



Prise en charge adaptée de la dermatite atopique en 2025

Adapted management of atopic dermatitis in 2025

SERCKX E., KUL A., RICHERT B. et KRYGIER J.

Département interhospitalier de Dermatologie, CHU Saint-Pierre et CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

Plusieurs nouveautés sont à relever en 2025 concernant la dermatite atopique (DA), pathologie inflammatoire chronique pouvant avoir un retentissement important sur la qualité de vie. Les avancées récentes en matière de traitements topiques et systémiques ont considérablement modifié l'arsenal thérapeutique. Cet article fait un tour d'horizon sur ces nouveautés et leurs implications dans la prise en charge des patients en 2025.

Concernant les traitements topiques, l'autorisation de mise sur le marché du crisaborole en Europe donnée en mars 2020 a été retirée en janvier 2022 pour des raisons commerciales. Le delgocitinib et le ruxolitinib ne sont pas encore autorisés dans l'indication DA. Les traitements systémiques se sont diversifiés. Le dupilumab peut désormais être prescrit dès l'âge de 6 mois. Le tralokinumab, le lébrikizumab (remboursé depuis le 1^{er} janvier 2025) et le némolizumab (pas encore remboursé) peuvent être prescrits dès l'âge de 12 ans. L'autorisation de l'amlitelimab pourrait être accordée en 2026. Parmi les inhibiteurs de Janus Kinase (anti-JAK), l'upadacitinib (pas encore remboursé) et l'abrocitinib (remboursé dès 18 ans) peuvent être prescrits dès l'âge de 12 ans. Le baricitinib (remboursé dès 18 ans) peut être prescrit dès l'âge de 2 ans. Toutes ces nouveautés visent à obtenir un profil bénéfice/risque optimal et à induire une réponse thérapeutique rapide et durable pour davantage de patients. De nouvelles recommandations belges sur la DA ont été publiées en 2024.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 674-682

Doi : 10.30637/2025.25-052

Mots-clés : dermatite atopique, dernières mises à jour, 5 ans

ABSTRACT

Several developments in 2025 are noteworthy regarding atopic dermatitis (AD), a chronic inflammatory condition that can significantly impact quality of life. Recent advances in both topical and systemic treatments have considerably reshaped the therapeutic landscape. This article provides an overview of these innovations and their implications for patient management in 2025. Regarding topical treatments, the marketing authorization for crisaborole in Europe, granted in March 2020, was withdrawn in January 2022 for commercial reasons. Delgocitinib and ruxolitinib have not yet received approval for the indication of atopic dermatitis. Systemic treatments have diversified. Dupilumab can now be prescribed from the age of 6 months. Tralokinumab, lebrikizumab (reimbursed since January 1, 2025), and nemolizumab (not yet reimbursed) can be prescribed from the age of 12. Amlitelimab may be approved in 2026. Among Janus kinase inhibitors (JAK inhibitors), upadacitinib (not yet reimbursed) and abrocitinib (reimbursed from age 18) can be prescribed from age 12. Baricitinib (reimbursed from age 18) can be prescribed from age 2. All these innovations aim to achieve an optimal benefit-risk profile and to induce a rapid and sustained therapeutic response for a broader patient population. New Belgian recommendations on AD were published in 2024.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 674-682

Doi : 10.30637/2025.25-052

Keywords : atopic dermatitis, last updates, 5 years

INTRODUCTION

Les avancées récentes en matière de traitements topiques et systémiques de la dermatite atopique (DA) ont considérablement modifié l'arsenal thérapeutique. Cet article passe en revue les nouveautés et leurs implications pour une prise en charge adaptée des patients en 2025.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une revue de littérature a été réalisée le 3 mai 2025 pour identifier les nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques sur la base de données PubMed en utilisant les mots-clé « atopic dermatitis » et « last updates », en mettant un filtre sur « 5 years ».

RÉSULTAT ET DISCUSSION

Recommandations sur la prise en charge de la DA

Les nouvelles recommandations belges 2024 sur la prise en charge de la DA, intégrant les avancées thérapeutiques, ont été publiées récemment¹. Les nouvelles recommandations françaises 2024 seront publiées en 2025. La prise en charge débute par une mise au point diagnostique puis par l'explication de la maladie au patient.

Diagnostic

En 2025, le diagnostic reste clinique. Les critères diagnostiques les plus utilisés sont ceux décrits par Hanifin et Rajka. Des examens complémentaires (biopsie cutanée, dosage d'IgE, recherche d'éosinophilie) sont parfois utiles. Le bilan allergologique est réalisé si la DA est récalcitrante, associée à une cassure de la courbe staturo-pondérale ou à des signes d'allergies alimentaires, respiratoires ou de contact. En cas d'allergie avérée, le maintien de l'allergène conduirait à un échappement thérapeutique. Des avancées récentes ont identifié des biomarqueurs qui permettront, dans un futur proche, de classer les patients selon différents endophénotypes pour ajuster le traitement.

