

À PROPOS DE L'AUTEURE

Jessica Asgarpour, BSc., M.D., FRCPC

La D^{re} Jessica Asgarpour est une dermatologue titulaire d'un certificat octroyé par le Conseil américain et le Conseil canadien. Elle pratique la dermatologie médicale, chirurgicale et esthétique, avec un intérêt particulier pour l'hidradénite suppurée, l'eczéma, l'acné, le psoriasis et la santé des femmes. Elle exerce actuellement au Centre canadien de dermatologie et est également associée clinique au Women's College Hospital. Elle travaille en qualité de co-chercheuse active dans les études cliniques en cours.

Affiliations de l'auteure : Professeure clinique agrégée, Women's College Hospital, Toronto (Ontario)



PRISE EN CHARGE DE L'HIDRADÉNITE SUPPURÉE : UNE VUE D'ENSEMBLE

Introduction

L'hidradénite suppurée (HS) est une maladie inflammatoire chronique débilante de la peau caractérisée par la formation récurrente de nodules, d'abcès, de tractus sinusaux, de fistules et de cicatrices dans les régions des glandes apocrines.¹ L'HS touche jusqu'à 3,8 % de la population canadienne, avec une prévalence plus élevée chez les femmes.² On pense que cette affection est secondaire à l'occlusion suivie de l'inflammation du follicule pilosébacé.¹

Les critères diagnostiques de l'HS sont : 1) *la morphologie classique des lésions*, 2) *la répartition caractéristique des lésions*, 3) *la récurrence des lésions*.² Le système de stadification de Hurley est couramment utilisé pour évaluer la gravité de l'HS; toutefois, il existe également plusieurs autres systèmes de stadification. Le système de stadification de Hurley classe l'HS en trois stades. Le stade I indique une maladie légère, avec présence de lésions uniques ou multiples dans les zones affectées, sans formation de cicatrices. Le stade II représente une maladie modérée et se caractérise par des lésions récurrentes avec formation de tractus sinusaux et de cicatrices dans les zones affectées. Le stade III est considéré comme une maladie grave accompagnée de lésions inflammatoires et de tractus sinusaux

interconnectés dans les zones touchées.¹ Le délai moyen de diagnostic de l'HS est de 7,2 ans; par conséquent, les patients ont souvent atteint des stades plus avancés de la maladie lorsqu'ils sont examinés par un dermatologue.³ Malheureusement, l'HS est associée à un lourd fardeau de la maladie, caractérisée par des lésions souvent douloureuses et des suppurations susceptibles de limiter la mobilité.

Une prise en charge médicale est justifiée pour minimiser l'inflammation et réduire le fardeau de la maladie. Les patients peuvent retirer un bienfait d'un traitement interventionnel et chirurgical en complément de la prise en charge médicale grâce à 1) *un soulagement des symptômes, qui comprend l'incision et le drainage (I-D) ainsi que des injections intralésionnelles d'acétonide de triamcinolone*, 2) *une prévention de la maladie, qui comprend un traitement au laser*, et 3) *une prise en charge des lésions récurrentes et réfractaires, qui comprend des interventions chirurgicales telles que l'excision des phlyctènes et autres excisions*.

À l'heure actuelle, l'I-D, l'administration intralésionnelle d'acétonide de triamcinolone, le traitement au moyen de dispositifs laser, l'excision des déphlyctènes et autres excisions sont les piliers de la prise en charge de l'HS. Dans cet article, nous

1a



1b



1c



Figure 1. Incision et drainage pratiqués sur un nodule fluctuant douloureux **a)** avant, **b)** pendant et **c)** immédiatement après l'intervention. L'incision et le drainage ont été effectués par Jessica Asgarpour, M.D.

examinerons ces traitements d'appoint qui peuvent faciliter la prise en charge des patients atteints d'HS.

