La maladie de Verneuil ou hidrosadenite suppurée

Dr Michael ATLAN, MCUPH

MD, PhD

Chef de service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique-microchirurgie-regénération tissulaire

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
IUC INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CANCÉROLOGIE FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE & MARIE CURIE
FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE & MARIE CURIE
UPMC SORBONNE UNIVERSITÉS

La maladie de Verneuil

- Définition: maladie inflammatoire suppurative survenant dans les régions du corps où existent des glandes apocrines (aisselles +++)
- Maladie orpheline: 0,2 à 1% de la population
- Physiopathologie: pas de consensus, étiologie multifactorielle
- Évolution: chronique (suppuration, abcédation, fistulisation)
- Impotence fonctionnelle et diminution qualité de vie (DLQI)

La maladie de Verneuil

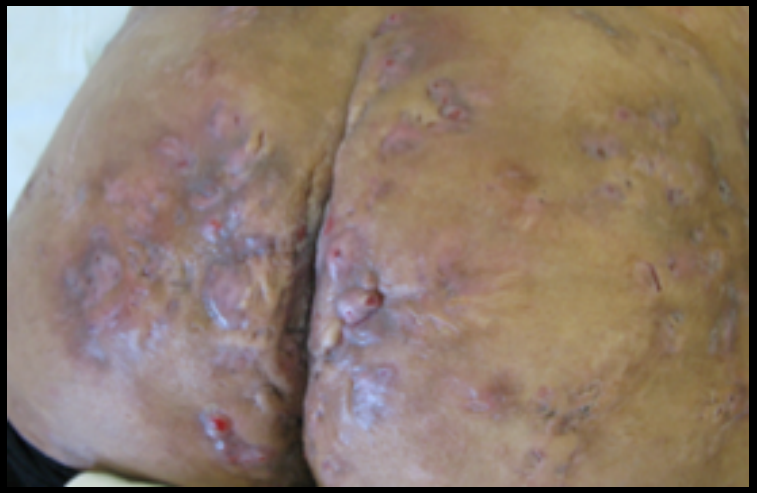
- Classification de Hurley en fonction de la gravité des lésions:
  - Stade 1: présence de nodules sous-cutanés sensibles et douloureux

La maladie de Verneuil

- Classification de Hurley en fonction de la gravité des lésions:
  - Stade 1: présence de nodules sous-cutanés sensibles et douloureux
  - Stade 2: confluence de nodules en cordons voire en placards douloureux, mais avec intervalles de peau saine

La maladie de Verneuil

- Classification de Hurley en fonction de la gravité des lésions:
  - Stade 1: présence de nodules sous-cutanés sensibles et douloureux
  - Stade 2: confluence de nodules en cordons voire en placards douloureux, mais avec intervalles de peau saine
  - Stade 3: formation de placards indurés, infiltrés et violacés, sans intervalles de peau saine



INTRODUCTION

La maladie de Verneuil

- Traitement: dépend du stade de la maladie
  - Stades 1: antibiotiques
  - Stades 2 et 3: antibiotiques + chirurgie
- Stratégie: antibiotiques pour refroidir les poussées, et chirurgie « à froid »
- Chirurgie:
  - Incision – drainage
  - « Deroofing »
  - Exérèse large +++

Microbiologie complexe

- POPULATIONS POLYMIRCROBIENNES ANAEROBIES
- JAMAIS RETROUVEES DANS LES PRELEVEMENTS STANDARDS
- GERMES CROISSANTES LENTES: CULTURES LONGUES ET SPECIFIQUES
- RESISTANCE ANTIBIOTIQUE CAR BIO FILM
- BACTRIM OUI MAIS …
- RIFA+ DALA MAIS ATTENTION INDUCTION ENZYMATIQUE ++++(PASTEUR)

INTRODUCTION

AUTRE MÉTHODE?

Protocole de l'Institut Pasteur

- Physiopathologie:
  - Déficit de l'immunité locale cutanée (flore commensale devient invasive)
  - Germes spécifiques selon le stade de Hurley

- Traitement adapté à chaque stade de Hurley
  - Stades 1: rifadine + izilox + flagyl
  - Stades 2: rocéphine + flagyl
  - Stades 3: invanz (ertapenem) +++ IV par picc-line

  - Objectif: faire régresser la MV, limiter les poussées inflammatoires, circonscrire les lésions et assainir le sous-sol

