JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
PAYS INVITÉ : LA SUISSE
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE
FMC HGE

Maladie de Verneuil

Que faut-il savoir en 2023 ?

Dominique Bouchard

Hôpital Bagatelle 33400 Talence

Objectifs Pédagogiques

1- Connaître la physiopathologie

2- Connaître les signes cliniques de la maladie de Verneuil ano-périnéale

3- Connaître l’association avec la maladie de Crohn

4- Connaître les principes du traitement médical et chirurgical

5- Connaître la stratégie thérapeutique

LIENS D'INTERET

Conseil scientifique : Abbvie, Takeda

Orateur : Abbvie, Janssen, Pfizer, Takeda

Maladie de Verneuil : les bases épidémiologiques

- ✓ **1%** des plus de 15 ans en France*
- ✓ **10% de formes sévères**

- ✓ **apparition après la puberté**
- ✓ sex ratio: **4 ♀ pour 1 ♂**

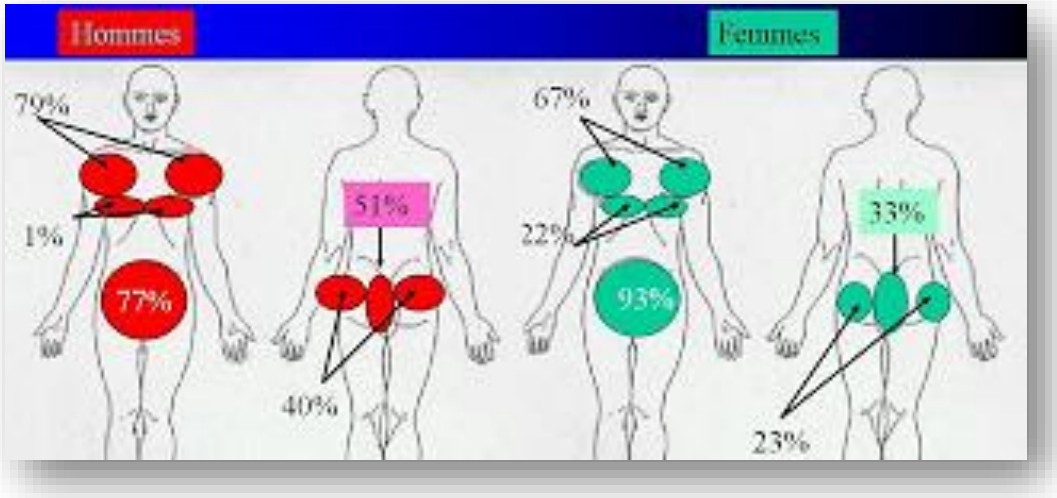
- ✓ **< 5% des suppurations ano-périnéales**

- ✓ **Retentissement majeur sur la qualité de vie**

*Revuz JE et al. J Am Acad Dermatol. 2008

Un diagnostic clinique

- ✓ **localisation ano-périnéale : 20 %**
- ✓ **association fréquente autres territoires (glandes apocrines)**
  - plis inguinaux, pubis, scrotum (90%)
  - aisselles (26%)
  - zone rétro-auriculaire (6%)
  - mamelons (4%)



