



Prise en charge des hidradénites suppurées

Prof. Vincent P. PITCHE
Service de Dermatologie, CHU SO

Hidradénite suppurée: Actualités

Affection ayant l'objet ces dix dernières années de nombreuses publications notamment de nombreuses conférences de consensus pour sa meilleure prise en charge.

Recommandations (Nord américaine, Britannique, Française)

Mais le niveau de preuve des études retenues pour les conférences de consensus est assez faible

Proposed Definitions of Typical Lesions in Hidradenitis Suppurativa

Mathilde Daxhelet^a Mariano Suppa^a Jonathan White^a Farida Benhadou^a
Linnea Rishøj Thorlacius^b Gregor B.E. Jemec^b Véronique del Marmol^a
Jean Revuz^c

^aDepartment of Dermatology, Université Libre de Bruxelles, Erasme Hospital, Brussels, Belgium; ^bDepartment of Dermatology, University of Copenhagen, Roskilde Hospital, Copenhagen, Denmark; ^cPrivate practice, Paris, France

Medical and Surgical Management of Hidradenitis Suppurativa: A Review of International Treatment Guidelines and Implementation in General Dermatology Practice

Lauren A.V. Orenstein^a Tien V. Nguyen^b Giovanni Damiani^c
Christopher Sayed^d Gregor B.E. Jemec^e Iltefat Hamzavi^f

North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations

Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management

Ali Alikhan, MD (Co-chair),^a Christopher Sayed, MD (Co-chair),^b Afsaneh Alavi, MD, MSc,^c Raed Alhusayen, MD,^c Alain Brassard, MD,^d Craig Burkhardt, MD,^b Karen Crowell, MLIS,^c Daniel B. Eisen, MD, Alice B. Gottlieb, MD, PhD,^f Iltefat Hamzavi, MD,^g Paul G. Hazen, MD,^h Tara Jaleel, MD,ⁱ Alexa B. Kimball, ME MPH,^j Joslyn Kirby, MD, MEd, MS,^k Michelle A. Lowes, MBBS, PhD,^l Robert Micheletti, MD,^{m,n} Angela Miller, CCRP, CWCA,^g Halcy B. Naik, MD, MHSc,^o Dennis Orgill, MD,^p and Yves Poulin, MD^q
Sacramento and San Francisco, California; Chapel Hill and Durham, North Carolina; Toronto, Ontario Canada; New York, New York; Detroit, Michigan; Westlake, Ohio; Boston, Massachusetts; Hershey and Philadelphia, Pennsylvania; and Quebec City, Quebec, Canada

Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory disorder affecting hair follicles, with profoundly negative impact on patient quality of life. Evidence informing ideal evaluation and management of patients with hidradenitis suppurativa is still sparse in many areas, but it has grown substantially in the last decade. Part I of this evidence-based guideline is presented to support health care practitioners as they select optimal management strategies, including diagnostic testing, comorbidity screening, and both complementary and procedural treatment options. Recommendations and evidence grading based on the evidence available at the time of the review are provided. (J Am Acad Dermatol 2019;81:76-90.)



British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018*

J.R. Ingram¹, F. Collier,^{2,3} D. Brown,⁴ T. Burton,⁵ J. Burton,⁵ M.F. Chin,⁶ N. Desai,⁴ T.E.E. Goodacre⁷, V. Piguet^{8,9}, A.E. Pink,⁴ L.S. Exton¹⁰ and M.F. Mohd Mustapa¹⁰

¹Division of Infection & Immunity, Cardiff University, University Hospital of Wales, Heath Park, Cardiff CF14 4XN, U.K.

²Alva Medical Practice, West Johnstone Street, Alva FK12 5BD, U.K.

³Dermatology Department, Stirling Community Hospital, Stirling FK8 2AU, U.K.

⁴St John's Institute of Dermatology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, St Thomas' Hospital, London SE1 7EH, U.K.

⁵The Hidradenitis Suppurativa Trust, Rochester ME2 4DY, U.K.

⁶Great Western Hospitals NHS Foundation Trust, Marlborough Road, Swindon, Wiltshire SN3 6BB, U.K.

⁷Oxford University Hospitals NHS Trust, John Radcliffe Hospital, Headington, Oxford OX3 9DU, U.K.

⁸Division of Dermatology, Women's College Hospital, Toronto, ON, Canada

⁹Division of Dermatology, Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

¹⁰British Association of Dermatologists, Willan House, 4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, U.K.

