



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



MÉMOIRE ORIGINAL

Maladie de Verneuil : étude rétrospective chez 93 malades traités chirurgicalement

Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: A retrospective study of 93 cases

F. Bordier-Lamy^a, J.-P. Palot^b, F. Vitry^c, P. Bernard^a,
F. Grange^{a,*}

^a Service de dermatologie, hôpital Robert-Debré, CHU de Reims, avenue du Général-Koenig, 51092 Reims cedex, France

^b Service de chirurgie digestive, CHU de Reims, 51092 Reims, France

^c Centre de recherche, d'investigation clinique et d'aide méthodologique, CHU de Reims, 51092 Reims, France

Reçu le 2 octobre 2007 ; accepté le 29 février 2008

Disponible sur Internet le 10 avril 2008

MOTS CLÉS

Maladie de Verneuil ;
Chirurgie

Résumé

Introduction. — La maladie de Verneuil (MV) est une maladie chronique, très invalidante dans ses formes graves. L'exérèse chirurgicale étendue des zones atteintes est souvent considérée comme le seul traitement potentiellement curatif. Néanmoins, peu d'équipes en ont une large expérience. Notre objectif était d'évaluer l'histoire clinique et les résultats du traitement chirurgical chez tous les malades opérés à visée curative dans un centre de référence.

Malades et méthodes. — Les dossiers des malades opérés entre janvier 1985 et janvier 2007 ont été revus, et les malades réinterrogés par questionnaire postal et/ou par téléphone sur l'histoire et le retentissement de leur maladie, leur satisfaction vis-à-vis du traitement chirurgical et les récurrences en territoire opéré. Des analyses séparées ont été réalisées par malade et par territoire opéré.

Résultats. — Chez 93 malades, suivis pendant un à 205 mois (moyenne : 30), 209 territoires anatomiques ont été opérés à visée curative, soit de façon limitée (excision en zone macroscopiquement saine), soit de façon large (à distance des zones atteintes). La maladie évoluait en moyenne depuis 7,6 ans avant la prise en charge chirurgicale, avec un début plus précoce de sept ans chez les femmes, de multiples traitements médicaux souvent jugés peu adaptés, et un retentissement jugé très important sur la vie personnelle et professionnelle. Les interventions ont nécessité une hospitalisation d'une durée moyenne de 6,6 jours, entraîné des complications dans 21% des cas et ont été souvent perçues comme « éprouvantes ». Une récurrence en zone

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fgrange@chu-reims.fr (F. Grange).

opérée est survenue dans un tiers des cas, plus fréquemment après des exérèses limitées. Néanmoins, 74% des malades étaient finalement satisfaits du traitement chirurgical et la majorité le considérait comme seul efficace.

Discussion. – Notre étude confirme l'importance du retentissement de la maladie de Verneuil sur la vie des malades et l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale impliquant des équipes entraînées.

Conclusion. – La chirurgie large reste un traitement de référence des formes étendues de maladie de Verneuil. Cependant, cette maladie chronique, multifocale, récidivante et encore insuffisamment connue requiert des approches médicales innovantes et le développement d'essais thérapeutiques.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Hidradenitis
suppurativa;
Surgery

Summary

Introduction. – Hidradenitis suppurativa is a chronic disease, severe forms of which may be highly invalidating. Although wide surgery is usually considered the most effective curative therapy, few medical teams in France have extensive experience of this approach. Our aim was to evaluate the clinical history and the results of surgery in all patients operated with curative intent in an experienced centre.

Patients and methods. – Medical records were reviewed for all patients operated between January 1985 and January 2007. In addition, the patients were contacted by telephone and/or letter and asked about their clinical history, the repercussions of their disease on their daily lives, postsurgical relapse and their overall satisfaction regarding surgery. Separate analyses were carried out for patients and for individual operated sites.

Results. – Of 93 patients followed-up for between one and 205 months (mean: 30 months), 209 anatomical sites were operated with curative intent, using either limited excision (i.e. including all visible lesions without margins) or wide excision (i.e. including all lesions with a significant margin). The disease had been present for an average of 7.6 years before surgical treatment, with onset seven years earlier in women. Most patients had previously received multiple and often unsuitable medical treatments. Patients' personal and professional lives were highly affected. Surgery required hospitalization for an average duration of 6.6 days, caused complications in 21% of cases and was often perceived as trying. Relapse in the operated areas occurred in 33% of cases and this was more frequent after limited excision. Nevertheless, 74% of patients were ultimately satisfied with their surgical treatment and most regarded surgery as the only really effective therapy.

