

Acné, rosacée et troubles apparentés

4

Acné

- L'acné est une éruption papuleuse ou pustuleuse, touchant le visage, la poitrine et le dos.

Anamnèse

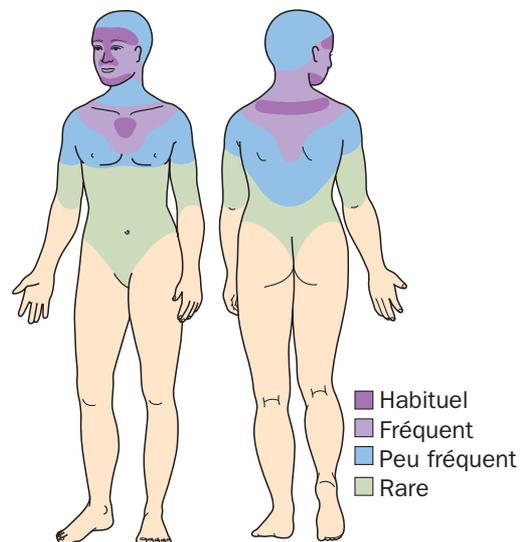
- L'acné peut survenir à n'importe quel âge, mais elle est plus fréquente durant l'adolescence; elle peut persister à l'âge adulte.
- Vingt pour cent des personnes vont développer une acné sévère et avoir des cicatrices.
- Les facteurs favorisant le développement de l'acné sont l'obstruction des follicules pilosébacés, la production accrue de sébum, le développement de *Propionibacterium acnes* et l'inflammation.
- Il existe plusieurs formes d'acné.
 - L'acné due à la prise d'un stéroïde (une acné comédonienne et une acné pustuleuse apparaissent sur la poitrine 2 à 5 semaines après le début de la prise du stéroïde)
 - L'acné néonatale (acné survenant dans les premiers jours de vie)
 - L'acné infantile (pendant la petite enfance)
 - L'acné nécrotique (acné prurigineuse du cuir chevelu)
 - L'acné excoriée (acné que le patient a grattée, laissant des érosions et des cicatrices)
- Le rôle du régime alimentaire dans la pathogénie de l'acné demeure peu clair; cependant, la consommation de laitages et de sucres simples a été incriminée dans certaines études.
- L'acné peut avoir un caractère familial et ceux qui ont une histoire familiale d'acné développent plus souvent de l'acné dans le jeune âge.
- Si les deux parents ont de l'acné, il y a 75 % de chances que leur enfant développe aussi de l'acné.
- Il faut prendre en considération les pathologies, par exemple une hyperandrogénie liée à une hyperplasie congénitale des surrénales ou un syndrome des ovaires polykystiques.

Manifestations cutanées

- Il existe deux types de lésions d'acné : les lésions non inflammatoires et les lésions inflammatoires.
- Les lésions non inflammatoires incluent des comédons ouverts (points noirs) et des comédons fermés (microkystes).
- Les lésions inflammatoires sont caractérisées par la présence de papules, de pustules et de nodules (kystes sébacés).
- La rupture et la réépithélisation récurrentes des kystes aboutissent à une formation de sinus bordés de tissu épithélial, qui sont souvent accompagnés de cicatrices affichantes.
- Des papules érodées sont observées chez des patients qui pressent les papules d'acné (acné excoriée).

Manifestations non cutanées

- Les patients ayant un excès d'androgènes peuvent développer des signes de masculinisation (chute de cheveux, hirsutisme) et une puberté précoce.



- Rarement, l'acné se manifeste en association avec de la fièvre ainsi que des problèmes osseux et articulaires (acné fulminante).
- Des difficultés psychosociales importantes peuvent exister. Il peut y avoir dépression, anxiété et comportement asocial.

