placebo) => 16 articles dont 14 pour la MA</p> <p>Exclus : Études observationnelles, autres voies d'administration que topique, études de</p>	<p>Patients âgés de 2 à 79 ans, avec prédominance masculine, ayant principalement une DA légère à modérée depuis plus de 3 mois.</p> <p>4 molécules d'IPDE4 : difamilast, E6005, cipamfylline, crisaborole 2%</p> <p>Comparaison avec : Groupe 1 : ICT (tacrolimus ou pimecrolimus) Groupe 2 : DC</p>	Évaluer la sécurité et tolérance des inhibiteurs de PDE4 (IPDE4) topique dans la DA	<p>8452 patients</p> <p>(Mais perdus de vue >10% dans 7 études)</p> <p>Dont : 7739 patients crisaborole 2% (8 études)</p> <p>394 patients avec difamilast (4 études) ; 216 patients : E6005 (3 études)</p>	<p>Absence de différence entre les IPDE4 et le véhicule en ce qui concerne les effets indésirables (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).</p> <p>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)</p> <p>Douleur 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)</p> <p>Prurit : MA sur 4 études : pas de différence significative : RR = 0.65 (95% IC, 0.31–1.34; P = 0.24)</p> <p>Diminution du risque de poussée de DA 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).</p>	Cf résultats	<p>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 Parmi les 3 études avec 1522 patients, le groupe témoin était de 506 donc 2 fois plus faible que le groupe « traité »</p> <p>Définition de la sévérité variable</p>	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 Martin-Santiago, 2022	Y	PY	N	PY	Y	Y	PY	PY	PY	N	Y	Y	Y	N	N	N	Low

Mohan et al, 2015

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 thérapeuti que)	Limites / biais	Participatio n industrielle
Mohan et al JAMA dermatology Mai 2015	RS avec MA Jusqu'en avril 2014 33 articles inclus Articles avec titre et abstract en anglais. Tout type d'étude	Patients DA quelque soit l'âge. 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	<p><u>Vitiligo :</u> Plus de risque de DA chez les patients ayant un vitiligo : OR : 7.82; 95% CI, 3.06-20.00 (n=2 études) Vitiligo à début précoce (<12 ans) 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). Prévalence de la DA était significativement plus élevée chez les patients présentant un vitiligo étendu (surface corporelle >75%).</p> <p><u>Pelade :</u> Plus de risque de DA chez les patients ayant une pelade : OR, 2.57; 95% CI, 2.25-2.94 (n= 3 études) Pelade totale ou universelle 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).</p>	NA	<p>Seulement 3 études de bonne qualité pour la pelade et aucune pour le vitiligo selon le score NOS. Pas d'ajustement sur les cofacteurs dans la plupart des études Biais de sélection de certaines études avec une prévalence de DA plus élevée que la prévalence rapportée dans la région de l'étude. Surestimation probable des cas avec mesure de l'information DA souvent déclarative. Pas d'info sur la sévérité de la DA ou le phénotype. Etudes transversales ne permettant pas d'évaluer la temporalité des associations décrites.</p>	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

Mukovozov et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 the European Academy of Dermatology and Venereology I.M. Mukovozov Aout 2020	RS sans MA Période d'inclusion : Jusqu'en mars 2020 15 articles inclus Type d'article : études de cohorte, transversales ou cas-témoin. Articles en anglais	Patient de tout âge et de tout sexe ayant une DA Inclus dans des études évaluant la DMO, l'ostéopénie, l'ostéoporose et le risque de fractures.	Association entre DA et DMO, ostéopénie, ostéoporose et fracture.	306 888 255 patients	DMO (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 Pas de différence de DMO si stratification selon dose de DC utilisé (>75g ou <75g/mois) Chez l'enfant : DA semble associée à diminution DMO. Ostéopénie/ostéoporose (n= 4 articles) 3 études avec groupe contrôle ont montré une association positive DA – ostéopénie/ostéoporose. Cohorte de 60 enfants DA : 1 seul présentait une ostéoporose fracturaire. Fractures (n=5 articles). 3 études avec groupe contrôle ont montré une association positive entre DA et fracture. Odds augmenté si DA sévère	NA	Hétérogénéité des populations et des méthodes de mesure de la DMO, avec résultats contradictoires. Pas d'étude stratifiant les analyses selon l'âge et le sexe. Pas d'information sur la sévérité de la DA dans la plupart des études. Peu de données sur l'utilisation des corticoïdes systémiques, sur les comorbidités atopiques (pour lesquelles l'utilisation de corticoïdes locaux est fréquente) 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

Muster et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Musters, Annelie H. Cochrane Database of Systematic Reviews Octobre 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'à janvier 2021 32 articles Type d'articles : Essais contrôlés randomisés (ECR) 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 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 : - 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) ; - 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)) ; - 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 - absence d'impact sur le taux de personnes abandonnant le traitement en raison d'effets indésirables (3 études, 89 personnes). 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. Pour les essais NB-UVB vs placebo/absence de traitement : niveau d'évidence faible du fait des risque de biais et imprécision	Non

					<p>UVA1 ou PUVA) ou UVA1 (comparé à PUVA) sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les signes d'eczéma évalués par un professionnel de la santé - les symptômes d'eczéma rapportés par les patients - l'IGA - la qualité de vie liée à la santé - les abandons pour cause d'effets indésirables. 	<p>pas été observés que chez une faible proportion de patients.</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
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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
NG JC American Journal of Clinical Dermatology 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en août 2021 Pas de restriction de langue 20 articles (schéma d'étude de chaque étude non rapporté)	Patients adultes et enfants atteints de DA 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 : - le taux sérique de 25 (OH)D chez patients atteints de DA vs contrôles - ou association entre le taux sérique de 25 (OH)D et sévérité de la DA - ou effet sur la DA d'une supplémentati on orale en vitamine D SCORAD Prurit Troubles du sommeil	1882 patients avec DA	1/ Taux sérique de 25 (OH)D chez patients avec DA et contrôles MA sur 14 études (3 articles chez adultes et enfants, 11 articles population pédiatrique) 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%) Résultats similaires pour analyse en sous- groupe (latitude, continents/ (Asie vs non- Asie) 2/ Relation entre taux sérique 25 (OH)D et sévérité DA (légère si SCORAD <25 et sévère si DA >50) MA sur 10 études /comparaison DA sévère et DA légère 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%) 3/ Effet de la supplémentation en vitamine D MA sur 4 études (1 article chez adultes et enfants, articles population pédiatrique)	Non rapporté	Hétérogénéité importante Saison non prise en compte dans les études Régime alimentaire non pris en compte Peu d'ECR, majorité d'études observationnelles	Non

										La supplémentation en vitamine D diminue le SCORAD de manière significative (1721 UI/J en moyenne pendant 2.88 mois entraîne une diminution du SCORAD de 11,54, IC 95% - 20,02 - - 3,05; I ² = 89.4%)			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Oykhman et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Oykhman P J Allergy Clin Immunol Pract 2022	RS et MA Période d'inclusion : jusqu'au 18 janvier 2022 Pas de restriction de langue 14 études dont 10 ECR incluses dans la métaanalyse	Patients avec DA SCORAD médian de 20,7 (intervalle interquartile 3,7-37,6) ECR et études observationnelles évaluant l'effet d'un régime d'éviction versus absence de régime d'éviction dans la prise en charge de la DA	Sévérité de l'eczéma mesurée par le (par exemple, SCORAD, POEM, EASI) Sévérité du prurit (par exemple, <i>total itch score</i>) Sévérité des troubles du sommeil (par exemple, <i>sleep disturbance score</i>)	599 sujets d'âge médian 1,5 ans (intervalle interquartile 0,5-4,8)	Pour la sévérité de l'eczéma (10 ECR), un régime d'éviction était associé à une diminution légère du SCORAD comparativement au groupe n'ayant pas suivi de régime d'éviction (RR 1,22, 1,01-1,42) (50% vs 41%, différence de risque 9%, IC 95% 0-17) 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]). Amélioration également sur le sommeil (2 ECR)	2 ECR rapportent une prise de poids liée à l'éviction alimentaire et la prise de préparations à base d'acides aminés	Faible niveau de preuve (GRADE low) 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Patel et al, J Am Acad Dermatol, Fev 2019	RS avec MA >3 bases de données Jusqu'en mars 2018 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 ; =>106 études éligibles et 67	Patient tout âge avec DA Informations : dépression, antidépresseurs, suicide ou risque suicidaire	Relation entre DA et les différents aspects de la dépression : symptômes dépressifs ; dépression majeure diagnostiqué e cliniquement ; utilisation d'antidépresseurs ; suicidalité ; et impact sur les enfants, les adultes et la famille	Non connu	106 études incluses MA sur 67 études Dont 36 pour la dépression La prévalence 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 %). Les patients atteints de DA avaient un risque plus élevé de dépression (22 études sur 36, OR combiné, 1,71 ; IC à 95 %, [1,48-1,98] ; P < 0.001)) 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 : -d'études longitudinales -de données au niveau individuel -la capacité de s'adapter aux phénotypes de la DA ou aux facteurs de confusion entre les études.	Aucune

	<p>inclus dans la MA</p> <p>Langue : aucune restriction</p>			<p>Risque de dépression légèrement plus élevé chez les patients atteints de DA dans les 26 études qui incluaient des témoins sains (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 autres affections cutanées (OR groupé, 0,95 ; IC à 95 %, [0,71-1,26])</p> <p>DA modérée à sévère 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 DA légère n'était pas systématiquement associée à la dépression (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 adultes (16 études sur 20 [RC groupé, 2,08 ; IC à 95 %, 1,70-2,55]) que chez les enfants (4 études sur 6 [OR groupé, 1,31 ; IC à 95 %, 0,99-1,75])</p> <p>MA sur 5 études pour la dépression parentale : Tendance à la dépression plus importante si enfant DA mais analyse sur</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Pereyra-Rodriguez José-Juan Life Septembre 2021	Revue systématique avec méta-analyse Période inclusion : De janvier 2000 au 19 décembre 2020 Nombre d'articles : 26 (30 ECR dont 23 ECR/19 articles pour la méta-analyse) Type d'articles : Essais contrôlés randomisés Langue : Anglais	Patients adultes et adolescents atteints de DA modérée à sévère. (initialement seulement adultes mais études avec adultes et adolescents acceptées) Traitements : dupilumab, nemolizumab, lebrikizumab, tralokinumab, baricitinib, abrocitinib, upadacitinib, tezepelumab, et apremilast.	Évaluer l'efficacité et la sécurité des biothérapies et des petites molécules dans la dermatite atopique. Critère de jugement principal : proportion de patients avec EASI 75 et EASI 90 à la semaine 12-16	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 tepezelumab 280mg toutes les 2 semaines en association avec les TCS. 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]. 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 Risque de biais pour certaines études incluses. Court terme. Certaines molécules incluses étaient toujours en phase de développement. 1 seul essai clinique inclus par molécule pour lebrikizumab, nemolizumab, et tezepelumab.	Non 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) 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) 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

Ponvilawan et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
B Ponvilawan Journal of Postgraduate Medicine Aout 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en mars 2020 8 articles inclus 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 patients	Probabilité significativement plus élevée de LES chez les patients atteints de DA par rapport aux individus sans DA : 1.46 (95% CI, 1.05–2.04) (n=6 études)	NA	Hétérogénéité significative. Différence entre participants, design et protocoles des études incluses. La moitié des études incluses ont identifié les cas de DA ou LES sur la base du codage administratif. 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	Low
-----------------------------	---	---	---	----	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----

Ravn et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Nina H. Ravn Journal of the American Academy of Dermatology Aout 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en mars 2020 134 articles inclus Type d'articles : études observationnelles ou interventionnelles Articles en anglais	Patients atteints de DA et/ou de conjonctivite ou pathologie de la surface oculaire 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. Exclusion : étude avec moins de 10 patients inclus, études observationnelles sur le dupilumab,	Association entre la DA et la conjonctivite ou autre pathologie oculaire superficielle	15,436, 253 patients	Augmentation du risque de DA chez les patients ayant une conjonctivite (OR, 2.78 ; 95% CI, 2.33-3.32) (n = 47 études) Pas d'augmentation du risque de DA chez les patients ayant un kératocône ou un syndrome sec oculaire. Augmentation du risque de conjonctivite chez les patients DA (OR, 2.93 ; 95% CI, 2.49-3.44) (n = 43 études) Prévalence de la conjonctivite chez les patients atteints de DA : 31,7% Prévalence de la blépharite chez les patients atteints de DA : 22% Augmentation du risque de kératocône chez les patients DA	NA	Majorité des études conduites en Europe et Asie de l'est : réduit la généralisation des résultats. 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) Augmentation du risque d'HSV oculaire chez les patients DA (OR, 3.65; 95% CI, 2.04-6.51) (n= 4 études) Pas d'association entre DA et syndrome sec oculaire			Peu de description des phénotypes de DA. 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

