



Kriterien zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie

und

**Recherche und Synopse der Evidenz zur Bestimmung der
zweckmäßigen Vergleichstherapie nach § 35a SGB V**

und

**Schriftliche Beteiligung der wissenschaftlich-medizinischen
Fachgesellschaften und der Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zur Bestimmung der
zweckmäßigen Vergleichstherapie nach § 35a SGB V**

Vorgang: 2023-B-356 Nemolizumab

I. Zweckmäßige Vergleichstherapie: Kriterien gemäß 5. Kapitel § 6 VerfO G-BA

Nemolizumab

Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis

Kriterien gemäß 5. Kapitel § 6 VerfO

Sofern als Vergleichstherapie eine Arzneimittelanwendung in Betracht kommt, muss das Arzneimittel grundsätzlich eine Zulassung für das Anwendungsgebiet haben.	Siehe Übersicht „II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet“.
Sofern als Vergleichstherapie eine nicht-medikamentöse Behandlung in Betracht kommt, muss diese im Rahmen der GKV erbringbar sein.	– NB-UVB – UVA (die UVA1 ist hiervon ausgenommen, da ausgeschlossen)
Beschlüsse/Bewertungen/Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu im Anwendungsgebiet zugelassenen Arzneimitteln/nicht-medikamentösen Behandlungen	– Beschlüsse über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für den Wirkstoff Dupilumab vom 17. Mai 2018, 20. Februar 2020, 1. Juli 2021 und 21. September 2023 – Beschluss über Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL): „Balneophototherapie bei atopischem Ekzem“ vom 20. März 2020 – Beschluss über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für den Wirkstoff Baricitinib vom 6. Mai 2021 – Beschlüsse über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für den Wirkstoff Tralokinumab vom 6. Januar 2022 und 12. Mai 2023 – Beschluss über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für den Wirkstoff Upadacitinib vom 17. Februar 2022 – Beschluss über die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für den Wirkstoff Abrocitinib vom 7. Juli 2022
Die Vergleichstherapie soll nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur zweckmäßigen Therapie im Anwendungsgebiet gehören.	Siehe systematische Literaturrecherche

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Wirkstoff ATC-Code Handelsname	Anwendungsgebiet (Text aus Fachinformation)
Zu bewertendes Arzneimittel:	
Nemolizumab	Geplantes Anwendungsgebiet laut Beratungsanforderung: Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.
Hinweis	<i>Aufgrund der großen Menge an Wirkstoffen im Anwendungsgebiet werden hier einzelne Arzneimittel exemplarisch aufgeführt</i>
TOPISCHE THERAPIEN	
Glukokortikoide Klasse 1:	
Prednisolon D07AA03 z.B. Prednisolon Creme LAW	Zur Behandlung subakuter und akuter gering ausgeprägter entzündlicher Hauterkrankungen, die auf eine äußerliche Behandlung mit schwach wirksamen Corticosteroiden ansprechen.
Hydrocortison D07AA02 z.B. Hydrocortison Heumann 1 % Creme	Zur Behandlung von entzündlichen Hauterkrankungen, bei denen schwach wirksame, topisch anzuwendende Glucocorticosteroide angezeigt sind.
Glukokortikoide Klasse 2:	
Hydrocortison-17- butyrat D07AB02 z.B. Laticort® Creme 0,1 %	Zur Behandlung entzündlicher Hautkrankheiten, bei denen mittelstark wirksame, topisch anzuwendende Glucocorticoide angezeigt sind. Creme: insbesondere bei akuten und subakuten Formen, in intertriginösen Arealen und beim fettigen Hauttyp. Salbe: insbesondere bei subakuten bis chronischen Formen.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Clobetasonbutyrat 0,5 mg D07AB01 z.B. Emovate® Creme	Leichte Formen von Ekzemen, seborrhoischer Dermatitis und andere leichte Hauterkrankungen, die auf eine lokale Corticoidbehandlung ansprechen. Weiterbehandlung von hartnackigen Hauterkrankungen, die mit einem starker wirkenden Corticoid anbehandelt worden sind. Bei Säuglingen und Kleinkindern zur lokalen Corticoidbehandlung, z. B. Windeleczem oder endogenem Ekzem.
Triamcinolon-acetonid D07AB09 z.B. AbZ Salbe 0,1 %	Zur Behandlung entzündlicher Hautkrankheiten, bei denen mittelstark wirksame topisch anzuwendende Glukokortikoide angezeigt sind. Triamcinolon AbZ 0,1 % Creme eignet sich insbesondere für akute bis subchronische sowie nässende Dermatosen ohne keratotische Veränderungen.
Glukokortikoide Klasse 3:	
Prednicarbat D07AC18 z.B. Prednicarbat acis® Creme	Entzündliche Hauterkrankungen, bei denen eine äußerliche Behandlung mit mittelstark wirksamen Glucocorticoiden angezeigt ist, wie z. B. mäßig stark ausgeprägtes Ekzem.
Methylprednisolon-aceponat D07AC 14 Advantan® 0,1 % Creme	Zur Behandlung des endogenen Ekzems (atopische Dermatitis, Neurodermitis), Kontaktekzems, degenerativen Ekzems und des nummulären Ekzems.
Amcinonid D07AC11 z.B. Amciderm® Fettsalbe	Hauterkrankungen, die auf stark wirksame Kortikoide ansprechen wie z.B. toxische Ekzeme, allergische Kontaktekzeme, atopisches Ekzem (Neurodermitis), Psoriasis vulgaris, Lichen ruber.
Mometasonfuroat D07AC13 z.B. ECURAL® Fettcreme, 1 mg/g Creme	Fettcreme und Salbe sind angezeigt zur Behandlung aller entzündlichen und juckenden Hauterkrankungen, die auf eine äußere Behandlung mit Glukokortikoiden ansprechen wie Psoriasis, atopische Dermatitis und Reiz- und/oder allergische Kontaktdermatitis.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

Glukokortikoide Klasse 4:

Clobetasol-propionat D07AD01 z.B. Clobetasol acis® Creme, 0,5 mg/g	Zur Behandlung lokalisierter therapieresistenter Plaques von entzündlichen Hauterkrankungen bei denen die symptomatische Anwendung topischer Glukokortikoide mit sehr starker Wirkung angezeigt ist.
---	--

Calcineurinhemmer

Tacrolimus D11AH01 Protopic® 0.03% Salbe	Behandlung des mittelschweren bis schweren atopischen Ekzems bei Kindern ab 2 Jahren, die nicht ausreichend auf eine herkömmliche Therapie wie z. B. topische Kortikosteroide angesprochen haben. Als Erhaltungstherapie.
Pimecrolimus D11AH02 Elidel® 10 mg/g Creme	Behandlung von Patienten ab einem Alter von 3 Monaten mit leichtem oder mittelschwerem atopischem Ekzem, wenn eine Behandlung mit topischen Kortikosteroiden entweder nicht angebracht oder nicht möglich ist, wie z. B. bei: Unverträglichkeit gegenüber topischen Kortikosteroiden; mangelnder Wirksamkeit von topischen Kortikosteroiden; Anwendung im Gesicht und Halsbereich, wo eine intermittierende Langzeitbehandlung mit topischen Kortikosteroiden nicht empfehlenswert ist.

SYSTEMISCHE THERAPIEN

Abrocitinib	
Baricitinib L04AA37 Olmiant®	Baricitinib wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 2 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen.
Ciclosporin L04AD01 z.B. Ciclosporin dura®	Ciclosporin dura ist indiziert bei Patienten mit schwerer atopischer Dermatitis, falls eine systemische Therapie erforderlich ist.
Dupilumab D11AH05 Dupixent®	<i>Erwachsene und Jugendliche</i> Dupixent wird angewendet zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

II. Zugelassene Arzneimittel im Anwendungsgebiet

	<i>Kinder von 6 Monaten bis 11 Jahre</i> Dupixent wird angewendet zur Behandlung von schwerer atopischer Dermatitis bei Kindern von 6 Monaten bis 11 Jahre, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.
Lebrikizumab ATC: n/n Ebglyss®	Ebglyss wird angewendet für die Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 40 kg, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.
Tralokinumab D11AH07 Adtralza®	Adtralza wird angewendet zur Behandlung mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie in Frage kommen.
Upadacitinib L04AA44 Rinvoq®	Rinvoq wird angewendet zur Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren, die für eine systemische Therapie infrage kommen.
Systemische Glukokortikoide	
Methylprednisolon H02AB04 Methylprednisolon JENAPHARM®	Erkrankungen, die einer systemischen Therapie mit Glucocorticoiden bedürfen. Hierzu gehören je nach Erscheinungsform und Schweregrad zum Beispiel: Erkrankungen der Haut und Schleimhäute, die aufgrund ihres Schweregrades und/oder Ausdehnung bzw. Systembeteiligung nicht oder nicht ausreichend mit topischen Glucocorticoiden behandelt werden können.
Triamcinolon H02AB08 Volon® 4, 8, 12 mg Tabletten	Orale Anfangsbehandlung ausgedehnter, schwerer akuter, auf Glukokortikoide ansprechender Hautkrankheiten wie: Allergische Dermatosen (z. B. akute Urtikaria, Kontaktdermatitis, Arzneimittlexanthem), atopisches Ekzem (akute Exazerbationen bzw. großflächige nässende Ekzeme), Pemphigus vulgaris.
Antihistaminika	
z.B. Cetirizin- dihydrochlorid R06A E07 Cetirizin beta® Filmdröge	Zur Behandlung von Krankheitssymptomen bei allergischen Erkrankungen wie – Juckreiz bei chronischer Nesselsucht (Urtikaria) und bei atopischer Dermatitis (Neurodermitis) mit Beschwerden wie Rötung der Haut

Abteilung Fachberatung Medizin

Recherche und Synopse der Evidenz zur Bestimmung der zweckmäßigen Vergleichstherapie nach § 35a SGB V

Vorgang: 2023-B-356 (Nemolizumab)

Auftrag von: Abt. AM
Bearbeitet von: Abt. FB Med
Datum: 24. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1 Indikation	4
2 Systematische Recherche	4
3 Ergebnisse	5
3.1 Cochrane Reviews	5
3.2 Systematische Reviews	14
3.3 Leitlinien	39
4 Detaillierte Darstellung der Recherchestrategie	89
Referenzen	91

Abkürzungsverzeichnis

AD	Atopic dermatitis
AE	Atopic eczema
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
ECRI	Emergency Care Research Institute
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIN	Guidelines International Network
GoR	Grade of Recommendations
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HR	Hazard Ratio
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KI	Konfidenzintervall
LoE	Level of Evidence
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	Odds Ratio
RR	Relatives Risiko
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TRIP	Turn Research into Practice Database
WHO	World Health Organization

1 Indikation

Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.

Hinweis zur Synopse: Informationen hinsichtlich nicht zugelassener Therapieoptionen sind über die vollumfängliche Darstellung der Leitlinienempfehlungen dargestellt.

2 Systematische Recherche

Es wurde eine systematische Literaturrecherche nach systematischen Reviews, Meta-Analysen und evidenzbasierten systematischen Leitlinien zur Indikation *atopische Dermatitis* durchgeführt und nach PRISMA-S dokumentiert [A]. Die Recherchestrategie wurde vor der Ausführung anhand der PRESS-Checkliste begutachtet [B]. Es erfolgte eine Datenbankrecherche ohne Sprachrestriktion in: The Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews), PubMed. Die Recherche nach grauer Literatur umfasste eine gezielte, iterative Handsuche auf den Internetseiten von Leitlinienorganisationen. Ergänzend wurde eine freie Internetsuche (<https://www.ecosia.org/>) unter Verwendung des privaten Modus, nach aktuellen deutsch- und englischsprachigen Leitlinien durchgeführt.

Der Suchzeitraum wurde auf die letzten fünf Jahre eingeschränkt und die Recherche am 21.12.2023 abgeschlossen. Die detaillierte Darstellung der Recherchestrategie inkl. verwendeter Suchfilter sowie eine Angabe durchsuchter Leitlinienorganisationen ist am Ende der Synopse aufgeführt. Mit Hilfe von EndNote wurden Dubletten identifiziert und entfernt. Die Recherche ergab 948 Referenzen.

In einem zweistufigen Screening wurden die Ergebnisse der Literaturrecherche bewertet. Im ersten Screening wurden auf Basis von Titel und Abstract nach Population, Intervention, Komparator und Publikationstyp nicht relevante Publikationen ausgeschlossen. Zudem wurde eine Sprachrestriktion auf deutsche und englische Referenzen vorgenommen. Im zweiten Screening wurden die im ersten Screening eingeschlossenen Publikationen als Volltexte gesichtet und auf ihre Relevanz und methodische Qualität geprüft. Dafür wurden dieselben Kriterien wie im ersten Screening sowie Kriterien zur methodischen Qualität der Evidenzquellen verwendet. Basierend darauf, wurden insgesamt 31 Referenzen eingeschlossen. Es erfolgte eine synoptische Darstellung wesentlicher Inhalte der identifizierten Referenzen.

3 Ergebnisse

3.1 Cochrane Reviews

Sawangjit R et al., 2020 [20].

Systemic treatments for eczema: a network meta-analysis

Fragestellung

To assess the comparative efficacy and safety of different types of systemic immunosuppressive treatments for moderate to severe eczema using network meta-analysis and to generate rankings of available systemic immunosuppressive treatments for eczema according to their efficacy and safety.

Methodik

Population:

participants of all ages with a clinical diagnosis of moderate to severe atopic eczema

Intervention:

at least one systemic immunosuppressive or immunomodulatory therapy for eczema, or a combination of treatments from the following: systemic corticosteroids, cyclosporin A (cyclosporin), methotrexate, azathioprine, mycophenolate mofetil, interferon gamma, intravenous immunoglobulin (IVIG), psoralen-ultraviolet A (PUVA), apremilast, dupilumab, mepolizumab, omalizumab, and others, including new immunosuppressive or immunomodulatory agents

Komparator:

Placebo

Endpunkte:

Proportions of participants who achieved EASI75 (achieved 75% improvement in EASI score) at short-term (N 16 weeks) and long-term (> 16 weeks) durations, Proportions of participants who achieved POEM50 (achieved 50% improvement in POEM score) at short-term and longterm durations, Proportions of participants who achieved an Investigators' Global Assessment or Physicians' Global Assessment value of 0 or 1 (clear or almost clear) (IGA 0/1) at short-term and long-term durations

Recherche/Suchzeitraum:

The Cochrane Skin Information Specialist searched the following databases up to 25 August 2019, using the following strategies based on the draP strategy for MEDLINE in our published protocol (Sawangjit 2018): Cochrane Skin Group Specialised Register; Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2019, Issue 8); MEDLINE via Ovid (from 1946); Embase via Ovid (from 1974); GREAT database.

Qualitätsbewertung der Studien:

Cochrane Risk of Bias Tool / GRADE

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

n=74 RCTs (N=8177)

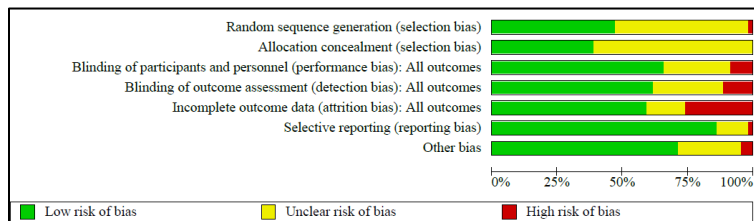
Charakteristika der Studien/Population:

Most of the included trials were placebo controlled (65%), 34% were head-to-head studies (15% assessed the effects of different doses of the same drug), and 1% were multi-armed studies with both an active comparator and a placebo.

All trials included participants with moderate to severe eczema, but 62% of studies did not separate data by severity; 38% of studies assessed only severe eczema. The total duration of included trials ranged from 2 weeks to 60 months

Seventy studies were available for quantitative synthesis; this review assessed 29 immunosuppressive agents from three classes of interventions. These included (1) conventional treatments, with ciclosporin assessed most commonly; (2) small molecule treatments, including phosphodiesterase (PDE)-4 inhibitors, tyrosine kinase inhibitors, and Janus kinase (JAK) inhibitors; and (3) biological treatments, including anti-CD31 receptors, anti-interleukin (IL)-22, anti-IL-31, anti-IL-13, anti-IL-12/23p40, anti-OX40, anti-TSLP, anti-CRTH2, and antiimmunoglobulin E (IgE) monoclonal antibodies, but most commonly dupilumab.

Qualität der Studien:



Studienergebnisse:

Direct evidence

Proportion of participants who achieved EASI75 with any systemic intervention compared with placebo in the long term (< 16 weeks)

Total studies: 14 RCTs Total participants: 3851	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effect (95% CI)			Certainty of evidence (CINEMA)	SUCRA
		Without inter- vention	With interven- tion	Difference		
Dupilumab (8 RCTs; 1978 partici- pants) Network estimate	RR 3.04 (2.51 to 3.69)	184 per 1000	560 per 1000	376 fewer per 1000 (278 fewer to 496 fewer)	High	92.7
Tralokinumab (1 RCT; 153 partici- pants) Network estimate	RR 2.54 (1.21 to 5.34)	184 per 1000	468 per 1000	284 fewer per 1000 (39 fewer to 800 fewer)	Low confidence in estimate due to major concern of within-study bias	78.2
Tezepilumab (1 RCT; 153 partici- pants) Network estimate	RR 1.70 (0.85 to 3.40)	184 per 1000	313 per 1000	129 fewer per 1000 (442 fewer to 28 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	57.3
GBR830 (1 RCT; 55 partici- pants) Network estimate	RR 1.91 (0.46 to 8.02)	184 per 1000	352 per 1000	168 fewer per 1000 (1293 fewer to 99 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	48.6

Lebrikizumab (1 RCT; 46 participants)	RR 1.40 (0.83 to 2.36) Network estimate	184 per 1000	258 per 1000	74 fewer per 1000 (251 fewer to 31 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	45
ASN002 (1 RCT; 27 participants)	RR 1.50 (0.38 to 5.92) Network estimate	184 per 1000	276 per 1000	92 fewer per 1000 (907 fewer to 114 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	37.5
Ustekinumab (1 RCT; 52 participants)	RR 0.91 (0.28 to 2.97) Network estimate	184 per 1000	168 per 1000	17 more per 1000 (363 fewer to 133 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	19.6
Placebo	Reference comparator	Reference comparator	Not estimable	Not estimable	Reference comparator	21

Proportion of participants who achieved EASI75 with any systemic intervention compared with placebo in the long term (> 16 weeks)

Total studies: 3 RCTs Total participants: 1241	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effect (95% CI)			Certainty of evidence (CINEMA)	SUCRA
		Without intervention	With intervention	Difference		
Dupilumab (2 RCTs; 764 participants)	RR 2.59 (1.87 to 3.60) Pair-wise estimate	200 per 1000	518 per 1000	318 fewer per 1000 (174 fewer to 520 fewer)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of heterogeneity	N/A
Ustekinumab (1 RCT; 52 participants)	RR 1.17 (0.4 to 3.45) Pair-wise estimate	200 per 1000	234 per 1000	34 fewer per 1000 (490 fewer to 120 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	N/A
Placebo	Reference comparator	Reference comparator	Not estimable	Not estimable	Reference comparator	N/A

Patient-Oriented Eczema Measure (POEM) scores with any systemic intervention compared with placebo in the short term (< 16 weeks)

Total studies: 6 RCTs Total participants: 2680	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effect (95% CI)			Certainty of evidence (CINEMA)	SUCRA
		Without intervention	With intervention	Difference		
Dupilumab (5 RCTs; 1997 participants)	-	Mean of improving score was 5.18	Mean of improving score was 12.48 (11.79 to 13.18)	Mean difference in improving POEM score was 7.3 higher (6.61 higher to 8.00 higher)	High	N/A
Placebo	Reference comparator	Not estimable	Not estimable	Not estimable	Reference comparator	N/A

Serious adverse events (SAEs) with any systemic intervention compared with placebo in the short term (< 16 weeks)

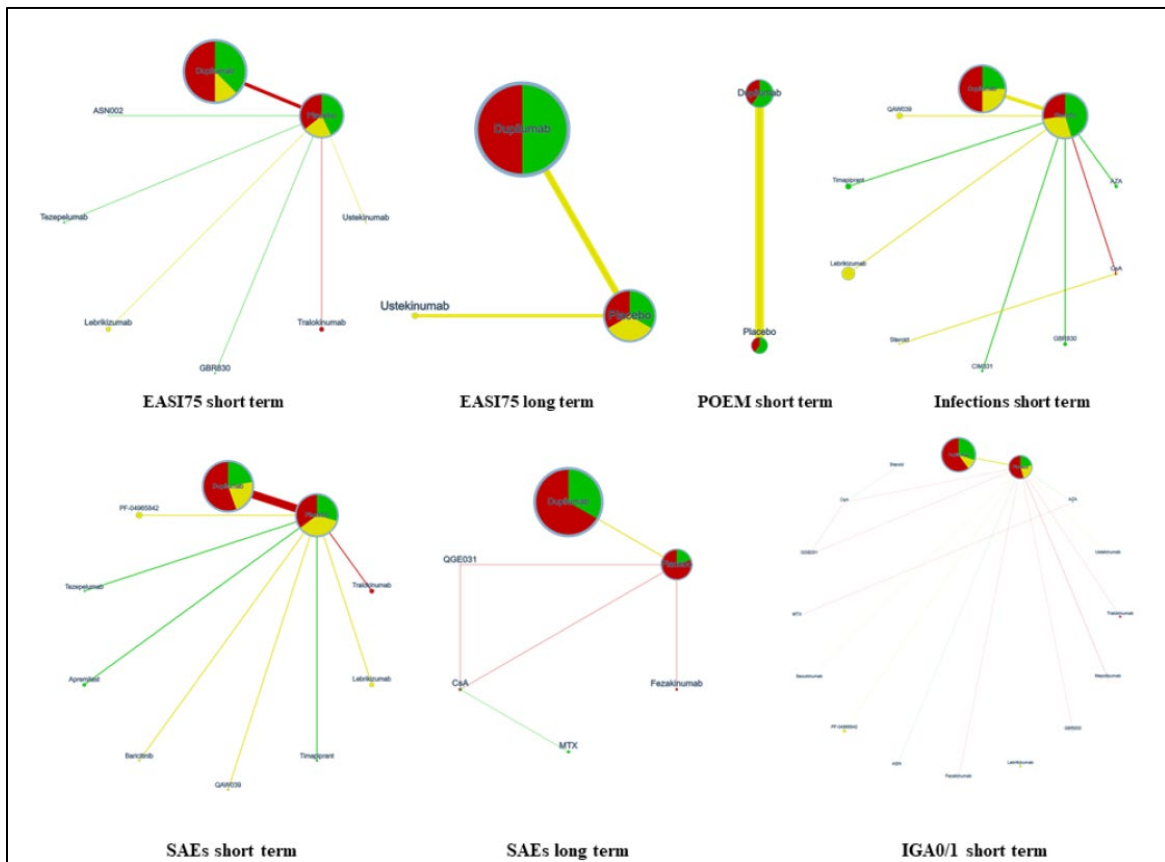
Total studies: 17 RCTs Total participants: 3972	Relative effect (95% CI)	Anticipated absolute effect (95% CI)			Certainty of evidence (CINEMA)	SUCRA
		Without intervention	With intervention	Difference		
QAW039 (1 RCT; 76 participants)	RR 0.09 (0.01 to 0.76) Network estimate	54 per 1000	5 per 1000	49 more per 1000 (13 more to 53 more)	Moderate confidence in estimate due to some concern of within-study bias	94.2
Dupilumab (9 RCTs; 1663 participants)	RR 0.37 (0.23 to 0.59) Network estimate	54 per 1000	20 per 1000	34 more per 1000 (22 more to 44 more)	Low confidence in estimate due to major concern of within-study bias	75.5
Timapiprant (1 RCT; 70 participants)	RR 0.34 (0.07 to 1.62) Network estimate	54 per 1000	18 per 1000	36 more per 1000 (33 fewer to 50 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	74
Tezepelumab (1 RCT; 56 participants)	RR 0.65 (0.11 to 3.77) Network estimate	54 per 1000	35 per 1000	19 more per 1000 (149 fewer to 48 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	54.9
Lebrikizumab	RR 0.85	54 per 1000	46 per 1000	8 more per 1000	Very low	47.7

(1 RCT; 156 participants)	(0.17 to 4.25) Network estimate			(175 fewer to 45 more)	confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	
PF-04965842 (1 RCT; 211 participants)	RR 0.93 (0.20 to 4.35) Network estimate	54 per 1000	50 per 1000	4 more per 1000 (181 fewer to 43 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	45.5
Tralokinumab (1 RCT; 153 participants)	RR 1.67 (0.20 to 13.93) Network estimate	54 per 1000	90 per 1000	36 fewer per 1000 (697 fewer to 43 more)	Very low confidence in estimate due to major concern of within-study bias and imprecision	31.1
Apremilast (1 RCT; 121 participants)	RR 3.73 (0.20 to 71.1) Network estimate	54 per 1000	201 per 1000	147 fewer per 1000 (3,780 fewer to 43 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	20
Baricitinib (1 RCT; 75 participants)	RR 4.61 (0.24 to 87.25) Network estimate	54 per 1000	249 per 1000	195 fewer per 1000 (4650 fewer to 41 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	16.5
Placebo	Reference comparator	Reference comparator	Not estimable	Not estimable	Reference comparator	40.5

Serious adverse events (SAEs) with any systemic intervention compared with placebo in the long term (> 16 weeks)

Total studies: 6 RCTs Total participants: 1720	Relative effect (95% CI) Network estimate	Anticipated absolute effect (95% CI)			Certainty of evidence (CINEMA)	SUCRA
		Without intervention	With intervention	Difference		
Dupilumab (3 RCTs; 1082 participants)	RR 0.68 (0.38 to 1.21) Network estimate	10 per 1000	7 per 1000	3 more per 1000 (2 fewer to 6 more)	Low confidence in estimate due to major concern of imprecision	78.7
Methotrexate (1 RCT; 50 participants)	RR 1.15 (0.01 to 151.54) Network estimate	10 per 1000	12 per 1000	2 fewer per 1000 (1,539 fewer to 10 more)	Very low confidence in estimate due to some concern of within-study bias and major concern of imprecision	58.5
Fezakinumab (1 RCT; 40 participants)	RR 2.56 (0.13 to 50.95) Network estimate	10 per 1000	26 per 1000	16 fewer per 1000 (511 fewer to 9 more)	Very low confidence in estimate due to major concern of within-study bias and imprecision	38.8
QGE031 (1 RCT; 10 participants)	RR 3.00 (0.14 to 65.90) Network estimate	10 per 1000	31 per 1000	20 fewer per 1000 (664 fewer to 9 more)	Very low confidence in estimate due to major concern of within-study bias and imprecision	35.3
Cyclosporin A (2 RCTs; 49 participants)	RR 3.67 (0.09 to 149.20) Network estimate	10 per 1000	38 per 1000	27 fewer per 1000 (1515 fewer to 9 more)	Very low confidence in estimate due to major concern of within-study bias and imprecision	31.3
Placebo	Reference comparator	Reference comparator	Not estimable	Not estimable	Reference comparator	57.5

Network meta-analysis



In terms of **achieving EASI75**, dupilumab and tralokinumab were superior to placebo (RR 3.04, 95% CI, 2.51 to 3.69; RR 2.54, 95% CI 1.21 to 5.34, respectively). These results supported the finding from direct evidence. Dupilumab was probably associated with a higher likelihood of achieving EASI75 compared to lebrikizumab (RR 2.18, 95% CI 1.25 to 3.81) and ustekinumab (RR 3.35, 95% CI 1.01 to 11.10). When only trials with low risk of bias were included, only dupilumab was still more effective than placebo (RR 2.53, 95% CI, 2.04 to 3.15) for this outcome.

Short term EASI75							
ASN002	a. Main analysis: inconsistency test, p-value=0.8739						
0.49 (0.12,1.97)	Dupilumab						
0.78 (0.11,5.71)	1.59 (0.37,6.75)	GBR830					
1.07 (0.25,4.67)	2.18 (1.25,3.81)	1.37 (0.30,6.30)	Lebrikizumab				
0.88 (0.19,4.12)	1.79 (0.87,3.68)	1.13 (0.23,5.54)	0.82 (0.34,1.96)	Tezepelumab			
0.59 (0.12,2.81)	1.20 (0.56,2.58)	0.75 (0.15,3.78)	0.55 (0.22,1.36)	0.67 (0.24,1.84)	Tralokinumab		
1.65 (0.27,10.12)	3.35 (1.01,11.10)	2.11 (0.33,13.51)	1.54 (0.42,5.61)	1.87 (0.47,7.36)	2.80 (0.69,11.31)	Ustekinumab	
1.50 (0.38,5.92)	3.04 (2.51,3.69)	1.91 (0.46,8.02)	1.40 (0.83,2.36)	1.70 (0.85,3.40)	2.54 (1.21,5.34)	0.91 (0.28,2.97)	Placebo

Ranking analysis for **short-term EASI75** outcomes performed with SUCRA strongly suggest that dupilumab was the most effective treatment among all systemic treatments in the network (versus placebo: 3.04, 95% CI 2.51 to 3.69; SUCRA = 92.7; high-certainty evidence), followed by tralokinumab (versus placebo: RR 2.54, 95% CI 1.21 to 5.34; SUCRA = 72; low-certainty evidence) and tezepelumab (versus placebo: RR 2.54, 95% CI 1.21 to 5.34; SUCRA = 49.6; low-certainty evidence). We are uncertain of the effect of dupilumab on achieving EASI75 in the long term when compared against placebo, as the certainty of this evidence is very low.

Dupilumab was the only agent evaluated for improvement in POEM during short-term follow-up.

QAW039 and dupilumab appeared safer than placebo in terms of having a lower proportion of participants with **SAEs** at short-term follow-up. Among the active treatments, apremilast and baricitinib appeared to be associated with a higher rate of SAEs compared to QAW039 (RR 41.99, 95% CI 1.09 to 1610.39; RR 51.85, 95% CI 1.36 to 1978.53). There was no difference between other active treatments for this outcome.

Evidence for effects of immunosuppressive agents on risk of any infection during short-term follow-up and SAEs during long-term follow-up compared with placebo was of low or very low certainty but did not indicate a difference.

We did not identify differences in other adverse events (AEs), but dupilumab is associated with specific AEs, including eye inflammation and eosinophilia.

Anmerkung/Fazit der Autoren

With a high degree of certainty, network meta-analysis (NMA) indicates that when compared to placebo, dupilumab is likely to be the more effective treatment for eczema and is ranked highest among the biological treatments in terms of achieving EASI75 and improving POEM scores during short-term follow-up (Summary of findings 1; Summary of findings 3). Dupilumab was the only immunosuppressive agent for which improvement in POEM in the short term was evaluated.

We are uncertain of the effect of dupilumab on achieving EASI75 in the long term when compared against placebo, as the certainty of this evidence is very low (Summary of findings 2). We are uncertain how conventional immunosuppressive treatments rank for our primary efficacy or safety outcomes compared with newer treatments such as the biological agent dupilumab due to lack of comparative data.

NMA suggests that tralokinumab may be more effective than placebo in achieving EASI75 in the short term (low-certainty evidence; Summary of findings 1). None of the included studies assessing tralokinumab measured POEM in the short term or EASI75 in the long term.

Based on our NMA, we are uncertain of the effect of ustekinumab on achieving EASI75 in the short or long term when compared with placebo (very low-certainty evidence; Summary of findings 1). None of the included studies assessing ustekinumab measured POEM.

Low- and very low-certainty evidence means we are uncertain how the other immunosuppressive agents in Summary of findings 1 and Summary of findings 2 influence the achievement of short-term EASI75 when compared with placebo. Dupilumab and ustekinumab were the only immunosuppressive agents for which achievement of long-term EASI75 was evaluated.

Compared to placebo, QAW039 and dupilumab may be safer based on association of these treatments with fewer SAEs during short term follow-up, with evidence judged to have a low to moderate degree of certainty. For the other immunosuppressive agents when compared to placebo, we found no difference in SAEs during short term follow-up, but this finding is based on low- to very low certainty evidence (Summary of findings 4).

Evidence of a very low to low degree of certainty indicates there was no difference in the rate of any infection with systemic immunosuppressive treatments compared to placebo during short-term follow-up (Summary of findings 6).

When safety outcomes during long-term follow-up were assessed, evidence (which was of very low to low certainty) indicates there was no statistical difference in the proportions of participants with SAE when any immunosuppressive agent was compared to placebo (Summary of findings 5).

We did not identify differences in other adverse events (AEs), but dupilumab is associated with specific AEs, including eye inflammation and eosinophilia.

Musters AH et al., 2021 [17].**Phototherapy for atopic eczema****Fragestellung**

To assess the effects of phototherapy for treating atopic eczema (AE).

MethodikPopulation:

- adults or children with any subtype or severity of clinically diagnosed AE

Intervention:

- any type of phototherapy

Komparator:

- other forms of phototherapy or any other treatment, including placebo or no treatment

Endpunkte:

- Primary outcomes: physician-assessed signs and patient-reported symptoms
- Secondary outcomes: Investigator Global Assessment (IGA), health-related quality of life (HRQoL), safety (measured as withdrawals due to adverse events), and long-term control

Recherche/Suchzeitraum:

- We searched the Cochrane Skin Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, and ClinicalTrials.gov to January 2021.

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane Risk of Bias Tool; GRADE to assess certainty of evidence

ErgebnisseAnzahl eingeschlossener Studien:

- 32 trials with 1219 randomised participants

Charakteristika der Population/Studien:

- Participants aged 5 to 83 years (mean: 28 years), with an equal number of males and females.
- Participants were recruited mainly from secondary care dermatology clinics, and study duration was, on average, 13 weeks (range: 10 days to one year)
- Assessed interventions included:
 - narrowband ultraviolet B (NB-UVB; 13 trials), ultraviolet A1 (UVA1; 6 trials), broadband ultraviolet B (BBUVB; 5 trials), ultraviolet AB (UVAB; 2 trials), psoralen plus ultraviolet A (PUVA; 2 trials), ultraviolet A (UVA; 1 trial), unspecified ultraviolet B (UVB; 1 trial), full spectrum light (1 trial), Saalman selective ultraviolet phototherapy (SUP) cabin (1 trial), saltwater bath plus UVB (balneophototherapy; 1 trial), and excimer laser (1 trial).
 - Comparators included placebo, no treatment, another phototherapy, topical treatment, or alternative doses of the same treatment.