  - Conséquence: exérèses moins délabrantes +++

Place de la chirurgie

- **<u>Chirurgie RADICALE:</u>**
- Exérèse à caractère « carcinologique »: cordons fibreux,sinus,cicatrices brides (reservoir+++),poils,fistules borgnes.
- Jisqu'en zone saine
- Marge de sécurité 2/3 cm
- Pas necessairement jusqu'à l'aponévrose(Peu cosmétique)
- Graisse saine saignante/Jaune

Le chirurgien plasticien

<u>Traitement</u>
<u>symptomatique</u>

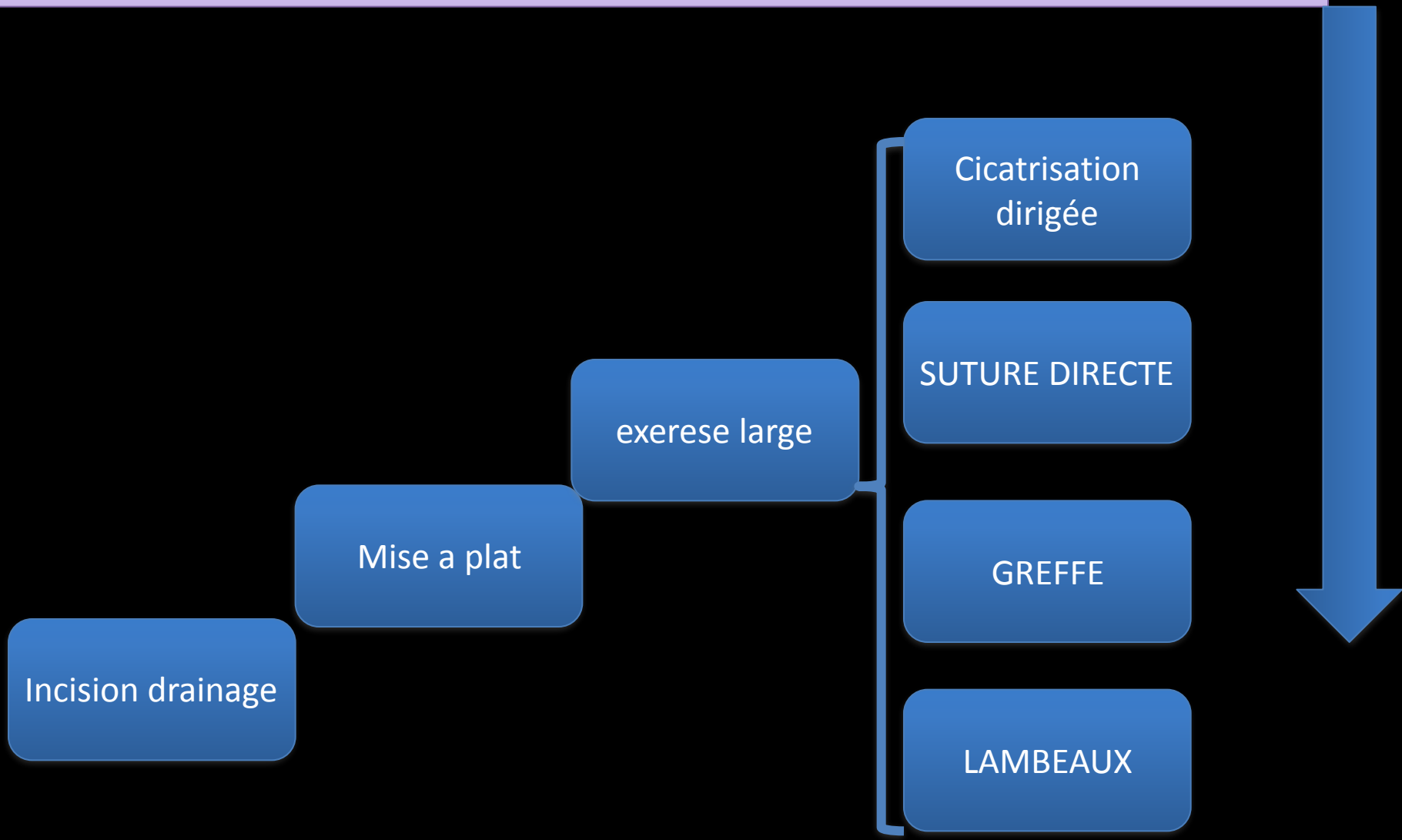
•DRAINAGE/MARSUPIALISATION

-Permet un contrôle de la douleur

-raccourcit la période aigue

Le dermatologue/le chirurgien général

OPTIONS CHIRURGICALES



OPTIONS CHIRURGICALES

Mandal A, Watson J. Experience with different treatment modules in hidradenitis suppuritiva: a study of 106 cases. *Surgeon.* 2005;3:23-26.