Ravnborg et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Nanna Ravnborg Journal of the American Academy of Dermatology Février 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en octobre 2018 213 articles inclus Tout type d'article Articles en anglais	Patients de tout âge. Inclus dans des études donnant des informations sur la prévalence de l'asthme chez les patients DA ou sur l'association des deux maladies. Exclusion : études avec moins de 50 patients DA.	Prévalence de l'asthme chez les patients DA. Association asthme et DA.	2 912 848 688,927 2,223,921 contrôles	Prévalence de l'asthme chez les patients DA (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) Prévalence de l'asthme chez les enfants DA : 26.3% (95%IC : 23.5-29.1) (n =90 articles) Prévalence de l'asthme chez les adultes DA : 21.8% (95% CI, 18.4-25.4) (n = 31 articles) Prévalence de l'asthme chez les patients avec DA modérée : 1.8% (95%IC : 16.1-28.1) (n = 10 articles) Prévalence de l'asthme chez les patients avec DA sévère : 28.1% (95%IC : 22.7-33.8) (n = 15 articles) OR asthme chez les patients DA : 3.03; 95% CI, 2.64-3.47 (n = 67 articles)	NA	Définitions DA et asthme varie beaucoup selon les études. Diagnostic d'asthme soit médical soit auto-rapporté : risque de biais. 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. La plupart des études sont occidentales. 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Thanitsara Rittiphairoj Dermatite Octobre 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en novembre 2019 13 articles inclus Études de cohorte ou cas-témoin. 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 68 patients au total	Patients DA ont un plus haut risque de développer une PR : OR : 1,30, 95%IC : 1,17-1,44 (n = 13 études)	NA	Hétérogénéité significative entre les études (méthodologie, participants différents) Définition non standardisée de la DA et de la PR entre les études. 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)	Population d'analyse	Critère de jugement principal	Nbre de patients inclus	Résultat principal	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 Aucune date limite antérieure, jusqu'en mai 2018 Articles en anglais ; enquêtes primaires;	Patient de tout âge avec DA 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)	4 770 767 participants 310 681 étaient des patients atteints de DA (52,7 % de	Idées suicidaires MA sur 11 des 14 études 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). Exclusion justifiée des 3 études. 1 étude qui rapporte plus d'IS chez les patients avec DA sévère (19,6%) versus DA modérée (0,21%). Tentatives de suicide MA sur 3 des 5 études 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 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>=>15 articles éligibles (2 études de cohorte, 13 études transversales) (sur 206)</p>			<p>femmes (4 460 086 servaient de témoins (50,9 % de femmes))</p>	<p>tenter de se suicider que les patients sans DA (OR groupé, 1,36 ; IC à 95 %, 1.09-1.70)</p> <p>Suicides</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>Population pédiatrique</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>Au total :</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, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
JEADV — M.-E. Sarre — 2015	RS avec MA Pas de limite antérieure Jusque nov 2012 Articles anglais ou français Études observationnelles ou interventionnelles avec étude de l'effet du bain sur la DA. => 7 articles inclus Dont 4 études interventionnelles : études randomisées et études croisées, 3 études observationnelles	Population adulte et pédiatrique ayant une DA Critères d'inclusion : Traitement à l'eau comme résultat par rapport à la DA Bains en baignoire sans additif, en eau claire pendant une durée de 5 à 15 minutes dans 3 études sur 4 Critères d'exclusion : Bain ailleurs qu'en baignoire, Utilisation d'additifs dans le bain, ou effet du bain non évalué comme	Critère principal : Apprécier l'efficacité des bains à l'eau courante sur la peau des patients DA Par l'évaluation de TEWL, capacitance de la peau, EASI, surface cutanée atteinte et IGA Critère secondaire : proportion des patients DA favorables au bain Pour les études observationnelles : opinion	593 patients au total 4 études pour analyse quantitative de 5 – 30 patients chacune avec 40 – 50% de femmes et 3 études sur population pédiatrique. 3 études qualitatives observationnelle de 89 – 260 patients chacune avec 41 – 66% de femmes et 2 études pédiatriques. 63 patients inclus dans les études randomisées 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. Plus en détail : Dans les études randomisées Hydratation de la peau : 3 études sur 4 montrent des résultats discordants Évaporation de l'eau : stable 1 étude montre une diminution de la rugosité En MA : pas d'effets significatifs 0.20 (-0.40 à 1.81; x2 = 14.68, P < 0.001; I2 = 86.0%) Dans les études observationnelles : Préférence des patients pour la douche plutôt que le bain : = 0.291 ; (0.185 à 0.487; x2 = 94.6, P < 0.001; I2 = 47%) 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, 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, 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
Sawangjit Ratreer Cochrane Database of Systematic Reviews Septembre 2020	Revue systématique avec méta-analyse en réseau Période d'inclusion : jusqu'au 25 août 2019 Type d'articles : essais contrôlés randomisés	Patients avec DA modérée à sévère 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 Proportions de participants ayant atteint l'EASI75	8177 patients	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). Le dupilumab obtient de meilleurs résultats par rapport aux autres biologiques (dont tralokinumab, tezepilumab, lebrikizumab, ustekinumab). 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 Variabilité dans l'utilisation de traitements topiques anti-inflammatoires en add-on. Pour certaines molécules ou objectifs, peu	Non

<p>Nombre d'articles : 74</p> <p>Langue : pas de restriction</p>			<p>Amélioration des scores POEM</p> <p>Proportions d'EIG et de toute infection</p> <p>Définition de contrôle à court terme <= 16 semaines et long terme > 16 semaines</p>	<p>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.</p> <p>Données de faible ou très faible certitude pour le</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebrikizumab vs placebo sur EASI 75 court terme : (n=1 article, 46 participants) RR=1,40 (IC95% 0,83-2,36) - Ustekinumab vs placebo sur EASI 75 court terme (n=1 article, 52 participants) RR=0,91 (IC95%, 0,28 - 2,97) - Tezepilumab vs placebo sur EASI 75 court terme (n=1 article (n=1 article, 153 participants) RR=1.70 (IC 95% (0,85 to 3,40) <p>Le dupilumab et l'ustekinumab étaient les seuls agents immunosuppresseurs évalués pour l'EASI75 à plus long terme.</p> <p>Le dupilumab était le seul agent évalué pour l'amélioration de la POEM au cours du suivi à court terme.</p>	<p>Les preuves des effets des agents immunosuppresseurs 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.</p> <p>Pas de différence dans d'autres EI mais le dupilumab est associé à des EI spécifiques, notamment inflammation oculaire et éosinophilie.</p>	<p>d'essais avec un faible effectif rendant le niveau de certitude faible</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
Sawangjit et al., 2020	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	High

Shi et al, 2020

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Xiao Shi Dermatology Janvier 2020	RS avec MA Période d'inclusion : mars 1968 à juillet 2019 14 articles inclus Études contrôlées randomisées, cohorte, cas- témoin, études transversales 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. DA ou MICI évalué via dossiers médicaux, questionnaires, enquêtes. Exclus : études centrées sur des populations spécifiques, série de cas (n<10), revues, éditoriaux, lettres.	Association entre DA et MICI	609 07 1 patient s	Risque augmenté de DA chez les patients atteints de Crohn (RR, 2.06, 95% IC : 1.61–2.64, p < 0.01) (n=10 études), de RCH (RR 1.66, 95% IC 1.23–2.24, p < 0.01) (n=8 études) Et de MICI en général (RR 1.83, 95%IC 1.39–2.40, p < 0.01) (n = 8 études) Augmentation du risque de Crohn (RR 1.38, 95% CI 1.22–1.57, p < 0.01) (n = 3 études), RCH (1.48, 95%IC 1.06–2.04, p < 0.05) (n = 3 études), MICI (1.44, 95%IC 1.14–1.82, p < 0.01) (n = 4 études) chez les patients atteints de DA.	NA	Lien de causalité entre DA et MICI non démontrable. Hétérogénéité importante entre certaines études Probable facteurs confondants non pris en compte dans les études observationnelles. Une partie des études sont de faible effectif. 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, janvier 2020	Y	N	Y	PY	Y	Y	PY	Y	PY	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Low

Silverberg et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Silverberg Jonathan JEADV Septembre 2021	Revue systématique avec méta-analyse Période d'inclusion : Jusqu'en octobre 2019 19 articles Type d'article : Essais contrôlés randomisés Langue : Anglais	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) 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 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) 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. Tous les résultats n'ont pas été rapportés de manière identique entre les essais, donc certaines comparaisons de traitement n'ont pas été possibles. 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 ≥ 95 % 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 > 99,9 %), 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>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					(OR, 5,39 ; IC95 % 3,41-8,57 ; probabilité > 99,9 %) et le dupilumab 300 mg (OR, 4,68 ; IC95 % 3,39-6,46 ; probabilité > 99,9 %).			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

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

Silverberg et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Silverberg et al, JEADV, Juillet 2022	<p>Social média : -NetBase (Twitter, RedIt, Tumblr, Instagram, actualités)</p> <p>Termes recherchés « dermatite atopique » « eczema » en anglais, mais toutes langues acceptées si termes présents.</p> <p>Entre juillet 2018 et juillet 2020.</p> <p>Littérature scientifique :</p>	<p>Réseaux sociaux : uniquement les mentions négatives en lien avec « eczéma » ou « dermatite atopique » Exclusion des sentiments positifs ou neutres.</p> <p>Littérature scientifique : Exclusion en l'absence de termes de qualité de vie Puis Watson Topic analyse.</p>	Identifier et comparer les expériences des patients atteints de DA telles que décrit par les réseaux sociaux Avec le contenu scientifique de la DA tel que décrit par la littérature scientifique En utilisant le traitement du langage.	<p>Réseaux sociaux : N=291 477 mentions négatives. Puis classé en fonction du sujet, émotions / et des symptômes.</p> <p>Littérature scientifique : N=31 226 termes Puis classé en Symptômes / Topographie / Sujet</p>	<p>Réseaux sociaux : Sujets avec mentions <u>négatives</u> les plus fréquentes : - Poussée (31 180) - Douleur (17 167) - Sécheresse cutanée (13 903) - Prurit (6061) - Excoriations (4422)</p> <p><u>Emotions négatives :</u> - Mauvais (17 835) - Fatigant (13 085) - Ça craint (6915) - Détester (5936) - Terrible (4915)</p> <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>	- ApotheCom -Pfizer

	<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>Littérature scientifique :</p> <p><u>Termes les plus fréquents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dermatite atopique (3582) - Patients (2015) - Qualité de vie (1925) - Poussées : peu fréquents (< 50) <p><u>Fardeau :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DLQI (579) - DA sévère (438) - Prurit (293) - Démangeaisons (176) <p><u>Préoccupation des patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépression (156) - Sommeil (150) - Anxiété (119) - Douleur était le moins fréquent (58) <p><u>Topographie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mains (57) <p>=> 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Chi Him Sum Chinese Medicine Octobre 2021	Revue systématique avec méta-analyse Période d'inclusion : Jusqu'à Octobre 2019 55 articles inclus Type d'articles : Essais contrôlés randomisés et « - essais contrôlés quasi randomisés » Langue : pas de restriction (anglais et chinois)	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. 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	Evaluer l'efficacité de l'ICWM dans la prise en charge de la dermatite atopique. Critère de jugement principal : Sévérité clinique de l'eczéma, mesurée par EASI, SCORAD, SASSAD IGA ou BSA Secondaires : 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.	5953	L'ICWM s'est avérée supérieure à la WM seule dans : - 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) - 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 - du contrôle à long terme de la DA (RR = 0.47, 95% CI 0.38 to 0.58, n=16 articles) - du score global des patients/investigateurs (taux d'efficacité clinique), - du niveau d'IgE sérique (MD = - 48.53 kU/L, 95% CI - 79.67 to - 17.38, n = 12 articles)	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) Inconfort cutané et troubles gastro-intestinaux	La plupart des études présentait un risque élevé de biais. Résultats contradictoires dans certaines analyses de sensibilité. Biais de publication potentiel. Biais de sélection pour les essais quasi randomisés. Pas d'analyse de la significativité des résultats ? I2 proche de 100%	Non

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

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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Tan XL Clinical and Experimental Dermatology Décembre 2021	Revue systématique avec méta-analyse Période d'inclusion : jusqu'au 31 mai 2020 26 articles (23 pour la méta-analyse) Type d'articles : Essais contrôlés randomisés ou en cross-over de phase 2 ou 3 Langue : pas d'information	Patients adultes (>=16 ans) avec DA modérée à sévère Traitement : cyclosporine, méthotrexate, azathioprine, corticostéroïdes, interféron-c, dupilumab, et autres traitements en cours d'évaluation Contrôle : placebo Essais évaluant le changement sur le prurit mesuré au début et à la fin du traitement 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 Changement 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 Hétérogénéité des études, notamment sur les critères d'inclusion, durée, utilisation de traitements 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

Teasdale et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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	Participat ion industriel le
Teasdale et al, Aout 2020, BJD	RS sans MA 5 bases de données De 1946 à février 2019 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. 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	1.Eczéma non vu comme une affection chronique par le patient -Déception sur l'absence de cause sous- jacente, l'absence de guérison -Espoir de trouver une cause curable -Fausses croyances sur les causes externes de la DA -Frustration sur la simplicité du traitement qui ne fait que le « Contrôler » plutôt que de le guérir. -Vision erronée de la maladie 2.Impact psycho social de la DA non reconnu par les autres -Impact perçu sur le bien-être physique et émotionnel (estime de soi, baisse de l'humeur, stigmatisation) -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 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>=> 39 articles avec 32 études.</p>			<p>-Obstacles à l'utilisation des topiques (chronophage, inconfort, ...)</p> <p>-Banalisation/rejet par les autres, l'entourage.</p> <p>3.Hésitations autour du traitement de l'eczéma (26 articles)</p> <p>-Dermocorticoïdes : peur de l'atrophie cutanée, prise de poids, ostéoporose, retard de croissance</p> <p>-Discours contradictoire au sein des professionnels de santé</p> <p>-Incertitude sur le dosage et la durée d'utilisation.</p> <p>-Incertitudes devant le nombre d'émollients, le caractère « non naturel », le fait de devoir essayer pour trouver la bonne crème.</p> <p>-Croyance sur le phénomène de tolérance et de dépendance aux dermocorticoïdes car récurrence rapide à l'arrêt.</p> <p>-Ressort une auto modification du traitement du fait de ces inquiétudes (diminution fréquence, dose, etc)</p> <p>4.Informations et conseils insuffisants</p> <p>-Patients désireux d'une information à jour, stratégie / conseils pratiques, prise en charge personnalisée. Pour éviter une autonomie involontaire.</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
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

