

C133

### Tabac et hidradénite suppurée : facteur protecteur ou facteur aggravant ? Analyse d'une série de 524 patients

F. Canoui-Poitrine<sup>a</sup>, J. Revuz<sup>b,\*</sup>, P. Wolkenstein<sup>c</sup>, C. Viallette<sup>d</sup>, G. Gabison<sup>b</sup>, F. Pouget<sup>b</sup>, F. Poli<sup>b</sup>, O. Faye<sup>e</sup>, S. Bastuji-Garin<sup>a</sup>

<sup>a</sup> EA 4393, santé publique, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, université Paris-12, Créteil ; <sup>b</sup> dermatologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP ; <sup>c</sup> EA 4393, dermatologie, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, université Paris-12 ; <sup>d</sup> unité de recherche clinique, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, Créteil, France ; <sup>e</sup> dermatologie, CNAM, Bamako, Mali

\* Auteur correspondant.

**Mot clé :** Hidradénite suppurée

**Introduction.**— L'influence du tabac sur l'évolution de l'hidradénite suppurée (HS) n'est pas clairement établie. L'objectif était d'étudier le lien entre le tabagisme et la gravité de l'HS.

**Matériel et méthodes.**— L'ensemble des patients atteints d'HS et vus en consultation dans notre centre entre 2002 et 2009 ( $n=524$ ) ont été inclus. Le statut tabagique, la consommation de tabac, la date de début du tabac par rapport au début de la maladie étaient recueillis. La gravité de l'HS était estimée par le score de Sartorius et la classification de Hurley. L'association entre le tabagisme et la gravité a été étudiée par des modèles de régression linéaire et logistique ajustés sur les principaux facteurs de gravité de l'HS.

**Résultats.**— À la première consultation, 80 patients (15,3%) déclaraient être non-fumeurs, 54 (10,3%) ex-fumeurs et 388 (74,4%) fumeurs. Le score de Sartorius était plus faible chez les fumeurs que les non-fumeurs et ex-fumeurs (20,0 ( $\pm 12,7$ ) versus 22,4 ( $\pm 19,2$ ) et 24,3 ( $\pm 24,4$ ), ainsi que la proportion de patients en classe II/III de Hurley (30,8% versus 37,1% et 41%). En analyse multivariée, les fumeurs avaient tendance à avoir un score de Sartorius moins élevé que les non-fumeurs (Coefficient = (3,37 ; Intervalle de Confiance à 95% [IC 95%] : (7,19 à 0,45 ;  $p=0,08$ )). Les fumeurs étaient également moins souvent classés en Hurley classe II/III que les non-fumeurs (Odds Ratio [OR] ajusté = 0,27 ; IC 95% : 0,10 à 0,71 ;  $p<0,01$ ). Parmi les fumeurs et ex-fumeurs, 69,1% ( $n=299$ ) déclaraient avoir commencé à fumer avant le début de la maladie. Considérant le statut tabagique antérieur au début de l'HS, l'âge moyen de début de l'HS était de 18,1 ans ( $\pm 7,3$ ) chez les non-fumeurs et de 24,2 ans ( $\pm 7,6$ ) chez les fumeurs ( $p<0,001$ ). Les patients qui fumaient antérieurement à leur maladie avaient une forme en moyenne moins sévère que les non-fumeurs (Sartorius moyen = 19,3 [ $\pm 14,7$ ] ; Coefficient = (4,21 ; IC 95% : (8,11 à 0,31 ;  $p=0,03$  ; proportion de patients en classe II/III de Hurley = 29,1% ( $n=78$ ) ; OR ajusté = 0,30 ; IC 95% : 0,11 à 0,82 ;  $p=0,02$ ). En revanche, aucune différence du niveau de sévérité n'était observée entre les patients qui avaient commencé à fumer après le début de la maladie et les non-fumeurs ni selon la dose de tabac fumée.

