

À PROPOS DE L'AUTRICE



Hélène Veillette, M.D., FRCPC

La D^{re} Hélène Veillette est dermatologue, professeure agrégée de clinique et cheffe de service au CHU de Québec-Université Laval. Elle pratique, enseigne et multiplie ses activités professionnelles au sein de son département et au-delà. Elle est chargée de recherche clinique au CR-CHU de Québec et pour Diex Research. Elle est présidente de la Fondation canadienne de l'hidradénite suppurée et est également responsable du site web « *BIDermato* » (biothérapies et innovations en dermatologie).

Affiliations de l'autrice : CHU de Québec-Université Laval, ville de Québec (Québec)

Approches clés de la prise en charge de la douleur dans l'hidradénite suppurée

Hélène Veillette, M.D., FRCPC

Introduction

De nombreux patients atteints d'hidradénite suppurée (HS) voient leur qualité de vie significativement altérée. L'un des symptômes les plus marquants chez ces patients est la douleur, qui contribue de manière importante à leur détresse globale. Malgré les répercussions de la douleur, il a été démontré que son contrôle reste un besoin non satisfait pour de nombreux patients.¹ La douleur a des répercussions physiques, psychologiques et sociales.² Mal contrôlée, elle peut entraîner une augmentation des consultations aux urgences, une probabilité plus élevée d'automédication et, de façon générale, un mauvais contrôle de la maladie.^{3,4} La présente revue propose une approche clinique pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints d'HS.

Validation de la douleur

L'évaluation de la douleur chez les patients atteints d'HS peut s'intégrer efficacement au cours d'une consultation. Un outil simple et efficace est l'Échelle d'évaluation numérique de la douleur, qui permet aux cliniciens d'évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10.^{5,6} Par exemple, vous pouvez demander : « Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre douleur liée à l'HS a-t-elle été intense, sur une échelle de 1 à 10, où 10 correspond à la douleur la plus intense? » Au besoin, la question peut être adaptée pour cibler la poussée la plus récente d'HS. Cette brève évaluation fournit non seulement des renseignements précieux sur l'expérience du patient, mais elle favorise également l'établissement d'un lien de confiance. Elle indique au patient que vous êtes un professionnel qui comprend les répercussions de l'HS sur sa qualité de vie et que cela constitue une priorité pour vous.

Qualification de la douleur

La douleur dans l'HS est multidimensionnelle et peut varier en matière de nature et de durée⁷ (nociceptive, neuropathique, nociplastique) ou de temporalité (aiguë ou chronique). La douleur nociceptive est généralement aiguë et causée par des lésions inflammatoires des tissus.

La douleur neuropathique, que ressentent environ 30 % des patients atteints d'HS,^{8,9} est définie comme une douleur initiée ou provoquée par une lésion ou un dysfonctionnement primaire du système nerveux central et/ou périphérique. Les patients décrivent souvent cette sensation comme « lancinante », « qui démange », « fulgurante », « piquante » ou « brûlante ». Certains peuvent aussi faire état d'un prurit, qui doit être distingué soigneusement du prurit directement dû à une lésion cutanée (par exemple, intertrigo irritatif), car les approches thérapeutiques diffèrent.

La douleur nociplastique (ou sensibilisation centrale) se caractérise par une hypersensibilité des voies de perception de la douleur au sein du système nerveux central, en réponse à des stimuli habituellement sous le seuil de perception de la douleur.¹⁰

En matière de temporalité, la douleur aiguë est souvent intense et étroitement associée aux poussées de la maladie. La douleur chronique, définie comme persistant au moins 12 semaines, implique fréquemment une combinaison de différents types de douleur (par exemple, douleur nociceptive et neuropathique).

Traitement de la douleur

Différentes options thérapeutiques ont été décrites pour contrôler les divers types de douleur chez les patients atteints d'HS.¹¹ Dans un but pratique, la présente discussion porte sur les options que j'emploie régulièrement. Cependant, si vous souhaitez explorer d'autres options, je vous invite à consulter l'article de Surapaneni et coll.¹¹

Principes généraux de la prise en charge de la douleur dans l'HS

Dans le cadre de l'HS, un contrôle efficace de la douleur commence par une prise en charge optimale de la maladie. L'optimisation du traitement médical est essentielle au contrôle de la douleur. En effet, un patient présentant moins de lésions inflammatoires ressentira généralement moins de douleur. Les études cliniques ont toutefois montré que, même après 12 à 16 semaines de traitement, de nombreux patients rapportent encore une douleur modérée, soulignant le besoin de traitements analgésiques ciblés en complément du contrôle de la maladie. Si la douleur est causée par un abcès, la priorité immédiate doit être l'incision et le drainage. Chez les patients présentant des douleurs dues à quelques lésions isolées, l'acétate de triamcinolone intralésionnel (10 à 40 mg/ml) peut s'avérer bénéfique.