- ✓ **évolution par poussées**
- ✓ **co-existence d'éléments d'âge différents**

- ✓ **diagnostics différentiels**: autres suppurations ano-périnéales

Classification de Hurley

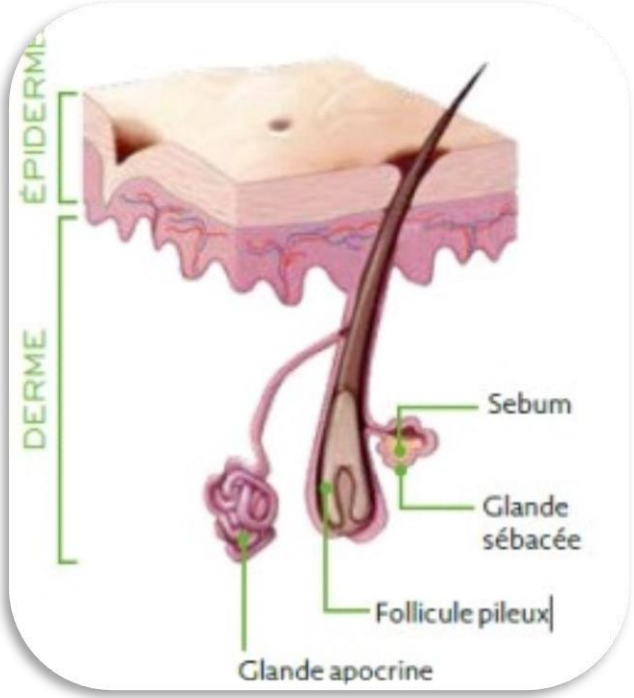
Stade 1	Stade 2	Stade 3
Un ou plusieurs nodules ou abcès, sans extension sous-cutanée, sans fistule et sans cicatrice hypertrophique	Abcès récurrents, uniques ou multiples, séparés, avec fistulisation et cicatrisation hypertrophique	Localisation diffuse (dans la zone atteinte), avec des trajets fistuleux communicants et abcès

Physio-pathogénie

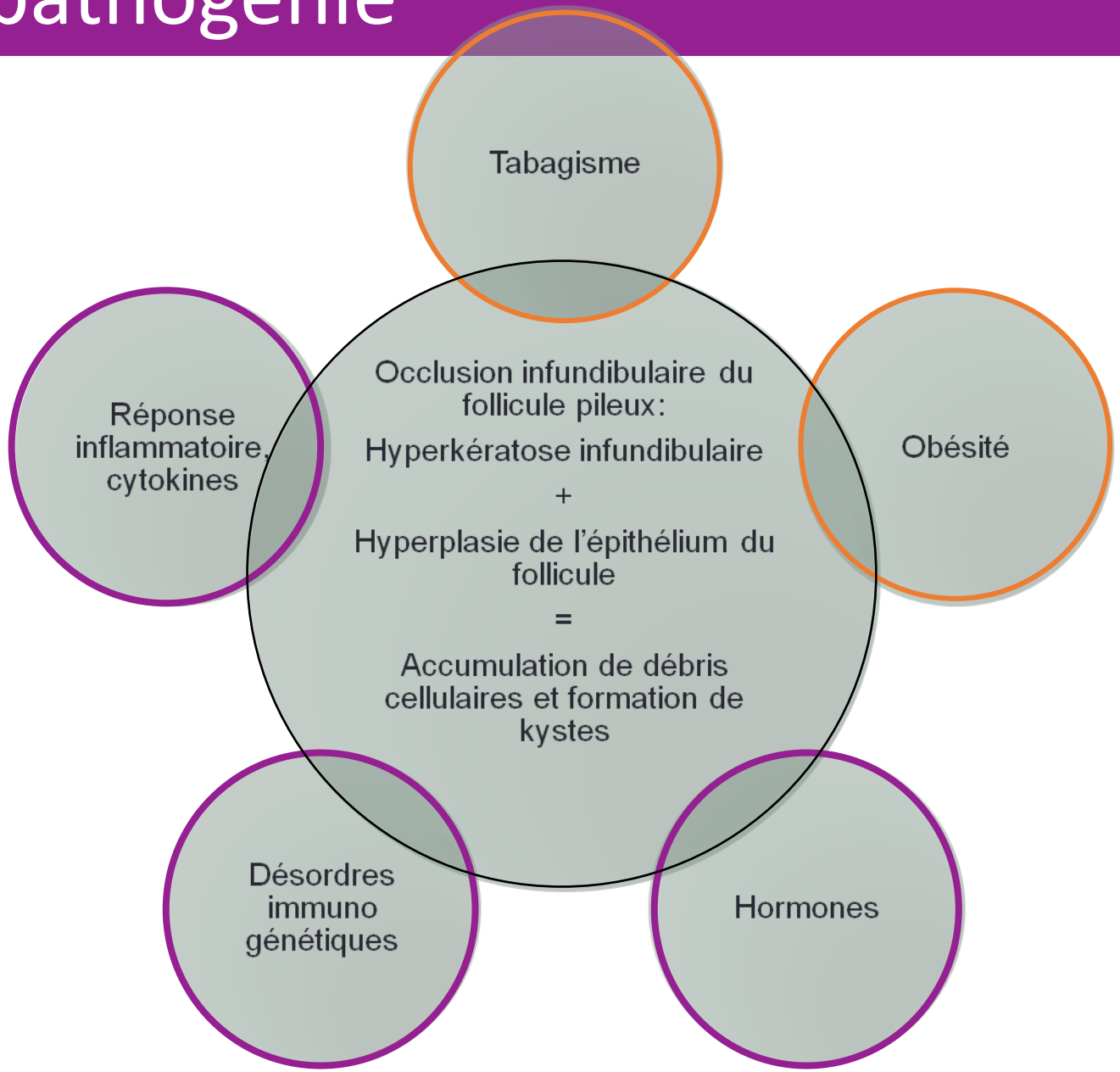
A. Obstruction du follicule pileux, rupture glandulaire

