

Enquête prospective sur la maladie de Verneuil en cabinet LIBéral dermatologique et en milieu HOspitalier (VELIB-HOP), 1^{er} octobre-3 décembre 2016

Jean-François Sei
Émilie Sbidian
Éric Tisserand
Alain Beauchet
Florence Corgibet

jeanfrancois.sei@wanadoo.fr

Cette enquête a été présentée en communication orale à la Session des Travaux de Groupe, aux Journées Nationales Provinciales de Dermatologie à Bordeaux en 2017.

Une enquête nationale transversale en ligne sur la maladie de Verneuil, mieux désignée par le terme d'hidradénite

suppurée (HS), a été initiée par la FFFCEDV (Fédération Française de Formation Continue et d'Evaluation en Dermatologie-Vénérologie) et proposée à tous les dermatologues, libéraux et hospitaliers, grâce au soutien du CEDEF (Collège des Enseignants en Dermatologie de France) et de la SFD (Société Française de Dermatologie).

L'objectif était de mieux connaître l'implication de nos collègues dermatologues dans la prise en charge de cette affection et d'évaluer le phénotype et la sévérité des patients HS vus par les dermatologues.

Méthodologie

Les dermatologues participants ont donc notifié tous les patients atteints d'HS vus en consultation sur une période de deux mois, du 1^{er} octobre au 3 décembre 2016, une fiche numérique. Elle indiquait, de façon

anonyme : le lieu de la consultation, les caractéristiques du patient, de sa maladie et les modalités de la prise en charge. Elle a été remplie en ligne, au cours de la consultation le plus souvent, et directement adressée au site hébergeur.

Cette fiche numérique, avec un menu déroulant pour chaque question, comportait quatre items :

- 1) Les caractéristiques du patient et l'évolution de la HS dans les 12 derniers mois.
- 2) L'état actuel lors de la consultation.
- 3) Les traitements prescrits lors de la consultation.
- 4) Le suivi prévu.

Une copie d'écran du début de la fiche est présentée en *figure 1*.

Un support iconographique fourni avec la fiche numérique a permis le rappel des critères diagnostiques de la HS en

VELIBHOP
Enquête sur la maladie de Verneuil en milieu LIBéral et HOspitalier
1er octobre - 30 novembre 2016

1) Caractéristiques du patient

Age ans Sexe F H Poids kgs Taille cms

Activité professionnelle Actif Etudiant Retraité Sans profession En invalidité Chômage

2) Contexte

Age de début de la maladie ans Age auquel la maladie a été diagnostiquée ans

Antécédents familiaux de maladie de Verneuil (MV) Oui Non NSP Si oui, qui ? Mère Père Fratrie Autre

Tabagisme actuel Oui Non
(>1 cigarette / jour depuis au moins 6 mois)

Tabagisme ancien Oui Non

Consommation de cannabis Oui Non Ne souhaite pas répondre

Comorbidités Aucune Acné sévère Dépression Arthrite Crohn Psoriasis Syndrome métabolique

Retentissement de la MV sur la vie quotidienne (échelle de 0 (aucun) à 10 (majeur)) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Retentissement psychique de la MV (échelle de 0 (aucun) à 10 (majeur)) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figure 1. Copie d'écran du début de la fiche numérique.

précisant d'emblée que toute lésion kystique, tout abcès situé dans les régions axillaires, inguinales, périnéales ou mammaires, devait faire évoquer le diagnostic de maladie de Verneuil. Nous avons retenu la définition de l'HS Foundation de 2009 (San Francisco) qui précise les critères purement cliniques du diagnostic positif d'HS [1, 2] :

- 1) La présence de lésions typiques :
 - précoces : nodules profonds douloureux,
 - tardives : tractus sinueux, cicatrices hypertrophiques et comédons ouverts.
- 2) Une localisation typique : régions axillaires, inguinales, périnéo-fessière, mammaires.
- 3) Des lésions chroniques et récurrentes.

Il était également rappelé qu'aucun examen complémentaire n'était nécessaire pour poser le diagnostic.