Examens de laboratoire et biopsie

- Une évaluation par des tests biologiques est indiquée chez les femmes présentant une acné persistante ainsi que des signes d'hyperandrogénie (hyperpilosité faciale, hypertrophie musculaire, cycles menstruels irréguliers).
- Les analyses incluent des dosages de testostérone, de FSH (*follicle-stimulating hormone*), de LH (*luteinizing hormone*) et de sulfate de déhydroépiandrostérone.
- Des cultures bactériennes et fongiques permettent d'exclure une folliculite infectieuse.

Diagnostic différentiel

- Rosacée (rougeur sans comédons)
- Folliculite d'origine bactérienne (Gram négatif) ou causée par des levures (elle n'est pas caractéristique au visage)
- Kératose pileaire (localisation plus caractéristique sur la face d'extension des bras)
- Dermite périorale (il n'est pas vu de comédons)

Évolution et pronostic

- La maladie est plus grave chez l'homme qu'elle ne l'est chez la femme ; les hommes sont moins enclins à recourir rapidement au traitement médical.
- Les androgènes peuvent aggraver l'acné. Il est important de s'enquérir de l'utilisation des stéroïdes anabolisants, particulièrement chez les sportifs.
- Des efflorescences d'acné peuvent survenir pendant les périodes de stress, avant les menstruations, avec certains médicaments (corticoïdes, lithium, anticonvulsivants, médicaments antituberculeux et produits iodés).
- La tendance à former des cicatrices varie selon le patient.
- La rougeur et la pigmentation faisant suite à la guérison des lésions d'acné peuvent mettre des mois à disparaître.

- Les patients confondent souvent les macules rouges avec des cicatrices (pseudocicatrices).
- Les régions sujettes au frottement de la peau peuvent manifester une acné accentuée (acné mécanique), par exemple sous un chapeau ou sous une lanière enserrant le menton.
- L'acné se manifeste à des degrés de gravité variables. Parfois, il y a seulement apparition de comédons. Dans d'autres cas, les lésions kystiques prédominent.
- L'acné commence habituellement entre 10 et 15 ans et dure pendant 5 à 10 ans.
- Les enfants qui ont besoin d'un traitement oral à un âge précoce tendent à avoir une évolution plus grave.
- Le cas des femmes de plus de 25 ans constitue un problème thérapeutique particulier pour le traitement de l'acné. Elles ont tendance à avoir une acné de faible intensité mais prolongée.
- Les filles qui développent un grand nombre de comédons et des lésions précoces sont susceptibles de développer une acné plus sévère.

Traitement

- Le traitement doit tenir compte des facteurs médicaux, financiers et psychosociaux.
- Quand c'est possible, les traitements doivent être simplifiés, utilisant le moins de médicaments possible.
- Les médicaments topiques nécessitent au moins 2 mois pour atteindre leur effet maximal. Il faut donc être patient.
- La plupart des traitements sont continus et prolongés. On parvient plus souvent à un contrôle qu'à la guérison.
- Il est nécessaire d'évaluer la tendance du patient à former des cicatrices. Si c'est le cas, on peut lui administrer un traitement systémique et le suivre de près.
- S'il n'y a aucune amélioration appréciable, on peut envisager l'utilisation d'isotrétinoïne. Les patients présentant une acné nodulokystique peuvent commencer d'emblée l'isotrétinoïne.
- Quand on prend en charge l'acné, la sensibilité cutanée, la présence de lésions inflammatoires ou non inflammatoires doit être prise en compte.

Sensibilité cutanée

- La peau doit être nettoyée doucement avec un savon doux et de l'eau tiède.
- Les patients doivent être encouragés à ne pas trop frotter leur peau.