Qualität der Studien:

Figure 2. RoB 2 summary - Physician-assessed changes in clinical signs

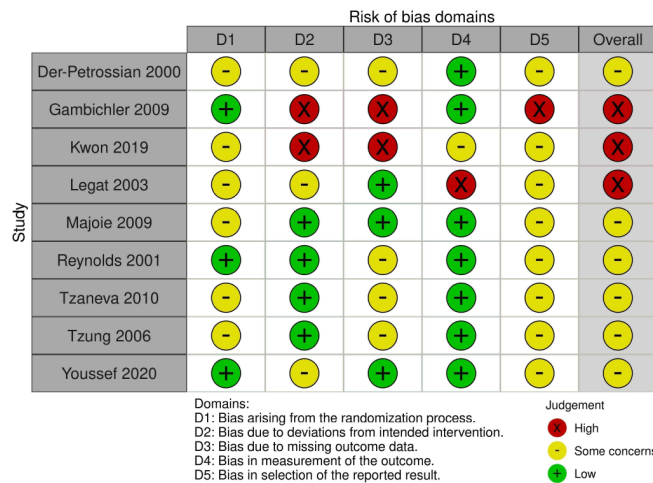


Figure 3. RoB 2 summary - patient-reported symptoms

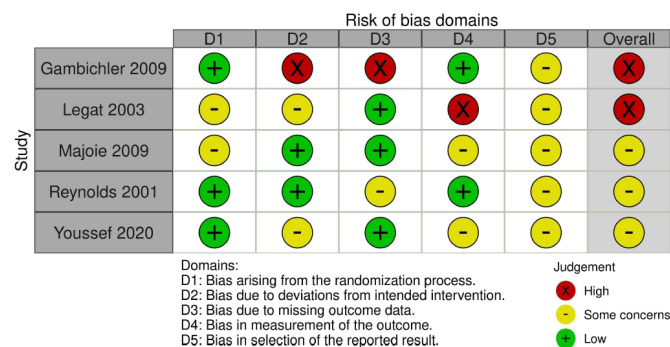


Figure 4. RoB 2 summary - Investigator Global Assessment (IGA)

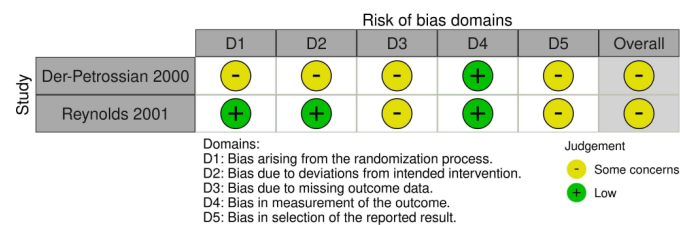


Figure 5. RoB 2 summary - HR QoL

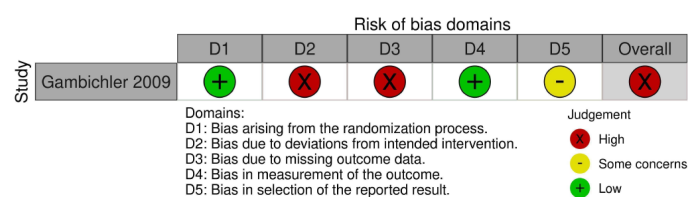
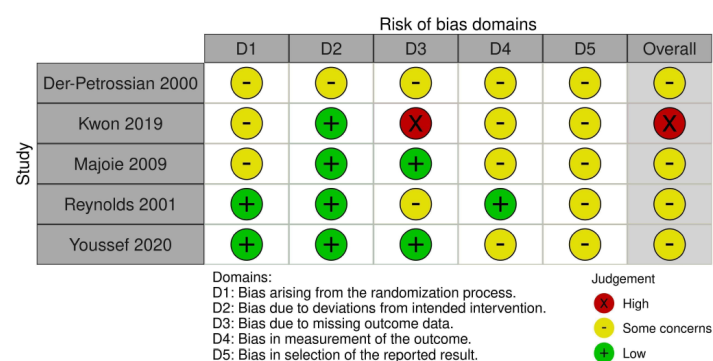


Figure 6. RoB 2 summary - withdrawals due to adverse events



Studienergebnisse:

- **NB-UVB versus UVA1**
 - We judged the evidence for NB-UVB compared to UVA1 to be very low certainty for all outcomes, due to risk of bias and imprecision. There was no evidence of a difference in physician-assessed signs after six weeks (MD -2.00, 95% CI -8.41 to 4.41; 1 trial, 46 participants; scale: 0 to 108), or patient-reported itch after six weeks (MD 0.3, 95% CI -1.07 to 1.67; 1 trial, 46 participants; scale: 0 to 10). Two split-body trials (20 participants, 40 sides) also measured these outcomes, using different scales at seven to eight weeks; they reported lower scores with NB-UVB. One trial reported HRQoL at six weeks (MD 2.9, 95% CI -9.57 to 15.37; 1 trial, 46 participants; scale: 30 to 150). One split-body trial reported no withdrawals due to adverse events over 12 weeks (13 participants). No trials reported IGA.
- **NB-UVB versus PUVA**
 - We judged the evidence for NB-UVB compared to PUVA (8-methoxypsoralen in bath plus UVA) to be very low certainty for all reported outcomes, due to risk of bias and imprecision. There was no evidence of a difference in physician-assessed signs after six weeks (64.1% reduction with NB-UVB versus 65.7% reduction with PUVA; 1 trial, 10 participants, 20 sides). There was no evidence of a difference in marked improvement or complete remission after six weeks (odds ratio (OR) 1.00, 95% CI 0.13 to 7.89; 1 trial, 9/10 participants with both treatments). One split-body trial reported no withdrawals due to adverse events in 10 participants over six weeks. The trials did not report patient-reported symptoms or HRQoL.
- **UVA1 versus PUVA**
 - There was very low-certainty evidence, due to serious risk of bias and imprecision, that PUVA (oral 5-methoxypsoralen plus UVA) reduced physician-assessed signs more than UVA1 after three weeks (MD 11.3, 95% CI -0.21 to 22.81; 1 trial, 40 participants; scale: 0 to 103). The trial did not report patient-reported symptoms, IGA, HRQoL, or withdrawals due to adverse events.
- **Adverse events**
 - Reported adverse events included low rates of phototoxic reaction, severe irritation, UV burn, bacterial superinfection, disease exacerbation, and eczema herpeticum.

Anmerkung/Fazit der Autoren

Compared to placebo or no treatment, NB-UVB may improve physician-rated signs, patient-reported symptoms, and IGA after 12 weeks, without a difference in withdrawal due to adverse events. Evidence for UVA1 compared to NB-UVB or PUVA, and NB-UVB compared to PUVA was very low certainty. More information is needed on the safety and effectiveness of all aspects of phototherapy for treating AE.

Kommentare zum Review

- Our confidence in the evidence is limited, mainly because only a few studies could be included in each comparison, and the studies generally involved only small numbers of people.

3.2 Systematische Reviews

Li L et al., 2023 [15].

Efficacy and safety of abrocitinib for moderate-to-severe atopic dermatitis in adolescents and adults: Meta-analysis

Siehe auch Gao et al. 2023 [12] und Fadlalmola et al. 2021 [11] (jeweils Erwachsenenpopulation), Zhang D et al., 2022 [29], Meher BR et al. 2021 [16].

Fragestellung

This study aims to investigate the safety and efficacy of abrocitinib in treating moderate-to-severe AD in adolescents and adults

Methodik

Population:

- Adolescents and adults AD patients

Intervention:

- abrocitinib 100 mg or 200 mg

Komparator:

- placebo with the same course or subcutaneous injection of Dupilumab

Endpunkte:

- The primary outcomes: IGA (Investigator's Global Assessment score); EASI (Eczema Area and Severity Index); PP-NRS (Peak Pruritus Numerical Rating Scale).
- The secondary outcomes: POEM(Patient-Oriented Eczema Measure); PSAAD (Pruritus and Symptoms Assessment for Atopic Dermatitis); DLQI (Dermatology Life Quality Index); CDLQI (Children's Dermatology Life Quality Index); HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Recherche/Suchzeitraum:

- Pubmed, Cochrane, Embase, and Web of science data base were searched from inception to 9 August 2022.

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane Risk of Bias

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

- 7 trials included

Charakteristika der Population/Studien:

- 6 multi-center RCTs
- Except that the control group carried out by Reich et al. (2022) was Dupilumab, other tests included the placebo control group, and T. Bieber (Bieber et al., 2021) also included the Dupilumab group.

- The dosage of abrocitinib in most studies were 100mg or 200mg, which was taken orally once a day for 12 weeks. The course of treatment in individual trials was 16 weeks and 26 weeks.
- Among the 6 RCTs, 3 subjects included adolescents.

Qualität der Studien:



Studienergebnisse:

- **Investigator's Global Assessment (IGA) metaanalysis results (6 RCT)**
 - The results showed that the IGA response of the experimental group was significantly higher than that of the placebo group [RR = 2.79, 95% CI (2.37–3.28)]. The results showed that compared with the placebo group, the effect of abrocitinib 100 mg [RR = 2.44, 95% CI (1.93–3.08)] and 200 mg [RR = 3.16, 95% CI (2.52–3.96)] was significantly better than that of the placebo group.
 - The results showed that compared with the placebo group, the effect of abrocitinib in the adolescent group [RR = 1.85, 95% CI (1.39–2.46)] and the adult group [RR = 3.40, 95% CI (2.79–4.14)] was better than the placebo group.

- Compared with dupilumab, there was no statistical difference in IGA response when abrocitinib was administered 100 mg [RR = 0.95, 95% CI (0.80–1.12)]. However, when abrocitinib was administered 200 mg [RR = 1.29, 95% CI (1.16–1.43)], IGA response was higher than that in the control group.
- **Eczema area and severity index (EASI) metaanalysis results (6 RCT)**
 - The results showed that the proportion of patients achieving EASI-75 response in the experimental group 100 mg [RR = 2.18, 95%CI (1.78–2.67)] and 200 mg [RR = 3.04, 95%CI (2.22–4.16)] was higher than that in the placebo group.
 - Adolescent group [RR = 1.81, 95% CI (1.45–2.26)] and the adult group (RR = 2.81, 95% CI (2.29–3.45)) respondents were higher than in the placebo group. For EASI-50 and EASI-90, the experimental 100 mg and 200 mg groups were higher than the control group.
 - Compared with dupilumab, there was no significant difference in EASI-75, EASI-90 and EASI-100 when abrocitinib was administered 100 mg. However, when administered 200 mg, EASI-75 [RR = 1.42, 95% CI (1.06–1.90)], EASI-90 [RR = 1.38, 95% CI (1.20–1.59)], EASI-100 [RR = 2.37, 95% CI (1.58–3.57)] were higher than those in the control group
- **Peak Pruritus Numerical Rating Scale (PPNRS) meta-analysis results (6 RCT)**
 - The results showed that the PP-NRS4 respondents [RR = 2.74, 95% CI (2.32–3.24)] in the experimental group was higher than that in the placebo group.
 - Compared with Dupilumab, there was no statistical difference in PP-NRS4 when abrocitinib was administered 100 mg, but PP-NRS4 [RR = 1.42, 95% CI (1.02–1.60)] in the experimental group was higher than that in the control group when abrocitinib was administered 200 mg.
- **Dermatology life quality index (DLQI) metaanalysis results (3 RCT)**
 - The results showed that the improvement of DLQI in the test group was better than that in the control group [SMD = -6.94, 95% CI (-8.70~–5.18)]. By dose grouping, the improvement of DLQI in 100 mg group [SMD = -5.61, 95% CI (-7.61~–3.61)] and 200 mg group [SMD = -8.30, 95% CI (-10.24~–6.36)] was better than that in control group.
- **Children’s dermatology life quality index (CDLQI) meta-analysis results (3 RCT)**
 - The results showed that the improvement of CDLQI in the experimental group was better than that in the control group [SMD = -3.73, 95% CI (-4.66~–2.79)]. Grouped by dose, the improvement of CDLQI in 100 mg group [SMD = -2.97, 95% CI (-4.65~–1.29)] and 200 mg group [SMD = -4.52, 95% CI (-4.99~–4.06)] was better than that in control group
- **Adverse events (6 RCT)**
 - Compared with placebo, there was no statistical difference in the total adverse reactions when 100 mg was administered. When 200 mg was administered, it was slightly higher than the control group [RR = 1.23, 95% CI (1.11–1.37)], but there was no statistical difference in serious adverse reactions between the two groups. The incidence of nausea in 100 mg group [RR = 3.13, 95%CI (1.47–6.69)] and 200 mg group [RR = 7.81, 95%CI (3.84–15.87)] were significantly higher than that in control group.
 - Compared with Dupilumab, there was no statistical difference in the total adverse reactions after administration of 100 mg. When administration of 200 mg, it was slightly higher than the control group but for serious adverse reactions, there was no statistical difference between the two groups. The incidence of nausea in 100 mg [RR = 1.45, 95% CI (0.56–3.75)], 200 mg group [RR = 5.95, 95% CI (2.63–13.48)] were higher than the

control group. For conjunctivitis, the incidence in 100 mg [RR = 0.14, 95% CI (0.03–0.59)] and 200 mg [RR = 0.25, 95% CI (0.14–0.45)] were lower than Dupilumab.

Anmerkung/Fazit der Autoren

In conclusion, this meta-analysis preliminarily demonstrated that abrocitinib had higher efficacy and safety in the treatment of moderate-to-severe AD in adolescents and adults. In addition, abrocitinib could rapidly relieve itching, and effectively improve symptoms and signs, with a greater effect at the dosage of 200 mg than 100 mg.

Kommentare zum Review

Ergebnisse basieren hauptsächlich auf Placebovergleichen.

Drucker AM et al. 2022 [8,9].

Systemic immunomodulatory treatments for patients with atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis

Siehe auch Silverberg JI et al. 2022 sowie Update 2023 [23,24], Lee KP et al. 2023 [14].

Fragestellung

To compare the effectiveness and safety of systemic immunomodulatory treatments for patients with atopic dermatitis in a systematic review and network meta-analysis.

Methodik

Population:

children and adults with moderate-to severe AD

Intervention:

systemic (ie, oral, intravenous, or subcutaneous) immunomodulatory therapies

Komparator:

any comparator, including placebo

Endpunkte:

primary outcomes are (1) change in score on a scale measuring investigator-reported clinical signs, such as the Eczema Area and Severity Index (EASI)⁹; (2) change in score on a scale measuring patient-reported overall symptoms, such as the Patient-Oriented Eczema Measure (POEM)¹⁰; (3) withdrawal from systemic treatment owing to adverse events; and (4) occurrence of serious adverse events.

secondary outcomes are (1) change in score on a scale measuring skin-specific health-related quality of life, such as the Dermatology Life Quality Index (DLQI),¹¹ and (2) change in score on a scale measuring itch severity.

Recherche/Suchzeitraum:

We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE via Ovid (from 1946), Embase via Ovid (from 1974), the Latin American and Caribbean Health Science Information database (from 1982), and the Global Resource of Eczema Trials database. We searched all databases from inception until October 28, 2019.

Qualitätsbewertung der Studien:

Cochrane Risk of Bias tool

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

n=39 RCTs (N=6360)

Charakteristika der Population:

included studies evaluated 20 different systemic immunomodulatory therapies and most comparisons were with placebo

Mean sample size per group was 60 (range, 4-319), the mean proportion of females per trial group was 45%, and the mean or median age in trial groups ranged between 6 and 44 years. Most trials (n = 29) were sponsored by industry.

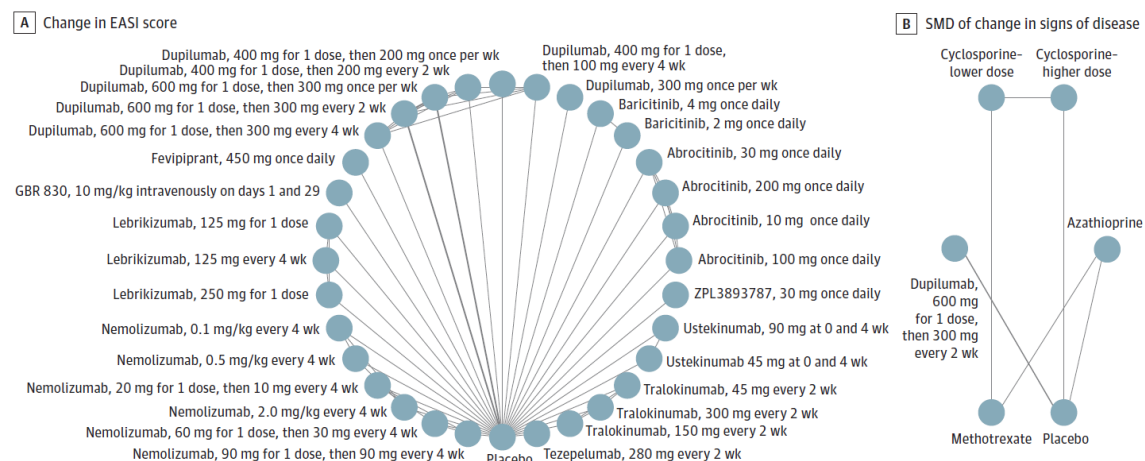
Very few studies (n = 6) included outcomes beyond 16 weeks, and network meta-analyses were therefore limited to short-term outcomes

Qualität der Studien:

Sixteen studies had at least 1 element at high risk of bias

Studienergebnisse:

Figure 2. Network Graphs of Studies Included in the Analysis of Atopic Dermatitis Treatment Between 8 and 16 Weeks



mean change in EASI score

- Dupilumab 300 mg every 2 weeks (the approved dosage for adults) was superior to placebo (mean difference, 11.3-point reduction; 95%CrI, 9.7-13.1 [GRADE assessment: high certainty]). Several investigational medications demonstrated reduction in EASI score compared with placebo, including baricitinib, 2 mg daily (mean difference, 5.6-point reduction; 95%CrI, 0.4-10.9 [GRADE assessment: moderate certainty]) and 4 mg daily (mean difference, 5.2-point reduction; 95% CrI, 0.1-10.4 [GRADE assessment: moderate certainty]), and tralokinumab, 150 mg every 2 weeks (mean difference, 4.3-point reduction; 95% CrI, -0.2 to 8.9 [GRADE assessment: moderate certainty]) and 300mg every 2 weeks (mean difference, 4.9-point reduction; 95% CrI, 0.4-9.3 [GRADE assessment: moderate certainty]).
- Azathioprine, lower dose cyclosporine, higher-dose cyclosporine, methotrexate, and dupilumab had moderate or large benefits relative to placebo. Higher-dose cyclosporine (SMD, -1.1; 95%CrI, -1.7 to -0.5 [low certainty]) and dupilumab (SMD, -0.9; 95% CrI, -1.0 to -0.8 [high certainty]) were similarly effective vs placebo in clearing clinical signs of AD

and may be superior to methotrexate (SMD, -0.6; 95% CrI, -1.1 to 0.0 [low certainty]) and azathioprine (SMD, -0.4; 95% CrI, -0.8 to -0.1 [low certainty]). Higher-dose cyclosporine may be associated with improvement in clinical signs compared with azathioprine (SMD, -0.6; 95% CrI, -1.2 to 0.0 [low certainty]) and methotrexate (SMD, -0.5; 95%CrI, -1.1 to 0.0 [low certainty]), with similar improvement to dupilumab (SMD, -0.2; 95%CrI, -0.8 to 0.4 [low certainty]).

improvements in the POEM score

Dupilumab, 300mg every 2weeks (mean difference, -7.5; 95% CrI, -8.5 to -6.4 [high certainty]), and investigational drugs abrocitinib, 100mg daily (mean difference, -7.6; 95%CrI, -11.6 to -3.6 [low certainty]) and 200 mg daily (mean difference, -11.3; 95%CrI, -15.0 to -7.5 [low certainty]), and upadacitinib, 15mg daily (mean difference, -7.0; 95%CrI, -11.4 to -2.6 [low certainty]) and 30mg daily (mean difference, -10.7; 95% CrI, -15.1 to -6.3 [low certainty]) were associated with clinically relevant improvements in the POEM score compared with placebo

DLQI score

Dupilumab, 300 mg every 2weeks (mean difference, -4.8; 95%CrI, -5.8 to -3.7 [high certainty]), and abrocitinib, 100mg daily (mean difference, -5.2; 95% CrI, -9.3 to -1.1 [low certainty]) and 200 mg daily (mean difference, -4.9; 95% CrI, -8.8 to -1.0 [low certainty]), were associated with clinically important differences in the DLQI score compared with placebo

Azathioprine dosed according to thiopurine methyltransferase levels was associated with clinically meaningful improvement in the DLQI score compared with placebo, but this improvement was based on low certainty evidence owing to imprecision (mean difference, -3.4; 95% CrI, -7.1 to 0.2). Comparisons between cyclosporine, dupilumab, methotrexate, and azathioprine in improvement in quality of life on the SMD scale were imprecise

itch scales

In the analysis of SMDs in change in itch scales, cyclosporine, 5 mg/kg daily (SMD, -0.8; 95% CrI, -1.7 to 0.1 [very low certainty]), and dupilumab, 300mg every 2weeks (SMD, -0.8; 95% CrI, -1.0 to -0.7 [high certainty]), were associated with improvements in itch relative to placebo. Comparisons between cyclosporine, dupilumab, methotrexate, and azathioprine on the SMD scale for itch were imprecise

Safety

- Given low adverse event rates, robust, interpretable relative safety estimates, particularly among medications currently in use, are not possible. Many of the studies reported 0 events for 1 or more treatments, which generates results that cannot be estimated or results with high uncertainty, even in our analyses with more informative priors.

Anmerkung/Fazit der Autoren

This network meta-analysis is based on 39 RCTs including 6360 patients taking 20 systemic AD medications. In analyses of outcomes in adult patients receiving between 8 and 16 weeks of treatment, dupilumab was efficacious based on high certainty evidence with regards to improving clinical signs, including clinically important differences in EASI scores.

Dupilumab and the investigational Janus kinase inhibitors upadacitinib and abrocitinib provided clinically meaningful improvement in POEM scores and dupilumab and abrocitinib

were associated with clinically meaningful improvements in the DLQI score compared with placebo.

Our analyses using the SMD scale permitted comparisons of dupilumab with older systemic AD medications, for which no head-to-head trials exist, to our knowledge. Dupilumab and higher-dose cyclosporine appear to have better effectiveness during the first 4 months of therapy in improving clinical signs, itch, and quality of life relative to methotrexate and azathioprine. These analyses are limited by pooling outcome measures such as peak itch and mean itch, which measure the same domain but in different ways, and their inclusion of trials only up to 16 weeks, which may favor medications with more rapid onset of action.

Despite these concerns and low certainty according to GRADE, our stratification of the currently available treatments should be useful to stakeholders including patients, clinicians, guideline developers, and health technology assessors.

Conclusions

Cyclosporine and Dupilumab may have better short-term effectiveness than methotrexate and azathioprine for treatment of AD in adults. In the absence of well-powered head-to-head trials comparing all possible combinations of active treatments, our study provides the best available comparative effectiveness estimates to inform treatment decisions, guidelines, and health technology assessments. Ongoing and planned RCTs will give more precision to our effect estimates and provide estimates for children and longer-term outcomes.

Kommentare zum Review

Nicht alle untersuchten Arzneimittel sind in Deutschland zur Behandlung der atopischen Dermatitis zugelassen.

Zhang Y et al., 2022 [30].

The efficacy and safety of IL-13 inhibitors in atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis

Siehe auch Zhao et al 2023 [31]

Fragestellung

To assess the efficacy and safety of IL-13 inhibitors in moderate to severe AD

Methodik

Population:

individuals with moderate to severe AD who did not receiving lebrikizumab or tralokinumab before

Intervention:

IL-13 inhibitors

Komparator:

control/placebo

Endpunkte:

disease severity, quality of life and adverse events

Recherche/Suchzeitraum:

PubMed, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials were searched from its inception to November 9th, 2021

Qualitätsbewertung der Studien:

Cochrane Collaboration's assessment tool

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

n=7 RCTs (N=2946)

Charakteristika der Population/Studien:

n=2 Studien (Lebrikizumab)

n=5 Studien (Tralokinumab)

All the included studies used subcutaneous placebo as the comparator, and treatment duration varied from 12 weeks to 16 weeks.

•

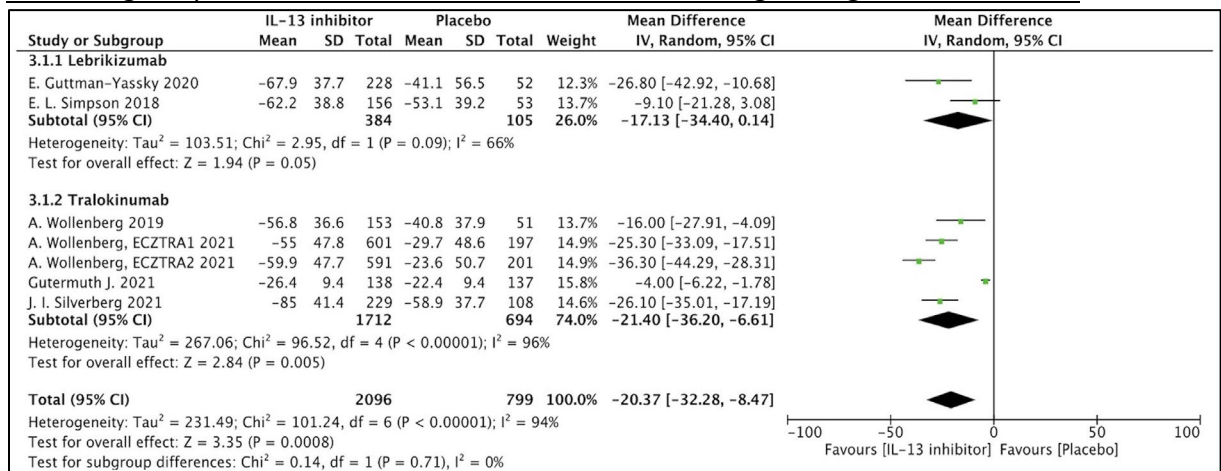
Study(year)	Clinical trial identified	Severity of AD	Participant characteristics						Treatment/Dosage/fre- quency	Duration of treatment	Outcomes
			Treatment group			Placebo group					
			No. of participants/no. of males	Age (y)	Race (%)	No. of participants/no. of males	Age (y)	Race (%)			
E. Guttman-Yassky et al. (2020) (18)	NCT 03443034	Moderate to severe	228/96	38.7 ± 17.3	White (52.2) Black or African American (33.8) American Indian or Alaskan native (1.3) Asian (9.2) Multiple or other (3.5)	52/28	42.2 ± 18.2	White (50.0) Black or African American (30.8) American Indian or Alaskan native (0.0) Asian (11.5) Multiple or other (7.7)	Lebrikizumab (125mg Q4W, 250mg Q4W or 250 mg Q2W) or placebo	16 wk	EAS _N , EAS _S -75, NRS improvement>4, DLQI
E. L. Simpson et al. (2018) (21)	NCT 02340234	Moderate to severe	156/100	35.3 ± 12.4	White (73.7) Asian (23.7) Other (2.5)	53/36	38.7 ± 13.2	White (66.0) Asian (30.2) Other (3.8)	Lebrikizumab (125mg SD, 250mg SD or 125 mg Q4W) or placebo	12 wk	EAS _N , EAS _S -75, IGA 0/1
J. I. Silverberg et al. (2021) (19)	NCT 03363854	Moderate to severe	253/125	37.0 (28.0-52.0)	White (80.2) Black or African American (9.1) Asian (6.7) Native Hawaiian or other Pacific Islander (0.4) Other (3.6)	127/84	34.0 (24.0- 50.0)	White (66.9) Black or African American (9.4) Asian (18.9) Native Hawaiian or other Pacific Islander (0.8) Other (3.9)	Tralokinumab (300mg Q2W+TCS) or placebo	16 wk	EAS _N , EAS _S -75, IGA 0/1, NRS improvement>4, DLQI
A. Wollenberg et al. ECZTRA1 (2021) (22)	NCT 03131648	Moderate to severe	603/351	37.0 (27.0- 48.0)	White (70.6) Black (6.8) Asian (19.9) Other or missing data (2.7)	190/123	37.0 (26.0- 49.0)	White (69.4) Black (9.0) Asian (20.1) Other or missing data (1.5)	Tralokinumab (300mg Q2W) or placebo	16 wk	EAS _N , EAS _S -75, IGA 0/1, NRS improvement>4, DLQI
A. Wollenberg et al. ECZTRA2 (2021) (22)	NCT 03160885	Moderate to severe	593/359	34.0 (25.0- 48.0)	White (63.1) Black (7.3) Asian (26.0) Other or missing data (3.7)	201/114	30.0 (23.0- 46.0)	White (61.2) Black (8.5) Asian (25.9) Other or missing data (4.5)	Tralokinumab (300mg Q2W) or placebo	16 wk	EAS _N , EAS _S -75, IGA 0/1, NRS improvement>4, DLQI
A. Wollenberg et al. (2019) (23)	NCT 02347176	Moderate to severe	153/88	37.3 ± 14.5	Asian (22.9) Black or African American (13.7) White (61.4) Other (0.7)	51/22	39.4 ± 14.5	Asian (19.6) Black or African American (15.7) White (60.8) Other (1.9)	Tralokinumab (45, 150 or 300mg Q2W) or placebo	12 wk	EAS _N , IGA 0/1, DLQI
Gutermuth J. et al. (2021) (24)	NCT 03761537	Severe	140/82	33.0 (25.5- 47.0)	White (97.9) Black or African American (0) Asian (0) Other (2.1)	137/83	34.0 (26.0- 43.0)	White (98.5) Black or African American (0.7) Asian (0.7) Other (0)	Tralokinumab (300 mg Q2W+TCS) or placebo	16 wk	EAS _N , EAS _S -75, NRS improvement>4, DLQI

Qualität der Studien:

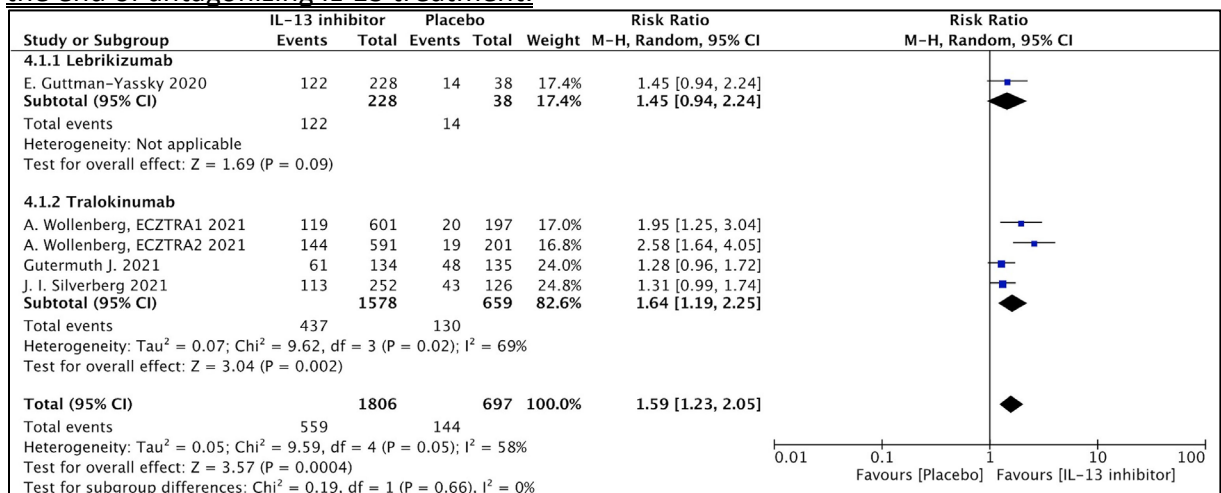
high quality in all included RCTs. Only 1 study (21) did not report the detailed description of random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and health care personnel, and blinding of outcome assessment.

Studienergebnisse:

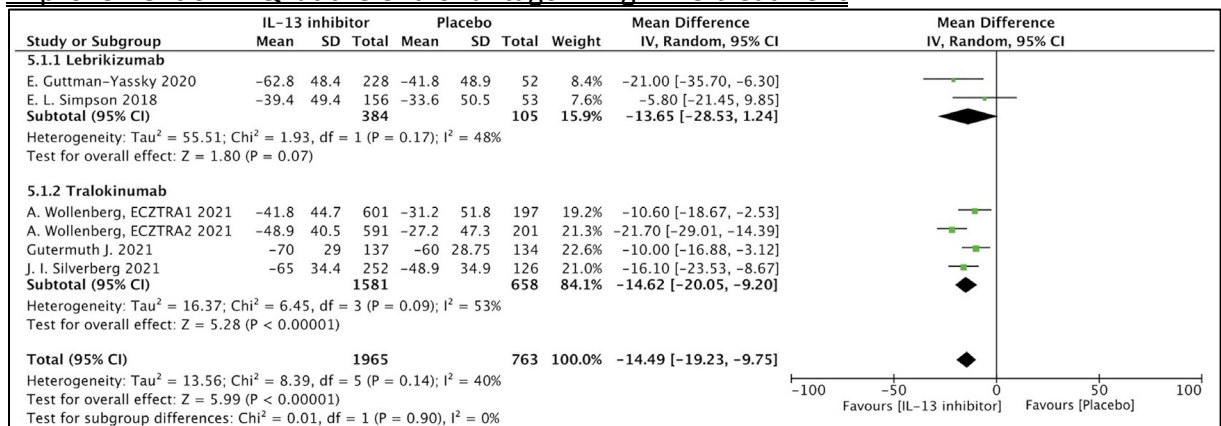
Percentage improvement of EASI score at the end of antagonizing IL-13 treatment.



Proportion of patients achieving NRS score with more than 4-points daily improvement at the end of antagonizing IL-13 treatment.



Improvement of DLQI at the end of antagonizing IL-13 treatment



Anmerkung/Fazit der Autoren

In summary, antagonizing IL-13 with either lebrikizumab or tralokinumab could significantly reduce the disease severity and improve the quality of life, thus providing a promising

alternative option for AD. More powered studies would be warranted to evaluate the long-term and durable clinical response of IL-13 inhibitors, and to identify certain patients who were more likely to respond to IL-13 inhibitors, thus enabling more efficient management of Th2-mediated AD compared with currently available biologics.

Kommentare zum Review

- Ausschließlich Placebovergleiche.
- Relevant hier nur der Wirkstoff Tralokinumab
- Keine Differenzierung nach Schweregrad der atop. Dermatitis

Wang B et al., 2022 [25].

Efficacy and safety of baricitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials

Fragestellung

We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (RCTs) reporting the efficacy and safety of baricitinib.

Methodik

Population:

- Patients with moderate-to-severe AD

Intervention:

- Baricitinib with or without topical corticosteroids.

Komparator:

- placebo

Endpunkte:

- Eczema Area and Severity Index (EASI), and Validated Investigator's Global Assessment of atopic dermatitis (VIGA-AD) score, Safety

Recherche/Suchzeitraum:

- databases of PubMed, Web of Science, Embase and the Cochrane Library for studies evaluating the efficacy and safety of baricitinib in the treatment of moderate-to-severe AD from inception to 26 July 2021

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane risk of bias tool for randomised trials (RoB 2)

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

- n= 6 RCTs (n=2595), davon eine Phase-2 Studie

Charakteristika der Population/Studien:

TABLE 1 Characteristics of included studies

Study	Study design	Intervention	No. of patients	No. of women (%)	Age, years, mean (SD)	Disease duration, years, mean (SD)	Timepoints of outcomes assessment	Outcomes
Guttman-Yassky et al., 2019	Phase II RCT	Placebo plus TCS	49	25 (51%)	35 (28.0–48.0) ^a	17.7 (7.3–29.5) ^a	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, TEAEs
		Baricitinib 2 mg plus TCS	37	15 (41%)	42 (26.0–52.0) ^a	26.4 (18.3–40.5) ^a		
		Baricitinib 4 mg plus TCS	38	16 (42%)	32.5 (26.0–48.0) ^a	22.0 (6.4–30.7) ^a		
Simpson et al., 2020 (AD1)	Phase III RCT	Placebo (TCS as rescue)	249	101 (40.6%)	35 (12.6)	26 (15.5)	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, SCORAD75, Itch NRS improvement, TEAEs
		Baricitinib 1 mg (TCS as rescue)	127	49 (38.6%)	36 (12.4)	27 (14.9)		
		Baricitinib 2 mg (TCS as rescue)	123	41 (33.3%)	35 (13.7)	25 (14.6)		
		Baricitinib 4 mg (TCS as rescue)	125	42 (33.6%)	37 (12.9)	25 (14.9)		
Simpson et al., 2020 (AD2)	Phase III RCT	Placebo (TCS as rescue)	244	90 (36.9%)	35 (13.0)	25 (13.9)	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, SCORAD75, Itch NRS improvement, TEAEs
		Baricitinib 1 mg (TCS as rescue)	125	45 (36.0%)	33 (10.0)	24 (12.7)		
		Baricitinib 2 mg (TCS as rescue)	123	58 (47.2%)	36 (13.2)	24 (13.8)		
		Baricitinib 4 mg (TCS as rescue)	123	41 (33.3%)	34 (14.1)	23 (14.8)		
Simpson et al., 2021 (AD5)	Phase III RCT	Placebo	147	67 (46%)	39 (17)	23 (17)	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, SCORAD75, Itch NRS improvement, TEAEs
		Baricitinib 1 mg	147	72 (49%)	40 (17)	24 (17)		
		Baricitinib 2 mg	146	77 (53%)	40 (15)	24 (16)		
Reich et al., 2020 (AD7)	Phase III RCT	Placebo with TCS	109	38 (35%)	33.7 (13.2)	22.0 (12.2)	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, SCORAD75, Itch NRS improvement, TEAEs
		Baricitinib 2 mg with TCS	109	39 (36%)	33.8 (12.8)	24.6 (14.8)		
		Baricitinib 4 mg with TCS	111	36 (32%)	33.9 (11.4)	25.5 (13.2)		
NCT03428100, 2021 (AD4)	Phase III RCT	Placebo with TCS	93	44 (47.3%)	38.7 (13.6)	Not reported	Week 16	EASI75, EASI90, IGA-Response, SCORAD75, Itch NRS improvement
		Baricitinib 1 mg with TCS	93	35 (37.6%)	38.9 (14.0)	Not reported		
		Baricitinib 2 mg with TCS	185	52 (28.1%)	37.3 (13.6)	Not reported		
		Baricitinib 4 mg with TCS	92	35 (38.0%)	38.7 (13.3)	Not reported		

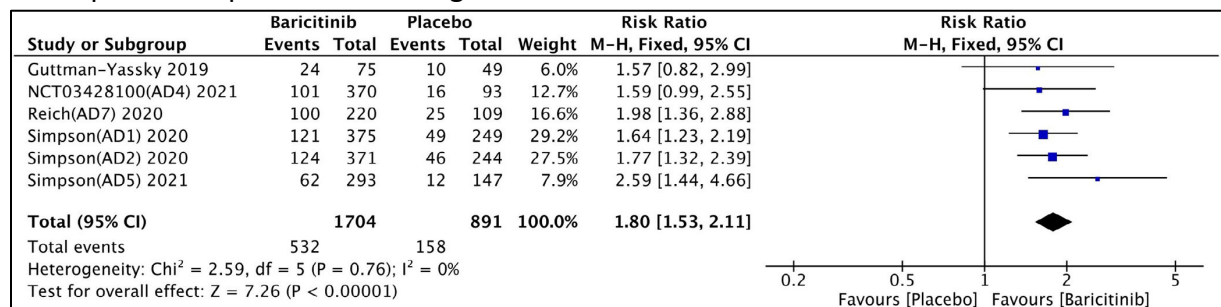
^aData are presented as median (interquartile range, IQR).