B. Abcès

C. Suppuration chronique

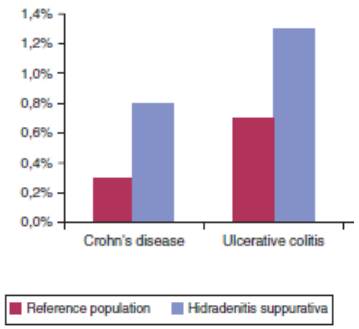


Etiopathogénie



Association MV et MICI
Est-ce vraiment fréquent ?..

- Etude danoise de cohorte 01/01/2008 au 31/12/2012 :
  7 732 HS *vs* 435 4137 témoins
- **Objectifs :** prévalence et risque de développer une MICI dans une population HS par rapport à population témoin
  - HR 2,19 pour MC et 1,63 pour RCH



Prévalence T0

Table 3. Summary of number of new events, follow-up time, and incidence rates of inflammatory bowel disease per 1,000 person-years

	Reference population	Hidradenitis suppurativa
New-onset Crohn's disease		
Follow-up time, y	20,812,454	37,240
Number of events	4,001	22
Incidence rate/1,000 PY	0.19	0.59
95% CI	0.19–0.19	0.39–0.90
New-onset ulcerative colitis		
Follow-up time, y	20,714,056	37,015
Number of events	10,359	36
Incidence rate/1,000 PY	0.50	0.97
95% CI	0.49–0.51	0.70–1.35

Table 4. Hazard ratios for risk of new-onset inflammatory bowel disease among patients with hidradenitis suppurativa compared with the general population (cohort study design)

	HR (95% CI)	*P*-value
Crohn's disease		
Age- and sex-adjusted	2.83 (1.86–4.30)	<0.0001
Fully adjusted*	2.19 (1.44–3.34)	0.0002
Ulcerative colitis		
Age- and sex-adjusted	1.88 (1.36–2.61)	0.0001
Fully adjusted*	1.63 (1.18–2.27)	0.0033

Egeberg *et al, JID* 2017

Maladie de Verneuil ou Hidrosadénite suppurée

Quelle prise en charge ?

1- Une prise en charge globale

-> Les soins de support :