Thyssen et al, 2018

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Thyssen et al BJD Juin 2018	RS avec MA Toute langue Jusqu'en aout 2017 16 articles inclus dont 13 inclus dans la MA Tout type d'article	Patients DA de plus de 18 ans. Inclusion : tout étude évaluant l'association DA et DT2, AVC, HTA, IDM, angor, coronaropathie, IC, décès de cause CV 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, angine de poitrine, AVC, insuffisance cardiaque, coronaropathie, décès d'origine cardiovasculaire)	NA	MA sur les résultats ajustés : Pas d'association significative entre DA et infarctus du myocarde : OR 1.03; 95% CI 0.88-1.21 (n = 9 études) Pas d'association significative entre DA et DT2 : OR 0.97; 95% CI 0.80-1.18 (n = 5 études) Pas d'association DA et AVC : OR 1.12; 95% CI 0.95-1.32 (n = 9 études) Pas d'association DA et HTA : OR 1.10; 95% CI 0.97-1.24 (n = 6 études) Association significative entre DA et angor : OR	NA	-Algorithme de recherche mentionnant « eczéma atopique » : augmente spécificité mais possiblement revue non exhaustive de la littérature -Diagnostic de DA basé sur un questionnaire dans la plupart des études : risque de biais de classification. -Etudes incluses dans la MA ne venaient que du Danemark, Allemagne, Canada, USA ou Taïwan → extrapolabilité limitée -Manque d'information sur la sévérité de la DA et le tabagisme. -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) -Pas de lien de causalité puisqu'études observationnelles. -Forte hétérogénéité pour tous les critères de jugement.	Non

						1.48; 95% CI 1.23-1.79 (n = 4 études)		-MA avec estimations ajustées non disponibles pour tous les patients	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--	--

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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 Pas de limite antérieure jusque 1 fev 2021 Pas de restriction de langue Exclus: Résumés de conférence, cas cliniques, lettres éditoriaux, revues, études sur les animaux 7 études cliniques phase III, 7 études cliniques phase II et 1 étude phase I. => 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 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. 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 : EASI-75 : diminution de $\geq 75\%$ de l'EASI de référence. IGA : 0 ou 1 avec ≥ 2 points de réduction par rapport à la référence. EVA prurit : diminution ≥ 4 points par rapport au score de base. -Sécurité d'utilisation	4367 patients	Les JAKI (oraux et topiques mélangés) sont supérieurs au placebo : -EASI-75 (RR =2,84, 95%IC 2,20-3,67), -IGA (RR=2,99, 95% IC 2,26-3,95) -EVA prurit (RR=2,52, 95%IC 1,90-3,35) effet positif de l'age (enfants et adolescents ont une chance d'avoir RR EASI75 plus élevé) 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 Pas de conclusion possible pour la population pédiatrique, Manque de données sur les effets à long terme (molécules récentes) Premier auteur non retrouvé dans PROSPERO	Non

		systemiques ou immunosuppresseurs.																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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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	Participat ion industriel le
Tsung-Yu Tsai Acta Dermato- venereologica Mai 2020	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en avril 2019 16 articles inclus 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. Prévalence de la DA chez les patients ayant un TSA.	1 055 8 37 patient s	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) Corrélation significative entre DA et TSA : OR 1.98; 95% CI 1.34–2.94 (n = 6 articles)	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 Tsai, mai 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology Novembre 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'au 26 juillet 2021 6 articles Type d'article : ECR 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. 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 : - EASI 75 - EASI 90 - IGA 0 ou 1 et amélioration d'au moins 2 points - SCORAD 75 - Itch NRS amélioration d'au moins 4 points de l'itch NRS Tolérance : description des effets indésirables émergents liés au traitement	2595	Amélioration significative des scores dans le groupe baricitinib comparativement au placebo : - EASI 75 à 16 semaines (RR = 1,80, IC 95% 1,53-2,11, p < 0,00001, I ² =0%) (6 articles) - EASI 90 à 16 semaines (RR = 2,25, IC 95% 1,73-2,93, p < 0,00001, I ² =0%) (6 articles) - IGA- Réponse à 16 semaines (RR = 1,94, IC 95% 1,55-2,42, p < 0,00001, I ² =0%) (6 articles) - SCORAD 75 (RR = 2,83, IC 95% 1,95-4,11, p < 0,00001, I ² =0%) (5 articles) - 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) EI rapportés : céphalées, rhinopharyngite, infections des voies respiratoires supérieures, élévation des CPK	Durée de suivi courte (16 semaines) Petit nombre d'études et de patients. 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

Wang G et al, 2016

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 et al, Oncotarget Aout 2016	RS avec MA Entre 1979 et 2015 13 articles inclus Toutes les langues Etudes cas témoin ou de cohorte	Patients ayant un gliome Inclusion : études cas-témoin ou de cohorte étudiant l'association DA-gliome, avec diagnostic clinique ou histologique disponible (pour gliome et DA), avec groupe contrôle.	Association DA et gliome	66978 patients	Diminution du risque de gliome chez les patients ayant une DA : OR = 0.69, 95% CI = 0.61–0.78 (n = 13 études). Pas de changement dans les résultats après analyse de sensibilité.	NA	Possibles facteurs confondants non pris en compte dans les études. Différences dans le design des études (Méthodes de mesures de l'exposition et des cas/contrôles étaient hétérogènes). Diagnostic de DA basé sur questionnaire le plus souvent : biais de classement et de mémorisation. Même analyse utilisée pour les 12 cas/témoin et l'étude de cohorte Biais statistiques inhérents au type d'étude incluses (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, septembre 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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 et al, JAMA dermatology Décembre 2019	RS avec MA Jusqu'en janvier 2019 56 articles inclus Etudes observationnelles En anglais ou en français	Patients de tout âge ayant une DA Inclusion : études observationnelles publiées rapportant l'estimation du risque de cancer chez les patients DA par rapport à un groupe contrôle.	Association DA et cancer cutané et extra-cutané	5840828 patients	Etudes de cohorte : Augmentation du risque de - cancer cutané : SIR=1.46; 95% CI, 1.20-1.77 (n = 5 études) - cancer du rein : SIR=1.86; 95% CI, 1.14-3.04 (n = 2 études) - cancer du SNC : SIR = 1.81; 95% CI, 1.22-2.70 (n = 2 études) - cancer du pancréas : SIR = 1.90; 95% CI, 1.03-3.50 (n = 1 étude) Etudes cas-témoin : Diminution du risque de : - cancer du SNC : OR = 0.76; 95% CI, 0.70-0.82 (n = 15 études) - cancer du pancréas : OR = 0.81; 95% CI, 0.66-0.98 (n = 5 études) - cancer du poumon : OR, 0.61; 95% CI, 0.45-0.82 (n = 4 études) Pas d'association avec cancer du sein, vessie, foie, estomac, cancer colorectal, tête et cou, myelome, rhabdomyosarcome, urogénital masculin et mélanome	NA	Risque de biais de sélection, d'attrition et de notification dans les études observationnelles. Risque de biais modéré pour la majorité des études (43/56 études), surtout en lien avec les différences de suivi et facteurs de confusion Association à plusieurs cancer non étudié du fait d'une hétérogénéité importante entre les études. 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). 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, fevrier 2020	Y	Y	Y	N	Y	Y	PY	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Low quality

Wu D et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Di Wu Annals of Translational Medicine Janvier 2021	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en décembre 2019 10 articles inclus Etudes observationnelles : de cohorte, cas-témoin ou transversale 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 Secondaires : DMO, ostéopénie, ostéoporose.	108 700 670 patient	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 Chez l'adulte : - patients DA ont un plus haut risque de fracture : OR 1.13; 95%IC : 1.05–1.22; P=0.001 (n = 3 études) - patients DA ont un plus haut risque d'ostéoporose OR 1.95; 95% IC : 1.18–3.23; P=0.009 (n = 3 études) - 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. Manque d'études de bonne qualité. Rétrospectives pour la plupart. Contrôle des facteurs confondants pas toujours clairement identifié. Hétérogénéité entre les études. 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, 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 Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Participat ion industriel le
	Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Critères d'inclusion et exclusion						
J Dtsch Dermatol Gesellschaft Po-Chien Wu Mars 2021	RS avec MA Période inclusion : jusqu'en aout 2020 Langue non rapportée Type d'articles Études de cohorte => 4 études inclus Exclus : revues systématiques, cas cliniques, études cas- témoin, séries de	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 : -tacrolimus (RR= 1.68, 95 % CI 1.39–2.04) -pimecrolimus (RR= 1.40, 95 % CI 1.13– 1.74) Analyse en sous-groupe : Significatif pour les lymphomes non- Hodgkien : -tacrolimus (RR= 1.89; 95 % CI 1.53–2.32) -pimecrolimus (RR =1.38; 95 % CI 1.09– 1.74) pas de différence significative pour les Lymphomes hodgkiniens Pimecrolimus topique RR= 1.68 (95 % IC 0.94-2.99) Tacrolimus topique: 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 (corticothériapi e systémique et immunosuppre sseurs) 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

Xiao et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Hui Xiao Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine Mai 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'à avril 2021 11 articles pour la RS dont 4 pour la MA Type d'articles : essais contrôlés randomisés (ECR) Langue : pas de restriction	Patients atteints de DA traités par photothérapie Groupe contrôle : autres modalités ou doses de photothérapie	Évaluer l'efficacité clinique de différents types de photothérapie pour la prise en charge de la DA en se basant sur le SCORAD	631	Diminution du score SCORAD : - HD-UVA1 (différence moyenne : 25,99, IC 95% 11,18 à 40,80) - MD-UVA1 lumière froide (différence moyenne 25,33, IC 95% 9,66 à 41,00) - MD-UVA1 (différence moyenne 16,41, IC 95% 1,10 à 31,72) - UVA-UVB combinée (différence moyenne 6,36, IC 95% -9,47 à 22,18) par rapport à LD-UVA1. 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 Peu d'études Variabilité importante dans les schémas thérapeutiques utilisés Pas d'essai évaluant la PUVA-thérapie. Absence d'évaluation des risques de biais des ECR 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Yepes-Nuñez Juan Jose The Journal of Allergy and Clinical Immunology Septembre 2022 (en ligne)	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'au 12 décembre 2021 Nombre d'articles : 23 Type d'articles : Essais contrôlés randomisés (ERC) Langue : pas de restriction	Patients sans restriction d'âge atteints de DA. 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 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) 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) 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) 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) 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 Inclusion de conférences d'abstract données imprécises sur démangeaisons, poussées et sommeil Absence d'évaluation d'hétérogénéité pour la MA	Non

			et effets indésirables		l'absence d'AIT, était très incertain (20 % contre 22 %, RR 0,94 [IC 95 %, 0,30-2,94], évidence très faible). (n=4 articles) L'effet de l'AIT sur les troubles du sommeil (1 étude ; différence de -0,07, non significatif) et les poussées d'eczéma (RR = 0,94) était très incertain	principalement des symptômes oropharyngés, tels qu'un prurit et une irritation transitoires Les réactions systémiques signalées dans les études sur la DA étaient un mélange de réactions immédiates (par exemple, urticaire généralisée et anaphylaxie) et retardées (par exemple, éruptions eczématiformes)		
--	--	--	------------------------	--	--	--	--	--

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

Young et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Trevor K. Young Academic Pediatrics Novembre 2021	RS sans MA Période d'inclusion : 2015 à mai 2020 20 articles inclus Études de cohorte, études cas-témoin, études transversales, essais contrôlés randomisés, enquêtes et banque de données/registres 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. Exclusion : rapport/séries de cas, commentaires, études incluant des adultes	Gestion de la DA pédiatrique en médecine de ville	Non précisé	- Dermocorticoïdes (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) - TCI (n = 6 études) : 1-5% des enfants ayant des TCI ont été prescrit par leur médecin de ville. - Antihistaminiques (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) - Traitement non médicamenteux : Médecins de villes recommandent de diminuer les bains plus souvent que les dermatologues (41%-66% vs 17%) (n = 1 étude) 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. Risque de biais de non-réponse aux enquêtes. Limité aux études en anglais.	Non

					22% des médecins de ville ayant répondu à une enquête pensent que l'éviction alimentaire pourrait améliorer les symptômes de DA.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Participation industrielle
M. Yousaf British Journal of Dermatology Février 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en juin 2019 19 articles inclus dans la MA Études de cohorte ou transversales.	Patients ayant une DA Inclus dans des études rapportant le risque d'Hypertension artérielle (HTA), de plus de 10 participants de cohorte ou transversales. Exclusion : série de cas, revues, éditoriaux.	Association entre DA et HTA	488 190 patients DA et 73 334 352 contrôles	Prévalence de l'HTA chez les patients DA : 15,2% (n = 14 études) 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) 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. Pas de lien de cause-effet pouvant être mis en évidence (études transversales) Certains facteurs confondants n'étaient pas pris en compte dans toutes les études (âge, sexe traitement)	Non

	Pas de restriction sur la langue.																		Prévalence de l'HTA comme EI des traitements de la DA : -ciclosporine : 7-8% (n = 20 études) -corticoïdes systémiques : 4-9% (n = 2 études)		Certaines études se basaient sur un diagnostic auto-rapporté de DA	
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