Qualität der Studien:

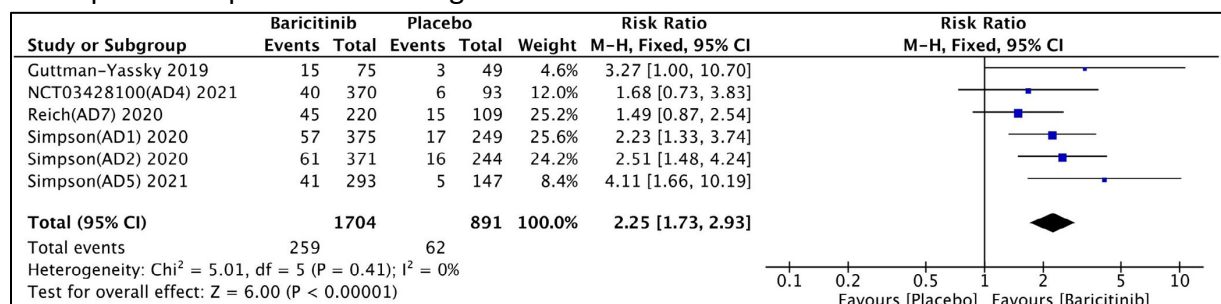
Study ID	D1	D2	D3	D4	D5	Overall	
Guttman-Yassky 2019	+	+	+	+	+	+	Low risk
Simpson 2020	+	+	+	+	+	+	Some concerns
Simpson 2020	+	+	+	+	+	+	Some concerns
Simpson 2021	+	+	+	+	+	+	Some concerns
Reich 2020	+	+	+	+	+	+	Some concerns
NCT03428100	!	!	+	+	!	!	High risk
							D1: Randomisation process
							D2: Deviations from the intended interventions
							D3: Missing outcome data
							D4: Measurement of the outcome
							D5: Selection of the reported result

Studienergebnisse:

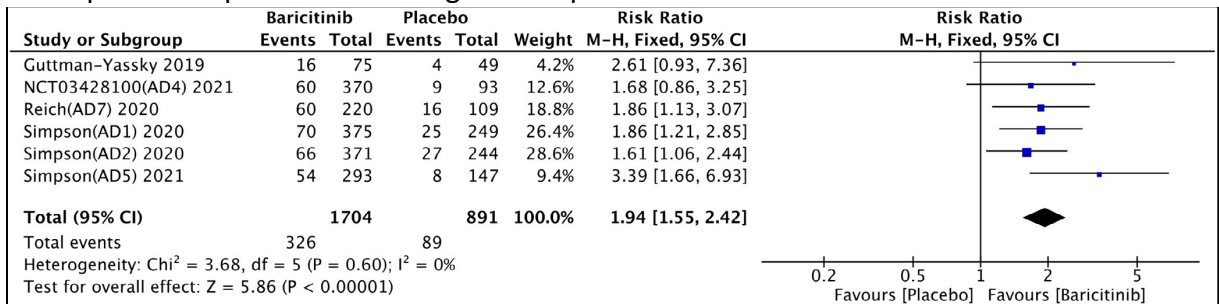
- Proportion of patients achieving EASI75



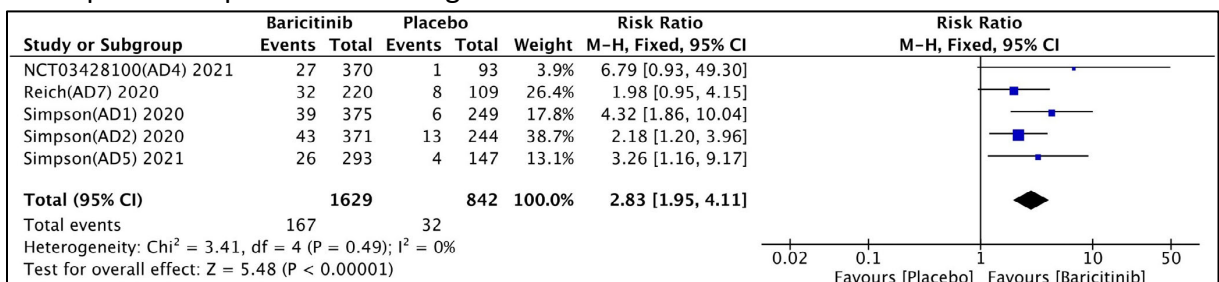
- Proportion of patients achieving EASI90



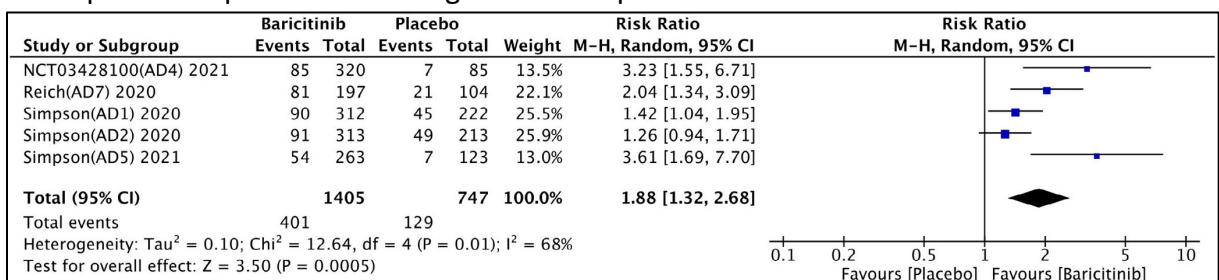
- Proportion of patients achieving IGA-Response



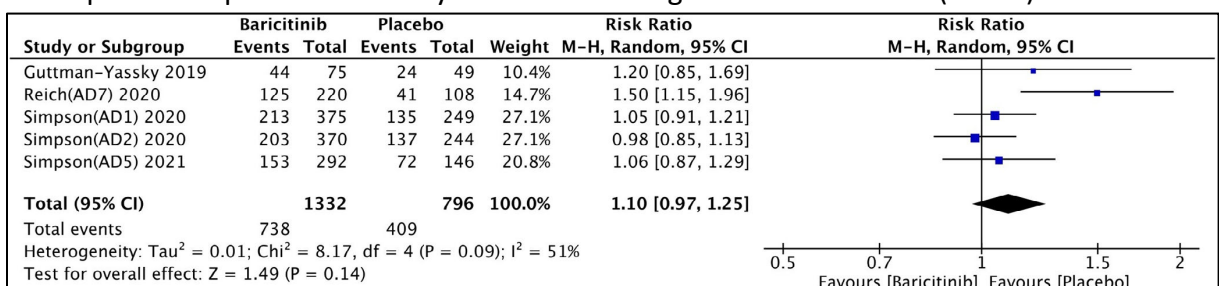
- Proportion of patients achieving SCORAD75



- Proportion of patients achieving Itch NRS improvement



- Proportion of patients with any treatment-emergent adverse effects (TEAEs)



Anmerkung/Fazit der Autoren

Baricitinib has promising efficacy for moderate-to-severe AD with favourable safety files that has the potential to improve the well-being and quality of life for AD patients. However, more studies are needed to further identify the long-term efficacy, safety, and the most effective dosage, and to compare baricitinib with other active agents for providing definitive evidence about the drug.

Kommentare zum Review

- ausschließlich Placebovergleiche

Wu S et al., 2022 [28].

Efficacy and safety of dupilumab in the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials.

Fragestellung

We conducted this meta-analysis to evaluate the efficacy and safety of dupilumab in patients with moderate-to-severe AD.

MethodikPopulation:

- Patients diagnosed with moderate-to-severe AD

Intervention:

- Dupilumab

Komparator:

- Placebo or any other treatment

Endpunkte:

- Investigator's Global Assessment response (IGA), Eczema Area and Severity Index (EASI), the pruritus numeric rating scale (NRS), percent BSA affected with AD, Dermatology Life Quality Index (DLQI) and adverse events

Recherche/Suchzeitraum:

- Articles published between 1975 and March 2021 (PubMed, Web of Science, and Embase)

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

ErgebnisseAnzahl eingeschlossener Studien:

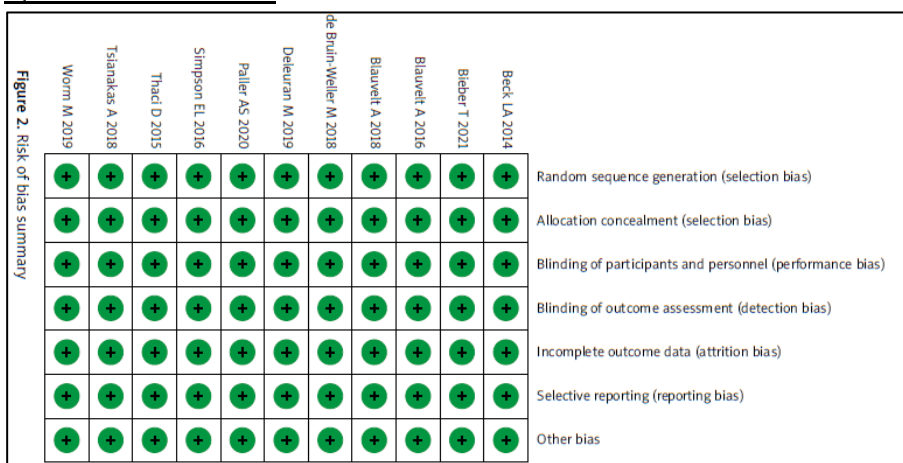
- n=11 RCTs (n=4094)

Charakteristika der Population/Studien:

Table 1. Baseline characteristics of patients in the trials included in the meta-analysis					
Study	Country	Treatment regimen	Dosing	No. of patients	Treatment duration
Paller AS [26]	China	Dupilumab	300 mg q4w, 200/300 mg q2w	84	16 weeks
		Placebo		85	
Simpson EL [27]	USA	Dupilumab	300 mg qw, 300 mg q2w	447	16 weeks
		Placebo		224	
Blauvelt A [28]	USA	Dupilumab + TCS	300 mg qw, 300 mg q2w	425	52 weeks
		Placebo + TCS		315	
Blauvelt A [29]	USA	Dupilumab	300 mg qw	97	16 weeks
		Placebo		97	
de Bruin-Weller M [30]	Netherlands	Dupilumab + TCS	300 mg qw, 300 mg q2w	217	16 weeks
		Placebo + TCS		108	
Deleuran M [31]	Denmark	Dupilumab	300 mg qw	249	76 weeks
		Placebo		398	
Worm M [32]	Germany	Dupilumab	300 mg qw/q2w, 300 mg q4w, 300 mg q8w	339	36 weeks
		Placebo		83	
Tsianakas A [33]	Germany	Dupilumab	300 mg qw	32	12 weeks
		Placebo		32	
Beck LA [34]	USA	Dupilumab	300 mg qw	55	16 weeks
		Placebo		54	
Thaci D [35]	Germany	Dupilumab + TCS	300 mg qw, 300 mg, q2w, 300 mg q4w, 200 mg qw, 200 mg q2w, 100 mg q4w	318	16 weeks
		Placebo + TCS		61	
Bieber T	Germany	Dupilumab	200 mg q2w	243	12 weeks
		Placebo		131	

SD – standard deviation.

Qualität der Studien:



Studienergebnisse:

- Pooled estimate showed that dupilumab significantly improved the mean change in the Eczema Area and Severity Index (EASI) score (SMD = -10.90, 95% CI: -12.13, -9.68; $p < 0.001$), percentage of body surface area (BSA) affected (SMD = -10.87, 95% CI: -13.04, -8.70; $p < 0.001$), pruritus numeric rating scale (NRS) scores (SMD = -9.29, 95% CI: -

10.34, -8.25; $p < 0.001$), and Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores (SMD = -9.66, 95% CI: -11.50, -7.82; $p < 0.001$).

- In addition, dupilumab was associated with a significantly higher Investigator's Global Assessment (IGA) response (RR = 3.57, 95% CI: 2.53, 5.03; $p < 0.001$). The overall incidence of adverse events was comparable between dupilumab and other treatments (RR = 1.00, 95% CI: 0.96, 1.03; $p = 0.832$). However, the injection-site reaction, headache and conjunctivitis were more frequently seen in patients treated with dupilumab.

Anmerkung/Fazit der Autoren

Our findings provided evidence that dupilumab was an effectively targeted biologic therapy in the treatment of patients with moderate-to-severe AD because it ameliorated the signs and symptoms of AD and improved health-related quality of life. Moreover, its safety was acceptable. Considering the potential limitations in this study, more large-scale RCTs are needed to verify our findings.

Ayen-Rodríguez A et al., 2022 [3].

Long-Term Effectiveness and Safety of Biologic and Small Molecule Drugs for Moderate to Severe Atopic Dermatitis: A Systematic Review

Fragestellung

The long-term efficacy and safety of biological and JAK inhibitors in moderate to severe atopic dermatitis, currently approved by the EMA (Dupilumab, Tralokinumab, Baricitinib, Abrocitinib and Upadacitinib)

Methodik

Population:

- adult population (over 18 years of age) with moderate to severe atopic dermatitis
- Drugs with RCTs including both adults and adolescents (≥ 12 years) were also included

Intervention:

- k.A.

Komparator:

- k.A.

Endpunkte:

- The two primary outcomes analyzed were: (a) the number of patients achieving at least a 75% reduction from baseline on the EASI scale (EASI 75) at 48–60 weeks; and (b) the number of patients who reached IGA 0 (fully cleared patients) or IGA 1 (almost cleared patients).
- Secondary outcomes included the number of patients who achieved (a) a reduction in at least 90% from baseline on the EASI scale (EASI 90) at 48–60 weeks; (b) an improvement of at least 4 points on the NRS itch scale; (c) the number of patients who experienced at least one AE; (d) the number of patients who experienced at least one SAE.

Recherche/Suchzeitraum:

- three databases (MEDLINE and EMBASE and the Cochrane Central Register), veröffentlicht zwischen Jan. 2000 bis April 2022

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane Risk of Bias Assessment Tool (ROB-2)

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

- N=7 RCTs

Charakteristika der Population/Studien:

- Among the selected RCTs, three evaluated the use of Upadacitinib and two evaluated tralokinumab, while dupilumab and baricitinib were evaluated in a single RCT, respectively.

Publication Data			Study Design			Study Arm Baseline Characteristics										
Study ID	Year	Phase	Agent	Dosing, Schedule, Route	n	Males n (%)	Age Mean/Median	Adolescent (12-17 years) n (%)	Race (White) n (%)	Disease Duration Years Mean/Median	Basal EASI Score Mean/Median	Basal BSA % Mean/Median	Basal SCORAD Score Mean/Median	Weekly WP-NRS Score Mean/Median	vIGA-AD Score = 4 n (%)	DLQI Score Mean/Median
LIBERTY AD CHRONOS* [10]	2017	3	Placebo + TCS	Q1W sc	315	193 (61.3)	34.0 (25.0-45.0)	0	208 (66.0)	26.0 (17.0-38.0)	29.6 (22.2-40.8)	55.0 (40.0-75.0)	64.1 (55.9-76.1)	7.6 (6.3-8.6)	147 (46.6)	14.0 (9.0-20.0)
			Dupilumab + TCS	300 mg Q2W sc	106	62 (58.5)	40.5 (28.0-49.0)	0	74 (69.8)	28.0 (20.0-44.0)	30.9 (22.3-41.6)	58.8 (43.5-78.5)	69.7 (60.4-79.8)	7.7 (6.6-8.5)	53 (50.0)	13.5 (8.0-20.0)
			Dupilumab + TCS	300 mg Q1W sc	319	191 (59.9)	34.0 (26.0-45.0)	0	208 (65.2)	26.0 (18.0-39.0)	29.0 (21.6-40.7)	52.0 (36.0-71.5)	65.3 (55.2-76.3)	7.4 (6.0-8.6)	147 (46.1)	14.0 (8.0-20.0)
ECZTRA-1* [11]	2020	3	Placebo	Q2W sc	199	123 (61.8)	37.0 (26.0-49.0)	0	138 (69.3)	28.0 (18.0-41.0)	30.3 (22.0-41.5)	52.5 (31.0-77.0)	70.8 (63.8-81.0)	7.9 (6.9-8.7)	102 (51.3)	16.0 (13.0-22.0)
			Tralokinumab	300 mg Q2W sc	603	351 (58.2)	37.0 (27.0-48.0)	0	426 (70.6)	27.0 (19.0-38.0)	28.2 (21.3-40.0)	50.0 (33.0-70.0)	69.2 (61.5-79.1)	7.9 (6.7-8.9)	305 (50.6)	17.0 (12.0-22.0)
ECZTRA-2* [11]	2020	3	Placebo	Q2W sc	201	114 (56.7)	30.0 (23.0-46.0)	0	123 (61.2)	25.0 (18.0-36.0)	29.6 (20.6-41.4)	50.0 (31.0-74.0)	69.9 (61.9-79.1)	8.1 (7.1-9.0)	101 (50.2)	18.0 (12.5-24.0)
			Tralokinumab	300 mg Q2W sc	593	359 (60.5)	34.0 (25.0-48.0)	0	374 (63.1)	25.5 (17.0-39.0)	28.2 (19.8-40.8)	50.0 (31.0-74.0)	69.5 (60.5-79.1)	8.0 (7.0-9.0)	286 (48.2)	18.0 (13.0-23.0)
BREEZE-AD3** [12]	2021	3	Baricitinib	2 mg QD oral	54	28 (51.9)	32.8 (12.7)	0	45 (83.3)	19.2 (11.8)	24.9 (8.7)	NR	62.2 (12.0)	6.1 (2.2)	18 (33.3)	NR
			Baricitinib	4 mg QD oral	70	42 (60.0)	36.7 (15.5)	0	47 (67.1)	23.2 (16.8)	28.1 (10.6)	NR	63.4 (12.3)	6.5 (2.1)	22 (31.4)	NR
			Placebo	QD oral	304	178 (58.6)	34.3 (12-75)	40 (13.2)	225 (74.0)	24.3 (15.2)	30.3 (13.0)	48.6 (23.1)	NR	7.1 (1.6)	163 (53.6)	16.3 (7.0)
AD Up**,*** [13]	2021	3	Upadacitinib + TCS	15 mg QD oral	300	179 (59.7)	32.5 (13-74)	39 (13.0)	204 (68.0)	22.9 (13.9)	29.2 (11.8)	46.7 (21.6)	NR	7.1 (1.8)	157 (52.3)	16.4 (7.2)
			Upadacitinib + TCS	30 mg QD oral	297	190 (64.0)	35.5 (12-72)	37 (12.5)	218 (73.4)	23.1 (16.1)	29.7 (11.8)	48.5 (23.1)	NR	7.4 (1.6)	157 (52.9)	17.1 (7.0)
			Placebo	QD oral	281 [244]	144 (51.2)	34.4 (12-75)	40 (14.2)	182 (64.8)	21.3 (15.3)	28.8 (12.6)	45.7 (21.6)	66.1 (12.9)	7.3 (1.7)	122 (44.5)	17.0 (6.8)
Measure Up 1**,*** [14]	2022	3	Upadacitinib + TCS	15 mg QD oral	281	157 (55.9)	34.1 (12-74)	42 (14.9)	182 (64.8)	20.5 (15.9)	30.6 (12.8)	48.5 (22.2)	68.2 (12.6)	7.2 (1.6)	127 (45.2)	16.2 (7.0)
			Upadacitinib + TCS	30 mg QD oral	285	155 (54.4)	33.6 (12-75)	42 (14.7)	191 (67.0)	20.4 (14.3)	29.0 (11.1)	47.0 (22.0)	67.3 (12.5)	7.3 (1.5)	131 (46.0)	16.4 (7.0)
			Placebo	QD oral	278 [241]	154 (55.4)	33.4 (13-71)	36 (12.9)	195 (70.1)	21.1 (13.6)	29.1 (12.1)	47.6 (22.7)	67.9 (12.1)	7.3 (1.6)	153 (55.0)	17.1 (7.2)
Measure Up 2**,*** [14]	2022	3	Upadacitinib + TCS	15 mg QD oral	276	155 (56.2)	33.3 (12-74)	33 (12.0)	184 (66.7)	18.8 (13.3)	28.6 (11.7)	45.1 (22.4)	66.6 (12.5)	7.2 (1.6)	150 (54.3)	16.9 (7.0)
			Upadacitinib + TCS	30 mg QD oral	282	162 (57.4)	34.1 (12-75)	35 (12.4)	198 (70.2)	20.8 (14.3)	29.7 (12.2)	47.0 (23.2)	66.7 (13.0)	7.3 (1.6)	156 (55.3)	16.7 (6.9)

Table 2 Data are expressed as n (%), median [IQR = interquartile range] * or mean (SD = standard deviation) ** or mean (range) ***. Every 2 weeks, QD = once daily, sc = subcutaneous administration. NR = not reported. EASI = Eczema Area and Severity Index. BSA = body surface area. SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis. WP-NRS = Worst Pruritus Numerical Rating Scale. vIGA-AD = validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis. DLQI = Dermatology Life Quality Index. Note that the number of patients in the placebo group at the start of the trials in Measure Up 1 (n = 281) and Measure Up 2 (n = 241) is different from the final sample used to assess efficacy and safety (244 and 241, respectively). However, the baseline patient characteristics listed in this table refer to the baseline sample of each study.

Table 2 Data are expressed as n (%), median (IQR = interquartile range) * or mean (SD = standard deviation) ** or mean (range) ***. Every 2 weeks, QD = once daily, sc = subcutaneous administration. NR = not reported. EASI = Eczema Area and Severity Index. BSA = body surface area. SCORAD = Scoring Atopic Dermatitis. WP-NRS = Worst Pruritus Numerical Rating Scale. vIGA-AD = validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis. DLQI = Dermatology Life Quality Index. Note that the number of patients in the placebo group at the start of the trials in Measure Up 1 (n = 281) and Measure Up 2 (n = 241) is different from the final sample used to assess efficacy and safety (244 and 241, respectively). However, the baseline patient characteristics listed in this table refer to the baseline sample of each study.

Qualität der Studien:

		Risk of bias domains					
		D1	D2	D3	D4	D5	Overall
Study	Dupilumab: Blauvelt et al. 2017	+	+	+	+	+	+
	Tralokinumab: Wollenberg et al. 2021	+	+	+	+	+	+
	Baricitinib: Silverberg et al. 2021	+	-	+	-	+	-
	Upadacitinib: Reich et al. 2021	-	-	+	+	+	-
	Upadacitinib: Simpson et al. 2022	-	+	+	+	+	+

Domains:
D1: Bias arising from the randomization process.
D2: Bias due to deviations from intended intervention.
D3: Bias due to missing outcome data.
D4: Bias in measurement of the outcome.
D5: Bias in selection of the reported result.

Judgement
- Some concerns
+ Low

Studienergebnisse:

- Regarding efficacy, the best results are obtained with Upadacitinib 30 mg (84.7% (77.3–92.1)) at 52 weeks, slightly improving its results when TCS is added (84.9% (80.3–89.5)). These results are replicated in the measurement of vIGA 0/1 for Upadacitinib 30 mg + TCS, where 65.5% (55.7–75.2) of patients maintain it at 52 weeks.
- Of the four drugs, no long-term safety results have been reported for baricitinib. In relation to the safety findings, there were no significant differences in the dropout rates for this reason in the remaining three drugs.

- In all the included studies, the treatment response has been evaluated by determining the EASI75 and IGA0/1. Upadacitinib and dupilumab provided clinically superior efficacy on both parameters. Concomitant use of TCS was allowed in these RCTs. In the SR and NMA carried out, the best efficacy data (EASI75, 52w) are obtained by Upadacitinib 30 mg + TCS, being the main combination that we would use in real clinical practice. These results are confirmed in the percentage of patients who reach and maintain vIGA 0/1 at 52 weeks. Dupilumab and Tralokinumab data are also highly satisfactory.

Anmerkung/Fazit der Autoren

Today, different therapeutic options for AD patients can be prescribed. Individualizing the treatment allows for better therapeutic consistency, in addition to being cost-efficient to avoid primary therapeutic failures. The results of the present SR may provide us with a useful basis for the preparation of management guidelines for the use of new generation therapies in moderate to severe atopic dermatitis.

Kommentare zum Review

- *Keine separate Auswertung nach Alter*

Siegels D et al., 2020 [22].

Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis

Fragestellung

- This systematic review analysed and critically appraised the current research evidence on systemic treatments in children, adolescents and adults with moderate-to-severe AD.

Methodik

Population:

- children ≤ 12 years, adolescents 13-17 years and/or adults ≥ 18 years with moderate-to-severe AD

Intervention:

- Trials that examined one of the following treatments for AD, or a combination thereof, were included: Adalimumab, Apremilast, Azathioprine (AZA), Baricitinib, Brodalumab, Ciclosporin A (CSA), Corticosteroids, Dupilumab, Etanercept, Infliximab, Interferon-gamma (IFN- γ), intravenous immunoglobulins (IVIG), Ixekizumab, Mepolizumab, Methotrexate (MTX), Mycophenolate mofetil/sodium, Omalizumab, Rituximab, Secukinumab, Tofacitinib, Upadacitinib, Ustekinumab

Komparator:

- any

Endpunkte:

TABLE 2 Outcomes

Primary outcomes		Secondary outcomes	
Efficacy	Safety	Efficacy	Safety
- Physician-assessed clinical signs score (eg mean change in Eczema Area and Severity Index (EASI), EASI75, mean change in SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD), Six Area Six Sign Atopic Dermatitis (SASSAD)) - Patient-reported symptoms score (eg mean change in Patient Oriented Eczema Measure (POEM)) - Skin or AD-specific health-related quality of life (eg mean change in Dermatology Life Quality Index (DLQI))	- Incidence rate of all adverse events (AE) - Incidence rate of serious adverse events (SAE)	- Investigator Global Assessment (IGA) - Patient Global Assessment (PGA)	- Total withdrawal rates - Withdrawal due to AE - Withdrawal due to treatment failure

Recherche/Suchzeitraum:

- MEDLINE (via OVID), EMBASE (via OVID), Cochrane Controlled Register of Trials (CENTRAL) and Global Resource of Eczema Trials (GREAT) up to February 2020

Qualitätsbewertung der Studien:

- Cochrane Risk of Bias 2.0 Tool

Ergebnisse

Anzahl eingeschlossener Studien:

- N=50 RCTs (N=6681)

Charakteristika der Population:

- We identified trial evidence for 13 systemic treatments available and licensed in Europe: one trial (including 185 patients) evaluated apremilast, 83 three trials (totalling 140 patients) evaluated AZA, three trials (including 1 363 patients) evaluated baricitinib, 19 trials (totalling 820 patients) evaluated CSA, three trials (totalling 85 patients) evaluated corticosteroids, 11 trials (totalling 3529 patients) evaluated dupilumab, two trials (totalling 134 patients) evaluated IFN- γ , three trials (totalling 64 patients) evaluated IVIG, one trial (including 43 patients) evaluated mepolizumab, three trials (totalling 179 patients) evaluated MTX, three trials (totalling 91 patients) evaluated omalizumab, one trial (totalling 167 patients) evaluated upadacitinib and two trials (totalling 112 patients) evaluated ustekinumab.
- Of the 50 RCTs included, 20 (40%) were placebo-controlled trials, 9 (18%) were trials with active comparator, 13 (26%) were placebo-controlled trials including different treatment doses, two (4%) compared different dosing regimens, one (2%) compared different treatment formulations, two (4%) compared different treatment durations and three (6%) compared different concomitant treatments.
- According to our age definitions, the included patients were clearly consistent with our definition of children (<12 years) in one (2%) RCT, 30 (60%) trials were conducted in adults (≥ 18 years), one (2%) trial was conducted in adolescents (≥ 12 and < 18 years), and 18 (36%) trials were not clearly consistent with our age definition of children, adolescents and/or adults. In one RCT, "children" with no age definition were reported.

TABLE 3 Qualitative efficacy overview of included RCTs

Treatment	Total n	Number of RCTs	Effectiveness reported scores	Reference, year	Treatment duration ^a	Age ^b
Apremilast	185	1	Apremilast superior to placebo for: EASI, DLQI ⁸³	Simpson et al, 2018 ⁸³	Short-term (12 weeks)	Adults
Azathioprine (AZA)	140	2	AZA superior to placebo for: SASSAD: Meta-Analysis favours AZA ^{20,28} VAS pruritus and VAS sleep disturbance ^{20,28} DLQI ²⁸	Berth-Jones et al, 2002 ²⁰	Short-term (12 weeks)	Mixed (≥16 years)
		1		Meggitt et al, 2006 ²⁸	Short-term (12 weeks)	Mixed (≥16 years)
Baricitinib	1363	3	AZA equally effective as MTX for: EASI, SCORAD, Skindex-17 and POEM ^{33,74}	Schram et al, 2011 ³³	Short-term (12 weeks)	Adults
				Gerbens et al, 2018 ⁷⁴	Long-term (5 years)	Adults
Baricitinib	1363	3	Baricitinib superior to placebo for: EASI75/EASI90: Meta-Analyses favour baricitinib ^{76,84} EASI, SCORAD, DLQI, POEM and NRS pruritus ^{76,84}	Guttmann-Yassky et al, 2018 ⁷⁶	Short-term (16 weeks)	Adults
				Simpson et al, 2020 ⁸⁴	Short-term (16 weeks)	Adults
Ciclosporin A (CSA)	820	19	CSA superior to placebo for: nonvalidated scores: Meta-Analysis favours CSA ^{34,36,53} nonvalidated severity scores and VAS pruritus ^{34,36,53,57} VAS sleeplessness ^{34,53} EDI and UKSIP ³¹	Wahlgren et al, 1990 ⁵⁷	Short-term (10 days)	Adults
				Sowden et al, 1991 ³⁴	Short-term (8 weeks)	Mixed (≥17 years)
				Salek et al, 1993 ³¹	Short-term (8 weeks)	Mixed (≥17 years)
				Munro et al, 1994 ⁵³	Short-term (8 weeks)	Adults
			CSA equally effective as MTX for: SCORAD ^{22,75} EASI and DLQI ⁷⁵	van Joost et al, 1994 ³⁶	Short-term (6 weeks)	Mixed (≥17 years)
				El-Khalawany et al, 2013 ²²	Short-term (12 weeks)	Mixed (8-14 years)
			CSA superior to UVAB phototherapy after 8 weeks (for SCORAD) and equally effective after 52 weeks (for SCORAD and EDI) ²³	Goujon et al, 2017 ⁷⁵	Short- and long-term (12 and 24 weeks)	Adults
				Granlund et al, 2001 ²³	Short- and long-term (8 and 52 weeks)	Adults
			CSA equally effective as tacrolimus ointment for: SCORAD, nonvalidated pruritus score and nonvalidated sleep score ⁵⁴	Pacor et al, 2004 ⁵⁴	Short-term (6 weeks)	Mixed (≥13 years)
			CSA superior to IVIG for: SCORAD ⁴⁶	Bermanian et al, 2005 ⁴⁶	Short-term (12 weeks)	Not reported (only "children" reported)
			CSA superior to prednisolone for: SCORAD ²²	Schmitt et al, 2010 ²²	Short-term (12 weeks)	Adults
			CSA superior to ECP for: SCORAD and VAS pruritus ⁸¹	Koppelhus et al, 2014 ⁸¹	Short-term (16 weeks)	Adults
Corticosteroids	85	3	CSA not superior to EC-MPS (for SCORAD; all patients had 6 pretreatment with CSA) ²⁴	Haeck et al, 2011 ²⁴	Short- and long-term (12 and 30 weeks)	Adults
			CSA compared different treatment dose regimen: nonvalidated disease severity scores equally effective ^{21,58}	Zonneveld et al, 1999 ⁵⁸	Long-term (52 weeks)	Adults
			DLQI, VAS pruritus and VAS sleeplessness equally effective ²¹	Czech et al, 2000 ²¹	Short-term (8 weeks)	Adults
			CSA compared different treatment formulations: nonvalidated disease severity scores, pruritus and sleeplessness equally effective ³⁷	Zurbriggen et al, 1999 ³⁷	Short-term (8 weeks)	Adults
			CSA compared different treatment durations: SASSAD, VAS pruritus and Quality of life equally effective ²⁵	Harper et al, 2000 ²⁵	Short- and long-term (12 and 52 weeks)	Mixed (3-16 years)
			CSA compared with different concomitant treatments: SCORAD equally effective with concomitant glucosamine ⁸² SCORAD superior with concomitant glucosamine ⁷⁹ EASI equally effective with "topical agents" ⁸⁰	Kwon et al, 2013 ⁸² Jin et al, 2015 ⁷⁹ Kim et al, 2016 ⁸⁰	Short-term (2 weeks) Short-term (8 weeks) Long-term (24 weeks)	Mixed (≥12 years) Mixed (≥7 years) Mixed (any age allowed)
Dupilumab	3529	11	Dupilumab superior to placebo for: EASI75/EASI/SCORAD/NRS pruritus/GISS/POEM/ DLQI: Meta-Analyses favour dupilumab ^{19,35,47,56,73,85} EASI ^{19,35,47,56,71,73,78,85,86,88} SCORAD ^{35,47,56,73,78,85} POEM ^{35,47,56,71,73,78,85} NRS pruritus ^{19,35,47,56,71,73,78,85} DLQI ^{35,47,56,73} cDLQI ⁸⁵ QoLIAD ⁸⁷ IGA ¹⁹ GISS ^{47,56,73,78}	Hedde et al, 1984 ²⁶	Short-term (12 weeks)	Mixed (3-14 years)
				La Rosa et al, 1995 ⁴⁵	Short-term (2 weeks)	Children
Dupilumab	3529	11	Corticosteroids superior to placebo for: nonvalidated disease severity and symptom scores ^{27,45} Corticosteroids not superior to prednisolone for: SCORAD ²²	Schmitt et al, 2010 ²²	Short-term (6 weeks)	Adults
				Beck et al, 2014 ¹⁹	Short-term (4 and 12 weeks)	Adults
Dupilumab	3529	11		Thaci et al, 2016 ³⁵	Short-term (16 weeks)	Adults
				Simpson et al, 2016 ⁵⁶	Short-term (16 weeks)	Adults
				Simpson et al, 2016 ⁸⁶	Short-term (16 weeks)	Adults
				Blauvelt et al, 2017 ⁴⁷	Short- and long-term (16 and 52 weeks)	Adults
				Bruin-Weller et al, 2017 ⁷³	Short-term (16 weeks)	Adults
				Blauvelt et al, 2018 ⁷¹	Short-term (16 weeks)	Adults
				Tsianikas et al, 2018 ⁸⁷	Short-term (12 weeks)	Adults
				Guttmann-Yassky et al, 2019 ⁷⁸	Short-term (16 weeks)	Adults
				Simpson et al, 2020 ⁸⁵	Short-term (16 weeks)	Adolescents
				Worm et al, 2019 ⁸⁸	Long-term (36 weeks)	Adults

Interferon-gamma (IFN-γ)	134	2	IFN-γ superior to placebo for: nonvalidated clinical severity scores ^{50,90}	Hanifin et al, 1993 ⁴⁸ Jang et al, 2000 ⁵⁰	Short-term (12 weeks) Short-term (12 weeks)	Mixed (≥2 years) Mixed (≥15 years)
Intravenous immunoglobulins (IVIg)	64	3	IVIg superior to placebo for: SCORAD ⁵¹ IVIg not superior to CSA for: SCORAD ⁴⁶ IVIg compared different treatment durations: no effectiveness for both treatment durations for SCORAD ³⁰	Jee et al, 2011 ⁵¹ Bermanian et al, 2005 ⁴⁶ Paul et al, 2002 ³⁰	Short-term (12 weeks) Short-term (12 weeks) Short-term (60 days)	Mixed (children ≥ 2 years reported) Not reported (only "children" reported) Adults
Mepolizumab	43	1	Mepolizumab not superior to placebo for: SCORAD and VAS pruritus ²⁹	Oldoff et al, 2005 ²⁹	Short-term (2 weeks)	Adults
Methotrexate (MTX)	179	3	MTX equally effective as AZA for: EASI, SCORAD, Skindex-17, POEM, IGA and PGA ^{33,74} MTX equally effective as CSA for: SCORAD ^{22,75} EASI and DLQI ⁷⁵	Schram et al, 2011 ³³ Gerbens et al, 2018 ⁷⁴ El-Khalawany et al, 2013 ²² Goujon et al, 2017 ⁷⁵	Short-term (12 weeks) Long-term (5 years) Short-term (12 weeks) Short- and long-term (12 and 24 weeks)	Adults Adults Mixed (8-14 years) Adults
Omalizumab	91	3	Omalizumab superior to placebo for: SCORAD, EASI and (c)DLQI ⁷² Omalizumab not superior to placebo for: SCORAD ⁴⁹ EASI and IGA ²⁷	Chan et al, 2020 ⁷² Iyengar et al, 2013 ⁴⁹ Heil et al, 2010 ²⁷	Long-term (24 weeks) Long-term (24 weeks) Short-term (16 weeks)	Mixed (4-19 years) Mixed (4-22 years) Mixed (≥12 years)
Upadacitinib	167	1	Upadacitinib superior to placebo for: EASI, SCORAD and NRS pruritus ⁷⁷	Guttmann-Yassky et al, 2019 ⁷⁷	Short-term (16 weeks)	Adults
Ustekinumab	112	2	Ustekinumab not superior to placebo for: SCORAD ⁵² EASI ⁵⁵ DLQI ^{52,55} ADIS ⁵⁵	Khattari et al, 2017 ⁵² Saeki et al, 2017 ⁵⁵	Short-term (16 weeks) Short- and long-term (12 and 24 weeks)	Adults Adults

Abbreviations: (c)DLQI, (Children's) Dermatology Life Quality Index; ADIS, Atopic Dermatitis Itch Scale; AZA, azathioprine; CSA, ciclosporin A; EASI, Eczema Area and Severity Index; EC-MPS, entericcoated mycophenolate sodium; ECP, extracorporeal photopheresis; EDI, Eczema Disability Index; GISS, Global Individual Sign Score; IFN-γ, interferon-gamma; IGA, Investigator Global Assessment; IVIg, intravenous immunoglobulins; MTX, methotrexate; PGA, Patient Global Assessment; POEM, Patient Oriented Eczema Measure; QoLIAD, Quality of Life Index for Atopic Dermatitis; RCT, randomized controlled trial; SASSAD, Six Area Six Sign Atopic Dermatitis; SCORAD, SCORing Atopic Dermatitis; UKSIP, United Kingdom Sickness Impact Profile; UVAB, ultraviolet A/B rays; VAS, visual analogue scale.