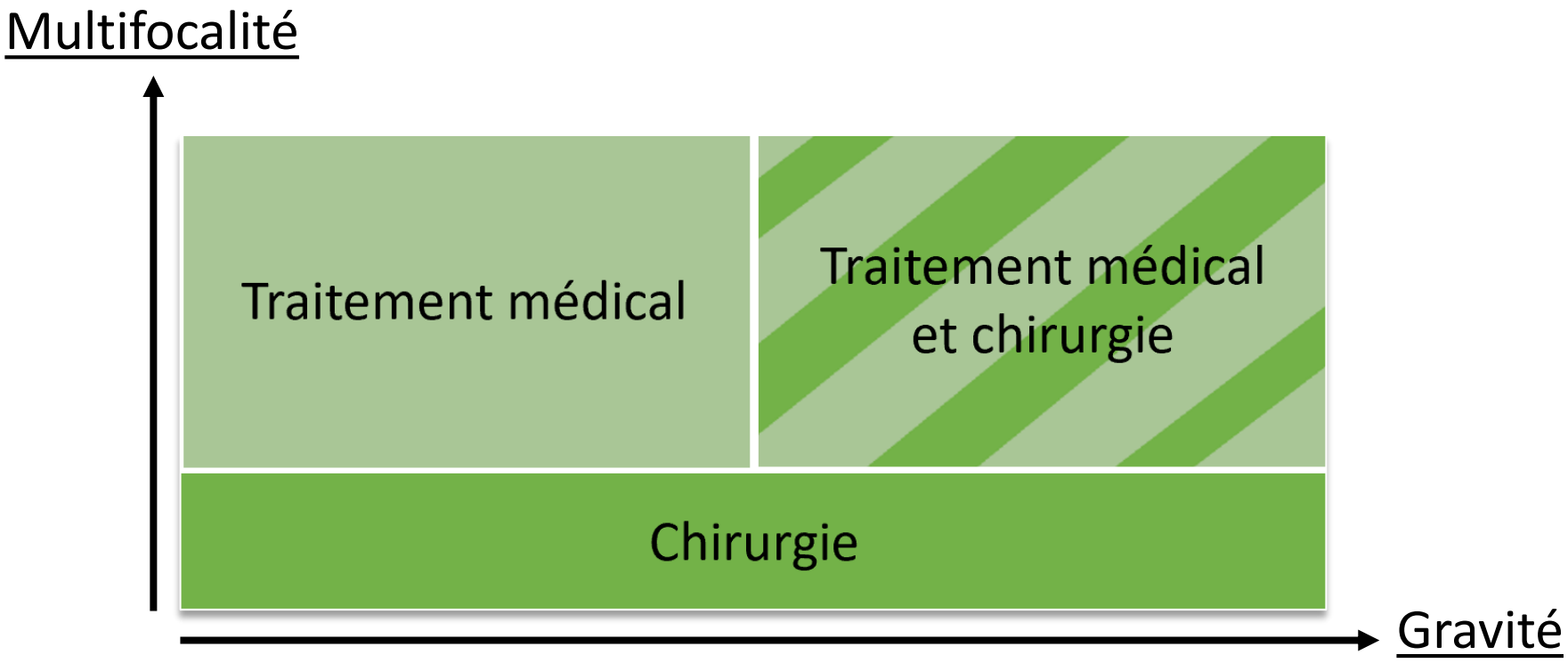
- Tabac, nutrition, psychologie
- Prise en charge sociale

-> Les médicaments :

- Soins locaux, antibiothérapie, biothérapie
- Préparation à la chirurgie

-> La chirurgie …

Stratégie thérapeutique



-> Tenir compte de la sévérité Et aussi du nombre de sites

Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible

CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE
RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

RECOMMANDATIONS HIDRADÉNITE SUPPURÉE

ACTUALISATION AOÛT 2019

- ✓ Stratégie basée sur la classification de Hurley
- ✓ Une stratégie médico-chirurgicale

Hurley I

< 4 poussées / an

Au moment des poussées
- Acide clavulanique amoxicilline 50 mg/kg/j (1g 3x/j; maximum 4,5 g)

OU
- Pristinamycine (1g 3x/j)

Durant 7 jours

≥ 4 poussées / an

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j*** ou lymécycline 300 mg/j)

OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/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 récidive à la même localisation, exérèse limitée
- En fuseau
- Ou Deroofing

Hurley II

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 deroofing

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
- Alitrétinoine 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

Prise en charge multidisciplinaire spécialisée**

Traitement initial
- Ceftriaxone 1 g/j (si < 60 kg) à 2 g/j (si ≥ 60 kg) (IV, IM) + métronidazole (500 mg x 3/j)

OU
- Lévofloxacine (500 mg, 1-2x/j) + clindamycine (600 mg 3x/j)

