

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 20/06/2013

Identifiant du groupe : 78110LEV001

Secrétaire : Dr TRAN

Modérateur : Dr PIRIOU

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : homme de 74 ans, toux trainante sur BPCO connue suite à une décompensation, sous Zeclar puis Ciflox, sibilants, mise sous beta 2 courte durée, comment choisir entre beta 2 longue durée et anti-cholinergique ? Définition des stades de la BPCO ?
- Dossier 2 : homme de 64 ans, vaccination et renouvellement traitement anti HTA (beta bloquant petite dose) suite à une automesure (Bisoprolol 2,5mg/jour) Recommandations canadiennes non en défaveur des beta-bloquants
- Dossier 3 : fille de 2 ans et 5 mois sous traitement corticoïde inhalé pour plusieurs épisodes respiratoires sifflants : réévaluation à la fin du printemps – corticoïdes inhalés en pédiatrie
- Dossier 4 : femme de 19 ans, piercing avec écoulement purulent et chéloïde, IPP (omeprazole 20 mg) pour reflux, obésité – recherche pour les chéloïdes – verrues : cryo 39, acide salicylique ; 24%, rien : 16% - verrues plantaires pas de différence, sérologie hépatite C après tatouage et piercing
- Dossier 5 : femme de 60 ans traitée par Lescol 40 pour hyper LDL isolée
- Dossier 6 : enfant de 10 ans, en garde alternée, toux au domicile du père, énurésie : mise sous Cetirizine, maltraitance pour énurésie ? Dépistage de la maltraitance – faire un signalement à la cellule de recueil des informations préoccupantes.
- Dossier 7 : homme de 73 ans, certificat de plongé et dépistage du cancer colo-rectal, père cancer colique à 90 ans et décédé à 93 ans, bilan cardiologique normal, Prozac pour trouble phobique avec état de panique en avion, cetirizine : à partir de quel âge l'antécédent de cancer colique familial n'est plus un antécédent à prendre en compte : 65 ans pour 1 cas et quelques soit l'âge si 2 parents au 1^{er} degré

Question 1 : Dépistage de la maltraitance en soins primaires chez l'enfant (moins de 15 ans) ?

Question 2 : posologie de l'Advil chez l'enfant

• Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

1 - Dosage de vitamine D dans Prescrire : aucun intérêt du dosage et de la supplémentation sans calcium

2 - Prescrire : Risque de cancer et de leucémie après irradiation dans l'enfance.

3 - HAS : dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale chez le sujet tabagique de 65-75 ans, ou 50-75 ans si patient non tabagique mais avec antécédents du premier degré

4 - Effets diabétogènes des statines

5 - Hors série de la Revue du Conseil de l'Ordre sur la fin de vie

6 - Recommandations canadiennes sur la prise en charge de l'HTA :

http://hypertension.ca/images/CHEP_2013/2013_CompleteCHEPRecommandations_FR_HCP1009.pdf

7 - Archimedox : moteur de recherche du CHU de Poitiers

<https://www.archimedox.com>

8 – Hydroadénite suppurée ou Maladie de Verneuil (Revue du Praticien, Médecine Générale juin 2013 - N°903) cf annexe

•Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Posologie de l'Advil chez l'enfant : 3 ou 4 fois par jour

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

IRM Clinique de Parly II

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués :**

Mise en place des soins palliatifs à domicile

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

- **autres...**

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1 - Bilan biologique à réaliser devant une première colique néphrétique et devant des coliques néphrétiques à répétition. (consensus du groupe)

Analyse du calcul si possible

sang : Iono, créatininémie, calcémie, phosphorémie, uricémie, albuminémie

urine des 24h : créatinine, urée, calcium, phosphate, iono urinaire

urine du matin : Ph, cristallurie des urines fraîches si pas de calcul, ECBU

Si coliques récidivantes : avis spéciamiste

2 - Bénéfice / risque de la Mianserine

HAS 2012 : SMR important

Risque d'agranulocytose surtout chez le sujet de plus de 65 ans

Hidradénite suppurée

Appelée aussi maladie de Verneuil, elle est orpheline, non du fait de sa rareté, mais de sa méconnaissance et d'une prise en charge inadaptée.

