



# Maladie de Verneuil



## Information

### *Fiche Patient*

#### **A.F.R.H.**

772, Avenue du Professeur  
Louis RAVAS  
34080 – Montpellier

TELEPHONE :  
01 64 93 68 20

ADRESSE DE MESSAGERIE :  
contact@afrh.fr

*Tous ensemble pour la  
Recherche de  
Traitements  
et de Solutions*

Rejoignez-nous sur  
notre site Web !

Contactez-nous à :  
**www.afrh.fr**



## Généralités

Décrite en 1854 par Verneuil, la maladie qui porte son nom est une affection chronique, suppurative, fistulisante et d'évolution cicatricielle des follicules pilo-sébacés des régions cutanées où sont présentes des glandes apocrines : creux axillaires, plis inguinaux, région périnéo-fessière, aréoles, plis sous-mammaires, nuque et espaces rétro-auriculaires. Ces localisations peuvent être uni- ou bilatérales, touchant un seul ou plusieurs territoires. La lésion initiale de la maladie de Verneuil serait une infundibulo-folliculite avec atteinte secondaire des glandes apocrines par phénomène occlusif. Les termes d'hidradénite ou d'hydrosadénite suppurée, d'acné inversée et de syndrome d'occlusion folliculaire sont également utilisés.

Le *diagnostic* de la maladie de Verneuil est clinique. Elle débute, chez l'adolescent et l'adulte jeune, plus fréquemment chez la femme, par des nodules sous-cutanés, mobiles et indolores, isolés les uns des autres. On observe à proximité des comédons polyporeux, des microkystes et des papulo-pustules

folliculaires. L'association à une acné conglobata est fréquente.

Certaines formes restent modérées, compatibles avec une vie tout à fait normale. Plus souvent, l'évolution est émaillée de poussées inflammatoires douloureuses, sans signes généraux, ni adénopathies, régressant en 10 à 15 jours avec une possible fistulisation à la peau. D'authentiques complications infectieuses, lymphangite ou érysipèle, peuvent survenir, de même que dans les localisations périnéo-fessières, de rares fistules à l'urètre ou au rectum. Puis les nodules se groupent en placards infiltrés, dont la surface est parsemée d'orifices purulents communiquant entre eux par des trajets profonds. Les périodes de rémission alternent avec les poussées. La maladie aboutit, dans les formes graves, à la constitution d'une gangue fibreuse avec brides rétractiles.

La survenue de carcinome épidermoïde périnéo-fessier après de nombreuses années d'évolution a été rapportée, avec une fréquence estimée à 1,5 à 3 p. 100.

IMPRESSION OFFERTE PAR



## RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE ET PHYSIQUE

La maladie de Verneuil retentit gravement sur la qualité de vie des malades. En phase aiguë, les pansements itératifs, l'odeur possible, le suintement des lésions avec le risque de tacher les vêtements handicapent fortement la vie sociale. La vie professionnelle est affectée par les arrêts de travail successifs dus à la difficulté de mobilisation et à la douleur. En phase chronique, les malades sont gênés par l'aspect inesthétique des lésions cicatricielles. Ils évitent de porter une tenue découverte ou un maillot de bain.

Un syndrome dépressif peut survenir devant la chronicité de la maladie, la faible efficacité des traitements médicaux et le caractère

agressif, donc angoissant, du geste chirurgical proposé. Lorsque des troubles dépressifs apparaissent, ils aggravent la détresse des patients, et compliquent la prise en charge de la maladie. Si vous vous posez des questions à ce sujet, parlez-en à votre médecin ou à un professionnel de santé mentale.

La transmission autosomique dominante de la maladie de Verneuil est soupçonnée et les malades doivent en être informés.

L'Association Française pour la Recherche sur l'Hidrosadénite recueille les informations sur la maladie et les témoignages de malades sur son site Internet (<http://www.afrh.fr>)



## TRAITEMENT MÉDICAL

Les difficultés thérapeutiques résultent des incertitudes pathogéniques. L'évaluation de l'efficacité des traitements est difficile dans cette affection où les études contrôlées sont rares, les séries souvent peu nombreuses et où aucun médicament n'a l'AMM pour cette indication précise.

---

*"L'évaluation de l'efficacité des traitements est difficile dans cette affection."*

## RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Il faut éviter les phénomènes de macération par une hygiène stricte, un séchage soigneux des plis et le port de sous-vêtements peu serrés, en coton. Les longs trajets en voiture, surtout l'été, la position assise prolongée sans mobilisation ne sont pas recommandés.