Discussion. – Our study confirms the heavy repercussions of hidradenitis suppurativa on patients' day-life as well as the value of surgical management by experienced surgeons.

Conclusion. – Wide excision remains the mainstay of therapy in extensive forms of hidradenitis suppurativa. However, this chronic, disseminated and recurrent disease continues to be insufficiently understood and innovative medical approaches, including the development of clinical trials, are required.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La maladie de Verneuil (MV) ou hidradénite suppurée, est une maladie inflammatoire chronique, suppurative, fistulisante et d'évolution cicatricielle des régions où il existe des glandes apocrines. Cette affection, classiquement considérée comme rare, a en fait une prévalence qui varie de 0,3 à 4% dans les pays industrialisés [1,2]. Elle touche l'adulte jeune et a un retentissement très important sur sa qualité de vie [3,4]. La chirurgie large en est un traitement de référence des formes graves, mais peu de groupes médicochirurgicaux proposent une prise en charge intégrée de cette maladie et la plupart des équipes chirurgicales n'en ont qu'une expérience limitée. Le but de ce travail était d'évaluer, chez tous les malades traités chirurgicalement pour une maladie de Verneuil entre janvier 1985 et janvier 2007, dans un centre expérimenté les points suivants :

- les caractéristiques des malades et leur histoire clinique ;
- les résultats de la prise en charge chirurgicale : complications, taux de récurrence, réinterventions et satisfaction des malades à long terme.

Malades et méthodes

Examen des dossiers

Les dossiers de tous les malades opérés pour une MV dans le service de chirurgie digestive du CHU de Reims entre janvier 1985 et janvier 2007 ont été revus. Était éligible pour l'étude tout malade traité par excision à visée curative dans au moins un territoire anatomique. L'exérèse à visée curative était définie comme une exérèse sous anesthésie générale de l'ensemble des lésions de MV du territoire, passant soit

en zone macroscopiquement saine (exérèse à visée curative limitée), soit à distance des zones atteintes (exérèse à visée curative large). Les malades opérés sous simple anesthésie locale, ceux ayant eu une incision de nodule ou une excision intralésionnelle limitée (sans visée curative) étaient exclus de l'étude, de même que les affections différentes de la MV (abcès et fistules anales notamment). Des données étaient recueillies pour chaque malade et pour chaque territoire anatomique opéré.

Les données par malade étaient le sexe, l'âge de début de la maladie, l'âge lors de la première intervention, les comorbidités suspectées de jouer un rôle dans cette maladie (tabagisme, obésité, diabète), certaines maladies associées (acné, sinus pilonidal, maladie de Crohn), les traitements antérieurs à la prise en charge chirurgicale, et le nombre de territoires anatomiques atteints avant la première intervention chirurgicale ou lors du suivi ultérieur.

Les territoires anatomiques opérés étaient répartis en dix sièges : axillaires droit et gauche, génitofémoraux droit et gauche, pubien, périnéal (comprenant les atteintes interfessières), fessiers droit et gauche, sous-mammaires droit et gauche. Pour chaque territoire opéré, les données suivantes étaient recueillies comme suit :

- les stade de Hurley :
 - stade I : abcès unique ou multiples, sans fistule ni processus cicatriciel fibreux,
 - stade II : abcès récidivants avec formation de fistules et cicatrices, lésions uniques ou multiples, mais non coalescentes,
 - stade III : extension diffuse, avec nombreux abcès et brides interconnectés et trajets fistuleux touchant une région entière ;
- les données chirurgicales : surface cutanée de la pièce opératoire ; type d'excision, limitée ou large, déterminé à partir des comptes rendus opératoires (l'exérèse était considérée comme « large » lorsque le compte rendu opératoire spécifiait qu'elle passait « au large » ou « à distance » de toutes les lésions cliniquement visibles, et comme « limitée » dans les autres cas) ; type de réparation (cicatrisation dirigée, greffe ou suture incluant les lambeaux) ; durée d'hospitalisation ; délai de cicatrisation ; complications à court et long terme ;
- les données évolutives : durée de suivi, récidives (définies comme la survenue de nouvelles lésions dans le même territoire), réinterventions.

