

CENTRE DE PREUVES DE DERMATOLOGIE

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Objectif de la recommandation

Les recommandations pour la prise en charge de l'Hidradénite Suppurée (HS), ou Maladie de Verneuil sont élaborées par le Centre de Preuve en Dermatologie dans le but de mettre à disposition des professionnels prenant en charge ces patients des outils d'aide à la décision. Elles ont pour but de faciliter l'approche diagnostique et thérapeutique de cette affection pour laquelle peu de données factuelles sont disponibles. Elles seront amenées à évoluer en fonction des données nouvelles de la science dans les prochaines années.

Professionnels concernés

Les professionnels concernés sont les personnels soignants prenant en charge des malades atteints d'Hidradénite Suppurée et en particulier les dermatologues, les infectiologues, les chirurgiens notamment les chirurgiens plasticiens, les addictologues, les médecins généralistes mais aussi urgentistes internistes, gynécologues, gastro-entérologues, rhumatologues, pédiatres ainsi que les psychologues, infirmiers et diététiciens impliqués dans cette pathologie

Echelle de Gradation des recommandations

A : Preuve scientifique établie fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées

B : Présomption scientifique fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.

C : Faible niveau de preuve fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

AE : Accord d'experts : en l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Commentaire d'expert :

Il s'agit de remarques provenant de l'un ou plusieurs des 6 experts de cette pathologie sollicités par le groupe de travail de ces recommandations. Aucun n'avait participé aux réunions du groupe de travail.

1 Introduction

L'Hidradénite Suppurée (HS) est une maladie cutanée inflammatoire chronique caractérisée par l'apparition de nodules et d'abcès douloureux évoluant vers la suppuration, la fistulisation et la constitution de cicatrices. Les localisations préférentielles sont la région périnéale et les grands plis. La maladie évolue par poussées douloureuses, le plus souvent suppuratives, plus ou moins espacées ou sur un fond continu.

Données épidémiologiques

La prévalence de l'HS est estimée à 0,7% dans la population européenne. Cette maladie survient le plus souvent après la puberté, et touche préférentiellement les femmes (sex ratio de 3 pour 1). Environ 1/3 des patients rapportent une histoire familiale d'HS. La proportion de formes modérées à sévères n'est pas connue dans la population générale. Le délai au diagnostic est élevé, environ 8 ans, lié à une possible méconnaissance de la maladie par le milieu médical.

Physiopathologie de l'hidradénite suppurée

L'HS est une maladie inflammatoire chronique du follicule pileux dont la dérégulation des mécanismes de l'immunité innée cutanée n'est pas connue à ce jour. Les modifications pathologiques de l'HS résulteraient d'une inflammation péri-pilaire entraînant ainsi un amas de kératine conduisant à l'obstruction du follicule pileux, sa dilatation puis sa rupture. L'inflammation secondaire à cette rupture folliculaire associée à des infections bactériennes causerait les abcès et trajets fistuleux de drainage. Des antécédents familiaux d'HS sont décrits chez 30 à 40% des malades atteints. Plusieurs gènes de la voie de la gamma-sécrétase ont été impliqués dans la maladie. Les mutations de cette voie entraîneraient des défauts de la voie Notch qui joueraient un rôle essentiel dans le recrutement et l'activation des lymphocytes T et B et dans l'activation de l'immunité innée. Une participation hormonale est également suspectée (apparition de la maladie à partir de la puberté et présence de la 5 alpha réductase dans les glandes apocrines).

2 Évaluation et classification de l'HS

Diagnostic d'HS

Le diagnostic d'HS repose sur un faisceau d'arguments cliniques incluant l'association de 3 critères :

- 1) Nodules et abcès** douloureux évoluant vers la suppuration, la fistulisation et/ou la formation de cicatrices.
- 2) Localisations typiques** : aisselles, plis inguinaux, région périnéale et/ou périnéale, seins et plis sous-mammaires, pli inter-fessier, pubis.
- 3) Caractère chronique et récidivant des lésions**: au moins 2 poussées en 6 mois.