- Sécher la peau avant d'appliquer des produits topiques.
- Les produits doivent être appliqués en couche fine avec un massage doux sur les zones susceptibles d'acné.
- Les patients ne doivent pas appliquer de traitements sur la peau normale où des lésions d'acné ne sont pas présentes.
- Si la peau devient rouge ou sèche, il faut vérifier qu'un traitement excessif n'est pas appliqué et que l'agent adéquat a bien été choisi en fonction du type de peau du patient.
- Les solutions et les gels sont mieux adaptés pour les peaux grasses, alors que les crèmes et les lotions sont mieux adaptées pour les peaux sèches.
- De plus faibles concentrations de médicament sont préférables pour les patients ayant une peau sensible.
- Les après-shampooing et les huiles pour cheveux doivent être évités.
- Si des produits de beauté sont utilisés, ils doivent être sans huile et à base aqueuse.
- Les patients doivent éviter de gratter ou de faire éclater leurs lésions d'acné.
- Les produits destinés à l'exfoliation et obtenus sur ordonnance ou en vente libre contiennent de l'acide salicylique, des rétinoïdes et du peroxyde de benzoyle.
- Il y a dans le commerce des gels, des lotions et des crèmes de peroxyde de benzoyle de concentration comprise entre 2,5 et 10 %.
- La trétinoïne et ses dérivés sont comédolytiques et corrigent la comédogenèse. L'adapalène à 0,1 % en gel, crème, compresse ou solution peut être moins irritante. L'adapalène ne cause pas de sensibilité accrue au soleil, contrairement à la trétinoïne et au tazarotène. La trétinoïne provoque une photosensibilité et une sensation de brûlure accrue au soleil, même lorsqu'elle est appliquée au coucher.
- Le tazarotène est un comédolytique puissant et efficace. Les méthodes pour diminuer l'irritation consistent à utiliser la formulation en crème ou en gel, suivie de lavages effectués à intervalles croissants (traitement de contact court).
- L'acide azélaïque est comédolytique et antibactérien mais d'efficacité modeste. Il peut être utilisé sans risque pendant la grossesse.
- Les produits exfoliants le visage (acide glycolique, acide salicylique) sont parfois utilisés pour libérer les pores obstrués.

Orifices des follicules obstrués, non inflammatoires (comédons, points noirs et points blancs)

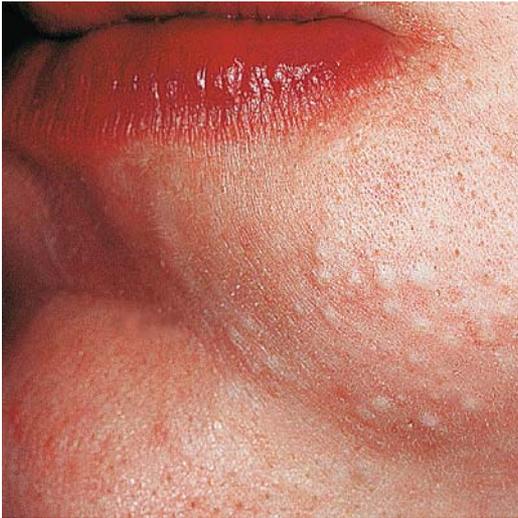
- Les agents qui exfolient doucement la couche superficielle de la peau et ont des propriétés antibactériennes (par exemple le peroxyde de benzoyle) sont utilisés en combinaison avec des agents qui corrigent la comédogenèse (par exemple la trétinoïne, l'adapalène et le tazarotène). Un produit est en général appliqué le matin et un autre le soir.



Multiples comédons ouverts sur le menton d'un patient qui a une acné non inflammatoire.

Orifices des follicules inflammatoires (papules et pustules)

- Beaucoup de patients ont en même temps des comédons, des papules et des pustules.
- La trétinoïne, l'adapalène, le tazarotène plus une préparation de peroxyde de benzoyle ou un antibiotique sont appliqués pour les comédons, les papules et les pustules. La trétinoïne est appliquée à l'heure du coucher et le peroxyde de benzoyle ou un antibiotique est appliqué le matin.
- Pour les papules et les pustules, on administre des antibiotiques topiques, du peroxyde de benzoyle ou une combinaison de peroxyde de benzoyle et d'un antibiotique comme la clindamycine.
- Les antibiotiques topiques peuvent être prescrits dès l'abord ou comme traitement auxiliaire, après que l'état du patient s'est adapté à la trétinoïne, au peroxyde de benzoyle ou aux deux produits.
- Les antibiotiques topiques incluent la clindamycine, l'érythromycine et la clindamycine à 1 %.