Linked Comment: [Jemec. Br J Dermatol 2019; 180:975.](#)

Prise en charge de l'Hidradénite Suppurée

CENTRE DE PREUVES DE DERMATOLOGIE

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Objectif de la recommandation

Les recommandations pour la prise en charge de l'Hidradénite Suppurée (HS), ou Maladie de Verneuil sont élaborées par le Centre de Preuve en Dermatologie dans le but de mettre à disposition des professionnels prenant en charge ces patients des outils d'aide à la décision. Elles ont pour but de faciliter l'approche diagnostique et thérapeutique de cette affection pour laquelle peu de données factuelles sont disponibles. Elles seront amenées à évoluer en fonction des données nouvelles de la science dans les prochaines années.

SJD Dermatol 2021

Définition

- L'Hidradénite Suppurée (HS) ou maladie de Verneuil est une maladie cutanée inflammatoire chronique caractérisée par l'apparition de nodules et d'abcès douloureux évoluant vers la suppuration, la fistulisation et la constitution de cicatrices.
- Les localisations préférentielles sont la région périnéale et les grands plis.
- La maladie évolue par poussées douloureuses, le plus souvent suppuratives, plus ou moins espacées ou sur un fond continu.

Données épidémiologiques

- La prévalence de l'HS est estimée à 0,7% dans la population européenne (**données non disponibles en Afrique: rare ??**).
- Cette maladie survient le plus souvent après la puberté, et touche préférentiellement les femmes (sexe ratio de 3 pour 1).
- Environ 1/3 des patients rapportent une histoire familiale d'HS.
- Le délai au diagnostic est élevé, environ 8 ans, lié à une possible méconnaissance de la maladie par le milieu médical

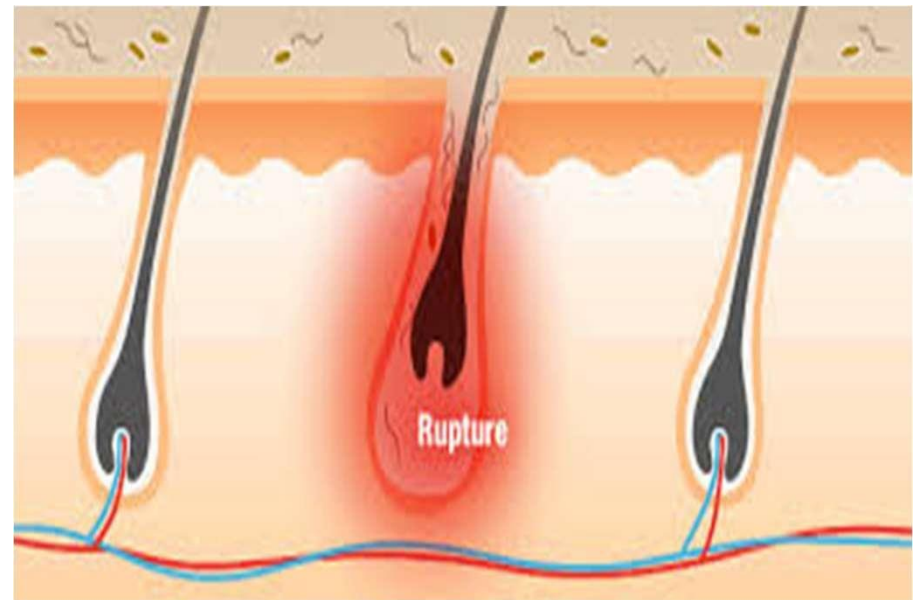
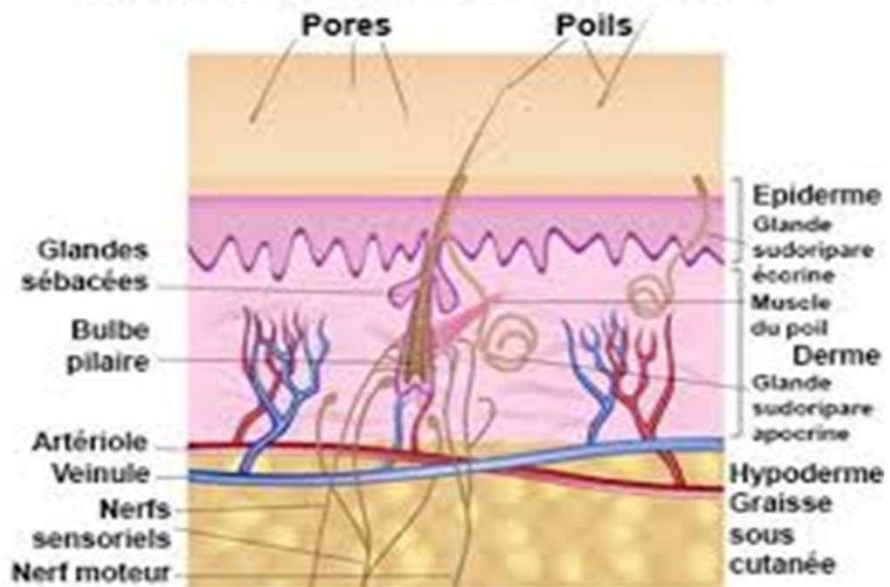
Physiopathologie (1)