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

Yuan et al, 2018

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Yuan et al Medicine Décembre 2018	RS avec MA Jusqu'en juin 2018 Pas de restriction linguistique Etudes de cohorte, cas-témoin ou transversales 15 articles inclus	Patients ayant une DA, adultes 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. Exclusion : avoir déjà eu IDM ou AVC	Association DA et AVC ou IDM	3 701 199	Augmentation du risque d'AVC chez les patients DA : HR, 1.15; 95% CI, 1.08-1.22 (n = 14 études) Augmentation du risque d'IDM chez les patients DA : HR, 1.13; 95% CI, 1.02-1.24 (n = 12 études) Analyses en sous-groupe : Sexe : associations significatives AVC et IDM chez l'homme uniquement. 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 Sévérité de la DA : AVC et IDM non associés à DA légère, association IDM et DA modérée, AVC et DA sévère. 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 MA d'études aux design différents. Diagnostic DA le plus souvent auto-rapporté (biais de classement). Pas de prise en compte de certains facteurs confondants (style de vie, statut socio-économique, autre atonie) Pas de lien de causalité 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) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	Critère de jugement principal	Nbre de patients inclus	Résultat principal Et résultats secondaires pertinents (Préciser le nombre d'articles incluse dans l'analyse)	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Participation industrielle
April Zhang Journal of the American Academy of Dermatology Avril 2015	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en juillet 2014 30 articles inclus Type d'articles : transversales Pas de restriction linguistique	Patients atteints de DA de tout âge et de tout sexe. Inclusion : Études observationnelles étudiant l'association DA et surpoids/obésité. Rapportant une prévalence, une incidence, ou un OR.	Association entre DA et surpoids/obésité	900 358 patients	Augmentation du risque de DA chez les patients en surpoids (OR : 1.25, 95% CI: 1.11- 1.41) (23 études) et obèses (OR : 1.47, 95% CI: 1.21-1.79) (26 études) Analyses de sensibilité : Augmentation du risque de DA chez les enfants en surpoids (OR, 1.24, 95% CI: 1.08-1.43) ou obèses (OR, 1.44, 95% CI: 1.12-1.86) Augmentation du risque de DA chez les adultes obèses (OR, 1.56, 95% CI: 1.24-1.95) 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. Il s'agit uniquement d'études transversales observationnelles. 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 mais pas en Europe.							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

Zhang L et al, 2021

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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	Participat ion industriel le
Dermatologic therapy – Lu Zhang – septembre 2021	RS avec MA jusque 28 mars 2021 =>7 essais contrôlés Mais 1 étude avec risque de biais élevé, exclue secondairement Donc 6 études pour la méta- analyse	Quel que soit l'âge DA modérée à sévère Inclusion: Anti-JAK topiques (tofacitinib, ruxolitinib, delgocitinib) versus placebo	Amélioration du score EASI-50 sous anti-JAK topiques vs placebo Anti jak topiques étudiés dans 3 ECR : -Tofacitinib 2% 2/jour -Ruxolitinib 0.15% 1/jr 0.5% 1/jr 1.5% 1/jr 1.5% 2/jr -Delgocitinib 0.25% 2/jour 0.5% 2/jour, 1% 2/jour, 3% 2/jour.	2530 patient s 40,9% de femme s âge moyen : 34.3 ± 13.3 ans	Evaluation à 4 semaines Tous ont montré une amélioration (EASI 50) par rapport au placebo sauf le Ruxolitinib 0.15% et 0.5% 1/jour. Les 3 plus efficaces étaient -Delgocitinib 3 % 2/jour -Tofacitinib 2 % 2/jour -Ruxolitinib 1,5 % 2/jour	Non rapporté	Efficacité évaluée uniquement à 4 semaines, pas d'analyse sur la tolérance, comparaison uniquement contre placebo	Non National Natural Science Foundati on of 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 (Préciser le nombre d'articles inclus dans l'analyse)	Effets indésirables (NA si étude non thérapeutique)	Limites / biais	Participation industrielle
Zhang Yan Frontiers in Immunology Juillet 2022	RS avec MA Période inclusion : jusqu'au 9 novembre 2021 Nombre d'articles : 6 articles – 7 études Type d'articles : Essais contrôlés randomisés Langue : pas de restriction précisée	Patients atteints de DA modérée à sévère non traités par anti-IL13. 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. - Pourcentage de changement du EASI par rapport à la situation de départ - Proportion de patients atteignant un score EASI75 - Proportion de patients obtenant un score IGA de 0 ou 1 - Proportion de patients avec une réduction du NRS du prurit de plus de 4 points - Amélioration du DLQI 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 : - une amélioration plus importante du pourcentage de changement de l'EASI (MD -20,37, IC95% -32,28- -8,47, I ² =94%, 7 ECR) - 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). - 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) Hétérogénéité importante dans les MA non explorées 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

Zhu et al, 2022

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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
Yun Zhu Dermatology and Therapy Avril 2022	RS avec MA Période d'inclusion : jusqu'en aout 2021 16 articles inclus Etudes de cohorte et cas-témoin	Patients ayant une DA ou un cancer cutané. Inclus dans une étude de cohorte ou cas témoin rapportant l'association entre DA et cancer cutané. Comprenant un groupe contrôle. Exclus : études animales, rapport/série de cas, revues et MA.	Association entre DA et cancer cutané	9,638,093 patients	DA associée à un risque significativement augmenté de cancer de la peau : OR = 1.18, 95% CI 1.06–1.32 (n = 16 études) DA associé à une augmentation du risque de cancer cutané non mélanique : OR 1.39, 95% CI 1.20–1.61 (n = 15 études) avec pour le CBC : OR 1.51, 95% CI 1.24–1.84 (n = 6 études) et pour le CSC : OR 1.90, 95% CI 1.33–2.72 (n = 3 études) Pas d'augmentation du risque de mélanome : 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

Abbreviations :

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

ANNEXE 5. LISTE DES RS EXCLUES ET CAUSES D'EXCLUSION

REVUES SYSTEMATIQUES EXCLUES SUR LECTURE DU TEXTE ENTIER ET RAISONS D'EXCLUSION

N = 84

Auteur, année	Titre	Cause d'exclusion
Acharya P et al, 2020	Association of Atopic Dermatitis with Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais
Agache I et al, 2021	Efficacy and safety of dupilumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review for the EAACI biologicals guidelines	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Agnihotri G et al, 2020	Revisiting Therapies for Atopic Dermatitis that Failed Clinical Trials	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur la sélection/extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Ali Z et al, 2018	Association between Atopic Dermatitis and the Metabolic Syndrome: A Systematic Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté
Ambrożej D et al, 2021	The use of probiotics and bacteria-derived preparations in topical treatment of atopic dermatitis-A systematic review	Population mixte
Arora CJ et al, 2020	The effectiveness of Janus kinase inhibitors in treating atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Bass AM et al, 2015	Interventions to increase treatment adherence in pediatric atopic dermatitis: a systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté, pas d'analyse des biais
Bell KA et al, 2021	The effect of gluten on skin and hair: a systematic review	Population mixte
Benetti C et al, 2015	Microorganism-induced exacerbations in atopic dermatitis: a possible preventive role for vitamin D?	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations
Billeci L et al, 2015	Association Between Atopic Dermatitis and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais
Budu-Aggrey A et al, 2021	Assessment of a Causal Relationship between Body Mass Index and Atopic Dermatitis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Cacciapuoti S et al, 2020	The Role of Thermal Water in Chronic Skin Diseases Management: A Review of the Literature	Population mixte
Cai X et al, 2022	Efficacy and safety of Chinese herbal medicine for atopic dermatitis: Evidence from eight high-quality randomized placebo-controlled trials	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection en doublon
Chang YS et al, 2016	Synbiotics for Prevention and Treatment of Atopic Dermatitis: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations
Chen Z et al, 2020	Effect of Folic Acid Intake on Infant and Child Allergic Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations (prévention primaire)

Chester J et al, 2022	Atopic Dermatitis Associated with Autoimmune, Cardiovascular and Mental Health Comorbidities: A Systematic Review and Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon
Cipriani F et al, 2017	Autoimmune Diseases Involving Skin and Intestinal Mucosa Are More Frequent in Adolescents and Young Adults Suffering from Atopic Dermatitis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon
Dhaliwal S et al, 2020	Effects of Zinc Supplementation on Inflammatory Skin Diseases: A Systematic Review of the Clinical Evidence	Population mixte
Disamantiaji AP et al, 2020	Probiotics in the Management of Atopic Dermatitis for Children: A Case-Based Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté
El Hachem M et al, 2021	Atopic dermatitis in schoolchildren and adolescents: a critical review of Italian epidemiological data and systemic treatments	Autre type d'étude / pas de revue systématique
El-Qushayri AE et al, 2022	Dupilumab therapy in atopic dermatitis is safe during COVID-19 infection era: A systematic review and meta-analysis of 1611 patients	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Ersser SJ et al, 2014	Psychological and educational interventions for atopic eczema in children.	Revue systématique déjà incluse dans les recommandations européennes
Fachler T et al, 2022	Dupilumab-induced ocular surface disease: A systematic review	Population mixte
Fadlalmola HA et al, 2021	Effectiveness and Safety of Abrocitinib in Patients with Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Farina S et al, 2011	Balneotherapy for atopic dermatitis in children at Comano spa in Trentino, Italy	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Foley P et al, 2022	Dupilumab-associated ocular surface disease: An interdisciplinary decision framework for prescribers in the Australian setting	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Foolad N et al, 2013	Effect of nutrient supplementation on atopic dermatitis in children: a systematic review of probiotics, prebiotics, formula, and fatty acids	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations (prévention primaire)
Fu H et al, 2022	Serum Vitamin D Level and Efficacy of Vitamin D Supplementation in Children with Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection en doublon, pas de résultats de l'évaluation des risques de biais pour les études observationnelles
Gandini S et al, 2016	Atopic Dermatitis, Naevi Count and Skin Cancer Risk: A Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais
Gray NA et al, 2019	Zinc and atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis	Objectif différent (pas de méta analyse sur intérêt supplémentation zinc)
Halling-Overgaard AS et al, 2019	Atopic Dermatitis and Cancer in Solid Organs: A Systematic Review and Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Halling AS et al, 2021	Real-world evidence of dupilumab efficacy and risk of adverse events: A systematic review and meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Hamann CR et al, 2017	Association between Atopic Dermatitis and Contact Sensitization: A Systematic Review and Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté

Hattangdi-Haridas SR et al, 2019	Vitamin D Deficiency and Effects of Vitamin D Supplementation on Disease Severity in Patients with Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis in Adults and Children	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté
Hebert AA et al, 2018	Patient impact and economic burden of mild-to-moderate atopic dermatitis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon rapporté
Howell AN et al, 2020	Pharmacological Management of Atopic Dermatitis in the Elderly	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Hu Z et al, 2021	Efficacy of Longdan Xiegan Decoction on the Treatment of Eczema: A Systematic Review and Meta-Analysis	Population mixte
Husein-El Ahmed H et al, 2022	Effectiveness of ustekinumab in patients with atopic dermatitis: analysis of real-world evidence	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais
Iannone M et al, 2018	Definition of treatment goals in terms of clinician-reported disease severity and patient-reported outcomes in moderate-to-severe adult atopic dermatitis: a systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'analyse des biais
Jfri A et al, 2022	Diagnosis of mycosis fungoides or Sézary syndrome after dupilumab use: A systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais, pas de sélection et extraction en doublon
Jo CE et al, 2021	Facial and neck erythema associated with dupilumab treatment: A systematic review	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Kim MJ et al, 2016	Vitamin D Status and Efficacy of Vitamin D Supplementation in Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - pas de protocole, résultats biais incomplets
Kwon CY et al, 2020	Effectiveness and Safety of Herbal Medicine for Atopic Dermatitis: An Overview of Systematic Reviews	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Labib A et al, 2022	The effect of fatty acids, vitamins, and minerals on pediatric atopic dermatitis: A systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur la sélection en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Le M et al, 2021	Systematic Review on the Efficacy and Safety of Oral Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of Atopic Dermatitis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Li C et al, 2022	Efficacy and Safety of Janus Kinase Inhibitors for the Treatment of Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Li M et al, 2021	Efficacy and Safety of Mucopolysaccharide Polysulfate Cream for Non-Exudative Eczema: A Systematic Review and Meta-Analysis	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations
Li Q et al, 2022	Vitamin D Supplementation and Allergic Diseases during Childhood: A Systematic Review and Meta-Analysis	Population mixte
Li Y et al, 2022	The efficacy of probiotics supplementation for the treatment of atopic dermatitis in adults: a systematic review and meta-analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> -pas d'information sur la sélection en doublon, évaluation des risques de biais réalisée mais erreurs (la majorité des articles identifiés avec absence de risque de biais), les données brutes

		issues des articles ne semblent pas correctes, méta-analyse rassemblant différents scores cliniques
Liang J et al, 2022	Safety and Efficacy of Nemolizumab for Atopic Dermatitis With Pruritus: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Randomized Controlled Trials	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection en doublon
Lim NR et al, 2017	The Role of Elimination Diets in Atopic Dermatitis—A Comprehensive Review	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Meher BR et al, 2022	Efficacy and safety of abrocitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized clinical trials	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Miao M et al, 2022	The efficacy and safety of JAK inhibitors for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Mostafa N et al, 2021	Comparing quality of life outcomes of JAK inhibitors and biological treatments for atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Nankervis H et al, 2016	Scoping systematic review of treatments for eczema	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Nankervis H et al, 2017	What is the evidence base for atopic eczema treatments? A summary of published randomized controlled trials	Doublon (résumé de l'article de Nankervis H et al, 2016, exclu)
Neagu N et al, 2022	Dupilumab ocular side effects in patients with atopic dermatitis: a systematic review	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Ng YT et al, 2020	A systematic review and meta-analysis of risk factors associated with atopic dermatitis in Asia	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur la sélection en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Ngoc LTN et al, 2021	Utilization of light-emitting diodes for skin therapy: Systematic review and meta-analysis	Population mixte
Nusbaum K et al, 2022	Efficacy of biologics and oral small molecules for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - pas de sélection/extraction en doublon, pas de publication de l'évaluation des risques de biais
Reynolds KA et al, 2019	The role of oral vitamins and supplements in the management of atopic dermatitis: a systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur l'extraction en doublon, pas de résultats de l'évaluation des risques de biais
Ronnstad ATM et al, 2018	Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis	Revue systématique déjà incluse dans les recommandations européennes
Sachdeva M et al, 2021	Alopecia Areata Related Paradoxical Reactions in Patients on Dupilumab Therapy: A Systematic Review	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Sadighara P et al, 2022	Association between food additives and prevalence of allergic reactions in children: a systematic review	Population mixte
Sauder MB et al, 2016	The Effectiveness of Written Action Plans in Atopic Dermatitis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'analyse des biais
Sedeh F et al, 2022	Comparative Efficacy and Safety of Monoclonal Antibodies and Janus Kinase Inhibitors in	Qualité méthodologique