Sévérité

Evaluer la sévérité de la DA et son impact sur la qualité de vie est impératif pour établir la stratégie thérapeutique. Les scores cliniques les plus utilisés sont d'une part l'EASI et le SCORAD pour l'évaluation des symptômes objectifs et d'autre part le Prurit-NRS et le DLQI pour celle des symptômes subjectifs (cf. tableau). Un nouvel outil (ADAS7), facile et peu chronophage, a récemment été validé.

Statut vaccinal

Avant d'initier un traitement, il convient, si nécessaire, de mettre à jour le statut vaccinal du patient selon les recommandations en vigueur. La vaccination contre le zona avec le vaccin Shingrix est recommandée essentiellement avant un traitement par anti-JAK en raison de leur risque accru de réactivation herpétique.

Traitement

Mesures générales

Le suivi des règles d'hygiène, l'hydratation cutanée et la limitation des facteurs aggravants (savons alcalins, gel douche moussant, détergents, produits parfumés ou alcoolisés, bains trop chauds ou trop longs, allergènes, tabac, vêtements synthétiques ou rêches ou encore trop serrés, grattage, stress, changements brusques de température, ...) restent essentiels en 2025. L'éducation du patient est primordiale. Un soutien psychologique est parfois nécessaire.

Traitements topiques

Les traitements topiques restent l'option thérapeutique classique pour traiter la DA légère à modérée.

Corticoïdes topiques

Les corticoïdes topiques sont le pilier de la prise en charge de la DA légère à modérée, sauf rares contre-indications (utilisation prolongée ou inappropriée, infections cutanées non traitées, présence d'ulcérations ou de plaies ouvertes, hypersensibilité connue à un composant).

Antihistaminiques

En cas de prurit, les antihistaminiques peuvent être prescrits. Ceux de première génération comme la diphenhydramine et l'hydroxyzine, sont plutôt utilisés le soir à cause de leurs effets sédatifs. Ils sont déconseillés chez les enfants de moins de deux ans et les personnes âgées. Ceux de seconde génération, comme la rupatadine ou la loratadine, peuvent être prescrits aux enfants dès l'âge de 2 ans sous forme de sirop avec moins d'effets sédatifs.

Immunomodulateurs à usage local sans cortisone

Les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus et pimécrolimus) sont des immunomodulateurs à usage local sans cortisone. Ils sont utilisés pour traiter la DA modérée à sévère n'ayant pas répondu adéquatement aux dermocorticoïdes ou quand ceux-ci sont contre-indiqués ou encore en relais de ces derniers, notamment pour éviter leurs effets secondaires sur le long terme. Remboursés en Belgique sous certaines conditions, le tacrolimus est utilisé chez les patients âgés de 2 ans et plus tandis que le pimécrolimus est utilisé chez les patients dès l'âge de 3 mois.

Parmi les nouveautés, trois autres molécules montrant une efficacité prometteuse ont récemment été approuvées par la *Food and Drug Administration* (FDA) : le crisaborole (inhibiteur de la phosphodiesterase-4), le delgocitinib (inhibiteur pan-JAK) et le ruxolitinib (inhibiteur sélectif des JAK 1 et JAK 2).

Le crisaborole (pommade) est indiqué pour traiter la DA légère à modérée chez des patients âgés de 2 ans et plus dont ≤ 40 % de la surface corporelle est atteinte. Son autorisation en Europe depuis mars 2020 a été retirée en janvier 2022 pour des raisons commerciales.

Le delgocitinib (crème) est le premier traitement topique spécifiquement indiqué pour traiter les adultes atteints d'eczéma chronique des mains modéré à sévère, présentant une réponse inadéquate aux corticostéroïdes topiques. Son efficacité est prometteuse, y compris chez des adolescents de 12 à 17 ans². Il est autorisé en Europe depuis septembre 2024 dans cette indication mais n'est pas encore autorisé dans l'indication DA.

Le ruxolitinib (crème), déjà autorisé en Europe depuis avril 2023 pour le vitiligo, fait l'objet d'études cliniques en vue d'une extension d'indication au traitement de la DA modérée à sévère chez les patients de 2 ans et plus. Les résultats sont encourageants.

Photothérapie

La photothérapie n'est pas remboursée en Belgique. C'est une option sûre pour les femmes enceintes. Elle doit être limitée dans le temps afin de ne pas exposer le patient à un risque de cancer cutané à long terme. Combiner les UV avec la ciclosporine ou l'azathioprine est contre-indiqué.

Traitements systémiques

Recommandations

Les corticoïdes systémiques sont exceptionnellement utilisés lors de certaines poussées aiguës. Le traitement de la DA modérée à sévère, classiquement avec des immunosuppresseurs conventionnels, a connu une révolution avec les nouveaux produits biologiques et les anti-JAK (cf. figure). Ils présentent une efficacité sans précédent.