Multiplés comédons fermés du menton.



Papules et pustules observées dans une acné modérément inflammatoire.

- On obtient de meilleurs résultats cliniques et un taux inférieur de rechute lorsque les antibiotiques oraux sont utilisés à des doses plus élevées, avec diminution seulement quand le contrôle est obtenu.
- Les doses habituelles pour commencer le traitement sont : tétracycline, 500 mg deux fois par jour ; doxycycline, 100 mg deux fois par jour.
- Les antibiotiques doivent être pris pendant des semaines pour être efficaces et sont administrés pendant des mois pour réaliser le maximum d'effet.
- Les données scientifiques et pharmacocinétiques disponibles ne soutiennent pas l'hypothèse que les antibiotiques (excepté la rifampicine) diminuent l'efficacité contraceptive des contraceptifs oraux.
- La photothérapie dynamique - application d'un médicament photosensibilisant et exposition à une source lumineuse (laser ou lumière bleue) - est efficace pour traiter une acné inflammatoire.

Nodules et kystes inflammatoires (acné nodulokystique)

- Certains patients répondent au traitement indiqué ci-dessus pour l'acné papuleuse ou pustuleuse. Si un essai de ce traitement pendant 3 mois n'en permet pas le contrôle, il faut alors recourir aux traitements indiqués ci-dessous.
- L'isotrétinoïne per os est très efficace.
- Un corticoïde peut être injecté dans les kystes. La prudence est recommandée étant donné le risque d'atrophie cutanée au site d'injection.
- Quand l'acné est très grave, on utilise parfois la prednisone orale en traitement initial.
- Chez les femmes, les contraceptifs oraux, en particulier anti-androgéniques, peuvent être bénéfiques.
- La spironolactone peut être envisagée pour les femmes, en particulier celles qui ne sont pas en mesure de prendre un contraceptif oral, ainsi que pour les femmes qui ont rechuté après un traitement par isotrétinoïne. La dose est de 50 mg deux fois par jour. Certaines femmes ont besoin de doses plus élevées (jusqu'à 100 mg



Multiplés pustules et kystes dans une acné avec inflammation exubérante.



Multiplés pustules et kystes dans une acné vulgaire inflammatoire.



Sévère acné vulgaire inflammatoire et kystique du dos.

deux fois par jour). La spironolactone peut être prise en même temps que les contraceptifs oraux. À éviter en cas de grossesse.

Changements dans la pigmentation et cicatrices

- Au sujet des cicatrices, il est souhaitable de référer le patient à un chirurgien plasticien ou à un dermatologue spécialisé dans l'esthétique seulement si l'acné a été quiescente pendant au moins un an ; cela permet une guérison normale maximale avant toute intervention invasive.
- Les macules rouges s'estompent avec le temps et ne sont pas de véritables cicatrices.
- Certains patients, surtout s'ils ont le teint mat, développent des macules claires et/ou foncées qui mettent des mois ou des années à disparaître et qui sont permanentes chez certains patients.
- Les cicatrices peuvent être surélevées et épaisses (chéloïdes) ou déprimées (cicatrices en pic à glace).
- Les traitements modifiant la pigmentation comprennent l'hydroquinone, la trétinoïne, l'acide azélaïque, l'exfoliation chimique et le resurfaçage au laser.
- Le traitement des cicatrices d'acné comprend l'exérèse, le laser, la dermabrasion, l'exfoliation chimique et l'injection de produits de comblement (collagène, lipides, etc.). Pour les cicatrices épaisses, des injections intralésionnelles de corticoïde et l'application d'une feuille de gel de silicone sont très utiles.

Quand référer

- Les patients pouvant avoir une anomalie endocrinienne sous-jacente doivent être évalués par un dermatologue et un endocrinologue.
- Les patients ayant une acné cicatricielle ou ne répondant pas au traitement conventionnel doivent être adressés à un dermatologue.