Il existe une grande hétérogénéité de l'HS en termes de présentation clinique [3, 4] et de sévérité de la maladie. Parmi les classifications multiples proposées, nous avons retenu pour sa simplicité la classification de Hurley telle que définie en *figure 2*.

Résultats

123 collègues ont participé et ont permis d'inclure 416 patients.

Les patients ont consulté en cabinet libéral (76 %), centre hospitalier (23 %) ou centre de santé (1 %) ; 41 dermatologues n'ont vu aucun cas de Verneuil pendant cette période et seuls 7 collègues ont inclus 10 patients ou plus.

Parmi les 416 patients, l'âge moyen était de 33 ± 11 ans, 63 % étaient des femmes ; 25 % avaient des antécédents familiaux d'HS ; 27 % avaient un BMI ≥ 30 (30 % des femmes et 20 % des hommes) ; 68 % présentaient un tabagisme actif et 15 % étaient consommateurs de cannabis (24 % des hommes et 10 % des femmes). À noter que 6 % des patients n'ont pas souhaité répondre à cette question... 46 % présentaient des comorbidités : 40 % une acné sévère, 26 % un syndrome métabolique, 25 % une dépression, 12 % un psoriasis, 7 % un rhumatisme inflammatoire.

L'ancienneté de l'HS était de $11,3 \pm 9,7$ ans si l'on considérait le début des symptômes et de $3,7 \pm 6,2$ ans si l'on prenait en compte la date du diagnostic, impliquant un retard diagnostique moyen de 7 ans.

156 patients (40 %) avaient un retentissement très important sur leur vie quotidienne [8] et sur leur équilibre psychologique (> 7 sur une Échelle Visuelle d'Auto-évaluation non validée mais établie sur le modèle de celui de la douleur de 0 à 10) ; 66 patients (16 %) étaient déclarés en ALD. 51 % des patients avaient consulté des sites internet, 31 % connaissaient des associations de patients atteints d'HS, 45 % d'entre eux avaient contacté l'une d'entre elles.

Au cours des 12 derniers mois, 25 % présentaient des poussées continues d'HS, 72 % avaient eu au moins une poussée, (32 % entre 1 et 3, 40 % plus de 3), seuls 3 % ne rapportaient aucune manifestation de l'HS. Au total, 95 % avaient reçu des antibiotiques systémiques dans l'année écoulée. 40 % avaient été opérés et 24 % avaient dû être hospitalisés.

Lors de la consultation, 60 % étaient venus d'eux-mêmes, 15 % adressés par un généraliste, 9 % par un chirurgien, 8 % par un autre dermatologue, 1 % par un gynécologue et 6 % par d'autres spécialistes. Pour 43 % des patients, il s'agissait de la première consultation pour HS avec le dermatologue répondeur et 57 % pour un suivi. 222 patients (53 %) étaient en poussée au moment de la consultation, avec des lésions purulentes et douloureuses des aisselles (41 %), des plis inguinaux (49 %) et des fesses (26 %). Les stades de la classification de Hurley n'avaient été indiqués que pour les patients en poussées :

- stade I = 45 % (50 % en libéral *versus* 29 % à l'hôpital),
- stade II = 41 % (37 % *vs.* 52 %),
- stade III = 14 % (13% *vs.* 19 %).

La prise en charge a comporté la prescription de :

1. Traitements locaux pour 325 patients (79 %) : antiseptiques chez 107 patients (27 %) ; antibiotiques locaux type clindamycine chez 53 patients

(13 %) ; antiseptiques + antibiotiques chez 165 patients (42 %).

2. Antibiotiques oraux pour 230 patients (64 %) : cyclines (50 % des antibiotiques oraux), amoxicilline (27 %), amoxicilline + acide clavulanique (25 %), clindamycine (20 %), rifampicine (17 %), pristinamycine (12 %), méfloxacine (10 %), métronidazole (5 %).