Immunosuppresseurs conventionnels

Les immunosuppresseurs restent une option thérapeutique de première ligne pour traiter la DA sévère sauf contre-indication ou intolérance. En Belgique, un traitement de 4 mois avec de la ciclosporine au cours des 12 derniers mois est un prérequis pour le remboursement d'une biothérapie ou d'un anti-JAK. Les nouvelles recommandations belges préconisent, sauf cas particulier, la ciclosporine ou une alternative en première ligne, une biothérapie en 2^e ligne et un anti-JAK en 3^e ligne. Chez la femme enceinte, la ciclosporine est préconisée comme traitement systémique préférentiel. La ciclosporine peut être

utilisée chez les enfants (prescription off-label). En alternative, le méthotrexate, le mycophénolate mofétil et l'azathioprine semblent également efficaces chez les enfants et adultes (prescriptions off-label aussi).

Traitements biologiques

Les nouveaux traitements biologiques sont des anticorps dirigés contre des médiateurs inflammatoires (interleukines 4, 13 et 31, ...). Bien que très efficaces, la plupart ne sont pas remboursés pour les enfants de moins de 12 ans. Un bilan pré-thérapeutique est recommandé. Il comprend un interrogatoire médical (traitements antérieurs, comorbidités générales et atopiques, mode de vie tels que voyages ou séjours en zone d'endémie parasitaire, projet de grossesse ou grossesse en cours), un bilan vaccinal, un examen clinique et des examens complémentaires si nécessaire, orientés selon l'anamnèse (sérologies infectieuses, recherche de tuberculose ...). Injectables en seringue ou stylo prérempli par voie sous-cutanée, les produits biologiques peuvent être associés à des traitements topiques (corticostéroïdes ou inhibiteurs de la calcineurine). Cette association vise à optimiser le contrôle des poussées tout en permettant de réduire la dose ou la durée des traitements topiques, ce qui contribue à limiter leurs effets secondaires. Ils ne sont pas recommandés chez la femme enceinte ou allaitante. Aucun ajustement posologique n'est préconisé chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Aucune surveillance biologique spécifique n'est requise mais une surveillance clinique reste essentielle. Ils font l'objet d'une surveillance supplémentaire par l'Agence européenne des Médicaments afin de détecter rapidement tout effet indésirable et garantir la sécurité des patients.

Dupilumab

Le dupilumab est un anticorps monoclonal qui cible le récepteur alpha de l'interleukine-4 (IL-4R α). Ce récepteur est partagé par les voies de signalisation de l'IL-4 et de l'IL-13. En se liant à IL-4R α , le dupilumab inhibe la signalisation de l'IL-4 et de l'IL-13. Il est très efficace, permettant d'obtenir l'EASI-75 chez 44,2 à 68,9 % des patients ($p=0,0001$) après 16 semaines³. Il améliore aussi le prurit et la qualité du sommeil. Il est la première biothérapie autorisée en Europe (depuis septembre 2017) pour traiter la DA. Son indication et son remboursement en Belgique ont récemment été élargis aux enfants à partir de 6 mois et 5 kg. Les principaux effets indésirables sont ophtalmologiques (conjonctivites, kératites et blépharites) car la double inhibition IL-4/IL-13 peut perturber plusieurs mécanismes essentiels à la fonction barrière de la surface oculaire. Peuvent aussi être observés un érythème facial, des exacerbations de l'eczéma et des infections des voies respiratoires supérieures. Dans 10 % des cas maximum, des patients peuvent développer une DA de la tête et du cou *de novo* comme effet secondaire.

Le dupilumab est actuellement la seule biothérapie également autorisée en traitement de fond additionnel de l'asthme sévère. Il peut être prescrit aux patients à partir de 6 ans, qui sont insuffisamment contrôlés par des corticostéroïdes inhalés associés à un autre traitement de fond de l'asthme.

En avril 2025, la FDA a approuvé le dupilumab pour traiter également les patients de 12 ans et plus atteints d'urticaire chronique spontané non contrôlé par les antihistaminiques H1.

Tralokinumab

Le tralokinumab est un inhibiteur de l'IL-13. Il est autorisé en Europe depuis juin 2021 et remboursé en Belgique pour traiter efficacement⁴ les patients de 12 ans et plus. Les principaux effets secondaires sont similaires à ceux du dupilumab. Cependant, en ciblant uniquement l'IL-13, il pourrait mieux préserver l'homéostasie immunitaire de la surface oculaire que le dupilumab qui bloque à la fois l'IL-4 et l'IL-13. Cela expliquerait une incidence plus faible de conjonctivite (fréquence de 7,5 % avec p-valeur < 0,001 versus 8,6 à 22,1 % pour le dupilumab selon les études). Deux études rétrospectives se rapprochant des conditions de vie réelle rapportent même des taux de 28,5 et 38,2 % pour le dupilumab. Plusieurs données récentes suggèrent que la DA de la tête et du cou pourrait être mieux contrôlée avec le tralokinumab ou les anti-JAK, qu'avec le dupilumab, mais il n'y a pas encore de consensus officiel.

