

VIGNETTE CLINIQUE – HIDRADENITE SUPPUREE

Une femme de 30 ans présente une hidradénite suppurée (HS) Hurley I depuis l'âge de 25 ans, avec plus de 5 poussées par an. Elle a déjà eu un traitement par doxycycline, efficace, il y a 2 ans. Vous retenez à nouveau l'indication d'un traitement systémique.

Faut-il une **contraception** sous traitement ?

Si **hyperandrogénie clinique** ou **SOPK**

COP avec un **progestatif à activité androgénique faible** (ex : désogestrel, gestodène) **ou à action anti-androgénique** (ex : drospirénone)
Acétate de cyprotérone + éthinylestradiol : non reconnu comme contraceptif en France

Pas de contraception nécessaire

- **Amoxicilline + acide clavulanique, pristinamycine, lévofloxacine, clindamycine, ceftriaxone, métronidazole, cyclines**

- **Cotrimoxazole** : risque malformatif avant 10 SA d'aménorrhée = à éviter en cas de désir de grossesse

Contraception recommandée

- **Biologiques** : recommandation de prescription théorique à évaluer au cas par cas

> **Anti-TNF, secukinumab** : recommandée mais non obligatoire

> **Bimekizumab** : recommandée, à évaluer selon l'existence d'un désir de grossesse à court ou moyen terme

Contraception obligatoire

Rétinoïdes (isotrétinoïne, alitrétinoïne, acitrétine) : usage limité aux formes d'HS folliculaire plus fréquentes chez l'homme.

Acitrétine : à éviter chez la femme en âge de procréer ++

Et si c'était un **homme** ?

Pas de précaution particulière pour l'ensemble des traitements indiqués.

Vous avez mis en route de la doxycycline, la patiente avait déjà une contraception avant l'instauration du traitement et n'avait pas de projet de grossesse. 6 mois plus tard, l'hidradénite est bien contrôlée et le traitement bien toléré. La patiente vient de découvrir qu'elle était enceinte à 7 semaines d'aménorrhée ; après réflexion, elle se souvient de plusieurs oublis de pilule ...

Que faire devant une **grossesse sous traitement systémique** ?

Dans la majorité des cas **RASSURER**

Peuvent être poursuivis

Amoxicilline + acide clavulanique, pristinamycine, lévofloxacine, clindamycine, ceftriaxone, métronidazole

Discussion au cas par cas

Biologiques :

Risque malformatif faible : pas d'ITG ni surveillance échographique spécifique.

Poursuite possible jusqu'à l'accouchement, à discuter au cas par cas selon la molécule (anti-TNF > secukinumab > bimekizumab), la sévérité et le risque de poussée de l'HS.

Arrêt du traitement

- **Cyclines** : arrêt avant la fin du 1^{er} trimestre pour éviter le risque de coloration des dents de lait

- **Cotrimoxazole** : si exposition avant 10 SA, risque malformatif (anomalie de fermeture du tube neural, fentes orales et malformations cardiaques). Envisager une surveillance échographique ciblée et prescrire une supplémentation en acide folique. **Contactez le CRPV/CRAT.**

- **Rétinoïdes** (isotrétinoïne, alitrétinoïne, acitrétine) : **arrêt immédiat + ITG à envisager**

Et si c'était un **homme** dont la compagne débute une grossesse alors qu'il est traité ?

Pas de précaution particulière pour l'ensemble des traitements indiqués.

Vous avez décidé d'arrêter la doxycycline ce d'autant plus que l'HS est bien contrôlée et vous proposez de la revoir en consultation dans 3 mois. Elle vous rappelle au bout de 2 mois car elle est en poussée et ne parvient pas à la contrôler avec les soins locaux. Sa grossesse se passe bien par ailleurs.

Que faire en cas de **poussée** pendant la grossesse ?