Par **Jean Revuz**, 11 chaussée de la Muette, 75016 Paris.

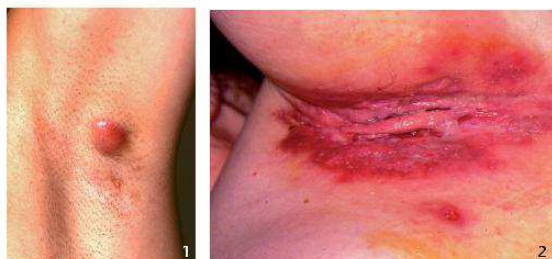
L'hidradénite suppurée (HS) est une maladie inflammatoire suppurative et cicatricielle, affectant les grands plis, de cause inconnue. Fréquente, elle affecte 1 % de la population française,¹ soit plus de 500 000 personnes, 3 femmes pour un homme. Il s'écoule 8 ans en moyenne entre les premiers symptômes et le diagnostic, souvent fait par les patients eux-mêmes sur Internet! C'est aussi une maladie que l'on cache, que l'on néglige; elle a la réputation – usurpée – d'être curable.

DESCRIPTION CLINIQUE²

Elle débute habituellement après la puberté, sa sévérité est maximale pendant les seconde et troisième décennies.

Les lésions précoces sont des nodules profonds (à la différence des furoncles) [fig. 1] douloureux, durant en moyenne 7 jours. Mais plusieurs peuvent coexister ou bien l'évolution des lésions se chevauche, ne laissant aucun répit. La majorité évolue vers l'abcédation. La répétition des poussées peut conduire à des fistules et des tunnels avec écoulement intermittent de matériel séropurulent et sanguinolent. Des comédons séquellaires ouverts (points noirs) sont fréquents. Des cicatrices en relief, en corde, succèdent ou coexistent avec les lésions inflammatoires. Elles sont spécifiques de la maladie. Pas d'adénopathie.

Les sites atteints sont la région inguinale, les aisselles, les seins et les plis sous- et inter mammaires, notamment chez la femme; chez l'homme, la zone périnéale et péri-anale, les fesses, les aisselles. Des atteintes de la nuque, du dos, du visage sont possibles.



Le diagnostic ne nécessite aucun examen complémentaire. Malheureusement, aux urgences, on porte celui d'abcès simple sans que la chronicité ni les récurrences aient attiré l'attention. Les patients traînent ainsi pendant des années avec des « furoncles », des « kystes ».

L'évolution est chronique. La sévérité est très variable d'un sujet à l'autre, d'un territoire à l'autre chez un même patient. Les formes bénignes sont intermittentes, marquées de poussées, souvent prémenstruelles chez la femme. Les atteintes sévères sont continues et invalidantes (fig. 2); ce sont les seules connues du grand public, induisant des traumatismes psychologiques. Ce ne sont pas les plus fréquentes (5 % environ). Mais celles dites bénignes (65 % environ) ne le sont pas pour les patients dont la souffrance physique et psychologique est souvent très profonde. **Trois niveaux de gravité** sont classiquement décrits (grades de Hurley):³

– **grade I** : abcès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux;

– **grade II** : abcès récidivants avec fistules et cicatrices hypertrophiques. Lésions uniques ou multiples séparées les unes des autres par de la peau saine;

– **grade III** : atteinte diffuse ou quasi diffuse ou fistules interconnectées et abcès sur toute l'étendue de la zone atteinte.

Cette classification rend compte de l'importance des lésions et des séquelles; elle ne permet pas d'apprécier l'évolutivité (pas de passage d'un grade à l'autre).

La qualité de vie est gravement perturbée : douleur, inconfort, tuméfactions, écoulements parfois malodorants...

La maladie peut durer plusieurs décennies; elle garde généralement le même profil évolutif mais tend à s'atténuer avec le temps; elle s'arrête en règle à la ménopause. La grossesse est souvent une période de rémission.