Lébrizumab

Le lébrizumab est un inhibiteur de l'IL-13. En raison de son efficacité⁵, il est autorisé en Europe depuis novembre 2023. Il est remboursé en Belgique depuis le 1^{er} janvier 2025 pour les patients âgés de 12 ans minimum pesant au moins 40 kg. Les principaux effets secondaires sont similaires au tralokinumab (avec notamment une incidence plus faible de conjonctivites que le dupilumab).

Autres nouvelles thérapies immunomodulatrices à base d'anticorps

Némolizumab

Le némolizumab est un anticorps monoclonal humanisé de type immunoglobuline G modifié qui cible exclusivement le récepteur alpha de l'IL-31. C'est le premier anticorps de ce type approuvé par la FDA en décembre 2024 pour traiter les patients de 12 ans et plus. En raison de son efficacité⁶, il est également autorisé en Europe depuis février 2025 pour cette même tranche d'âge. Il devrait être prochainement remboursé en Belgique sous certaines conditions. Les effets secondaires les plus fréquents sont l'hypersensibilité de type I (urticaire et angioœdème) et les réactions au site d'injection.

Amlitélumab

L'amlitélumab est un anticorps monoclonal entièrement humain qui bloque le ligand OX40L. Il est potentiellement le meilleur traitement de sa catégorie pour diverses maladies à médiation immunitaire et troubles inflammatoires, notamment la DA modérée à sévère, l'asthme, l'hydradénite suppurée, la sclérodermie et l'alopecie. Des essais cliniques sont en cours et une demande d'approbation sera déposée en 2026 auprès de la FDA. En raison de son efficacité⁷, une demande d'autorisation en Europe a été déposée en avril 2023 pour traiter les adultes. Elle pourrait être accordée en 2026. Les principaux effets secondaires sont les céphalées et les infections des voies respiratoires supérieures.

Rocatinlimab

Le rocatinlimab est un anticorps anti-OX40L. En phase d'essai, il n'est pas encore autorisé par la FDA et/ou la Commission européenne. Les premiers résultats chez les adultes et adolescents sont prometteurs en monothérapie. Les effets secondaires les plus fréquents sont les pyrexies, rhinopharyngites, céphalées, aphtes et nausées. L'étude de maintenance évaluant la sécurité, la tolérance et l'efficacité à long terme, est en cours.

Anti-JAK

Les anti-JAK bloquent efficacement les signaux envoyés aux cellules par un vaste groupe d'interleukines. Parmi les anti-JAK indiqués dans la DA, le baricitinib et l'abrocitinib sont remboursés en Belgique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus. L'upadacitinib ne l'est pas encore. Ce sont des traitements systémiques de troisième ligne car une utilisation préalable de produits biologiques est souvent requise. Tout comme ceux-ci, ils peuvent être associés à des traitements topiques (dermocorticoïdes ou inhibiteurs de la calcineurine). Présentant l'avantage d'une administration orale (comprimés) et d'un soulagement rapide des symptômes, ils ont une durée d'action plus courte que les produits biologiques. Aussi, ils doivent être pris régulièrement.

Les anti-JAK exposent à des effets indésirables fréquents et/ou potentiellement sévères (papules acnéiformes, troubles du métabolisme lipidique, élévation des CK, événements thromboemboliques, infections ou encore cancers cutanés non mélanocytaires). Ces risques restreignent leur usage à des cas bien ciblés. Leur prescription requiert un bilan pré-thérapeutique approfondi comprenant une évaluation clinique préalable (âge, antécédents médicaux, infections, grossesse) ainsi qu'un bilan vaccinal et biologique (NFS, bilan lipidique, transaminases, créatinine, CPK/CK, sérologies infectieuses). S'ensuit une sélection rigoureuse des patients. Chez les patients présentant un profil à risque, notamment les personnes de 65 ans et plus, celles ayant des antécédents ou facteurs de risque cardiovasculaires, un terrain oncologique ou des infections chroniques ou récurrentes, ils ne

doivent être envisagés qu'en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée et la posologie doit être réduite de moitié. Ils sont contre-indiqués chez la femme enceinte et déconseillés pendant l'allaitement. Il convient donc d'instaurer une contraception efficace avant de les prescrire aux femmes en âge de procréer.

Un suivi biologique régulier (NFS, bilan hépatique, lipidique, CK) et une vigilance accrue quant à la survenue d'effets secondaires sont recommandés. Les anti-JAK font l'objet d'une surveillance renforcée par l'Agence européenne des Médicaments.

Baricitinib

Le baricitinib est un inhibiteur sélectif des JAK1 et JAK2. En raison de son efficacité⁸, il est autorisé en Europe pour traiter les adultes depuis février 2017 et les enfants dès 2 ans depuis octobre 2023. Les effets indésirables les plus fréquents sont l'augmentation du LDL-cholestérol, les infections des voies respiratoires supérieures, les céphalées, l'herpès labial et génital, les gastro-entérites ainsi que les infections des voies urinaires. Le zona est aussi un effet secondaire rapporté mais ne figure pas dans les effets les plus fréquents, et ce aussi bien pour le baricitinib que l'upadacitinib et l'abrocitinib.