^a According to the methods section, short-term is defined as ≤ 16 weeks and long-term as > 16 weeks.

^b Age categorized as children (age < 12 years), adolescents (age 13-17 years), adults (≥18 years), mixed ages and not reported.

TABLE 4 Qualitative safety overview of included RCTs

Treatment	Total n	Number of RCTs	Reported safety	Reference, year	Safety assessment timepoint ^a	Age ^b
Apremilast	185	1	Cumulative incidence rate of AEs: 70% for apremilast 40mg twice daily, 62% for apremilast 20mg twice daily, 47% for placebo ⁸³ Cumulative incidence rate of SAEs: 5% for apremilast 40mg twice daily, 2% for apremilast 20mg twice daily, 0% for placebo ⁸³ Most common AEs for apremilast: diarrhoea, nausea, headache, nasopharyngitis, upper respiratory tract infection, abdominal discomfort, dyspepsia ⁸³ Most common SAEs for apremilast: cellulitis led to discontinuation of 40mg group (41) ⁸³	Simpson et al, 2018 ⁸³	Long-term (24 weeks)	Adults
Azathioprine (AZA)	140	3	Cumulative incidence rate of AEs: 50%-100% for AZA, 11%-100% for comparator ^{20,28,33} Cumulative incidence rate of SAEs: 0%-10% for AZA, 0% for comparator ^{28,33} Most common AEs for AZA: myelosuppression, hepatotoxicity, diarrhoea, infections/infestations, gastrointestinal adverse events/nausea/abdominal pain/diarrhoea, headache ^{20,28,33,74} Most common SAEs for AZA: AZA hypersensitivity, abnormal transaminases, severe nausea ^{20,28,33,74}	Berth-Jones et al, 2002 ²⁰ Meggit et al, 2006 ²⁸ Schram et al, 2011 ³³ Gerbens et al, 2018 ⁷⁴	Long-term (24 weeks) Short-term (12 weeks) Long-term (24 weeks) Long-term (5 years)	Mixed (≥16 years) Mixed (≥16 years) Adults Adults
Baricitinib	1363	3	Cumulative incidence rate of AEs: 54%-71% for baricitinib 4 mg/day, 46%-58% for baricitinib 2 mg/day, 49%-56% for placebo ^{76,84} Cumulative incidence rate of SAEs: 1%-3% for baricitinib 4 mg/day, 0%-2% for baricitinib 2 mg/day, 0%-4% for placebo ^{76,84} Most common AEs for baricitinib: acne, nasopharyngitis, upper respiratory tract inflammation, elevated blood creatine phosphokinase levels and headache ^{76,84} Most common SAEs for baricitinib: benign polyp ^{76,84}	Guttmann-Yassky et al, 2018 ⁷⁶ Simpson et al, 2020 ⁸⁴	Short-term (16 weeks) Short-term (16 weeks)	Adults Adults

Ciclosporin A (CSA)	820	19	Cumulative incidence rate of AEs: range between 0%-100% for CSA and comparison groups^{21,23,25,31,34,36,46,54,57,58,75,79-82} Cumulative incidence rate of SAEs: range between 0%-13% for CSA and comparison groups^{21,23,24,31,32,34,36,46,54,57,58,75,79-82} Most common AEs for CSA: hypertension, nephrotoxicity, gastrointestinal symptoms, headache, hypertrichosis, upper respiratory tract infection, infections, fatigue, paraesthesia^{21,23-25,31,32,34,36,46,54,57,58,75,79-82} Most common SAEs for CSA: severe headache, paraesthesia, abdominal pain, hypertension, nausea, upper respiratory tract infection^{21,23-25,31,32,34,36,46,54,57,58,75,79-82}	Wahlgren et al, 1990²⁷ Sowden et al, 1991³⁴ Salek et al, 1993³¹ Munro et al, 1994⁵³ van Joost et al, 1994³⁶ El-Khalawany et al, 2013²² Goujon et al, 2017⁷⁵ Granlund et al, 2001²³ Pacor et al, 2004⁵⁴ Bermanian et al, 2005⁴⁶ Schmitt et al, 2010³² Koppelhus et al, 2014⁸¹ Haeck et al, 2011²⁴ Zonneveld et al, 1999⁵⁸ Czech et al, 2000²¹ Zurbriggen et al, 1999³⁷ Harper et al, 2000²⁵ Kwon et al, 2013⁸² Jin et al, 2015⁷⁹ Kim et al, 2016⁸⁰	Short-term (6 weeks) Short-term (16 weeks) Short-term (16 weeks) Short-term (16 weeks) Short-term (6 weeks) Short-term (12 weeks) Long-term (24 weeks) Long-term (52 weeks) Short-term (6 weeks) Short-term (12 weeks) Long-term (18 weeks) Short-term (16 weeks) Long-term (30 weeks) Long-term (52 weeks) Short-term (12 weeks) Short-term (16 weeks) Long-term (52 weeks) Long-term (26 weeks) Short-term (8 weeks) Long-term (36 weeks)	Adults Mixed (≥17 years) Mixed (≥17 years) Adults Mixed (≥17 years) Mixed (8-14 years) Adults Adults Mixed (≥13 years) Not reported (only "children" reported) Adults Adults Adults Adults Adults Mixed (3-16 years) Mixed (≥12 years) Mixed (≥7 years) Mixed (any age allowed)
Corticosteroids	85	3	Cumulative incidence rate of AEs: no AEs reported for corticosteroids and comparison groups^{26,32,45} Cumulative incidence rate of SAEs: SAEs occurred in one trial (10% for prednisolone, 0% for comparator CSA)³² Most common AEs for corticosteroids: not AEs reported^{26,32,45} Most common SAEs for corticosteroids: SAEs occurred in one trial (exacerbation of AD with hospitalization)³²	Hedde et al, 1984²⁶ La Rosa et al, 1995⁴⁵ Schmitt et al, 2010³²	Short-term (12 weeks) Short-term (5 weeks) Long-term (18 weeks)	Mixed (3-14 years) Children Adults
Dupilumab	3529	11	Cumulative incidence rate of AEs: 56%-92% for dupilumab, 62%-88% for placebo^{19,25,47,56,71,73,78,85} Cumulative incidence rate of SAEs: 0%-8% for dupilumab, 0%-13% for placebo^{19,35,47,56,71,73,78,85} Most common AEs for dupilumab: conjunctivitis, (peri-)ocular clinical signs, nasopharyngitis, herpes virus infection, upper respiratory tract infection^{19,35,47,56,71,73,78,85} Most common SAEs for dupilumab: respiratory disorder, Severe conjunctivitis^{19,35,47,56,71,73,78,85}	Beck et al, 2014⁴⁹ Thaci et al, 2016³⁵ Simpson et al, 2016⁵⁶ Simpson et al, 2016⁸⁶ Blauvelt et al, 2017⁴⁷ Bruin-Weller et al, 2017⁷³ Blauvelt et al, 2018⁷¹ Tsianikas et al, 2018⁸⁷ Guttmann-Yassky et al, 2019⁷⁸ Simpson et al, 2020⁸⁵ Worm et al, 2019⁸⁸	Short-term (4 and 12 weeks) Long-term (32 weeks) Short-term (16 weeks) Long-term (52 weeks) Short-term (16 weeks) Long-term (32 weeks) - Long-term (32 weeks) Short-term (16 weeks) Long-term (36 weeks)	Adults Adults Adults Adults Adults Adults Adults Adults Adults Adolescents Adults
Interferon-gamma (IFN-γ)	134	2	Cumulative incidence rate of AEs: not reported^{48,50} Cumulative incidence rate of SAEs: not reported^{48,50} Most common AEs for IFN-γ: headache, myalgia, chill, constitutional symptoms, disease flare, granulocytopenia, fever, LDH elevation^{48,50} Most common SAEs for IFN-γ: disease flare, hepatic transaminase elevation^{48,50}	Hanifin et al, 1993⁴⁸ Jang et al, 2000⁵⁰	Short-term (12 weeks) Short-term (12 weeks)	Mixed (≥2 years) Mixed (≥15 years)
Intravenous immunoglobulins (IVIg)	64	3	Cumulative incidence rate of AEs: 17 and 33% for IVIG, 0 and 25% for comparators^{46,51} Cumulative incidence rate of SAEs: 0% for IVIG, 0% for comparator^{30,46} Most common AEs for IVIG: fever, chill, headache, nausea, vomiting^{30,46,51} Most common SAEs for IVIG: severe headache, nausea, vomiting^{30,46,51}	Jee et al, 2011⁵¹ Bermanian et al, 2005⁴⁶ Paul et al, 2002³⁰	Long-term (36 weeks) Short-term (12 weeks) Short-term (90 days)	Mixed (children ≥ 2 years reported) Not reported (only "children" reported) Adults
Mepolizumab	43	1	Cumulative incidence rate of AEs: not reported²⁹ Cumulative incidence rate of SAEs: not reported²⁹ Most common AEs for Mepolizumab: 'mild side effects'²⁹ Most common SAEs for Mepolizumab: no SAEs reported²⁹	Oldoff et al, 2005²⁹	Short-term (4 weeks)	Adults

Methotrexate (MTX)	179	3	Cumulative incidence rate of AEs: 82 and 100% for MTX, 79 and 100% for comparators ^{33,75} Cumulative incidence rate of SAEs: 0% for MTX, 0%-2% for comparators ^{33,75} Most common AEs for MTX: elevation of liver enzymes, gastrointestinal issues, infections, neuromuscular disorders, lymphocytopenia ^{33,75} Most common SAEs for MTX: no SAEs reported ^{22,33,74,75}	Schram et al, 2011 ³³ Gerbens et al, 2018 ⁷⁴ El-Khalawany et al, 2013 ²² Goujon et al, 2017 ⁷⁵	Long-term (24 weeks) Long-term (5 years) Short-term (12 weeks) Long-term (24 weeks)	Adults Adults Mixed (8-14 years) Adults
Omalizumab	91	3	Cumulative incidence rate of AEs: 77%-94% for omalizumab, 57%-100% for placebo ^{27,72} Cumulative incidence rate of SAEs: 0%-19% for omalizumab, 0%-19% for placebo ^{27,49,72} Most common AEs for omalizumab: vertigo, headache, nausea, abdominal pain, allergic reactions, aggravated eczema ^{27,49,72} Most common SAEs for omalizumab: anaphylaxis (one patient with history of idiopathic anaphylaxis) ⁷²	Chan et al, 2020 ⁷² Iyengar et al, 2013 ⁴⁹ Heil et al, 2010 ²⁷	Long-term (24 weeks) Long-term (24 weeks) Short-term (16 weeks)	Mixed (4-19 years) Mixed (4-22 years) Mixed (≥ 12 years)
Upadacitinib	167	1	Cumulative incidence rate of AEs: 74%-79% for upadacitinib, 61% for placebo ⁷⁷ Cumulative incidence rate of SAEs: 0%-5% for upadacitinib, 2% for placebo ⁷⁷ Most common AEs for upadacitinib: upper respiratory tract infection, acne, AD worsening ⁷⁷ Most common SAEs for upadacitinib: atrial fibrillation (multimorbid patient), pericoronitis (patient with history of tooth infections), exacerbation of AD in context with contact dermatitis (one patient), appendicitis (one patient) ⁷⁷	Guttmann-Yassky et al, 2019 ⁷⁷	Short-term (16 weeks)	Adults
Ustekinumab	112	2	Cumulative incidence rate of AEs: 12%-75% for ustekinumab, 30%-74% for placebo ^{52,55} Cumulative incidence rate of SAEs: 0% for ustekinumab, 0% for placebo ^{52,55} Most common AEs for ustekinumab: nasopharyngitis, contact dermatitis, worsening of skin infection (eczema herpeticum) ^{52,55} Most common SAEs for ustekinumab: no SAEs occurred ^{52,55}	Khattari et al, 2017 ⁵² Saeki et al, 2017 ⁵⁵	Long-term (24 weeks) Long-term (24 weeks)	Adults Adults

Abbreviations: AE, adverse event(s); AZA, azathioprine; CSA, ciclosporin A; IFN- γ , interferon-gamma; MTX, methotrexate; RCT, randomized controlled trial; SAE, severe adverse event(s).

^a According to the methods section, short-term is defined as ≤ 16 weeks and long-term as > 16 weeks.

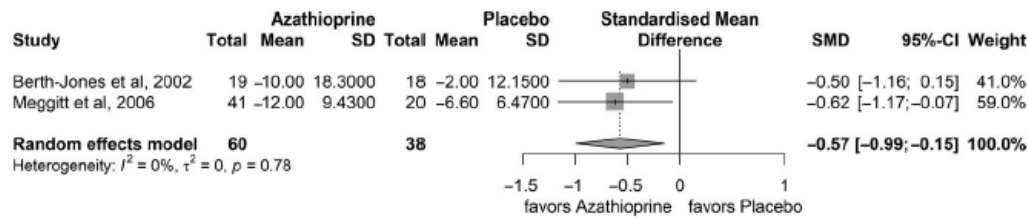
^b Age categorized as children (age < 12 years), adolescents (age 13-17 years), adults (≥ 18 years), mixed ages and not reported.

Qualität der Studien:

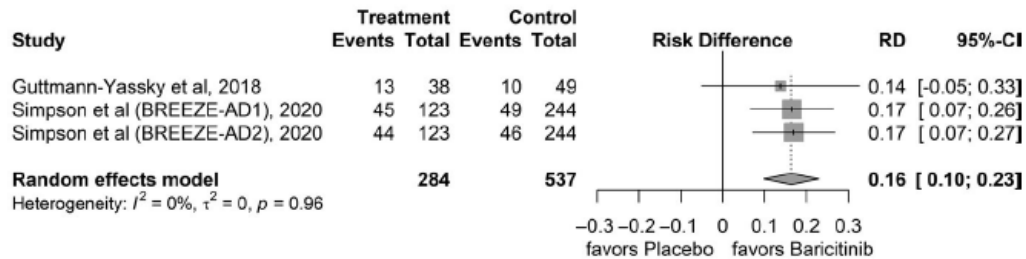
- The overall RoB was rated “high” in 20 (40%) RCTs with “some concerns” in 16 (32%) trials and “low” in 14 (28%) trials. The reporting and/or methodological quality tends to be higher in trials more recently published.

Studienergebnisse:

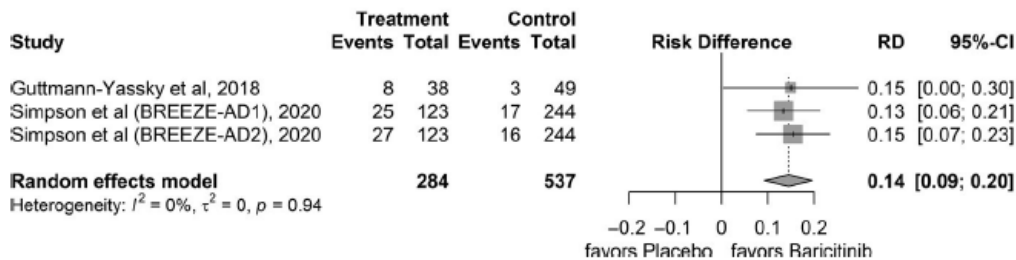
SASSAD Azathioprine at 12 weeks



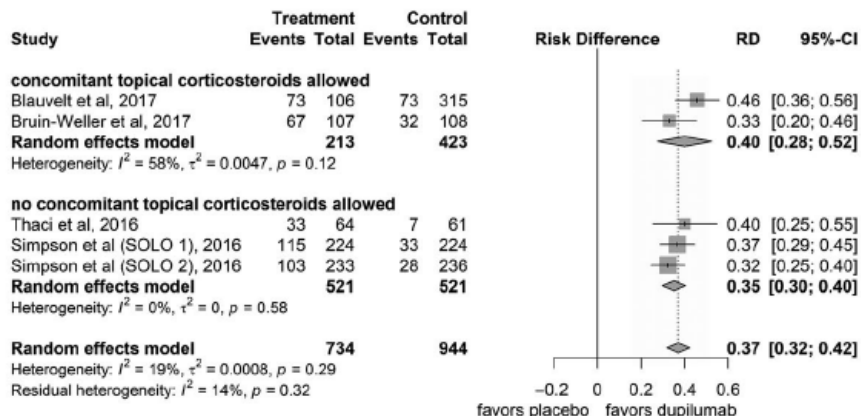
EASI-75 Baricitinib 4 mg every day (topical corticosteroids allowed)



EASI-90 Baricitinib 4 mg every day (topical corticosteroids allowed)

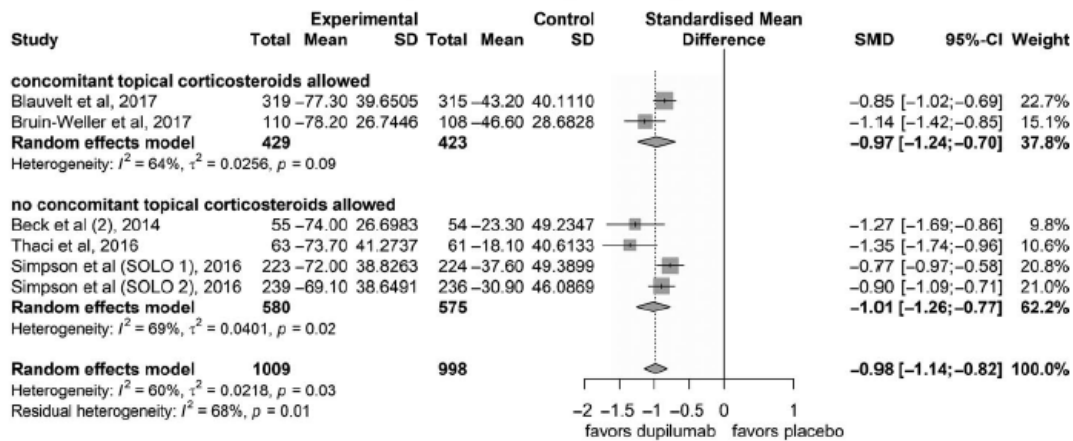


EASI-75 response

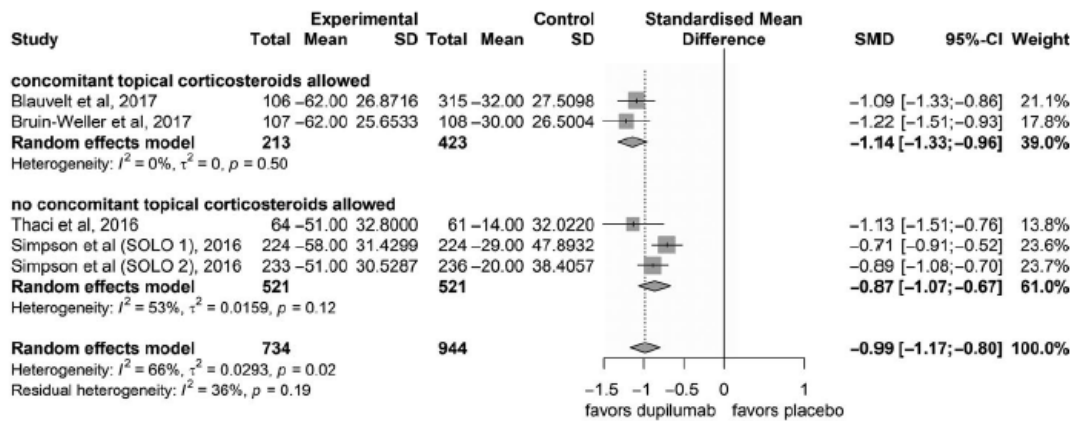




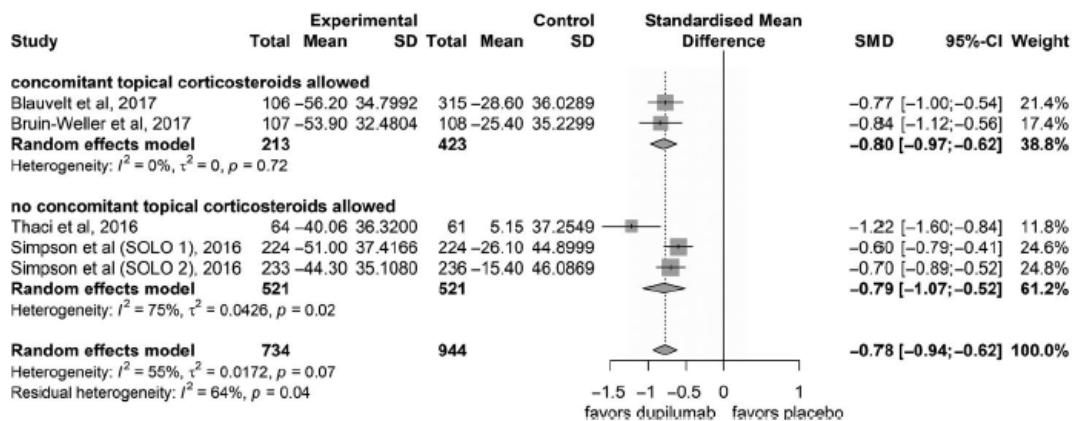
EASI dupilumab 300 mg two every weeks



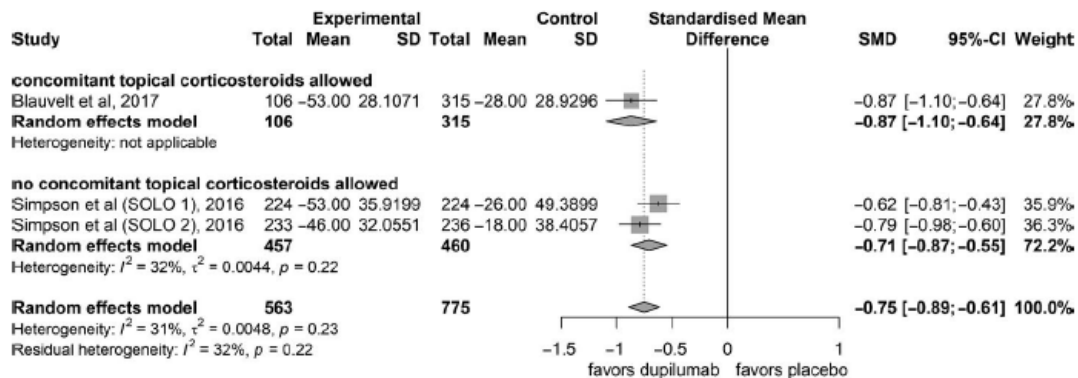
SCORAD mean change



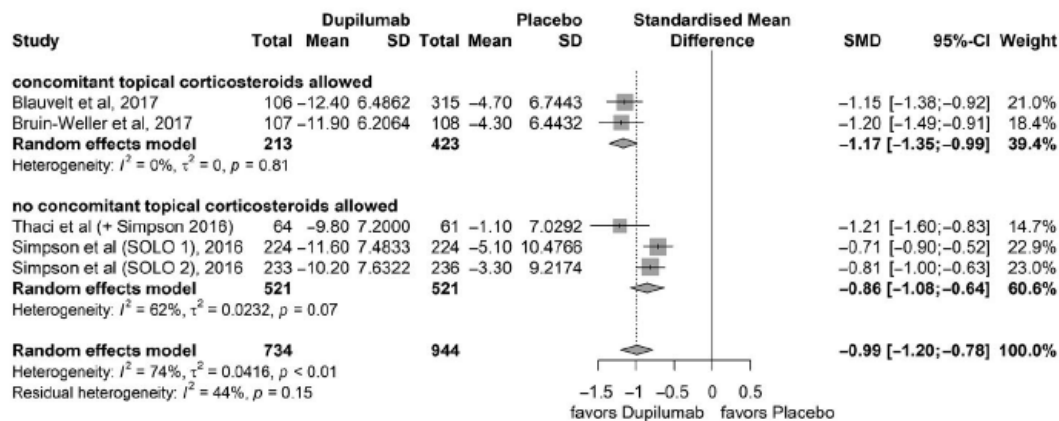
NRS pruritus mean change



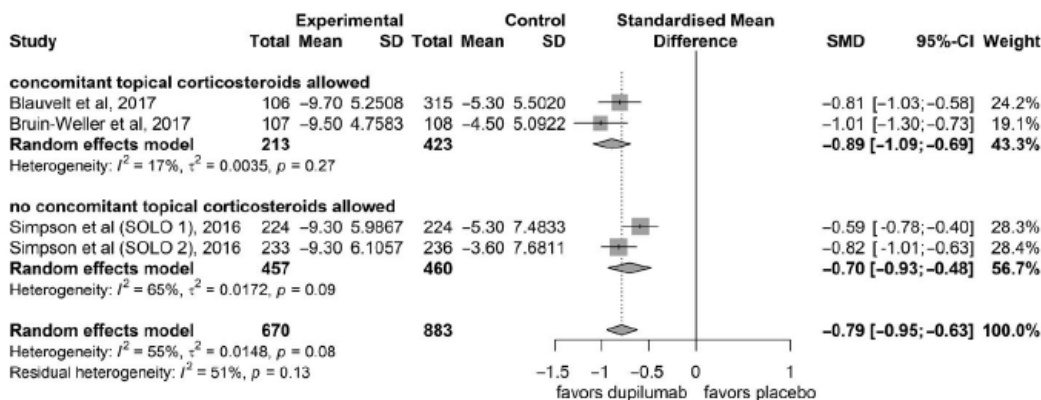
GISS mean change



POEM mean change



DLQI mean change



Anmerkung/Fazit der Autoren

Many treatments evaluated in this systematic review are well established in practice (AZA, CSA, corticosteroids, dupilumab, MTX), but there remains uncertainty regarding first- and second- line therapy. Robust trial evidence was elaborated for AZA, baricitinib, CSA and dupilumab. However, there remains uncertainty for AZA, baricitinib and CSA as a consequence of lower trial quality, less number of included patients and/or trials in the meta- analyses, compared to dupilumab. Furthermore, more biologics and small molecules for AD such as JAK inhibitors, which include baricitinib and upadacitinib, fulfilled the inclusion criteria of this systematic review. These biologics are already approved for other indications in Europe (there are two licensed and available) and will most likely be approved

also for AD in the near future. The treatment spectrum will continuously expand; recommendations for treatment will have even greater relevance. In this regard, a timely update will be planned as soon as new developments will be available. EAACI's forthcoming atopic dermatitis guidelines will combine the findings from this systematic review with expert opinion and other evidence to suggest practical implications for health professionals and patients according to the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

3.3 Leitlinien

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), 2023 [6,7].

Atopische Dermatitis (AD) [Neurodermitis; atopisches Ekzem], S3-Leitlinie Version 4.3, Langfassung.

Zielsetzung/Fragestellung

Allgemeines Ziel der Leitlinie ist es, den an der Behandlung der atopischen Dermatitis beteiligten Fachkräften in der Praxis und Klinik eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe für die Auswahl sowie die Durchführung einer sicheren und effektiven Therapie für Patient:innen mit AD zur Verfügung zu stellen.

Was ist neu?

Gegenüber der deutschen Vorgängerversion wurden die für die AD neu zugelassenen Medikamente Abrocitinib, Baricitinib, Tralokinumab und Upadacitinib in die Leitlinie aufgenommen und mit entsprechenden Hinweisen zur Durchführung der Therapie versehen. Die Kapitel zur topischen Therapie, antipruriginösen Therapien, Systemtherapie, nichtmedikamentöser Therapieverfahren sowie die Kapitel der besonderen Perspektiven und Situationen wurden von der EuroGuiDerm Leitlinie on Atopic Eczema, teils in abgeänderter Form, adaptiert.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium: trifft teilweise zu, Teilnahme Patientenvertretung unklar;
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt: trifft zu;
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz;
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt: trifft zu;
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt: trifft zu;
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: trifft zu; Aktualisierung geplant 06/2028.
- Die vorliegende Leitlinie stellt eine Aktualisierung der 2015 publizierten AWMF S2k Leitlinie Neurodermitis dar. Die Aktualisierung erfolgte als eine Adaptierung der „EUROGUIDERM GUIDELINE ON ATOPIC ECZEMA“ von Wollenberg A et al. 2022.

Recherche/Suchzeitraum:

- Recherche 13 January 2020

LoE

- Nach GRADE

GoR

Symbol	Bedeutung (angepasst nach AWMF Empfehlung https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/leitlinien-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/II-entwicklung-formulierung-und-graduierung-von-empfehlungen.html ³⁾)
↑↑	Starke Empfehlung: soll
↑	Empfehlung: sollte
0	Empfehlung offen
↓	Empfehlung: sollte nicht
↓↓	Starke Empfehlung: soll nicht
	Keine Empfehlung.

Sonstige methodische Hinweise

k.A.

Empfehlungen

Stufenplan

Eine der klinischen Ausprägung angepasste Stufentherapie soll bei AD durchgeführt werden.	↑↑	100% (10/10) konsensbasiert
--	----	-----------------------------------

Stufe 3:	Erforderliche Maßnahmen der vorherigen Stufen
Moderate – schwere Ekzeme	+ Systemtherapie *



Stufe 2:	Erforderliche Maßnahmen der vorherigen Stufe
Leichte – moderate Ekzeme	+ Topische Therapie mit TCS/TCI** ***



Stufe 1:	Topische Basistherapie
Trockene Haut	Vermeidung von Triggerfaktoren

*Eine UV-Therapie kann ab Stufe 3, insbesondere im Erwachsenenalter, indiziert sein. Cave: keine Kombination von UV-Therapie mit Ciclosporin oder topischen Calcineurininhibitoren

**First-line Therapie: In der Regel topische Glukokortikosteroide, bei Unverträglichkeit/Nichtwirksamkeit und an besonderen Lokalisationen (z.B. Gesicht, intertriginöse Hautareale, Anogenitalbereich) topische Calcineurininhibitoren

***Die zusätzliche Anwendung von antipruriginösen und antiseptischen Wirkstoffen kann erwogen werden.

2.2. Antientzündliche Therapie

Topische Glukokortikosteroide (TCS) sollen als antiinflammatorische Wirkstoffe bei der Behandlung der AD eingesetzt werden.	↑↑	100% (13/13) konsensbasiert
Topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI) sollen als antiinflammatorische Wirkstoffe bei der Behandlung der AD eingesetzt werden.	↑↑	
Die „Fingertip-Unit-Regel“ sollte beim Einsatz antiinflammatorischer Topika verwendet und den Patient:innen erklärt werden.	↑	100% (13/13) konsensbasiert
TCS sollen bei AD zur Behandlung von akuten Schüben eingesetzt werden.	↑↑	100% (13/13) konsensbasiert
Auf Bedenken oder Ängste der Patient:innen oder ihrer Sorgeberechtigten gegenüber Glukokortikosteroiden soll angemessen eingegangen werden.	↑↑	100% (12/12) konsensbasiert
Aufgrund des Profils unerwünschter Arzneimittelwirkungen von TCS sollen TCI in Problemarealen (Gesicht, intertriginöse Bereiche, Anogenitalbereich), als bevorzugte Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	100% (13/13) konsensbasiert
TCI sollen bei Nichtansprechen oder Kontraindikationen der TCS eingesetzt werden.	↑↑	100% (13/13) konsensbasiert
Eine proaktive Therapie (i.d.R. zweimal wöchentlich) mit einem geeigneten TCS oder einem geeigneten TCI (siehe Hintergrundtext) soll bedarfsgerecht durchgeführt werden, um das Rezidivrisiko zu verringern.	↑↑	100% (12/12) konsensbasiert

Topische Glukokortikosteroide

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Topische Glukokortikosteroide (TCS) werden stadienadaptiert bei akuten und chronischen Entzündungen der Haut bei AD in Abhängigkeit von der Symptomatik (v. a. Juckreiz, Schlaflosigkeit) als First Line Therapie eingesetzt.^{199, 200} Die lipophile Eigenschaft und das geringe Molekulargewicht von TCS ermöglichen ein gutes Eindringen in die Haut und die Bindung an einen Steroidrezeptor im Zytoplasma. Der TCS -Rezeptorkomplex wirkt als Transkriptionsfaktor mit zweifacher Aktivität, d. h. er verringert die Synthese proinflammatorischer Zytokine und erhöht die Synthese entzündungshemmender Mediatoren. TCS haben eine immunsuppressive Wirkung, sie regulieren zahlreiche Aspekte der Immunantwort herab und hemmen u.a. T-Lymphozytenfunktionen.