Prise en charge de la douleur nociceptive aiguë

Dans le cadre de l'HS, la prise en charge de la douleur doit suivre une approche graduée, fondée sur la gravité des symptômes. L'étape 1 correspond à une douleur légère, évaluée entre 1 et 3 sur 10 sur l'échelle de la douleur, et le traitement inclut l'acétaminophène à une dose de 500 mg, soit deux comprimés par voie orale toutes les 6 heures. Des traitements topiques tels que le gel de diclofénac (par exemple, Voltaren® Emulgel Extra-Fort) et la crème de lidocaïne à 4 % ou 5 % (par exemple, DeepRelief®, Dr Numb®) peuvent apporter un soulagement localisé. Des options non pharmacologiques comme l'application de chaleur ou de froid pendant 10 à 15 minutes, ou encore les produits à base de menthol (par exemple, DeepRelief®), peuvent également être bénéfiques.

L'étape 2 correspond à une douleur modérée, évaluée entre 4 et 7 sur 10, et nécessite des options thérapeutiques supplémentaires. Il est possible d'introduire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels que le naproxène (500 mg deux fois par jour) ou le célécoxib (100 mg deux fois par jour), ou d'envisager une courte cure de corticostéroïdes oraux comme la prednisone

Intensité de la douleur	Traitement médicamenteux	Dose
Légère (1 à 3/10)	Acétaminophène	500 mg (2 comprimés) toutes les 6 heures
	Gel de diclofénac (par exemple, Voltaren®, Emulgel Extra Fort®)	Application topique conformément aux instructions
	Lidocaïne à 4 % ou 5 % (crème)	Application topique au besoin
	Application de chaud ou de froid	Appliquer pendant 10 à 15 minutes
	Produits à base de menthol (par exemple, DeepRelief®)	Appliquer conformément aux instructions
Modérée (4 à 7/10)	Naproxène	500 mg deux fois par jour
	Célécoxib	100 mg deux fois par jour
	Prednisone (cure brève)	25 mg par jour pendant 7 jours en association avec un inhibiteur de la pompe à protons
Intense (8 à 10/10)	Tramadol	50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin
	Oxycodone	5 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin

Tableau 1. Prise en charge de la douleur nociceptive aiguë dans l'hidradénite suppurée (HS); avec l'aimable autorisation de Hélène Veillette, M.D., FRCPC.

(25 mg par jour pendant 7 jours), idéalement en association avec un inhibiteur de la pompe à protons.

L'étape 3 correspond à une douleur intense, évaluée entre 8 et 10 sur 10. On peut alors envisager l'ajout d'analgésiques plus puissants, notamment le tramadol (50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin) ou l'oxycodone (5 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin). Ces médicaments doivent être utilisés avec prudence. Pour réduire les risques, il convient de toujours viser la dose minimale efficace et la durée de traitement la plus courte possible (**Tableau 1**).

Prise en charge de la douleur chronique

La douleur chronique liée à l'HS nécessite souvent une approche multimodale. Les traitements pharmacologiques comprennent fréquemment des antidépresseurs et des antiépileptiques. Le recours à ces médicaments devrait, si possible, être discuté avec le médecin de famille. La prise en charge peut également inclure une psychothérapie, des soins locaux des plaies et une physiothérapie.

Parmi les antidépresseurs, l'amitriptyline, un antidépresseur tricyclique (ATC), peut être initiée à une dose de 10 à 25 mg par jour, jusqu'à une dose maximale de 150 mg par jour. La venlafaxine, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), peut être débutée à une dose initiale de 37,5 à 75 mg par jour, avec des augmentations progressives de 75 mg par semaine selon la tolérance, jusqu'à un maximum de 225 mg par jour. Parmi les antiépileptiques, la gabapentine peut être débutée à une dose de 100 à 300 mg par jour, jusqu'à un maximum de 3 600 mg par jour. La prégabaline constitue une autre option, généralement débutée à 75 mg deux fois par jour, avec des augmentations de dose de 75 mg toutes les 2 à 4 semaines, jusqu'à un maximum de 600 mg par jour (**Tableau 2**).