Il existe des sous-types cliniques rapportés par plusieurs équipes internationales. Des études ultérieures devraient valider leur existence, préciser leurs fréquences respectives et déterminer leurs spécificités physiopathologiques et thérapeutiques éventuelles. Ces sous-types cliniques, de présentations atypiques méritent d'être connus des dermatologues.

Toute lésion nodulaire ou kystique, tout abcès situé dans les régions axillaires, inguinales, périnéale ou mammaires, doit faire évoquer le diagnostic d'HS.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic d'HS.

Grade AE

Diagnostiques différentiels

L'HS doit être distinguée de :

- Autres affections des glandes cutanées : acné conglobata, sinus pilonidal, kyste des glandes de Bartholin, fistules congénitales.
- Certaines maladies infectieuses : abcès, anthrax, furoncles, actinomycose, maladie des griffes du chat, donovanose, lymphogranulome vénérien, syphilis nodulo-ulcéral et abcès tuberculeux.
- Processus inflammatoires : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) pour les formes d'HS exclusivement périnéale

Maladies associées

Des maladies folliculaires peuvent précéder de plusieurs années les premiers symptômes de l'HS : sinus pilonidal, cellulite disséquante du cuir chevelu, acné, conglobata ...

Des pathologies inflammatoires digestives ou rhumatismales peuvent être associées et justifient la recherche systématique de symptômes évocateurs de ces pathologies au cours de l'interrogatoire (asthénie, amaigrissement, douleur/raideur matinale d'horaire inflammatoire du rachis ou des articulations périphériques, gonflements des articulations périphériques, sciatiques ou fessalgies à bascule, talalgies, douleurs sternales pour le rhumatisme inflammatoire ; douleurs abdominales fébriles ou non, sang ou glaires dans les selles ; diarrhées pour les maladies intestinales chroniques inflammatoires). En cas de doute, le patient sera adressé à un spécialiste.

Évaluation de la sévérité de l'HS

Les instruments de mesure de la sévérité initiale, de suivi de la maladie et de qualité de vie aident le praticien et le patient à juger de l'efficacité et de la tolérance d'une thérapeutique dans la vie quotidienne et dans les essais thérapeutiques.

Pour la pratique quotidienne, le groupe de travail recommande d'utiliser des instruments de mesure simple comme le score de Hurley. Celui-ci permet une évaluation des différentes zones atteintes.

- Grade I : Abcès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux
- Grade II : Abcès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques. Lésion unique ou lésions multiples, séparées les unes des autres.
- Grade III : Atteinte diffuse ou quasi diffuse ou fistules interconnectées et abcès sur toute l'étendue de la zone atteinte.

L'algorithme sur la prise en charge de tous les patients atteints d'HS, présenté ci-dessous (page 11), schématise la stratégie thérapeutique recommandée par le groupe de travail selon le grade de Hurley.

Le groupe de travail recommande d'utiliser des instruments de mesure simple comme le grade de Hurley et le nombre de poussées dans l'année. Il existe d'autres scores permettant de juger l'évolution de la maladie.

Grade AE

L'HS-PGA (Physician Global Assessment) réalisé par le praticien et par le patient permet de juger de l'évolutivité de la maladie. Dans les essais thérapeutiques, l'initiative HS-specific COS (Core Outcome Set) permettra d'établir un nombre minimum de critères nécessaire à l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

Commentaire d'expert :

L'IHS4 est un nouveau score dans l'HS. Il est composé du nombre de nodules (x1), du nombre d'abcès (x2) et du nombre de sinus (x4). Une forme légère est définie par un score inférieur ou égal à 3 points ; une forme modérée par un score entre 4 et 10 ; une forme sévère par un score de 11 points ou plus.

Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie par les médecins doit tenir compte des aspects suivants : évaluation des symptômes (douleur, odeur, prurit), retentissement sur les activités de la vie quotidienne (limitation des activités professionnelles, sexuelles, sociales), conséquences émotionnelles (recherche d'une anxiété et dépression associée).

Différents questionnaires sont utilisés dans la littérature pour évaluer le retentissement de l'HS sur la qualité de vie des patients. Le groupe de travail recommande le Dermatology Life Quality Index (DLQI), un questionnaire court que le patient peut remplir rapidement au cours de la consultation.

Grade AE

Des questionnaires récents plus spécifiques tels le HS-QoL (HS Quality of Life) ou le HSBOD (HS Burden of Disease) sont en cours de validation.

3 Comorbidités

L'évaluation du risque cardio-vasculaire global chez un patient HS devrait être la même que celle recommandée dans la population générale. Par ailleurs, en cas de syndrome métabolique, le patient sera pris en charge selon les recommandations en vigueur ou adressé à un spécialiste.

Grade AE

4 Traitements

En l'absence de traitement curatif, les objectifs du traitement médico-chirurgical sont :

- Faire disparaître ou atténuer les signes et les symptômes (douleur, abcès, suppuration),
- Réduire la fréquence et la sévérité des poussées,
- Améliorer la qualité de vie.

Grade AE

La prise en charge des patients, notamment ceux ayant une forme sévère, est pluridisciplinaire, idéalement lors d'une RCP dédiée médico-chirurgicale et paramédicale ou au moins dans le cadre d'un réseau spécialisé.

Grade AE

4.1. Traitements adjuvants

4.1.1. Mesures générales

Le sevrage tabagique et la réduction pondérale sont recommandés. Aucun type de « régime alimentaire » ne peut être actuellement recommandé, cependant une alimentation équilibrée est à encourager.

Grade AE

4.1.2. Pansements

Lors de suppuration importante, des pansements adhésifs en périphérie, hydrocellulaires ou hydrofibres, permettent d'apporter une amélioration de la qualité de vie. Ils sont absorbants, non irritants et réduisent les odeurs.

Grade AE

4.1.3 Soutien psychologique

Le retentissement psychologique de l'HS doit être évalué par les médecins. Un avis spécialisé, psychologique ou psychiatrique, peut s'avérer nécessaire.

Grade AE

4.1.4 Traitement antalgique

Le niveau de preuve des études est insuffisant pour pouvoir recommander une stratégie thérapeutique antalgique spécifique dans le cadre de l'HS.

Le groupe de travail recommande le respect des pratiques guidées par l'OMS selon la présence d'une douleur nociceptive (palier 1 à 3) et/ou d'une douleur neuropathique. Compte-tenu du risque de complications infectieuses, le groupe de travail ne recommande pas l'utilisation d'anti-inflammatoires (AINS, corticoïdes) à visée antalgique.

Grade AE

4.2. Traitement médical

4.2.1. Topiques

Le niveau de preuve est insuffisant pour pouvoir recommander les antibiotiques topiques devant le risque d'émergence de résistance. Le groupe de travail ne recommande pas les antiseptiques locaux qui n'ont pas montré plus d'efficacité qu'une toilette à l'eau et au savon en cas de poussées d'HS.

Grade AE

4.2.2. Traitements antibiotiques systémiques

Recommandations de prescription des antibiotiques dans l'HS

Le groupe de travail recommande la prescription des antibiotiques dans l'HS dans les indications potentielles suivantes : en cas de poussée aiguë, de prophylaxie secondaire et en préopératoire.

Grade AE

La microbiologie des lésions de la maladie de Verneuil varie selon le stade lésionnel : certains germes de la flore cutanée pour les lésions de grade 1 de Hurley (*Staphylococcus lugdunensis*, *Cutibacterium spp*) ou germes anaérobies, et des flores anaérobies complexes pour les lésions de grade 2 et 3. Pour cette raison, le traitement antibiotique de la maladie de Verneuil est probabiliste et ne nécessite pas la réalisation de prélèvements bactériologiques locaux ou d'hémocultures.