Die Wirkstärke der topischen Glukokortikosteroide wird nach Niedner in Klassen eingeteilt, die von schwach wirksam (Klasse I) bis sehr stark wirksam (Klasse IV) reichen.²⁰¹ Die Klassifikation nach Niedner wird in dieser Leitlinie verwendet. Die US-amerikanische Klassifikation ist anders und unterscheidet 7 Gruppen: von VII (schwächste) bis I (stärkste Wirkung). Moderne, doppelt veresterte TCS (Hydrocortisonbuteprat, Hydrocortisonaceponat, Hydrocortisonbutyrat, Prednicarbat, Methyprednisoloneaceponat, Mometasonfuroat) haben eine ausgeprägte antientzündliche, aber keine starke antiproliferative Wirkung und damit ein niedrigeres atrophogenes Potential. ^{202, 203}

Topische Calcineurin-Inhibitoren

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Zwei topische Calcineurin-Inhibitoren (TCI) (Tacrolimus-Salbe und Pimecrolimus-Creme) sind für die Behandlung der AD zugelassen. Pimecrolimus-Creme (1 %) ist in der EU ab einem Alter von 3 Monaten, Tacrolimus-Salbe (0,03 %) ab 2 Jahren und die 0,1%ige Tacrolimus-Salbe ab 16 Jahren zugelassen. TCIs haben eine immunsuppressive Wirkung, sie reduzieren die Aktivität des Phosphorylase-Enzyms Calcineurin und hemmen damit die Aktivierung von T-Lymphozyten. Die transepidermale Penetration von TCI ist geringer als die von TCS.^{224, 225} TCI sind eine Erstlinientherapie für empfindliche Hautbereiche, in denen die Anwendung von TCS wahrscheinlich mit Nebenwirkungen verbunden ist, oder in Bereichen, in denen bereits Nebenwirkungen von TCS aufgetreten sind. Die Wirksamkeit beider Wirkstoffe wurde in klinischen Studien für die Kurzzeitanwendung (drei Wochen)^{226, 227} und die Langzeitanwendung bis zu einem Jahr im Vergleich zu Vehikel nachgewiesen.^{228, 229}

Bei Erwachsenen hat eine proaktive Langzeitbehandlung über eine Dauer von 12 Monaten mit 0,1%iger Tacrolimus-Salbe eine gute Wirksamkeit zur Prävention von Schüben gezeigt, ähnlich wie bei TCS der Klasse III.²³⁰⁻²³² Die proaktive Behandlung war mit einer Reduktion der Anzahl der Schübe und der Verbesserung der Lebensqualität sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern verbunden.^{233, 234} Pimecrolimus-Creme wurde bei Säuglingen und Kindern in einer Kombinationsbehandlung mit TCS untersucht ^{235, 236}, wobei ein TCS verabreicht wurde, wenn ein Schub auftrat. Auch für Kinder unter 2 Jahren liegen Daten für Pimecrolimus vor.^{237, 238}



4. Systemtherapie

Bei manifesten entzündlichen Läsionen soll die Systemtherapie mit einer topischen antientzündlichen Behandlung kombiniert werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
--	----	---------------------------------

Kurzzeitintervention mit systemischen Glukokortikosteroiden

Systemische Glukokortikosteroide sollten bei Patient:innen mit AD <i>ausschließlich</i> als Kurzzeittherapie („Rescue-Therapie“) bei akuten Schüben bis maximal 3 Wochen eingesetzt werden.	↑	100% (3/3) konsensbasiert
--	---	---------------------------------

Eine Langzeitbehandlung mit systemischen Glukokortikosteroiden soll bei Patient:innen mit AD nicht erfolgen.	↓↓	100% (3/3) konsensbasiert
--	----	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Glukokortikosteroide sind eine Klasse von Steroidhormonen, die an den Glukokortikoidrezeptor binden. Der aktivierte Glukokortikoidrezeptorkomplex regelt die Expression entzündungshemmender Proteine hoch und unterdrückt die Expression entzündungsfördernder Proteine, was zu einer breiten antiinflammatorischen Wirkung führt.³⁴⁵

Trotz der regelmäßigen Anwendung systemischer Glukokortikosteroide in der klinischen Praxis gibt es nur wenige Studien bei erwachsenen und pädiatrischen Patient:innen mit AD. In Studien an Kindern und Erwachsenen bewirkten systemische Glukokortikosteroide keine langfristige Remission. Die Wirksamkeit systemischer Glukokortikosteroide ist deutlich geringer als die von Ciclosporin.^{346, 347}

Intervalltherapie mit Ciclosporin

Ciclosporin kann bei erwachsenen Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, als Intervalltherapie zur Krankheitskontrolle erwogen werden .	0	100% (4/4) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Bei Einsatz von Ciclosporin bei der Indikation AD soll das Verhältnis von zu erwartetem Nutzen zu Risiken vor dem Hintergrund therapeutischer Alternativen individuell geprüft werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert

Ciclosporin soll nicht in Kombination mit UV-Therapien eingesetzt werden.	↓↓	100% (4/4) konsensbasiert
--	----	---------------------------------

Zu Beginn sollen höhere Ciclosporin-Dosierungen (bis zu 5mg/kg KG) eingesetzt werden, um ein schnelleres Ansprechen zu erreichen.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
--	----	---------------------------------

Bei gutem Ansprechen soll eine Therapieunterbrechung nach 4-6 Monaten erfolgen.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
Eine Therapie bei schwer verlaufender AD kann (bei guter Verträglichkeit) über einen längeren Zeitraum als 6 Monate erwogen werden.	0	

Eine engmaschige Verlaufskontrolle des Blutdrucks sowie der Nierenfunktionsparameter soll bei Patient:innen mit AD, die mit Ciclosporin behandelt werden, erfolgen.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
--	----	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Ciclosporin hemmt die Aktivierung und Vermehrung von T-Zellen, indem es die vom Transkriptionsfaktor NFAT (Nuclear Factor of Activated T Cells) abhängige Produktion von Zytokinen blockiert.

Ciclosporin ist als Erstlinientherapie für Patient:innen ab 16 Jahren mit schwerer Erkrankung zugelassen. Ciclosporin ist sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sehr wirksam gegen AD, wobei es von Kindern besser vertragen wird.^{347, 350} In Head-to-Head-Studien erwies sich Ciclosporin gegenüber Methotrexat, Prednisolon, IVIG, UVA und UVB als überlegen und war ähnlich wirksam wie magensaftresistentes Mycophenolat-Natrium.^{351, 352} Bei der Kurzzeitbehandlung von AD führen höhere Ciclosporin-Dosen (5 mg/kg pro Tag) zu einem schnelleren Ansprechen und sind wirksamer als niedrigere Dosen (2,5-3 mg/kg pro Tag).³⁵¹ Die Langzeitanwendung von Ciclosporin bis zu einem Jahr kann unter einem engmaschigen Sicherheitsmonitoring auf der Grundlage mehrerer Studien in Ausnahmefällen erwogen werden, deren Aussagekraft jedoch bzgl. der Wirksamkeit aufgrund des offenen Studiendesigns und der hohen Abbrecherquote begrenzt ist.³⁵¹ Therapien über eine Dauer von einem Jahr hinaus werden auch bei guter Verträglichkeit angesichts neuerer und besserer therapeutischer Alternativen nicht mehr empfohlen. Für die Behandlung von älteren Patient:innen mit AD ab 65 Jahren liegen nur wenige gut dokumentierte Erfahrungen zur Behandlung von Ciclosporin vor.

Intervall- oder Langzeittherapie mit Biologika

- Dupilumab

Dupilumab soll bei Kindern und Erwachsenen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	100% (4/4) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Dupilumab soll bei AD als Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert
Dupilumab soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und gleichzeitig bestehendem Asthma bronchiale, gleichzeitig bestehender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen, gleichzeitig bestehender Prurigo nodularis oder gleichzeitig bestehender eosinophiler Ösophagitis eingesetzt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Dupilumab ist ein vollständig humaner monoklonaler IgG4-Antikörper (mAb), der für die Behandlung von AD zugelassen ist. Er ist seit Ende 2017 in Deutschland für die Behandlung von Erwachsenen verfügbar. Mittlerweile ist er auch für Jugendliche und Kinder ab 6 Monaten zugelassen, das Zulassungsverfahren für Säuglinge ab 6 Monaten und Kinder bis 6 Jahren wurde kurz vor der Finalisierung der Leitlinie 2023 abgeschlossen. Dupilumab

bindet an die α -Untereinheit des IL-4-Rezeptors, der sowohl Teil des IL-4- als auch des IL-13-Rezeptorkomplexes ist. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Dupilumab wurde primär in placebokontrollierten Studien bei mittelschwerer bis schwerer AD nachgewiesen.³⁰⁴ Dupilumab zeigte signifikante klinische Effekte bei der Bewertung des Schweregrads, erfasst mittels Eczema Area and Severity Index (EASI), Investigator's Global Assessment (IGA) und SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD). Darüber hinaus bewirkte die Behandlung mit Dupilumab eine deutliche Reduktion des Juckreizes. Dupilumab hat sich sowohl bei intrinsischer als auch bei extrinsischer AD als wirksam erwiesen.³⁵⁴ Dupilumab ist außerdem für die Behandlung von Prurigo nodularis, mittelschwerem bis schwerem Asthma, eosinophiler Ösophagitis und chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen zugelassen und deckt damit mehrere Th2-assoziierte entzündliche Erkrankungen ab.

- Tralokinumab

Tralokinumab soll bei Kindern ab einem Lebensalter von 12 Jahren bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	100% (4/4) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Die Dosierungsfrequenz von Tralokinumab soll bei Ansprechen auf die Therapie nach 16 Wochen von 14-täglich auf 28-täglich reduziert werden. Im weiteren Verlauf soll die Dosierungsfrequenz (14- oder 28-täglich) der klinischen Ausprägung angepasst werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
Tralokinumab soll bei AD als Langzeittherapie eingesetzt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Tralokinumab ist ein vollständig humaner IgG4-mAb, der IL-13 neutralisiert; er wurde im Sommer 2021 von der EMA zugelassen. In zwei 52-wöchigen, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III-Studien wurden Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer AD randomisiert mit subkutan verabreichtem Tralokinumab 300 mg alle 2 Wochen oder Placebo behandelt.³⁶⁵ Die Tralokinumab-Monotherapie war nach 16 Behandlungswochen dem Placebo überlegen. Primäre Endpunkte waren jeweils ein IGA-Score von 0 oder 1 und EASI 75 in Woche 16. Patient:innen, die in Woche 16 mit Tralokinumab einen IGA-Score von 0/1 und/oder EASI 75 erreichten, wurden erneut randomisiert und erhielten 36 Wochen lang Tralokinumab Q2W oder alle 4 Wochen oder Placebo. Bei den meisten Patient:innen, die in Woche 16 auf Tralokinumab ansprachen, blieb das Ansprechen auch in Woche 52 bei fortgesetzter Tralokinumab-Behandlung ohne jegliche Notfallmedikation erhalten. In Ermangelung einer direkten Vergleichsstudie wurden Network Metanalysen durchgeführt und diese haben für den Behandlungszeitraum von bis zu 16 Wochen eine im Vergleich zu Dupilumab schwächere Wirkung für Tralokinumab gezeigt.³⁴⁴

In Phase-III-Studien wurde auch untersucht, was geschieht, wenn Patient:innen, die 16 Wochen lang gut auf Tralokinumab ansprechen, die Behandlung wie angegeben fortsetzen, die Therapiefrequenz reduzieren oder die Behandlung absetzen.

Nach 16 Wochen wurden Patient:innen, die EASI 75 oder einen IGA-Erfolg erreichten, erneut randomisiert, wobei sie entweder die Behandlung alle zwei Wochen fortsetzten, auf alle vier Wochen heruntertitrierten oder ein Placebo erhielten. Nach 52 Wochen erreichten mehr als 55 % der Patient:innen, die die Behandlung zweimal im Monat fortsetzten, weiterhin einen EASI von 75, ebenso wie etwa 50 % der Patient:innen, die einmal im Monat behandelt wurden. Mehr als 51 % der Patient:innen, die die Behandlung zweimal im Monat fortsetzten, hatten weiterhin einen IGA-Wert von 0 oder 1, gegenüber 39 % bzw. 45 % der Patient:innen, die zur Behandlung einmal im Monat übergingen.

Studienergebnisse zu Tralokinumab mit Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren sind bei Finalisierung der Leitlinie 2023 noch nicht publiziert, werden aber in den Fachinformationen des Präparates dargestellt (<https://www.fachinfo.de/suche/fi/023421;download> 19.3.2023).

Intervall- oder Langzeittherapie mit JAK-Inhibitoren

Generelle Empfehlungen für alle für die Behandlung der AD zugelassene JAK Inhibitoren (spezifische Empfehlungen für Abrocitinib, Baricitinib und Upadacitinib siehe unten):

Die Behandlung der AD mit JAK-Inhibitoren ist für die Langzeittherapie zugelassen, sollte aber bei besonderen Verlaufsformen (z.B. bei vornehmlich saisonalen Verschlechterungen) auch als Intervalltherapie eingesetzt werden (off-label).	↑	100% (3/3) konsensbasiert
Vor dem Einsatz von JAK-Inhibitoren soll ein Screening und im Verlauf ein Monitoring durchgeführt werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
Vor Einsatz von JAK-Inhibitoren soll das individuelle Risiko schwerer Infektionen sorgfältig ermittelt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert
JAK-Inhibitoren sollen nicht bei vorbekannten thromboembolischen Ereignissen oder genetisch bedingten erhöhten Thromboserisiken eingesetzt werden.	↓↓	100% (3/3) konsensbasiert

Die Familie der Januskinasen (JAK), zu der JAK1, JAK2, JAK3 und Tyrosinkinase 2 (TYK2) gehören, ist eine Klasse zytoplasmatischer Tyrosinkinasen,³⁶⁸ die an den intrazellulären Teil zahlreicher unterschiedlicher Zytokinrezeptorketten andocken, um funktionelle Signalkomplexe zu bilden. Diese regulieren den Entzündungsprozess durch Aktivierung zytoplasmatischer Transkriptionsfaktoren, die als Signal Transducer and Activator of Transcription (STAT) bezeichnet werden. Wenn STAT-Proteine aktiviert werden, bilden sie Dimere, die in den Zellkern wandern und die Expression nachgeschalteter Zielgene von Entzündungsmediatoren entweder positiv oder negativ regulieren. Eine Hemmung der JAK-Aktivität kann daher wirksamer sein als die gezielte Hemmung eines einzelnen Zytokin-Signalwegs. Da die verschiedenen zugelassenen JAK-Inhibitoren die vier JAK unterschiedlich stark inhibieren, ist die Wirkung der verschiedenen JAK sehr unterschiedlich. Über die Unterbrechung der kutanen proinflammatorischen Zytokin-Signalübertragung hinaus wurde berichtet, dass die JAK-Hemmung sehr schnell chronischen Juckreiz abschwächt und zudem die Funktion der Hautbarriere verbessert, indem sie die Expression des Hautbarriereproteins Filaggrin heraufreguliert.^{369, 370}

Über den im Vergleich zu Th2-gerichteten breiteren Wirkmechanismus erklärt sich auch das breitere Spektrum an möglichen unerwünschten Wirkungen: So wird die antivirale Wirkung von Typ-I Interferonen blockiert, wodurch die Inzidenz von Herpes simplex und Herpes zoster erhöht ist und die Infektanfälligkeit v.a. im höheren Lebensalter zunimmt.

Die EMA hat im Herbst 2022 sämtliche verfügbaren Sicherheitsdaten aller zugelassenen JAK-Inhibitoren erneut geprüft, wobei die Indikation aller zugelassenen JAK-Inhibitoren für AD oder Alopecia areata unverändert erhalten blieb. Mit Veröffentlichung der Entscheidung der Europäischen Kommission am 10. März 2023 wurde das Risikobewertungsverfahren gemäß Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 zu Januskinase-Inhibitoren abgeschlossen. Die Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung wurden aktualisiert. Diese Arzneimittel sollten gemäß dieser Aktualisierung und eines Rote-Hand-Briefes vom 17.3.2023³⁷¹ bei den folgenden Patient:innen nur dann eingesetzt werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen: Patient:innen im Alter von 65 Jahren oder älter, Patient:innen mit kardiovaskulärem Risiko (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall), Patient:innen, die rauchen oder ehemalige Langzeitraucher:innen und Patient:innen mit erhöhtem Krebsrisiko. JAK-Inhibitoren sollten bei Patient:innen mit Risikofaktoren für Blutgerinnsel in der Lunge und in tiefen Venen (venöse Thromboembolien, VTE), die nicht zu den oben genannten Patient:innengruppen gehören, mit Vorsicht angewendet werden. Außerdem sollte die Dosierung bei Patient:innengruppen, bei denen ein Risiko für venöse Thromboembolien, Krebs oder schwere Herz-Kreislauf-Probleme besteht, wenn möglich reduziert werden. Zudem werden regelmäßige Hautuntersuchungen bei allen Patient:innen empfohlen.³⁷²

Die Empfehlungsstärke zur Therapie mit den JAKi Abrocitinib, Baricitinib und Upadacitinib und mit den Th2-Blockern Dupilumab und Tralokinumab ist im Rahmen der deutschen und Europäischen Leitlinie identisch - die Auswahl der im Einzelfall bestgeeigneten Substanz soll patientenindividuell und unter Einbeziehung der Patient:innen (sog. "shared-decision-making") erfolgen.

- Abrocitinib

Abrocitinib soll bei erwachsenen Patient:innen mit moderat bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	100% (4/4) Evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Die Behandlung mit Abrocitinib soll bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen bei Patient:innen im Alter bis einschließlich 64 Jahren in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden. Nach Ansprechen auf die Therapie soll die Dosierung dem klinischen Verlauf angepasst werden.	↑↑	

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Abrocitinib ist, wie alle JAK-Inhibitoren, ein schnell wirksames Medikament. Abrocitinib ist ein selektiver oraler JAK1-Inhibitor, der sich bei Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer AD als Monotherapie (MONO-1- und -2-Studien) und in Kombination mit topischen Therapien als wirksam erwiesen hat, was das Ansprechen auf die Behandlung im Vergleich zu Placebo anbelangt (COMPARE-Studie), gemessen anhand der IGA- und EASI-75-Werte. So war der Anteil der Patient:innen mit EASI 75 in Woche 12 unter Abrocitinib 100 mg (~40-45%) und Abrocitinib 200 mg (~61-63%) im Vergleich zu Placebo (~10-12%) in den MONO-Studien deutlich höher. Auch in der COMPARE-Studie war der Anteil der Patient:innen mit EASI-75-Werten bei Abrocitinib 100 mg (~59%) und Abrocitinib 200 mg (~70%) im Vergleich zu Placebo (27%) signifikant höher.³⁷⁴ Eine ähnliche Wirksamkeit wurde in der JADE TEEN-Studie bei Jugendlichen sowohl für die 100 mg- als auch für die 200 mg-Dosierung in Kombination mit topischer Therapie nachgewiesen.³⁷⁵ In der COMPARE-Studie (mit Dupilumab als Vergleichsarm) wurden nach 16 Wochen Behandlung höhere Ansprechraten mit Abrocitinib 200 mg im Vergleich zu Dupilumab in der Untergruppe mit schwerer Erkrankung beobachtet. Die Wirksamkeit von Abrocitinib 100 mg und Dupilumab war in dieser Untergruppe ähnlich. In der JADE-DARE Studie wurden an 727 erwachsenen Patient:innen die Wirksamkeit und Sicherheit von Abrocitinib 200mg und Dupilumab 300mg untersucht. Abrocitinib zeigte sich im Zeitfenster von 2 bis 8 Wochen signifikant wirksamer.³⁰⁸ Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf die Behandlung bei Patient:innen mit schwerer AD bei Abrocitinib 200 mg in diesem Zeitfenster höher ist als bei Dupilumab.³⁰⁸

- Baricitinib

Baricitinib soll bei erwachsenen Patient:innen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	100% (4/4) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Die Behandlung mit Baricitinib soll bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen bei Patient:innen im Alter bis einschließlich 64 Jahren in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
Nach Ansprechen auf die Therapie kann eine Dosisreduktion entsprechend der individuellen Nutzen-/Risikoabwägung und dem klinischen Verlauf erwogen werden.	0	

Baricitinib soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und bei gleichzeitig bestehender Alopezia areata oder bei gleichzeitig bestehender rheumatoider Arthritis eingesetzt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert
---	----	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Baricitinib ist, wie alle JAK-Inhibitoren, ein schnell wirksames Medikament. Baricitinib ist ein oraler selektiver JAK1- und JAK2-Inhibitor. Der Wirkstoff wurde in einer Phase-2- und mehreren Phase-3-Studien bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer AD in einer Dosierung von 1 mg, 2 mg und 4 mg einmal täglich im Vergleich zu Placebo untersucht. Dabei zeigte sich eine signifikante Verbesserung des EASI-Wertes von Baseline bis 16 Wochen, insbesondere bei den beiden höheren Dosierungen, 2 mg täglich (mittlere Differenz -5,6 Punkte; KI 95%: 0,4-10,9 [GRADE-Bewertung: moderate Sicherheit]) und 4 mg täglich (mittlere Differenz -5,2 Punkte; KI 95%: 0,1-10,4 [GRADE-Bewertung: moderate Sicherheit]).³⁷⁴ Eine ähnliche Wirksamkeit wurde in diesen Studien in Bezug auf den IGA-Score gezeigt. Theoretisch kann sich die im Vergleich zu Abrocitinib und Upadacitinib geringere JAK-Selektivität von Baricitinib als JAK1/JAK2 Inhibitor vorteilhaft (ggf. stärkere Wirksamkeit) als auch bei breiterem Nebenwirkungsspektrum (z.B. auf die JAK2 abhängige Hämatopoese) unvorteilhaft auswirken. Dies ist aus den vorliegenden Daten zum Sicherheitsprofil aus klinischen Studien jedoch nicht ablesbar. Die gleichzeitige Anwendung von topischen Kortikosteroiden war in einer Studie zugelassen.³⁷⁸

- Upadacitinib

Upadacitinib soll bei Kindern ab einem Lebensalter von 12 Jahren und Erwachsenen mit moderater bis schwerer AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, eingesetzt werden.	↑↑	100% (4/4) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Die Behandlung mit Upadacitinib soll in der Altersgruppe 18 bis einschließlich 64 Jahre bei schwerer AD nach Ausschluss von Kontraindikationen in der höheren für diese Indikation zugelassenen Dosierung begonnen werden. Nach Ansprechen auf die Therapie soll die Dosierung dem klinischen Verlauf angepasst werden.	↑↑	100% (4/4) konsensbasiert
Upadacitinib soll insbesondere bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Therapie in Frage kommt, und bei gleichzeitig bestehender rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Colitis ulcerosa oder ankylosierender Spondylitis eingesetzt werden.	↑↑	100% (3/3) konsensbasiert

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Upadacitinib ist, wie alle JAK-Inhibitoren, ein schnell wirksames Medikament. Upadacitinib ist ein weiterer Janus-Kinase (JAK) 1-Inhibitor. Es gibt eine Phase-2-Studie mit 167 erwachsenen Patient:innen, in der drei verschiedene Dosierungen von Upadacitinib (30 mg/Tag, 15 mg/Tag und 7,5 mg/Tag) zur Behandlung von AD im Vergleich zu Placebo untersucht wurden.³⁸³ Die Studie lief über 16 Wochen. Upadacitinib war in allen Dosierungsgruppen dem Placebo in Bezug auf EASI überlegen (mittlere Veränderung (SE) 74 % (6,1 %) für 30 mg, 62 % (6,1 %) für 15 mg, 39 % (6,2 %) für 7,5 mg und 23 % (6,4 %) für Placebo ($p=0,03$, $<0,001$, $<0,001$). Auch in Bezug auf den SCORAD-Index, die NRS-Skala für Pruritus und die POEM-Skala wurden signifikante Verbesserungen festgestellt. Die seitdem veröffentlichten Studien haben eine ähnliche Wirksamkeit ergeben.³⁸⁴⁻³⁸⁶ In einer Vergleichsstudie von 30mg Upadacitinib mit Dupilumab erreichten 247 Patient:innen, die Upadacitinib erhielten (71,0 %), und 210 Patient:innen, die Dupilumab erhielten (61,1 %), den EASI75 ($P = .006$).³⁰⁹ Auch bei einer Reihe von sekundären Endpunkten zeigte sich die Überlegenheit von Upadacitinib gegenüber Dupilumab, einschließlich der Verbesserung der Worst Pruritus NRS (Numerische Rating-Skala) bereits in Woche 1 (Mittelwert [SE], 31,4 % [1,7 %] gegenüber 8,8 % [1,8 %]; $P < .001$), des Erreichens von EASI75 bereits in Woche 2 (152 [43,7 %] gegenüber 60 [17,4 %]; $P < .001$) und des Erreichens von EASI100 in Woche 16 (97 [27,9 %] gegenüber 26 [7,6 %]; $P < .001$). Die Überlegenheit von 30 mg Upadacitinib war besonders zu Beginn der Therapie ausgeprägt. Die Raten schwerer Infektionen, Eczema herpeticatum, Herpes zoster und laborbezogener unerwünschter Ereignisse waren bei Patient:innen, die Upadacitinib erhielten, höher, während die Raten von Konjunktivitis und Reaktionen an der Injektionsstelle bei Patient:innen, die Dupilumab erhielten, höher waren.

4.3 Off-label Therapien

Durch die Zulassung neuer Systemtherapeutika, deren Wirksamkeit durch große qualitativ hochwertige Studien belegt ist, gerät die Off-Label Behandlung zunehmend in den Hintergrund und soll nur dann erwogen werden, wenn die zugelassenen Therapien ausgeschöpft sind oder nicht in Frage kommen.

Azathioprin

Azathioprin kann zur Therapie der chronischen, schweren AD im Erwachsenenalter erwogen werden, wenn für die AD zugelassene Medikamente nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	0	100% (3/3) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
Azathioprin soll nicht in Kombination mit UV-Therapien eingesetzt werden.	↓↓	>50% (2/3) konsensbasiert

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Azathioprin ist ein Prodrug, das in vivo nach Abspaltung seiner Imidazol-Seitenkette rasch in den Anti-Metaboliten 6-Mercaptopurin (6-MP) umgewandelt wird. Es wird vermutet, dass es seine primäre immunsuppressive Wirkung über Metaboliten von 6-MP, Thioguanin-Nukleotide (TGN), ausübt, die anschließend in die DNA eingebaut werden und deren Synthese hemmen.³⁸⁹

Die Wirksamkeit von Azathioprin bei der Behebung der klinischen Krankheitszeichen von AD ist vergleichbar mit der von Methotrexat, aber geringer als die von Dupilumab und Ciclosporin A.³⁷⁴

In RCT wurde eine signifikante Überlegenheit von Azathioprin gegenüber Placebo festgestellt, und zwar mit einem Sinken der klinischen Scores wie Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis und Scoring Atopic Dermatitis (SASSAD) um 26 % bis 39 % nach 12 Wochen.³⁵¹ Die Ergebnisse retrospektiver Studien sind jedoch weniger positiv, denn der Anteil der Azathioprin -Behandlungsabbrüche schwankt zwischen 30 und 57 % aufgrund unerwünschter Wirkungen oder mangelnder Wirksamkeit³⁹⁰⁻³⁹². Eine Follow-up-Beobachtungsstudie an 36 erwachsenen Patient:innen mit schwerer AD, die über einen Zeitraum von 24 Wochen mit Methotrexat oder Azathioprin behandelt wurden, erbrachte eine geringere Verbesserung bei Patient:innen mit Filaggrin-Mutationen (36 %, 13/36) im Vergleich zu Patient:innen ohne Filaggrin-Mutationen.³⁵¹

Langzeitstudien an erwachsenen Patient:innen, die entweder mit Azathioprin oder Methotrexat behandelt wurden, zeigten eine relative Reduktion des SCORAD von 53% (P < 0,01) und 63% (P < 0,01) nach 2 Jahren bzw. 54% und 53% nach 5 Jahren.^{351, 393} Bei Patient:innen mit einer Filaggrin-Mutation zeigte sich eine langsamere, aber länger anhaltende Wirkung der Therapie im Vergleich zu Patient:innen ohne Mutation.^{351, 393}

Mycophenolat-Mofetil

Mycophenolat-Mofetil/Mycophenolsäure kann bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, erwogen werden , wenn für die AD zugelassene Substanzen nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	0	100% (3/3) konsensbasiert
--	----------	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Mycophenolat-Mofetil ist ein Prodrug von Mycophenolsäure, einem Inhibitor der Inosin-5'-Monophosphat-Dehydrogenase. MPA hemmt die Synthese der Guanodinukleotide vorzugsweise in T- und B-Lymphozyten und inhibiert somit deren Proliferation. MPA hemmt auch die Glykosylierung und Expression von Adhäsionsmolekülen sowie die Rekrutierung von Lymphozyten und Monozyten an Entzündungsherden⁴⁰⁰.

Im Rahmen eines aktuellen systematischen Reviews und einer Meta-Analyse⁴⁰¹, die 18 Studien mit insgesamt 140 erwachsenen und pädiatrischen Patient:innen umfasste, wurde die Wirksamkeit des Off-Label-Einsatzes von Mycophenolat-Mofetil bei Patient:innen mit refraktärer AD oder Unverträglichkeit gegenüber anderen systemischen Erstlinientherapien untersucht. Es kam zu einer signifikanten Verringerung der SCORAD-Scores um 18 Punkte ($p = 0,0002$), wobei 77,6 % der Patient:innen eine teilweise oder vollständige Remission angaben. Rückfälle traten in 8,2 % der Fälle auf. Die durchschnittliche Zeit bis zur ersten Wirkung betrug $6,8 \pm 7$ Wochen.

Methotrexat

Methotrexat sollte bei Patient:innen mit AD, für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, eingesetzt werden, wenn für die AD zugelassene Substanzen nicht wirksam oder kontraindiziert sind (off-label).	↑	>50%  (2/3) evidenz- und konsensbasiert, siehe Evidenzbericht
--	---	---

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Methotrexat ist ein Folsäureantagonist, der die Zellteilung, die DNA/RNA-Synthese und -Reparatur sowie die Proteinsynthese hemmt und insgesamt die Aktivität des Immunsystems unterdrückt. Die genaue Wirkung von Methotrexat bei AD ist noch nicht vollständig geklärt, es gibt allerdings Hinweise auf eine Hemmung des JAK/STAT-Signalwegs.⁴⁰³

Methotrexat wird seit Jahren international, jedoch weniger in Deutschland zur Behandlung von mittelschwerer und schwerer AD eingesetzt, aber bisher gibt es nur wenige nicht-randomisierte kontrollierte Studien, in denen die Wirkung und die Behandlungsschemata untersucht wurden. Dem TREATgermany Register zufolge wird Methotrexat in Deutschland spätestens seit der Zulassung von Dupilumab praktisch nicht mehr für Erwachsene mit AD verordnet. Folglich beruhen Empfehlungen vorwiegend auf Fallserien und Expertenkonsens⁴⁰⁴⁻⁴⁰⁶, einer kontrollierten Studie, in der Methotrexat mit Azathioprin bei Erwachsenen verglichen wurde⁴⁰⁷, und einer offenen, randomisierten, multizentrischen Studie an Kindern.⁴⁰⁸ Insgesamt spricht vieles dafür, dass Methotrexat

als wirksame, relativ sichere und gut verträgliche Behandlung für schwere AD sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen angesehen werden kann - Ergebnisse, die durch neuere retrospektive Studien bestätigt werden.⁴⁰⁹⁻⁴¹¹ Die Wirksamkeit von Methotrexat war vergleichbar mit der von Azathioprin und geringer als die von Dupilumab und Ciclosporin hinsichtlich der klinischen Zeichen der AD in Woche 16. Für weitere Vergleiche liegen jedoch keine direkten Vergleichsstudien zum langfristigen Follow-up vor.³⁷⁴ Die Wirkung setzt nach mehreren Wochen ein, und der Wirksamkeitsgipfel wird nach Monaten erreicht, wobei das Einsetzen der Behandlungswirkung abhängig vom Dosierungsschema ist.⁴⁰⁴⁻⁴⁰⁶ Nach einer Studie mit Erwachsenen werden Patient:innen, die von einer moderaten wöchentlichen Dosis (10-15 mg) Methotrexat über einen dreimonatigen Behandlungszeitraum nicht profitieren, wahrscheinlich auch nicht von einer höheren Dosierung profitieren, doch wird das therapeutische Potenzial des Medikaments bei AD durch eine langsame, schrittweise Erhöhung der Methotrexat -Dosis möglicherweise unterschätzt. Bei Kindern wird eine Dosierung von 0,4 mg/kg/Woche berichtet, die deutlich höher ist als die Dosierung bei Erwachsenen.⁴⁰⁴ Kontrollierte Erfahrungen aus Deutschland fehlen hier jedoch. Die gängige Maximaldosis für die Behandlung erwachsener bzw., pädiatrischer AD-Patient:innen liegt bei 25 bzw. 20 mg pro Woche.

Alitretinoin

Die Behandlung mit Alitretinoin sollte bei erwachsenen Patient:innen mit AD mit schwerem <i>chronischem Handekzem</i> , für die eine systemische Behandlung in Frage kommt, unter Berücksichtigung der Teratogenität, erfolgen.	↑	100% (3/3) konsensbasiert
--	---	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Alitretinoin ist ein Retinoid, das sowohl an Retinsäure- (RAR) als auch an Retinol X-Rezeptoren (RXR) bindet und dadurch entzündungshemmende und proliferationshemmende Wirkungen entfaltet. Es ist für die Behandlung des chronischen Handekzems zugelassen, unabhängig von der Pathogenese.

Es gibt eine große, multizentrische, randomisierte, placebokontrollierte klinische Studie mit 1.032 Patient:innen mit chronischem Handekzem, wobei etwa ein Drittel davon wahrscheinlich an einem atopischen Handekzem litt.⁴¹⁹ Bei 75 % der Patient:innen wurde eine Besserung des Ekzems festgestellt. Die Patient:innengruppe mit atopischem Handekzem wurde nicht gesondert untersucht, und die extrapalmaren Symptome wurden in dieser Studie nicht bewertet.

Sechs erwachsene Patient:innen mit AD und einer ausgeprägten Beteiligung der Hände wurden zwölf Wochen lang mit Alitretinoin behandelt.⁴²⁰ Im Zeitverlauf besserten sich sowohl die palmaren als auch die extrapalmaren Läsionen, gemessen anhand des mTLSS-Handekzem-Scores und des SCORAD.

Von zwei Kindern mit schwerer AD, die mit Alitretinoin behandelt wurden, zeigte ein Kind mäßiges Ansprechen, während bei dem anderen Kind auch nach 11 Monaten Behandlung keine Besserung eintrat.⁴²¹

4.4 Systemische Medikamente ohne Empfehlungen

Lebrikizumab

Das Zulassungsprogramm für die Indikation AD ist fortgeschritten, zum Zeitpunkt der Finalisierung der Leitlinie (März 2023) ist Lebrikizumab weltweit noch für keine Indikation

zugelassen. Daher kann noch keine spezifische Empfehlung für die Verwendung bei AD gegeben werden.

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Lebrikizumab ist ein hochaffines humanisiertes Immunglobulin G4 mAb, das spezifisch an lösliches Interleukin 13 bindet und selektiv die Bildung des IL-13R α 1/IL-4R α -Heterodimer-Rezeptor-Signalkomplexes verhindert. In zwei randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Phase-III-Studien wurden Kinder (≥ 12 Jahre), Jugendliche und erwachsene Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer AD randomisiert mit Placebo oder mit subkutanen Injektionen von Lebrikizumab (250 mg alle 2 Wochen (500 mg bei Studienbeginn und in Woche 2) behandelt.⁴²⁵

Im Vergleich zu Placebo wurde eine komplette oder fast komplette Abheilung der Hauterkrankung (IGA 0/1) in den Lebrikizumab-Gruppen nach 16 Wochen bei 43% bzw. 33% im Vergleich zu 13% bzw. 11% zu beobachtet. Der Anteil der Patient:innen mit einer 75%-igen Verbesserung des EASI Scores (EASI 75) betrug 59% bzw. 52% in den Behandlungsgruppen und 16% versus 18% in den Placebogruppen. Auch Juckreiz und Schlafstörungen wurden unter Therapie signifikant gebessert. Eine Konjunktivitis wurde als unerwünschte Wirkung beschrieben.

Nemolizumab

Das Zulassungsprogramm für die Indikation AD ist fortgeschritten, zum Zeitpunkt der Finalisierung der Leitlinie (März 2023) ist Nemolizumab aktuell weltweit noch für keine Indikation zugelassen. Daher kann noch keine spezifische Empfehlung für die Verwendung bei AD gegeben werden.

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Nemolizumab ist ein humanisierter mAb, der auf die IL-31-Rezeptor-Alpha-Kette (IL-31RA) zielt und ursprünglich für die Behandlung von AD-bedingtem Pruritus entwickelt wurde.

In einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten, 12-wöchigen Phase-II-Studie führte Nemolizumab in monatlichen Dosen zu einer signifikanten Verbesserung des Juckreizes.⁴²⁶

In einer kürzlich veröffentlichten 16-wöchigen, doppelblinden Phase-III-Studie erhielten japanische Patient:innen mit AD und mittelschwerem bis schwerem Pruritus bis zur 16. Woche alle vier Wochen subkutan Nemolizumab (60 mg) oder Placebo, wobei gleichzeitig topische Wirkstoffe verabreicht wurden.⁴²⁷ Der primäre Endpunkt war die mittlere prozentuale Veränderung der Visuellen Analogskala (VAS) für Pruritus vom Ausgangswert bis Woche 16. Zu den sekundären Endpunkten gehörten der zeitliche Verlauf der Veränderung des VAS-Scores für Juckreiz bis Woche 4, EASI-Score, DLQI, Insomnia Severity Index und Sicherheit. In Woche 16 betrug die mittlere prozentuale Veränderung des VAS-Scores -42,8 % in der Nemolizumab-Gruppe und -21,4 % in der Placebo-Gruppe. Die Anwendung von subkutanem Nemolizumab zusätzlich zu topischen Wirkstoffen gegen AD führte zu einer hochsignifikanten Reduktion des Pruritus im Vergleich zu Placebo plus topischen Wirkstoffen.

