

Approche chirurgicale de la maladie de Verneuil

D'après la communication du Dr Philippe Guillem (Vice-président ResoVerneuil, chirurgien, Clinique du Val d'Ouest).

La chirurgie est le seul traitement potentiellement curatif localement de la maladie de Verneuil. Elle peut être indiquée à tous les stades de sévérité et s'intègre dans une prise en charge pluridisciplinaire.

1. Prise en charge globale et indications larges

À ce jour, il n'existe pas d'études de qualité pour guider les indications et les modalités techniques de la chirurgie dans la MV, ni définir les stratégies médico-chirurgicales. Cependant, la chirurgie nécessite d'être intégrée dans une prise en charge globale, impliquant une concertation entre soignants (importance d'un binôme dermatologue-chirurgien) et l'association aux soins de support. Elle est mise en œuvre quand elle peut répondre à l'objectif majeur d'empêcher la récurrence sur le site opéré. De la sorte, elle peut aboutir, en une ou plusieurs résections, à une rémission de la maladie et à l'arrêt éventuel d'un traitement médical.

Comme souligné dans les recommandations européennes de 2015, elle peut être une option à tous les stades de sévérité [1]. En pratique, les indications prennent en compte la localisation, le nombre et le caractère uni-ou plurifocal des lésions, la douleur, la sévérité, l'évolutivité et les comorbidités. Elle est décidée au cas par

cas, sur la base d'une discussion entre le patient et le chirurgien, qui conviennent ensemble d'une intervention ambulatoire ou d'une hospitalisation et de la résection d'une ou plusieurs lésions en même temps.

La chirurgie s'impose dès que le patient ou le dermatologue n'arrivent plus à gérer médicalement :

- des poussées itératives sur une lésion ou une zone ;
- un abcès douloureux sans fistulisation spontanée ;
- une lésion chronique peu douloureuse, mais qui s'étend au fil du temps ;
- une lésion résistante.

2. Alternatives techniques, chirurgie viscérale ou plastique

L'intervention est pratiquée par un dermatologue, ou plus fréquemment par un chirurgien viscéral ou un plasticien. Différents gestes sont possibles :

- incision, avec ou sans drainage ;
- exérèse limitée ou marsupialisation (*deroofting*) ;
- exérèse large.

Idéalement, les interventions à chaud doivent être évitées, notamment parce que l'inflammation compromet le repérage des limites lésionnelles, préalable essentiel à un geste curatif. L'incision simple en urgence s'associe au plus grand

risque de récurrence à courte échéance [2] et le *deroofting* lui est aujourd'hui préféré. Il consiste en la résection du toit de l'abcès en laissant en place sa portion inférieure, épithélialisée, pour une cicatrisation plus rapide. Il peut être pratiqué par laser, comme l'exérèse limitée.

Les lésions sont en général réséquées avec une marge de 1 cm. La fermeture de la plaie est ensuite réalisée par différentes méthodes :

- suture primaire ;
- greffe de peau (mince ou totale) ou lambeau (de rotation ou pédiculée), plus souvent pratiqués par les chirurgiens plasticiens ;
- cicatrisation dirigée, plutôt choisie par les chirurgiens viscéraux (fig. 7).

Les deux premières options permettent une cicatrisation plus rapide, mais soulèvent la question du risque "d'enfermer" des bactéries dans la plaie. La troisième nécessite des soins prolongés. Dans une étude au cours de laquelle 10 patients opérés des deux aisselles avaient un côté fermé par greffe et l'autre laissé en cicatrisation dirigée, le temps médian de cicatrisation était de 7 semaines avec la première technique et de 12 pour la seconde [3]. Néanmoins, la cicatrisation dirigée a eu la préférence globale des patients, en raison d'une plus grande liberté de mouvement et de l'absence de douleur sur le site donneur.



Fig. 7 : Lésions axillaires droites (A). Plaie postopératoire à J0 (B) et évolution en cicatrisation dirigée à J 25 (C) et J 68 (D).

3. Évaluation des résultats en termes de récurrence locale et satisfaction du patient

Des études de qualité, comparatives, randomisées et prospectives sont nécessaires pour évaluer les résultats selon ces deux critères. Les essais disponibles présentent une grande disparité en ce qui concerne les localisations, les stades de gravité lors de la chirurgie, la définition de la récurrence locale... et

font part de taux de récurrence allant de 20 % à 80 % !

On peut tout de même citer une étude ancienne, car ses résultats sont représentatifs de ce qui s'observe en pratique : menée chez 31 patients, elle a rapporté des taux de récurrence de 100 % après incision/drainage, de 43 % après excision limitée et de 27 % en cas d'excision large, avec des délais de récurrence médians de 3, 11 et 20 mois, respectivement.

BIBLIOGRAPHIE

1. ZOUBOULIS CC *et al.* *J Eur Dermatol Venereol*, 2015;29:619-644.
2. RITZ JP *et al.* *Int J Colorect Dis*, 1998; 13:164-168.
3. MORGAN WP *et al.* *Ann R Coll Surg Engl*, 1983;65:235-236.