Incision drainage

Mise a plat

exerese large

Cicatrisation dirigée

SU[illegible]CTE

GREFFE

LAMBEAUX

RECIDIVE 70%

Mise à Plat ou « deroofing »

with superficial sinuses and no or little fibrosis is good. If cysts and sinuses are meticulously explored for side passages and the roof removed, recurrences are rare. Leaving the sinus floor intact for re-epithelialization leads to good healing by secondary intention within 2 to 6 weeks, depending on the extensiveness of the treated area

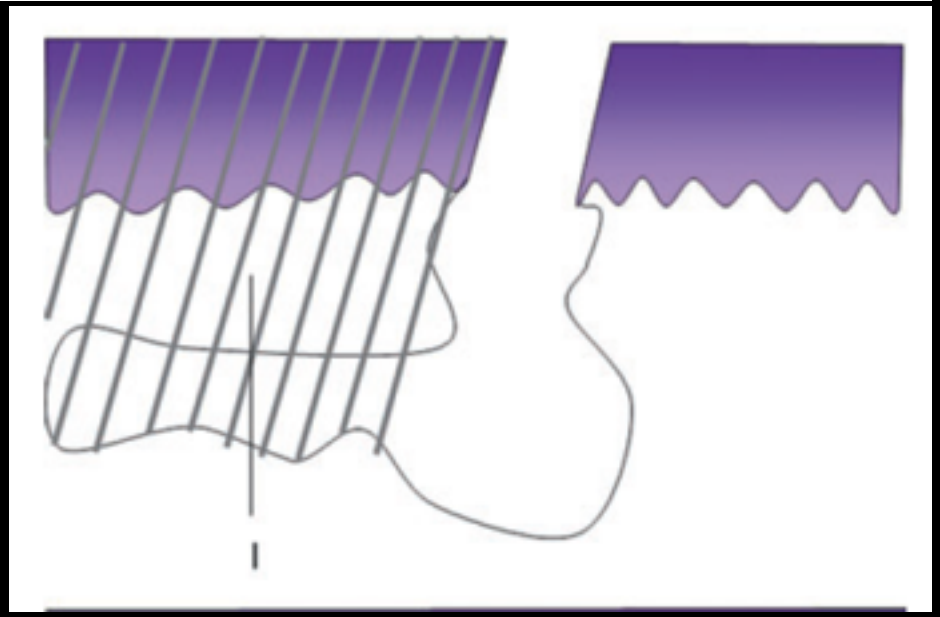
In a subgroup of people with HS with superficial sinuses (Hurley II), no or mild fibrosis, and recurrent lesions at the same locations, we use

Mise à Plat ou « deroofing »

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;63:475-480.

HS I ET II

88 lésions 44 patients



RECIDIVE :17% dans les 4.6 mois

ABSENCE DE RECIDIVE: 83% FUP de 34 mois

Hospital Topics

Recurrence after surgical treatment of hidradenitis suppurativa

BARNARD J HARRISON, MARJORIE MUDGE, LESLIE E HUGHES

and submammary (50%) excision. Recurrence results from inadequate excision or an unusually wide distribution of apocrine glands, but physical factors such as obesity, local pressure, and skin maceration played a part in a few patients. Recurrence due to inadequate surgery tended to be the most troublesome. At follow up 75 (91%) of the patients were pleased with the results of their operation. A quarter of the patients developed disease at a new anatomical site after operation.

Radical surgery gives good symptomatic control of severe hidradenitis suppurativa of the axilla, inguinoperineal, and perianal regions but is less satisfactory for submammary disease.

Int J Colorect Dis (1998) 13: 164–168
© Springer-Verlag 1998

ORIGINAL ARTICLE

Joerg-Peter Ritz · Norbert Runkel · Joerg Haier
Heinz J. Buhr

Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis suppurativa

The operative procedures were divided into drainage procedures (n=6), limited regional (n=14), and radical wide excisions (n=11). The extent of surgery was examined in terms of the clinical course and late postoperative sequelae of HS. At a mean follow-up of 72 months, we found developed locoregional recurrent HS in 45% of patients. There was 100% recurrence after drainage, 42.8% after limited, and 27% after radical excision (P<0.05). HS recurred after a median interval of 3 months for drainage, 11 months for limited excision, and 20 months for radical excision (P<0.05). The disease-free interval continued up to 35 months. Long-term sequelae included penile amputation and a case of fatal squamous cell carcinoma. Although radical wide excision of the HS-affected cutis is associated with the lowest recurrence rate, it is still considerable and warrants long-term follow-up.