Es gibt gute Belege für die Wirkung von Nemolizumab auf Juckreiz und Schlaflosigkeit bei AD-Patient:innen.

Omalizumab

Omalizumab soll nicht zur Behandlung der AD eingesetzt werden.	↓↓	100% (3/3) konsensbasiert
---	----	---------------------------------

Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Die meisten AD-Patient:innen haben erhöhte Serum-IgE-Spiegel, aber die pathogenetische Rolle von IgE bei AD ist nach wie vor unklar. Der Anti-IgE-Antikörper Omalizumab wurde mit großem Erfolg zur Behandlung der chronischen spontanen Urtikaria (CSU) eingesetzt, aber die Daten zu AD sind widersprüchlich. In einem aktuellen systematischen Review und einer Meta-Analyse wurden die präklinischen und Studiendaten zur Behandlung von AD mit Omalizumab bewertet, wobei auch hier die Ergebnisse widersprüchlich sind.⁴²⁹

Omalizumab ist für die Behandlung von Asthma und CSU zugelassen, nicht aber für die Behandlung von AD.

Omalizumab bindet freies IgE, was zur Bildung von Immunkomplexen aus IgE und Omalizumab führt. An Omalizumab gebundenes IgE kann nicht an die Alphakette des hochaffinen IgE-Rezeptors binden, sodass die Bindung von IgE an Mastzellen, Basophile und epidermale dendritische Zellen^{430, 431} und die damit verbundenen immunologischen Effekte gehemmt werden.

Es gibt zahlreiche Fallberichte und Fallserien, aber nur wenige kontrollierte Studien zur Behandlung von AD mit Omalizumab.^{429, 432} Insgesamt zeigen die Daten eine messbare, in Fallserien allerdings mittelstarke Wirksamkeit von Omalizumab bei der Verbesserung der Krankheitszeichen und -symptome von AD.^{429, 433} In kleineren kontrollierten Studien zeigte sich keine Überlegenheit gegenüber Placebo. Es gibt keinen prädiktiven Marker, der mit einem besseren klinischen Ansprechen in Verbindung gebracht werden könnte, und die meisten der veröffentlichten Daten sind von niedriger Qualität. Das Sicherheitsprofil von Omalizumab ist sehr gut⁴²⁹, doch angesichts der unvorhersehbaren und statistisch geringen Wirksamkeit sollte Omalizumab nicht zur Behandlung von AD eingesetzt werden.

5. Nichtmedikamentöse Therapieverfahren

Phototherapie und Photochemotherapie

Schmalspektrum-UVB und mittlere Dosen von UVA1 sollten bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer AD mit max. 2 Therapiezyklen pro Jahr eingesetzt werden.	↑	>75% (7/9) konsensbasiert
--	---	---------------------------------



Die Anwendung von Schmalspektrum-UVB oder UVA1 kann bei <i>Kindern und Jugendlichen</i> nach Beurteilung des Hauttyps (siehe Hintergrundtext) erwogen werden . Häufige oder langwierige Behandlungszyklen sollten vermieden werden.	0	>75% (7/9) konsensbasiert
Andere Phototherapiemodalitäten (UVAB, BB-UVB, UVA) sollten nur als zweite Wahl betrachtet werden.	↑	>75% (8/9) konsensbasiert
Eine Balneophototherapie kann bei Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer AD erwogen werden.	0	>75% (8/9) konsensbasiert
PUVA-Therapie kann erwogen werden, wenn frühere Behandlungszyklen mit anderen Phototherapien unwirksam waren und zugleich zugelassene medikamentöse Behandlungen kontraindiziert oder unwirksam sind oder Nebenwirkungen verursacht haben.	0	100% (8/8) konsensbasiert
Während der Phototherapie sollte eine Begleitbehandlung mit topischen Emollienten erfolgen.	↑	100% (8/8) konsensbasiert
Bei Patient:innen mit AD mit Hautkrebs in der Vorgeschichte oder mit erhöhtem Hautkrebsrisiko (einschließlich lichtgeschädigter Haut) sowie bei Patient:innen, die	↓↓	>75% (7/8) konsensbasiert
systemische Immunsuppressiva erhalten, soll in der Regel keine Phototherapie erfolgen.		

Wirksamkeit der verschiedenen Photo(chemo)therapie-Modalitäten in klinischen Studien
Photo(chemo)therapie kann bei Patient:innen mit mittelschwerem bis schwerer AD eingesetzt werden, die auf eine topische Therapie nicht ansprechen.

Im Rahmen eines systematischen Reviews untersuchten Garritsen et al. die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung von AD-Patient:innen mit Photo(chemo)therapie.³¹⁶ Dabei wurden nur RCTs berücksichtigt. Aufgrund der methodischen Heterogenität der Studien konnte keine Meta-Analyse durchgeführt werden. Es wurden 19 Studien mit insgesamt 905 erwachsenen Teilnehmer:innen (Stichprobengröße von 9 bis 180), einer Behandlungsdauer zwischen 10 Tagen und 40 Wochen und einer Nachbeobachtungszeit von bis zu einem Jahr (Mittelwert 15,3 Wochen) einbezogen.

Es handelte sich um Studien zu BB-UVB (4 Studien, n=120),⁴³⁴⁻⁴³⁷ NB-UVB (6, n=188),⁴³⁸⁻⁴⁴³ UVA (3, n=84),^{436, 437, 442} UVA1 (9, n=259),^{438, 440, 441, 444-449} UVA1-Kaltlicht (1, n=50),⁴⁴⁹ UVAB (7, n=200),^{434, 437, 446, 447, 449-451} Vollspektrumlicht (1, n=20),⁴⁵² PUVA (2, n=29),^{439, 448} sichtbarem Licht (1, n=20),^{435, 442} und Balneophototherapie (1, n=90). ⁴⁴³ Emollienzen waren in allen RCTs zugelassen. Detaillierte Tabellen mit Patient:innen- und Behandlungsmerkmalen, Studienergebnissen und GRADE-Bewertung sind in der Arbeit von Garritsen et al. ³¹⁶ aufgeführt.

In drei Studien mit niedriger⁴⁴¹ bis mäßiger Qualität^{438, 440} wurden mittlere Dosen (MD) UVA1 mit NB-UVB verglichen; dabei wurde kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der klinischen Zeichen festgestellt (abgesehen von einem Instrument zur Messung klinischer Krankheitszeichen (Leicester Sign Score) zugunsten von NB-UVB in einer RCT von niedriger Qualität⁴⁴¹).

Studien mit niedriger⁴⁴⁷, mäßiger⁴⁴⁶ und hoher⁴⁴⁹ Qualität ergaben, dass UVA1 [ein Behandlungsprotokoll mit mittlerer Dosierung (MD) und zwei Protokolle mit hoher Dosierung (HD)] in Bezug auf klinische Krankheitszeichen und -symptome signifikant wirksamer war als UVAB.^{446, 447, 449} Kein signifikanter Unterschied wurde festgestellt zwischen MD-UVA1 und HD-UVA1 nach Abbruch der Behandlung und nach 6 Monaten Nachbeobachtung in zwei Studien sehr niedriger⁴⁴⁵ (Pilotstudie) und mäßiger Qualität (intraindividuelle Vergleichsstudie, Halbseitenvergleich).⁴⁴⁴

Eine Studie von niedriger Qualität zeigte eine stärkere Verbesserung der klinischen Zeichen und Symptome bei NB-UVB im Vergleich zu UVA und sichtbarem Licht bis zu einer Nachbeobachtungszeit von 3 Monaten (ohne Angabe der statistischen Signifikanz).⁴⁴²

In einer Studie von niedriger Qualität erwies sich UVB hinsichtlich der klinischen Zeichen und Symptome als signifikant wirksamer als sichtbares Licht und als Placebo.⁴³⁵

Eine Studie von sehr niedriger Qualität⁴³⁷ und eine Studie von niedriger Qualität⁴³⁴ ergaben, dass UVAB im Vergleich zu UVA (klinische Zeichen) bzw. BB-UVB (klinische Zeichen und Symptome) signifikant wirksamer ist. Eine weitere Studie von niedriger Qualität zeigte, dass mit UVA eine signifikant bessere Reduktion der klinischen Zeichen erreicht wurde als mit BB-UVB.⁴³⁶ In einer Studie von mäßiger Qualität erbrachte UVAB in Kombination mit topischen Kortikosteroiden eine signifikant bessere Reduktion der klinischen Zeichen und Symptome als UVAB allein.⁴⁵¹ Bei einer kurzzeitigen Behandlung war UVAB im Vergleich zu Ciclosporin signifikant weniger wirksam in Bezug auf klinische Zeichen und Lebensqualität.⁴⁵⁰

In einer Studie von sehr niedriger Qualität ⁴⁴⁸ zeigte sich PUVA signifikant wirksamer als MD-UVA1 in Bezug auf klinische Zeichen und Remissionsdauer. Eine Studie von sehr niedriger Qualität⁴³⁹ erbrachte keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der klinischen Krankheitszeichen zwischen PUVA und NB-UVB nach der Behandlung und auch nicht nach bis zu einem Jahr Nachbeobachtung.

Eine Studie von sehr niedriger Qualität⁴⁵² erbrachte, dass Vollspektrumlicht (320-5000nm) im Vergleich zu Kontrollgruppen mit Emollienzen eine signifikante Reduktion der klinischen Zeichen bis zu einem Follow-up von 4 Wochen bewirkte.

In einer Studie von niedriger Qualität⁴⁴³ war Balneophototherapie (Salzwasserbad plus NB-UVB) hinsichtlich der klinischen Krankheitszeichen nach bis zu sechs Monaten Nachbeobachtung signifikant wirksamer als NB-UVB.

Auf der Grundlage dieses systematischen Reviews sind Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu ziehen, da die Studien klein und heterogen sind, ein hohes Maß an Bias aufweisen und der Evidenzgrad unterschiedlich ist. In Bezug auf die Wirksamkeit liegen die meisten Nachweise für MD-UVA-1 und NB-UVB vor. Zwischen HD-UVA1 und MD-UVA1 wurde kein Unterschied festgestellt; für MD-UVA1 gab es mehr Belege. UVAB war wirksamer als UVA und BB-UVB, aber nicht im Vergleich zu UVA1. Als weitere Optionen stehen PUVA, Vollspektrumlicht und Balneophototherapie zur Verfügung, aber hier waren die Studien klein und von niedriger Qualität. Es konnten keine geeigneten RCTs zur Heliotalassotherapie oder zur Goeckerman-Therapie (Steinkohlenteer plus UVB) gefunden werden.

In den beiden RCTs, die bei der erweiterten Suche gefunden wurden, wurde in der ersten UVA (n=30) mit UVB (n=30) dreimal wöchentlich für maximal 12 Wochen mit einer Nachbeobachtungszeit von 3 Monaten bei Patient:innen mit mittelschwerer bis schwerer AD verglichen.⁴⁵³ Beide Modalitäten führten zu einer ähnlichen signifikanten Reduktion der klinischen Zeichen. In der zweiten Studie wurde HD-UVA1 (130 J/cm²) im Vergleich zu MD-UVA1 (60 J/cm²) fünfmal wöchentlich über einen Zeitraum von drei Wochen bei 27 erwachsenen Patient:innen mit schwerer AD untersucht.⁴⁵⁴ Patient:innen mit Hauttyp III-IV sprachen signifikant stärker auf HD-UVA1 als auf MD-UVA1 an, was die klinischen Zeichen anbelangt; bei Patient:innen mit Hauttyp II gab es keinen Unterschied zwischen diesen beiden Modalitäten.

Es wurden keine Belege für die Wirksamkeit der Phototherapie bei akuter oder chronischer AD gefunden, und es wurden keine RCTs zu Kindern gefunden. Abgesehen von einigen (meist retrospektiven) Fallserien,⁴⁵⁵⁻⁴⁶¹ wurden zwei nicht-randomisierte Studien veröffentlicht. In einer vergleichenden, nicht-randomisierten Studie wurden 29 Kinder und Jugendliche im Alter von 3-16 Jahren mit AD 12 Wochen lang mit NB-UVB-Phototherapie behandelt und mit 26 Patient:innen verglichen, die sich gegen eine Behandlung entschieden hatten.⁴⁶² In der NB-UVB-Kohorte war der mittlere Schweregrad der AD (Six Area, Six Sign Atopic Dermatitis, SASSAD) in Woche 12 um 61 % reduziert, während er in der nicht behandelten Kohorte um 6 % gestiegen war. In einer offenen Studie ohne Kontrollgruppe wurden Wirksamkeit und Sicherheit der NB-UVB-Phototherapie bei 30 AD-Kindern im Alter von 4-14 Jahren untersucht. Am Ende der Behandlung war ein signifikanter Rückgang des Schweregrads im Vergleich zum Ausgangswert zu verzeichnen; dieser Effekt hielt auch während der zweijährigen Nachbeobachtungszeit an.⁴⁶³

Zum Abschluss dieses Abschnitts ist darauf hinzuweisen, dass der Einsatz der Phototherapie bei AD weitgehend empirisch ist und auf relativ wenigen evidenzbasierten Daten beruht. Es besteht eindeutig ein Bedarf an weiterer Forschung zur Wirksamkeit und Sicherheit der Phototherapie bei AD, da sie bei AD-Patient:innen häufig eingesetzt wird.⁴⁶⁴

Im Kindesalter werden UV-Therapien bei der Indikation AD aufgrund zunehmender Behandlungsalternativen nach sorgfältiger Abschätzung des Nutzen-/Risikoprofils im Vorschulalter nur ausnahmsweise und bis zur Volljährigkeit nur selten eingesetzt.

Wollenberg A et al., 2023 [10,26,27].

Living EuroGuiDerm guideline for the systemic treatment of atopic eczema, version 2.2

Zielsetzung/Fragestellung

The aim of this guideline is to provide guidance on the management and treatment of patient with atopic eczema (AE) of all severities and age groups. According to the scoping document, the objectives of the guideline are:

- To generate recommendations and treatment algorithms on topical therapy, phototherapy as well as novel and established systemic treatments for AE, based on the latest evidence.
- Provide guidance in the management of AE patients during pregnancy and AE patients with allergic and other comorbidities.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium; trifft zu.
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt; trifft zu.
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz; living systematic review by Drucker et al. was used.
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt; trifft zu.
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt; trifft zu.
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert.

Recherche/Suchzeitraum:

- living systematic review by Drucker et al. was used.; last update 2022

Drucker AM, Morra DE, Prieto-Merino D, Ellis AG, Yiu ZZN, Rochweg B, et al. Systemic Immunomodulatory Treatments for Atopic Dermatitis: Update of a Living Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Dermatol. 2022;158: 523-532.

LoE

- Cochrane Risk of Bias tool

GoR

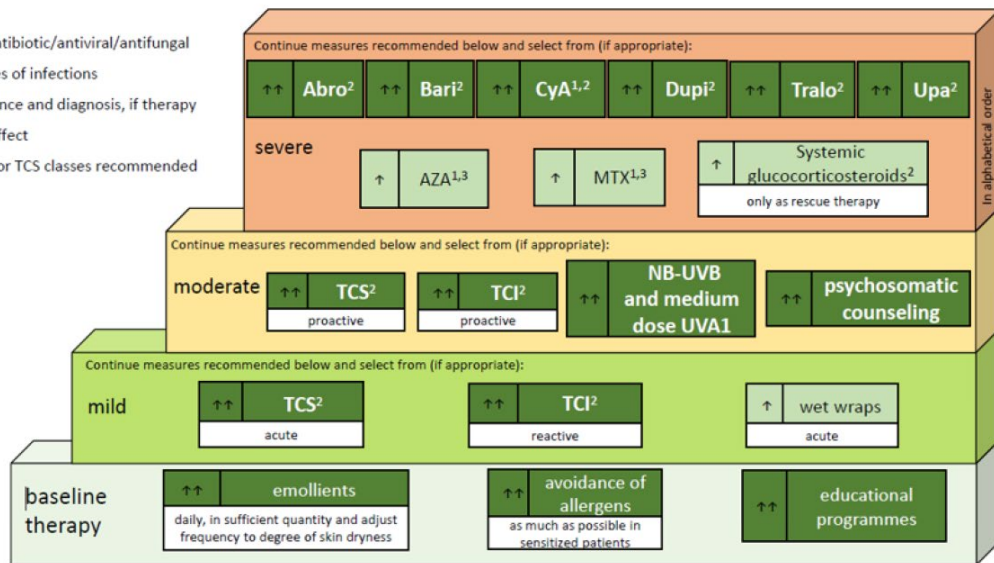
Table 3 Recommendation strengths – wording, symbols and interpretation and definition of certainty of evidence⁶

Strength	Wording	Symbols	Implications
Strong recommendation for the use of an intervention	'We recommend ...'	↑↑	We believe that all or almost all informed people would make this choice.
Weak recommendation for the use of an intervention	'We suggest ...'	↑	We believe that most informed people would make this choice, but a substantial number would not.
No recommendation with respect to an intervention	'We cannot make a recommendation with respect to ...'	0	At the moment, a recommendation in favour of or against an intervention cannot be made due to certain reasons (e.g. no reliable evidence available, conflicting outcomes)
Weak recommendation against the use of an intervention	'We suggest against ...'	↓	We believe that most informed people would make a choice against this intervention, but a substantial number would not.
Strong recommendation against the use of an intervention	'We recommend against ...'	↓↓	We believe that all or almost all informed people would make a choice against this intervention.
High ⊕⊕⊕⊕: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.			
Medium ⊕⊕⊕○: we are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.			
Low ⊕⊕○○: our confidence in the effect estimate is limited : The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.			
Very low ⊕○○○: we have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.			

Empfehlungen: Erwachsene

Stepped-care plan for adults with atopic eczema

- Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections
- Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect
- Refer to table 3 for TCS classes recommended



¹ refer to guideline text for restrictions, ² licensed indication, ³ off-label treatment

↑↑ (dark green) strong recommendation for the use of an intervention / ↑ (light green) weak recommendation for the use of an intervention

For definitions of disease severity, acute, reactive, proactive see section 'VII' and section 'Introduction to systemic treatment' of the EuroGuiDerm Atopic Eczema Guideline

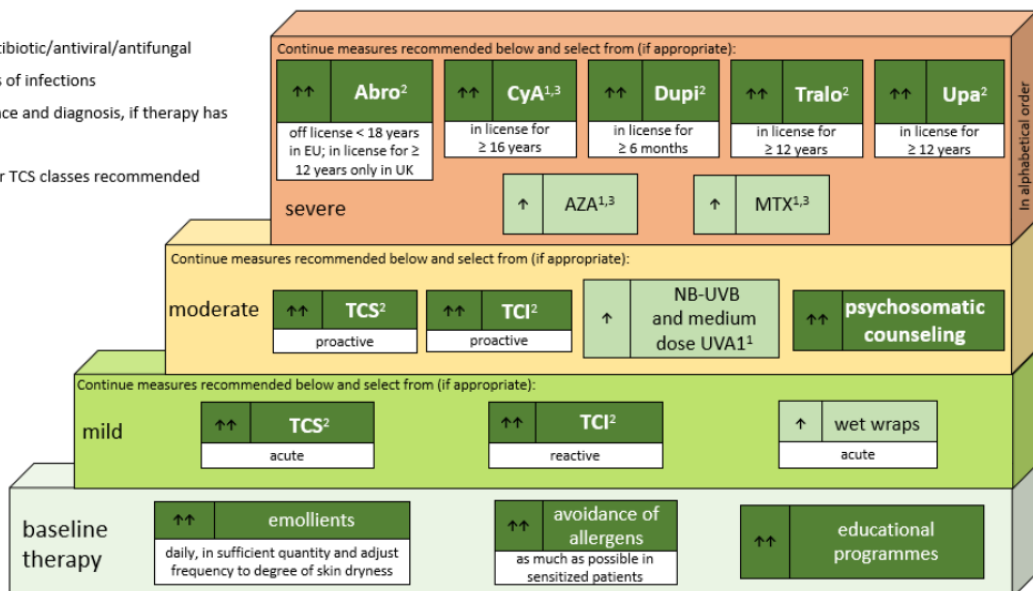
Abro=abrocitinib; AZA=azathioprine; Bari=baricitinib; CyA=ciclosporin; Dupi=dupilumab; MTX=methotrexate; TCI=topical calcineurin inhibitors; TCS= topical corticosteroids; Tralo=tralokinumab; Upa=upadacitinib; UVA1=ultraviolet A1; NB-UVB=narrow-band ultraviolet B

 >75%
13/15

Empfehlungen: Kinder und Jugendliche

Stepped-care plan for children and adolescents with atopic eczema

- Add antiseptic/antibiotic/antiviral/antifungal treatment in cases of infections
- Consider compliance and diagnosis, if therapy has insufficient effect
- Refer to table 3 for TCS classes recommended



¹ refer to guideline text for restrictions, ² licensed indication, ³ off-label treatment

↑↑ (dark green) strong recommendation for the use of an intervention / ↑ (light green) weak recommendation for the use of an intervention

For definitions of disease severity, acute, reactive, proactive see section 'VII' and section 'Introduction to systemic treatment' of the EuroGuiDerm Atopic Eczema Guideline

AZA=azathioprine; CyA=ciclosporin; Dupi=dupilumab; MTX=methotrexate; TCI=topical calcineurin inhibitors; TCS= topical corticosteroids; Upa=upadacitinib; UVA1=ultraviolet A1; NB-UVB=narrow-band ultraviolet B

 >75%
12/15

Symbols	Implications (adapted from GRADE ¹⁾)
↑↑	We believe that all or almost all informed people would make that choice.
↑	We believe that most informed people would make that choice, but a substantial number would not.
0	We cannot make a recommendation.
↓	We believe that most informed people would make a choice against that intervention, but a substantial number would not.
↓↓	We believe that all or almost all informed people would make a choice against that choice.
	No recommendation

Empfehlungen: Systemic drugs

Table 1: General recommendations for systemic drugs for AE adult patients, who are candidates for systemic treatment (for details see corresponding chapter)

	Conventional systemic treatments			Biologics		JAK-inhibitors			Rescue therapy
	Ciclosporin	Methotrexate	Azathioprine	Dupilumab	Tralokinumab	Abrocitinib	Baricitinib	Upadacitinib	Systemic corticosteroids
Recommendation	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑
Dose for adults¹	licensed ≥ 16 years; standard dosage adults: 2.5-5 mg/kg per day in two single doses	off-label; commonly used dosage adults: initial dose: 5-15 mg/ per week; maximum dose: 25 mg/ week	off-label; commonly used dosage adults: 1-3 mg/kg per day	licensed ≥ 6 months; adults: initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W	licensed for adults; initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W; consider Q4W dosing at week 16 in those achieving clear or almost clear skin	licensed for adults; dosage adults: 200 mg per day, reduction to 100 mg per day possible, depending on treatment response; age ≥ 65: 100 mg per day; the lowest effective dose for maintenance should be considered	licensed for adults; dosage adults: 4 mg per day, reduction to 2 mg per day possible, depending on treatment response	licensed ≥ 12 years; dosage adults: 15 or 30 mg per day based on individual patient presentation; age ≥ 65: 15 mg per day; the lowest effective dose for maintenance should be considered	general unspecific licence for adults and children for steroid responsive skin disease; dosage maximum: 1 mg/kg per day
Time to response (weeks)²	1-2	8-12	8-12	4-6	4-8	1-2	1-2	1-2	1-2
Time to relapse (weeks, based on expert experience)²	<2	>12	>12	>8	> 8	<2	<2	<2	<2
Monitoring	complete blood count, renal and liver profile, blood pressure,	complete blood count, renal and liver profile, PIIINP if available, screen for chronic infections	complete blood count, renal and liver profile, TPMT activity if available, screen for chronic infections	not required	not required	complete blood count, lipid profile, liver profile	complete blood count, lipid profile, liver profile	complete blood count, lipid profile, liver profile	not required for short-term treatment, consider blood glucose and testing for adrenal gland suppression with high doses/longer-term treatment
Selection of most relevant adverse events	serum creatinine ↑, blood pressure ↑	nausea, fatigue, liver enzymes ↑, myelotoxicity	gastrointestinal disturbances, idiosyncratic hypersensitivity reactions, hepatotoxicity, myelotoxicity	Conjunctivitis, upper respiratory tract infections, arthralgia	upper respiratory tract infections; conjunctivitis	upper respiratory tract infections,, increase in LDL cholesterol; thrombocytopenia, increased creatine phosphokinase, nausea and abdominal pain herpes virus infections, acne	upper respiratory tract infections,, increase in LDL cholesterol; thrombocytosis, nausea and abdominal pain herpes virus infections, acne	upper respiratory tract infections, acne; headache, anaemia and neutropenia, CK elevation, increase in LDL cholesterol, nausea and abdominal pain herpes virus infections	skin atrophy, weight gain, sleep disturbance, mood changes, hyperglycaemia or new onset diabetes, peptic ulcers/gastritis, osteoporosis

¹ SmPC, ² expert experience, ↑ rise, AE- atopic eczema; GL – guideline, LDL – low density lipoprotein, PIIINP - Procollagen III N-Terminal Propeptide, TPMT – Thiopurine-S-Methyltransferase

Symbols	Implications (adapted from GRADE ¹⁾)
↑↑	We believe that all or almost all informed people would make that choice.
↑	We believe that most informed people would make that choice, but a substantial number would not.
0	We cannot make a recommendation.
↓	We believe that most informed people would make a choice against that intervention, but a substantial number would not.
↓↓	We believe that all or almost all informed people would make a choice against that choice.
	No recommendation.

Empfehlungen: Systemic drugs in special AE population

Table 2: General recommendations for systemic drugs for special AE patient populations (for details see corresponding chapter)

	Conventional systemic treatments			Biologics		JAK inhibitors			Rescue therapy
	Ciclosporin	Methotrexate	Azathioprine	Dupilumab	Tralokinumab	Abrocitinib	Baricitinib	Upadacitinib	Systemic corticosteroids
Children and adolescents with AE who are candidates for systemic treatment	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑		↑↑	
Dose for children	licensed for ≥ 16 years commonly used dosage children: 2.5-5 mg/kg per day in two single doses	off-label; commonly used dosage children: 0.3–0.4 mg/kg per week	off label; commonly used dosage children: 1-3 mg/kg per day	licensed for ≥ 6 months; age 6 months-6 years: from 5kg <15 kg 200 mg Q4W, 15kg <30 kg 300 mg Q4W age 6-11: from 15kg <60kg, initially 300 mg s.c. day 1 & 15 followed by 300 mg Q4W, when ≥60 kg, initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W age 12-17: <60 kg: initially 400 mg s.c. day 1 followed by 200 mg Q2W, when ≥60 kg: initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W	licensed for ≥ 12 years; initially 600 mg s.c. day 1 followed by 300 mg Q2W; consider Q4W dosing at week 16 in those achieving clear or almost clear skin	off-label; only in UK approved ≥ 12 years; commonly used dosage children: 100 mg per day	off-label	licensed for ≥ 12 years; age 12-17 (>= 30 kg bw): 15 mg per day	general unspecific licence for children for steroid responsive skin disease;; dosage maximum: 1 mg/kg per day
Pregnancy (in candidates for systemic treatment)	↑	↓↓	↑	0	0	↓↓	↓↓	↓↓	↑ prednisolone (0.5mg/kg/d) only as rescue therapy for acute flares
Breastfeeding	↓	↓	↓	0	0	↓	↓	↓	↑ prednisolone (0.5mg/kg/d) only as rescue therapy for acute flares
									as rescue therapy for acute flares

¹SmPC; Q2W - once every 2 weeks

Symbols	Implications (adapted from GRADE ¹)
↑↑	We believe that all or almost all informed people would make that choice.
↑	We believe that most informed people would make that choice, but a substantial number would not.
0	We cannot make a recommendation.
↓	We believe that most informed people would make a choice against that intervention, but a substantial number would not.
↓↓	We believe that all or almost all informed people would make a choice against that choice.
	No recommendation.

Empfehlungen: Topical drugs

Table 3: General recommendations for topical drugs for treatment of atopic eczema (for details see corresponding chapter)

Overall recommendation	TCS ↑↑		TCI ↑↑	
	TCS class I and II	TCS class III and IV	Tacrolimus 0.1% Tacrolimus 0.03%	Pimecrolimus 1%
For further information see background text	class I not suitable for long-term proactive treatment; long-term proactive treatment only class II	acute flare; proactive treatment with TCS class III class IV <i>not</i> for long term daily treatment or head and neck; class IV not recommended for proactive treatment either	acute flare; long-term proactive treatment; especially in face, intertriginous sites, anogenital area	acute flare; especially in face, intertriginous sites, anogenital area
Most important side effects	skin atrophy telangiectasia striae distensae eczymosis hypertrichosis perioral dermatitis	skin atrophy telangiectasia striae distensae eczymosis hypertrichosis perioral dermatitis corticosteroid addiction syndrome suppression of adrenal function	initial warmth, tingling or burning	initial warmth, tingling or burning
	TCI class II and III are off label for proactive treatment		in label for proactive treatment	not suitable for proactive treatment
Special considerations				
Suitable for children > 2 to < 16 years of age	yes	yes	yes (0.03%) ²	yes ²
Suitable for babies < 2 years of age	yes	under specialist supervision	yes (0.03%) ¹	yes ² (from the age of three months)
Suitable during pregnancy	yes	yes	yes (0.03% & 0.1%) ¹	yes ¹
Suitable during breastfeeding	yes	yes	yes (0.03% & 0.1%) ¹	yes ¹
Suitable for pruritus	yes	yes	yes (0.03% & 0.1%)	yes

¹ off label use ² licensed use

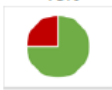
Symbols	Implications (adapted from GRADE ¹)
↑↑	We believe that all or almost all informed people would make that choice.
↑	We believe that most informed people would make that choice, but a substantial number would not.
0	We cannot make a recommendation.
↓	We believe that most informed people would make a choice against that intervention, but a substantial number would not.
↓↓	We believe that all or almost all informed people would make a choice against that choice.
	No recommendation.

Empfehlungen: Basic emollients and moisturizers

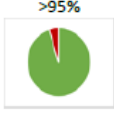
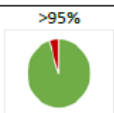
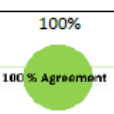
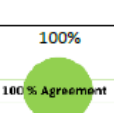
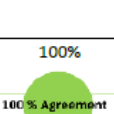
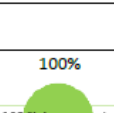
We recommend gentle cleansing and bathing procedures especially in acutely inflamed or superinfected skin in patients with AE.	↑↑	100% 100 % Agreement (18/18) Expert Consensus
We suggest bathing in moderately warm water over a short duration of time in patients with AE.	↑	>75% (17/19) Expert Consensus
We suggest against the use of alkaline soaps in patients with AE.	↓	100% 100 % Agreement
We suggest that patients with AE use body care products, for example gentle cleansers that do not contain potent irritants or relevant allergens.	↑	(19/19) Expert Consensus
We recommend daily use of emollients, liberally and frequently for patients with AE, as basic treatment of the disturbed skin barrier function.	↑↑	>75% (20/23) Expert Consensus
We suggest using moisturizers with a hydrophilic formula in the summer and moisturizers with a higher lipid content in the winter in patients with AE.	↑	>75% (15/18) ¹ Expert Consensus
We recommend to apply emollients immediately after bathing or showering and soft pat drying ("soak and seal technique").	↑↑	100% 100 % Agreement (19/19) Expert Consensus
We recommend the use of emollients as background treatment to prevent flares and to reduce the symptoms of AE.	↑↑	>75% (18/19) ¹ Expert Consensus

¹ Abstention

Empfehlungen: Anti-inflammatory treatment

We recommend the use of topical corticosteroids (TCS) as anti-inflammatory agents.	↑↑	 >75% (24/26) Expert Consensus
We recommend the use of topical calcineurin inhibitors (TCI) as anti-inflammatory agents.		
We suggest using anti-inflammatory topical agents according to the fingertip unit rule.	↑	 >75% (23/26) Expert Consensus
We suggest the use of wet wraps with diluted (see background text) or low potency topical corticosteroid in acute AE.	↑	 >50% (14/22) Expert Consensus
We recommend TCS in AE especially for treatment of acute flares.	↑↑	 100% 100 % Agreement (23/23) Expert Consensus
We recommend to note and adequately address patients concerns or fears about corticosteroid side effects.		
We recommend using TCI particularly in skin areas with a risk of skin atrophy due to TCS application (face, intertriginous sites, anogenital area).		
We suggest initial treatment with topical corticosteroids before switching to a TCI to reduce the risk of skin stinging and burning.	↑	 100% 100 % Agreement (23/23) Expert Consensus
We recommend proactive therapy (e.g. twice weekly application) with a suitable TCS or a suitable TCI (see background text) to reduce the risk of relapse and for better disease control.	↑↑	 100% 100 % Agreement (22/22) Expert Consensus

Empfehlungen: Phototherapy and photochemotherapy

We recommend narrowband UVB and medium-dose UVA1 for AE patients with moderate-to-severe AE.	↑↑	 >95% (24/25) Expert Consensus
We suggest the use of narrowband UVB or UVA1 in children and adolescents after the assessment of skin type (see background text), but frequent and/or protracted treatment cycles should be avoided.	↑	 >95% (24/25)¹ Expert Consensus
¹ 1 abstention		
We suggest that other phototherapy modalities (balneophototherapy, UVAB, BB-UVB, UVA) are to be considered as a second choice.	↑	 100% 100% Agreement (25/25) Expert Consensus
We suggest that PUVA therapy is only used, when previous treatment cycles with other phototherapies were ineffective or when approved drug treatments are contraindicated, ineffective or have caused side effects.	↑	 100% 100% Agreement (25/25) Expert Consensus
We suggest co-treatment with topical emollients during phototherapy.	↑	 100% 100% Agreement (25/25) Expert Consensus
We recommend against the use of prolonged or repeated treatment cycles and maintenance regimens with all phototherapy modalities.	↓↓	 100% 100% Agreement (24/24) Expert Consensus

Sidbury R et al., 2023 [21].

American Academy of Dermatology

Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies

Zielsetzung/Fragestellung

Table I. Clinical questions and scope

1. What are the efficacy and safety of nonpharmacologic topical treatments for AD?
2. What are the efficacy and safety of pharmacologic topical treatments for AD?
3. What are the relative efficacy and safety of individual topical agents for the treatment of AD?
4. What are the efficacy and safety of combination topical therapies (concomitant use of more than one topical agent) in the treatment of AD?

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium;
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt;
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz;
- Formale Konsensusprozesse dargelegt, externes Begutachtungsverfahren unklar;
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt;
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert, Gültigkeit 5 Jahre.

Recherche/Suchzeitraum:

- search of the literature for all PICO questions using MEDLINE (via PubMed), EMBASE, and clinicaltrials.gov to identify reports of randomized controlled trials (RCTs). In addition, MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews, and PROSPERO were queried to identify systematic reviews for reference mining.
- However, the evidence base supporting the current recommendations was restricted to publications from November 1, 2012, through May 21, 2020 to identify RCTs published since completion of the search that informed the topical therapy recommendations in the AAD's 2014 guidelines of care for the management of AD.
- A pragmatic search update and novel search for RCTs on the use of ruxolitinib was conducted through September 2021.

LoE / GoR

Certainty of evidence	Wording	Implication ^{2,3}
High	"High certainty evidence"	Very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Moderate	"Moderate certainty evidence"	Moderately confident in the effect estimate; the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low	"Low certainty evidence"	Confidence in the effect estimate is limited; the true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very Low	"Very low certainty evidence"	The estimate of effect is very uncertain; the true effect may be substantially different from the estimate of effect

Table II. Strength of recommendation and certainty of evidence

Strength of recommendation	Wording	Implication ²⁻⁴
<i>Strong recommendation for the use of an intervention</i>	"We recommend..."	Benefits clearly outweigh risk and burdens; recommendation applies to most patients in most circumstances. Risk and burden clearly outweigh benefits; recommendation applies to most patients in most circumstances. Guidance was viewed by the Work Group as imperative to clinical practice and developed when the supporting evidence was considerable but indirect, and the certainty surrounding an intervention's impact was high with the benefits clearly outweighing the harms (or vice versa). Good practice statements are strong recommendations as the certainty surrounding the impact of the recommended intervention is high. Implementation of these strong recommendations is considered to clearly result in beneficial outcomes. ⁴
<i>Strong recommendation against the use of an intervention</i>	"We recommend against..."	
<i>Good practice statement</i>	"We recommend..."	
<i>Conditional recommendation for the use of an intervention</i>	"We conditionally recommend..."	Benefits are closely balanced with risks and burden; recommendation applies to most patients, but the most appropriate action may differ depending on the patient or other stakeholder values. Risks and burden closely balanced with benefits; recommendation applies to most patients, but the most appropriate action may differ depending on the patient or other stakeholder values
<i>Conditional recommendation against the use of an intervention</i>	"We conditionally recommend against..."	