Soulagement des symptômes

Incision et drainage

Le recours à l'I-D peut permettre de soulager les symptômes lésionnels lors des exacerbations aiguës de la maladie (**Figure 1**); toutefois, ce traitement ne modifie pas la maladie et le taux de récurrence des lésions est presque de 100 %.⁴

Administration intralésionnelle d'acétonide de triamcinolone

L'administration intralésionnelle d'acétonide de triamcinolone peut aider à soulager la douleur et à accélérer la cicatrisation des lésions. Les résultats rapportés par les études sont mitigés. En général, une concentration de 10 mg/ml à 40 mg/ml est utilisée par séance de traitement.²

Traitement préventif

Traitement au laser et lumineothérapie

Le traitement au laser et la lumineothérapie peuvent être utilisés pour prévenir et traiter les lésions d'HS. Ces traitements agissent principalement en diminuant le nombre de follicules pileux et de glandes sébacées ainsi qu'en réduisant les lésions.⁵

Un examen systématique a comparé l'efficacité de diverses lumineothérapies et divers traitements au laser utilisés pour traiter les patients atteints d'HS. Cet examen a comparé le grenat d'yttrium et d'aluminium dopé au néodyme (Nd:YAG), le laser au dioxyde de carbone (CO₂), le psoralène associé aux rayons ultraviolets A (PUVA), la photothérapie ciblée, la thérapie photodynamique (TPD) ainsi que d'autres traitements.⁶

Le laser Nd:YAG et le laser CO₂ ont tous deux démontré leur efficacité dans le traitement de l'HS et ont été effectués sur le plus grand nombre de patients.⁶ Le traitement au laser CO₂ utilise une longueur d'onde de 10 600 nm. Dans le traitement de l'HS, le laser CO₂ est utilisé pour l'ablation fractionnée des cicatrices ou la vaporisation et l'excision des tissus. Il peut également être utilisé au lieu d'un scalpel pour procéder à l'excision des phlyctènes et autres excisions. Le traitement au laser CO₂ a en outre permis un soulagement des symptômes et une réduction des taux de récurrence chez plus de 75 % des patients, et plus de 90 % d'entre eux ont déclaré qu'ils recommanderaient le traitement.⁶

Le laser Nd:YAG est un dispositif non ablatif qui utilise une longueur d'onde de 1064 nm. Ce laser est efficace pour traiter les patients atteints de HS, notamment pour détruire le follicule pileux. Les résultats de nombreuses études contrôlées à répartition aléatoire sont à l'appui de l'utilisation de l'épilation au laser Nd:YAG à impulsions longues pour la prise en charge conservatrice de l'HS.² En fait, 85 % des patients ayant subi un traitement au laser Nd:YAG ont présenté une amélioration.⁶ Les patients ont signalé une réduction des exacerbations et de la gravité de la maladie. L'association du laser Nd:YAG et du laser CO2 a démontré de meilleurs résultats.⁶

Plusieurs études ont montré que la photothérapie ciblée améliorait les lésions d'HS chez plus de 75 % des patients traités.⁶ Le traitement par lumière intense pulsée (LIP), qui utilise une longueur d'onde comprise entre 500 et 1 200 nm, a permis une amélioration chez 65 % des patients atteints d'HS.⁶ La TPD s'est avérée efficace chez environ 70 % des patients atteints d'HS; toutefois, il a été nécessaire d'utiliser plusieurs photosensibilisants différents.⁶ Un examen rétrospectif unique des dossiers de 13 patients atteints d'HS a montré que le traitement par PUVA était efficace chez 9 d'entre eux (69 %).⁶

Globalement, l'examen systématique a révélé que le taux d'effets indésirables associés à tous les traitements était faible.⁶ La TPD a été associée à la plus grande proportion d'effets indésirables (36 %), suivie par la photothérapie ciblée (22,9 %), le laser CO2 (26,2 %), le laser Nd:YAG (15 %) et le traitement par LIP (25 %).⁶

Prise en charge des lésions statiques ou récurrentes

Excision des phlyctènes

L'excision des phlyctènes est une intervention qui se pratique généralement en clinique sous anesthésie locale (**Figure 2**). Au cours de cette intervention, le chirurgien retire le « toit » d'une lésion inflammatoire ou d'un tractus sinusal tout en effectuant un curetage pour éliminer le tissu de granulation gélatineux (**Figure 3**).³ L'excision d'une phlyctène peut être pratiquée à l'aide de ciseaux à pointe émoussée, d'un laser CO2 ou par électrochirurgie.⁴ La cicatrisation se déroule par seconde intention en raison des taux plus élevés de récurrence associés à la fermeture primaire de la plaie.