Un traitement chirurgical
agressif et qui a peu évolué sauf pour la réparation

- Classiquement:

-Traitement séparé de localisations éloignées

-DMS 18.2 jours

-Long et coûteux en pansement à domicile

-Eviction sociale prolongée.

-La cicatrisation dirigée reste la référence

-Greffe difficile

OPTIONS CHIRURGICALES

EVOLUTION DES TRAITEMENTS MEDICAUX

HS MOINS SEVERES STADE I ou II controle pas de chirurgie

STADE II RECIDIVANTS SOUS TT ou RESISTANT(Reserve microbienne intra cicatricielle)

STADE III

E V O L U T I O N

DES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

INTERET D'UNE CHIRURGIE RADICALE+++++

- Exérèses « carcinologiques » Limites floues
- A froid FACILITE LA CHIRURGIE DEXERESE ET REPARATION
- Théorie du reservoir cicatricel
- Encadré par un tt antibiotique=COORDINATION

INDICATIONS

PASTEUR

EVITER recidives et resistance au traitement

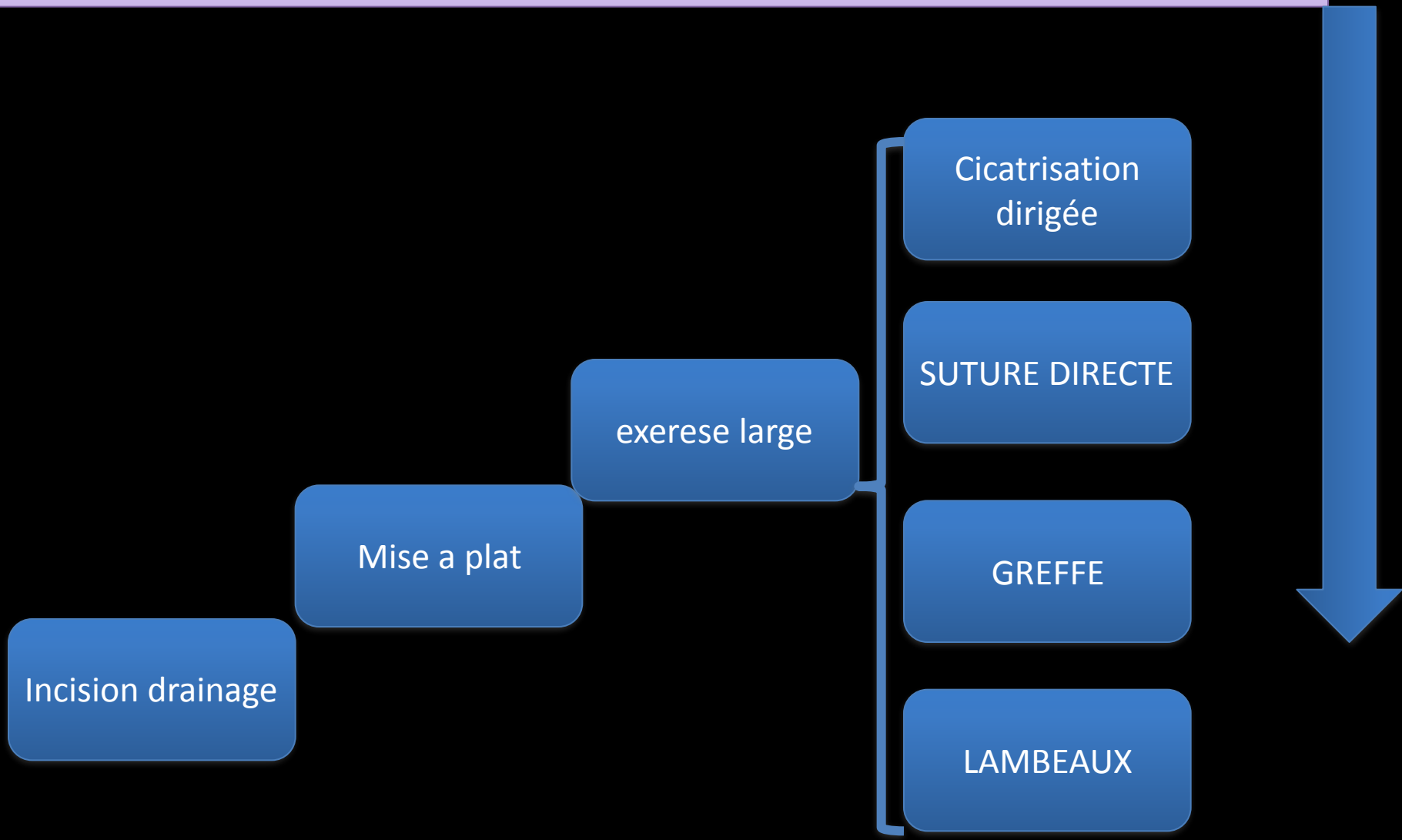
HS I : kyste épidermique/Comedons : DERMATO