Enquête complémentaire

Un questionnaire a été envoyé à tous les patients en mai 2006 afin de recueillir des données non disponibles dans

les dossiers : nombre de récidives n'ayant pas nécessité de réintervention ou de consultation dans notre centre, réinterventions en dehors de notre centre. Les malades étaient aussi interrogés rétrospectivement sur le retentissement de leur maladie sur leur vie personnelle et professionnelle avant la prise en charge chirurgicale, et sur leur satisfaction vis-à-vis de la chirurgie. En outre, la majorité des malades ont été recontactés par téléphone par un dermatologue investigateur (FBL) entre janvier et février 2007 de façon à compléter les données manquantes.

Statistiques

Les tests statistiques utilisés ont été le test de khi-2 pour les comparaisons de pourcentages et le test de Student pour les comparaisons de moyennes.

Résultats

Analyse des données par malades

Quatre-vingt-treize malades ont été inclus. Parmi eux, 64 (69%) ont pu être recontactés entre mai 2006 et février 2007, par questionnaire ($n=43$) et/ou entretien téléphonique ($n=62$). Il s'agissait de 38 hommes et 55 femmes (sex-ratio : 0,7), adressés au service de chirurgie dans 44% des cas par un dermatologue, 19% par leur médecin traitant, et venus d'eux-mêmes dans 7% des cas (mode de recrutement autre ou non précisé : 30%). Quatre malades avaient un parent au premier degré également inclus dans l'étude. Cinquante-six malades étaient fumeurs (60%), sept diabétiques (7,5%), 36 en surcharge pondérale (39%). Une acné était présente dans 28 cas, un sinus pilonidal dans 26 cas et une maladie de Crohn dans un cas.

L'âge moyen de début de la maladie était de 25 ans (médiane : 22 ans ; extrêmes : 11–55 ans). Les femmes débutaient leur maladie plus tôt et se faisaient opérer plus tôt que les hommes (Tableau 1). En moyenne, les patients ont été pris en charge chirurgicalement dans notre centre 7,6 ans après le début de leur maladie. Auparavant, 64% d'entre eux avaient été traités par antibiotiques (17,5% des cyclines ; 52% des antistaphylococciques ; 26% une association cyclines + antistaphylococciques ; 4,5% d'autres antibiotiques) ; 17% avaient reçu de l'isotrétinoïne ; 14,5% des femmes avaient eu un traitement par acétate de cyprotérone. Seuls trois malades avaient été confiés directement au chirurgien sans traitement médical antérieur. Soixante et onze pour cent des malades avaient eu un ou plusieurs gestes chirurgicaux antérieurs ; il s'agissait en général de gestes

Tableau 1 Caractéristiques et évolution de la maladie en fonction du sexe.

| | Hommes ($n=38$) | Femmes ($n=58$) | p |
|---|-------------------|-------------------|----------|
| Âge de début ^a | 30,5 | 22,0 | 0,0002 |
| Âge au moment de la première intervention ^a | 38,0 | 29,0 | < 0,0001 |
| Délai entre début de la maladie et première intervention ^a | 7,6 | 7,6 | NS |
| Nombre de territoires atteints | 3,4 | 3,7 | NS |

^a Les chiffres correspondent aux moyennes, en années.

Tableau 2 Fréquence des interventions par territoire anatomique en fonction du sexe.

| Territoire anatomique opéré | Femmes N = 128 (100 %) | Hommes N = 81 (100 %) | Total N = 209 (100 %) |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Axillaire | 56 (44) | 27 (33) | 83 (39,5) |
| Génitofémoral | 46 (36) | 22 (27) | 68 (32,4) |
| Fesses | 2 (1,6) | 15 (18,5) | 17 (8,6) |
| Sous-mammaire | 11 (8,5) | 3 (3,7) | 14 (6,7) |
| Autres territoires | 13 (10) | 14 (17) | 27 (12,9) |

limités (64,5% sous anesthésie locale, 16% sous anesthésie générale et 19,5% les deux).

