



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13454

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13454>



RESEARCH ARTICLE

MALADIES DE VERNEUIL : A PROPOS DE 11 CAS AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL AMISSA BONGO DE FRANCEVILLE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Ngakani Offobo S.¹, Owono M. JP², Aseke K. JA^{3,2}, Socaras Poduermo² and Ondo N'dong JF Ngakani
Offobo Silvère¹

1. Service De Chirurgie Générale. Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville, Université Des Sciences De La Santé.
2. Owono JP, Service De Chirurgie Générale Hôpital Des Instructions Des Armées Omar Bongo Odimba.
3. Diallo Kadidiatou F, Chirurgie, Université Des Sciences De La Santé Socaras P Centre Hospitalier Universitaire De Havan Cuba.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 July 2021

Final Accepted: 29 August 2021

Published: September 2021

Key words:-

Verneuil, chronique, chirurgie

Abstract

La maladie de VERNEUIL est une maladie de la peau décrite en 1854. Elle se manifeste par des nodules (formation cutanée arrondies et saillantes) douloureuses et des abcès (amas de pus collecté dans une cavité). Ou hydrosadénite suppurative est une affection naissant des glandes sudoripares apocrines. C'est une affection rare, le diagnostic est souvent fait au stade de la chronicité. La recherche d'autre localisation doit être systématique. Le traitement est essentiellement chirurgical, astreignant consistant en des exérèses larges et parfois répétées. La récurrence est fréquente laissant des cicatrices inesthétiques. Notre étude rétrospective concerne 11 cas de maladies de VERNEUIL, dix patients de sexes masculins et une patiente de sexe féminin avec un âge moyen entre 30,2 ans. La clinique était dominée par plusieurs fistules à la région péri anale. L'objectif était d'étudier les caractéristiques épidémiologique, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette pathologie rare, chronique, mal connue et de conséquences psychologiques.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Introduction:-

La maladie de Verneuil est une maladie inflammatoire chronique douloureuse et suppurative des régions anatomiques riches en glandes sudorales apocrines. Le diagnostic est souvent fait au stade de la chronicité. L'évolution se fait, par poussées, occasionnant des fistules et des cicatrices indélébiles entraînant une gêne considérable dans la vie des patients et retentissant sur leur vie socio-professionnelle. Le traitement efficace est chirurgical, avec une exérèse large à ciel ouvert. Nous rapportons 11 cas de maladie de Verneuil opérés dans notre service.

Patients Et Méthode:-

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et analytique de la maladie de Verneuil opéré dans notre service (entre septembre 2015 à juin 2021).

Corresponding Author:- Ngakani Offobo S.

Address:- Service De Chirurgie Générale. Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville, Université Des Sciences De La Santé.

Le cadre d'étude était le centre hospitalier régional Amissa Bongo de Franceville, qui est situé dans la ville de Franceville, capitale de la province du Haut Ogooué, dans le Sud Est du Gabon.

Nous avons recueilli pour chaque malade, le profil épidémiologique, les particularités cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Les critères d'inclusion étaient des données recueillies dans des registres, des dossiers complets et des patients opérés.

Les critères de non inclusion étaient des dossiers incomplets et des malades non opérés.

Les données suivantes étaient recueillies :

Les données chirurgicales : type d'excision, limitée ou large, déterminé à partir des comptes rendus opératoires ; type de cicatrisation (cicatrisation dirigée, ou suture) ; délai de cicatrisation ; durée d'hospitalisation ;

Les données évolutives : durée de suivi, récurrences (définies comme la survenue de nouvelles lésions dans le même territoire), ré-interventions, complications à court et long termes.

