



Maladie de Verneuil : quelle place pour les biothérapies ?

D'après la communication de Z. Reguiat, CHU, Reims.

Comme le psoriasis, la prévalence de la maladie de Verneuil est importante (500 000 patients en France) et elle peut avoir, dans les formes sévères, un retentissement fonctionnel et social majeur. Sa physiopathologie partage avec le psoriasis la présence d'une inflammation chronique, sur un terrain génétique prédisposant, ainsi que des facteurs immunologiques et environnementaux (tabac, surcharge pondérale). La maladie de Verneuil est caractérisée par la formation d'abcès récurrents et de fistules chroniques sur les zones de plis (axillaires, inguinales, sous-mammaires, fessier) définissant l'hydrosadénite suppurée (**fig. 4**).

Les outils de prise en charge sont multiples. Le traitement chirurgical est essentiel : incision et drainage en phase aiguë douloureuse, utile mais exposant à une récurrence quasi constante ; technique d'ablation du toit des lésions suppurées puis cicatrisation dirigée (technique de *deroofting*).

Malgré des exérèses chirurgicales larges par des plasticiens expérimentés, le taux de récurrences est important (25 % à 20 mois), et certaines formes diffuses et/ou en dehors des plis restent inopérables. Les soins postopératoires sont longs et donnent lieu à des cicatrices souvent inesthétiques. Un traitement médical à visée anti-inflammatoire peut être associé, avec différents schémas d'antibiothérapies incluant la moxifloxacine, la rifampicine, le métronidazole, voire l'ertapénem. Ces traitements n'empêchent pas les récurrences, et leur tolérance peut être



FIG. 4 : Abscès et nodules des plis inguinaux et axillaires dans l'hydrosadénite suppurée (maladie de Verneuil) (collection Dr Z. Reguiat).