Conseils et recommandations

- Le traitement combiné est essentiel à la réussite de la gestion de l'acné.
- Fixez des objectifs réalistes aux patients lors de leur première visite, mais soyez encourageant. Informez les patients du fait que le traitement de l'acné est très efficace s'il est utilisé raisonnablement et convenablement.



Considérations pédiatriques

- Les nouveau-nés et les enfants en bas âge peuvent développer de l'acné. Les médicaments topiques sont généralement suffisants pour contrôler l'acné. Cependant, s'il existe des lésions inflammatoires ou des cicatrices récalcitrantes, l'érythromycine par voie orale ou l'isotrétinoïne peut être nécessaires.
- La tétracycline, la doxycycline et la minocycline ne doivent pas être utilisées chez les enfants de moins de 12 ans, afin d'éviter une coloration permanente des dents.



Acné vulgaire modérément inflammatoire et kystique.



Acné vulgaire modérément inflammatoire et kystique.



De fines papules sur une base érythémateuse sont caractéristiques d'une kératose pileaire qui ressemble à de l'acné.



L'acné vulgaire débute typiquement sur la partie médiane du front, le nez et le menton (distribution en T).



Acné vulgaire sévère, inflammatoire et kystique du front.



L'acné excoriée est produite en perçant des lésions d'acné.



Grains de milium multiples sur la joue d'un adolescent. Ces microkystes ressemblent à des comédons fermés d'acné.

Dermite périorale

- La dermite périorale est une éruption papuleuse squameuse distincte, se situant autour de la bouche, du nez et des yeux. Elle se manifeste essentiellement chez les femmes.

Anamnèse

- L'éruption peut commencer autour de la bouche, mais peut également atteindre le pourtour du nez ou des yeux.
- Cette affection est asymptomatique ou quelque peu irritante.
- Les patients ont pu avoir essayé des corticoïdes topiques, qui permettent une amélioration transitoire, mais peuvent aussi favoriser des évolutions réfractaires aux traitements.
- La dermite périorale se manifeste typiquement chez les jeunes femmes mais peut se produire chez les enfants.
- *Fusobacterium* et *Candida* ont pu être isolés à partir des lésions, mais la signification de la présence de ces organismes est inconnue.
- L'utilisation en routine d'émollients à base de vaseline ou de paraffine, les excipients à base d'isopropyl myristate, les écrans solaires physiques, les produits fluorés peuvent causer une dermite périorale.
- Les UV, le vent et la chaleur peuvent aggraver la dermite périorale.

Manifestations cutanées

- Des papules et des pustules très petites sur fond rouge et desquamant se limitent au menton et aux fossettes.
- On observe une zone intacte autour du bord libre des lèvres.
- On observe couramment des pustules sur les joues près des narines.
- Quelquefois, la dermite périorale reste confinée à la région périnasale. Elle peut aussi se manifester sur les côtés des yeux.
- Les enfants ont souvent des lésions périoculaires et périnasales.

Diagnostic différentiel

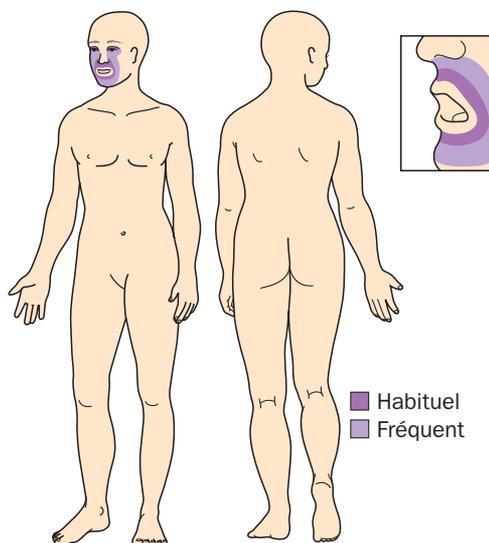
- Acné
- Rosacée
- Dermite séborrhéique
- Dermatite atopique
- Impétigo
- Folliculite à *Demodex*

Évolution et pronostic

- L'atteinte peut présenter des intensités variables.
- Une éruption persistante se poursuit pendant des mois.
- Un traitement oral vient à bout de la plupart des problèmes en 2 semaines.
- Une rechute est fréquente.
- Les patients sont à nouveau traités dans les cas de nouvelle poussée. Un traitement d'entretien est parfois nécessaire sur le long terme.