**Discussion.**— Dans notre série, les fumeurs actifs et particulièrement les fumeurs ayant commencé à fumer avant le début de l'HS avaient une maladie moins sévère que les non-fumeurs. Une étude récente a suggéré, à l'inverse, une plus grande sévérité chez les fumeurs actifs comparés aux non-fumeurs mais sans prendre en compte la date de début du tabagisme [1]. Compte tenu de l'absence de suivi prospectif du tabagisme et de la gravité de l'HS, le lien de causalité entre tabac et sévérité de l'HS est à interpréter avec prudence et doit être confirmé par des études longitudinales. **Conclusion.**— Les patients souffrant d'HS sont plus fréquemment fumeurs que les sujets de la population générale [2]. Nos résultats suggèrent que le tabagisme actif pourrait être associé à une moindre sévérité de l'HS, particulièrement quand il est antérieur au début de la maladie, et peut-être à un début plus tardif.

### Références

- [1] Sartorius K, et al. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *Br J Dermatol* 2009 [Epub ahead of print].  
[2] Revuz JE, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: A case control study. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:596–601.

C134

### Risques associés à l'utilisation de fumarate de diméthyle pour le traitement antifongique de meubles ou d'articles chaussants

F. Flesch<sup>a</sup>, A. Lefranc<sup>b</sup>, A. Cochet<sup>b</sup>, N. Caillère<sup>c</sup>, R. Garnier<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> Comité de coordination de toxicovigilance, centre antipoison et de toxicovigilance, Strasbourg ; <sup>b</sup> comité de coordination de toxicovigilance, institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; <sup>c</sup> cellule de coordination des alertes, institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; <sup>d</sup> comité de coordination de toxicovigilance, centre antipoison et de toxicovigilance, Paris, France

\* Auteur correspondant.

**Mot clé :** Diméthylfumarate

**Introduction.**— Suite aux premiers signalements de cas de réaction cutanée liés au diméthylfumarate en France, la Direction générale de la santé a saisi, le 31 octobre 2008, le Comité de coordination de la toxicovigilance pour qu'il évalue les risques liés à une exposition au diméthylfumarate.

**Matériel et méthodes.**— Des messages d'alerte ont été adressés par la DGS et l'InVS aux services hospitaliers de dermatologie, de pédiatrie, d'urgence, aux SAMU-centres 15 et à SOS-médecins. Ils invitaient les destinataires à signaler les cas dont ils avaient connaissance aux CAPTV. Ils ont été relayés par la Société française de dermatologie et par la Société française de médecine d'urgence. Les observations signalées ont été analysées et, après suppression des doublons, les cas ont été classés en certains, probables, plausibles, douteux ou exclus, sur des critères sémiologiques et chronologiques. L'InVS a extrait des données transmises par les services d'urgences participant au réseau Oscour les cas de dermatites de contact observés entre juin 2007 et décembre 2008. Les données bibliographiques pertinentes ont été sélectionnées par interrogation des bases de données Medline et Toxline sur le DMFu et les autres fumarates ou maléates d'alkyle ; cette première sélection a été complétée par l'analyse des références citées par les articles extraits en première intention.

**Résultats.**— Cent-trente quatre (134) signalements ont été analysés ; l'imputabilité au DMFu a été exclue pour 16 d'entre eux. Parmi les 118 autres signalements, 28 cas étaient d'imputabilité certaine au DMFu, 8 d'imputabilité probable, 61 cas plausibles et 21 douteux. Les objets en cause étaient majoritairement des articles chaussants (55%) et des fauteuils ou canapés (39%) mais d'autres articles étaient plus rarement impliqués. Soixante-cinq pour cent (62/95) des cas dont l'évolution est connue étaient guéris en décembre 2008. L'extraction des données d'Oscour n'a pas montré d'augmentation de l'incidence des consultations dans les services d'urgence pour dermatite de contact. L'analyse des données bibliographiques a confirmé que le DMFu pouvait être responsable de dermatites de contact irritatives et allergiques ; elle a établi l'existence d'effets semblables des autres fumarates et maléates d'alkyle avec la possibilité de réactions allergiques croisées entre le DMFu et certains d'entre eux.

**Discussion.**— Le dispositif mis en place n'avait pas pour objectif d'être exhaustif, cependant la mobilisation large de l'ensemble des acteurs a permis le recueil d'informations pertinentes et détaillées pour un important nombre de cas. Les données collectées ne permettaient pas toujours de faire les parts respectives de l'irritation et de la sensibilisation allergique dans les dossiers analysés.