	Moderate-to-severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-analysis	<i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais
Serrano L et al, 2019	Association between Atopic Dermatitis and Extracutaneous Bacterial and Mycobacterial Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon
Shih YC et al, 2022	Efficacy and Safety of Multiple Dupilumab Dose Regimens in Patients with Moderate-To-Severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Siegels D et al, 2021	Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Silverberg JI et al, 2022	Comparative Efficacy of Targeted Systemic Therapies for Moderate to Severe Atopic Dermatitis without Topical Corticosteroids: Systematic Review and Network Meta-analysis	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt
Simonsen AB et al, 2017	Contact Allergy in Children with Atopic Dermatitis: A Systematic Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon
Sodré C et al, 2022	The effect of probiotics on the clinical status of adult patients with atopic dermatitis: a systematic review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur l'extraction en doublon, pas de résultats de l'évaluation des risques de biais
Sun S et al, 2022	The prevention effect of probiotics against eczema in children: an update systematic review and meta-analysis	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations (prévention primaire)
Tsiogka A et al, 2022	The JAK/STAT Pathway and Its Selective Inhibition in the Treatment of Atopic Dermatitis: A Systematic Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection/extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Uwaezuoke SN et al, 2022	Postnatal probiotic supplementation can prevent and optimize treatment of childhood asthma and atopic disorders: A systematic review of randomized controlled trials	Population mixte
Vaughn A et al, 2019	Micronutrients in Atopic Dermatitis: A Systematic Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'information sur l'extraction en doublon, pas d'évaluation des risques de biais
Venter C et al, 2020	Dietary factors during pregnancy and atopic outcomes in childhood: A systematic review from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology	Objectif différent/Question non abordée dans les recommandations (prévention primaire)
Vieira BL et al, 2016	Complementary and Alternative Medicine for Atopic Dermatitis: An Evidence-Based Review	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - pas de protocole, pas d'évaluation des risques de biais Revue de la littérature narrative
Xiao X et al, 2021	Efficacy and safety of nemolizumab for adult atopic dermatitis treatment: A meta-analysis of randomized clinical trials	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas de sélection en doublon
Xie QW et al, 2019	Risk of Mental Disorders in Children and Adolescents With Atopic Dermatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis.	Discordance dans les résultats entre le résumé et le corps du texte, auteur contacté, pas de réponse reçue
Yang H et al, 2022	Efficacy and safety profile of antioxidants in the treatment of atopic dermatitis: A systematic	Qualité méthodologique

	review and meta-analysis of randomized controlled trials	<i>Critically low</i> - pas d'information sur la sélection en doublon, pas de résultats de l'évaluation des risques de biais pour chaque étude
Zeiser K et al, 2021	Social and psychosocial effects on atopic eczema symptom severity - a scoping review of observational studies published from 1989 to 2019.	Autre type d'étude / pas de revue systématique
Zhang D et al, 2022	Efficacy of abrocitinib for atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials	Qualité méthodologique <i>Critically low</i> - absence de protocole, pas d'évaluation des risques de biais (<i>risk of bias</i> selon JADAD, pas d'évaluation <i>allocation concealment</i>)
Zhou S et al, 2021	Biological Therapies for Atopic Dermatitis: A Systematic Review	Date de publication antérieure à la mise à jour des recommandations européennes et ne répond pas à d'autres questions d'intérêt

ANNEXE 6. GRILLE VIERGE EXTRACTION DES DONNEES

1er auteur, Journal, Mois/Année	Type d'étude (RS avec/sans MA) Période inclusion des articles, préciser le nombre d'articles inclus et le type d'articles, langue	Population d'analyse Critères d'inclusion et exclusion	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

RS = revue systématique, MA = méta-analyse

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
Equipe, Année																	

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

ANNEXE 7. GROUPE D'EXPERTS

Prénom Nom	Statut	Spécialité	Établissement
Nathalia Bellon	PH	Dermatologie	Hôpital Necker, AP-HP
Jean-Marc Chavigny	PH et médecin libéral	Dermatologie	Nantes
Christine Chiaverini	PH	Dermatologie	CHU de Nice
Luc Colas	PH	Allergologie	CHU de Nantes
Pierrick Cros	PH	Pédiatrie	CHU de Brest
Juliette Delaunay	Praticien Attaché et Médecin libéral	Dermatologie	Angers
Cyril Hoarau	MCU-PH	Allergologie et Immunologie clinique	CHU de Tours
Laurent Misery	PU-PH	Dermatologie	CHU de Brest
Justine Pasteur	PH	Dermatologie	CHU de Clermont-Ferrand
Julien Seneschal	PU-PH	Dermatologie	CHU de Bordeaux
Angèle Soria	PU-PH	Dermatologie	Hôpital Tenon, AP-HP
Marie Tauber	PH	Dermatologie	CHU de Lyon
Florence Tétart	PH	Dermatologie	CHU de Rouen
Stéphanie Wanin	PH	Pédiatrie	Hôpital Trousseau, AP-HP

ANNEXE 8. GROUPE DE RELECTURE

Prénom Nom	Statut	Spécialité	Etablissement
Rémy Assathiany	Médecin libéral	Pédiatrie	Issy les Moulineaux
Domitille Thomas-Beaulieu	PH	Dermatologie	CH de Poissy-Saint Germain en Laye
Catherine Bourseau-Quetier	Médecin libéral	Dermatologie	Bordeaux
Julie Castagna	PH	Dermatologie	CHU de Besançon
Jean Paul Claudel	Médecin libéral	Dermatologie	Tours
Cassandra Decamps	Patiente	-	Lille
Catherine Droitcourt	MCU-PH	Dermatologie	CHU de Rennes
Aurélie Du Thanh	PU-PH	Dermatologie	CHU de Montpellier
Eric Fromentin	Médecin libéral	Allergologie	Lille
Guillaume Hazemann	Praticien attaché Médecin libéral	Dermatologie	CHU de Strasbourg Marlenheim
Anne Hoppe	PH	Pédiatrie Allergologie	CHU d'Angers
Simon Jacobelli	Médecin libéral	Dermatologie	Montesson
Domitille Jorand-Bauer	Psychologue	-	CHU de Nantes
Jean Philippe Joseph	Professeur Médecin libéral	Médecine générale	Université de Bordeaux Bordeaux
Camille Leleu	PH	Dermatologie	CHU de Dijon
Guillaume Lezmi	MCU-PH	Pédiatrie-Allergologie	Hôpital Necker AP-HP
Pauline Machet	Médecin libéral	Pédiatrie	Tours
Stéphanie Mallet	PH	Dermatologie	CHU de Marseille
Joséfina Marco Bonnet	Médecin libéral	Dermatologie	Montrouge
Pauline Marin	Infirmière	-	CHU de Toulouse
Pierre Marcant	Praticien attaché Médecin libéral	Dermatologie Médecine du travail	CHU de Lille Lille
Marie Masson-Regnault	PHU	Dermatologie	CHU de Poitiers
Audrey Maury	Médecin libéral	Pédiatrie	Chambray les Tours
Cristel Nicolas	Médecin libéral	Dermatologie	Commercy
Stéphanie Nicolas	Parent	-	Limoges
Michel Piot	Médecin libéral	Allergologie	Pau
Arthur Piraux	MCU-PH	Pharmacie	Université d'Angers
Pauline Pralong	PH	Dermatologie	CHU de Grenoble
Estelle Rogez	Médecin libéral	Médecine générale	Nantes
Benoît Sterling	Praticien attaché Médecin libéral	Pédiatrie-Allergologie	CHU de Marseille Marseille
Anne Marie Tranier	Infirmière	-	CHU de Toulouse

Table des matières

I.	Scores cliniques de sévérité de la DA.....	2
a)	SCORAD.....	2
b)	EASI.....	3
c)	IGA.....	4
d)	DFIQ (Dermatitis Family Impact Questionnaire).....	5
e)	POEM.....	7
f)	ADCT.....	10
II.	Score d'évaluation de la corticophobie – TOPICOP	11
III.	L'Unité Phalangelette.....	12
IV.	le wet wrapping	13
V.	Education thérapeutique – liens utiles.....	14
a)	ECZEMA CARE+	14
b)	ECZEMA CARE ONLINE	14
VI.	Fiche d'information pour les patients : la DA en 15 questions.....	15



I. SCORES CLINIQUES DE SEVERITE DE LA DA

a) SCORAD

Le score papier est fourni à titre indicatif, de nombreux sites en ligne permettent le calcul du score tel que : <https://scorad.corti.li/>

Télécharger le score en version papier via le lien suivant :

<https://www.sfdermato.org/upload/files/fichiers/groupes-thematiques/scorad-3b22aebdbbf650c338531006542f5838.pdf>

SCORAD

SCORAD Comité de Travail Européen sur la Dermatite Atopique		INSTITUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nom <input style="width: 50%;" type="text"/> Prénom <input style="width: 50%;" type="text"/>		MÉDECIN <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Date de naissance <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> JJ/MM/AA		Stéroïde local utilisé <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Date de visite <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		Puissance (nom de la marque) <input style="width: 100%;" type="text"/>	
		Quantité / Mois <input style="width: 20px;" type="text"/> (6)	
		Nombre de poussées/mois <input style="width: 20px;" type="text"/>	

4.5 (8.5)

4.5 18 4.5

9 9

4.5 (8.5)

4.5 18 4.5

(6) 9 9 (6)

Chiffres entre parenthèses pour les enfants de moins de deux ans

A : ETENDUE # Veuillez indiquer les zones atteintes <input style="width: 100%;" type="text"/>																							
B : INTENSITÉ <input style="width: 100%;" type="text"/>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>CRITERES</th> <th>INTENSITÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Erythème</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Oedème/Papulation</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Suinterment/croûtes</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Excoriation</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Lichénification</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> <tr><td>Sécheresse de la peau (*)</td><td><input style="width: 20px;" type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	CRITERES	INTENSITÉ	Erythème	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Oedème/Papulation	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Suinterment/croûtes	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Excoriation	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Lichénification	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Sécheresse de la peau (*)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>BASE DE CALCUL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CRITERES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne)</td> </tr> <tr> <td>0 = absence</td> </tr> <tr> <td>1 = bénin</td> </tr> <tr> <td>2 = modéré</td> </tr> <tr> <td>3 = sévère</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(*) La sécheresse de la peau est évaluée sur des zones saines</td> </tr> </tbody> </table>	BASE DE CALCUL	CRITERES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne)	0 = absence	1 = bénin	2 = modéré	3 = sévère	(*) La sécheresse de la peau est évaluée sur des zones saines	
CRITERES	INTENSITÉ																						
Erythème	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
Oedème/Papulation	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
Suinterment/croûtes	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
Excoriation	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
Lichénification	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
Sécheresse de la peau (*)	<input style="width: 20px;" type="text"/>																						
BASE DE CALCUL																							
CRITERES D'INTENSITÉ (surface représentative moyenne)																							
0 = absence																							
1 = bénin																							
2 = modéré																							
3 = sévère																							
(*) La sécheresse de la peau est évaluée sur des zones saines																							
C : SYMPTÔMES SUBJECTIFS PRURIT ET PERTE DU SOMMEIL <input style="width: 100%;" type="text"/>																							
SCORAD A/5+7B/2+C <input style="width: 100%;" type="text"/>																							

Echelle visuelle analogique (moyenne pour les trois derniers jours et nuits)	PRURIT (1 à 10) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	PERTE DU SOMMEIL (1 à 10) <input style="width: 100%;" type="text"/>

TRAITEMENT <input style="width: 100%;" type="text"/>
REMARQUES : <input style="width: 100%;" type="text"/>

Pour l'étendue, on prend en compte les lésions inflammatoires, pas la peau sèche

Référence : Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology*. 1993;186(1):23-31.

b) EASI

Le score papier est fourni à titre indicatif, de nombreux sites en ligne permettent le calcul du score tel que : <https://great-score-da.shinyapps.io/EASI/> , développé spécifiquement par le Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT) de la SFD.