Femmes enceintes

Chez la patiente enceinte, il est essentiel d'évaluer le rapport bénéfices/risques et de viser l'utilisation de doses minimales efficaces. Certains médicaments sont reconnus pour leur innocuité au cours de la grossesse, notamment l'acétaminophène, la venlafaxine, l'amitriptyline,

Type de traitement	Traitement médicamenteux	Dose
Antidépresseurs	Amitriptyline	Débuter à 10 à 25 mg par jour; dose maximale : 150 mg par jour
	Venlafaxine	Débuter à 37,5 à 75 mg par jour; augmenter la dose de 75 mg/semaine jusqu'à un maximum de 225 mg par jour
Antiépileptiques	Gabapentine	Débuter à 100 à 300 mg par jour; dose maximale : 3 600 mg/jour
	Prégabaline	Débuter à 75 mg deux fois par jour; augmenter la dose de 75 mg toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à un maximum de 600 mg par jour

Tableau 2. Prise en charge de la douleur chronique dans l'hidradénite suppurée (HS); avec l'aimable autorisation de Hélène Veillette, M.D., FRCPC.

la gabapentine et la prégabaline.¹² Certaines interventions peuvent également être indiquées, comme la technique d'incision-drainage, les injections intralésionnelles de triamcinolone et la marsupialisation (*deroofting*).^{13,14}

Certains médicaments nécessitent une prudence particulière à certains stades de la grossesse. Par exemple, le naproxène doit être interrompu à 30 semaines de grossesse, et le tramadol ne doit pas être utilisé au cours du premier trimestre.¹²

Douleur périopératoire

L'expérience clinique acquise au fil des ans, étayée par plusieurs études,¹⁵⁻¹⁷ a montré que la combinaison de différentes stratégies thérapeutiques, à la fois médicales et chirurgicales, peut augmenter la probabilité de succès dans le cadre du traitement de l'HS. Les techniques chirurgicales telles que l'incision-drainage, la marsupialisation et les excisions locales ou larges peuvent être réalisées afin d'améliorer les résultats du traitement.

Malheureusement, pour les patients atteints d'HS, l'injection d'anesthésiques est particulièrement douloureuse, surtout dans les plis cutanés, qui constituent les sites typiques des lésions d'HS. Cette hypersensibilité rend d'autant plus importante la réduction de la douleur liée à la procédure lors de ces interventions chirurgicales.

La technique d'incision-drainage vise à soulager la douleur causée par une lésion, généralement un abcès (voir ci-dessus). Toutefois, en raison de l'absence d'anesthésie, de nombreux

patients atteints d'HS ont vécu de mauvaises expériences avec cette intervention par le passé et en sont restés traumatisés. Les patients tolèrent très bien l'incision et drainage lorsque le geste est réalisé sous anesthésie locale. La douleur peut être efficacement contrôlée par une injection très superficielle d'anesthésique, créant une petite zone anesthésiée juste au-dessus de la cavité de l'abcès. Une fois cette zone anesthésiée, un emporte-pièce de 4 ou 6 mm peut être utilisé pour inciser l'abcès, rendant l'intervention nettement plus tolérable pour le patient.

La marsupialisation constitue une autre intervention chirurgicale simple pour traiter une lésion récurrente. Ce geste a démontré une forte efficacité clinique et un haut niveau de satisfaction des patients. Dans une étude¹⁸ portant sur 78 patients et 194 interventions de marsupialisation, plus de 60 % des patients ont décrit le geste comme indolore ou seulement légèrement douloureux. Toutefois, durant la première semaine postopératoire, plus de 50 % des patients ont rapporté une douleur évaluée entre 6 et 10 sur 10. Malgré cela, 65 % des patients ont mentionné que la douleur d'une poussée d'HS était plus intense que l'inconfort postopératoire (**Figure 1**).

