



Maladie de Verneuil, que faire avant d'adresser les patients en centre spécialisé ?

D'après la communication du Dr Farida Benhadou (Service de Dermatologie, Hôpital Erasme, Bruxelles).

La maladie de Verneuil, également connue sous le nom d'hidradénite suppurée ou acné inversée, est considérée à tort comme une maladie rare avec une prévalence de 1 à 3 %. La prédominance est féminine avec un sex ratio de 3 femmes pour 1 homme [1].

1. Poser un diagnostic précis

Le diagnostic est clinique. Il est basé sur la mise en évidence de lésions typiques dans des zones de plis et/ou en zone périnéale avec une évolution chronique définie par la survenue d'au moins 2 épisodes sur 6 mois. Les lésions typiques sont les nodules (lésions solides > 1 cm), les abcès (lésions palpables de consistance liquide), les comédons et les fistules (productives ou non).

Ces lésions doivent être classées selon leur sévérité afin d'adapter la thérapeutique. La classification la plus couramment utilisée est la classification de Hurley. Le stade 1 correspond à la présence d'abcès et de nodules sans cicatrices, le stade 2 à la présence de ces mêmes lésions associées à des lésions cicatricielles et le stade 3 à une atteinte sévère, sans peau saine, dans la région atteinte.

2. Comprendre la physiopathologie

La physiopathologie reste mal comprise. Il existe de nombreux facteurs associés à la survenue de la maladie dont l'obésité, le tabac et les frottements répétés. Une prédisposition génétique est également décrite qui favorise l'occlusion folliculaire et secondairement le déclenchement des phénomènes inflammatoires [2].

10

(type amoxicilline + acide clavulanique) en cure courte est recommandée. L'association d'une corticothérapie orale est parfois discutée ainsi que des injections intralésionnelles de corticoïdes.

>>> Un traitement de fond par gluconate de zinc peut être prescrit pour les formes modérées [4].

>>> En cas de formes modérées ou sévères, une antibiothérapie systémique doit être proposée comme les cyclines, l'association clindamycine-rifampicine ou d'autres associations antibiotiques (rifampicine-moxifloxacine-métronidazole).

>>> Les biothérapies représentent une alternative intéressante et une avancée majeure dans la prise en charge de la maladie de Verneuil [5]. La première biothérapie approuvée par la FDA a été

3. Débuter une prise en charge globale

La prise en charge est complexe et les mesures générales sont très importantes, parmi lesquelles le sevrage tabagique et la perte de poids. L'utilisation de contraceptifs anti-androgéniques peut se discuter dans certaines situations. La gestion de la douleur et des plaies est également importante.

4. Mettre en place des thérapeutiques adaptées

Les données de prise en charge sont issues des *guidelines* de la Société européenne de dermatologie.

En cas de lésions inflammatoires, un traitement médical doit être proposé et, en cas de lésions cicatricielles, une option chirurgicale doit être envisagée (fig. 1).

>>> En cas de maladie inflammatoire légère, l'utilisation d'antibiotiques topiques est préconisée. Leur utilisation à long terme est cependant controversée en raison du risque d'apparition de résistances. Des études ont également montré une efficacité des injections intralésionnelles de corticoïdes sur l'amélioration rapide des douleurs [3].

>>> En cas de poussée inflammatoire aiguë, une antibiothérapie à large spectre

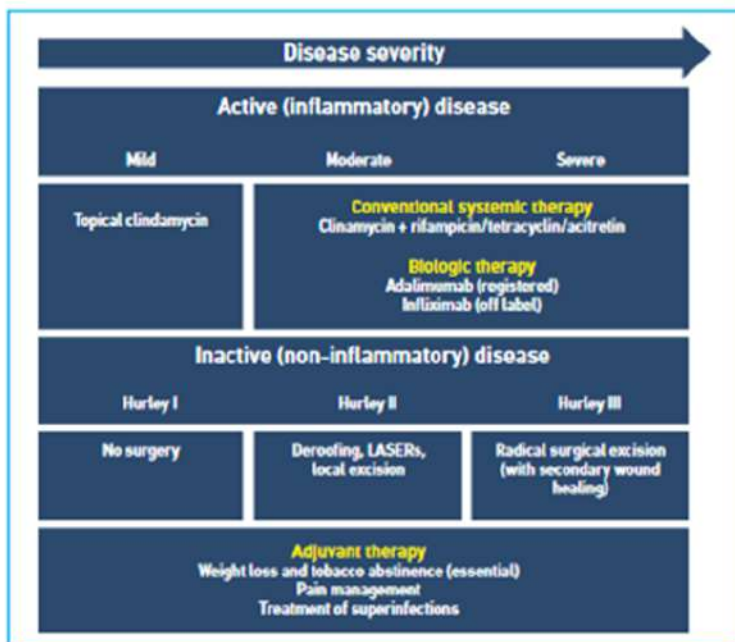


Fig. 1 : Recommandations européennes de prise en charge.

l'adalimumab, avec un schéma thérapeutique différent de celui du psoriasis (dose de charge de 160 mg puis 80 mg et enfin 40 mg par semaine). En Belgique, l'adalimumab peut être utilisé après échec des autres traitements pour les maladies de stades Hurley 2 ou 3.

De nombreux essais thérapeutiques évaluant différentes biothérapies sont en cours. Les schémas thérapeutiques d'avenir seront probablement des combinaisons de biothérapies et de techniques chirurgicales innovantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. RISVUZ J. Hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*, 2009;23: 958-998.
2. VAN DER ZEE HH, LAMAN JD, BOER J *et al.* Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis

and novel treatments. *Exp Dermatol*, 2012;21:735-739.

3. RUIS PT, BOER J, PRENS EP *et al.* Intralestional triamcinolone for flares of hidradenitis suppurativa (HS): A case series. *J Am Acad Dermatol*, 2016;75:1151-1155.
4. BROCARD A, KNOL AC, KHAMMARI A *et al.* Hidradenitis suppurativa and zinc: a new therapeutic approach. A pilot study. *Dermatology*, 2007;214:325-327.
5. ZOUBOULIS CC, OKUN MM, PRENS EP *et al.* Long-term adalimumab efficacy in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa/acne inversa: 3-year results of a phase 3 open-label extension study. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:60-69.e2.