- **Poussée non sévère** (Hurley I – II) : préférer l'association **amoxicilline – acide clavulanique** à la **pristinamycine** (meilleur recul).
 - **Poussée sévère** (Hurley III) : préférer l'association **ceftriaxone – métronidazole** à l'association **lévofloxacine – clindamycine** (risque théorique d'atteinte cartilagineuse).
- En l'absence d'alternative thérapeutique : prescription possible de la **pristinamycine** et de l'association **lévofloxacine – clindamycine**.

Quel traitement de fond peut-on poursuivre ou initier pendant la **grossesse** ?

Possibles

- **Cotrimoxazole** : possible après 10 SA
- **Azithromycine** (*hors recommandation*)
- Privilégier les **biothérapies** à faible risque pour la femme enceinte et le fœtus ayant le plus données d'efficacité et de sécurité :
 - +++ anti-TNF α : **adalimumab** > **infiximab**
 - Certolizumab (faible passage transplacentaire) possible mais peu de données d'efficacité dans l'HS
 - Anti-IL17 : en 2^{ème} intention, en privilégiant le **secukinumab**
 - Selon la sévérité de l'HS et le risque de poussée : poursuite possible au 3^{ème} trimestre de grossesse. Dans ce cas, retarder l'administration de VVA jusqu'à l'âge de 6 à 12 mois (exception : certolizumab).
 - Sinon, dernière injection d'anti-TNF α au début du 3^{ème} trimestre de grossesse, 22 SA pour le secukinumab.

A éviter pendant la grossesse

- **Cyclines** : risque de coloration des dents si prescrits au-delà du 1^{er} trimestre.

Interdits

- **Rétinoïdes** (isotrétinoïne, alitrétinoïne, acitrétine)

Enfin, vous avez réussi avec une association amoxicilline – acide clavulanique à maîtriser cette poussée et la patiente a pu terminer sa grossesse. Elle vient vous voir 1 mois après son accouchement qui s'est bien passé. Elle est très demandeuse de reprendre un traitement car son hidradénite suppurée récidive. Elle souhaite poursuivre l'allaitement maternel pendant au moins encore 3 mois.

Quel traitement est possible pendant **l'allaitement** ?

Possibles

- **Amoxicilline + acide clavulanique, ceftriaxone, cotrimoxazole** (*sauf si déficit en G6PD*)
- **Métronidazole** : si prescription limitée à 14 j
- **Biothérapies** (faible passage dans le lait et détruits dans le tractus gastro-intestinal) : privilégier les anti-TNF α du fait d'un meilleur recul d'utilisation. Les anti-IL17 ne sont pas CI en raison de données pharmacologiques rassurantes malgré le peu de données cliniques.

Prescription en l'absence d'alternative thérapeutique

- **Lévofloxacine, clindamycine, pristinamycine**

A éviter voire contre-indiqués

- **Cyclines** : traitement prolongé (≥ 1 à 3 semaines) déconseillé
- **Rétinoïdes** (isotrétinoïne, alitrétinoïne, acitrétine)

Les données présentées dans cette fiche sont évolutives.

Consulter régulièrement le **site du CRAT** notamment pour les traitements les plus récents : <http://lecrat.fr/>
Signalez **tout effet indésirable** survenu après la prise d'un médicament : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>
Pour toute question relative aux médicaments contacter votre **CRPV** : <https://www.rfcrpv.fr/votre-crpv/>

Références

- Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) : <http://lecrat.fr/>
- European Medicines Agency (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>
- Bertolotti A et al. Guidelines for the management of hidradenitis suppurativa: recommendations supported by the Centre of Evidence of the French Society of Dermatology. Br J Dermatol. 2021
- McMullan P et al. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: An Update : Pregnancy. J Am Acad Dermatol. 2024
- Alhusayen R et al. North American Clinical Practice Guidelines for the Medical Management of Hidradenitis Suppurativa in Special Patient Populations. J Am Acad Dermatol. 2024

POUR EN SAVOIR PLUS : documents de travail « hidradénite suppurée » et par thérapeutique