Même s'il n'existe pas de différence significative entre le poids moyen d'un groupe de patientes atteintes de maladie de Verneuil et un groupe témoin, on conseillera un régime chez les obèses.

Les déodorants, surtout les sticks et les billes qui s'utilisent avec appui prononcé sur les aisselles, le rasage et l'épilation sont habituellement déconseillés.

La maladie de Verneuil étant significativement plus souvent associée à un tabagisme important, l'arrêt du tabac doit être encouragé.

L'aggravation sous lithium ayant été rapportée, ce médicament ne devrait pas être prescrit dans la mesure du possible



## TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX

On pensait jusqu'alors que le mécanisme primitif des poussées inflammatoires de la maladie de Verneuil n'était pas d'origine infectieuse, et que ni l'antisepsie ni l'antibiothérapie ne pouvaient prétendre guérir cette affection. On observe toutefois des surinfections dues à des germes variés : *Streptococcus milleri*, *Staphylococcus aureus* ou *S. epidermidis*, à Gram négatif. D'autres germes pourraient encore être mis en cause. L'institut Pasteur travaille actuellement sur ce sujet. Les travaux du Dr Nassif et de son équipe seront d'ailleurs prochainement publiés.

### Antiseptiques

· ils sont appliqués, éventuellement dilués ou en solution aqueuse moins irritante, après un nettoyage soigneux à l'eau et au savon et un rinçage abondant pour éliminer toute trace de pus de la surface cutanée. On utilise l'hexamidine, la chlorhexidine ou les dérivés iodés. Leur efficacité est modérée et transitoire.

### Antibiothérapie Locale

· la clindamycine topique à 1 p. 100 (Dalacine T Topic®) a été utilisée avec succès sur le nombre de nodules, d'abcès et de pustules dans une étude contrôlée. Les effets secondaires sont minimales : sensation de brûlure dans quelques cas. Si la pénétration cutanée existe, le risque de colite pseudo-membraneuse est très bas.

L'efficacité de ce topique a été confirmée par une étude comparant deux applications quotidiennes de clindamycine à 1 p. 100 et 1 g de tétracycline per os. Les deux traitements sont également actifs sur la régression des nodules après un délai d'au moins trois mois [4].

### Antibiothérapie Générale

· elle est débutée rapidement en cas de surinfection, adaptée aux résultats de l'antibiogramme. En phase chronique, le prélèvement bactériologique des lésions fermées, abcès et sinus, est difficile car elles sont souvent très profondes. La culture avec antibiogramme, peut cependant, selon la façon dont elle est conduite ne pas faire apparaître les germes véritablement en cause dans cette pathologie.

Les antibiotiques les plus utilisés sont les cyclines. Du fait des accidents graves rapportés avec la minocycline, on utilisera de préférence la doxycycline, à la dose de 50 à 200 mg/j, ou la tétracycline à la dose de 1 g/j. En cas de grossesse, on choisira l'érythromycine à la dose de 1 g/j ou 500 mg/j (Égéry®) La prise avant le repas assure les meilleurs taux sériques.

---

*« La culture avec antibiogramme peut cependant, selon la façon dont elle est conduite ne pas faire apparaître les germes véritablement en cause dans cette pathologie »*





## Les Rétinoïdes

Des succès thérapeutiques ponctuels ont été rapportés d'abord avec l'étrétinate, qui n'est plus commercialisé, et l'acitrétine, probablement en raison de l'action de ces rétinoïdes sur l'hyperkératinisation.

C'est l'isotrétinoïne (Roaccutane®) qui est la plus utilisée. La principale cible étant la glande sébacée, le rôle mineur de celle-ci dans la pathogénie de la maladie de Verneuil explique les résultats décevants de ce traitement. Après l'enthousiasme des premières publications, une amélioration nette est obtenue dans moins de la moitié des cas et l'on a rapporté des cas d'aggravation à l'arrêt du traitement. Les formes associées à une acné conglobata ou à une folliculite suppurative sclérosante du cuir chevelu répondent mieux.

Il n'y a pas d'étude contrôlée et les séries de malades sont courtes. Toutefois, une étude rétrospective importante concerne 68 malades traités pendant 4 à 6 mois par une dose moyenne de 0,56 mg/kg/j. Les meilleurs résultats s'observent dans les formes légères et modérées : 23,5 p. 100 de guérison en fin de traitement, persistant dans 16,2 p. 100 des cas après un suivi moyen de 57 mois. Les formes sévères ne guérissent pas, mais il existe une certaine amélioration dans 22 p. 100 des cas [1].