Upadacitinib

L'upadacitinib est un inhibiteur sélectif de JAK1. Son efficacité est rapide, souvent dès la 2^e semaine de traitement. Il est autorisé en Europe depuis août 2021 vu sa très bonne efficacité⁹ pour traiter les patients à partir de 12 ans. Il n'est pas encore remboursé en Belgique dans l'indication DA. Il s'est montré plus efficace que le dupilumab et le tralokinumab en termes de réponse EASI-75 et EASI-90 et de variation du score de prurit mais est associé à une incidence plus élevée d'effets indésirables. Les principaux effets secondaires sont les infections des voies respiratoires supérieures, l'acné, l'herpès labial et génital, les céphalées, l'augmentation de la créatine phosphokinase dans le sang, la toux, la folliculite, les douleurs abdominales, les nausées, la neutropénie, la pyrexie et la grippe. Une modification du rapport d'évaluation, confirmant un profil de sécurité favorable sur le long terme, a été publiée en février 2025.

Abrocitinib

L'abrocitinib est aussi un inhibiteur sélectif de JAK1. Il améliore rapidement et substantiellement la gravité de la DA. En raison de sa très bonne efficacité¹⁰, il est autorisé en Europe pour traiter les adultes depuis décembre 2021 et les adolescents dès 12 ans depuis mars 2024. Des études démontrent la supériorité de l'abrocitinib et de l'upadacitinib par rapport au baricitinib. L'abrocitinib s'est aussi montré plus efficace que le dupilumab. Les taux de réponse EASI-75 sont comparables à ceux de l'upadacitinib ou, dans certaines études, légèrement inférieurs. Ils sont donc intéressants pour traiter la DA sévère non contrôlée par le dupilumab. Les principaux effets secondaires sont similaires à ceux de l'upadacitinib.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Grâce aux avancées récentes en matière de traitements topiques et systémiques, les options thérapeutiques se sont considérablement enrichies, permettant en 2025 une prise en charge de la DA davantage personnalisée et efficace.

Les recherches ne cessent de progresser. Le stapokibart (inhibiteur de l'IL-4R α) est prometteur dans la DA modérée à sévère chez les adultes. Il est autorisé en Chine depuis septembre 2024 mais pas encore en Europe et aux USA.