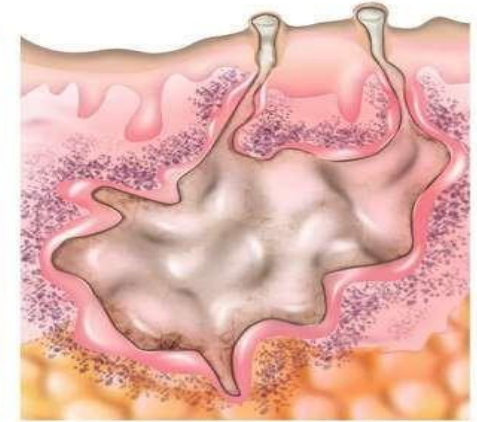
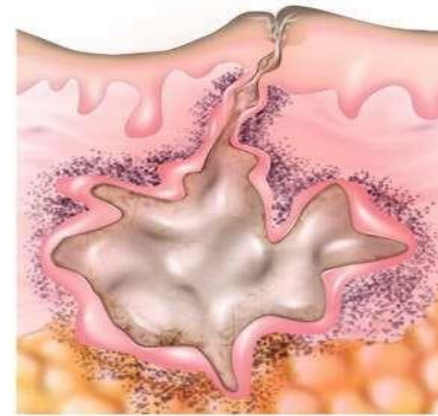
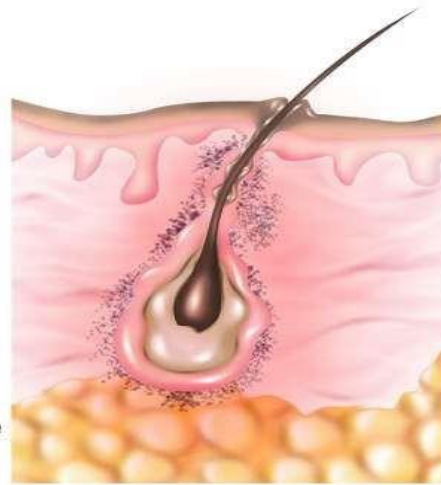
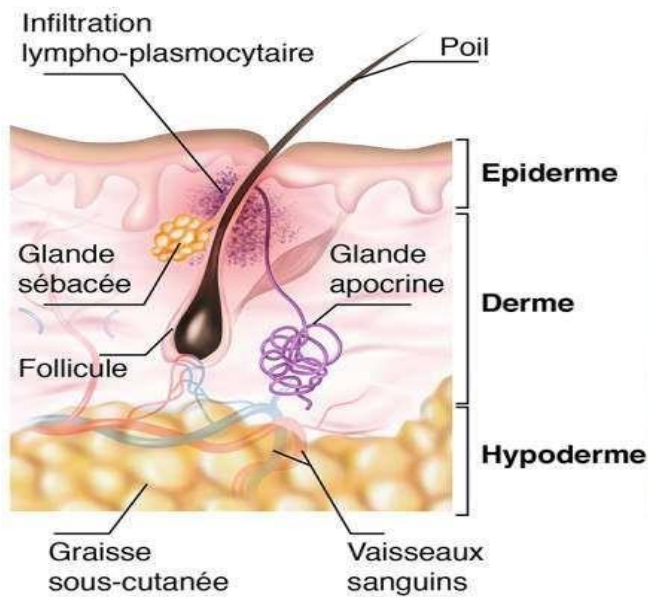
- L'HS est une maladie inflammatoire chronique du follicule pileux dont la dérégulation des mécanismes de l'immunité innée cutanée n'est pas connue à ce jour.
- Dermatose neutrophilique systémique (*Navrazhina. J Invest Dermatol 2021*)

Physiopathologie (2)

- Les modifications pathologiques de l'HS résulterait **d'une inflammation périfolliculaire entraînant ainsi un amas de kératine conduisant à l'obstruction du follicule pileux, sa dilatation puis sa rupture.**
- L'inflammation secondaire à cette rupture folliculaire associée à des infections bactériennes causerait les abcès et trajets fistuleux de drainage.

Anatomie de la peau





Inflammation perifolliculaire

Occlusion et dilatation du follicule pileux

Rupture du follicule pileux

Tractus sinueux de drainage

Relargage de débris nucléaires et microorganismes dans le derme responsables du processus inflammatoire.