Télécharger le score en version papier via le lien suivant : <http://www.homeforeczema.org/documents/easi-case-report-form-for-age-8-years-and-over.pdf>

Eczema Area and Severity Index (EASI) case report form - age ≥ 8 years

Area of Involvement: Each body region has potentially 100% involvement. Score **0 to 6** based on the following table:

% involvement	0	1-9%	10 - 29%	30 - 49%	50 - 69%	70 - 89%	90 - 100%
Region score	0	1	2	3	4	5	6

Severity of Signs: Grade the severity of each sign on a scale of **0 to 3**:

0	None
1	Mild
2	Moderate
3	Severe

- ✓ Take an average of the severity across the involved area.
- ✓ Half points (1.5 and 2.5) may be used. 0.5 is not permitted – if a sign is present it should be at least mild (1)

Scoring table:

Body region	Erythema (0-3)	Edema/ Papulation (0-3)	Excoriation (0-3)	Lichenification (0-3)	Region score (0-6)	Multiplier	Score per body region
Head/neck	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.1	
Trunk	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.3	
Upper extremities	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.2	
Lower extremities	(+)	(+)	(+)	()	X	X 0.4	
<i>The final EASI score is the sum of the 4 region scores:</i>							_____
							(0-72)

c) IGA

L'Investigator Global Assessment (IGA) est le score d'évaluation global de l'investigateur (du médecin dermatologue). Il est Gradé de 0 à 4.

Télécharger le score en version original papier via le lien suivant :

https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/Validated-Investigator-Global-Assessment-Scale_vIGA-AD_2017.pdf

Le score IGA est sélectionné à l'aide des critères ci-dessous qui décrivent le mieux l'aspect général des lésions à un moment donné. Il n'est pas nécessaire que toutes les caractéristiques de la description morphologique soient présentes.

Score	Description morphologique
0 - blanchi	Pas de signes inflammatoires de dermatite atopique (pas d'érythème, pas d'induration/papules, pas de lichénification, pas de suintement/croûte). Une hyperpigmentation et/ou une hypopigmentation post-inflammatoire peut être présente.
1 – presque blanchi	Érythème à peine perceptible, induration/papules à peine perceptible(s) et/ou lichénification minime. Pas de suintement ni de croûte.
2 - léger	Érythème (rose) léger mais net, induration/papules légère(s) mais nette(s), et/ou lichénification légère mais nette. Pas de suintement ni de croûte.
3 - modéré	Érythème nettement perceptible (rouge terne), induration/papules nettement perceptible(s) et/ou lichénification nettement perceptible. Des suintements et des croûtes peuvent être présents.
4 - sévère	Érythème marqué (rouge profond ou vif), induration/papules marquée(s) et/ou lichénification marquée. La maladie est très étendue. Des suintements ou des croûtes peuvent être présents.

Notes :

1. Dans les cas indéterminés, veuillez utiliser l'étendue pour différencier les scores.

Par exemple :

- Un patient présentant un érythème marqué (rouge profond ou vif), des papules marquées et/ou une lichénification marquée dont l'étendue est limitée, sera considéré comme « 3 - Modéré ».

2. Les excoriations ne doivent pas être prises en compte dans l'évaluation de la gravité de la maladie.

d) DFIQ (Dermatitis Family Impact Questionnaire)

"Questionnaire concernant les conséquences de l'eczéma de l'enfant sur la famille" (French version of the DFIQ)

Nom de l'enfant : Mère/Père/Personne s'occupant de l'enfant Date : Score

Le but de ce questionnaire est de mesurer à quel point le problème de peau de l'enfant a eu des conséquences sur vous et votre famille AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez répondre en cochant une case pour chaque question.

- | | | | |
|-----|--|-------------|--------------------------|
| 1. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur les tâches ménagères , par exemple la lessive, le ménage ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur la préparation des repas et le déroulement des repas ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur le sommeil des autres membres de la famille ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur les loisirs de la famille , par exemple aller nager ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur le temps passé à faire les courses pour toute la famille ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur vos dépenses , par exemple les frais liés aux traitements, aux vêtements, etc ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il provoqué de la fatigue ou de l'épuisement chez les parents ou les personnes qui s'en occupent ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il provoqué un stress émotionnel (par exemple déprime, sentiment d'impuissance ou de culpabilité) chez les parents ou les personnes qui s'en occupent ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , l'eczéma de l'enfant a-t-il eu des conséquences sur vos relations avec votre partenaire ou avec les autres enfants de la famille ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours des <u>7 derniers jours</u> , votre participation au traitement de l'enfant a-t-elle eu des conséquences sur votre vie ? | Enormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |

Merci de votre participation.

© M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995

Comment noter les questions

Chaque question est notée de 0 à 3.

Le système de notation du DFI est le suivant :

Pas du tout = 0

Un peu = 1

Beaucoup = 2

Enormément = 3

Le score de chacune des 10 questions est additionné.

Le score minimum du DFIQ est de 0 (= pas d'impact sur la vie de la famille).

Le score DFI maximal est de 30 (= effet maximal sur la vie de la famille).

Il n'existe pas encore de descripteurs validés pour la répartition des scores.

Droits d'auteur

Le DFI est protégé par des droits d'auteur. Vous ne devez donc pas modifier le format, la formulation ou la conception du questionnaire.

La déclaration de copyright du Dermatitis Family Impact Questionnaire, qui doit toujours être reproduite à la fin de chaque copie du document, est la suivante :

M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, 1995.

e) POEM

ADULTE :

Télécharger le score en version papier via le lien suivant :

<https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/resources/poem.aspx>

(sur la page web aller vers *POEM Download– Translations*, cliquer sur Translation et choisir French for Adults)



Échelle de mesure de l'eczéma axée sur le patient (Patient Oriented Eczema Measure, POEM) auto-remplie par le patient

Informations
concernant le
patient :

Date : _____

Veillez entourer une réponse pour chacune des sept questions ci-dessous concernant votre eczéma.
Veillez passer toute question à laquelle vous ne vous sentez pas capable de répondre.

1. Au cours de la semaine passée, combien de jours votre peau vous a-t-elle démangé à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

2. Au cours de la semaine passée, combien de nuits votre sommeil a-t-il été perturbé à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

3. Au cours de la semaine passée, combien de jours votre peau a-t-elle saigné à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

4. Au cours de la semaine passée, combien de jours votre peau a-t-elle présenté un suintement ou un lent écoulement de liquide transparent à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

5. Au cours de la semaine passée, combien de jours votre peau s'est-elle fissurée à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

6. Au cours de la semaine passée, combien de jours votre peau a-t-elle présenté une desquamation à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

7. Au cours de la semaine passée, combien de jours avez-vous eu la sensation que votre peau était sèche ou rugueuse à cause de l'eczéma ?

Aucun jour 1 à 2 jours 3 à 4 jours 5 à 6 jours Tous les jours

Score POEM total (maximum 28) : _____

ENFANT :

Télécharger le score en version papier via le lien suivant :

<https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cebd/documents/methodological-resources/poem-french.pdf>



The University of
Nottingham

UNITED KINGDOM · CHINA · MALAYSIA

POEM for proxy completion (en Français)

Patient Details: _____

Date: _____

Veillez entourer une seule réponse pour chacune des sept questions ci-dessous. Les enfants les plus jeunes devront remplir le questionnaire avec l'aide de leurs parents. Si vous ne pouvez pas répondre à une question, n'entourez aucune réponse.

1. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre enfant a-t-il eu des démangeaisons à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

2. Au cours des 7 dernières nuits, combien de nuits le sommeil de votre enfant a-t-il été perturbé à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

3. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours la peau de votre enfant a-t-elle saigné à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

4. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours la peau de votre enfant a-t-elle suinté un liquide clair à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

5. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre enfant a-t-il eu la peau fissurée à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

6. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours la peau de votre enfant a-t-elle pelé à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

7. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre enfant a-t-il eu la peau sèche ou râpeuse à cause de l'eczéma?

Jamais 1-2 jours 3-4 jours 5-6 jours Tous les jours

Total POEM Score (Maximum 28):

Échelle de mesure de l'eczéma axée sur le patient (Patient Oriented Eczema Measure, POEM) auto-remplie par le patient

Comment le score est-il calculé ?

Les sept questions ont toutes la même valeur, et un score de 0 à 4 leur est attribué comme suit :

Aucun jour	= 0
1 à 2 jours	= 1
3 à 4 jours	= 2
5 à 6 jours	= 3
Tous les jours	= 4

Remarque :

- Si une question est laissée sans réponse, cela correspond à un score de 0, et les scores sont additionnés et exprimés comme d'habitude sur un maximum de 28.
- Si deux questions ou plus sont laissées sans réponse, aucun score n'est calculé pour le questionnaire.
- Si deux choix de réponse ou plus sont sélectionnés, le choix de réponse correspondant au score le plus élevé doit être enregistré.

Références

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

Charman CR, Venn AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Translating Patient-Oriented Eczema Measure (POEM) scores into clinical practice by suggesting severity strata derived using anchor-based methods. *Br J Dermatol.* Déc. 2013; 169(6): 1326-1332.

Que signifie le score POEM ?

Pour aider les patients et les cliniciens à comprendre leurs scores POEM, les catégories suivantes ont été établies (voir références ci-dessous) :

• 0 à 2	= Absence complète ou quasi-absence d'eczéma
• 3 à 7	= Eczéma léger
• 8 à 16	= Eczéma modéré
• 17 à 24	= Eczéma sévère
• 25 à 28	= Eczéma très sévère

Dois-je obtenir une autorisation pour utiliser l'échelle ?

L'échelle POEM est protégée par le droit d'auteur, mais son utilisation est gratuite et elle peut être téléchargée à l'adresse suivante :

www.nottingham.ac.uk/dermatology

Nous vous demandons cependant de bien vouloir enregistrer votre utilisation de l'échelle POEM en envoyant un e-mail à l'adresse cebd@nottingham.ac.uk indiquant comment vous souhaitez utiliser l'échelle et dans quels pays l'échelle sera utilisée.

f) ADCT

Le score papier est fourni à titre indicatif, de nombreux sites en ligne permettent le calcul du score tel que : <https://great-score-da.shinyapps.io/ADCT/>, développé spécifiquement par le Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT) de la SFD.

Télécharger le score en version papier via le lien suivant : <https://www.dermatite-atopique.fr/assets/media/documents/questionnaire-adct.pdf>

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

Date du jour :

Notez vos points pour chaque question dans les cases grises ▼

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

Votre score est...

Inférieur à 7

Votre dermatite atopique semble contrôlée.

N'hésitez pas à réévaluer votre dermatite atopique régulièrement, (par exemple, de façon hebdomadaire ou bimensuelle).

Accéder au score ADCT sur : www.dermatite-atopique.fr



7000039469-09/2022

Au moins égal à 7

OU

Votre score ADCT total a augmenté de 5 points ou plus depuis votre dernière utilisation de l'ADCT.

Votre dermatite atopique semble inadéquatement contrôlée.

Discutez avec votre médecin (dermatologue, médecin généraliste..) des réponses apportées au questionnaire ADCT et de l'impact de votre DA sur votre vie.

II. SCORE D'ÉVALUATION DE LA CORTICOPHOBIE – TOPICOP

Télécharger le score en version papier via le lien suivant :

https://www.pierrefabreeczemaoundation.org/sites/default/files/2023-03/PFEF_TOPICOP-FE-A4%20FR.pdf

TOPICOP*

simplifié

Merci de cocher une seule réponse pour chaque proposition

1. Les dermocorticoïdes passent dans le sang

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

2. Les dermocorticoïdes favorisent les infections

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

3. Les dermocorticoïdes font grossir

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

4. Les dermocorticoïdes abîment la peau

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

5. Les dermocorticoïdes ont des effets sur ma santé future

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

6. Les dermocorticoïdes favorisent l'asthme

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

7. J'ai peur d'en mettre sur certaines zones où la peau est plus fine comme les paupières

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

8. Je n'en connais pas les effets secondaires mais j'ai peur des dermocorticoïdes

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

9. J'ai peur d'utiliser une dose trop importante

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

10. Je me traite le plus tard possible

jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question

11. Je me traite le moins longtemps possible

jamais parfois souvent toujours je ne comprends pas la question

12. J'ai besoin d'être rassuré(e) vis-à-vis du traitement par dermocorticoïdes

pas du tout pas vraiment un peu tout à fait je ne comprends pas la question

*Questionnaire inspiré de la publication : Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, Stalder JF, Barbarot S. TOPICOP® : a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. PLoS One. 2013 Oct 16;8(10):e76493. doi: 10.1371/journal.pone.0076493.

III. L'UNITE PHALANGETTE

L'unité phalange est la quantité de dermocorticoïdes à étaler sur la peau, pour traiter efficacement la surface équivalente à deux paumes de main adulte.

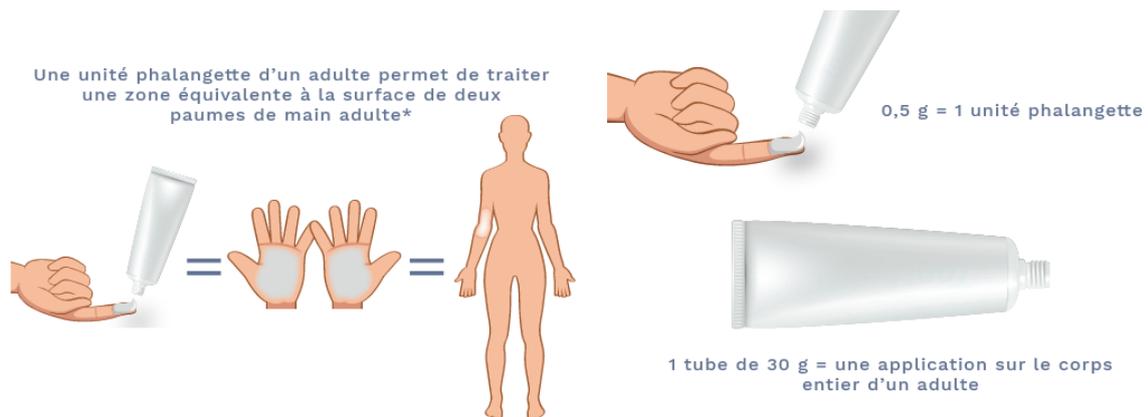


Figure tirée du dépliant de la Pierre Fabre Eczéma Foundation

Pour simplifier, vous pouvez suivre le tableau suivant :

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

IV. LE WET WRAPPING

Le wet wrapping (littéralement : "emballage humide") est une technique de soins locaux adaptée au traitement des formes sévères d'eczéma. Son objectif est de traiter rapidement et efficacement l'inflammation de la peau ainsi que les démangeaisons.