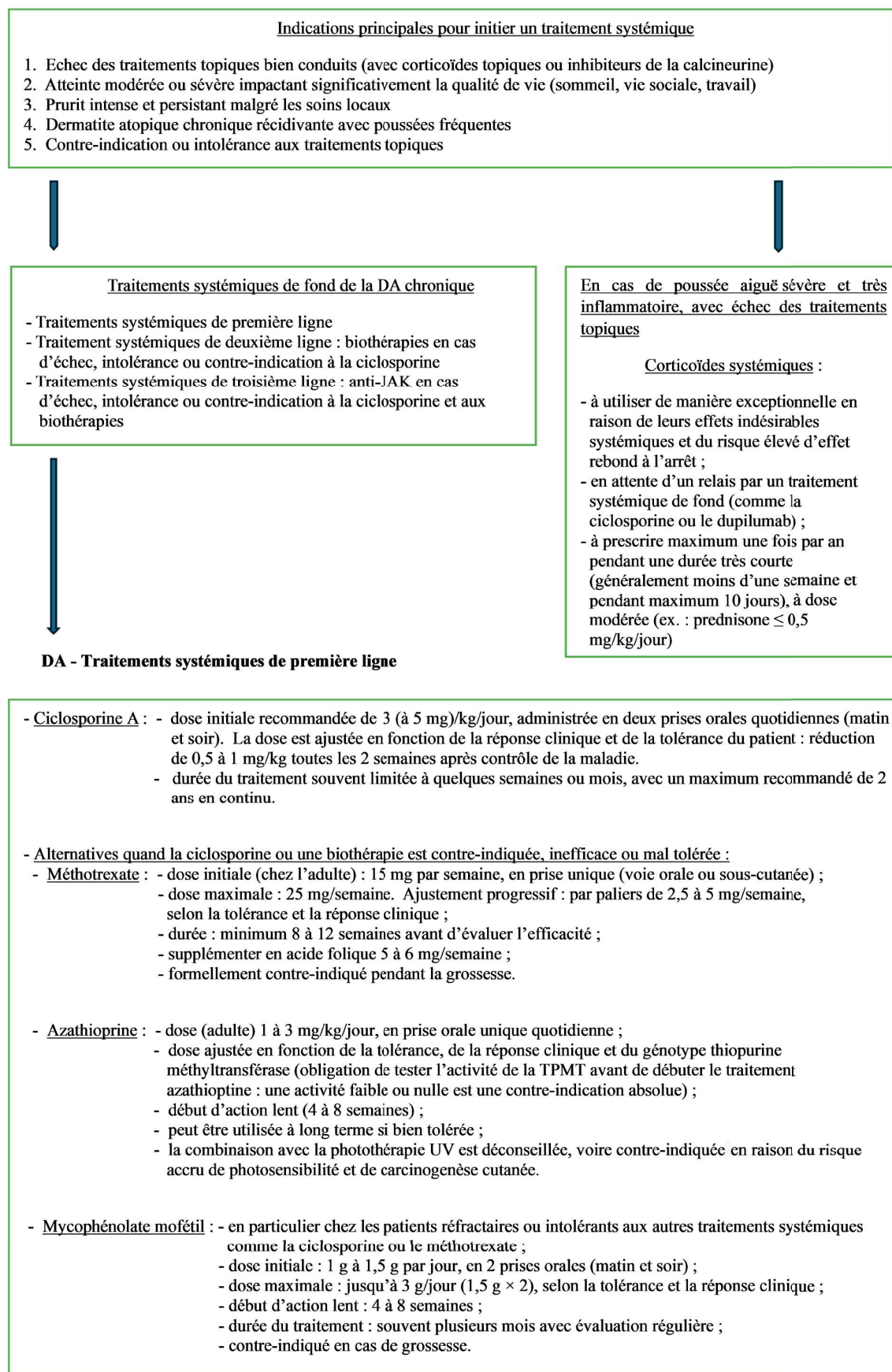
Conflits d'intérêt : néant



SCANNEZ ce QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 0,5 point d'accréditation

DA chronique modérée	DA chronique sévère
Au moins un score de sévérité modéré est atteint 1. SCORAD (<i>Scoring Atopic Dermatitis</i>) : (prend en compte l'étendue, l'intensité des lésions et les symptômes subjectifs (prurit, sommeil) modéré : score entre 25 et 50. 2. EASI (<i>Eczema Area and Severity Index</i>) : (évalue l'intensité des lésions sur 4 zones corporelles) modéré : score entre 7 et 21. 3. POEM (<i>Patient-Oriented Eczema Measure</i>) : (basé sur les symptômes rapportés par le patient sur 7 jours) modéré : score entre 8 et 16. 4. IGA (<i>Investigator Global Assessment</i>) : score de 3/5 (lésions modérées). 5. DLQI (<i>Dermatology Life Quality Index</i>) : modéré : score entre 6 et 10.	Au moins un score de sévérité élevé est atteint 1. SCORAD > 50 2. EASI > 21 3. POEM ≥ 17 4. IGA = 4/5 5. DLQI > 10
Critères cliniques généraux • prurit quotidien modéré à intense. NRS (<i>numerical rating scale</i>) > 6 ; • lésions étendues mais non généralisées ; • atteinte de zones visibles ou sensibles, fonctionnellement invalidantes (tête et cou, mains, pieds, plis, organes génitaux), résistantes aux traitements topiques ; • poussées fréquentes malgré un traitement topique bien conduit ; • impact significatif sur la qualité de vie sociale, professionnelle ou scolaire (DLQI entre 6 et 10) et le sommeil ; • ne répond pas complètement aux traitements topiques seuls (corticoïdes topiques ou inhibiteurs de la calcineurine) ou intolérance ; • besoin d'un traitement systémique quand la DA ne peut plus être contrôlée par les traitements topiques seuls bien conduits : immunosuppresseurs (ciclosporine, méthotrexate, etc.) ou biothérapies (dupilumab, ...) ; • considérer les comorbidités associées : asthme sévère, rhinite allergique, anxiété/dépression. En cas de suspicion d'allergie, faire un bilan allergologique.	Critères cliniques généraux • prurit intense, souvent insomniant : démangeaisons persistantes, perturbant le sommeil ou la concentration/capacité d'apprentissage + EASI ≥ 10 ou NRS > 6 ; • lésions étendues sur de grandes surfaces corporelles (≥10 % de la surface corporelle atteinte pendant 12 mois consécutifs) et/ou très inflammatoires, souvent suintantes ou lichénifiées ; • atteinte de zones visibles ou sensibles, fonctionnellement invalidantes (visage, mains, pieds, plis, organes génitaux) avec incapacité de travail + EASI ≥ 10 ou NRS > 6 ; • poussées fréquentes ou persistantes malgré un traitement topique bien conduit ; • altération majeure de la qualité de vie sociale, scolaire ou professionnelle et du sommeil ; • échec ou intolérance aux traitements topiques bien conduits (corticoïdes et inhibiteurs de la calcineurine inefficaces ou mal tolérés) ; • besoin d'un traitement systémique quand la DA ne peut plus être contrôlée par les traitements topiques seuls bien conduits : immunosuppresseurs (ciclosporine, méthotrexate, etc.) ou biothérapies (dupilumab, ...) ; • considérer les comorbidités associées : asthme sévère, rhinite allergique, anxiété/dépression. En cas de suspicion d'allergie, faire un bilan allergologique.
En résumé, la DA est dite modérée lorsqu'au moins un score de sévérité modéré est atteint et lorsqu'elle : • ne répond pas complètement aux traitements topiques seuls (corticoïdes topiques et inhibiteurs de la calcineurine) ; • après avoir tenté d'identifier et de limiter ou éliminer les facteurs déclenchants ou aggravants, tels que : • irritants cutanés (savons, textiles) ; • allergènes environnementaux ou alimentaires (si suspicion clinique) ; • stress, infections, climat ; • altère la qualité de vie sociale, scolaire ou professionnelle sans être totalement invalidante ; • présente des lésions inflammatoires persistantes, mais sans atteinte généralisée.	En résumé, la DA est dite sévère lorsqu'au moins un score de sévérité élevé est atteint et lorsqu'elle : • est résistante aux traitements topiques bien conduits (corticoïdes topiques et inhibiteurs de la calcineurine) ; • après avoir tenté d'identifier et de limiter ou éliminer les facteurs déclenchants ou aggravants, tels que : • irritants cutanés (savons, textiles) ; • allergènes environnementaux ou alimentaires (si suspicion clinique) ; • stress, infections, climat ; • altère significativement la qualité de vie sociale, scolaire ou professionnelle et le sommeil (prurit insomniant) ; • présente une atteinte cutanée importante (lésions étendues, très inflammatoires).