La posologie et la durée de traitement sont celles recommandées pour les acnés sévères, mais d'autres auteurs conseillent une dose plus forte et plus prolongée. Les retards de cicatrisation et les chéloïdes attribués à la prise d'isotrétinoïne avant le geste chirurgical sont très controversés.



## TRAITEMENTS ENDOCRINIENS

La prépondérance féminine, les modifications de la maladie de Verneuil pendant la grossesse ou lors des règles, la rareté de son installation avant la puberté ou après la ménopause suggèrent l'intervention de facteurs hormonaux. Cependant, les résultats concernant l'hyperandrogénie, qu'elle soit biologique ou clinique, sont discordants.

### Acétate de Cyprotérone

Des traitements anti-androgènes ont été administrés avec succès chez la femme dans des études ouvertes ou contrôlées, avec des schémas variés.

Une étude croisée en double insu chez 18 patientes [6] a conclu à une nette amélioration sans différence significative entre les deux groupes traités, pour l'un avec 50 mg/j d'acétate de cyprotérone du 5<sup>e</sup> au 14<sup>e</sup> jour du cycle et 50 µg d'éthinylœstradiol du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle, et pour l'autre avec 50 µg d'éthinylœstradiol et 500 µg de norgestrel. Les meilleurs résultats seraient obtenus avec l'association de 100 mg/j d'acétate de cyprotérone 20 j/mois et de 50 µg d'éthinylœstradiol.

### Finastéride

Ce médicament, inhibiteur sélectif de la 5α-réductase de type 2, n'a l'AMM que pour l'adénome prostatique à la dose de 5 mg/j (Proscar®) et l'alopecie androgénétique à la dose de 1 mg/j (Propecia®). Il est interdit chez la femme en raison du risque d'anomalie de développement de l'appareil génital chez le fœtus de sexe masculin.

Partant de l'hypothèse que la glande apocrine contient de la 5α-réductase, des auteurs ont essayé le Proscar® chez deux sujets avec une forme sévère de maladie de Verneuil. Ce traitement a été efficace après un mois chez un homme de 56 ans, et 3 mois chez une femme ménopausée. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'activité de ce médicament [2].

---

*“ Isotrétinoïne :  
La principale cible  
étant la glande  
sébacée, le rôle  
mineur de celle-ci  
dans la pathogénie  
de la maladie de  
Verneuil explique  
les résultats  
décevants de ce  
traitement. ».*



## TRAITEMENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

---

### *“Les AINS*

*Risquent de provoquer  
une extension de  
l'infection*

Il n'y a pas d'étude avec cette classe de médicaments en dehors de cas ponctuels, souvent associés à d'autres méthodes thérapeutiques. La corticothérapie, qu'elle soit locale ou générale, a ses adeptes, surtout aux États-Unis.

Les injections d'un corticoïde retard dans les abcès non fluctuants, à des intervalles de 2 à 4 semaines, peuvent faire régresser ceux-ci, avec une atrophie cutanée séquellaire possi-

ble. Elles doivent être faites en dehors d'une poussée septique pour éviter le risque d'extension de l'infection.

Les corticoïdes systémiques sont proposés dans les formes très inflammatoires et douloureuses, à la dose de 1 mg/kg/j de prednisolone en traitement d'attaque, puis à petite dose en traitement d'entretien.

Il est préférable d'éviter leur utilisation.

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

C'est la seule solution efficace pour les formes graves ou résistant au traitement médical.

### TECHNIQUES CHIRURGICALES

L'*incision avec drainage* des abcès fluctuants douloureux est un geste simple, réalisable en ambulatoire ; il permet un soulagement transitoire, mais n'empêche pas la récurrence et peut être à l'origine de fistules chroniques.

L'*exérèse-suture* sous anesthésie locale est possible lors de lésions isolées.

L'*excision* chirurgicale large et profonde doit emporter toutes les lésions jusqu'au plan aponévrotique. Elle se fait sous anesthésie générale, en un ou plusieurs temps, avec des

marges d'exérèse de 2 cm en tissu sain pour éviter les récurrences périphériques.

L'extension de l'atteinte est appréciée par l'injection d'un colorant dans les fistules et les sinus. Cette méthode permet de rechercher une fistule anale associée [5]. Les localisations périnéales extensives justifient une préparation intestinale avec régime sans résidu, une antibioprophylaxie par un imidazolé en injection unique et une dérivation temporaire par un anus iliaque.



---

*“C'est la seule solution efficace pour les formes graves ou résistant au traitement médical. »*

L'*extériorisation* des abcès et des fistules suivie de *cicatrisation dirigée* « à ciel ouvert » est une méthode moins délabrante, parfois choisie dans les formes moyennes. La conservation du plancher des lésions permet une réépidermisation rapide, mais ne met pas à l'abri des récurrences précoces.

