



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ÉDITORIAL

Place de la chirurgie dans le traitement de l'hidradénite suppurée

The role of surgery in the treatment of hidradenitis suppurativa

Le statut de l'hidradénite suppurée a changé au cours de ces dernières années. Elle était considérée autrefois comme une maladie rare, caractérisée par d'énormes placards suppuratifs et malodorants des grands plis, accessibles uniquement à la chirurgie. Ce tableau épouvantable est rare en effet, mais on sait aujourd'hui que la maladie dans ses formes mineures — « mineure » pour le médecin, pas pour le malade — est fréquente : 1% de la population. Dans ces formes mineures, le recours à la chirurgie héroïque n'est pas de saison et il serait hautement souhaitable d'oublier le couple infernal des déclarations péremptoires et inexacts, opposées mais complémentaires, que sont : « *seule la chirurgie constitue un traitement de l'hidradénite suppurée* », parole de certains médecins, et « *la chirurgie est mutilante, je ne veux pas m'y soumettre* », parole d'un certain nombre de patients. Ces deux assertions sont fausses et sont la source de bien des déboires.

Il est temps de préciser les indications de la chirurgie : schématiquement, on peut classer les gestes chirurgicaux en incision, excision limitée, excision large.

L'incision, très fréquemment pratiquée aux urgences sur un diagnostic d'abcès — qui n'est pas littéralement inexistant mais manque l'essentiel — permet de soulager la douleur due à une collection purulente en tension. Elle est souvent suivie d'un méchage ; les soins qui suivent sont vécus par les patient(e)s comme une véritable torture. Le résultat de cette incision est immédiat et transitoire mais n'a aucune influence sur l'évolution ultérieure de la maladie ; elle ne doit être pratiquée que la main forcée quand il n'y a pas d'autre solution et doit, dans toute la mesure du possible, éviter le méchage si celui-ci n'est pas rigoureusement indispensable — et il l'est rarement. L'incision constitue le constat d'échec du traitement médical ; bien des patients pourront éviter d'arriver à cette extrémité soit par un traitement continu médical, soit par un traitement au « coup par coup » par antibiothérapie et/ou corticothérapie à fortes doses, pris immédiatement lors du développement des premiers symptômes et permettant souvent de faire avorter la lésion sans qu'elle aille au stade d'abcédation. Il faut ici de plus mettre en garde contre la pratique, déplorable, de l'incision des lésions non collectées : incision « pour voir », pratique, hélas, relativement fréquente, inutilement douloureuse.

L'excision limitée a très mauvaise presse ; elle est accusée d'être suivie de récurrence, voire de les favoriser, et est l'objet d'une grande incompréhension de la part de beaucoup de praticiens. Ses indications sont, en fait, très précises et extrêmement utiles : parmi les patients au stade I ou II de Hurley, certains présentent une lésion abcédée, fistuleuse unique qui s'enflamme et suppure très régulièrement au sein d'une zone — inguinale ou axillaire — qui est par ailleurs peu atteinte. Une exérèse large serait démesurée ; un traitement médical n'empêchera pas la récurrence. Un geste d'excision limité — mais ayant parfaitement repéré le trajet fistuleux existant — souvent réalisé sous anesthésie locale et avec suture directe, est très peu traumatisant et souvent extrêmement bénéfique.

L'exérèse large — celle qui a la réputation très usurpée d'être mutilante — est la seule attitude possible devant un stade III de Hurley, c'est-à-dire le stade où les lésions forment un placard suppuratif plus ou moins malodorant englobant la quasi-totalité d'une zone comme un creux axillaire ou une région inguinale. Elle demande un chirurgien averti, connaissant bien le problème, elle demande un repérage soigneux des trajets fistuleux. Elle est généralement suivie dans la région inguinale d'une cicatrisation dite dirigée, c'est-à-dire spontanée, avec un résultat fonctionnel et esthétique le plus souvent excellent et dans les creux axillaires d'une greffe retardée dont le résultat esthétique est moyen mais le résultat fonctionnel excellent.

Sa place ainsi définie, la chirurgie rend des services immenses et irremplaçables dans le traitement de l'hidradénite suppurée et le message envoyé par un certain nombre de patients : « *je ne veux pas me faire opérer, car cela revient ailleurs* » doit être fermement combattu. Certes, les récurrences existent : cela peut être la conséquence d'une excision insuffisamment large et/ou de l'absence de

repérage d'un trajet fistuleux. Il s'agit alors d'un échec opératoire malheureux. Mais ce qui est appelé « récurrence » est beaucoup plus souvent le simple témoin de la persistante évolutivité de la maladie qu'une exérèse, quelle que soit son type, ne peut prétendre entraver. Cette « récurrence » peut être proche de la zone d'exérèse, entraînant des interrogations sur le caractère insuffisant de celle-ci et encourageant derechef les jusqu'au-boutistes de la chirurgie large d'emblée ; plus souvent, c'est une récurrence lointaine et totalement indépendante de la réalisation de l'acte chirurgical et de sa qualité, face à laquelle le message : « *je ne veux pas me faire opérer, car cela ressort ailleurs* » est équivalent à dire « *je ne veux pas faire réparer mon pneu crevé, car un autre peut crever dix kilomètres plus loin* ».

J. Revuz

Service de dermatologie, hôpital Henri-Mondor,
51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny,
94010 Créteil cedex, France

Adresse e-mail : jean.revuz@hmn.aphp.fr

Disponible sur Internet le 10 avril 2008