DA - Traitement systémique à envisager dans les cas modérés à sévères lorsque les traitements topiques (comme les corticoïdes ou les inhibiteurs de la calcineurine) sont insuffisants, mal tolérés ou inadaptés.



DA - Traitement systémique à envisager dans les cas modérés à sévères lorsque les traitements topiques (comme les corticoïdes ou les inhibiteurs de la calcineurine) sont insuffisants, mal tolérés ou inadaptés.

DA - Traitements systémiques de deuxième ligne

Biothérapies

- Dupilumab** : - dose initiale 600 mg, puis 300 mg toutes les deux semaines
- Talokinumab** : - dose initiale 600 mg, puis 300 mg toutes les deux semaines
- Lébrizumab** : - dose initiale 500 mg aux semaines 0 et 2 puis 250 mg toutes les 2 semaines à partir de la semaine 4
- Némolizumab** : - autorisé en Europe mais pas encore remboursé en Belgique
- dose initiale 60 mg puis 30 mg toutes les 4 semaines pendant 16 semaines puis 30 mg toutes les 8 semaines
- Amlitélumab** : - pas encore autorisé en Europe et pas encore remboursé en Belgique
- Rocatinlimab** : - pas encore autorisé en Europe et pas encore remboursé en Belgique

Principaux critères de remboursement

1. DA sévère, diagnostiquée selon les critères de Hanifin et Rajka
2. Au moins 2 critères de sévérité requis :
Score EASI $\geq 21,1$
Score SCORAD ≥ 50
Score NRS ≥ 3
4. Echec ou intolérance à un traitement conventionnel :
 - pour les adultes :
 - échec d'un traitement topique continu + immunosuppresseur systémique (ex. : ciclosporine A pendant au moins 4 mois au cours des 12 derniers mois)
 - ou intolérance ou contre-indication documentée à ces traitements.
 - Pour les enfants de 12 à 17 ans :
 - échec d'un traitement topique continu pendant au moins 4 mois au cours des 12 derniers mois
 - ou intolérance ou contre-indication documentée aux traitements topiques ou immunosuppresseurs systémiques.
5. Patient âgé d'au moins 6 mois pour le dupilumab, et d'au moins 12 ans pour talokinumab et lébrizumab
6. Traitement prescrit par un dermatologue-vénéréologue
7. Procédure administrative :
 - formulaire de demande INAMI obligatoire (annexe A pour la première demande, annexe B pour la prolongation).
 - contrôle a priori : l'autorisation doit être obtenue avant le début du traitement.
8. Première autorisation : remboursement accordé pour une durée initiale de 25 semaines

DA - Traitements systémiques de troisième ligne

Anti-JAK

- Baricitinib** :
- dose standard de 4 mg une fois par jour, par voie orale
 - dose réduite à 2 mg une fois par jour :
 - . chez les patients âgés de 75 ans et plus ;
 - . en cas d'insuffisance rénale modérée ;
 - . chez les patients ayant des antécédents d'infections chroniques ou récurrentes
 - une réduction à 2 mg/jour peut aussi être envisagée si la maladie est bien contrôlée avec 4 mg/jour.
 - Si aucune amélioration n'est observée après 8 semaines à 4 mg/jour, le traitement doit être réévalué et éventuellement interrompu.
- Abrocitinib** :
- dose initiale de 100 ou 200 mg une fois par jour, par voie orale, à adapter selon le profil du patient :
 - 100 mg/jour est recommandé chez les patients à risque élevé de :
 - . thrombose veineuse ;
 - . événements cardiovasculaires majeurs ;
 - . tumeurs malignes.
 - 200 mg/jour peut être utilisé
 - . chez les patients sans risque élevé et avec une maladie très active ;
 - . si la réponse à 100 mg est insuffisante.
 - ajustement en cours de traitement :
 - . Si la maladie est contrôlée, la dose doit être réduite à 100 mg/jour.
 - . Si le contrôle est perdu après réduction, on peut repasser à 200 mg/jour.
 - . Arrêt du traitement à envisager si aucun bénéfice n'est observé après 24 semaines.
- Upadacitinib** : pas encore remboursé en Belgique