Relargage de débris/de fluides à la surface de la peau. Interconnexion des fistules.

www.SFD.org/CPD

Physiopathologie (2)

- Plusieurs gènes de la voie de la gammasecrétase ont été impliqués dans la maladie. Les mutations de cette voie entraîneraient des défauts de la voie Notch qui joueraient un rôle essentiel dans le recrutement et l'activation des lymphocytes T et B et dans l'activation de l'immunité innée.
- Participation hormonale est également suspectée (apparition de la maladie à partir de la puberté et présence de la 5 alpha réductase dans les glandes apocrines).

Ecologie bactérienne au cours de HS *Revuz J.*

Ann Dermatol Vénérol 2012

Familles	Bactéries	habitat
Aérobies	Staphylocoques coagulase négatif	Flore résidente des plis
Microaérorophiles	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	
Anaérobies facultatifs	<i>Staphylococcus haemolyticus</i> <i>Staphylococcus hominis</i> <i>Staphylococcus lugdunensis</i>	
Microaérophiles	Streptocoques hémolytiques	Flore bucco-pharyngée
Anaérobies facultatifs	<i>Staphylococcus milleri</i> et son groupe	
Anaérobies	Peptostreptococcus Veillonella Actinomyces Propionibacterium Bacterioides Fusobacterium Prevotella	Flore cutanée, bucco-pharyngée, digestive

Diagnostic positif

Diagnostic d'HS: le diagnostic d'HS repose sur un faisceau d'arguments cliniques incluant l'association de 3 critères :

1 Nodules et abcès douloureux évoluant vers la suppuration, la fistulisation et/ou la formation de cicatrices.

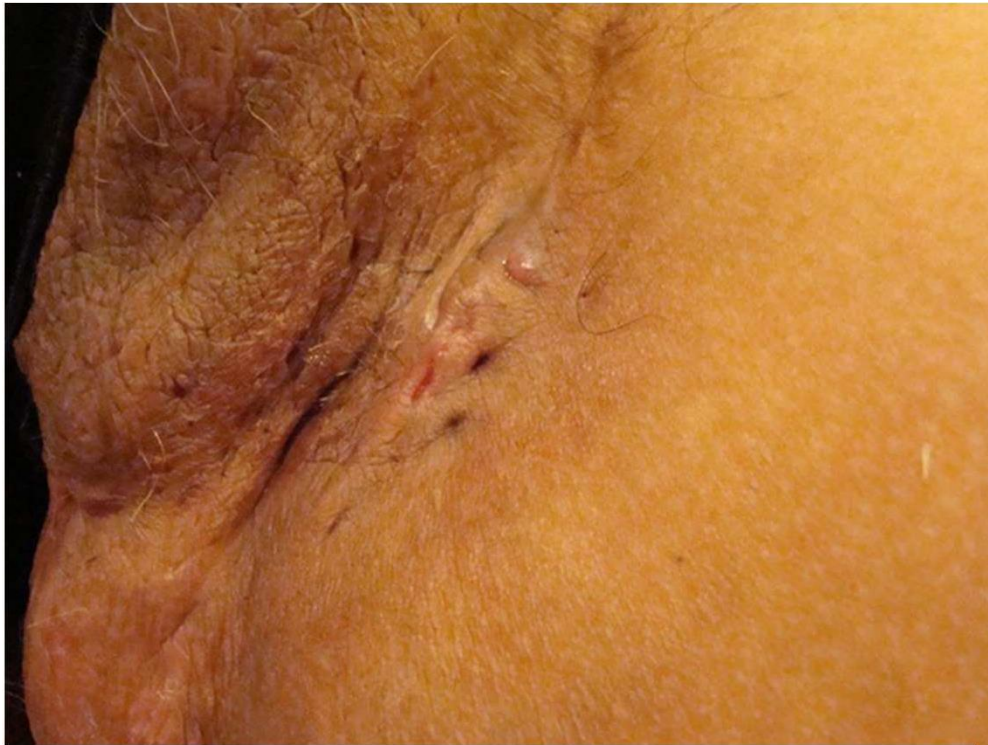
2 Localisations typiques : aisselles, plis inguinaux, région périanale et/ou périnéale, seins et plis sous-mammaires, pli inter-fessier, pubis.

