

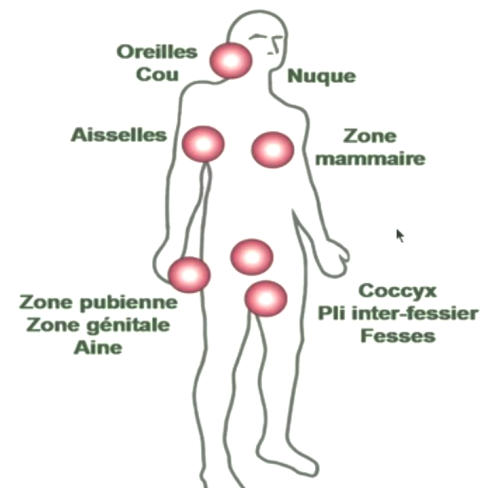
L'orateur considère que l'hidradénite suppurative, ou maladie de Verneuil, est une des pires pathologies à vivre...

C'est une maladie inflammatoire des glandes apocrines, qui crée des nodules et abcès à répétition aboutissant à une suppuration chronique, et laisse fistules et cicatrices sur son passage, avec une morbidité importante.

### Physiopathologie

Maladie du follicule pilo-sébacé et de la glande apocrine, avec création d'abcès profonds qui fistulisent. De nombreuses cytokines sont impliquées.

La fonction cutanée est anormale avec une occlusion folliculaire et une flore bactérienne affectée dans les plis, qui modifie l'immunité locale.



### Epidémiologie

1% de la population est atteinte, 3F:1H, avec un début à la puberté ou peu après.

30-40% de patients avec un parent atteint indique un facteur génétique.

Le problème de cette maladie c'est le délai diagnostique, avec une moyenne de 7 ans entre le premier symptôme et le diagnostic.

Une étude française montre que, si le médecin généraliste est le premier à être consulté à ce sujet (dans 66% des cas), il pose rarement le diagnostic (11%). Plus souvent, c'est le dermatologue (53%) ou le chirurgien (20%) qui pose celui-ci.

La raison est probablement un manque de formation sur la maladie.

### Diagnostic

Facteurs de risque: Obésité, tabagisme

“Si le patient présente des furoncles à répétition, c'est une hidradénite suppurative jusqu'à preuve du contraire. “

Classification - les stades de Hurley



**Stade I:** abcès uniques ou multiples

**Stade II:** abcès récurrents, tractus sinusal

**Stade II:** atteinte diffuse, fistules multiples et interconnectées, abcès



stades II-III



Forme mammaire - folliculaire

Atteinte inguinale



Formes  
périnéales  
extrêmes



Forme périnéale  
folliculaire



aspect rétentionnel:  
pseudo-comédons



Les formes cliniques sont multiples, avec une atteinte qui peut se diffuser au-delà des plis, des formes plus folliculaires, périnéales ou rétentionnelles, atteintes rétro-auriculaires, atteintes de la nuque...

Le diagnostic différentiel principal est la folliculite ou le furoncle, avec infection par le staphylocoque doré. A savoir que certains MRSA sont porteurs de la toxine à penton-valentine, qui provoque des furoncles à répétition. A tester absolument.

Un questionnaire simple concernant la localisation, le nombre d'abcès et la forme d'apparition (poussée?) permet de trier les patients potentiellement atteints.

Des maladies inflammatoires comme la maladie de Crohn ou les arthrites inflammatoires non-septiques sont souvent associées.

### Phénotypes

En 2013, une étude tente d'identifier les différents phénotypes de la maladie, avec potentiellement des évolutions différentes: Axillaire-mammaire ( $\frac{2}{3}$ ), folliculaire ( $\frac{1}{3}$ ), périnéale ( $\frac{1}{3}$ ). Les données restent préliminaires.

Un autre étude s'intéresse aux différences d'atteintes entre les femmes et les hommes

Femmes	Hommes
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Début plus précoce</li> <li>- + fréquence d'atteinte des plis inguinaux</li> <li>- + d'association à des maladies inflammatoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- + de tabagiques</li> <li>- + d'atteinte périnéale</li> <li>- souvent kyste sacro-coccygien associé</li> </ul>

A long terme (médiane à 22 ans de suivi) , 1/3 des cas se stabilisent ou se péjorent, 1/3 présentent une amélioration et 1/3 une rémission.