Tableau 1:- Classification clinique de Hurley.

| | |
|-----------|---|
| Stade I | Abcès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux |
| Stade II | II Abcès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques. Lésions uniques ou multiples séparées les unes des autres |
| Stade III | II Abcès récidivants avec formation de fistules et de cicatrices hypertrophiques. Lésions uniques ou multiples séparées les unes des autres |

Résultats:-

Durant la période d'étude, 11 patients ont été traités chirurgicalement au centre hospitalier régional Amissa Bongo de Franceville. Il s'agissait de dix hommes et une femme. L'âge moyen était de 30,2 ans donc les extrêmes variaient entre 20 ans et 59 ans.

Le centre hospitalier régional Amissa Bongo de Franceville est le centre de référence du Sud Est du Gabon, nous avons enregistré quatre patients de Franceville (36,36%), quatre patients en provenance de Moanda (36,36%) un patient de Léconie 9,09%, un à Akiéni (9,09%) et un dans la province de l'Ogooué Ivindo à Boué (9,09%).

Tous les patients étaient assurés CNAMGS (90,91%) et ASCOMA (9,09%).

Parmi les patients, nous avons enregistré deux militaires, trois étudiants, deux prisonniers, deux agents de société, deux sans emploi. Quelques comorbidités ont été retenues, à savoir, un tabagisme chronique, un homosexuel, un séropositif, un obèse. La clinique était dominée par la présence de la douleur et de plusieurs fistules au niveau de la région péri anale. La fistulographie chez deux patients avait montré plusieurs trajets fistuleux.

Le traitement était chirurgical dans tous les cas. Il a été précédé d'un traitement médical à base d'antiseptiques locaux, une antibiothérapie à base, de métronidazole et quinolones chez 80 % des patients à l'admission et en post opératoire. Les patients ont reçu des antalgiques de palier I-II et des soins locaux quotidiens en post opératoire. Le traitement chirurgical a consisté en une large exérèse à ciel ouvert en un ou plusieurs temps de tous les tissus malades. L'examen anatomopathologique avait retrouvé une réaction inflammatoire lymphoplasmocytaire dermo-hypodermique sans signe de spécificité ou de malignité dans tous les cas. Le séjour hospitalier était en moyenne de 3 jours, avec des extrêmes allant de 3 à 15 jours. Le délai de cicatrisation variait entre 6 et 15 semaines. La qualité de la cicatrice était indélébile dans la quasi-totalité des cas, indolore et sans gêne fonctionnelle. Un cas de récurrences a été signalé et a nécessité une reprise chirurgicale. Le suivi psychologique était rare et trois cas de stigmatisation.



Photo 1:- Parage des trajets de fistules péri anales multiples.



Photo 2:- Un cas de récidence.

Discussion:-

La maladie a été nommée par Verneuil, un chirurgien français, qui en 1864 a soutenu que le phénomène initial était une inflammation des glandes sudorales [4]. La maladie de Verneuil débute après la puberté, habituellement au cours de la seconde ou la troisième décennie. Sa prévalence est estimée entre 1 et 4 %. Les femmes sont moins fréquemment atteintes que les hommes. Le sexe ratio est de 3:1 [5]. Notre série se distingue par la prédominance masculine. La série de Moujahid et al. ne comprenait que des hommes [6]. La pathogénie de la maladie de Verneuil reste inconnue mais des études récentes suggèrent que l'interleukine 12, 23 et le TNF α seraient impliqués, soutenant la théorie d'un désordre immunitaire ou inflammatoire [7]. Le diagnostic de la Maladie de Verneuil est clinique. Les lésions élémentaires sont des nodules inflammatoires douloureux, d'un à plusieurs centimètres de diamètre, survenant de façon aiguë ou progressive. La durée d'évolution des nodules est de 5 à 15 jours ; plus de la moitié d'entre eux évoluent vers l'abcédation. Ces abcès sont le point de départ d'une suppuration chronique ; des fistules formant des trajets sous-cutanés reliant plusieurs lésions suppuratives ; des cicatrices hypertrophiques « en cordes », spécifiques de cette affection ; d'autres lésions sont séquellaires : comédons ouverts.