Par contre, en cas de patient fébrile ce qui est inhabituel dans l'HS, la réalisation de prélèvements microbiologiques locaux (pus) et d'hémocultures à la recherche de germes responsables d'infections invasives est recommandée.

Le groupe de travail ne recommande pas de réaliser de prélèvement microbiologique chez les patients atteints d'HS, sauf en cas de fièvre, ce qui est inhabituel dans ce contexte.

Grade AE

Le groupe de travail recommande l'usage des antibiotiques à posologie anti-infectieuse dans le cas des formes sévères (cf tableaux 1 & 2). La durée de traitement ne devrait pas excéder 21 jours de traitement.

Grade AE

Le groupe de travail recommande, lors d'une prophylaxie secondaire, une évaluation clinique à 24 semaines et plus précocement à 12 semaines dans le cas d'une aggravation ou d'une stagnation de la maladie.

Grade AE

A. Antibiothérapie des lésions de grade Hurley I

Tableau 1. Proposition de prise en charge ambulatoire des patients de stade Hurley I

Poussée aiguë (douleur, érythème, avec ou sans suppuration)
Toilette à l'eau et au savon
Grade AE

Prise en charge de l'Hidradénite Suppurée

Utilisation d'un traitement antibiotique par voie orale dès le début des symptômes pendant 7 jours (avis d'expert) <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique 50 mg/kg/j pendant 7 jours (3 x 1g/j ; maximum 4.5 g/j) OU <ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine : 3 g/j (en 3 prises) • Remise d'ordonnances anticipées Grade AE	
Récurrence	
< 4 poussées par an	Absence de traitement prophylactique Grade AE
≥ 4 poussées par an	Adjonction d'un traitement prophylactique <ul style="list-style-type: none"> • Cyclines : doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j (double dose si poids > 80 kg) • Si échec ou contre-indication : la prescription de cotrimoxazole 400/80 mg/j pourrait être proposée en mettant en balance le bénéfice attendu et le risque de toxidermies graves (double dose si poids > 80 kg) Réévaluation après 6 mois de traitement (accord d'expert) Grade AE

B. Antibiothérapies des lésions de grade de Hurley II et III

L'approche multi-disciplinaire principalement basée sur le binôme médecin-chirurgien.

La chirurgie doit être présentée aux patients dès les premières consultations car les traitements antibiotiques (ou immunomodulateurs, cf paragraphe suivant) n'ont qu'un effet suspensif. Une stratégie médico-chirurgicale sera donc planifiée avec les patients, idéalement dans le cadre d'une RCP dédiée.

Pour un patient présentant des lésions de grade Hurley II, le schéma précédent (prise en charge des poussées / traitement prophylactique) peut-être proposé. En cas d'échec un traitement d'attaque à l'aide d'une céphalosporine injectable de 3^{ème} génération + métronidazole oral ou de la lévofloxacine + clindamycine sera envisagé (tableau 2). La lévofloxacine est proposée par le groupe de travail à la place de l'ofloxacine devant son spectre élargi sur les cocci G+ et son action sur certaines bactéries anaérobies. Il convient de ne pas utiliser les fluoroquinolones en monothérapie en raison de l'inoculum bactérien important et du risque rapide de sélection des mutants résistants.