### Co-morbidités

La qualité de vie des patients est très médiocre: souvent accompagnée de syndrome métabolique, de diabète, de tabagisme, de dépression...la santé sexuelle des jeunes est grandement affectée.

Le score dermatologique de qualité de vie DLQI est un des pires, avec un stade de Hurley II-III correspondant au score pour un psoriasis modéré à sévère.

### Traitement

Local: Drainage du nodule par incision, en évitant le méchage (peut perpétuer le problème). Une injection de corticoïdes et de la dalacine topique 2x/j diminuent la douleur et la poussée.

Prévention: controversée, l'épilation au laser est très utilisée par le service, qui peut même parfois être remboursée.

Pour prévenir les poussées, un traitement systémique est nécessaire...

- Bithérapie classique, cures de 3-4 mois: Doxycycline/gluconate de zinc ou clindamycine/rifampicine
- Traitements anti-inflammatoires au long cours: Acitrétine (cousin de l'isotrétinoïne), dapsone PO
- Traitements biologiques:
  - Anti-TNF: adalimumab (le seul étudié/remboursé), infliximab (Dose plus adaptable au poids)
  - En seconde ligne: Anti IL12/23: ustekinumab ou anti IL1: Anakinra
  - Il y a quelques études cliniques avec les anti- IL17 et de petites séries avec les anti-IL23.
  - Des doses élevées sont nécessaire pour un effet clinique

En général, ces biothérapies sont malgré tout peu efficaces. La "survie du médicament" ou temps jusqu'à l'arrêt du traitement par manque d'efficacité, est de 3 ans pour la moitié des patients.

*Homme de 59ans, après 102ème perfusion d'infliximab  
Sa maladie est contrôlée, mais tout retard de traitement va  
aggraver sa condition...*

Les traitements biologiques peuvent aider à préparer la lésion à la chirurgie.



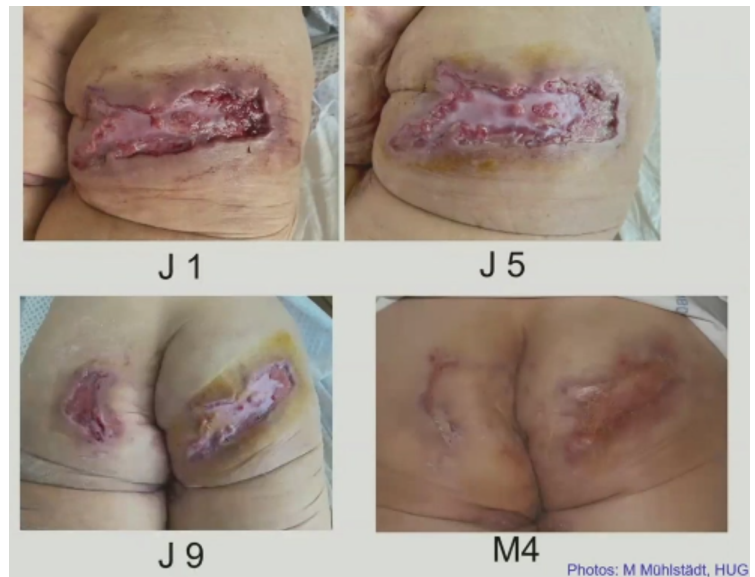
## Chirurgie

L'excision large de la zone permet de guérir complètement. La cicatrisation est longue et laisse une marque importante.

( → )



Une autre technique, moins délabrante, c'est le "deroofing", qui permet de retirer la partie supérieure de la lésion et de laisser l'épidermisation continuer jusqu'à cicatrisation complète. ( ↓ ) Une récurrence n'est pas exclue avec cette technique....



La prise en charge s'organise avec des algorithmes et recommandations suisses.

Sites ressources pour les patients:  
[Solidarité Verneuil](#) et [Acneinvera.ch](#)

Au HUG, il y a des consultations spécialisées tous les jeudis après-midi dans la policlinique de dermatologie... Il y a 5 ans c'était une après-midi par mois, maintenant c'est 2 médecins par semaine.



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)