3 Caractère chronique et récidivant des lésions: au moins 2 poussées en 6 mois.

Diagnostic positif (2)

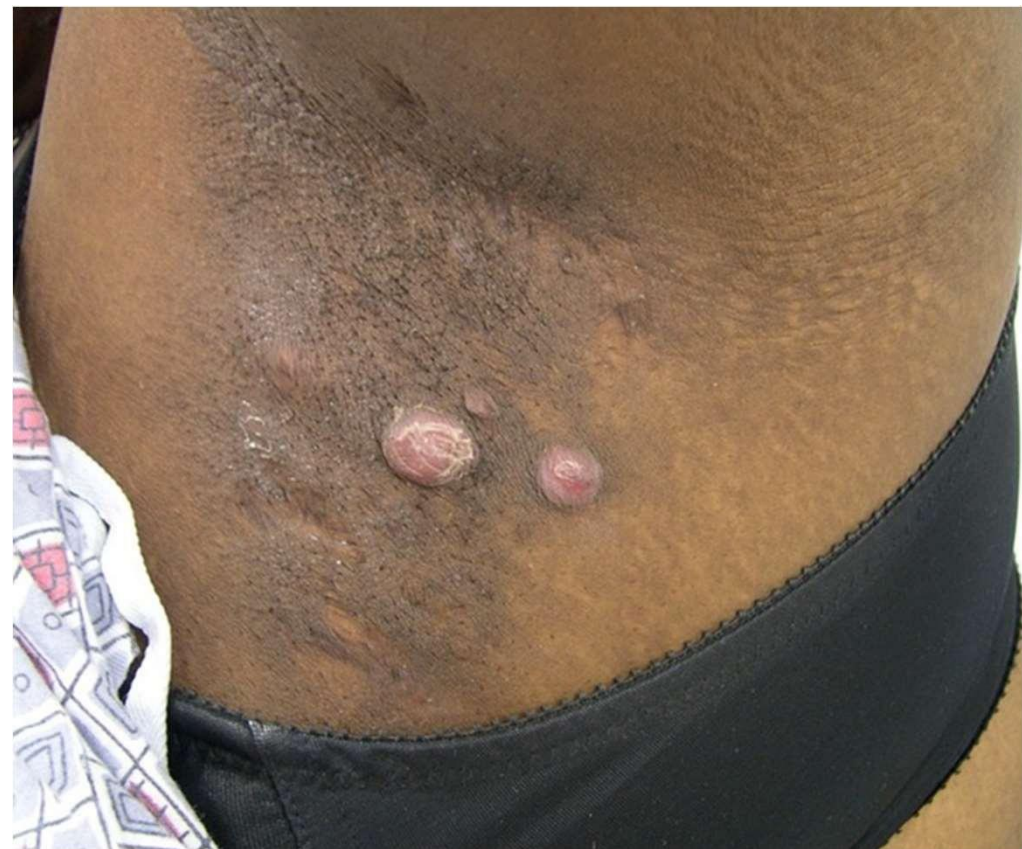
- Toute lésion nodulaire ou kystique, tout abcès situé dans les régions axillaires, inguinales, périnéale ou sous mammaires, doit faire évoquer le diagnostic d'HS.
- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic d'HS.
- Les formes folliculaires du tronc et des membres: pb diagnostique

Lésions élémentaires cliniques











SOTODERM FMC



Hidradenitis suppurativa of ano-genital area.
L.K. Bhutani, Color Atlas of
Dermatology. 1986.





Diagnostic différentiel

Autres affections des glandes cutanées :

- acné conglobata,
- sinus pilonidal,
- kyste des glandes de Bartholin,
- fistules congénitales

Certaines maladies infectieuses

- abcès, anthrax, furoncles,
- actinomyose,
- lymphogranulome vénérien,
- syphilis noduloulcérative et abcès tuberculeux.

Processus inflammatoires :

maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) pour les formes d'HS exclusivement périnéale

Comorbidités associées à HS

Des maladies folliculaires peuvent précéder de plusieurs années les premiers symptômes de l'HS :

- sinus pilonidal,
- cellulite disséquante du cuir chevelu,
- acné, conglobata ...

Comorbidités associées à HS (2)

Des pathologies inflammatoires digestives ou rhumatismales peuvent être associées et justifient la recherche systématique de symptômes évocateurs de ces pathologies au cours de l'interrogatoire :

- **rhumatisme inflammatoire ;**
- **maladies intestinales chroniques inflammatoires.**

Evaluation de la sévérité

Les critères de sévérités les plus utilisés et qui ont l'objet de consensus c'est le score de Hurley

Avantages :

- score simple reproductible et permet une évaluation des différentes zones atteintes.
- Permet de faire une évaluation initiale et de déterminer le schéma thérapeutique et faire un suivi objectif des patients

Il y a trois grades de gravité : I, II, III

Evaluation de la sévérité : Grade de Hurley

Grade I :