Pour en savoir plus vous pouvez consulter la vidéo ci-dessous créée par les infirmières d'éducation thérapeutique du CHU de Nantes (<https://www.chu-nantes.fr/qu-est-ce-que-le-wet-wrapping-comment-le-pratiquer>)



V. EDUCATION THERAPEUTIQUE – LIENS UTILES

a) ECZEMA CARE+

[Site de la Pierre Fabre Eczéma Foundation](#)

[Outils proposés par la fondation](#)

[Application Eczéma care +](#)



Pour télécharger l'application Eczema care + sur google Playstore scannez le QR code ci-dessous :



Pour télécharger l'application Eczema care + sur Appstore scannez le QR code ci-dessous :



b) ECZEMA CARE ONLINE

Site d'éducation thérapeutique développé par l'université de Southampton, actuellement proposé en anglais mais bientôt disponible en français.

<https://eczemacareonline.org.uk/>

**Eczema Care
Online**  

VI. FICHE D'INFORMATION POUR LES PATIENTS : LA DA EN 15 QUESTIONS

15 questions sur la dermatite atopique

A destination des patients ou de leur entourage

Un document rédigé par les dermatologues du Groupe de Recherche sur l'Eczéma Atopique (GREAT de la Société Française de Dermatologie et par le groupe Dermatite atopique de l'Académie Européenne de Dermatologie et Vénérologie (European Task Force on Atopic dermatitis-ETFAD-EADV).

1. Qu'est-ce que la dermatite atopique ?

L'eczéma est un terme général pour décrire la peau qui est enflammée (rouge, gonflée, qui pèle et qui démange). La forme la plus fréquente de l'eczéma est la dermatite atopique (DA) maladie également connue sous le nom d'eczéma atopique. La meilleure façon de savoir si vous ou votre enfant est atteint d'une DA (et non pas une forme différente d'eczéma ou une autre maladie de peau) est de consulter un médecin qui connaît cette maladie. Les dermatologues, les pédiatres, les allergologues et les médecins généralistes sont formés pour diagnostiquer et parfois pour traiter cette maladie. Il n'y a habituellement pas besoin d'un test sanguin ou d'un test d'allergie cutané pour savoir si vous avez une DA.

2. Quelle est la fréquence de la dermatite atopique ?

La DA est une maladie fréquente. 10-15% des enfants et environ 3-5% des adultes en sont atteints en Europe, mais cette fréquence peut varier selon les zones géographiques. La DA semble être plus fréquente dans les grandes villes et dans les pays industrialisés que dans les zones rurales. La raison en est encore mal connue, mais l'environnement et le style de vie sont probablement en cause.

3. Comment reconnaître la dermatite atopique ?

Les adultes et les enfants atteints de DA présentent généralement des plaques rouges symétriques, sèches et qui démangent. Ces plaques peuvent être situées sur les joues (en particulier chez les bébés), les bras, les jambes, les poignets et touchent souvent les plis des coudes et des genoux.

Cependant, l'emplacement des lésions de DA est variable selon les patients et peut se situer n'importe où sur la peau. Parfois, la peau a tendance à s'épaissir quand la DA dure depuis longtemps. Pendant les poussées, la peau peut suinter ou parfois saigner, surtout après des crises de démangeaison intenses. La DA en poussée cause toujours des démangeaisons, et parfois de la douleur ou des sensations de brûlure.

4. Quelle est la cause de la dermatite atopique ?

On ne connaît pas précisément la cause de la DA et il n'y a probablement pas une seule cause de DA. Plusieurs facteurs innés et acquis interagissent les uns avec les autres pour produire la maladie. On sait qu'il existe dans la DA à la fois un fonctionnement anormal du système immunitaire (défense de l'organisme) et un fonctionnement anormal de la peau, qui est plus poreuse aux irritants et aux allergènes.

5. La dermatite atopique est-elle une allergie ?

On peut résumer en disant que la DA est une maladie complexe qui comporte une part allergique. L'allergie est une réaction inadaptée du système immunitaire à des substances normalement inoffensives, comme par exemple les pollens, certains aliments, les acariens. Chez certains patients atteints de DA, ces allergènes peuvent déclencher des poussées de la maladie. Cependant, la grande majorité des patients n'est pas obligée de suivre un régime alimentaire particulier. Tous les régimes alimentaires proposés, en particulier ceux destinés aux enfants, doivent être discutés avec un médecin, car un régime peut être plus dangereux qu'utile.

6. Comment évolue la dermatite atopique ?

La DA est une forme d'eczéma qui commence le plus souvent dans la petite enfance, et s'améliore souvent quand l'enfant grandit, mais persiste parfois jusqu'à l'âge adulte. Chez certains patients, la DA peut même commencer à l'âge adulte. Le début précoce de la maladie et l'association à l'asthme et au rhume des foins sont des facteurs connus de maladie persistante.

7. Qu'est-ce qu'une poussée ?

Une poussée (ou une crise) est une période où le patient souffre de démangeaisons sévères avec une peau douloureuse très enflammée. Certaines personnes peuvent avoir une alternance de poussées et de phases plus calmes. Cependant, même entre les poussées, la peau réagit souvent aux changements de température, au stress ou aux produits irritants pour la peau. Lorsque la peau d'un patient atteint de DA est constamment irritée et enflammée, il est difficile d'identifier les poussées.

8. Quelles sont les causes de poussée chez les patients atteints de dermatite atopique ?

Les facteurs provoquant des poussées varient d'un malade à l'autre. Certains facteurs bien connus sont les changements météorologiques, les douches chaudes, les bains moussants, les savons, la chaleur, la laine, les parfums, certains produits d'hygiène pour la peau, la sueur, le stress ou la consommation de certains aliments. De plus, les infections bactériennes et virales peuvent aggraver la DA. Les poussées sont habituellement plus fréquentes par temps froid et sec. Au contraire, beaucoup de patients sont améliorés en été avec une exposition modérée au soleil.

9. Quelles sont les conséquences des formes graves de dermatite atopique ?

La DA sévère est susceptible de causer une perte de sommeil, de la fatigue, un stress chronique et même de la dépression. La DA peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients quel que soit leur âge, mais également sur leur entourage. Il est très important de parler à votre médecin si vous sentez que votre maladie vous rend triste ou perturbe votre vie sociale ou personnelle. Un enfant souffrant de troubles du sommeil causés par la DA peut avoir des problèmes de scolarité. De même, les adultes peuvent être gênés dans leurs activités professionnelles.

10. Trois choses importantes à savoir sur le traitement de la dermatite atopique :

Il est très important de comprendre 3 points pour éviter les malentendus avec les médecins et autres intervenants du système de santé :

1. La DA est une maladie chronique, c'est à dire une maladie qui dure plusieurs années dans la plupart des cas. Cela ne signifie pas que vous ou votre enfant aurez une DA pendant toute votre vie. La plupart des enfants ont une DA qui s'améliore quand ils grandissent. De même, pour les adultes souffrant de DA, il y a souvent des périodes calmes et de stabilisation de la maladie.
2. La DA n'est pas due à une réaction allergique à un seul allergène, mais des allergies, comme par exemple aux aliments, peuvent coexister avec la DA et parfois déclencher des poussées.
3. Si l'on ne peut pas guérir la DA par un simple traitement de courte durée (comme c'est le cas par exemple pour une infection qui est guérie par des antibiotiques), il est possible de contrôler les manifestations de la DA sur le long terme pour que les patients aient une vie aussi normale que possible. Un

traitement bien conduit peut améliorer significativement la qualité de vie des patients atteints de DA.

11. Comment traiter les poussées de dermatite atopique au quotidien ?

- Les médicaments les plus fréquemment utilisés pour traiter les plaques rouges sont les stéroïdes topiques (dermocorticoïdes). Habituellement, ils sont appliqués une seule fois par jour, de préférence le soir.
- Les dermocorticoïdes sont disponibles en plusieurs puissance/force d'action (on distingue en pratique quatre classes de puissance croissante : légère, modérée, forts ou très forts) et différentes formulations (crèmes, pommades, lotions, mousses). Votre médecin vous prescrira la puissance et la formulation les plus adaptées en fonction de l'âge et des localisations de la DA.
- Un autre médicament fréquemment utilisé pour traiter les plaques de DA est le tacrolimus pommade (PROTOPIC, TAKROZEM), un inhibiteur de la calcineurine.
- Il est important de traiter les plaques de DA avec les dermocorticoïdes ou le tacrolimus pommade, car c'est le meilleur moyen de réduire les démangeaisons et le grattage, qui perpétuent la maladie en un cercle vicieux.
- Les antihistaminiques sont rarement utiles pour traiter les démangeaisons dans la DA, mais ils sont parfois utilisés pour leurs propriétés sédatives.
- Le traitement de la DA par les dermocorticoïdes ou le tacrolimus contribue à renforcer la barrière cutanée.
- Ces produits doivent être appliqués jusqu'à disparition des démangeaisons et des lésions visibles de DA jusqu'à ce que la peau reprenne son aspect normal. Il est très important de ne pas arrêter trop tôt le traitement pour éviter un rebond de la maladie. Une réduction progressive des applications est souhaitable et un traitement de prévention des poussées 2 à 3 fois par semaine au long cours est souvent préconisé.
- Il est important de démarrer ce traitement local dès que la poussée de DA apparaît, quand la peau devient rose et légèrement rugueuse. Si vous attendez longtemps avant de commencer le traitement, il sera beaucoup plus difficile de traiter efficacement une poussée étendue.
- Parfois, votre médecin prescrira des bandages humides sur les applications de dermocorticoïdes (« wet wraps ») afin d'améliorer l'efficacité du traitement.

L'application régulière de crèmes émollientes/hydratantes au long cours est très utile pour réduire la sensation de peau sèche, renforcer la barrière cutanée et pour prévenir les poussées. Votre médecin vous conseillera dans le choix de ces produits. Cependant, les crèmes émollientes/hydratantes seules ne sont pas suffisantes pour traiter une poussée de DA.

12. Les dermocorticoïdes sont-ils dangereux ?

Les dermocorticoïdes sont généralement très efficaces et sûrs, mais les patients atteints de DA ont souvent peur de les utiliser. Les dermocorticoïdes doivent être différenciés des corticoïdes oraux (administrés en comprimé ou sirop). Les DC sont beaucoup plus sûrs que les corticostéroïdes oraux, car ils sont appliqués directement sur la peau enflammée sans affecter le corps entier. Les effets secondaires sont très rares lorsque les dermocorticoïdes sont utilisés dans la DA en poussée selon la prescription d'un médecin. De plus, ils sont utiles pour le traitement d'entretien afin d'éviter les poussées. Cependant, si vous êtes un adulte ou un adolescent atteint de DA, vous devez vous méfier de deux situations particulières pour éviter les effets secondaires :

- Les dermocorticoïdes puissants ne doivent pas être appliqués quotidiennement sur le visage pendant plus d'un mois, car ils peuvent entraîner une fragilité et une rougeur de la peau. L'utilisation intermittente, par exemple tous les deux jours ou deux fois par semaine réduira le risque d'effets secondaires.
- L'application de dermocorticoïdes au niveau des cuisses et de la poitrine (chez les femmes) pendant de longues périodes peut induire des vergetures, en particulier chez les adolescent(e)s. De même, les femmes enceintes atteintes de DA doivent appliquer avec prudence les dermocorticoïdes sur l'abdomen afin d'éviter les risques de vergetures.

13. Le tacrolimus pommade dans la dermatite atopique

Votre dermatologue vous a peut-être prescrit du tacrolimus pommade (PROTOPIC, TAKROZEM). C'est un traitement local sans corticoïde, qui fait partie des « inhibiteurs de la calcineurine ». Ce produit n'est pas plus efficace que les dermocorticoïdes, mais peut être particulièrement utile si vous avez une DA atteignant le visage ou les paupières afin d'éviter les applications de dermocorticoïdes sur cette zone. Il peut également être utile pour traiter d'autres parties du corps pendant la phase d'entretien du traitement pour prévenir les poussées de DA. Le tacrolimus est sans danger pour les enfants et les adultes. Il n'y a aucune preuve que ce produit puisse causer un cancer. Ces produits ne provoquent

pas de vergetures, mais peuvent provoquer une sensation de brûlure, surtout en début de traitement.

14. Et les infections cutanées ?

Si vous souffrez de DA, vous avez peut-être eu un ou plusieurs épisodes d'infection cutanée.

- La barrière cutanée est fragile chez les personnes souffrant de DA et certains microbes potentiellement dangereux tels que le staphylocoque doré sont détectés à la surface de la peau, même sur la peau non enflammée. Les infections cutanées dues au staphylocoque doré peuvent provoquer des croûtes jaunes sur la peau et aggraver la DA. Ce type d'infection peut nécessiter un traitement avec des antibiotiques prescrits par votre médecin, mais peut souvent être traité en traitant plus intensément l'eczéma avec des dermocorticoïdes. Les bains de javel diluée, ainsi que d'autres désinfectants, peuvent également être utiles pendant une courte durée. Consultez votre médecin si la situation ne s'améliore pas.
- Les patients atteints de DA peuvent également présenter des épisodes d'infection cutanée causée par un virus herpès. Il est conseillé aux personnes de l'entourage ayant une poussée d'herpès (comme les boutons de fièvre) d'éviter tout contact avec les personnes souffrant de DA.