HS II / HS III :

- Rechute liée à une cicatrice « réservoir »
- Résistance primaire au tt
- Taux de resistance stade II : 20%

TT a froid puis chirurgie

OPTIONS CHIRURGICALES



CHIRURGIE D'EXERESE

Harrison BJ, Mudge M, Hughes LE. Recurrence after surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;294:487-489.

82 PATIENTS /Chirurgie radicale

AXILLAIRE 3%

PERIANALE 0%

haut risque de recidive :

MAMMAIRE 37%

INGUINOSCROTALE 50%

OPTIONS CHIRURGICALES

A review of wide surgical excision of hidradenitis suppurativa

Ziyad Alharbi*†, Jens Kauczok† and Norbert Pallua

Abstract

Background: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammatory cutaneous disorder that involves the infundibular terminal follicles in areas rich of apocrine glands. It can be associated with fistulating sinus, scarring and abscesses formation. Hidradenitis suppurativa is a challenging aspect and requires a proper treatment plan which may involve different specialties. We present herein the option of surgical treatment involving wide surgical excision and methods of reconstruction as well as the rate of recurrence. Furthermore, review of the literature regarding surgical treatment of hidradenitis suppurativa is provided.

Methods: A retrospective analysis reviewed 50 operative procedures for 32 patients in 5 anatomical sites. These anatomical sites have been divided to 23 sites involving the axilla, 17 sites involving the inguinal region and 8 sites involving the perianal/perineal area, 1 site involving the gluteal region and 1 site involving the trunk region.

Results: Twenty six patients (81, 25 %) showed no recurrence after surgery and the average time of hospital stay period was 5 days. Recurrence was observed only in 6 patients (18, 75 %).

Conclusion: Elimination of the acute inflammatory process should occur in advance, including the use of antibiotics and minor surgeries such as abscess drainage with proper irrigations. After stabilizing the acute phase, wide surgical excision is recommended. Herein, planning of surgical reconstruction should be initiated to achieve the best outcome and consequently decreasing the risk of recurrence and complications after surgery.

Keywords: Hidradenitis suppurativa, Acne inversa, Follicular diseases, Surgical reconstruction, Wide surgical excision