Le retentissement de la maladie avant la prise en charge chirurgicale, évalué rétrospectivement par questionnaire et/ou entretien téléphonique (N=64), était globalement très important puisque les malades se disaient « énormément » ou « très » affectés dans 78% des cas pour ce qui concernait leur vie professionnelle et 68% dans leur vie personnelle. Les femmes étaient plus affectées sur le plan personnel et les hommes au niveau professionnel, sans que ces différences soient significatives.

Aucun malade n'est décédé de sa MV ni de son traitement. Aucun cas de cancérisation ni d'amylose n'a été observé. Le nombre moyen de territoires anatomiques atteints au cours de l'évolution (avant et/ou après la prise en charge chirurgicale) était compris entre trois et quatre, sans différence significative selon le sexe (Tableau 1). Neuf patients (10%) n'avaient qu'un territoire atteint, 40 (43%) en avaient deux ou trois et 44 (47%) en avaient quatre ou plus. Au cours du suivi moyen de 30 mois (extrêmes : 1 à 205 mois), la majorité des malades ont été opérés à plusieurs reprises. Le nombre de territoires anatomiques distincts opérés par malade variait de un à sept (moyenne : 2,5). Trente et un pour cent des malades ont eu un seul territoire opéré, 35% en ont eu deux, 12% en ont eu trois, 15% en ont eu quatre et 6% entre cinq et sept. Au total, 209 territoires anatomiques ont été opérés dans notre centre chez ces 93 malades.

Soixante-quatre malades (60%) ont pu être interrogés sur leur ressenti vis-à-vis de la chirurgie et sur leur satisfaction quant aux résultats obtenus. La perception variait en fonction du sexe : 32% des femmes (contre 9% des hommes) jugeaient les interventions « énormément éprouvantes » et seulement 12% d'entre-elles (contre 19% des hommes) les jugeaient « pas du tout éprouvantes » ($p=0,0005$). En revanche, l'appréciation des résultats était indépendante

du sexe. Les trois quarts des malades étaient satisfaits des résultats des interventions chirurgicales, 92% se déclaraient disposés à les refaire si nécessaire (jugant dans 54% des cas la chirurgie comme le seul traitement efficace), et 93% conseilleraient à des proches atteints de maladie de Verneuil de se faire opérer.

Analyse des données par territoires anatomiques opérés

Chaque territoire opéré était analysé séparément et désigné « intervention », même lorsque plusieurs territoires étaient opérés au cours d'une même anesthésie générale. La répartition par sièges des 209 « interventions » est montrée dans le Tableau 2. Elle variait en fonction du sexe. Chez les hommes, 35,5% concernaient les fesses, le pubis et/ou le périnée, alors que ces sièges étaient rarement opérés chez les femmes (11,6%, $p=0,003$). Chez ces dernières, 87,5% concernaient les régions axillaires, génitofémorales et/ou sous-mammaires (contre 64% chez les hommes, $p=0,003$).

Parmi les 209 territoires opérés, 7% étaient au stade I de Hurley, 49% au stade II et 21% au stade III (stade non précisé : 24%). Il n'a pas été trouvé d'association significative entre le territoire anatomique et le stade de Hurley ($p=0,21$). Le type d'excision était une exérèse limitée dans 118 cas (56,5%) et une exérèse large dans 91 cas (43,5%). Un examen anatomopathologique était réalisé dans 202 cas, permettant d'évaluer la surface de la pièce d'exérèse. Celle-ci était comprise entre cinq et 50 cm² dans 72,5% des cas, entre 50 et 150 cm² dans 23% et dépassait 150 cm² dans 4,4% (médiane : 26 cm²). Le type de réparation utilisé était une fermeture directe par suture ou lambeau dans 51% des cas, une greffe dans 11% et une cicatrisation dirigée dans 38%. Le type de réparation choisi dépendait de la surface d'exérèse, mais aussi de la zone anatomique, avec des fermetures directes fréquentes dans les zones sous-

Tableau 3 Types de réparation en fonction du territoire anatomique et durées postopératoires correspondantes.