L'*excision par laser CO2* sous anesthésie locale, avec vaporisation par couches successives, est une technique rapide, avec des suites simples et de bons résultats esthétiques après 4 à 8 semaines de cicatrisation dirigée. Un avantage par rapport à la chirurgie classique est l'hémostase qui permet une meilleure visualisation du champ opératoire [3].



## MÉTHODES DE CICATRISATION ET DE RECOUVREMENT DES LÉSIONS

La *fermeture directe* est rarement possible après une chirurgie radicale. Une plastie en Z est indispensable dans l'aisselle. Les récurrences surviennent dans un quart des cas.

La *cicatrisation dirigée* est obtenue dans des délais de 2 à 5 mois selon l'importance de la perte de substance et nécessite des pansements réguliers, mal acceptés par les patients.

Les *greffes de peau mince* ou en filet pour des surfaces plus étendues permettent un recouvrement rarement immédiat, généralement

différé de 15 jours, de la plaie opératoire en un ou plusieurs temps, avec des résultats esthétiques diversement appréciés. Cette technique évite les brides rétractiles des plis.

Pour la région axillaire, on peut utiliser un lambeau musculo-cutané du muscle grand dorsal pour combler la perte de substance lorsque l'exérèse est étendue à la zone pileuse et à la marge de sécurité. Il n'y a alors aucune récurrence [8]. La région sacrée peut faire l'objet du même type de chirurgie.

---

*« La fréquence des récurrences locales après une chirurgie radicale est de 2,5 p. 100 »*

## RÉSULTATS ET COMPLICATIONS

Dans une série de 82 patients, 91 p. 100 des patients sont satisfaits de l'intervention mais la chirurgie n'empêche pas le développement de l'affection dans d'autres zones.

Sur une série de 106 cas d'exérèses larges [7], le taux de complications est de 17,8 p. 100, la plupart étant mineures : lâchage de suture, saignement, hématome. La surinfection survient dans 3,7 p. 100 des plaies. On a également rapporté des brides rétractiles, surtout

axillaires, des sténoses et des incontinences anales.

La fréquence des récurrences locales après une chirurgie radicale est de 2,5 p. 100, sans relation avec la méthode chirurgicale de reconstruction mais corrélée à la gravité de la maladie de Verneuil. Elles s'observent plus volontiers dans les régions mamelonnaire et inguino-périnéale. Elles peuvent faire l'objet d'excision localisée.

---

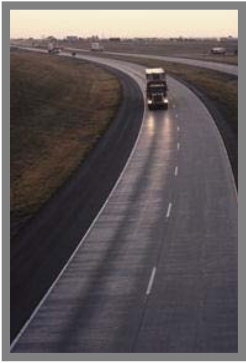
*« L'évolution de la maladie de Verneuil est imprévisible. Les possibilités thérapeutiques étant réduites, la prise en charge psychologique ne doit pas être négligée. »*

## STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L'évolution de la maladie de Verneuil est imprévisible. Les possibilités thérapeutiques étant réduites, la prise en charge psychologique ne doit pas être négligée. Il est licite de tenter plusieurs traitements médicaux, malgré l'absence d'AMM et les résultats contradic-

toires de la littérature, avant de recourir à un geste chirurgical large.

· Dans tous les cas, mais surtout chez les obèses, les règles d'hygiène et de diététique et les antiseptiques locaux sont nécessaires.



*“ Dans les formes rebelles aux traitements médicaux ou plus étendues, ou sévères d'emblée avec formation de fistules et de sinus, ou tardives avec gangue scléreuse, il n'y a pas d'autre alternative que le traitement chirurgical. » ”*

En cas de maladie de Verneuil débutante, à faible nombre d'éléments ou peu étendue, on prescrira :

– dans les formes inflammatoires, clindamycine locale, antibiothérapie générale par les cyclines ou l'érythromycine, poursuivie pendant 6 à 12 mois si la réponse est positive après 3 mois. En cas de douleur importante et d'impotence fonctionnelle, on peut associer des AINS ou une corticothérapie générale, ou bien inciser et drainer un abcès fluctuant ;

– dans les formes rétentionnelles ou associées à une acné conglobata, isotrétinoïne à la dose de 0,5 mg/kg pendant 4 à 6 mois. En cas de non-réponse, on peut augmenter la dose ou prolonger le traitement ;

. chez la femme uniquement, acétate de cyproterone associé à l'éthinylœstradiol ;

. des traitements chirurgicaux conservateurs : excision-suture.