Des cancers cutanés surviennent après des évolutions prolongées (10-20 ans) dans les localisations fessières chez l'homme. Le diagnostic est souvent tardif, le pronostic très mauvais (mortalité supérieure à 70 %). Un rhumatisme inflammatoire central peut compliquer les formes évoluées. Il est rare.

Les lésions sont souvent confondues avec des furoncles, des lymphadénites, des bartholinites, des kystes épidermiques

MALADIES ASSOCIÉES

Cette pathologie du follicule pileux peut être associée à d'autres maladies folliculaires. Certains auteurs parlent de triade, voire de tétrade d'occlusion folliculaire regroupant ces diverses entités auxquelles on pourrait associer les kystes épidermiques multiples de grande taille. On parle ainsi d'*Acne inversa*, terme impropre vu l'absence d'hyper-séborrhée. En pratique, l'association à l'acné est peu fréquente, mais des lésions d'HS du visage ou du dos sont parfois trompeuses. La cellulite disséquante du cuir chevelu peut être associée à l'HS mais elle est extrêmement rare. Au contraire, un sinus pilonidal est très fréquent (40 %). La maladie de Crohn est à la fois une association reconnue – quoique rare – et un diagnostic différentiel dans les localisations péri-anales. Différencier les deux peut être délicat même histologiquement. La colonoscopie est indispensable lorsque la question se pose.

infectés. La topographie spécifique est d'une grande aide pour redresser le diagnostic. Dans la région anopérinéale, les diagnostics différentiels sont : fistule anale, lymphogranulome vénérien et maladie de Crohn qui peut être associée à l'HS.

PISTES ÉTIOLOGIQUES

Caractéristiques anatomiques.^{4,5} La topographie correspond à la répartition des glandes sudorales apocrines. Cependant, histologiquement, l'occlusion folliculaire ressemble à celle de l'acné... Le canal excréteur des glandes sudorales apocrines s'ouvre dans le conduit folliculaire immédiatement au-dessus du canal sébacé. Cela peut expliquer les répercussions sur l'obstruction folliculaire. Les follicules apparaissent dystrophiques en échographie. L'association à d'autres affections du follicule pileux conforte cette notion de maladie folliculaire.

Une histoire familiale est retrouvée chez 30-40 % des patients. C'est probablement une sous-estimation. Une transmission autosomique dominante a été mise en évidence dans une famille mais non retrouvée dans d'autres populations. Des mutations du gène codant la γ -secrétase ont été identifiées.⁶ L'hétérogénéité de la maladie sur le plan génétique est probable. Les formes familiales semblent moins sévères.

L'HS n'est pas une maladie primitivement infectieuse. L'infection (ou la colonisation) polymicrobienne – staphylocoques coagulase négative, streptocoques du groupe millieri, bactéries anaérobies – est différente de celle de l'acné (*P. acnes*). Le rôle des bactéries est très probablement secondaire aux anomalies du follicule pileux. Cependant, la colonisation peut induire des phénomènes inflammatoires : l'amélioration spectaculaire de lésions sévères sous bithérapie clindamycine/rifampicine plaide pour un rôle important de l'infection. Les antibiotiques sont une des armes essentielles du traitement.

Inflammation et immunité. La colonisation polymicrobienne, l'efficacité des anti-inflammatoires ou des anti-*Tumor Necrosis factor* (anti-TNF) et l'association significative avec la maladie de Crohn suggèrent une anomalie du système de l'immunité innée et des mécanismes inflammatoires. Les peptides antimicrobiens, substances antibactériennes naturelles comme les défensines ou

les cathélicidines qui sont diminués dans les lésions et les *Toll Like Receptors* (TLR) sont parmi les candidats. Les cellules TL-17+ et l'interleukine 17, augmentés, jouent probablement un rôle non négligeable.

80 % des patients sont fumeurs et on admet que la cigarette est un facteur de risque ; cependant, il n'y a pas d'effet dose et l'impact de l'arrêt du tabac n'est pas très documenté. Surpoids et obésité sont à la fois des facteurs de risque et aggravants. Le sevrage tabagique est donc hautement souhaitable ; la réduction du surpoids fondamentale.