| | Durée moyenne d'hospitalisation (jours) | Délai moyen de cicatrisation (semaines) | Territoire anatomique opéré | | |
|-----------------------|---|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| | | | Axillaire/Sous-mammaire n = 97 (100 %) | Genitofémoral n = 68 (100 %) | Autres territoires n = 44 (100 %) |
| Type de réparation | $p=0,0001$ | $p=0,01$ | $p=0,003$ | $p=0,003$ | $p=0,003$ |
| Suture ou lambeau | 4,1 | 8,9 | 52 (54) | 43 (63) | 11 (25) |
| Greffe | 17,3 | 13,8 | 5 (5) | 6 (9) | 12 (27) |
| Cicatrisation dirigée | 7,8 | 14,9 | 40 (41) | 19 (28) | 21 (48) |

Tableau 4 Complications postopératoires immédiates et à distance.

| Type de complication | n | Pourcentage (sur 209 interventions) |
|---------------------------------|----|-------------------------------------|
| Complications immédiates | | |
| Infection postopératoire | 11 | (5,3) |
| Lâchage de suture | 7 | (3,3) |
| Hémorragie | 2 | (1,0) |
| Complications à distance | | |
| Douleur persistante | 17 | (8,1) |
| Bride | 12 | (5,7) |
| Lymphoedème | 2 | (1,0) |
| Fistule | 2 | (1,0) |
| Cicatrice hypertrophique | 1 | (0,5) |
| Sténose orificielle | 1 | (0,5) |
| Échec greffe | 2 | (1,0) |

mammaires et génitofémorales, et une cicatrisation dirigée prépondérante dans la région périnéale. La méthode de réparation influait fortement sur la durée d'hospitalisation (deux à 53 jours, moyenne : 6,6, médiane : quatre) et le délai de cicatrisation (un à 60 semaines, moyenne : 12,3, médiane : huit). Les sutures et lambeaux étaient associés aux durées d'hospitalisation et de cicatrisation les plus courtes (Tableau 3).

Des complications postopératoires immédiates ou à distance ont été observées dans 44 cas (21%). Les types de complications sont indiqués dans le Tableau 4. Parmi les infections postopératoires, 58% concernaient la région génitofémorale et 75% survenaient après fermeture directe. Les lâchages de suture intéressaient fréquemment la zone axillaire (37%). Les greffes étaient considérées comme des « échecs » dans deux cas sur 22 (9%). Parmi les complications à distance, les douleurs persistantes et les brides concernaient majoritairement la région axillaire (63% pour les douleurs et 83% pour les brides). Les malades dont les interventions étaient suivies de complications étaient en moyenne plus jeunes et avaient plus de territoires anatomiques atteints que les malades opérés sans complication (Tableau 5).

Une ou plusieurs récurrences sont survenues dans 69 des 209 territoires opérés (33%). Seul le type d'excision (large ver-

sus limité) était lié à la survenue de récurrence. En effet, une ou plusieurs récurrences étaient notées chez 38% des malades ayant eu une exérèse limitée versus 26% des malades ayant eu une exérèse au large ($p=0,04$). Le sexe, le nombre de territoires atteints, l'âge au moment de la première intervention, l'âge de début de la maladie, le stade de Hurley, la surface cutanée retirée et le type de réparation n'étaient pas liés à la survenue de récurrence. Le délai de survenue des récurrences variait de neuf à 191 mois (moyenne : 22). Sur les 69 interventions suivies de récurrences, 93% ont fait l'objet de réinterventions. Les territoires réopérés l'ont été une fois dans 61% des cas, deux fois dans 23%, trois fois dans 6% et quatre fois dans 3% des cas.

Discussion

Notre étude confirme, sur une grande cohorte rétrospective, l'importance du retentissement de la MV sur la vie quotidienne des malades, leur long parcours médical précédant la prise en charge chirurgicale, et leur satisfaction finale vis-à-vis de la chirurgie. Ces résultats doivent, toutefois, être interprétés en tenant compte des biais de sélection, puisque l'étude était basée sur un recrutement chirurgical dans un centre spécialisé. Certaines formes mineures de la maladie, ou contrôlées par un traitement médical, ont de fait été exclues. Toutefois, de nombreuses études antérieures ont souligné la faible efficacité des traitements médicaux [5–8] et l'intérêt de la chirurgie large [9–12] dans les atteintes sévères. Dans notre étude, le long délai d'évolution avant la prise en charge chirurgicale (moyenne : 7,6 ans) et la fréquence de traitements qui nous paraissent peu appropriés (en particulier antibiotiques antistaphylococciques et incisions de « kystes » ou « d'abcès »), semblent refléter une méconnaissance persistante de la MV. Bien que ces données n'aient pas été recueillies systématiquement, on notait fréquemment chez les malades des idées initialement fausses concernant leur maladie (origine infectieuse, contagiosité), voire des conséquences objectives sur leur vie personnelle ou professionnelle telles qu'une perte d'emploi ou des refus de gardes d'enfant. Il nous paraît important de souligner le rôle du dermatologue comme expert de cette maladie peu connue des médecins généralistes et des autres spécialistes, et comme acteur central d'une prise en charge médicochirurgicale intégrée. La moitié des patients de notre étude ont été adressés au chirurgien par un dermatologue.