Traitement

- L'efficacité du traitement topique n'est pas prévisible. Le traitement topique comporte l'utilisation une à deux fois par jour de crème ou de gel de métronidazole à 1 %, de clindamycine ou d'une solution d'érythromycine à 2 %. Des antibiotiques oraux sont utilisés en cas d'échec d'un traitement topique de 4 à 6 semaines.
- La tétracycline (500 mg deux fois par jour), l'érythromycine (500 mg deux fois par jour), la doxycycline (100 mg deux fois par jour) ou la minocycline (100 mg deux fois par jour) sont administrées pendant 2 à 4 semaines. L'état de beaucoup de patients peut s'améliorer avec des doses inférieures.
- Une fois que la maladie est guérie, l'antibiotique est arrêté ou diminué progressivement sur 4 à 5 semaines.



Conseils et recommandations

- Il faut limiter l'utilisation d'hydratants.
 - Avertir les patients du fait que l'utilisation prolongée de corticoïdes topiques sur le visage a un effet aggravant.
- L'arrêt des corticoïdes topiques entraîne une poussée. Mais cet arrêt est indispensable pour traiter la maladie.



Des corticoïdes topiques ont été utilisés pendant des mois. Il y a eu poussée éruptive à chaque fois que ceux-ci ont été arrêtés.



Des pustules punctiformes près des narines peuvent être le premier signe ou la seule manifestation de la maladie.



Distribution caractéristique. Les papules et les pustules punctiformes sont situées autour de la bouche, des fossettes et du menton.



Des papules punctiformes et des pustules similaires à celles constatées près des narines peuvent parfois être vues sur les bords latéraux des yeux.

Rosacée (acné rosacée)

- La rosacée est une éruption faciale courante caractérisée par un érythème, des télangiectasies, une congestion (composante vasculaire) et la présence de papules et pustules (composante inflammatoire).

Anamnèse

- Les patients ont généralement plus de 30 ans.
- La rosacée peut survenir chez les enfants.
- La cause est inconnue.
- Les *Demodex* peuvent jouer un rôle pathogène chez certains patients, principalement quand la concentration de *Demodex* est élevée.

Manifestations cutanées

- Les papules et les pustules surviennent sur le front, les joues, le nez et autour des yeux.
- Il y a présence d'érythème et/ou de télangiectasies.
- Généralement, on observe moins de dix papules et pustules présentes au même moment.
- Dans les cas graves, on observe de nombreuses pustules, des télangiectasies, un érythème diffus, une peau grasse et un œdème (sur les joues et le nez).
- L'inflammation chronique et profonde du nez conduit à un épaissement irréversible de la peau appelé rhinophyma. Cette situation est moins rare chez les hommes.
- Plus rarement, les papules de la rosacée peuvent atteindre le cuir chevelu, le tronc, les bras et les jambes.

Manifestations non cutanées

- Les symptômes oculaires incluent une conjonctivite mineure avec douleur et larmoiement.
- Les signes oculaires incluent une hyperémie conjonctivale, des télangiectasies des paupières, une blépharite, une kératite ponctuée superficielle, des chalazions, une hypervascularisation et l'infiltration de la cornée.

Examens de laboratoire et biopsie

- Le diagnostic est généralement clinique. Des tests ne sont pas nécessaires.
- Si les lésions sont atypiques, une culture bactérienne permet d'exclure une folliculite.

- S'il y a desquamation, un prélèvement mycologique est effectué pour exclure une teigne.
- Une biopsie peut être envisagée pour exclure le lupus.