Tableau 2. Proposition de prise en charge ambulatoire des patients de stade II d'Hurley en échec de la stratégie précédente et des patients de stade III d'Hurley

Traitement d'attaque	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone 1 g/j (< 60 kg) à 2 g/j (≥ 60 kg) IV, IM plus métronidazole PO 3 x 500 mg/j OU <ul style="list-style-type: none"> • Lévofloxacine (500 mg, 1 à 2 fois/j) plus clindamycine (600 mg, 3 fois/j) Durée maximale : 15 à 21 jours Grade AE
Suivi de	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de la zone atteinte

Prise en charge de l'Hidradénite Suppurée

	OU/ET
	<ul style="list-style-type: none">• Cyclines (doxycycline 100 mg/j ou lymécycline 300 mg/j) (double dose si poids > 80 kg)
	OU
	<ul style="list-style-type: none">• Cotrimoxazole 400/80 mg/j en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication aux cyclines en mettant en balance le bénéfice attendu et le risque de toxidermies graves (double dose si poids > 80 kg).
	OU
	<ul style="list-style-type: none">• Traitement immunomodulateur (cf paragraphe suivant)
	Grade AE

En l'absence d'efficacité curative démontrée, l'utilisation d'antibiotiques à spectre large* prescrits en traitement d'attaque ne peut être que ponctuelle, intégrée à une stratégie thérapeutique (exemple : AB + chirurgie, AB puis immunomodulateurs). Il n'est pas recommandé de répéter ces cures en raison du caractère purement suspensif des antibiotiques et le leur risque majeur d'émergence de résistances.

* ceftriaxone, métronidazole, lévofloxacine, clindamycine

L'association rifampicine 600 mg/j + clindamycine 600 mg/j est proposée dans plusieurs publications/avis d'experts/recommandations. Elle n'a finalement pas été retenue par le groupe de travail afin de préserver la sensibilité du BK à la rifampicine. En effet, l'induction enzymatique de la rifampicine entraîne un effondrement des taux sériques de la clindamycine en 10-15 jours, et ce quelle que soit la posologie utilisée. Il est ainsi plausible que l'absence de concentration thérapeutique sanguine de la clindamycine conduise à se retrouver en monothérapie par rifampicine, facilitant le risque d'émergence de résistance.

Suite à la lettre destinée aux professionnels de santé de novembre 2018 de l'ANSM, sur l'utilisation des fluoroquinolones par voie systémique ou inhalée et du risque cardiovasculaire et écologique, les fluoroquinolones ne doivent être utilisées qu'après une réévaluation du rapport bénéfice/risque et après prise en compte des alternatives thérapeutiques (<https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Fluroquinolones-par-voie-systemique-ou-inhalee-risque-de-survenue-d-anevrisme-et-de-dissection-aortique-Lettre-aux-professionnels-de-sante>).

Commentaires d'experts :

Pour les poussées aiguës :

- Sur les ordonnances anticipées, certains experts proposent une poursuite des traitements par amoxicilline-acide clavulanique ou pristinamycine jusqu'à 21 jours.
- Certains experts s'interrogent sur le choix de la lévofloxacine associée à la clindamycine à la place de l'ofloxacine associée à la clindamycine qui elle, a été rapportée dans la littérature sur des séries de cas. La justification détaillée du groupe de travail est disponible dans l'argumentaire.
- Concernant l'association rifampicine – clindamycine, 4 des 6 experts ont fait un commentaire sur ce point. Deux d'entre eux, souhaitent recommander l'utilisation de cette association, compte tenu de sa large diffusion, d'études observationnelles publiées en nombre plus important que pour les autres antibiothérapies et des recommandations des autres sociétés savantes (EDF, NICE...) préconisant cette association. Les 2 autres experts ont en revanche, émis un avis défavorable à l'utilisation de cette association.
- **Pour le traitement prophylactique des récurrences**, chez les patients de plus de 80kg, certains experts proposent de majorer la dose jusqu'à 200mg pour la doxycycline et jusqu'à 600 mg pour la lymécycline

4.2.3. Immunosuppresseurs

Le niveau de preuve est insuffisant pour recommander l'emploi des traitements par corticoïdes intralésionnels, corticoïdes systémiques, dapsone et ciclosporine A dans l'HS.