Tableau 5 Comparaison entre les interventions compliquées et non compliquées.

| Facteurs étudiés | Interventions suivies de complications n = 44 | Interventions non compliquées n = 165 | p |
|---|--|--|--------|
| Âge à la 1 ^{re} intervention ^a | 28,8 | 33,1 | 0,01 |
| Âge de début de la maladie ^a | 19,5 | 25,9 | 0,0003 |
| Sexe (H/F) | 21/20 | 79/80 | NS |
| Nombre de territoires atteints par patient ^a | 5 | 4 | 0,0001 |
| Stade III de Hurley (%) | 10 | 33 | NS |

^a Moyennes.

La prise en charge chirurgicale de la MV reste lourde. Elle repose sur des interventions larges, nécessitant dans notre étude une greffe ou une cicatrisation dirigée dans près de la moitié des cas, une hospitalisation d'une durée moyenne de six à sept jours, et un temps de cicatrisation moyen de 12 semaines. Par rapport à la cicatrisation dirigée, la greffe allonge la durée d'hospitalisation sans raccourcir la cicatrisation et apparaît donc peu avantageuse. Dans notre expérience, la fermeture directe est la technique de choix dans les régions sous-mammaire et génitofémorale, alors que la cicatrisation dirigée est préférée dans la zone périnéale [13]. Enfin, deux cas exceptionnels ont nécessité une colostomie de décharge.

Le traitement chirurgical implique dans la majorité des cas des interventions répétées du fait de récurrences dans les sites opérés ou d'atteinte d'autres sites. La plupart de nos malades ont été opérés plusieurs fois : 69 % l'ont été dans au moins deux territoires anatomiques et 21 % dans quatre territoires ou plus ; une récurrence en zone opérée est survenue dans un tiers des cas (2,5 à 33 % dans la littérature [14,15]), après une durée moyenne de 22 mois, malgré l'importance des excisions réalisées. La survenue de récurrences était significativement plus fréquente après exérèse limitée qu'après exérèse large. Ce résultat doit être tempéré par les imprécisions dans l'évaluation du caractère limité ou large des exérèses à partir des seuls comptes rendus opératoires, telle que nous l'avons réalisée dans cette étude rétrospective. La littérature apporte sur ce point des données variables. De nombreux auteurs ont observé des récurrences moins fréquentes après exérèse « large » [10,12,16,17] ; d'autres remettent en question cette notion [18], soulignant l'absence de définition précise de l'exérèse « large » [19], ou préférant réaliser des exérèses moins larges, mais moins destructrices [20]. D'autres facteurs comportant la surface d'exérèse, le nombre de territoires opérés [14], leur siège [16] et le type de réparation [21] ont pu être liés à la survenue de récurrences dans d'autres études, mais non dans notre série.

Des complications postopératoires précoces ou tardives sont survenues après 21 % des 209 interventions (17 à 26 % dans la littérature [6,14]), plus fréquemment chez les sujets jeunes et qui avaient un grand nombre de territoires atteints. Rompel et Petres [14] ont également observé plus de complications en cas de nombre élevé de territoires atteints, mais chez la personne âgée. Les complications tardives les plus fréquentes dans notre étude étaient les douleurs persistantes et les brides. Elles étaient surtout observées dans la région axillaire. Les complications précoces étaient dominées par les infections, surtout dans la région génitofémorale après suture, et par les lâchages de suture dans la zone axillaire.