Plusieurs stratégies peuvent contribuer à réduire la douleur lors d'une marsupialisation.¹⁹ L'administration d'une dose d'analgésique, tel que l'acétaminophène, l'ibuprofène, le diclofénac ou le célécoxib, peu avant ou juste après l'intervention, peut réduire la douleur durant les premières 24 heures postopératoires. Chez certains patients, en particulier ceux devant subir une intervention

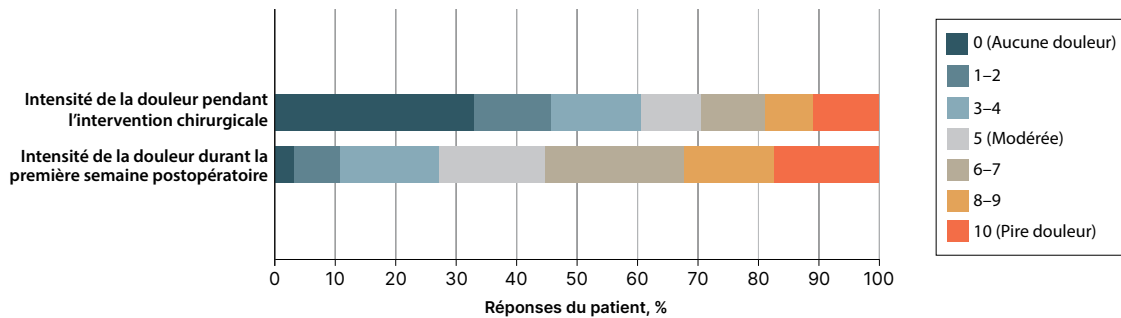
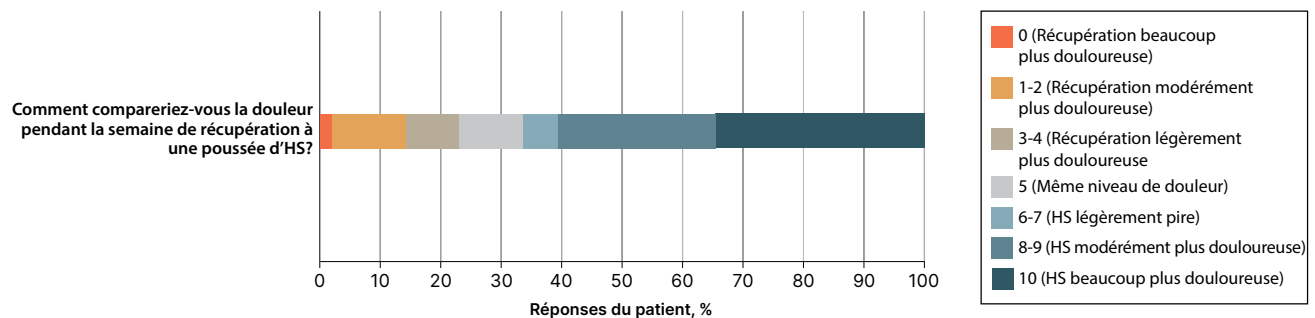
Douleur chirurgicale rapportée par le patient**D Comparaison de la douleur postopératoire à une poussée d'HS**

Figure 1. Douleur chirurgicale rapportée par les patients, et douleur postopératoire comparée à une poussée d'HS; adapté de Ravi, S et al, 2022.¹⁸

dans les régions inguinale et périnéale, l'application préopératoire d'un anesthésique topique tel qu'une crème à base de lidocaïne/prilocaine (EMLAMD) peut s'avérer efficace pour réduire la douleur. Bien que les résultats des études soient partagés, mon expérience montre que certains patients en tirent un bénéfice.

Il a été démontré que l'anxiété préopératoire prédit une douleur postopératoire plus intense, voire une douleur chronique. Pour contribuer à réduire l'anxiété, il est possible de créer un environnement calme et rassurant en assurant le confort du patient, en offrant des distractions ou en diffusant de la musique. Chez les patients particulièrement anxieux, une faible dose d'anxiolytique peut être envisagée (par exemple, 1 mg de lorazépam per os, une heure avant l'intervention).

Le méthoxyflurane inhalé (Penthrox®) peut également être utile pour un soulagement à court terme de la douleur aiguë modérée à intense associée à un traumatisme ou à une intervention médicale. Il est destiné à une utilisation chez

l'adulte conscient,²⁰ mais n'est pas recommandé chez les patients de moins de 18 ans ni pendant la grossesse.