- Abscès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux

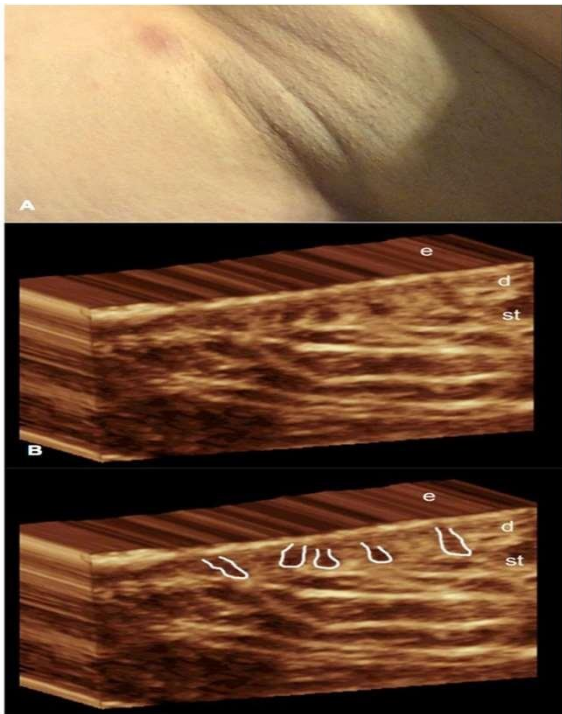


Figure 2 (A-C). Early changes in HS. A. Clinical image of a HS patient classified as Hurley 1. B. and C. 3D ultrasounds demonstrate predominant enlargement of the base of the hair follicles in the deep portion of the dermis. In fig. C the hair follicles have been outlined. Abbreviations: e, epidermis; d, dermis; st, subcutaneous tissue.

Evaluation de la sévérité : Grade de Hurley

Grade II :

Abcès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques.

Lésion unique ou lésions multiples, séparées les unes des autres.

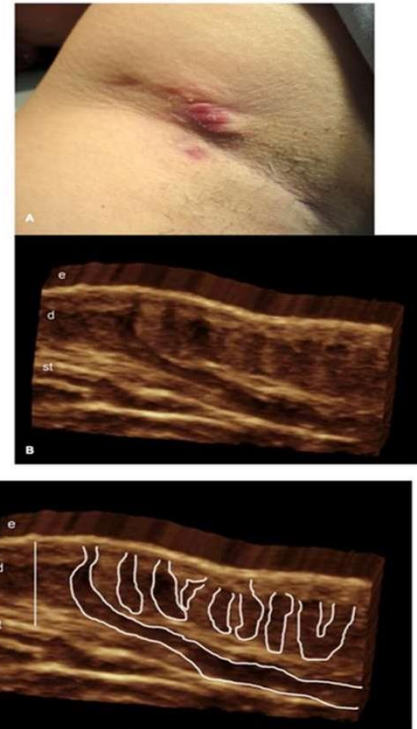


Figure 3 (A-C). HS at a later stage. A. Clinical image of a case classified as Hurley 2. **B. and C.** 3D ultrasound images show involvement of multiple hair follicles. Notice the predominant enlargement of the hair bulbs and the connection between the bulbs (right side of the image). The dermis presents increased thickness (white vertical line) and there is a long sinus tract (*) that connects the bottom of a hair follicle with the subcutaneous tissue. In fig C. the structures have been outlined. Abbreviations: e, epidermis; d, dermis; st, subcutaneous tissue.

Evaluation de la sévérité : Grade de Hurley

Grade III :

Atteinte diffuse ou quasi diffuse ou fistules interconnectées et abcès sur toute l'étendue de la zone atteinte.



Figure 4 (A-C).End-stage changes. A. Clinical image of case classified as Hurley 3. B. and C. 3D ultrasound images demonstrates a hypoechoic fluid collection (*) with echos (debris) in the subcutaneous tissue and dermis, also connected to the base of the hair follicles. Notice the complete enlargement and connection of the base of the hair follicles (right half of the image). In fig. C. the structures have been outlined. Abbreviations: e, epidermis; d, dermis; st, subcutaneous tissue.

Evaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie par les médecins doit tenir compte des aspects suivants :

- évaluation des symptômes (douleur, odeur, prurit),
- retentissement sur les activités de la vie quotidienne (limitation des activités professionnelles, sexuelles, sociales),
- conséquences émotionnelles (recherche d'une anxiété et dépression associée).

Evaluation de la qualité de vie

Différents questionnaires sont utilisés dans la littérature pour évaluer le retentissement de l'HS sur la qualité de vie des patients

Le Dermatology Life Quality Index (DLQI) : outil indiqué

Des questionnaires récents plus spécifiques tels le HS-QoL (HS Quality of Life) ou le HSBOD (HS Burden of Disease) sont en cours de validation.