3. Rétinoïdes pour 18 patients (4 %), 7 sous isotrétinoïne, 10 sous acitrétine et 1 sous alitrétinoïne.

4. Acte chirurgical ou interventionnel pour 155 patients (43 %) : incision simple (15 %), derroofing (2 %), exérèse « large » avec ou sans suture directe (52 %), laser épilatoire (31 %).

La majorité des patients avaient un rendez-vous de suivi à 3 mois par le même praticien (303 soit 75 %). Cependant, 25 % étaient adressés à un confrère : chirurgien (83 % d'entre eux), centre hospitalier référent (10 %), rhumatologue (2 %), gastroentérologue (4 %), dermatologue pour laser (4 %), tabacologue (2 %), diététicien (2 %).

Discussion

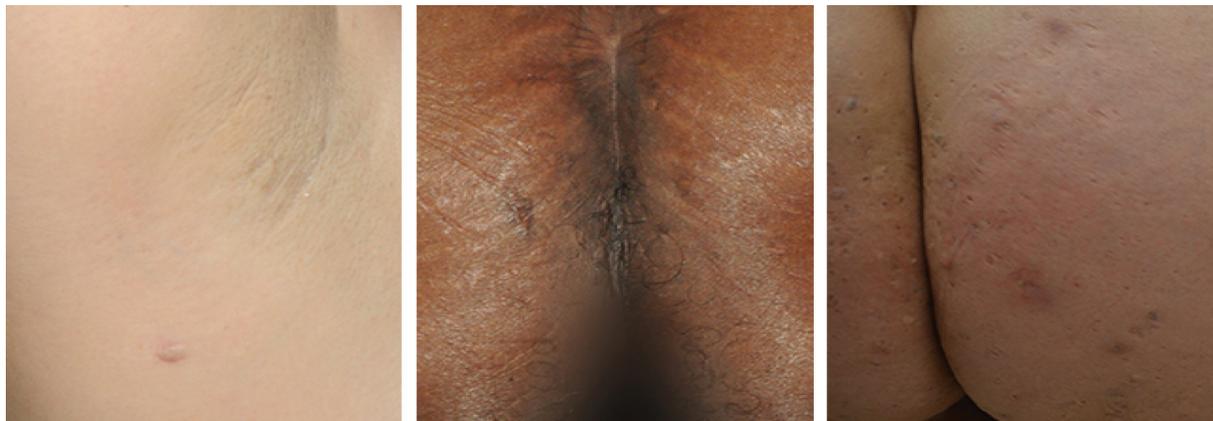
Certaines données sont conformes à celles de la littérature : retard diagnostique de 7 ans, plus grande proportion de femmes (63 %), plus d'obèses (26 % *vs* 15 % dans la population générale, étude Obepi 2012) [5, 6], forte prévalence du tabac, du cannabis et des comorbidités. Le retentissement psychologique et l'impact sur la qualité de vie sont majeurs [7]. Les modalités thérapeutiques médicales [2, 5] et chirurgicales [9-11] retrouvées dans cette enquête sont celles décrites dans les recommandations d'experts européens [2] à l'exception de l'absence de prescription d'adalimumab.

Certaines données diffèrent notamment sur la répartition dans les stades de Hurley [2] :