Les autres sièges sont les creux axillaires et la région inguinale [5,8]. Dans notre série, la localisation péri anale était prédominante avec une fréquence élevée des formes sévères. La qualité de vie est nettement altérée avec la stigmatisation dans la société et la cellule familiale. L'évaluation de la sévérité de la maladie est généralement basée sur la classification de Hurley [3]. Dans la majorité des cas, les patients présentent un stade II de la maladie au moment du diagnostic, sans doute en raison du délai de diagnostic. Une autre classification proposée par Sartorius [9] permet une observation

plus dynamique de la sévérité de la maladie. L'intérêt de l'imagerie a été évalué dans la maladie de Verneuil par trois techniques : l'échographie à haute fréquence [10], l'imagerie par résonance magnétique [11] et la fistulographie [12]. Certaines pathologies sont parfois associées : la furonculose, le kyste épidermoïde, l'acné conglobata, le sinus pilonidal, la fistule anale (sa présence est inhabituellement élevée mais montre qu'elle doit être systématiquement recherchée), la maladie de Crohn, la maladie de Fox Fordyce, la sébocystomatose, la tuberculose uro-génitale et la tuberculose, la syphilis ganglionnaire, les mycobactéries atypiques, l'actinomycose, la maladie de Nicolas-Favre, l'actinomycétome et la donovanose [6,13]. L'étude anatomopathologique est le plus souvent non spécifique [6]. L'évolution spontanée se fait vers la chronicité avec des poussées itératives. Elle peut être émaillée de complications infectieuses, une anémie inflammatoire [13], amylose ou de transformation néoplasique [14]. Plusieurs cas de carcinome épidermoïde ont été rapportés, survenant sur des lésions inflammatoires chroniques, aucun cas n'a été signalé chez nos patients. Plusieurs modalités thérapeutiques ont été explorées dans la maladie de Verneuil. Le traitement médical repose sur les soins locaux, les traitements antiseptiques, et l'antibiothérapie. La combinaison clindamycine et rifampicine à la dose de 600 mg par jour a été évaluée récemment dans deux séries [15-16]. Elle n'a pas été utilisée chez nos malades car la clindamycine n'est pas disponible à Franceville et la rifampicine utilisée exclusivement comme un antituberculeux dans notre région. Plusieurs autres traitements ont été proposés : l'infliximab [17], l'adalimumab [18], l'etanercept [19], l'isotrétinoïne, finastéride, ciclosporine, fortes doses de gluconate de zinc et le méthotrexate [20,21].

Certains auteurs ont évalué des traitements physiques comme la radiothérapie, les corticoïdes en intra-lésionnel, la cryothérapie [22] et l'excision par laser CO₂ [23]. Dans notre série, on n'a pas eu recours aux traitements par manque d'études validées concernant leur utilisation et de leur disponibilité dans notre région. Le traitement chirurgical représente pour la plupart des auteurs le traitement de référence [6,24,25]. Dans notre série, le traitement chirurgical a été indiqué chez tous les patients et a consisté en une exérèse large à ciel ouvert en un ou plusieurs temps. Plusieurs auteurs [13,21,26] ont proposé des stratégies basées sur la classification de Hurley. Le stade I pourrait être pris en charge médicalement ; le stade II, relever d'excisions limitées pour les lésions résistant au traitement médicale. Le stade III ne pourrait bénéficier que partiellement du traitement médical et serait davantage l'indication d'une chirurgie large.

Conclusion:-

La maladie de Verneuil dans notre service est une affection rare, chronique et invalidante. Le traitement est chirurgical, celui-ci repose, dans notre expérience, sur des excisions larges et souvent répétées avec un faible taux de complications graves et de récurrence. La consultation pécoce et le développement d'essais thérapeutiques innovants pourraient à l'avenir améliorer la prise en charge des malades.