Evaluation du risque de co-morbidité

- L'évaluation du risque cardio-vasculaire global chez un patient HS devrait être la même que celle recommandée dans la population générale.
- Par ailleurs, en cas de syndrome métabolique, le patient sera pris en charge selon les recommandations en vigueur ou adressé à un spécialiste.

Traitement

Les objectifs du traitement médico-chirurgical sont :

- Faire disparaître ou atténuer les signes et les symptômes (douleur, abcès, suppuration),
- Réduire la fréquence et la sévérité des poussées,
- Améliorer la qualité de vie.

Traitements : les moyens généraux (1)

Mesures générales

Le sevrage tabagique et la réduction pondérale sont recommandés.

Aucun type de « régime alimentaire » ne peut être actuellement recommandé, cependant une alimentation équilibrée est à encourager.

Pansements lors de suppuration importante, des pansements adhésifs en périphérie, hydrocellulaires ou hydrofibres, permettent d'apporter une amélioration de la qualité de vie.

Traitements : les moyens généraux (2)

Soutien psychologique : le retentissement psychologique de l'HS doit être évalué par les médecins. Un avis spécialisé, psychologique ou psychiatrique, peut s'avérer nécessaire.

Traitement : les moyens médicamenteux

Traitement antalgique.

Selon l'intensité de la douleur: antalgique (palier 1 à 3)

AINS non indiqué compte-tenu du risque de complications infectieuses

Les antibiotiques en topiques (risque d'émergence de résistance) et les antiseptiques (efficacité moins qu'une toilette avec l'eau et le savon) ne sont pas recommandés

Traitement: indications (1)

Grade I de Hurley : moins de 4 poussées par an

- Toilette à l'eau et au savon
- Amoxicilline-acide clavulanique 50 mg/kg/j pendant 7 jours (3 x 1g/j ; maximum 4.5 g/j)
Ou Pristinamycine : 3 g/j (en 3 prises) pendant 7 jours
- Remise d'ordonnances anticipées pour nouvelle poussée identique
- Incision drainage antalgique si nécessaire
- En cas de récurrence : exérèse limitée

Traitement: indications (2)

Hurley Grade 1: ≥ 4 poussées par an

Traitement de la poussée

Amoxicilline-acide clavulanique 50 mg/kg/j pendant 7 jours (3 x 1g/j ; maximum 4.5 g/j) ou Pristinamycine : 3 g/j (en 3 prises) pendant 7 jours

Traitement prophylactique :

doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j (double dose si poids > 80 kg)

- Si échec ou contre-indication : cotrimoxazole 400/80 mg/j pourrait être proposée (double dose si poids > 80 kg)
- Réévaluation : 6 mois
- Remise d'ordonnances anticipées pour la mem pousée
- Au moment des poussées : incision drainage à visée antalgique
- Si récurrence à la même localisation : exérèse

Traitement: indications (3)

Hurley Grade II

Traitement de la poussée

- Amoxicilline-acide clavulanique 50 mg/kg/j pendant 7 jours (3 x 1g/j ; maximum 4.5 g/j) ou Pristinamycine : 3 g/j (en 3 prises) pendant 7 jours

Traitement prophylactique :
doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j (double dose si poids > 80 kg)

Si échec ou contre-indication :
cotrimoxazole 400/80 mg/j pourrait être proposée (double dose si poids > 80 kg)

- Réévaluation : 6 mois
- Remise d'ordonnances anticipées pour la même poussée
- Au moment des poussées : incision drainage à visée antalgique
- Si récurrence ou échec à 6 mois m à la même localisation : exérèse large du cordon et du tractus sinueux.
Traitement de Hurley grade III

Traitement: indications (4)

Hurley Grade III = PEC multidisciplinaire

Traitement d'attaque

Ceftriaxone 1g/j (IM, IV, SC) + metronidazole 500mg x 3/j *pers os*

Ou Levofloxacin (500mg x 2/j) + clindamycine (600mg x 3/J) pdt 21 j

Traitement prophylactique : doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j

Ou cotrimoxazole 400/80 mg/j

et/ou Chirurgie exérèse

Ou adalimmab 160/80/40mg/semaine

Ou Infliximab 5m/kg toutes les 6 à 8 semaines

Traitement: indication de la chirurgie

- Traitement chirurgical: le traitement chirurgical s'envisage systématiquement dans le cadre d'une coopération médico-chirurgicale.
- Le choix du traitement chirurgical est fonction de la présentation clinique, en urgence devant un abcès, ou programmée dans les autres cas.