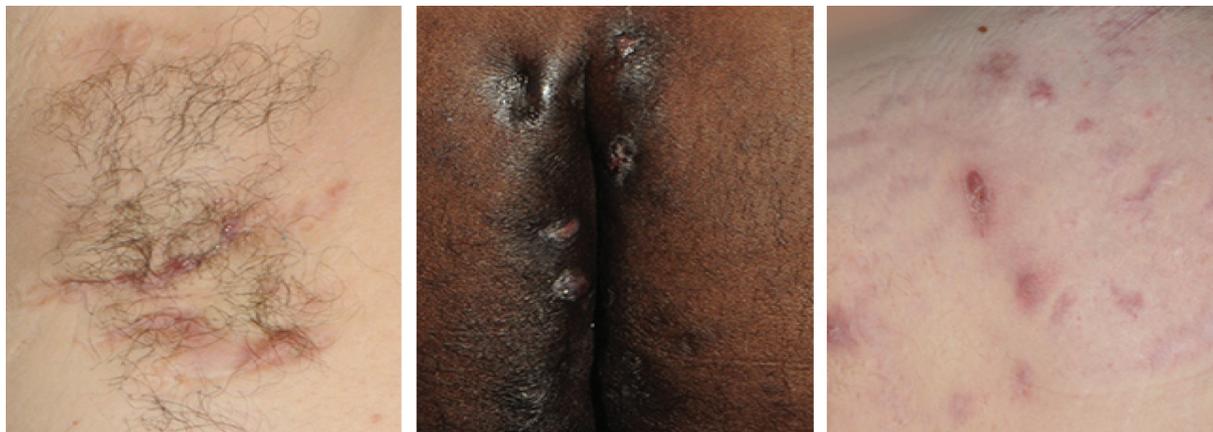
- stade I = 45 % *vs.* 80 % dans la littérature ;
- stade II = 41 % *vs.* 16 % dans la littérature ;
- stade III = 14 % *vs.* 4 % dans la littérature.

Il existe vraisemblablement un biais de recrutement lié à une forte implication

Grade I : Abscès unique ou multiples sans fistules, ni processus cicatriciel fibreux



Grade II : Abscès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques. Lésion unique ou lésions multiples séparées les unes des autres par des espaces de peau saine



Grade III : Atteinte diffuse, ou fistules interconnectées et abscesses sur toute l'étendue de la zone atteinte sans espace de peau saine

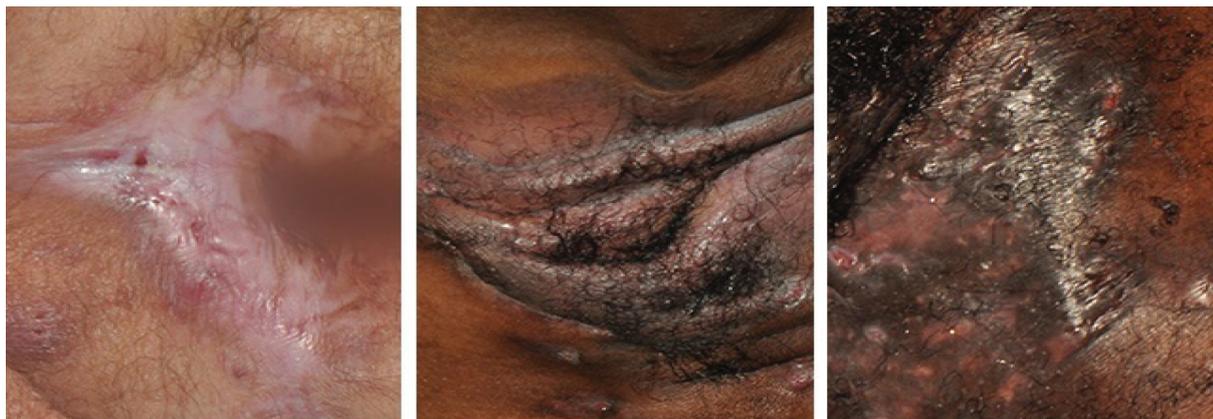


Figure 2. Classification de Hurley.

de certains collègues répondeurs qui voient les formes les plus graves. Comme attendu, les patients vus en ville dans cette enquête étaient moins sévères que ceux vus à l'hôpital (statistiquement significatif, $p = 0,04$).

Enfin, un tiers des dermatologues participants n'ont pas vu de Verneuil au cours de la période d'étude. La rareté relative de cette affection est sans doute en cause. Dans la vaste étude « Objectif Peau » menée par la SFD portant sur 20 012 personnes en France,

29 cas d'HS ont été relevés grâce à un autoquestionnaire validé dans sa performance diagnostique, soit une prévalence globale de 0,14 % (0,11 % pour les hommes et 0,18 % pour les femmes) avec une prévalence variable par tranche d'âge : 0,15 % pour les moins de

25 ans, 0,19 % de 26 à 60 ans et 0,02 au-delà de 60 ans.