Il est important de rappeler que, dans certains établissements de santé, les patients ne sont pas autorisés à apporter leurs propres médicaments. En tant que clinicien, il est de votre responsabilité de vérifier les politiques de l'établissement et de vous assurer que le patient ne présente aucune contre-indication à ces traitements. Pour les interventions impliquant une sédation ou un inconfort important, il faut également s'assurer que le patient dispose d'un accompagnant pour le retour à domicile.

Plusieurs techniques pratiques peuvent contribuer à réduire la douleur liée aux injections d'anesthésiques locaux.²¹ Comme pour de nombreux actes cliniques courants, l'utilisation d'une aiguille de petit calibre et une injection lente de l'anesthésique favorisent le confort du patient. Certaines études ont exploré l'effet de l'angle d'insertion de l'aiguille sur la perception de la douleur au cours de l'anesthésie, mais les résultats

demeurent non concluants et aucun consensus clair n'a été établi.

La douleur postopératoire correspond à une douleur nociceptive aiguë. Si le patient ne présente aucune contre-indication, il peut recevoir à la sortie une prescription d'acétaminophène à raison de 1 g per os toutes les 6 heures et de naproxène à raison de 500 mg per os deux fois par jour, au besoin (voir la rubrique « Douleur nociceptive aiguë » ci-dessus).

Conclusion

En résumé, la douleur vécue par les patients atteints d'HS constitue un enjeu important qui doit être intégré à un plan de prise en charge global. Dans le cadre d'une consultation, interroger les patients sur leur douleur est une démarche rapide qui fournit des renseignements précieux sur leur expérience. Peu d'études se sont intéressées à la prise en charge de la douleur dans l'HS. Toutefois, les connaissances acquises dans le cadre d'autres maladies permettent d'améliorer l'expérience des patients. En tenant compte de l'anxiété et de la douleur vécues durant la chirurgie de l'HS et les jours qui suivent, il est possible d'améliorer l'expérience globale du patient. En identifiant les médicaments avec lesquels vous êtes à l'aise et en les utilisant judicieusement, vous pouvez mieux soutenir vos patients et optimiser leur qualité de vie.

Autrice correspondante

Hélène Veillette, M.D., FRCPC

Courriel : hveillette@hotmail.com

Divulgations des liens financiers

H.V. : Honoraires pour les présentations : AbbVie, BioJAMP, Celltrion, Janssen, Novartis, Sanofi, Bausch Health, Pfizer, Boehringer-Ingelheim, Incyte, UCB; **Réunions consultatives :** AbbVie, Bausch Health, BioJAMP, Celltrion, Eli Lilly, Galderma, LEO Pharma, Janssen, Novartis, Sandoz, Pfizer, Sanofi, Sun Pharma, UCB, Boehringer-Ingelheim; **Études cliniques :** Sanofi, AnaptysBio, Boehringer-Ingelheim, AbbVie, Amgen, Bausch, Merck, Pfizer, Incyte, Novartis

Références

1. Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GBE, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: results from the Global Survey of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):366-376. doi:10.1016/j.jaad.2019.06.1301
2. Orenstein LAV, Salame N, Siira MR, Urbanski M, Flowers NI, Echuri H, et al. Pain experiences among those living with hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *Br J Dermatol*. 2023;188(1):41-51. doi:10.1093/bjd/ljac018
3. Taylor MT, Orenstein LAV, Barbieri JS. Pain severity and management of hidradenitis suppurativa at US emergency department visits. *JAMA Dermatol*. 2021;157(1):115-117. doi: 10.1001/jama.dermatol.2020.4494
4. Sampogna F, Campana I, Fania L, Mastroeni S, Fusari R, Ciccone D, et al. Pain as defining feature of health status and prominent therapeutic target in patients with hidradenitis suppurativa. *J Clin Med*. 2021;10(16):3648. doi:10.3390/jcm10163648
5. Savage KT, Singh V, Patel ZS, Yannuzzi CA, McKenzie-Brown AM, Lowes MA, et al. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(1):187-199. doi:10.1016/j.jaad.2020.09.039
6. Dagenet CB, Lee KH, Fragoso NM, Shi VY. Approach to the patient with hidradenitis suppurativa: evaluating severity to guide therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(6):S22-S26. doi:10.1016/j.jaad.2024.09.007
7. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-1635. doi:10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59
8. Huilaja L, Hirvonen MJ, Lipitsä T, Vihervaara A, Harvima R, Sintonen H, et al. Patients with hidradenitis suppurativa may suffer from neuropathic pain: a Finnish multicenter study. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(5):1232-1234. doi:10.1016/j.jaad.2019.11.016
9. Garcovich S, Muratori S, Moltrasio C, Buscemi AA, Giovanardi G, Malvaso D, et al. Prevalence of neuropathic pain and related characteristics in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *J Clin Med*. 2020;9(12):4046. doi:10.3390/jcm9124046
10. Aarts P, Aitken JJ, van Straalen KR. Prevalence of central sensitization in patients with hidradenitis suppurativa. [published correction appears in *JAMA Dermatol*. 2021 Oct 1;157(10):1246. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.4420.] *JAMA Dermatol*. 2021;157(10):1209-1212. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2918
11. Surapaneni V, Milosavljevic MV, Orenstein LAV. Pain management in hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(6):S52-S63. doi:10.1016/j.jaad.2024.09.006