Conclusion

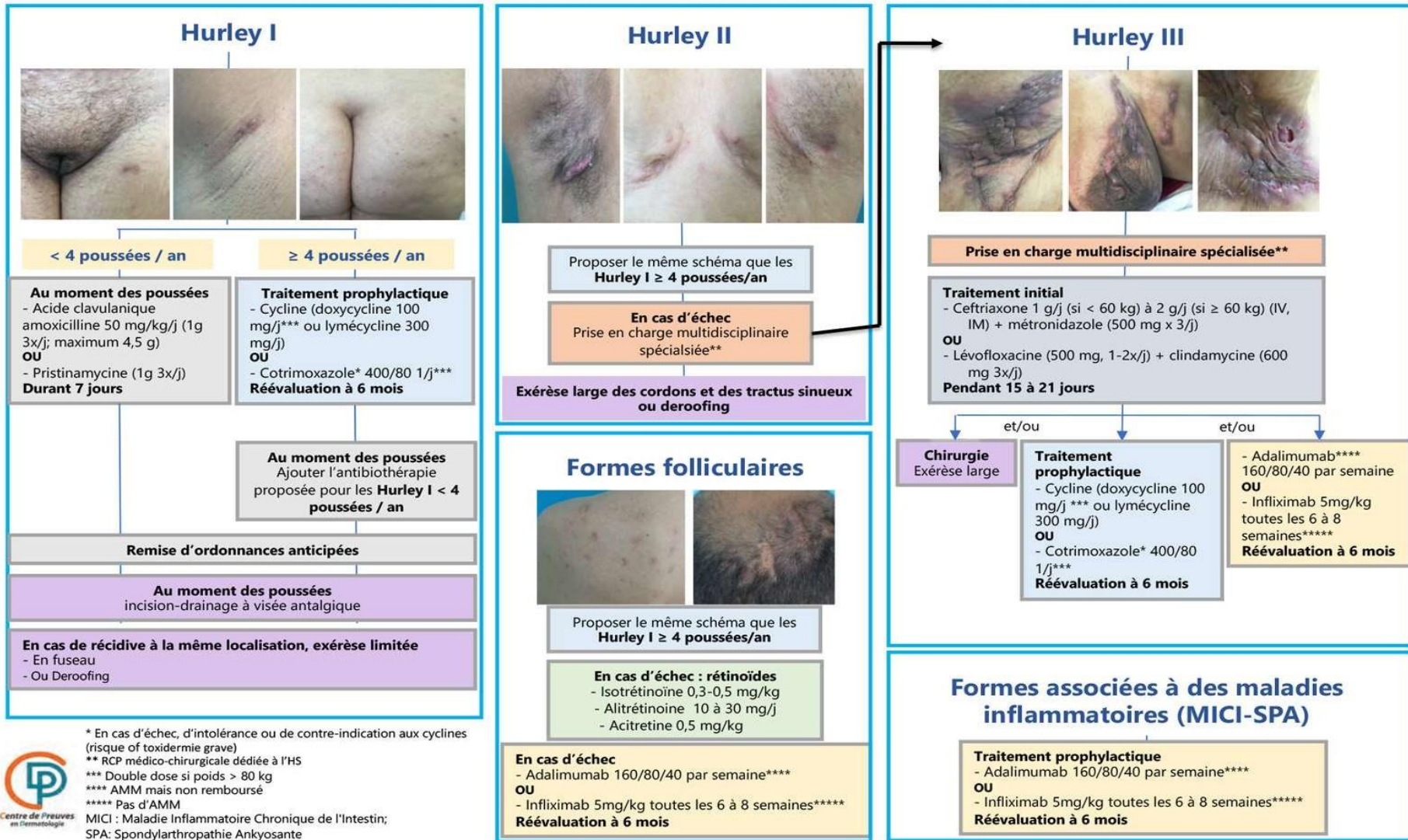
- Affection peu fréquente en pratique dermatologique dans notre contexte
- Maladie chronique invalidante relativement fréquente en Europe et aux USA: prise en charge difficile et multidisciplinaire
- Traitement médicamenteux : peu d'études de bonne qualité
- ***Objet de consensus diagnostique et traitement (recommandations)***

Pour plus d'informations

- www.Sfdermato.org/pour-la-pratique/recommandations

Pour tous les patients

Prise en charge de la douleur, prise en charge psychologique, perte de poids, sevrage tabagique



* En cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication aux cyclines (risque of toxidermie grave)

** RCP médico-chirurgicale dédiée à l'HS

*** Double dose si poids > 80 kg

**** AMM mais non remboursé

***** Pas d'AMM

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin;
SPA: Spondylarthropathie Ankyosante