Références:-

1. H Grosshans E. Qu'est-ce que la maladie de Verneuil ? *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:111-3.
2. Wolkenstein P, Loundou A, Barrau K, Auquier P, Revuz J. Quality of Life Group of the French Society of Dermatology. Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: a study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:621-3.
3. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH Jr, eds. *Dermatologic surgery: principles and practice*. 2nd ed. New York: Marcel Dekker 1996;623-45.
4. Verneuil A. De L'hidrosadénite phlegmoneuse et des abcès sudoripares. *ArchGen Med* 1864;2:537-57.
5. Heid E, Chartier C. Hidradénite suppurative (maladie de Verneuil). *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:158-60.
6. Moujahid M, Tajdine MT, Achour A, Janati MI. La maladie de Verneuil : à propos de 40 cas. *J Afr Hépatol Gastroentérol* 2010;4:89-9.
7. Schlapbach C, Hänni T, Yawalkar N, Hunger RE. Expression of the IL-23 / Th17 pathway in lesions of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:790-8.
8. Jemec GB. The symptomatology of hidradenitis suppurativa in women. *Br J Dermatol* 1988;119(3):345-50.
9. Sartorius K, Emtestam L, Jemec GB, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *Br J Dermatol* 2009;161:831-9.
10. Jemec GBE, Gniadecka M. Ultrasound examination of hair follicles in hidradenitis. *Arch Dermatol* 1997;133:967-72.
11. Kelly A M, Cronin P. MRI features of hidradenitis suppurativa and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:1201-4.
12. Nagdir R, Rubesin SE, Levine MS. Perirectal sinus tracks and fistulas caused by hidradenitis suppurativa.

- AJR Am J Roentgenol 2001;177(2):476-7.
13. Revuz J, Jemec GBE, Leyden JJ, eds. Hidradenitis suppurativa. Berlin: Springer Verlag 2006
 14. Montagiani L, Monneuse O, Tissot E. Maladie de Verneuil et carcinome épidermoïde. Med Armees 2008;36(3):251-6.
 15. Van der Zee HH, Boer J, Prens EP, et al. The effect of combined treatment with oral clindamycin and oral rifampicin in patients with hidradenitis suppurativa. Dermatology 2009;219:143-147.
 16. Gener G, Canoui-Poitrine F, Revuz J, Faye O, Poli F, et al. Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: a series of 116 consecutive patients. Dermatology 2009;219:148-54.
 17. Grant A, Gonzalez T, Montgomery MO, et al. Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: a randomized, double-blind, placebo- controlled crossover trial. J Am Acad Dermatol 2010; 62:205-17
 18. Miller I, Lynggaard CD, Lophaven S, Zachariae C, Dufour DN, Jemec GB. A double- blind placebo-controlled randomized trial of adalimumab in the treatment of hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol 2011;165:391-8.
 19. Pelekanou A, Kanni T, Savva A, et al. Long-term efficacy of etanercept in hidradenitis suppurativa: results from an open-label phase II prospective trial. Exp Dermatol 2010;19:538-40.
 20. Chraïbi R, Akallal N, Bouhllab J, Senouci K, Hassam B. La maladie de Verneuil : dix cas. Med Mal Infect 2007;37(9):4.
 21. Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa. N Engl J Med 2012;366:158-64.
 22. Bong JL, Shalders K, Saihan E. Treatment of persistent painful nodules of hidradenitis suppurativa with cryotherapy. Clin Exp Dermatol 2003;28:241-44.
 23. Finley EM, Ratz JL. Treatment of hidradenitis suppurativa with carbone dioxide laser excision and second intention healing. J Am Acad Dermatol 1996; 34: 465-69.
 24. Bordier-Lamy F, Palot JP, Vitry F, Bernarda P, Grangea F. Maladie de Verneuil : étude rétrospective chez 93 malades traités chirurgicalement. Annales de Dermatologie et de Vénérologie 2008;135,373-79.
 25. Bohn J, Svensson H. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2001;35:305-9.
 26. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. J Am Acad Dermatol 2009;60:539-61. Pas de conflits et interest.