VELIB-HOP : deux points faibles doivent être mentionnés

1) Le stade de Hurley n'a été indiqué que chez les patients en poussées, ne nous permettant pas d'évaluer la sévérité des patients pour l'ensemble de la population étudiée.

2) Il s'agit d'une enquête constituée sur un échantillon de dermatologues libéraux et hospitaliers volontaires pour participer à ce travail et donc un échantillon non représentatif des dermatologues.

VELIB-HOP : cinq points forts peuvent être soulignés

1) La méthodologie est simple et reproductible.

2) Cette procédure en ligne permet de bénéficier d'un faible coût permettant un financement exclusif par la FFFCEDV.

3) La qualité des informations est garantie par un recueil effectué par des Dermatologues dans la vraie vie au cours de leur consultation.

4) Le soutien des autres instances de la Dermatologie (SFD, CEDEF) constitue un modèle de collaboration Ville-Hôpital. L'HS nécessite le plus souvent

une prise en charge multidisciplinaire médico-chirurgicale avec un recours à de multiples spécialités en fonction de la présentation clinique et des comorbidités fréquentes : la possibilité pour un dermatologue libéral d'adresser son patient dans un centre expert est donc un élément majeur de la prise en charge.

5) Les participants à cette enquête, tous dermatologues, ont pu améliorer leurs connaissances sur cette pathologie : le diagnostic des formes légères et débutantes de grade I n'est en effet pas toujours facile pour un œil non averti. Une meilleure connaissance de cette affection est d'un intérêt majeur eu égard au retard diagnostique de 7 ans rapporté dans la littérature et confirmé ici.

Conclusion

Cette enquête, dont la FFFCEDV a assuré le financement en dehors de toute implication pharmaceutique, est une première étude épidémiologique sur l'HS en France impliquant à la fois les dermatologues libéraux et les hospitaliers. Cette étude pourra être renouvelée une fois publiée en complément des recommandations de prise en charge de cette affection (en cours d'élaboration par le Centre de preuve en dermatologie, avec le soutien de la Haute Autorité de Santé) pour en mesurer l'impact.



Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa. *N Engl J Med* 2012 ; 366 : 158-64.
- 2- Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, *et al.* European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *JEADV* 2015 ; 29 : 619-44.
- 3- Revuz J. Clinical evaluation of the severity of hidradenitis suppurativa. *Ann Dermatol Venerol* 2015 ; 142 : 729-35.
- 4- Ingram JR, Woo PN, Chua SL, *et al.* Interventions for hidradenitis suppurativa: A Cochrane systematic review incorporating GRADE assessment of evidence quality. *Br J Dermatol* 2016 ; 174 : 970-8.
- 5- Woodruff CM, Charlie AM, Leslie KS. Hidradenitis suppurativa: A guide for the practicing physician. *Mayo Clin Proc* 2015 ; 90 : 1679-93.
- 6- Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, *et al.* Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa : Results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol* 2008 ; 59 : 596-601.
- 7- Onderdijk AJ, van der Zee HH, Esmann S, *et al.* Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *JEADV* 2013 ; 27 : 473-8.
- 8- Wolkenstein P, Loundou A, Barrau K, *et al.* Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: A study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007 ; 56 : 621-3.
- 9- Van der Zee HH, Prens EP, Boer J. Deroofing : a tissue-saving surgical technique for the treatment of mild to moderate hidradenitis suppurativa lesions. *J Am Acad Dermatol* 2010 ; 63 : 475-80.
- 10- Posch C, Monshi B, Quint T, Vujic I, Lilgenau N, Rappersberger K. The role of wide local excision for the treatment of severe hidradenitis suppurativa (Hurley grade III): Retrospective analysis of 74 patients. *J Am Acad Dermatol* 2017 ; 77 : 123-9.
- 11- Blok JL, Boersma M, Terra JB, *et al.* Surgery under general anesthesia in severe hidradenitis suppurativa : a study of 363 primary operations in 113 patients. *JEADV* 2015 ; 29 : 1590-7.