Diagnostic différentiel

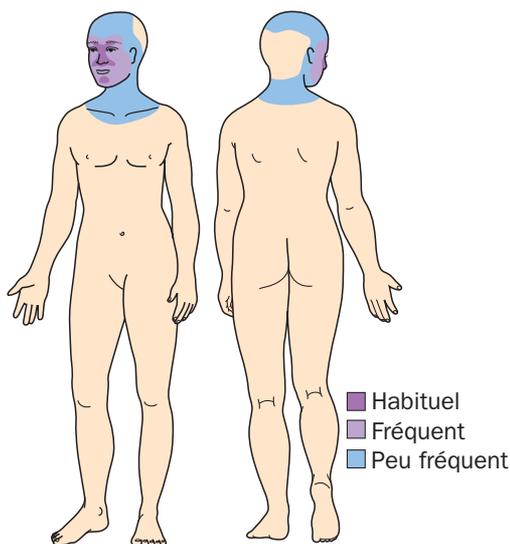
- Acné
- Teigne pustuleuse (kérion)
- Dermite périorale
- Folliculite infectieuse (acné surinfectée)
- Lupus érythémateux

Évolution et pronostic

- La rosacée est aggravée par l'ingestion d'aliments, de boissons chaudes ainsi que d'alcool (vin rouge), par la chaleur, les expositions solaires, les médicaments topiques qui irritent la peau comme les crèmes antirides et les peelings chimiques qui exfolient la peau.
- Cet état est chronique (durant plusieurs années), avec des épisodes d'activité suivis de périodes de quiescence.

Traitement

- Le patient doit éviter les facteurs connus pour exacerber la rosacée tels que les aliments ou les boissons chaudes, les nourritures épicées, le vin rouge et la lumière du soleil.
- Les fonds de teint à base verte masquent la rougeur.
- Les écrans solaires sont conseillés.
- La composante pustuleuse est traitée de manière topique ou systémique.





Rosacée active accompagnée de pustules, sur le milieu du front, les joues et le menton. L'érythème est intense. Les antibiotiques oraux et les topiques ont permis un contrôle rapide de la maladie.

- Pour le traitement topique, le plus efficace est le métronidazole. La clindamycine topique et l'érythromycine sont moins efficaces.
- Le traitement systémique est plus efficace. Les tétracyclines (500 mg deux fois par jour), l'érythromycine (500 mg deux fois par jour), la doxycycline (100 mg deux fois par jour) en cure de 2 à 4 semaines permettent généralement de contrôler les pustules. Chez de nombreux patients, des doses inférieures sont suffisantes.
- Les symptômes oculaires sont traités par des antibiotiques systémiques.
- Le traitement est arrêté après la guérison.
- La réaction au traitement est imprévisible.
- Une récurrence est de nouveau traitée. Les doses de médicaments sont alors diminuées jusqu'au



L'érythème profond du nez est caractéristique de la rosacée. Il est souvent nécessaire d'effectuer un traitement à long terme avec des antibiotiques oraux.

dosage minimal permettant un contrôle correct.

- En cas de chronicité ou d'absence de réaction au traitement, on peut envisager l'administration d'isotrétinoïne 0,5 mg/kg par jour pendant 20 semaines.
- Le rhinophyma est traité par laser CO₂ ou chirurgie plastique.
- La rosacée peut être traitée efficacement par photothérapie dynamique.

Conseils et recommandations

- Plus rarement, la rosacée peut comporter des lésions granulomateuses (rosacée granulomateuse) et ressembler au lupus ou à la sarcoïdose.
- Les patients peuvent développer un œdème facial persistant appelé œdème facial solide.



L'acné et la rosacée peuvent coexister. L'érythème profond du nez est caractéristique de la rosacée. Des pustules apparaissent sur les joues dans les cas de rosacée et d'acné.



La rosacée stéroïdienne se produit quand un patient ayant eu recours à des corticoïdes topiques en continu et à long terme cesse d'utiliser ces produits. Il y a poussée rapide et intense accompagnée de papules et de pustules. Une nouvelle application du democorticoïde rétablit un cercle vicieux.