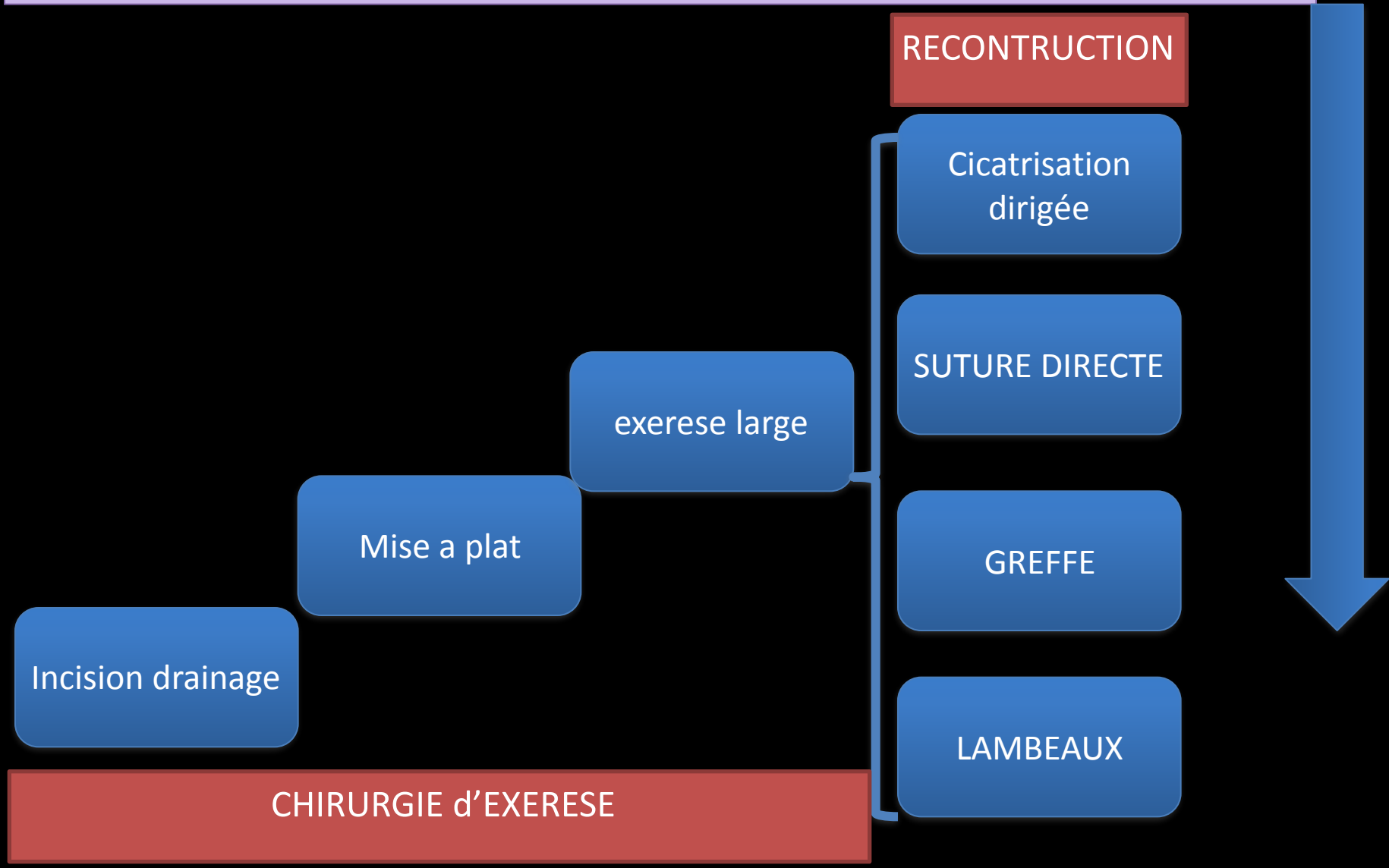
DMS de 5 JOURS
PAS DE RECIDIVE a 2 ans 81%

APRES CHIRURGIE RADICALE

challenge

- Reconstruire des zones mobiles aisselles et fonctionnellement importantes
- Le plus cosmétique possible
- Rapidement
- Tout en assurant une excision large

OPTIONS CHIRURGICALES



Cicatrisation dirigée

Avantages

- Simple
- Excision Large
- Pas de cicatrice supplementaire

(prelevement de greffe , lambeaux)

Interessant pour l'hypothese mcrobiologique(anaérobies)

inconvénients

- Lent 3 à 12semaines de cicatrisation
- Cicatrice séquellaire rétractile dans les zones mobiles(ouperiorficielle aisselles)
- OBLIGATION DE MAINTENR UNE POSITION DE FONCTION
- Kiné/Posturothérapie
- Inesthétique
- Eprouvant pour le patient
- Cout final (hospitalisation,HAD,infirmières,matériel,antalgique+++

EXEMPLE DE CICATRISATION DIRIGEE:

Localisation inguinale Isolée

Cicatrisation dirigée

- EVITER L'AISSELLE(MOBILITE/ ESTHETIQUE)
- DES QUE POSSIBLE dans les localisations INGUINALES Isolées
- PETITES ZONES

Greffes de peau mince.

avantages

- Diminue la DMS car guérison plus rapide
- Couverture simple
- Rétraction moins importante qu'une cicatrisation dirigée

- NB Substitut dermique ou matrice utilisable ZONES MOBILES+++

inconvénients

- **Risque infectieux**
- Séquelle de prélèvement(face interne de cuisse sauf si maladie / penser au cuir chevelu pas de séquelles!)
- Rétraction: posturo thérapie/kiné (amplitude articulaire)
- Necessité d'une réalisation soigneuse
- Compression par bourdonnet de la greffe sur son ste receveur(3-5 jours)