Grade AE

Commentaire d'expert :

Il est nécessaire de prendre en compte le risque d'atrophie cutanée avec l'injection de corticoïdes intralésionnels.

4.2.4. Traitement médical hormonal

En l'absence de besoin contraceptif, il n'est pas recommandé de prescrire des oestroprogestatifs dans l'objectif de traiter l'HS.

Grade AE

Dans les autres cas chez une femme souhaitant une contraception, un avis gynécologique sera demandé.

Grade AE

Lors de poussées d'HS rythmés par les cycles et/ou de suspicion de SOPK (Syndrome des ovaires polykystiques) associé à l'HS, un avis gynécologique ou endocrinologique seront proposés.

Grade AE

4.2.5. Rétinoïdes

Le niveau de preuve est insuffisant pour recommander l'emploi de l'isotrétinoïne, acitrétine et alitrétinoïne dans l'HS. Cependant dans les HS folliculaires (cicatrices à l'emporte-pièce, pics à glaces, lésions folliculaires à type de kystes épidermiques, comédons et sinus pilonidal) les rétinoïdes peuvent être employés.

Grade AE

Commentaire d'expert :

Un des experts n'est pas favorable à l'emploi de l'isotrétinoïne dans l'HS. D'autres, préconisent de l'acitrétine chez l'homme et de l'alitrétinoïne ou de l'isotrétinoïne chez la femme pour les formes folliculaires.

4.2.6. Biologiques

4.2.6.1. Anti-TNF α : Adalimumab

Dans l'état actuel de la prise en charge par les anti-TNF α de l'HS, la prescription de l'adalimumab ne peut s'envisager au plan réglementaire que dans le cadre d'une demande compassionnelle à l'assurance maladie.

Les essais PIONEER I et II ont conduit à l'**obtention de l'AMM** européenne en 2015 avec le libellé : « Humira® est indiqué dans le traitement de l'hidrosadénite suppurée (maladie de Verneuil) active, modérée à sévère, chez les patients adultes en cas de réponse insuffisante au traitement systémique conventionnel de l'HS ».

La commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a considéré en 2016 que le **service médical rendu** par l'adalimumab était **insuffisant** pour justifier d'une prise en charge par la solidarité nationale dans l'indication ci-dessus compte tenu :

- d'une efficacité très modeste et limitée dans le temps principalement évaluée à partir d'un score peu pertinent cliniquement ;
- de l'absence de bénéfice démontré en termes de qualité de vie pourtant particulièrement altérée dans les formes sévères de cette pathologie ;
- et des incertitudes sur la tolérance à long terme aux doses préconisées.
- en l'absence d'autres possibilités thérapeutiques disponibles, et malgré une taille de l'effet modeste, ce traitement pourrait s'envisager chez les patients présentant une HS avec des lésions de Hurley II et III en relais d'une antibiothérapie large spectre (comme décrite ci-dessus).

- Il y aura une **nécessité d'évaluation régulière** qui conduira à l'arrêt du traitement si l'efficacité attendue n'est pas observée entre 3 et 6 mois.

L'adalimumab, compte tenu des données de la littérature ne semble pas pouvoir s'envisager comme un traitement au long cours chez les patients HS (perte d'efficacité), il faudra discuter avec le patient des possibilités thérapeutiques lors de l'introduction du biomédicament.

Chez les patients présentant une maladie associée de type rhumatisme inflammatoire ou maladie inflammatoire chronique de l'intestin, l'adalimumab s'envisagera plus précocement dans la prise en charge thérapeutique.

En l'absence d'autres possibilités thérapeutiques disponibles, et malgré une taille de l'effet modeste, ce traitement pourrait s'envisager chez les patients présentant une HS avec des lésions de Hurley II et III en relais d'une antibiothérapie large spectre (comme décrite ci-dessus). Il y aura une nécessité d'évaluation régulière qui conduira à l'arrêt du traitement si l'efficacité attendue n'est pas observée entre 3 et 6 mois.