- dans les formes rebelles aux traitements médicaux ou *plus étendues*, ou *sévères* d'emblée avec formation de fistules et de sinus, ou tardives avec gangue scléreuse, il n'y a pas d'autre alternative que le traitement chirurgical confié à un spécialiste en chirurgie plastique ou digestive, habitué à cette pathologie. Il choisira sa

technique opératoire, excision large chirurgicale ou par laser CO<sub>2</sub>, en fonction de ses habitudes et de l'état général du malade qui peut contre-indiquer une anesthésie générale.

Les techniques de recouvrement d'emblée par greffe ou lambeau seront privilégiées chez les malades actifs car réclamant une immobilisation courte.

L'antibiothérapie générale est utile en période préopératoire pour réduire les phénomènes inflammatoires et infectieux.

En fonction de la localisation : l'exérèse-suture sous anesthésie locale, à éviter sur la région sacrée, est réservée aux lésions limitées des plis génitaux ou axillaires.

L'excision-greffe est adaptée aux lésions étendues mais superficielles avec, de préférence, une greffe en filet sur les régions génitales au relief tourmenté.

La plastie par lambeau musculo-cutané est réservée aux localisations axillaires ou sacrées et aux exérèses très profondes mettant à nu des structures vasculaires.

## CONCLUSION

La maladie de Verneuil est une maladie d'évolution imprévisible. Si certaines formes sont peu invalidantes, d'autres, au contraire, retiennent fortement sur la qualité de vie des sujets atteints. On doit essayer les traitements médicaux, dont certains sont encore en cours d'évaluation, car ils sont parfois efficaces, avant de recourir à un geste chirurgical, sauf en cas de forme très évolutive où celui-ci sera proposé d'emblée.



## *Fiche Patient*

### **A.F.R.H.**

772, Avenue du Professeur Louis  
Ravas  
34080 - Montpellier

TELEPHONE :  
02 48 79 20 67

ADRESSE DE MESSAGERIE :  
contact@afrh.fr

*« Tous ensemble pour  
la Recherche de  
Traitements  
et de Solutions »*

Rejoignez-nous sur  
notre site Web !

Contactez-nous à :  
**www.afrh.fr**

## **Bibliographie**

D. BARRUT - Thérapeutique dermatologique, Médecine-Sciences Flammarion 2001.

1. BOER J, VAN GEMERT MJP. Long-term results of isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol, 1999, 40 : 73-76.
2. FARRELL AM, RANDALL VA, VAFAEE T, DAWBER RPR. Finasteride as a therapy for hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol, 1999, 141 : 1138-1139.
3. FINLEY EM, RATZ JL. Treatment of hidradenitis suppurativa with carbon dioxide laser excision and second-intention healing. J Am Acad Dermatol, 1996, 34 : 465-469.
4. JEMEC GB, WENDELBOE P. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol, 1998, 39 : 971-974.
5. LAMFICHEKH N, DUPOND AS, DESTRUMELLE N et al. Traitement chirurgical de la maladie de Verneuil : 15 cas. Ann Dermatol Vénérolog, 2001, 128 : 127-129.
6. MORTIMER PS, DAWBER RP, GALES MA, MOORE RA. A double-blind controlled cross-over trial of cyproterone acetate in females with hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol, 1986, 115 : 263-268.
7. ROMPEL R, PETRES J. Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. Dermatol Surg, 2000, 26 : 638-643.
8. SOLDIN MG, TULLEY P, KAPLAN H et al. Chronic axillary hidradenitis : the efficacy of wide excision and flap coverage. Br J Plast Surg, 2000, 53 : 434-436.

### **COMITE DIRECTEUR DE L'AFRH**

Madame Marie-France BRU-DAPRES  
Madame Marie-Claire GUILLERET  
Monsieur Marc-Antoine BRU  
Madame Christel VINCENT  
Monsieur Jean-Claude OERTHEL

### **COMITE SCIENTIFIQUE DE L'AFRH**

Dr Aude NASSIF, Institut Pasteur, Paris  
Dr Céleste LEBBE, Hôpital St Louis, Paris  
Dr Gilles Hayem, Hôpital Bichat  
Dr Thierry BAUBET, Hôpital Avicenne, Bobigny  
Dr Philippe Guillem, Clinique du Val d'Ouest, Ecully  
Dr Alain Barthélémy, Hôpital Ste Marguerite, Marseille

### **A.F.R.H.**

772, Avenue du Professeur  
Louis Ravas  
34080 - Montpellier

**NOM**

**ADRESSE**

**00000 VILLE**