12. Schreiber K, Frishman M, Russell MD, Dey M, Flint J, Allen A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: comorbidity medications used in rheumatology practice. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(4):e89-e104. doi:10.1093/rheumatology/keac552
13. Ghanshani R, Lee K, Crew AB, Shi VY, Hsiao JL. A Guide to the management of hidradenitis suppurativa in pregnancy and lactation. *Am J Clin Dermatol*. 2025;26(3):345-360. doi:10.1007/s40257-025-00935-x
14. Alhusayen R, Dienes S, Lam M, Alavi A, Alikhan A, Aleshin M, et al. North American clinical practice guidelines for the medical management of hidradenitis suppurativa in special patient populations. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(4):825-852. doi:10.1016/j.jaad.2024.11.071
15. Shanmugam VK, Mulani S, McNish S, Harris S, Buescher T, Amdur R. Longitudinal observational study of hidradenitis suppurativa: impact of surgical intervention with adjunctive biologic therapy. *Int J Dermatol*. 2018;57(1):62-69. doi:10.1111/ijd.13798
16. Bechara FG, Podda M, Prens EP, Horvath B, Giamarellos-Bourboulis EJ, Alavi A, et al. Efficacy and safety of adalimumab in conjunction with surgery in moderate to severe hidradenitis suppurativa: the SHARPS randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2021;156(11):1001-1009. doi:10.1001/jamasurg.2021.3655
17. Aarts P, van Huijstee JC, van der Zee HH, van Doorn MBA, van Straalen KR, Prens EP. Adalimumab in conjunction with surgery compared with adalimumab monotherapy for hidradenitis suppurativa: a Randomized Controlled Trial in a real-world setting. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89(4):677-684. doi:10.1016/j.jaad.2023.04.034
18. Ravi S, Miles JA, Steele C, Christiansen MK, Sayed CJ. Patient impressions and outcomes after clinic-based hidradenitis suppurativa surgery. *JAMA Dermatol*. 2022;158(2):132-141. doi:10.1001/jamadermatol.2021.4741
19. Hayoun M, Misery L. Pain management in dermatology. *Dermatology*. 2023;239(5):675-684. doi:10.1159/000531758
20. PENTHROX® (methoxyflurane). Endo Ventures Ltd. Importer/Distributor: Paladin Labs Inc., St-Laurent, QC: Product Monograph. [Updated April 21, 2022, Accessed May 30, 2025]. Disponible sur : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00065552.PDF
21. Gamboa J, Cameron MC, Fathi R, Alkousakis T. A review of non-pharmacologic approaches to enhance the patient experience in dermatologic surgery. *Dermatol Online J*. 2020;26(3):13030/qt7mp372nd. Published 2020 Mar 15



Canadian Dermatology Today
Science pour le monde réel

canadiandermatologytoday.com

Actualité dermatologique au Canada est publiée trois fois par année en français et en anglais sous les termes de la licence Creative Commons Attribution

Pas d'Utilisation Commerciale

Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) par Catalytic Health
à Toronto, Ontario, Canada

© 2025 Actualité dermatologique au Canada.