Pendant 15 à 21 jours

et/ou et/ou

Chirurgie
Exérèse large

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j *** ou lymécycline 300 mg/j)

OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/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

2- Traitement médicamenteux

Antibiothérapie

-> Cibler les Staph Coagulase Neg et les anaérobies

-> Activité anti-inflammatoire et immuno-modulatrice

-> Antibiothérapie probabiliste

- Ponctuelle : **amoxicilline + acide clavulanique** (**pristinamycine** en cas d'allergie)

- Continue : **tétracyclines** (doxycycline 100 mg/j – lymécycline 300d mg/j) ou **cotrimoxazole** 400/80 1 cp/j) dans les formes récidivantes (4 poussées/an)

Rifadine + Dalacine

Niveau de preuve très faible + mauvaise tolérance

-> pas retenue dans les dernières recos de la SFD

Dalacine : clindamycine dérivé de la lyncosamine, proche des macrolides

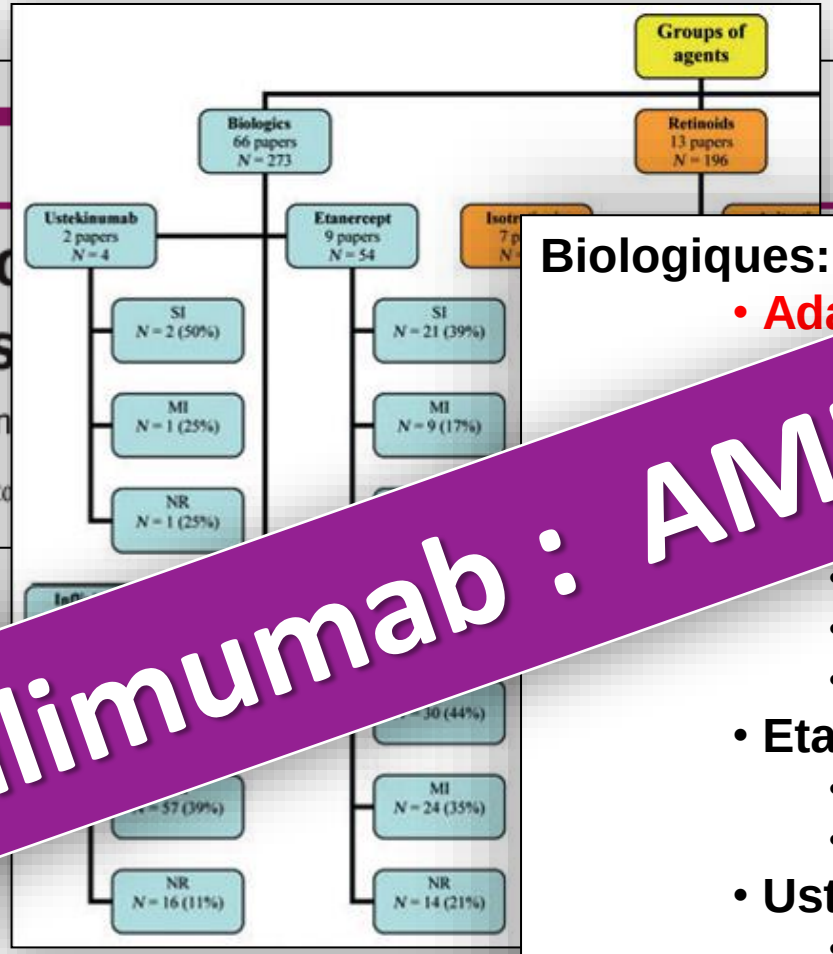
Rifadine : antibiotique de la famille des rifamycines, anti-tuberculeux

SYSTEMATIC

Systemic
retinoids

J.L. Blok, S. van

Department of Dermato



British Journal

Biologiques:

- **Adalim**
  - /2sem
  - (3); < 6 mois (6)
  - **ab** (147 patients)
    - •42 études **(1A, 7B, 34C)**
    - •5mg/kg 0,2,6sem puis /6-8 sem
    - •+ metho (4 études)
- **Etanercept** (54 patients)
  - •9 études **(1A, 5B, 3 C)**
  - •25 à 50 mg 1 à 2 x/ sem 100mg/sem
- **Ustekinumab** (4 patients)
  - •2 études (2C)
  - •45 à 90 mg 0, 4, 12

Adalimumab : AMM depuis 2016

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Et demain ?..