Sonstige methodische Hinweise

- keine

Empfehlungen

Table III. Recommendation for the management of atopic dermatitis in adults

No.	Recommendation	Strength	Certainty of evidence	Evidence
Non-prescription therapies				
1.1	For adults with AD, we recommend the use of moisturizers. <i>Remark: The use of a particular moisturizer or active ingredient in an emollient cannot be recommended based on the limited available evidence.</i>	Strong	Moderate	6-16
1.2	For adults with AD, we conditionally recommend bathing for treatment and maintenance. <i>Remark: A standard for the frequency or duration of bathing appropriate for those with AD cannot be suggested based on the limited available evidence.</i>	Conditional	Low	17-22
1.3	For adults with moderate-to-severe AD experiencing a flare, we conditionally recommend the use of wet dressings.	Conditional	Low	23-27
Topical calcineurin inhibitors				
2.1	For adults with AD, we recommend the use of tacrolimus 0.03% or 0.1% ointment.	Strong	High	28-36
2.2	For adults with mild-to-moderate AD, we recommend the use of pimecrolimus 1% cream.	Strong	High	37-44
Topical corticosteroids				
3.1	For adults with AD, we recommend topical corticosteroids.	Strong	High	45-55
3.2	For adults with AD, we recommend intermittent use of medium potency topical corticosteroids as maintenance therapy (2 times/wk) to reduce disease flares and relapse.	Strong	High	50,53,54
Topical antimicrobials/antiseptics and antihistamines				
4.1	We conditionally recommend against the use of topical antimicrobials for AD in adults.	Conditional	Low	56-59
4.2	We conditionally recommend against the use of topical antihistamines for AD in adults.	Conditional	Low	30
4.3	We conditionally recommend against the use of topical antiseptics for AD in adults. <i>Remark: For patients with moderate-to-severe AD and clinical signs of secondary bacterial infection, bleach baths or the use of topical sodium hypochlorite may be suggested to reduce disease severity.</i>	Conditional	Very low	15,18-22,60,61
Topical PDE-4 inhibitors				
5.0	For adults with mild-to-moderate AD, we recommend the use of crisaborole ointment.	Strong	High	62-66
Topical JAK inhibitors				
6.0	For adults with mild-to-moderate AD, we recommend the use of ruxolitinib cream.	Strong	Moderate	67-69

AD, Atopic dermatitis; JAK, Janus kinase; PDE-4, phosphodiesterase-4.

Referenzen aus Leitlinien

6. Abramovits W, Hebert AA, Boguniewicz M, et al. Patient-reported outcomes from a multicenter, randomized, vehicle-controlled clinical study of MAS063DP (Atopiclair) in the management of mild-to-moderate atopic dermatitis in adults. *J Dermatolog Treat.* 2008;19(6):327-332.
7. Angelova-Fischer I, Rippke F, Richter D, et al. Stand-alone emollient treatment reduces flares after discontinuation of topical steroid treatment in atopic dermatitis: a double-blind, randomized, vehicle-controlled, left-right comparison study. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(5):517-523.
8. Belloni G, Pinelli S, Veraldi S. A randomised, double-blind, vehicle-controlled study to evaluate the efficacy and safety of MAS063D (Atopiclair) in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis. *Eur J Dermatol.* 2005;15(1): 31-36.
9. Breternitz M, Kowatzki D, Langenauer M, Elsner P, Fluhr JW. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. *Skin Pharmacol Physiol.* 2008;21(1):39-45.
10. Loden M, Andersson AC, Anderson C, et al. A double-blind study comparing the effect of glycerin and urea on dry, eczematous skin in atopic patients. *Acta Derm Venereol.* 2002; 82(1):45-47.
11. Marini A, Reinelt K, Krutmann J, Bilstein A. Ectoïne-containing cream in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis: a randomised, comparator-controlled, intra-individual double-blind, multi-center trial. *Skin Pharmacol Physiol.* 2014; 27(2):57-65.
12. Mori K, Seki T, Kaizu K, et al. Efficacy of a moisturizer containing a pseudo-ceramide and a eucalyptus extract for Japanese patients with mild atopic dermatitis in the summer. *J Cosmet Dermatol.* 2019;18(3):850-856.
13. Nakai K, Kubota Y, Soma GI, Kohchi C. The effect of lipopolysaccharide-containing moisturizing cream on skin care in patients with mild atopic dermatitis. *In Vivo.* 2019; 33(1):109-114.
14. Simpson E, B€ohling A, Bielfeldt S, Bosc C, Kerrouche N. Improvement of skin barrier function in atopic dermatitis patients with a new moisturizer containing a ceramide precursor. *J Dermatolog Treat.* 2013;24(2):122-125.
15. Tan WP, Suresh S, Tey HL, Chiam LY, Goon AT. A randomized double-blind controlled trial to compare a triclosan-containing emollient with vehicle for the treatment of atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35(4):e109-e112.
16. Wiren K, Nohlgard C, Nyberg F, et al. Treatment with a barrier-strengthening moisturizing cream delays relapse of atopic dermatitis: a prospective and randomized controlled clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(11):1267-1272.
17. Proksch E, Nissen HP, Bremgartner M, Urquhart C. Bathing in a magnesium-rich dead sea salt solution improves skin barrier function, enhances skin hydration, and reduces inflammation in atopic dry skin. *Int J Dermatol.* 2005;44(2): 151-157.
18. Gonzalez ME, Schaffer JV, Orlow SJ, et al. Cutaneous microbiome effects of fluticasone propionate cream and adjunctive bleach baths in childhood atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(3):481-493.e8.
19. Hon KL, Tsang YC, Lee VW, et al. Efficacy of sodium hypochlorite (bleach) baths to reduce staphylococcus aureus colonization in childhood onset moderate-to-severe eczema: a randomized, placebo-controlled cross-over trial. *J Dermatolog Treat.* 2016;27(2):156-162.
20. Leins E, Scullin M. Bleach baths for eczema. *Australas J Dermatol.* 2013;54(suppl 2):55.
21. Shi VY, Foolad N, Ornelas JN, et al. Comparing the effect of bleach and water baths on skin barrier function in atopic dermatitis: a split-body randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2016;175(1):212-214.
22. Wong SM, Ng TG, Baba R. Efficacy and safety of sodium hypochlorite (bleach) baths in patients with moderate to severe atopic dermatitis in Malaysia. *J Dermatol.* 2013;40(11): 874-880.
23. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A pilot study on the use of wet wraps in infants with moderate atopic eczema. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29(4):348-353.
24. Foelster-Holst R, Nagel F, Zoellner P, Spaeth D. Efficacy of crisis intervention treatment with topical corticosteroid prednicarbat with and without partial wet-wrap dressing in atopic dermatitis. *Dermatology.* 2006;212(1):66-69.
25. Hindley D, Galloway G, Murray J, Gardener L. A randomised study of "wet wraps" versus conventional treatment for atopic eczema. *Arch Dis Child.* 2006;91(2):164-168.
26. Janmohamed SR, Oranje AP, Devillers AC, et al. The proactive wet-wrap method with diluted corticosteroids versus emollients in children with atopic dermatitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(6):1076-1082.
27. Schnopp C, Holtmann C, Stock S, et al. Topical steroids under wet-wrap dressings in atopic dermatitis--a vehicle-controlled trial. *Dermatology.* 2002;204(1):56-59.
28. Breneman D, Fleischer AB Jr, Abramovits W, et al. Intermittent therapy for flare prevention and long-term disease control in stabilized atopic dermatitis: a randomized comparison of 3-times-weekly applications of tacrolimus ointment versus vehicle. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(6):990-999.

29. Chapman MS, Schachner LA, Breneman D, et al. Tacrolimus ointment 0.03% shows efficacy and safety in pediatric and adult patients with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(2 suppl 2):S177-S185.
30. Drake L, Prendergast M, Maher R, et al. The impact of tacrolimus ointment on health-related quality of life of adult and pediatric patients with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(1 suppl):S65-S72.
31. Fleischer AB Jr, Ling M, Eichenfield L, et al. Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis is not associated with an increase in cutaneous infections. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(4):562-570.
32. Hanifin JM, Ling MR, Langley R, Breneman D, Rafal E. Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in adult patients: part I, efficacy. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44(1 suppl):S28-S38.
33. Ruzicka T, Bieber T, Schöpf E, et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. European Tacrolimus Multicenter Atopic Dermatitis Study Group. *N Engl J Med.* 1997;337(12):816-821.
34. Soter NA, Fleischer AB Jr, Webster GF, Monroe E, Lawrence I. Tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in adult patients: part II, safety. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44(1 suppl):S39-S46.
35. Takeuchi S, Saeki H, Tokunaga S, et al. A randomized, open-label, multicenter trial of topical tacrolimus for the treatment of pruritus in patients with atopic dermatitis. *Ann Dermatol.* 2012;24(2):144-150.
36. Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F, et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. *Allergy.* 2008;63(6):742-750.
37. Aschoff R, Schwanebeck U, Bräutigam M, Meurer M. Skin physiological parameters confirm the therapeutic efficacy of pimecrolimus cream 1% in patients with mild-to-moderate atopic dermatitis. *Exp Dermatol.* 2009;18(1):24-29.
38. Gollnick H, Kaufmann R, Stough D, et al. Pimecrolimus cream 1% in the long-term management of adult atopic dermatitis: prevention of flare progression. A randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2008;158(5):1083-1093.
39. Guttman-Yassky E, Ungar B, Malik K, et al. Molecular signatures order the potency of topically applied anti-inflammatory drugs in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(4):1032-1042.e13.
40. Kaufmann R, Bieber T, Helgesen AL, et al. Onset of pruritus relief with pimecrolimus cream 1% in adult patients with atopic dermatitis: a randomized trial. *Allergy.* 2006;61(3):375-381.
41. Luger T, Van Leent EJ, Graeber M, et al. SDZ ASM 981: an emerging safe and effective treatment for atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2001;144(4):788-794.
42. Meurer M, Fölster-Holst R, Wozel G, Weidinger G, Jünger M, Bräutigam M. Pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in adults: a six-month study. *Dermatology.* 2002;205(3):271-277.
43. Murrell DF, Calvieri S, Ortonne JP, et al. A randomized controlled trial of pimecrolimus cream 1% in adolescents and adults with head and neck atopic dermatitis and intolerant of, or dependent on, topical corticosteroids. *Br J Dermatol.* 2007;157(5):954-959.
44. Van Leent EJ, Graeber M, Thurston M, Wagenaar A, Spuls PI, Bos JD. Effectiveness of the ascomycin macrolactam SDZ ASM 981 in the topical treatment of atopic dermatitis. *Arch Dermatol.* 1998;134(7):805-809.
45. Breneman D, Fleischer AB Jr, Kaplan D, et al. Clobetasol propionate 0.05% lotion in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis: a randomized evaluation versus clobetasol propionate emollient cream. *J Drugs Dermatol.* 2005;4(3):330-336.
46. Del Rosso JQ, Bhambri S. Daily application of fluocinonide 0.1% cream for the treatment of atopic dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009;2(9):24-32.
47. Guzzo CA, Weiss JS, Mogavero HS, et al. A review of two controlled multicenter trials comparing 0.05% halobetasol propionate ointment to its vehicle in the treatment of chronic eczematous dermatoses. *J Am Acad Dermatol.* 1991; 25(6 Pt 2):1179-1183.
48. Vanderploeg DE. Betamethasone dipropionate ointment in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis: a double-blind study. *South Med J.* 1976;69(7):862-863.
49. Wahlgren CF, Hagermark O, Bergstrom R, Hedin B. Evaluation of a new method of assessing pruritus and antipruritic drugs. *Skin Pharmacol.* 1988;1(1):3-13.
50. Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. *BMJ.* 2003;326(7403):1367.
51. Déolle S, Hielscher N, Bareille PJ, Hards K, Robertson J, Worm M. Clinical efficacy and tolerability of a novel selective corticosteroid in atopic dermatitis—two randomised controlled trials. *Skin Pharmacol Physiol.* 2015;28(3):159-166.
52. Eichenfield LF, Miller BH. Two randomized, double-blind, placebo-controlled studies of fluticasone propionate lotion 0.05% for the treatment of atopic dermatitis in subjects from 3 months of age. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(4):715-717.
53. Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. *Br J Dermatol.* 2002;147(3):528-537.

54. Van Der Meer JB, Glazenburg EJ, Mulder PG, Eggink HF, Coenraads PJ. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group. *Br J Dermatol*. 1999;140(6):1114-1121.
55. Sears HW, Bailer JW, Yeadon A. Efficacy and safety of hydrocortisone buteprate 0.1% cream in patients with atopic dermatitis. *Clin Ther*. 1997;19(4):710-719.
56. de Wit J, Totte JEE, van Mierlo MMF, et al. Endolysin treatment against *Staphylococcus aureus* in adults with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;144(3):860-863.
57. Mayser P, Kupfer J, Nemetz D, et al. Treatment of head and neck dermatitis with ciclopiroxolamine cream—results of a double-blind, placebo-controlled study. *Skin Pharmacol Physiol*. 2006;19(3):153-158.
58. Schempp CM, Windeck T, Hezel S, Simon JC. Topical treatment of atopic dermatitis with St. John's wort cream—a randomized, placebo controlled, double blind half-side comparison. *Phytomedicine*. 2003;10(suppl 4):31-37.
59. Ständer S, Metz M, Ramos FM, et al. Anti-pruritic effect of sertaconazole 2% cream in atopic dermatitis subjects: a prospective, randomized, double-blind, vehicle-controlled, multi-centre clinical trial of efficacy, safety and local tolerability. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(6):792-796.
60. Breneman DL, Hanifin JM, Berge CA, Keswick BH, Neumann PB. The effect of antibacterial soap with 1.5% triclocarban on *Staphylococcus aureus* in patients with atopic dermatitis. *Cutis*. 2000;66(4):296-300.
61. Stalder JF, Fleury M, Sourisse M, et al. Comparative effects of two topical antiseptics (chlorhexidine vs KMnO₄) on bacterial skin flora in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1992;176:132-134.
62. Bissonnette R, Pavel AB, Diaz A, et al. Crisaborole and atopic dermatitis skin biomarkers: an inpatient randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;144(5):1274-1289.
63. Eichenfield LF, Call RS, Forsha DW, et al. Long-term safety of crisaborole ointment 2% in children and adults with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4): 641-649.e5.
64. Fujita K, Yagi M, Moriwaki S, Yoshida M, Graham D. A phase 2b, randomized, double-blind, multicenter, vehicle-controlled study to assess the efficacy and safety of two crisaborole regimens in Japanese patients aged 2 years and older with mild-to-moderate atopic dermatitis. *J Dermatol*. 2021;48(11):1640-1651.
65. Murrell DF, Gebauer K, Spelman L, Zane LT. Crisaborole topical ointment, 2% in adults with atopic dermatitis: a phase 2a, vehicle-controlled, proof-of-concept study. *J Drugs Dermatol*. 2015;14(10):1108-1112.
66. Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(3):494-503.e6.
67. Kim BS, Howell MD, Sun K, Papp K, Nasir A, Kuligowski ME. Treatment of atopic dermatitis with ruxolitinib cream (JAK1/-JAK2 inhibitor) or triamcinolone cream. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;145(2):572-582.
68. Kim BS, Sun K, Papp K, Venturanza M, Nasir A, Kuligowski ME. Effects of ruxolitinib cream on pruritus and quality of life in atopic dermatitis: results from a phase 2, randomized, doseranging, vehicle- and active-controlled study. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(6):1305-1313.
69. Papp K, Szepletowski JC, Kircik L, et al. Efficacy and safety of ruxolitinib cream for the treatment of atopic dermatitis: results from 2 phase 3, randomized, double-blind studies. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(4):863-872.

Davis D et al., 2024 [5].

American Academy of Dermatology

Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies

Zielsetzung/Fragestellung

Table 1. Clinical questions and scope

1. What are the efficacy and safety of systemic immunomodulatory, antimicrobial, and antihistamine agents for the treatment of AD?
2. What are the efficacy and safety of phototherapy or photochemotherapy for the treatment of AD?
3. What are the comparative efficacy and safety of individual systemic therapies for the treatment of AD?
4. What are the efficacy and safety of combination therapies including a systemic agent for the treatment of AD?

Outcomes of interest

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium;
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt;

- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz;
- Formale Konsensusprozesse dargelegt, externes Begutachtungsverfahren unklar;
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt;
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert, Gültigkeit 5 Jahre.

Recherche/Suchzeitraum:

- A search of the literature for all PICO questions using MEDLINE (via PubMed), CENTRAL, and the Cochrane Database of Systematic Reviews was conducted in May 2021 and periodically updated through April 2022

LoE/GoR

Table II. Strength of recommendation and certainty of evidence

Strength of recommendation	Wording	Implication ^{5,7}
<i>Strong recommendation for the use of an intervention</i>	"We recommend..."	Benefits clearly outweigh risks and burdens; recommendation applies to most patients in most circumstances.
<i>Strong recommendation against the use of an intervention</i>	"We recommend against..."	Risk and burden clearly outweigh benefits; the recommendation applies to most patients in most circumstances.
<i>Good practice statement</i>	"We recommend..."	Guidance was viewed by the Work Group as imperative to clinical practice and developed when the supporting evidence was considerable but indirect, and the certainty surrounding an intervention's impact was high with the benefits clearly outweighing the harms (or vice versa). Good Practice Statements are strong recommendations as the certainty surrounding the impact of the recommended intervention is high. Implementation of these strong recommendations is considered to clearly result in beneficial outcomes. ⁷
<i>Conditional recommendation for the use of an intervention</i>	"We conditionally recommend..."	Benefits are closely balanced with risks and burdens; recommendation applies to most patients, but the most appropriate action may differ depending on the patient or other stakeholder values.
<i>Conditional recommendation against the use of an intervention</i>	"We conditionally recommend against..."	Risks and burden closely balanced with benefits; recommendation applies to most patients, but the most appropriate action may differ depending on the patient or other stakeholder values
Certainty of evidence	Wording	Implication ^{5,6}
High	"high certainty evidence"	Very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Moderate	"moderate certainty evidence"	Moderately confident in the effect estimate; the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low	"low certainty evidence"	Confidence in the effect estimate is limited; the true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low	"very low certainty evidence"	The estimate of effect is very uncertain; the true effect may be substantially different from the estimate of effect

Sonstige methodische Hinweise

- keine

Behandlungsalgorithmus

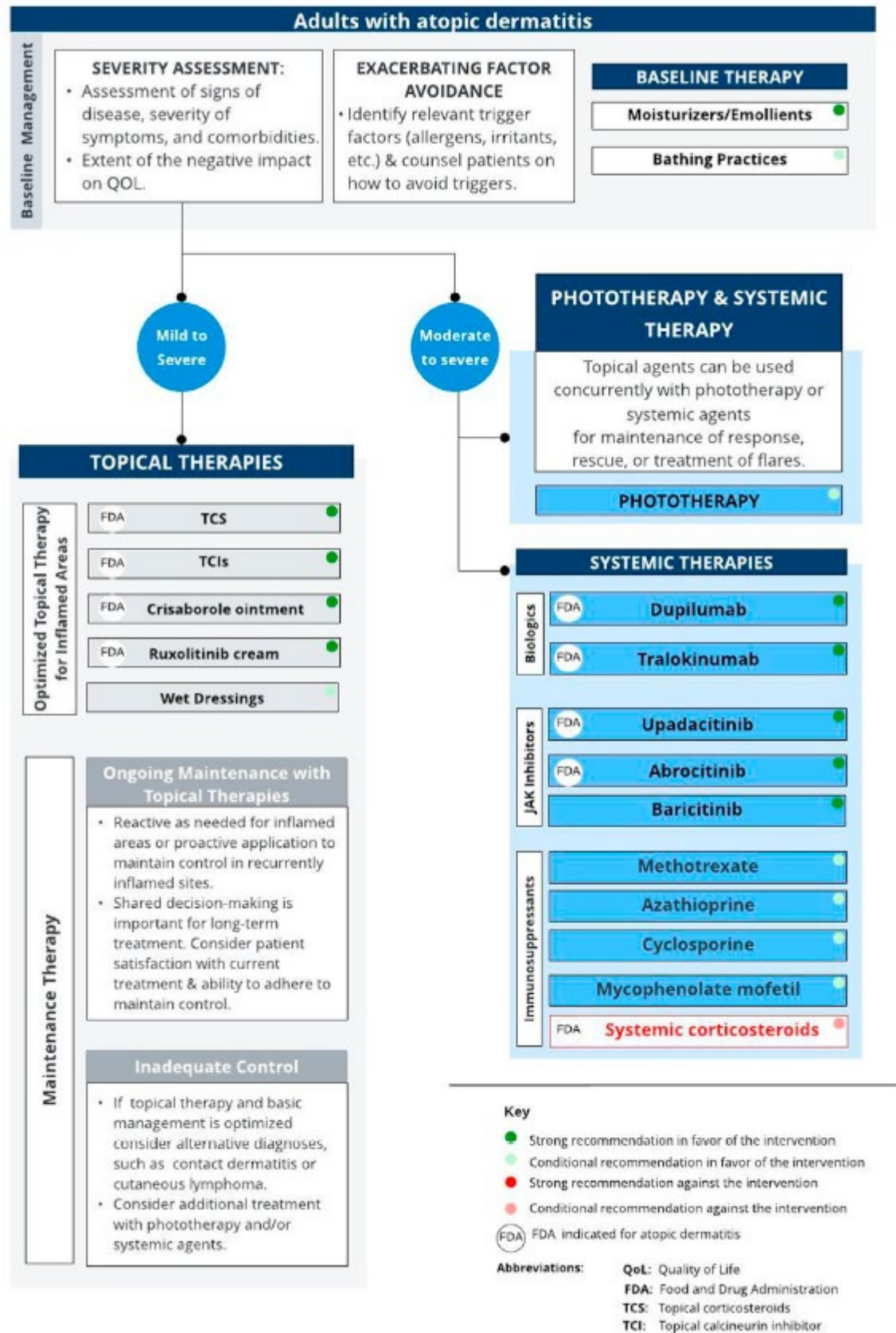


Fig 1. Treatment algorithm for adults with atopic dermatitis. FDA, U.S. Food and Drug Administration; QoL, quality of life; TCI, topical calcineurin inhibitor; TCS, topical corticosteroids.

Empfehlungen

Table III. Recommendations for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies

No.	Intervention	US regulatory status*	Recommendation†	Strength	Certainty of evidence	Evidence
Phototherapy 1.1	Phototherapy (all types)	On-label	For adults with AD, we conditionally recommend phototherapy. Remarks: Most current literature reports on the efficacy and safety of narrow band UVB. Wherever possible, use a light source that minimizes the potential for harm under the supervision of a qualified clinician.	Conditional	Low	12-16
Monoclonal antibodies (biologics) 2.1	Dupilumab	On-label	For adults with moderate to severe AD, we recommend dupilumab.	Strong	Moderate	9,17-22
2.2	Tralokinumab	On-label	For adults with moderate to severe AD, we recommend tralokinumab.	Strong	Moderate	9,23-25
JAK inhibitors 3.1	Upadacitinib	On-label	For adults with moderate to severe AD, we recommend upadacitinib. Remarks: Upadacitinib is approved by the FDA in patients with AD who have failed other systemic therapies (pills or injections, including biologics) or when use of those therapies is inadvisable.	Strong	Moderate	9,26-28
3.2	Abrocitinib	On-label	For adults with moderate to severe AD, we recommend abrocitinib. Remarks: Abrocitinib is approved by the FDA in patients with AD who have failed other systemic therapies (pills or injections, including biologics) or when use of those therapies is inadvisable.	Strong	Moderate	9,17,29-31
3.3	Baricitinib	Off-label	For adults with moderate to severe AD, we recommend baricitinib. Remark: Baricitinib is not approved by the FDA for use in AD.	Strong	Moderate	9,32-36
Antimetabolite 4.1	Methotrexate	Off-label	For adults with moderate to severe AD, we conditionally recommend methotrexate with proper monitoring. Remarks: Comorbidities or drug interactions that may exacerbate toxicity make this intervention inappropriate for select patients. The FDA has not approved methotrexate for use in AD.	Conditional	Low	9,37,38

Table III. Cont'd

No.	Intervention	US regulatory status*	Recommendation†	Strength	Certainty of evidence	Evidence
Immunosuppressants 5.1	Systemic corticosteroids (eg, prednisone)	On-label	For adults with AD, we conditionally recommend against systemic corticosteroids. Remarks: Their use should be reserved exclusively for acute, severe exacerbations and as a short-term bridge therapy to other systemic, corticosteroid-sparing therapy.	Conditional	Low	11,39
5.2	Mycophenolate mofetil‡	Off-label	For adults with refractory moderate to severe AD, we conditionally recommend mycophenolate mofetil with proper monitoring. Remarks: Mycophenolate mofetil is not approved by the FDA for use in AD. Comorbidities or drug interactions that may exacerbate toxicity make this intervention inappropriate for select patients.	Conditional	Very low	40,41
5.3	Azathioprine	Off-label	For adults with refractory moderate to severe AD, we conditionally recommend TPMT-dosed azathioprine with proper monitoring. Remarks: Comorbidities or drug interactions that may exacerbate toxicity make this intervention inappropriate for select patients.	Conditional	Low	9,42,43
5.4	Cyclosporine	Off-label	For adults with refractory moderate to severe AD, we conditionally recommend limited-term use of cyclosporine with proper monitoring. Remarks: Evidence suggests an initial dose of 3 mg/kg/d to 5 mg/kg/d is effective. The FDA has not approved cyclosporine for use in AD§. The FDA has approved limited-term use (up to 1 y) in psoriasis. Comorbidities or drug interactions that may exacerbate toxicity make this intervention inappropriate for select patients.	Conditional	Low	9,37,44-52

AD, Atopic dermatitis; FDA, Food and Drug Administration; PUVA, psoralen plus ultraviolet A.

*For medications, whether they are used on- or off-label for atopic dermatitis based on US Food and Drug Administration approval.

†There are insufficient data at this time to make a recommendation regarding the use of PUVA phototherapy, systemic antibiotics, oral antihistamines, montelukast, apremilast, ustekinumab, intravenous immunoglobulin, interferon gamma, omalizumab, tumor necrosis-alpha inhibitors, systemic calcineurin inhibitors (other than cyclosporine), or mepolizumab in the management of AD (Supplementary Table I, available via Mendeley at <https://data.mendeley.com/datasets/s72kbffcv/1>).

‡Mycophenolic acid can be used interchangeably depending on availability. Note that dosing differs for mycophenolic acid and mycophenolate mofetil.

§While not approved by the US FDA for use in AD, cyclosporine is indicated for atopic dermatitis in other jurisdictions such as the European Union.

Referenzen aus Leitlinien

9. Drucker AM, Morra DE, Prieto-Merino D, et al. Systemic immunomodulatory treatments for atopic dermatitis: update of a living systematic review and network meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2022;158:523-532.
11. Siegels D, Heratizadeh A, Abraham S, et al. Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Allergy.* 2021;76:1053-1076.
12. Musters AH, Mashayekhi S, Harvey J, et al. Phototherapy for atopic eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;10: CD013870.
13. Kwon S, Choi JY, Shin JW, et al. Changes in lesional and nonlesional skin microbiome during treatment of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2019;99:284-290.
14. Reynolds NJ, Franklin V, Gray JC, Diffey BL, Farr PM. Narrowband ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2001;357:2012-2016.
15. Tzung TY, Lin CB, Chen YH, Yang CY. Pimecrolimus and narrowband UVB as monotherapy or combination therapy in children and adolescents with atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2006;86:34-38.
16. Youssef R, Hafez V, Elkholy Y, Mourad A. Glycerol 85% efficacy on atopic skin and its microbiome: a randomized controlled trial with clinical and bacteriological evaluation. *J Dermatolog Treat.* 2020;332:1-7.
17. Bieber T, Simpson EL, Silverberg JI, et al. Abrocitinib versus placebo or dupilumab for atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2021;384:1101-1112.
18. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2017;389:2287-2303.
19. de Bruin-Weller M, Thaci D, Smith CH, et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). *Br J Dermatol.* 2018;178:1083-1101.
20. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2016;375:2335-2348.
21. Thaci D, Simpson EL, Beck LA, et al. Efficacy and safety of dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical treatments: a randomised, placebo-controlled, dose-ranging phase 2b trial. *Lancet.* 2016;387:40-52.
22. Zhao Y, Wu L, Lu Q, et al. The efficacy and safety of dupilumab in Chinese patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Dermatol.* 2021;186:633-641.
23. Merola JF, Bagel J, Almgren P, et al. Tralokinumab does not impact vaccine-induced immune responses: results from a 30-week, randomized, placebo-controlled trial in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85:71-78.
24. Silverberg JI, Toth D, Bieber T, et al. Tralokinumab plus topical corticosteroids for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: results from the double-blind, randomized, multicentre, placebo-controlled phase III ECZTRA 3 trial. *Br J Dermatol.* 2021;184:450-463.
25. Wollenberg A, Blauvelt A, Guttman-Yassky E, et al. Tralokinumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: results from two 52-week, randomized, double-blind, multicentre, placebocontrolled phase III trials (ECZTRA 1 and ECZTRA 2). *Br J Dermatol.* 2021;184:437-449.
26. Guttman-Yassky E, Teixeira HD, Simpson EL, et al. Once-daily upadacitinib versus placebo in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (measure up 1 and measure up 2): results from two replicate double-blind, randomised controlled phase 3 trials. *Lancet.* 2021;397:2151-2168.
27. Guttman-Yassky E, Thaci D, Pangan AL, et al. Upadacitinib in adults with moderate to severe atopic dermatitis: 16-week results from a randomized, placebo-controlled trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145:877-884.
28. Reich K, Teixeira HD, de Bruin-Weller M, et al. Safety and efficacy of upadacitinib in combination with topical corticosteroids in adolescents and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis (AD Up): results from a randomised, double-blind, placebocontrolled, phase 3 trial. *Lancet.* 2021;397:2169-2181.
29. Gooderham MJ, Forman SB, Bissonnette R, et al. Efficacy and safety of oral Janus kinase 1 inhibitor abrocitinib for patients with atopic dermatitis: a phase 2 randomized clinical trial. *JAMA Dermatol.* 2019;155:1371-1379.
30. Silverberg JI, Simpson EL, Thyssen JP, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol.* 2020; 156:863-873.
31. Simpson EL, Sinclair R, Forman S, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in adults and adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis (JADE MONO-1): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2020; 396:255-266.
32. Bieber T, Reich K, Paul C, et al. Efficacy and safety of baricitinib in combination with topical corticosteroids in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis with inadequate response, intolerance, or contraindication to cyclosporine: results from a randomized, placebo-controlled, phase III

- clinical trial (BREEZE-AD4). *Br J Dermatol.* 2022;187:338-352.
33. Guttman-Yassky E, Silverberg JI, Nemoto O, et al. Baricitinib in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a phase 2 parallel, double-blinded, randomized placebocontrolled multiple-dose study. *J Am Acad Dermatol.* 2019; 80:913-921.e9.
 34. Reich K, Kabashima K, Peris K, et al. Efficacy and safety of baricitinib combined with topical corticosteroids for treatment of moderate to severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatology.* 2020;156:1333-1343.
 35. Simpson EL, Forman S, Silverberg JI, et al. Baricitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a randomized monotherapy phase 3 trial in the United States and Canada (BREEZE-AD5). *J Am Acad Dermatol.* 2021; 85:62-70.
 36. Simpson EL, Lacour JP, Spelman L, et al. Baricitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: results from two randomized monotherapy phase III trials. *Br J Dermatol.* 2020;183:242-255.
 37. Goujon C, Viguier M, Staumont-Salle D, et al. Methotrexate versus cyclosporine in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a phase III randomized noninferiority trial. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6:562-569.e3.
 38. Schram ME, Roekevisch E, Leeftang MM, Bos JD, Schmitt J, Spuls PI. A randomized trial of methotrexate versus azathioprine for severe atopic eczema. *J Allergy Clin Immunol.* 2011; 128:353-359.
 39. Schmitt J, Schakel K, Folster-Holst R, et al. Prednisolone vs. ciclosporin for severe adult eczema. An investigator-initiated double-blind placebo-controlled multicentre trial. *Br J Dermatol.* 2010;162:661-668.
 40. Haecck IM, Knol MJ, Ten Berge O, van Velsen SG, de Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CA. Enteric-coated mycophenolate sodium versus cyclosporin A as long-term treatment in adult patients with severe atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1074-1084.
 41. Phan K, Smith SD. Mycophenolate mofetil and atopic dermatitis: systematic review and meta-analysis. *J Dermatolog Treat.* 2020;31:810-814.
 42. Berth-Jones J, Takwale A, Tan E, et al. Azathioprine in severe adult atopic dermatitis: a double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Br J Dermatol.* 2002;147:324-330.
 43. Meggitt SJ, Gray JC, Reynolds NJ. Azathioprine dosed by thiopurine methyltransferase activity for moderate-to-severe atopic eczema: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;367:839-846.
 44. Czech W, Brautigam M, Weidinger G, Schopf E. A body-weightindependent dosing regimen of cyclosporine microemulsion is effective in severe atopic dermatitis and improves the quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:653-659.
 45. Granlund H, Erkkö P, Remitz A, et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2001;81: 22-27.
 46. Koppelhus U, Poulsen J, Grunnet N, Deleuran MS, Obitz E. Cyclosporine and extracorporeal photopheresis are equipotent in treating severe atopic dermatitis: a randomized crossover study comparing two efficient treatment modalities. *Front Med.* 2014;1:33.
 47. Munro CS, Levell NJ, Shuster S, Friedmann PS. Maintenance treatment with cyclosporin in atopic eczema. *Br J Dermatol.* 1994;130:376-380.
 48. Pacor ML, Di Lorenzo G, Martinelli N, Mansueto P, Rini GB, Corrocher R. Comparing tacrolimus ointment and oral cyclosporine in adult patients affected by atopic dermatitis: a randomized study. *Clin Exp Allergy.* 2004;34:639-645.
 49. Salek MS, Finlay AY, Luscombe DK, et al. Cyclosporin greatly improves the quality of life of adults with severe atopic dermatitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Dermatol.* 1993;129:422-430.
 50. Sowden JM, Berth-Jones J, Ross JS, et al. Double-blind, controlled, crossover study of cyclosporin in adults with severe refractory atopic dermatitis. *Lancet.* 1991;338:137-140.
 51. van Joost T, Heule F, Korstanje M, van den Broek MJ, Stenveld HJ, van Vloten WA. Cyclosporin in atopic dermatitis: a multicentre placebo-controlled study. *Br J Dermatol.* 1994; 130:634-640.
 52. Wahlgren CF, Scheynius A, Høegsø O. Antipruritic effect of oral cyclosporin A in atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 1990;70:323-329.

Goulden V et al., 2022 [13].

British Association of Dermatologists and British Photodermatology Group guidelines for narrowband ultraviolet B phototherapy 2022.

Zielsetzung/Fragestellung

The overall objective of the guideline is to provide up-to-date, evidence-based recommendations for the use of narrowband ultraviolet B (NB-UVB) phototherapy in adults, young people and children.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium; trifft zu.
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt; trifft zu.
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz; trifft zu.
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt; trifft zu.
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt; trifft zu.
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert. scheduled for 2027.

Recherche/Suchzeitraum:

- A systematic literature search of the PubMed, MEDLINE, Embase, Cochrane and AMED databases was conducted to identify key articles on NB-UVB to 18 February 2021.
- An additional targeted literature search (for randomized controlled trials and systematic reviews) was conducted on 29 March 2022; no new publications were identified that would have materially affected the recommendations

LoE/ GoR

Table 1 Strength of recommendation ratings

Strength	Wording	Symbol	Definition
Strong recommendation for the use of an intervention	'Offer' (or similar, e.g. 'use', 'provide', 'take', 'investigate' etc.)	↑↑	Benefits of the intervention outweigh the risks; most patients would choose the intervention while only a small proportion would not; for clinicians, most of their patients would receive the intervention; for policymakers, it would be a useful performance indicator
Weak recommendation for the use of an intervention	'Consider'	↑	Risks and benefits of the intervention are finely balanced; most patients would choose the intervention, but many would not; clinicians would need to consider the pros and cons for the patient in the context of the evidence; for policymakers it would be a poor performance indicator where variability in practice is expected
No recommendation		⊖	Insufficient evidence to support any recommendation
Strong recommendation against the use of an intervention	'Do not offer'	↓↓	Risks of the intervention outweigh the benefits; most patients would not choose the intervention while only a small proportion would; for clinicians, most of their patients would not receive the intervention

Empfehlungen: Eczema

R16 (↑↑) Offer NB-UVB as first-line phototherapy to people with eczema who have an inadequate response to topical therapy alone, prior to offering systemic immunosuppression or immunomodulation therapies, including PUVA.