L'érythème et les télangiectasies peuvent être les seules manifestations de la rosacée. Le diagnostic peut être difficile à établir parce que ces mêmes changements apparaissent chez les personnes de teint clair. Ces changements réagissent peu aux médicaments topiques ou oraux.



Les papules et les pustules du nez sont traitées au départ par des antibiotiques oraux. Le traitement topique doit être commencé en même temps que les cyclines ou le métronidazole.



Des complications oculaires se produisent souvent chez les patients ayant une rosacée. Le diagnostic devrait être envisagé lorsque les yeux d'un patient présentent un ou plusieurs des signes et des symptômes suivants : aspect larmoyant ou injecté de sang, sensation de corps étranger, brûlure ou piquûre, sécheresse, prurit, sensibilité à la lumière, vision trouble, télangiectasies de la conjonctive et du bord de la paupière ou érythème de la paupière ou du contour de l'œil. Une blépharite, une conjonctivite ainsi qu'une irrégularité des bords de paupière peuvent également se manifester.

Hidradénite suppurative (maladie de Verneuil)

- L'hidradénite suppurative (HS) est une maladie chronique du follicule pileux, produisant des nodules très douloureux, profondément situés, des kystes, des trajets fistuleux et des cicatrices dans les zones où se situent les glandes sudorales apocrines comprenant les régions axillaires, inguinales et anogénitales.

Anamnèse

- L'HS est une maladie rare affectant entre 1 et 4 % de la population, plus fréquente chez les femmes.
- Elle débute par des furoncles extrêmement douloureux qui se rompent, formant des trajets fistuleux et des cicatrices.
- L'atteinte axillaire et inguinale est plus fréquente chez les femmes alors que l'atteinte périanale et fessière est plus fréquente chez les hommes.
- La zone la plus fréquemment touchée est le creux axillaire.
- Elle n'apparaît généralement pas avant la fin de la puberté, bien que des enfants prépubères soient parfois atteints. La plupart des cas apparaissent dans les deuxième et troisième décennies de la vie.
- Il peut y avoir un caractère familial avec une hérédité autosomique dominante ; cependant, à ce jour, aucun gène causal n'a été identifié.
- L'étiologie précise de l'HS n'est pas connue, mais atteint préférentiellement l'appareil pilo-sébacéo-apocrine avec des trajets fistuleux.
- L'infection secondaire et l'inflammation sont habituelles.
- L'HS peut être associée à la maladie de Crohn.

Manifestations cutanées

- La signature est la présence d'un double comédon (un point noir avec deux « pierre tombales » ouvertes ou plus).
- Les nodules roses à rouges sont arrondis, sans nécrose centrale, durant jusqu'à 2 semaines. L'inflammation cutanée étendue et profonde aboutit à de gros abcès douloureux et à un écoulement malodorant.

- Des trajets fistuleux se forment, entraînant des cordons cicatriciels.
- Des papules folliculaires, des pustules et des kystes épidermiques peuvent être associés aux lésions classiques de HS.

Examens de laboratoire

- La biopsie montre une occlusion folliculaire par des matières kératinisées, une folliculite et une destruction secondaire des annexes de la peau (glandes apocrines) et de l'hypoderme.

Diagnostic différentiel

- Acné
- Furoncle ou anthrax
- Infection des glandes de Bartholin
- Inflammation d'un kyste épidermique
- Kyste pilonidal
- Lymphogranulome vénérien
- Scrofuloderme
- Actinomycose
- Fistule congénitale
- Maladie de Crohn

Évolution et pronostic

- L'HS est active pendant approximativement 19 ans.
- Les patients peuvent présenter des poussées prémenstruelles.
- Une rémission complète est habituelle après la ménopause.
- Les facteurs exacerbant l'HS incluent l'obésité, les vêtements serrés, le tabagisme.
- La grossesse et l'allaitement peuvent induire une rémission.