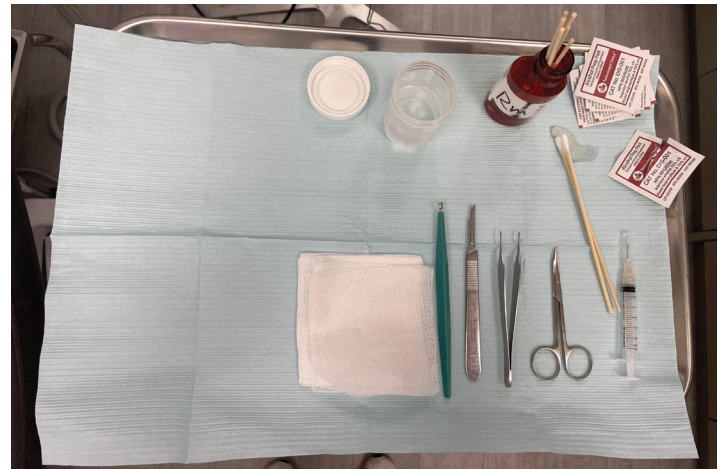


Figure 2. Éléments du plateau nécessaires à l'excision d'une phlyctène : tampons d'alcool pour le nettoyage, lidocaïne avec épinéphrine pour l'anesthésie, pinces et ciseaux de ténatomie ou scalpel pour l'excision de la phlyctène, curette pour l'élimination du tissu gélatineux à la base de la lésion, gaze et chlorure d'aluminium pour l'hémostase, vaseline pour la cicatrisation des plaies; avec l'aimable autorisation de Jessica Asgarpour, BSc., M.D., FRCPC.

Une étude prospective canadienne a évalué l'efficacité et la diminution de la douleur chez des patients ayant subi une excision de phlyctène dans le cadre de la HS. L'étude a été menée auprès de 43 patients et 123 phlyctènes ont été excisées. Après trois mois, une récurrence a été observée pour 7 % seulement des phlyctènes ayant fait l'objet d'une excision, 41 % des patients n'ont signalé aucun érythème et 43 % des patients n'ont signalé aucune suppuration au niveau du site chirurgical. Il convient de noter que la douleur et les scores de l'indice dermatologique de la qualité de vie ont été réduits de manière significative.⁷ Une méta-analyse de 22 articles a révélé un taux global de récurrence de 27 % après l'excision des phlyctènes; le suivi était variable.⁸

Excision

Les excisions représentent une intervention chirurgicale plus efficace pour les patients. Selon l'étendue de la maladie, une anesthésie locale ou générale peut être nécessaire. Les excisions peuvent être qualifiées de limitées, élargies ou radicales. Les excisions limitées ont pour but de laisser des marges saines. Les excisions élargies éliminent des zones marginales de peau supplémentaires. Les excisions radicales éliminent la totalité de la zone pileuse jusqu'au fascia.³ Il existe peu de données sur les taux de récurrence dans le cadre des excisions dans l'HS; toutefois, selon l'opinion générale, les interventions plus étendues sont associées à une récurrence plus faible.³ Une méta-analyse de 22 articles a

3a



3b



3c



Figure 3. Les images de l'excision d'une phlyctène axillaire ont été prises **a)** au début de l'intervention, **b)** immédiatement après l'excision et **c)** à la quatrième semaine de suivi. Excision d'une phlyctène axillaire effectuée par Jessica Asgarpour, M.D.

montré un taux de récurrence moyen de 22 % lors d'excisions limitées et de 13 % lors d'excisions élargies.⁸ Classiquement, les interventions élargies sont associées à un taux de récurrence plus faible.³ Les taux de récurrence étaient les plus élevés en cas de fermeture primaire de la plaie (15 %), suivie par l'utilisation de lambeaux (8 %) et de greffes (6 %). Le taux de récurrence lors d'une excision avec cicatrisation par seconde intention serait le plus bas; toutefois, ce taux n'a pas été rapporté.⁸

Conclusion

En conclusion, le traitement interventionnel est essentiel dans la prise en charge des patients atteints d'HS et représente un complément utile à la prise en charge médicale. Le traitement interventionnel contribue à la prévention et à réduire la gravité de la maladie, au soulagement des symptômes et au traitement des lésions statiques, récurrentes et réfractaires. De plus, ces interventions peuvent toutes être réalisées en milieu clinique sous anesthésie locale et en particulier, les effets indésirables signalés sont relativement peu nombreux. Dans l'ensemble, ces interventions sont associées à la réussite du traitement et à une grande satisfaction des patients.