Grade A

Dans l'état actuel de la prise en charge par les anti-TNF α de l'HS, la prescription de l'adalimumab ne peut s'envisager au plan réglementaire que dans le cadre d'une prescription non remboursée ou remboursée à la suite d'une négociation amiable entre l'établissement et la caisse locale pour obtenir son remboursement.

Grade AE

4.2.6.2. Anti-TNF α : Infliximab

L'infliximab n'a pas d'AMM dans l'HS. Le groupe de travail propose toutefois son utilisation en raison de son analogie avec l'adalimumab qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Seules des **équipes expertes** dans la prise en charge de patients atteints **d'HS sévères ou résistants** aux premières lignes de traitement devraient pouvoir l'utiliser. Une **réévaluation de son indication entre 3 à 6 mois** est préconisée.

Grade B

4.2.6.3. Autres biologiques

Dans l'état actuel des connaissances, l'etanercept, l'ustekinumab et les anti-IL1 ne présentent pas d'indication dans l'HS. Le groupe de travail ne les recommande pas.

Grade AE

4.3. Traitement laser / linothérapie

L'utilisation du laser épilatoire NdYAG long pulse peut être proposée à visée préventive.

Grade AE

La vaporisation au laser CO₂ ne semble pas présenter d'avantages par rapport à la chirurgie.

Grade AE

Commentaire d'expert :

Un des experts envisage en alternative à la chirurgie, la vaporisation au laser CO₂ en cas de lésions multiples en dehors des plis, du tronc, ou des cicatrices résiduelles.

4.4. Traitement chirurgical

Le groupe de travail recommande que le traitement chirurgical s'envisage systématiquement dans le cadre d'une coopération médico-chirurgicale.

Grade B

Le choix du traitement chirurgical est fonction de la présentation clinique, en urgence devant un abcès, ou programmée dans les autres cas.

Devant un nodule abcédé, fluctuant, l'incision-drainage ou le derroofing au punch sont indiqués en urgence car elle permet un soulagement immédiat des douleurs. Elle ne constitue pas un traitement définitif et les récurrences sont très fréquentes.

Grade AE

Devant un nodule froid persistant de Hurley I ou des tractus sinueux (tunnels, fistules) de Hurley II, on peut pratiquer :

- soit une exérèse complète limitée à la lésion, avec ou sans suture directe. Les taux de récurrence varient entre 40 et 70% ;
- soit une marsupialisation (« derroofing ») avec une ablation du toit de ces lésions : elle permet une économie de peau saine ; la réparation est ici faite par une cicatrisation dirigée. Les récurrences sont selon les études de 20 à 50 %.

Ces exérèses sont pratiquées le plus souvent sous anesthésie locale, au besoin tumescente, et sont donc accessibles à des dermatologues experts en chirurgie dermatologique.

Grade AE

Commentaire.

Devant un plastron cicatriciel ou des cordons de Hurley II et surtout III, une exérèse large est proposée sous anesthésie générale : une marge de sécurité de peau saine latérale (1 à 3 cm) et profonde est recommandée. Il ne faut pas réduire la perte de substance pour faciliter la reconstruction.

Grade AE

La suture directe est généralement impossible et la fermeture se fait par cicatrisation dirigée, greffe de peau mince ou lambeau. Cette exérèse large donne les meilleurs résultats thérapeutiques avec le taux le plus bas de récurrence sur la zone traitée (0 à 15%). Elle implique des soins locaux post opératoires prolongés. A long terme il existe un risque de cicatrices rétractiles (notamment brides axillaires, béance vulvaire, sténose ou incontinence anale) qu'il faut prévenir par des postures et de la kinésithérapie.