L'apport de la Thérapie Par Pression Negative

- Diminue l'exsudat
- Réalise une bonne compression sur la greffe

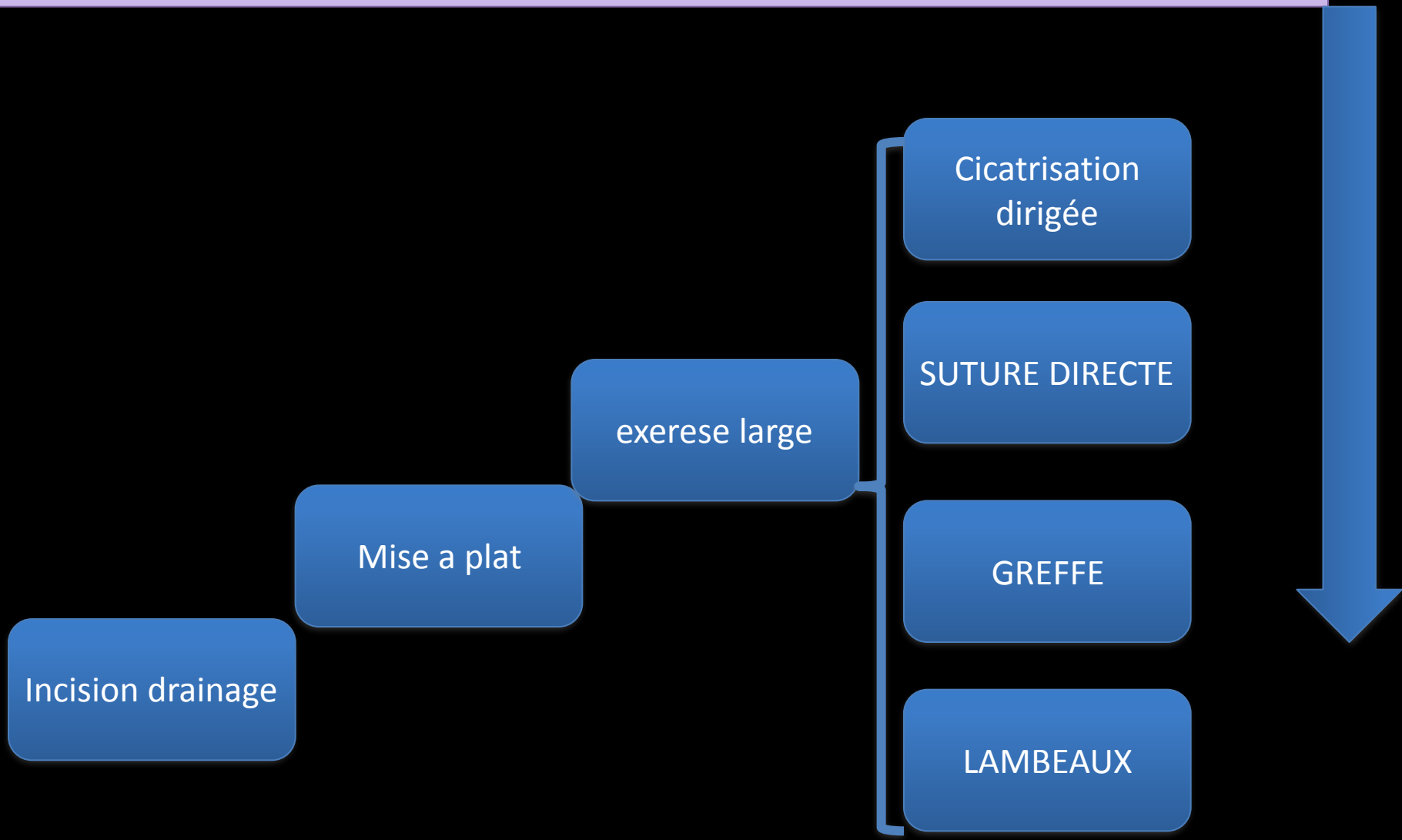
- Diminue les risques d'hématome,d'infection
- Recrutement de peau