Coordonnées :

D^{re} Jessica Asgarpour

Courriel : asgarpourderm@gmail.com

Divulgence de renseignements financiers :

Amgen, Abbvie, Bausch Health, Beiersdorf, Boehringer, Celltrion, Eli Lilly, Fresenius Kabi, Galderma, ICPDHM, Janssen, Johnson & Johnson, L'Oreal, Medplan, Novartis, Pfizer, RBC Consultants, Sanofi, SUN Pharma, UCB

Prévention	Soulagement des symptômes	Prise en charge des lésions statiques
<ul style="list-style-type: none"> • Luminothérapie : LIP, TPD, photothérapie ciblée, PUVA • Traitements au laser : Nd:YAG 	<ul style="list-style-type: none"> • Incision et drainage • Administration intralésionnelle d'acétonide de triamcinolone 	<ul style="list-style-type: none"> • Excision de phlyctène • Excision (scalpel ou ablation au laser CO2) : l'excision peut être limitée, élargie ou radicale.

Tableau 1. Résumé des traitements interventionnels en complément de la prise en charge médicale de l'hydradénite suppurée; avec l'aimable autorisation de Jessica Asgarpour, BSc., M.D., FRCPC.

Abréviations : **CO2** : dioxyde de carbone, **LIP** : traitement par lumière intense pulsée, **Nd:YAG** : grenat d'yttrium et d'aluminium dopé au néodyme, **TPD** : thérapie photodynamique, **PUVA** : psoralène associé aux rayons ultraviolets A.

Références

1. Scuderi N, Monfrecola A, Dessy LA, Fabbrocini G, Megna M, Monfrecola G. Medical and surgical treatment of hidradenitis suppurativa: a review. *Skin Appendage Disord.* 2017;3(2):95-110. doi: 10.1159/000462979
2. Johnston LA, Alhusayen R, Bourcier M, Delorme I, George R, O'Brien E, et al. Practical guidelines for managing patients with hidradenitis suppurativa: an update. *J Cutan Med Surg.* 2022;26(2_suppl):2S-24S. doi: 10.1177/12034754221116115
3. Ocker L, Abu Rached N, Seifert C, Scheel C, Bechara FG. Current medical and surgical treatment of hidradenitis suppurativa-a comprehensive review. *J Clin Med.* 2022;11(23):7240. doi: 10.3390/jcm11237240
4. Shukla R, Karagaiah P, Patil A, Farnbach K, Ortega-Loayza AG, Tzellos T, et al. Surgical treatment in hidradenitis suppurativa. *J Clin Med.* 2022;11(9):2311. doi: 10.3390/jcm11092311
5. Hamzavi IH, Griffith JL, Riyaz F, Hessam S, Bechara FG. Laser and light-based treatment options for hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73(5 Suppl 1):S78-S81. doi: 10.1016/j.jaad.2015.07.050
6. Mukovozov I, Mirali S, Khaslavsky S, Kalia S. (2021). Light and laser-based treatments for hidradenitis suppurativa: a systematic review. *SKIN The Journal of Cutaneous Medicine.* 2021;5(6):601-620. doi: 10.25251/skin.5.6.4
7. Vu TT, Soong L. Prospective study of derofreeing in the management of hidradenitis suppurativa. *JAAD.* 2022;87(3) Supplement, AB4. doi: 10.1016/j.jaad.2022.06.052
8. Mehdizadeh A, Hazen PG, Bechara FG, Zwingerman N, Moazenzadeh M, Bashash M, Sibbald RG, Alavi A. Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Nov;73