En dépit de la prépondérance féminine, du début postpubertaire, de l'amélioration pendant les grossesses, on ne peut incriminer un désordre hormonal.

Les traitements hormonaux sont inefficaces. Cosmétiques, rasage, épilation, usage de talc, mauvaise hygiène ont été accusés à tort. La maladie perturbe déjà suffisamment la vie des patientes sans rajouter des contraintes inutiles.

APPROCHE MÉDICOCHIRURGICALE

Traitements des formes intermittentes

Certains patients souffrent de nodules/abcès douloureux récurrents et ont des périodes plus ou moins prolongées de rémission. Antiseptiques et antibiotiques topiques sont inutiles du fait de la profondeur des lésions.

L'association amoxicilline/acide clavulanique, auto-administrée à dose forte (3 g pour un poids de 60 kg), dès les premiers symptômes, peut éviter l'évolution vers l'abcédation permettant dans plus de la moitié des cas de faire « avorter » la poussée.

Les corticoïdes intralésionnels ou une corticothérapie générale de courte durée peuvent compléter l'action des antibiotiques.

Incision et drainage sont malheureusement nécessaires si un traitement « abortif » n'a pas été utilisé ou n'a pas été efficace. On obtient un soulagement immédiat de la douleur ; le méchage et son renouvellement, extrêmement douloureux, pourraient le plus souvent être évités.

Traitement des formes continues

Les antibiotiques⁹ ont mauvaise réputation car ils sont mal utilisés : sur la foi de prélèvements superficiels non significatifs, les antistaphylocoques à spectre étroit sont sans intérêt. Le spectre antibiotique doit être large. L'association clindamycine/rifampicine, 10 mg/kg/j, pendant plusieurs semaines ou mois entraîne des améliorations importantes, voire des rémissions complètes de longue durée. Les interactions de la rifampicine avec de nombreux médicaments dont les contraceptifs oraux

Échelles de gravité

- La **classification de Hurley**³ est utile pour choisir entre traitement médical ou chirurgie limitée au grade I et chirurgie radicale au grade III.
- Le **score de Sartorius**⁷ est plus intéressant pour suivre l'évolution sous traitement. Un score global⁸ a récemment été utilisé pour évaluer l'adalimumab. Une échelle de douleur et une évaluant la qualité de vie peuvent également être utiles, particulièrement dans les essais thérapeutiques.

À RETENIR

Maladie inflammatoire suppurative et cicatricielle affectant les grands plis. Nodules profonds récurrents, douloureux, évoluant vers l'abcédation et la suppuration, des sinus sous-cutanés et des cicatrices hypertrophiques.
Abcès, « kyste » ou « furoncles » dans les aisselles, les aines ou les fesses, doivent la faire évoquer. Sa prévalence est de 1 %. Elle touche surtout les femmes entre 20 et 40 ans.
Ses causes sont inconnues. L'association avec le tabagisme et l'obésité est significative.
Une antibiothérapie au long cours par clindamycine/rifampicine est efficace dans les formes continues.
L'exérèse d'une lésion récidivante est utile. Large, elle est réservée aux formes évolutives graves.

doivent être gérées. En cas d'échec ou de résultat insuffisant, on peut prescrire d'autres associations incluant le métronidazole, efficace sur les anaérobies responsables d'écoulements nauséabonds. Dès l'obtention d'une rémission, un traitement d'entretien par doxycycline ou azithromycine au long cours permet de retarder ou de supprimer les récurrences. Lorsque la chirurgie est indiquée pour un stade 3 ou un stade 2 avancé, un tel traitement permet d'alléger le geste et de prévenir les complications infectieuses postopératoires.

Les anti-TNF ont montré un effet positif dans plusieurs courtes séries mais avec un biais de publication. Deux essais contrôlés (etanercept, infliximab) étaient négatifs. Dans un autre, on a obtenu une réponse significative à 12 semaines avec une dose hebdomadaire de 40 mg d'adalimumab chez 17 % des patients. Les anti-TNF dont le coût et les effets secondaires potentiels sont importants sont un traitement de deuxième intention.

Les anti-androgènes sont en règle inefficaces.