Principaux critères de remboursement

1. DA sévère, diagnostiquée selon les critères de Hanifin et Rajka
2. Score EASI $\geq 21,1$ et/ou score SCORAD ≥ 50 (avec documentation photographique)
3. Score NRS ≥ 3
4. Echec d'un traitement combiné topique + immunosuppresseur systémique, incluant dupilumab, talokinumab ou un autre anticorps monoclonal anti-IL-13/IL-4, pendant au moins 24 semaines dans les 12 derniers mois ou intolérance documentée à ces traitements
5. Patient âgé d'au moins 18 ans
6. Anti-Jak prescrit par un médecin spécialiste en dermatologie-vénéréologie (pour l'abrocitinib : expérimenté)
7. Discussion préalable avec le patient portant sur le risque du traitement (infarctus, cancer, lymphome)
8. Documenter l'exclusion de tuberculose active (radiographie + test de Mantoux ou confirmation par pneumologue) ou évolutive (pour l'abrocitinib).
9. Pour le baricitinib :
 - dose maximale autorisée : 4 mg/jour par voie orale
 - première autorisation : valable pour 25 semaines
 - quantité maximale remboursée pendant cette période : 3 conditionnements de 28 comprimés et 1 conditionnement de 91 comprimés
10. Pour l'abrocitinib :
 - dose maximale : 200 mg/jour par voie orale
 - première autorisation : 25 semaines, avec un maximum de 3 conditionnements de 28 comprimés et 1 de 91 comprimés

BIBLIOGRAPHIE

1. Lapeere H, Speeckaert R, Baeck M, Dezfoulan B, Lambert J, Roquet-Gravy PP *et al.* Belgian atopic dermatitis guidelines. *Acta Clin Belg.* 2024;79(1):62-74 ; (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Belgian-atopic-dermatitis-guideline-final-both-documents-combined-refs-1-4.pdf](#)
2. Maddi Hebebrand, MC, LEO Pharma Reports Positive Results in Delgocitinib Trial for CHE, *Dermatology times*, 27 février 2025 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [LEO Pharma Reports Positive Results in Delgocitinib Trial for CHE](#)
3. Agence européenne des Médicaments. Dupilumab, Annexe 1, Résumé des caractéristiques du produit, dernière mise à jour 30 avril 2025 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Dupixent, INN-dupilumab](#)
4. Agence européenne des Médicaments, Adtralza Tralokinumab, 22 juin 2021, dernière mise à jour 29 novembre 2023 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Adtralza | European Medicines Agency \(EMA\)](#)
5. Agence européenne des Médicaments. Ebglyss, Annexe 1, Résumé des caractéristiques du produit, 21 novembre 2023, dernière mise à jour 10 avril 2025 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Ebglyss, INN-lebrikizumab](#)
6. Agence européenne des Médicaments. Némolizumab, Annexe 1 Résumé des caractéristiques du produit, 12 février 2025, dernière mise à jour 19 février 2025 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Nemluvio, INN-nemolizumab](#)
7. Sanofi, Communiqué de presse. Les nouveaux résultats de phase 2b de l'amlitelimab soutiennent le potentiel d'un maintien de la réponse de premier ordre dans la dermatite atopique, 11 mars 2024 (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Communiqué de presse : Les nouveaux résultats de phase 2b de l'amlitelimab soutiennent le potentiel d'un maintien de la réponse de premier ordre dans la dermatite atopique](#)
8. Baricitinib. Décision d'exécution de la Commission du 18.10.2023, Annexe 1, Résumé des caractéristiques du produit, Commission Européenne (consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Olumiant, INN-baricitinib](#)
9. Upadacitinib, Assessment report, EMA/103192/2025 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP), EUROPEAN MEDICINE AGENCY, EMA/103192/2025, 27 février 2025(consulté le 3 mai 2025), disponible sur [Rinvoq, INN-upadacitinib](#)
10. Mtimet L, Del Marmol V, White J. Cibirquo® (abrocitinib), le nouveau membre de la famille des inhibiteurs Janus Kinase indiqués dans le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte. *Rev Med Brux.* 2024;45(1):52-5. DOI 10.30637/2024.23-091.

Travail reçu le 6 juillet 2025 ; accepté dans sa version définitive le 22 juillet 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

E. SERCKX
CHU Saint-Pierre - Site Porte de Hal
Département interhospitalier de Dermatologie
Rue aux Laines, 105 - 1000 Bruxelles
E-mail : emilieserckx@icloud.com