Notre étude fournit également des informations sur l'histoire naturelle et le contexte de survenue de la MV. Celle-ci débutait généralement chez l'adulte jeune : 25 ans en moyenne (entre 20 et 30 ans dans la littérature [22]), et concernait plus de femmes que d'hommes, en accord avec les données de la littérature [5,14]. De plus, dans notre série, les femmes se faisaient opérer plus tôt que les hommes, et rapportaient un début plus précoce de leur maladie. Ce début plus précoce de la MV chez les femmes n'a pas été rapporté antérieurement à notre connaissance, et nécessiterait d'être confirmé par une

étude prospective. Les femmes avaient plus souvent que les hommes une atteinte des régions axillaires et génitofémorales, et moins souvent une atteinte de la région périnéofessière.

Conclusion

Malgré une prévalence assez élevée, il nous semble que la MV est encore insuffisamment diagnostiquée et traitée. Compte tenu de sa chronicité, de son retentissement majeur sur la qualité de vie et de l'efficacité modérée des traitements médicaux dans les formes sévères de la maladie (stade III de Hurley) [18], sa prise en charge chirurgicale devrait être plus fréquemment envisagée. Celle-ci repose dans notre expérience sur des interventions étendues et souvent répétées, jugées éprouvantes, mais finalement très satisfaisantes par les malades, avec un faible taux de complications graves. Une orientation plus systématique vers des équipes médicochirurgicales spécialisées et le développement d'essais thérapeutiques innovants devraient dans un proche avenir améliorer la prise en charge des malades.

Références

- [1] Brown TJ, Rosen T, Orenge IF. Hidradenitis suppurativa. *South Med J* 1998;91:1107–14.
- [2] Jemec GB, Heidenheim M, Nielsen NH. The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol* 1996;35:191–4.
- [3] Wolkenstein P, Loundou A, Barrau K, Auquier P, Revuz J. Quality of Life Group of the French Society of Dermatology. Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: a study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:621–3.
- [4] Von Der Werth JM, Jemec GB. Morbidity in patients with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 2001;144:809–13.
- [5] Heid E, Chartier C. Hidradénite suppurative (maladie de Verneuil). *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:158–60.
- [6] Lamfichek N, Dupond AS, Destrumelle N, Runser C, Humbert P, Manton G. Traitement chirurgical de la maladie de Verneuil : 15 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:127–9.
- [7] Boer J, Van Gemert MJ. Long-term results of isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:73–6.
- [8] Jemec GB. Medical treatment of hidradenitis suppurativa. *Expert Opin Pharmacother* 2004;5:1767–70.
- [9] Jemec GB. Effect of localized surgical excisions in hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1103–7.
- [10] Soldin MG, Tulley P, Kaplan H, Hudson DA, Grobbelaar AO. Chronic axillary hidradenitis: the efficacy of wide excision and flap coverage. *Br J Plast Surg* 2000;53:434–6.
- [11] Banerjee AK. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Surg* 1992;79:863–6.
- [12] Ritz JP, Runkel N, Haier J, Buhr HJ. Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis suppurativa. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:164–8.
- [13] Thornton JP, Abcarian H. Surgical treatment of perianal and perineal hidradenitis suppurativa. *Dis Colon Rectum* 1978;21:573–7.
- [14] Rompel R, Petres J. Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg* 2000;26:638–43.

- [15] Bohn J, Svensson H. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35:305–9.
- [16] Bocchini SF, Habr-Gama A, Kiss DR, Imperiale AR, Araujo SE. Gluteal and perianal hidradenitis suppurativa: surgical treatment by wide excision. *Dis Colon Rectum* 2003;46:944–9.
- [17] Altmann S, Fansa H, Schneider W. Axillary hidradenitis suppurativa: a further option for surgical treatment. *J Cutan Med Surg* 2004;8:6–10.
- [18] Jemec G, Revuz J, Leyden J Editors. *Hidradenitis suppurativa*. Springer Verlag 2006.
- [19] Harrison BJ, Mudge M, Hughes LE. Recurrence after surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;294(6570):487–9.
- [20] Kagan RJ, Yakuboff KP, Warner P, Warden GD. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: a 10-year experience. *Surgery* 2005;138:734–41.
- [21] Watson JD. Hidradenitis suppurativa: a clinical review. *Br J Plast Surg* 1985;38:567–9.
- [22] Grosshans E. Qu'est-ce que la maladie de Verneuil? *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:111–3.