L'isotrétinoïne est inefficace et parfois aggravante. Quelques cas de succès avec l'acitrétine ont été décrits, c'est peut-être un traitement prolongé d'avenir pour les hommes ; l'utilisation chronique chez la femme est problématique.

La dapsona a montré de bons résultats, mais compte tenu de ses effets secondaires potentiels, elle est peu maniable. La photothérapie dynamique est un échec, prévisible vu la profondeur des lésions.

Le traitement chirurgical doit être pratiqué par un chirurgien expérimenté.

L'excision locale, lorsque l'atteinte cutanée est limitée, particulièrement en cas d'abcès récidivant au même endroit, a l'avantage d'une faible morbidité ; elle est extrêmement utile.

L'exérèse large est la seule solution au stade 3 ; elle a mauvaise réputation auprès des patientes qui craignent son caractère mutilant. Dans des mains expertes, ce peut être une renaissance pour beaucoup de sujets désocialisés par une maladie extrêmement éprouvante : excision radicale avec cicatrization dirigée ou greffe. Son étendue doit être adéquate en largeur et en profondeur, de façon à enlever toutes les lésions suppurantes ainsi que les fistules et les sinus. Le taux de récurrence locale après exérèse large bien faite est inférieur à 30 %.

Les récurrences peuvent survenir ailleurs ; la maladie est plurifocale et la guérison d'une localisation ne préjuge pas (ni dans un sens ni dans l'autre) de l'évolution ultérieure.

Les avantages du laser CO₂ par rapport à la chirurgie classique sont controversés. Le Nd-Yag qui peut modifier assez profondément les lésions sans conséquence pour l'épiderme de surface a de beaux succès à son actif,¹⁰ des études plus larges devraient permettre de comparer les résultats avec ceux de la chirurgie limitée.

QUE DIRE À VOS PATIENTS ?

- C'est une maladie chronique : les traitements sont prolongés et un suivi régulier est nécessaire.
- Aucune menace vitale ; la prise en charge doit permettre de mener une vie normale.
- La chirurgie n'est pas obligatoirement mutilante ; elle peut être salvatrice.
- Retrouver un poids normal est essentiel ; arrêter de fumer a de bonnes chances d'être profitable.
- Sur Internet : <http://verneuil-revuz.blogspot.com>
- Association : Vivons mieux la maladie de Verneuil ; 13, rue du Port, 63000 Clermont-Ferrand. <http://www.vmmv.fr>
- Livre : Jemec GBE, Revuz J, Leyden JJ. Hidradénite suppurée. Traduction française supervisée par Jean Revuz. Paris: Springer Verlag France; 2008.

L'épilation au laser visant à prévenir l'apparition de nouvelles lésions est à l'étude.

Les traitements ne sont pas curatifs, mais correctement utilisés, ils permettent une vie sociale et affective que la maladie de Verneuil compromettrait gravement. ●

RÉFÉRENCES

1. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:596-601.
2. Revuz J. Hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:985-98.
3. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH, ed. *Dermatologic Surgery*. New York: Marcel Dekker; 1989:729-39.
4. Jemec GB, Hansen U. Histology of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:994-9.
5. Jemec GB, Cniadecka M. Ultrasound examination of hair follicles in hidradenitis. *Arch Dermatol* 1997;133:967-70.
6. Wang B, Yang W, Wen W, et al. Gamma-secretase gene mutations in familial acne inversa. *Science* 2010;330:1065.
7. Revuz J. Modifications et mode d'emploi du score de Sartorius pour évaluer la gravité de l'hidradénite suppurée. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:173-4.
8. Kimball AB, Kerdel F, Adams D, et al. Adalimumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: a parallel randomized trial. *Ann Intern Med* 2012;157:846-55.
9. Revuz J. Les traitements antibiotiques dans l'hidradénite suppurée. *Ann Dermatol Venereol* 2012;139:532-41.
10. Xu LY, Wright DR, Mahmoud BH, et al. Histopathologic study of hidradenitis suppurativa following long-pulsed 1064-nm Nd:YAG laser treatment. *Arch Dermatol* 2011;147:21-8.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.