Efficacy and Safety of the Janus Kinase (JAK) 1 Inhibitor INCB054707 in Patients (Pts) With Hidradenitis Suppurativa (HS): Results from a Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Ranging Study. Joslyn Kirby et al. Poster 007

Povorcitinib, ciblant JAK1

209 patients de 18 à 75 ans

- **Formes sévères (Hurley II/III, 11,6 nodules/abcès en moyenne, 36 ans en moyenne, IMC 35**
- **IHS4: 21,9**
- **3 doses (pour tester l'effet classe des JAKi)**
- **Durée moyenne 7,2 ans**

IHS4 passe par exemple de 21,9 à 5,6 pour la dose de 15mg, très significatif

EI: très peu: fatigue, céphalées, diarrhées, et moins d'EI sévères que dans le placebo…

Et demain ?..

SUNSHINE et SUNRISE = sécukinumab dans l'HS (phase 3)

- **1er anti-IL-17** testé dans l'HS
- L'adalimumab étant la seule biothérapie agréée dans l'HS actuellement
- Toutes les 2 (Q2W) à 4 semaines (Q4W): 1084 randomisés au total
- L'objectif primaire à été atteint = HiSCR à S16, mais significatif à C[illegible]ment dans SUNSHINE
- Aucun signal d'intolérance particulier signalé

Table 1. Primary outcom[illegible]e SUNSHINE and SUNRISE trials

			SECQ4W		Placebo	
Outcome		[illegible]UNRISE	SUNSHINE	SUNRISE	SUNSHINE	SUNRISE
[illegible] [illegible]chieving HiSCR	45.0%	42.3%	41.8%	46.1%	33.7%	31.2%

*=Significantly different from placebo based on the pre-defined testing hierarchy. NS=Not significant

HiSCR, hidradenitis suppurativa clinical response; Q2W, every two weeks; Q4W, every four weeks; SEC, Secukinumab

Sécukinumab in moderate to severe hidradenitis suppurativa: Primary endpoint analysis from the SUNSHINE and SUNRISE Phase 3 trials. Alexa B. Kimball et al. Abstract 3549

Et demain ?..

Table 1. Primary outcome results in the SUNSHINE and SUNRISE trials

	SECQ2W		SECQ4W		Placebo	
Outcome	**SUNSHINE**	**SUNRISE**	**SUNSHINE**	**SUNRISE**	**SUNSHINE**	**SUNRISE**
Proportion % of patients achieving HiSCR	**45.0%**	**42.3%**	**41.8%**	**46.1%**	**33.7%**	**31.2%**

*=Significantly different from placebo based on the pre-defined testing hierarchy. NS=Not significant

HiSCR, hidradenitis suppurativa clinical response; Q2W, every two weeks; Q4W, every four weeks; SEC, Secukinumab

3- Les principes de la chirurgie

Quelles indications chirurgicales ?

1- En complément, association, relais du traitement médical

2- Dès que le patient ou le dermatologue n'arrivent plus à gérer médicalement:

- **Poussées itératives** sur une lésion ou une zone
- **Abcès douloureux sans fistulisation « spontanée »**
- **Lésions résistant au traitement médical**
- **Lésions cicatricielles rétractiles/symptomatiques**

Une incision simple ?