Implications pour la recherche

Ce travail associant une revue de la littérature d'une part, l'interrogation d'experts d'autre part, des interrogations fortes persistent. Des essais thérapeutiques de bonne qualité semblent prioritaires sur les axes suivants :

- Evaluation des cyclines au long cours
- Evaluation du cotrimoxazole au long cours
- Intérêt de l'association lévofloxacine/clindamycine
- Intérêt des carbapénèmes
- Intérêt des lasers NdYAG et CO₂
- Evaluation des rétinoïdes dans les formes d'HS folliculaires

Pistes à venir

Cette recommandation a pour but d'améliorer la prise en charge des patients des patients atteints d'Hidradénite Suppurée.

Le groupe de travail préconise également la constitution de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), de réseaux intégrant des intervenants médicaux et paramédicaux et une prise en charge remboursée à 100%.

Pour tous les patients

Prise en charge de la douleur, prise en charge psychologique, perte de poids, sevrage tabagique

Hurley I

Abcès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux



< 4 poussées / an

≥ 4 poussées / an

Au moment des poussées

- Acide clavulanique amoxicilline 50 mg/kg/j (1g 3 fois/j (maximum 4.5 g))
OU
- Pristinamycine (1g 3 fois/j)
Pendant 7 jours

Traitement prophylactique

- Cycline (doxycycline 100 mg/j*** ou lymécycline 300 mg/j)
OU
- Cotrimoxazole * 400/80 (1cp/j) ***
Réévaluation à 6 mois

Au moment des poussées

Ajouter l'antibiothérapie proposée pour les Hurley I < 4 poussées / an

Remise d'ordonnances anticipées

Au moment des poussées
incision-drainage à visée antalgique

En cas de récurrence à la même localisation, exérèse limitée

- en fuseau
- Ou Marsupialisation

Hurley II

Abcès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques
Lésion unique ou lésions multiples, séparées les unes des autres



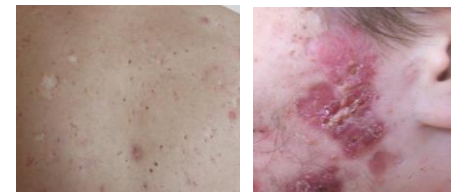
Proposer le même schéma que les Hurley I ≥ 4 poussées / an

En cas d'échec

Prise en charge multidisciplinaire spécialisée **

exérèse large des cordons et des tractus sinueux ou marsupialisation

Formes folliculaires



Proposer le même schéma que les Hurley I ≥ 4 poussées / an

En cas d'échec : Rétinoïdes

- Isotrétinoïne 0.3-0.5 mg/kg
- Alitretinoïne 10 à 30 mg/j
- Acitretine 0.5 mg/kg

En cas d'échec

- Adalimumab 160/80/40 par semaine ****
OU
- Infliximab 5mg/Kg toutes les 6 à 8 semaines *****
- Réévaluation à 6 mois

Hurley III

Atteinte diffuse ou quasi diffuse ou fistules interconnectées et abcès sur toute l'étendue de la zone atteinte



Prise en charge multidisciplinaire spécialisée **

Traitement d'attaque

- Ceftriaxone 1 g/j (si < 60 kg) à 2 g/j (si ≥ 60 kg) (IV, IM ou SC) + métronidazole PO (500 mg x 3/j)
OU
- Lévofloxacine (500 mg, 1-2 fois/j) + clindamycine (600 mg, 3 fois/j)
Pendant 15 à 21 jours

Et/ou

Chirurgie
- Exérèse large

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j *** ou lymécycline 300 mg/j)
OU
- Cotrimoxazole* 400/80 (1cp/j) ***
Réévaluation à 6 mois

- Adalimumab**** 160/80/40 par semaine
OU
- Infliximab 5mg/Kg toutes les 6 à 8 semaines *****
Réévaluation à 6 mois

Formes associées à des maladies inflammatoires MICI-SPA

Traitement prophylactique

• Adalimumab 160/80/40 par semaine ****
OU
• Infliximab 5mg/Kg toutes les 6 à 8 semaines *****
Réévaluation à 6 mois