15. Quand et comment traiter la dermatite atopique avec des médicaments systémiques ?

La plupart des patients atteints de DA peuvent être traités avec une combinaison d'émollients et de crèmes anti-inflammatoires topiques. La DA sévère peut justifier la prescription de médicaments dit systémiques pour obtenir le contrôle de la maladie. Ces médicaments peuvent être administrés par voie orale sous forme de comprimés ou par injections sous-cutanées. Les corticostéroïdes oraux présentent un risque d'effet indésirable et de rebond de la DA lors de l'arrêt, et peu de bénéfice. Ils doivent donc être évités. La ciclosporine est un médicament immunosuppresseur en comprimés, qui est efficace rapidement mais qui doit être prescrit sur une période limitée dans le temps. Les biothérapies comme le dupilumab (DUPIXENT), le tralokinumab (ADTRALZA) et le lebrikizumab (EBGLYSS) sont des médicaments injectables qui peuvent être prescrits chez l'adulte et l'adolescent, mais aussi dans les cas les plus sévères chez l'enfant pour le dupilumab. Les inhibiteurs de JAK, prescrits par voie orale (baricitinib OLUMIANT, upadacitinib RINVOQ, abrocitinib CIBINQO), peuvent également être proposés en cas de besoin d'un traitement systémique. Les inhibiteurs de JAK ne peuvent actuellement pas être prescrits en dehors d'un cadre hospitalier, contrairement aux biothérapies. C'est votre dermatologue (ou votre allergologue

pour les biothérapies) qui pourra vous guider pour choisir le traitement qui vous convient le mieux.

Sébastien Barbarot, Christian Vestergaard, Andreas Wollenberg au nom de l'ETFAD; Octobre 2017

Adaptation/Traduction Alain Taïeb Novembre 2017

Version validée par le Groupe d'Etude de l'Eczema Atopique (GREAT) de la SFD en 2019, mis à jour en juillet 2025.

ANNEXE 10. TABLEAUX DE SYNTHÈSE SUR LES MODALITÉS DE PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

Biothérapies

Molécule	Posologie	Informations à donner	Bilan avant traitement	Bilan en cours de traitement	Effets indésirables principaux
DUPILUMAB AMM chez l'adulte et chez l'enfant à partir de 6 mois	Voie injectable sous-cutanée Adulte : dose initiale de 600mg puis 300mg toutes les 2 semaines. Enfant : 6 mois à 5 ans : 5 à 15 kilos : 200mg / 4 semaines. 15 à 30 kilos : 300mg / 4 semaines. 6 à 11 ans : 15 à 60 kilos : 300 mg J1 et J15 puis 300 mg / 4 semaines. 11 à 17 ans : < 60 kilos : dose initiale de 400 mg puis 200 mg toutes les 2 semaines. ≥ 60 kilos : schéma adulte.	Avant le début du traitement : - Mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur, si possible avant le début du traitement. - Pas de vaccins vivants et vivants atténués dans les 3 semaines précédant le traitement et pendant celui-ci. Chez la femme enceinte ou allaitante, l'indication du traitement est discutée au cas par cas	Conformément au RCP, aucun examen complémentaire n'est indispensable. Toutefois, un bilan sanguin minimal peut être fait (hémogramme avec formule sanguine, bilan hépatique et rénal, sérologies hépatites B et C, VIH).	Aucun	- Réaction au site d'injection - Blépharo-conjonctivite - Dermate de la tête et du cou - Arthralgies - Hyperéosinophilie transitoire asymptomatique
TRALOKINUMAB AMM chez l'adulte et chez l'adolescent de 12 ans et plus	Voie injectable sous-cutanée Dose initiale de 600 mg puis 300 mg toutes les 2 semaines.	Avant le début du traitement : - Mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur/ - Pas de vaccins vivants et vivants atténués dans les 3 semaines	Conformément au RCP, aucun examen complémentaire n'est indispensable. Toutefois, un bilan sanguin minimal peut être fait	Aucun	- Réaction au site d'injection - Infections des voies respiratoires supérieures - Blépharo-conjonctivite - Hyperéosinophilie transitoire asymptomatique

		<p>précédant le traitement et pendant celui-ci.</p> <p>Chez la femme enceinte ou allaitante, l'indication du traitement est discutée au cas par cas.</p>	<p>(hémogramme avec formule sanguine, bilan hépatique et rénal, sérologies hépatites B et C, VIH).</p>		
<p>LEBRIKIZUMAB AMM chez l'adulte et chez l'adolescent de 12 ans et plus (poids > 40 kgs)</p>	<p>Voie injectable sous-cutanée</p> <p>Dose de 500 mg à S0 et à S2 puis 250 mg toutes les 2 semaines.</p>	<p>Avant le début du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur/ - Pas de vaccins vivants et vivants atténués dans les 3 semaines précédant le traitement et pendant celui-ci. <p>Chez la femme enceinte ou allaitante, l'indication du traitement est discutée au cas par cas.</p>	<p>Conformément au RCP, aucun examen complémentaire n'est indispensable.</p> <p>Toutefois, un bilan sanguin minimal peut être fait (hémogramme avec formule sanguine, bilan hépatique et rénal, sérologies hépatites B et C, VIH).</p>	Aucun	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction au site d'injection - Blépharo-conjonctivite - Hyperéosinophilie transitoire asymptomatique

Anti JAK

Molécule	Posologie	Informations à donner	Bilan avant traitement	Bilan en cours de traitement	Effets indésirables principaux
ABROCITINIB AMM chez l'adulte et l'adolescent de 12 ans et plus	Voie orale <u>Adulte</u> : 200 mg/j <u>Adolescent</u> (poids de 25 à 59 kilos) : 100 mg/j Adaptation de la posologie en fonction de l'âge, des comorbidités, des médicaments co-administrés et de la réponse au traitement.	Une information doit être donnée à tous les patients sur les risques associés à l'utilisation des inhibiteurs de JAK et une carte de surveillance doit être remise. - Prescription initiale hospitalière. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie et médecine interne. - Contre-indication pendant la grossesse et l'allaitement.	- NFS, plaquettes - Profil lipidique - Bilan rénal - Transaminases - Quantiféron - Sérologies VIH, hépatites B et C	- NFS, plaquettes à S4 ; - Profil lipidique à S12 ; Puis rythme et paramètres biologiques (NFS, bilan rénal, bilan hépatique, profil lipidique) à adapter selon la prise en charge habituelle du patient.	- Infections (zona, herpès, tuberculose) - Infections des voies respiratoires supérieures - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) - Céphalées, vertiges - Eruption acnéiforme - Elévation de la CPK - Hypercholestérolémie - Cytopénies
BARICITINIB AMM chez l'adulte et chez l'enfant à partir de 2 ans	Voie orale <u>Adulte</u> : 4 mg/j <u>Enfants et adolescents</u> : 10 à 30 kilos : 2 mg/jour > 30 kilos : 4 mg/jour Adaptation de la posologie en fonction de l'âge, des comorbidités, des médicaments co-administrés et de la réponse au traitement	- Contraception efficace pendant le traitement et 1 semaine après l'arrêt pour le baricitinib, 1 mois après l'arrêt pour l'upadacitinib et l'abrocitinib. - Avant le début du traitement : Mise à jour des vaccinations conformément aux recommandations vaccinales en vigueur (y compris la vaccination contre le zona) Pas de vaccins vivants et vivants atténués immédiatement avant et pendant le traitement		- Profil lipidique à S12 puis selon la prise en charge habituelle du patient.	- Infections des voies respiratoires supérieures - Autres infections (zona, herpès, tuberculose) - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) - Céphalées, vertiges - Eruption acnéiforme - Hypercholestérolémie, élévation de la CPK
UPADACITINIB AMM chez l'adulte et	Voie orale <u>Adulte</u> : 30 mg/j. <u>Adolescent</u> : (poids ≥ à 30 kilos) : 15 mg/jour			- NFS, plaquettes et profil lipidique : à S12 puis selon la prise en charge habituelle du patient.	- Infections des voies respiratoires supérieures - Autres infections (zona, herpès, tuberculose)

l'adolescent de 12 ans et plus	Adaptation de la posologie en fonction de l'âge, des comorbidités, des médicaments co-administrés et de la réponse au traitement.				<ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) - Céphalées, vertiges - Eruption acnéiforme - Elévation de la CPK, cytopénies, hyperlipémie
Précautions d'utilisation	<p>Ces médicaments ne doivent être utilisés qu'en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée, avec une posologie réduite, chez les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âgés de plus de 65 ans - fumeurs ou ayant fumé pendant une longue durée - à risque augmenté par rapport à la population générale d'évènement cardiovasculaire majeur (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) - à risque augmenté de maladie thromboembolique (thrombophlébite veineuse profonde et embolie pulmonaire) - à risque augmenté de cancer 				

Traitements conventionnels (hors photothérapie)

Molécule	Posologie	Informations à donner	Bilan avant traitement	Bilan en cours de traitement	Effets indésirables principaux
CICLOSPORINE AMM chez l'adulte et chez l'adolescent à partir de 16 ans	Voie orale (gélules) <u>Adulte</u> : Poussée : 4-5 mg/kg/jour en 2 prises Entretien : 2,5-3 mg/kg/jour en 2 prises <u>Enfant</u> : 2,5-5mg/kg/jour en 2 prises	<ul style="list-style-type: none"> - Autorisée pendant la grossesse mais contraception recommandée. - Pas d'exposition solaire excessive. - Recommandations nationales du dépistage des cancers 	<ul style="list-style-type: none"> - Ionogramme sanguin, magnésium, glycémie, cholestérol, triglycérides - NFS, CRP - Bilan rénal - Bilan hépatique - Sérologies VIH/VHB/VHC - Test de grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Créatinine : à S2, S4 puis tous les mois - NFS : à S4 - Bilan hépatique et profil lipidique : à S4 et S12 - Glycémie : tous les 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Dysfonction rénale, - Élévation de la TA - Troubles digestifs, - Hypertrichose, - Hyperplasie gingivale, - Paresthésies
METHOTREXATE Hors AMM	Voie orale (comprimés) ou injectable <u>Adulte</u> : 5-15 mg/semaine (max 25 mg/semaine) <u>Enfant</u> : 0,3-0,4 mg/kg/semaine Prise hebdomadaire à jour fixe + supplémentation en acide folique selon habitudes du prescripteur	<ul style="list-style-type: none"> - Contraception obligatoire chez la femme et chez l'homme à maintenir après l'arrêt 3 mois chez l'homme et 1 jour chez la femme. - Photoprotection - Mise à jour des vaccinations au moins 2 semaines avant le début du traitement dont vaccinations anti pneumococcique et anti grippale - Recommandations nationales du dépistage des cancers 	<ul style="list-style-type: none"> - NFS, CRP - Bilan rénal - Bilan hépatique, score Fib4 - Sérologies VIH/VHB/VHC - Electrophorèse des protéines plasmatiques - Test de grossesse - Radio thorax - Echographie hépatique +/- FibroScan chez les patients à risque (obésité syndrome métabolique, score Fib4 élevé...) 	<ul style="list-style-type: none"> - NFS : à S1 - Puis NFS, bilan hépatique et bilan rénal à S2, S4 et tous les 2-3 mois. - PIIP (peptide du pro collagène III) ou FibroScan : en fonction du terrain du patient ou de l'avis de l'hépatologue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs (nausées, vomissement, diarrhées), fatigue, - Ulcérations buccales - Élévation des enzymes hépatiques, cytopénies - Pneumopathie interstitielle

ANNEXE 11. LISTE DES PROFESSIONS A HAUT RISQUE D'ECZEMA DES MAINS

Profession	Composants possiblement sensibilisants et allergéniques
Coiffeur	Teintures capillaires, produits pour permanentes, produits de soins capillaires, conservateurs cosmétiques, agents de blanchiment, matériaux en caoutchouc, détergents, travaux en milieu humide
Esthéticienne	Acryliques, acrylates, conservateurs, travail en milieu humide
Agent de service d'entretien	Désinfectants, produits ou matériaux abrasifs, matériaux en caoutchouc, travaux en milieu humide
Pâtissier / Boulanger	Poussières de farine et de céréales, travaux en milieu humide
Peintre	Peintures, pigments de peinture, isocyanates, résines, térébenthine, conservateurs
Métier de la construction et de chantier (ciment)	Isocyanates, ciment, béton, colles, peintures, résines, fibre de verre et métaux
Menuisier et charpentier	Bois
Fleuriste et jardinier	Plantes, matériaux en caoutchouc, travaux en milieu humide
Métier agricole	Particules animales, désinfectants, plantes, matériaux en caoutchouc
Métier de la santé	Latex, désinfectants, médicaments, travaux en milieu humide
Vétérinaire, dresseur-éleveur, aide-soignant animalier, métier de laboratoire au contact avec des animaux	Particules animales, désinfectants, médicaments, matériaux en caoutchouc, outils, travaux en milieu humide
Employés de restauration et de cuisine	Détergents, désinfectants, aliments, matériaux en caoutchouc, travaux en milieu humide
Technicien en énergie en éolienne	Solvants, détergents, colles, peintures, époxy, résines, fibre de verre, acides et alcalis
Mécanicien et métallurgiste	Fluides de coupe, liquides de refroidissement, détergents, produits pétroliers, métaux, conservateurs