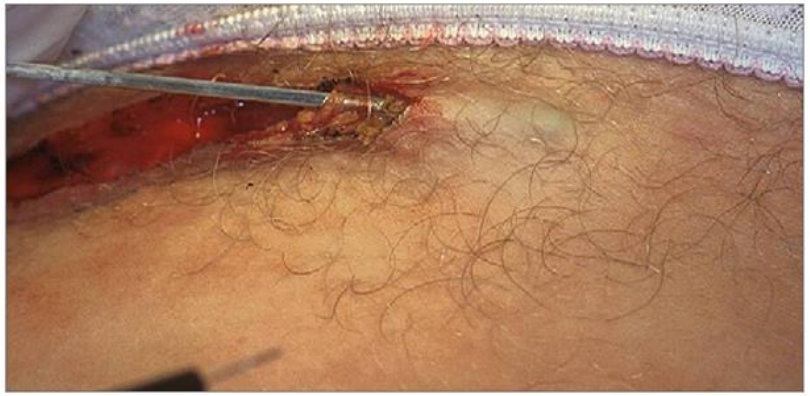
- Dermatologues, généralistes, urgentistes …

- Douleur, même sous anesthésie locale
- Récidive très fréquente

-> A éviter +++

Préférer une exérèse

Limitée



- Marsupilisation(deroofing)
- Vaporisation laser
- Excision locale

Large

Ablation de toute la zone pileuse moins de récidive qu'en cas d'excision des seules zones enflammées

Photos D. Bouchard

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Photo D. Bouchard – O Cogrel

Photo D. Bouchard – O Cogrel

J15

JAAD Journal of the American Academy of Dermatology

RESEARCH ARTICLE | VOLUME 73, ISSUE 5, SUPPLEMENT 1, S70-S77, NOVEMBER 2015

Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: A systematic review and meta-analysis

Ali Mehdizadeh, MD • Paul G. Hazen, MD • Falk G. Bechara, MD • ... Morteza Bashash, PhD •

Technique de traitement de la lésion	Taux de récidive	Technique de fermeture de la plaie	Taux de récidive
Incision locale	22%	Cicatrisation dirigée (le + svt)	?
Deroofing	27%		
Excision large	13%	Suture primaire Lambeau Greffe	15% 8% 6%

Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible

CENTRE DE PREUVES EN DERMATOLOGIE
RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

RECOMMANDATIONS HIDRADÉNITE SUPPURÉE

ACTUALISATION AOÛT 2019

Hurley I

< 4 poussées / an

Au moment des poussées
- Acide clavulanique amoxicilline 50 mg/kg/j (1g 3x/j; maximum 4,5 g)

OU
- Pristinamycine (1g 3x/j)

Durant 7 jours

≥ 4 poussées / an

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j*** ou lymécycline 300 mg/j)

OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/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 récidive à la même localisation, exérèse limitée
- En fuseau
- Ou Deroofing

Hurley II

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 deroofing

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
- Alitrétinoine 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

Prise en charge multidisciplinaire spécialisée**

Traitement initial
- Ceftriaxone 1 g/j (si < 60 kg) à 2 g/j (si ≥ 60 kg) (IV, IM) + métronidazole (500 mg x 3/j)

OU
- Lévofloxacine (500 mg, 1-2x/j) + clindamycine (600 mg 3x/j)

Pendant 15 à 21 jours

et/ou

Chirurgie
Exérèse large

et/ou

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j *** ou lymécycline 300 mg/j)

OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/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

JFHOD JFHOD.COM 16-19 MARS 2023 PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

Maladie de Verneuil : LES POINTS FORTS

1- **affection dermatologique dans le territoire des glandes apocrines** dont la prévalence est estimée en France à **1%**

2- **Les facteurs étio-pathogéniques** identifiés à ce jour sont principalement **génétiques, hormonaux et dysimmunitaires**

3- En cas de lésions diffuses et/ou inflammatoires : traitement médical avec des **antibiotiques à visée anti-inflammatoire en 1° intention**

4- En cas d'échec ou de formes très sévères : **anti-TNF**

5- Dans le cas de lésions suppurées ou de lésions cicatricielles rétractiles :

chirurgie utile et nécessaire -> **résection ou mise à plat large des lésions et cicatrisation dirigée**

JFHOD
JFHOD.COM
16-19 MARS 2023
PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
PAYS INVITÉ : LA SUISSE
Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE
FMC HGE

Maladie de Verneuil

Que faut-il savoir en 2023 ?

Dominique Bouchard

Hôpital Bagatelle 33400 Talence