R17 (GPP) Emollients and, if necessary, short-term intermittent topical corticosteroids should continue to be used during a course of phototherapy for eczema.

R18 (GPP) Stabilize severe, acute flares of eczema prior to commencing NB-UVB therapy by optimizing topical therapy, the use of systemic corticosteroids and/or antibiotics as appropriate.

R19 (GPP) Consider adding NB-UVB to methotrexate or another suitable systemic immunomodulatory medication (avoid with ciclosporin, mycophenolate, azathioprine and tacrolimus) as a short-term rescue therapy to control flares, if eczema is normally well controlled on these treatments.

Agache I et al. 2021 [1], siehe auch Agache I et al., 2021 [2].

The European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)

EAACI Biologicals Guidelines – dupilumab for children and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis.

Leitlinienorganisation/Fragestellung

“The current EAACI guideline for the use of dupilumab in AD is focussed only on treatment with dupilumab for AD. It does not address any topics related to AD diagnosis, concurrent treatment or monitoring adherence.”

“The EAACI Guideline for the use of dupilumab in AD is not intended to impose a standard of care. Instead, it provides the framework for rational decisions for the use of dupilumab in AD by HCPs, patients, third-party payers, institutional review committees and other stakeholders.”

MethodikGrundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium: trifft zu
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt: trifft nicht zu (Darlegung von Interessenskonflikten erwähnt, Daten sind allerdings nicht verfügbar)
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz: trifft zu
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt: trifft zu
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt: trifft zu
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert: trifft zu

Recherche/Suchzeitraum:

- Kein Suchzeitraum benannt, aktuellste Quelle aus dem Jahr 2020

LoE/ GoR

- A strong recommendation was made in favour of an intervention when the GDG was certain that the desirable consequences outweighed the undesirable consequences.
- A conditional recommendation was provided if there were reasons for uncertainty on the benefit-risk profile, especially for low or very low quality of evidence. The underlying values and preferences played a key role in formulating recommendations.
- As the key target audience of this EAACI Guideline are HCPs and the patients they treat, the perspective chosen when formulating recommendations was mainly that of the HCPs and of the patient, although the health systems perspective was also evaluated,

as per WHO recommendations for guidelines development.⁶² Recommendations are formulated separate by outcome.

- The recommendations formulated in this guideline should be used following the GRADE interpretation
- Where no evidence was available the GDG formulated expert-based recommendations.

Sonstige methodische Hinweise

For the purpose of the SR⁴⁹ that informed the recommendations, the AD population was defined as patients (≥12 years or older) with confirmed diagnosis of moderate-to-severe AD. Moderate-to-severe disease was defined as an Investigator's Global Assessment (IGA) score of three or higher at baseline or an Eczema Area and Severity Index (EASI) score of 12 or higher at baseline.

For the recommendations, the population was defined as in the clinical trials that informed the regulatory approval.

Empfehlungen

Box 1 Recommendation for dupilumab treatment in adults and in the paediatric population 12–17 years old with uncontrolled atopic dermatitis

1. Dupilumab is recommended in adults and in the paediatric population 12–17 years old with atopic dermatitis* to:	Reduce disease activity as reflected by SCORAD, EASI, IGA	Strong recommendation
	Reduce rescue** and background*** medication	Strong recommendation
	Improve quality of life	Strong recommendation
2. Dupilumab has demonstrated a good safety profile however drug-related AEs should be periodically monitored		Conditional recommendation

*population: moderate-to-severe AD not adequately controlled with topical prescription therapies or when those therapies are not advisable

**Rescue refers to 'on demand'

***Background medication includes systemic and topical treatment

Accumulating experience with dupilumab treatment for AD confirmed its effectiveness and safety, by reducing AD severity, reliever and background medication, and improving QoL, both in the paediatric population 12–17 years old and in adults.⁶⁸⁻⁷⁷

Box 3 Recommendation for dupilumab in adults and 12–17 years old patients with both AD associated with other T2 allergic diseases or other co-morbidities

Dupilumab may be of particular benefit in adults and 12–17 years old patients with both AD associated with other T2 diseases (asthma, chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, eosinophilic esophagitis)	Conditional recommendation, expert opinion based
--	--

The GDG evaluated the evidence for dupilumab efficacy in AD associated with other T2 diseases or other co-morbidities not included in the SR (Table S2) and formulated a conditional recommendation, expert opinion based on the efficacy of dupilumab in patients with AD and other T2 co-morbidities (Box 3). Emerging evidence on the associations between AD and alopecia areata,⁷⁹⁻⁸¹ may also need to be considered, when considering treatments for patients with both

Referenzen:

49. Agache I, Song Y, Posso M, et al. Efficacy and safety of dupilumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review for the EAACI Biologicals Guidelines. Allergy. 2021;76:45-58. <https://doi.org/10.1111/all.14510>

68. Thaçi D, Simpson EL, Beck LA, et al. Efficacy and safety of dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical treatments: a randomised, placebo-controlled, dose-ranging phase 2b trial. *Lancet* 2016;387(10013):40-52.
69. Thaçi D, L Simpson E, Deleuran M, et al. Efficacy and safety of dupilumab monotherapy in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a pooled analysis of two phase 3 randomized trials (LIBERTY AD SOLO 1 and LIBERTY AD SOLO 2). *J Dermatol Sci.* 2019;94:266-275.
70. Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, et al. Two phase 3 Trials of Dupilumab versus Placebo in Atopic Dermatitis. *N Engl J Med.* 2016;375(24):2335-2348.
71. Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2017;389(10086):2287-2303.
72. de Bruin-Weller M, Thaçi D, Smith CH, et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo- controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). *Br J Dermatol.* 2018;178(5):1083-1101.
73. Simpson EL, Paller AS, Siegfried EC, et al. Efficacy and safety of dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate to severe atopic dermatitis: a phase 3 randomized clinical trial. *AMA Dermatol.* 2019;156(1):44-56.
74. Blauvelt A, Rosmarin D, Bieber T, et al. Improvement of atopic dermatitis with dupilumab occurs equally well across different anatomical regions: data from phase III clinical trials. *Br J Dermatol.* 2019;181(1):196-197.
75. Alexis AF, Rendon M, Silverberg JI, et al. Efficacy of Dupilumab in Different Racial Subgroups of Adults With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis in Three Randomized, Placebo-Controlled Phase 3 Trials. *J Drugs Dermatol.* 2019;18(8):804-813.
76. Worm M, Simpson EL, Thaçi D, et al. Efficacy and safety of multiple dupilumab dose regimens after initial successful treatment in patients with atopic dermatitis: a randomized clinical trial. *JAMA Dermatol.* 2019;156(2):131-143.
77. Wollenberg A, Beck LA, Blauvelt A, et al. Laboratory safety of dupilumab in moderate-to-severe atopic dermatitis: results from three phase III trials (LIBERTY AD SOLO 1, LIBERTY AD SOLO 2, LIBERTY AD CHRONOS). *Br J Dermatol* 2020.
79. Glickman JW, Dubin C, Renert-Yuval Y, et al. Cross-sectional study of blood biomarkers of patients with moderate to severe alopecia areata reveals systemic immune and cardiovascular biomarker dysregulation [published online ahead of print, 2020 May 4]. *J Am Acad Dermatol.* 2020;S0190-9622(20)30759-3.
80. Kridin K, Renert-Yuval Y, Guttman-Yassky E, Cohen AD. Alopecia Areata Is Associated with Atopic Diathesis: Results from a Population-Based Study of 51,561 Patients. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(4):1323-1328.
81. Drucker AM, Thompson JM, Li WQ, et al. Incident alopecia areata and vitiligo in adult women with atopic dermatitis: Nurses' Health Study 2. *Allergy* 2017;72(5):831-834.

Berth-Jones J et al., 2019 [4].

British Association of Dermatologists

British Association of Dermatologists guidelines for the safe and effective prescribing of oral ciclosporin in dermatology 2018.

Leitlinienorganisation/Fragestellung

„[...] to provide up-to-date, evidence-based recommendations for the safe and effective use of oral ciclosporin in the field of dermatology. The document aims to

Offer an appraisal of all relevant literature since 1970 focusing on any key developments

Address important, practical clinical questions relating to the primary guideline objective

Provide guideline recommendations with some health economic implications, where appropriate

Discuss potential developments and future directions“.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Leitlinie einer dermatologischen Fachgesellschaft, dadurch kein repräsentatives Gremium;

- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt; Umgang mit dargelegten Interessenkonflikten jedoch unklar;
- Systematische Suche dargelegt, systematische Auswahl und Bewertung erwähnt, aber keine Details beschrieben;
- Keine Beschreibung von Konsensusprozessen; externes Begutachtungsverfahren dargelegt: Leitlinie wurde vor Veröffentlichung durch die folgenden Fachgesellschaften begutachtet:
- British Dermatological Nursing Group, Primary Care Dermatological Society, Psoriasis and Psoriatic Arthritis Alliance, Psoriasis Association, Becet's Syndrome Society and National Eczema Society
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt;
- Weder Gültigkeit, noch Verfahren zur Überwachung und Aktualisierung beschrieben.

Recherche/Suchzeitraum:

- PubMed, MEDLINE and Embase databases from January 1970 to February 2018
- Ohne Datum: Royal College of Physicians guidelines database, CINAHL and the Cochrane Library

LoE/ GoR

Levels of evidence

Level of evidence	Type of evidence
1++	High-quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias
1–	Meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a high risk of bias ^a
2++	High-quality systematic reviews of case-control or cohort studies. High-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal
2+	Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal
2–	Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal ^a
3	Nonanalytical studies (for example, case reports, case series)
4	Expert opinion, formal consensus

RCT, randomized controlled trial. ^aStudies with a level of evidence '–' should not be used as a basis for making a recommendation.

Strength of recommendation

Class	Evidence
A	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population, or A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results
B	Evidence drawn from a NICE technology appraisal A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, or Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Evidence level 3 or 4, or Extrapolated evidence from studies rated as 2+, or Formal consensus
D (GPP)	A good practice point (GPP) is a recommendation for best practice based on the experience of the guideline development group

RCT, randomized controlled trial; NICE, National Institute for Health and Care Excellence.

Empfehlungen

Severe atopic dermatitis

Ciclosporin is a highly effective treatment for severe AD (level of evidence 1+; strength of recommendation A).

A systematic review confirmed that 11 studies on the use of ciclosporin in AD consistently demonstrated efficacy.¹⁰⁶

An additional review of 15 studies and a meta-analysis of 12 studies (which partially shared authorship with the aforementioned systematic review) concluded, somewhat more cautiously, that short-term use of ciclosporin can decrease the severity of atopic eczema in patients whose condition cannot be adequately controlled with conventional therapies. However, there was some evidence of publication bias, so these findings should be interpreted with caution. The effectiveness of ciclosporin is similar in adults and children; however, tolerability may be better in children. There was insufficient data to evaluate the long-term effectiveness and safety of ciclosporin in patients with atopic eczema.¹⁰⁷

106 Schmitt J, Schakel K, Schmitt N, Meurer M. Systemic treatment of severe atopic eczema: a systematic review. Acta Derm Venereol 2007; 87:100–11.

107 Schmitt J, Schmitt N, Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema: a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21:606–19.

8.1 Children

Ciclosporin can be used in children. Trials in AD show that it is effective and relatively well tolerated by children aged 2 years and older in short courses of 6 weeks, 6 to 12 weeks, and for periods of up to 1 year.^{142,144} (Level of evidence 1+; strength of recommendation A.)

- Case reports about the use of ciclosporin in childhood psoriasis indicate that results are favourable.^{353–356} Ciclosporin has also been effective in several cases of generalized pustular psoriasis in children.^{357–364}

NICE, 2007 [18,19].

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years.

Zielsetzung/Fragestellung

This guideline covers diagnosing and managing atopic eczema in children under 12.

Methodik

Grundlage der Leitlinie

- Repräsentatives Gremium;
- Interessenkonflikte und finanzielle Unabhängigkeit dargelegt;
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz;
- Formale Konsensusprozesse und externes Begutachtungsverfahren dargelegt;
- Empfehlungen der Leitlinie sind eindeutig und die Verbindung zu der zugrundeliegenden Evidenz ist explizit dargestellt;
- Regelmäßige Überprüfung der Aktualität gesichert.

Recherche/Suchzeitraum:

- Last Update: 02.03.2021

LoE/GoR

- Methodenreport beschreibt systematische Evidenzaufbereitung und Konsensusprozesse (je nach Bedarf formal oder informal) - eigene Checklisten - Anwendung von GRADE - GoR schlagen sich in den Formulierungen wider "“To avoid giving the impression that higher grade recommendations are of higher priority for

implementation, NICE no longer assigns grades to recommendations.“ Interventionen werden mittels GRADE-Methodik bewertet und in SoF-Tabellen dargestellt.

Empfehlungen

Stepped approach to management

1.5.1.1 Healthcare professionals should use a stepped approach for managing atopic eczema in children. This means tailoring the treatment step to the severity of the atopic eczema. Emollients should form the basis of atopic eczema management and should always be used, even when the atopic eczema is clear. Management can then be stepped up or down, according to the severity of symptoms, with the addition of the other treatments listed in table 2.

Table 2 Stepped treatment options

Mild atopic eczema	• Emollients • Mild potency topical corticosteroids
Moderate atopic eczema	• Emollients • Moderate potency topical corticosteroids • Topical calcineurin inhibitors • Bandages
Severe atopic eczema	• Emollients • Potent topical corticosteroids • Topical calcineurin inhibitors • Bandages • Phototherapy • Systemic therapy

1.5.1.3 Treatment for flares of atopic eczema in children should be started as soon as signs and symptoms appear and continued for approximately 48 hours after symptoms subside.

Emollients

1.5.1.4 Healthcare professionals should offer children with atopic eczema a choice of unperfumed emollients to use every day for moisturising, washing and bathing. This should be suited to the child's needs and preferences, and may include a combination of products or one product for all purposes. Leave-on emollients should be prescribed in large quantities (250 g to 500 g weekly) and easily available to use at nursery, pre-school or school.

1.5.1.5 Healthcare professionals should inform children with atopic eczema and their parents or carers that they should use emollients in larger amounts and more often than other treatments. Emollients should be used on the whole body both when the atopic eczema is clear and while using all other treatments.

1.5.1.6 Healthcare professionals should inform children with atopic eczema and their parents or carers that they should use emollients and/or emollient wash products instead of soaps and detergent-based wash products.

1.5.1.7 Healthcare professionals should advise parents or carers of children aged under 12 months with atopic eczema to use emollients and/or emollient wash products instead of shampoos for the child. If shampoo is used for older children with atopic eczema it should be unperfumed and ideally labelled as being suitable for eczema; washing the hair in bath water should be avoided.

1.5.1.8 Healthcare professionals should show children with atopic eczema and their parents or carers how to apply emollients, including how to smooth emollients onto the skin rather than rubbing them in.

1.5.1.9 Healthcare professionals should offer an alternative emollient if a particular emollient causes irritation or is not acceptable to a child with atopic eczema.

1.5.1.10 Healthcare professionals should review repeat prescriptions of individual products and combinations of products with children with atopic eczema and their parents or carers at least once a year to ensure that therapy remains optimal.

1.5.1.11 Where emollients (excluding bath emollients) and other topical products are used at the same time of day to treat atopic eczema in children, the different products should ideally be applied one at a time with several minutes between applications where practical. The preferences of the child and parents or carers should determine which product should be applied first.

Topical corticosteroids

1.5.1.12 Healthcare professionals should discuss the benefits and harms of treatment with topical corticosteroids with children with atopic eczema and their parents or carers, emphasising that the benefits outweigh possible harms when they are applied correctly.

1.5.1.13 The potency of topical corticosteroids should be tailored to the severity of the child's atopic eczema, which may vary according to body site. They should be used as follows:

use mild potency for mild atopic eczema

use moderate potency for moderate atopic eczema

use potent for severe atopic eczema

use mild potency for the face and neck, except for short-term (3 to 5 days) use of moderate potency for severe flares

use moderate or potent preparations for short periods only (7 to 14 days) for flares in vulnerable sites such as axillae and groin

do not use very potent preparations in children without specialist dermatological advice.

1.5.1.15 It is recommended that where more than 1 alternative topical corticosteroid is considered clinically appropriate within a potency class, the drug with the lowest acquisition cost should be prescribed, taking into account pack size and frequency of application.

1.5.1.16 Healthcare professionals should inform children with atopic eczema and their parents or carers that they should only apply topical corticosteroids to areas of active atopic eczema (or eczema that has been active within the past 48 hours – see recommendation 1.5.1.3), which may include areas of broken skin.

1.5.1.17 Healthcare professionals should exclude secondary bacterial or viral infection if a mild or moderately potent topical corticosteroid has not controlled the atopic eczema within 7 to 14 days. In children aged 12 months or over, potent topical corticosteroids should then be used for as short a time as possible and in any case for no longer than 14 days. They should not be used on the face or neck. If this treatment does not control the atopic eczema, the diagnosis should be reviewed and the child referred for specialist dermatological advice.

1.5.1.18 Potent topical corticosteroids should not be used in children aged under 12 months without specialist dermatological supervision.

1.5.1.20 Healthcare professionals should consider treating problem areas of atopic eczema with topical corticosteroids for 2 consecutive days per week to prevent flares, instead of

treating flares as they arise, in children with frequent flares (2 or 3 per month), once the eczema has been controlled. This strategy should be reviewed within 3 months to 6 months to assess effectiveness.

1.5.1.21 A different topical corticosteroid of the same potency should be considered as an alternative to stepping up treatment if tachyphylaxis to a topical corticosteroid is suspected in children with atopic eczema.

Topical calcineurin inhibitors

1.5.1.22 Topical tacrolimus and pimecrolimus are not recommended for the treatment of mild atopic eczema or as first-line treatments for atopic eczema of any severity.

1.5.1.23 Topical tacrolimus is recommended, within its licensed indications, as an option for the second-line treatment of moderate to severe atopic eczema in adults and children aged 2 years and older that has not been controlled by topical corticosteroids (see recommendation 1.5.1.25), where there is a serious risk of important adverse effects from further topical corticosteroid use, particularly irreversible skin atrophy.

1.5.1.24 Pimecrolimus is recommended, within its licensed indications, as an option for the second-line treatment of moderate atopic eczema on the face and neck in children aged 2 years to 16 years that has not been controlled by topical corticosteroids (see recommendation 1.5.1.25), where there is a serious risk of important adverse effects from further topical corticosteroid use, particularly irreversible skin atrophy.

1.5.1.25 For the purposes of this guidance, atopic eczema that has not been controlled by topical corticosteroids refers to disease that has not shown a satisfactory clinical response to adequate use of the maximum strength and potency that is appropriate for the patient's age and the area being treated.

1.5.1.26 It is recommended that treatment with tacrolimus or pimecrolimus be initiated only by physicians (including general practitioners) with a special interest and experience in dermatology, and only after careful discussion with the patient about the potential risks and benefits of all appropriate second-line treatment options.

1.5.1.27 Healthcare professionals should explain to children with atopic eczema and their parents or carers that they should only apply topical calcineurin inhibitors to areas of active atopic eczema, which may include areas of broken skin.

1.5.1.28 Topical calcineurin inhibitors should not be used under occlusion (bandages and dressings) for treating atopic eczema in children without specialist dermatological advice.

1.5.1.29 For facial atopic eczema in children that requires long-term or frequent use of mild topical corticosteroids, consider stepping up treatment to topical calcineurin inhibitors.

Dry bandages and medicated dressings including wet wrap therapy

1.5.1.30 Occlusive medicated dressings and dry bandages should not be used to treat infected atopic eczema in children.

1.5.1.31 Localised medicated dressings or dry bandages can be used with emollients as a treatment for areas of chronic lichenified (localised skin thickening) atopic eczema in children.

1.5.1.32 Localised medicated dressings or dry bandages with emollients and topical corticosteroids can be used for short-term treatment of flares (7 to 14 days) or areas of chronic lichenified atopic eczema in children.

1.5.1.33 Whole-body (limbs and trunk) occlusive dressings (including wet wrap therapy) and whole-body dry bandages (including tubular bandages and garments) should not be used as first-line treatment for atopic eczema in children and should only be initiated by a healthcare professional trained in their use.

1.5.1.34 Whole-body (limbs and trunk) occlusive dressings (including wet wrap therapy) with topical corticosteroids should only be used to treat atopic eczema in children for 7 to 14 days (or for longer with specialist dermatological advice), but can be continued with emollients alone until the atopic eczema is controlled.

Antihistamines

1.5.1.35 Oral antihistamines should not be used routinely in the management of atopic eczema in children.

1.5.1.36 Healthcare professionals should offer a 1-month trial of a non-sedating antihistamine to children with severe atopic eczema or children with mild or moderate atopic eczema where there is severe itching or urticaria. Treatment can be continued, if successful, while symptoms persist, and should be reviewed every 3 months.

1.5.1.37 Healthcare professionals should offer a 7- to 14-day trial of an age-appropriate sedating antihistamine to children aged 6 months or over during an acute flare of atopic eczema if sleep disturbance has a significant impact on the child or parents or carers. This treatment can be repeated during subsequent flares if successful.

Phototherapy and systemic treatments

1.5.1.50 Healthcare professionals should consider phototherapy or systemic treatments for the treatment of severe atopic eczema in children when other management options have failed or are inappropriate and where there is a significant negative impact on quality of life. Treatment should be undertaken only under specialist dermatological supervision by staff who are experienced in dealing with children.

1.5.1.51 Phototherapy or systemic treatments should only be initiated in children with atopic eczema after assessment and documentation of severity of atopic eczema and quality of life (see recommendation 1.2.1.1).

4 Detaillierte Darstellung der Recherchestrategie

Cochrane Library - Cochrane Database of Systematic Reviews (Issue 12 of 12, December 2023) am 20.12.2023

#	Suchfrage
1	[mh "Dermatitis, Atopic"]
2	((atopic OR infantile) AND (dermati* OR eczema*)):ti,ab,kw
3	(neurodermati* OR neurodermiti*):ti,ab,kw
4	#1 OR #2 OR #3
5	#4 with Cochrane Library publication date from Dec 2018 to present, in Cochrane Reviews

Systematic Reviews in PubMed am 20.12.2023

verwendete Suchfilter:

Konsentierter Standardfilter für Systematische Reviews (SR), Team Informationsmanagement der Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, letzte Aktualisierung am 14.02.2023.

#	Suchfrage
1	dermatitis, atopic[mh]
2	(atopic[tiab] OR infantile[tiab]) AND (dermati*[tiab] OR eczema*[tiab])
3	neurodermati*[tiab] OR neurodermiti*[tiab]
4	#1 OR #2 OR #3
5	(#4) AND (systematic review[ptyp] OR meta-analysis[ptyp] OR network meta-analysis[mh] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab])) OR metareview*[tiab] OR umbrella review*[tiab] OR "overview of reviews"[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR meta-synthes*[tiab] OR metasynthes*[tiab] OR meta-study[tiab] OR metastudy[tiab] OR integrative review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR evidence review[tiab] OR ((evidence-based medicine[mh] OR evidence synthes*[tiab]) AND review[pt]) OR (((evidence based" [tiab:~3]) OR evidence base[tiab]) AND (review*[tiab] OR overview*[tiab])) OR (review[ti] AND (comprehensive[ti] OR studies[ti] OR trials[ti])) OR ((critical appraisal*[tiab] OR critically appraise*[tiab] OR study selection[tiab] OR ((predetermined[tiab] OR inclusion[tiab] OR selection[tiab] OR eligibility[tiab]) AND criteri*[tiab]) OR exclusion criteri*[tiab] OR screening criteri*[tiab] OR systematic*[tiab] OR data extraction*[tiab] OR data synthes*[tiab] OR prisma*[tiab] OR moose[tiab] OR entreq[tiab] OR mecir[tiab] OR stard[tiab] OR strobe[tiab] OR "risk of bias"[tiab]) AND (survey*[tiab] OR overview*[tiab] OR review*[tiab] OR search*[tiab] OR analysis[ti] OR apprais*[tiab] OR research*[tiab] OR synthes*[tiab]) AND (literature[tiab] OR articles[tiab] OR publications[tiab] OR bibliographies[tiab] OR published[tiab] OR citations[tiab] OR database*[tiab] OR references[tiab] OR reference-list*[tiab] OR papers[tiab] OR trials[tiab] OR studies[tiab] OR medline[tiab] OR embase[tiab] OR cochrane[tiab] OR pubmed[tiab] OR "web of

#	Suchfrage
	science" [tiab] OR cinahl[tiab] OR cinhal[tiab] OR scisearch[tiab] OR ovid[tiab] OR ebsco[tiab] OR scopus[tiab] OR epistemonikos[tiab] OR prospero[tiab] OR proquest[tiab] OR lilacs[tiab] OR biosis[tiab])) OR technical report[ptyp] OR HTA[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology report*[tiab])
6	(#5) AND ("2018/12/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])
7	(#6) NOT "The Cochrane database of systematic reviews"[Journal]
8	(#7) NOT (retracted publication [pt] OR retraction of publication [pt] OR preprint[pt])

Leitlinien in PubMed am 20.12.2023

verwendete Suchfilter:

Konsentierter Standardfilter für Leitlinien (LL), Team Informationsmanagement der Abteilung Fachberatung Medizin, Gemeinsamer Bundesausschuss, letzte Aktualisierung am 21.06.2017.

#	Suchfrage
1	dermatitis, atopic[mh]
2	(atopic[tiab] OR infantile[tiab]) AND (dermati*[tiab] OR eczema*[tiab])
3	neurodermati*[tiab] OR neurodermiti*[tiab]
4	#1 OR #2 OR #3
5	(#4) AND (Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR guideline*[Title] OR Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR recommendation*[ti])
6	(#5) AND ("2018/12/01"[PDAT] : "3000"[PDAT])
7	(#6) NOT (retracted publication [pt] OR retraction of publication [pt] OR preprint[pt])
#	Suchfrage

Iterative Handsuche nach grauer Literatur, abgeschlossen am 21.12.2023

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)
- World Health Organization (WHO)
- ECRI Guidelines Trust (ECRI)
- Dynamed / EBSCO
- Guidelines International Network (GIN)
- Trip Medical Database

Referenzen

1. **Agache I, Akdis CA, Akdis M, Brockow K, Chivato T, Del Giacco S, et al.** EAACI biologicals guidelines-dupilumab for children and adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *Allergy* 2021;76(4):988-1009.
2. **Agache I, Song Y, Posso M, Alonso-Coello P, Rocha C, Solà I, et al.** Efficacy and safety of dupilumab for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review for the EAACI biologicals guidelines. *Allergy* 2021;76(1):45-58.
3. **Ayen-Rodríguez A, Pereyra-Rodríguez JJ, Navarro-Triviño FJ, Alcantara-Luna S, Domínguez-Cruz J, Galán-Gutiérrez M, et al.** Long-term effectiveness and safety of biologic and small molecule drugs for moderate to severe atopic dermatitis: a systematic review. *Life (Basel)* 2022;12(8):1159.
4. **Berth-Jones J, Exton LS, Ladoyanni E, Mohd Mustapa MF, Tebbs VM, Yesudian PD, et al.** British Association of Dermatologists guidelines for the safe and effective prescribing of oral ciclosporin in dermatology 2018. *Br J Dermatol* 2019;180(6):1312-1338.
5. **Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al.** Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2024;90(2):e43-e56.
6. **Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG).** Atopische Dermatitis (AD) [Neurodermitis; atopisches Ekzem], Leitlinienreport Version 4.0 [online]. AWMF-Registernummer 013-027. 07.2023. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 21.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027m_S3_Atopische-Dermatitis-AD-Neurodermitis-atopisches-Ekzem_2023-07.pdf.
7. **Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG).** Atopische Dermatitis (AD) [Neurodermitis; atopisches Ekzem], S3-Leitlinie Version 4.3, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 013-027. 09.2023. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2023. [Zugriff: 21.12.2023]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027l_S3_Atopische-Dermatitis-AD-Neurodermitis-atopisches-Ekzem_2023-09.pdf.
8. **Drucker AM, Ellis AG, Bohdanowicz M, Mashayekhi S, Yiu ZZN, Rochweg B, et al.** Systemic immunomodulatory treatments for patients with atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2020;156(6):659-667.
9. **Drucker AM, Morra DE, Prieto-Merino D, Ellis AG, Yiu ZZN, Rochweg B, et al.** Systemic immunomodulatory treatments for atopic dermatitis: update of a living systematic review and network meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2022;158(5):523-532.
10. **European Dermatology Forum (EDF).** Living EuroGuiDerm guideline for the systemic treatment of atopic eczema, version 2.2 [online]. Last update: 10.2023. Zürich (SUI):

EDF; 2023. [Zugriff: 21.12.2023]. URL:
<https://www.guidelines.edf.one/guidelines/atopic-eczema>.

11. **Fadlalmola HA, Albadrani MS, Elhusein AM, Mohamedsalih WE, Swamy VDS, Mamanao DM.** Effectiveness and safety of abrocitinib in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Dermatol Res Pract* 2021;2021:8382761.
12. **Gao Q, Zhao Y, Zhang J.** Efficacy and safety of abrocitinib and upadacitinib versus dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon* 2023;9(6):e16704.
13. **Goulden V, Ling TC, Babakinejad P, Dawe R, Eadie E, Fassihi H, et al.** British Association of Dermatologists and British Photodermatology Group guidelines for narrowband ultraviolet B phototherapy 2022. *Br J Dermatol* 2022;187(3):295-308.
14. **Lee KP, Plante J, Korte JE, Elston DM.** Oral Janus kinase inhibitors in the treatment of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Skin Health Dis* 2023;3(1):e133.
15. **Li L, Yu J, Chen B, Guo Y, Yang Y.** Efficacy and safety of abrocitinib for moderate-to-severe atopic dermatitis in adolescents and adults: meta-analysis. *Front Pharmacol* 2023;14:1154949.
16. **Meher BR, Mohanty RR, Padhy BM.** Efficacy and safety of abrocitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Dermatolog Treat* 2022;33(4):2335-2343.
17. **Musters AH, Mashayekhi S, Harvey J, Axon E, Lax SJ, Flohr C, et al.** Phototherapy for atopic eczema. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2021(10):Cd013870. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013870.pub2>.
18. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Atopic eczema in children: management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years [online]. Last updated 07.06.2023. London (GBR): NICE; 2007. [Zugriff: 21.12.2023]. (Clinical guideline; Band CG57). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57>.
19. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Secondary bacterial infection of eczema and other common skin conditions: antimicrobial prescribing [online]. London (GBR): NICE; 2021. [Zugriff: 21.12.2023]. (NICE guideline; Band NG190). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng190>.
20. **Sawangjit R, Dilokthornsakul P, Lloyd-Lavery A, Lai NM, Dellavalle R, Chaikyaprun N.** Systemic treatments for eczema: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2020(9):Cd013206. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013206.pub2>.

21. **Sidbury R, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, Drucker AM, et al.** Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2023;89(1):e1-e20.
22. **Siegels D, Heratizadeh A, Abraham S, Binnmyr J, Brockow K, Irvine AD, et al.** Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2021;76(4):1053-1076.
23. **Silverberg JI, Hong HC, Calimlim BM, Lee WJ, Teixeira HD, Collins EB, et al.** Comparative efficacy of targeted systemic therapies for moderate-to-severe atopic dermatitis without topical corticosteroids: an updated network meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2023;13(10):2247-2264.
24. **Silverberg JI, Hong HC, Thyssen JP, Calimlim BM, Joshi A, Teixeira HD, et al.** Comparative efficacy of targeted systemic therapies for moderate to severe atopic dermatitis without topical corticosteroids: systematic review and network meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2022;12(5):1181-1196.
25. **Wang B, Pan S, Yao Y, Zeng L, Zhang G.** Efficacy and safety of baricitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2022;49(11):1139-1149.
26. **Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al.** European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(11):1904-1926.
27. **Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al.** European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I - systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36(9):1409-1431.
28. **Wu S, Wang H.** Efficacy and safety of dupilumab in the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Postepy Dermatol Alergol* 2022;39(3):601-610.
29. **Zhang D, He G, Qian T, Hao F, Liu L.** Efficacy of abrocitinib for atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Postepy Dermatol Alergol* 2022;39(5):872-876.
30. **Zhang Y, Jing D, Cheng J, Chen X, Shen M, Liu H.** The efficacy and safety of IL-13 inhibitors in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Front Immunol* 2022;13:923362.
31. **Zhao DJ, Huang LM, Xiao J, Chen L, Li X, Lin HX.** Efficacy and safety of tralokinumab in the treatment of atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)* 2023;102(31):e34516.

-
- [A] **Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al.** PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev 2021;10(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- [B] **McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C.** PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. J Clin Epidemiol 2016;75:40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>

Beteiligung von Fachgesellschaften und der AkdÄ zu Fragen der Vergleichstherapie nach §35a Abs. 7 SGB V i.V.m. VerfO 5. Kapitel § 7 Abs. 6

Verfahrens-Nr.: 2023-B-356

Verfasser	
Name der Institution	Deutsche Dermatologische Gesellschaft; Netzwerk für interdisziplinäre pädiatrische Dermatologie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Datum der Erstellung	6. Februar 2024
Indikation	
Mittelschwere bis schwere atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen.	
Fragen zur Vergleichstherapie	
Was ist der Behandlungsstandard in o.g. Indikation unter Berücksichtigung der vorliegenden Evidenz? Wie sieht die Versorgungspraxis in Deutschland aus? <i>(Bitte begründen Sie Ihre Ausführungen; geben Sie ggf. zitierte Quellen in einer Referenzliste an.)</i>	
Die Therapie der atopischen Dermatitis richtet sich in Deutschland nach der AWMF-Leitlinie, die zuletzt im Sommer 2023 aktualisiert und auf S3-Niveau gehoben wurde. In dieser sind alle Altersstufen berücksichtigt. Die Leitlinie sieht für die Therapie in Abhängigkeit vom Schweregrad ein dreistufiges Vorgehen vor, bei dem in der ersten Stufe Basismaßnahmen wie wirkstofffreie Basistherapien, Patientenschulungen, Prävention und psychosoziale Begleitmaßnahmen im Vordergrund stehen. In der zweiten Stufe, beim leichten bis mittelschweren Ekzem, kommen topische Therapeutika zum Einsatz, insbesondere mit Kortikosteroiden, Tacrolimus und Pimecrolimus. Bei Superinfektionen werden antiseptische Maßnahmen eingesetzt. In der dritten Stufe, beim mittelschweren (topisch nicht allein behandelbaren) bis schweren Ekzem, werden Systemtherapeutika eingesetzt, deren Auswahl sich nach der vermuteten Dauer der Behandlung, dem Phänotyp, vorausgehenden Therapien und patientenindividuellen Merkmalen richtet. Als Entscheidungshilfe wird hier der Einsatz der ebenfalls in der Leitlinie publizierten Checkliste empfohlen. Für die Langzeittherapie der atopischen Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab zwölf Jahren mit systemischen Arzneimitteln stehen fünf Präparate zur Verfügung, davon drei Biologika (Dupilumab, Tralokinumab, Lebrikizumab) und zwei Januskinase-Inhibitoren (Baricitinib und Upadacitinib). Die Zulassung für Personen zwischen 12 und 17 Jahren von Lebrikizumab und Baricitinib erfolgte erst nach Erscheinen der Leitlinie. Sie wurden daher bisher in der Leitlinie nicht bewertet. Systemische Glukokortikoide kommen nur im Kurzzeitverlauf zum Einsatz. Off-Label Medikamente sind kein Therapie-Standard der atopischen Dermatitis mehr.	
Gibt es Kriterien für unterschiedliche Behandlungsentscheidungen in der o.g. Indikation, die regelhaft berücksichtigt werden? Wenn ja, welche sind dies und was sind in dem Fall die Therapieoptionen? <i>(Bitte begründen Sie Ihre Ausführungen; geben Sie ggf. zitierte Quellen in einer Referenzliste an.)</i>	
-	

Referenzliste: -