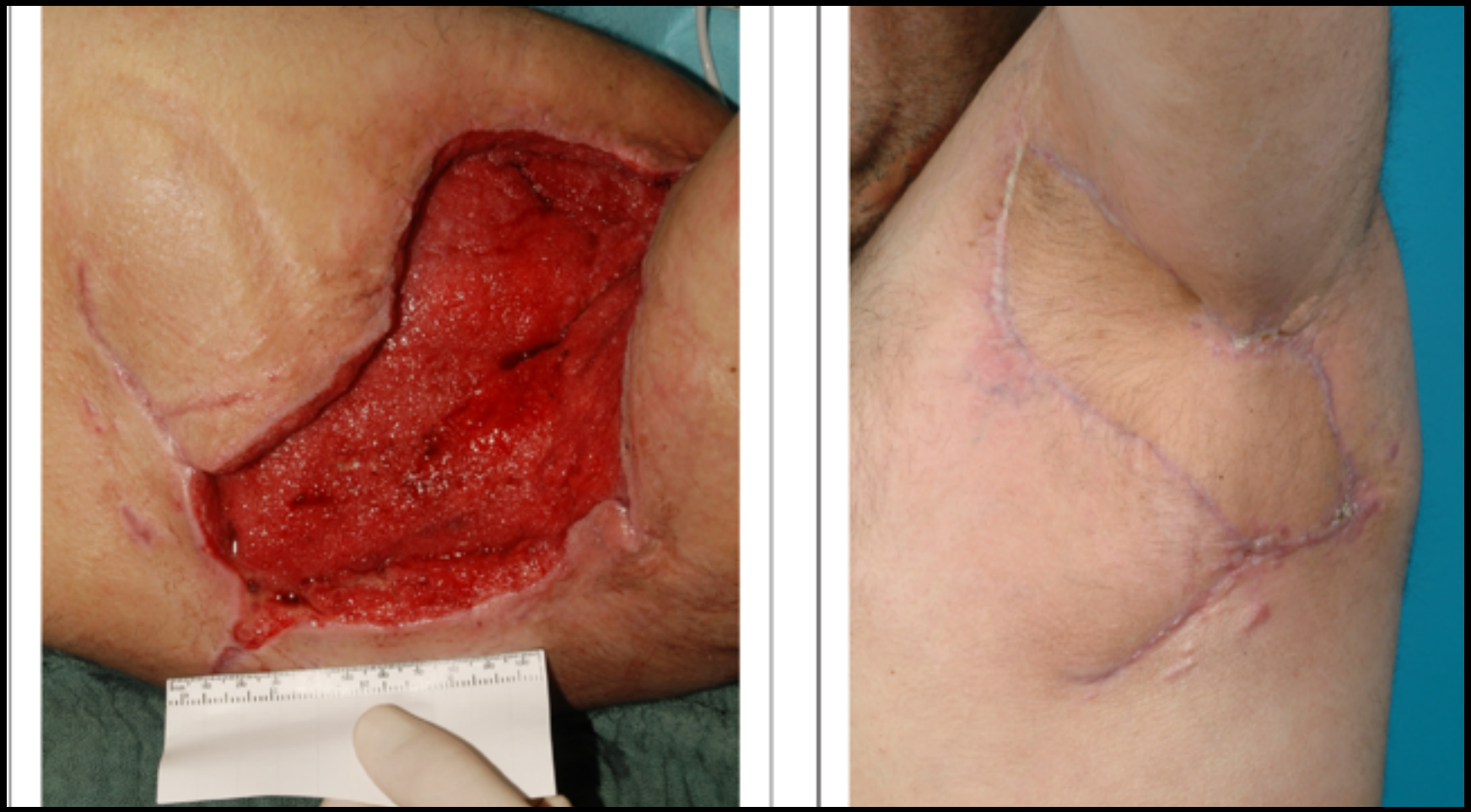
- Augmentation du taux de prises des greffes sur des terrains fragiles ou zones concaves.
- ANGIOGENESE++
- Prise de greffe plus rapide et sécurisée++++++++++

Greffe

Therapie Pression négative :securisation/fiabilité GPM

OPTIONS CHIRURGICALES





OPTIONS CHIRURGICALES
LAMBEAUX

AVANTAGES

Reconstruction en un temps

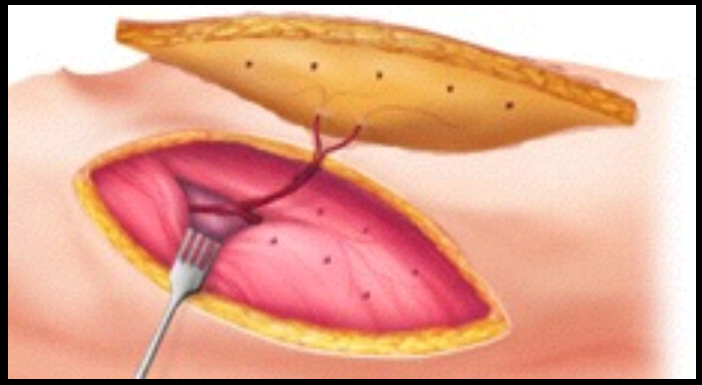
Temps de cicatrisation court

Plus esthétique

INCONVENIENTS

- Cicatrice supplémentaire
- MORBIDITE
- Risque d'echec

TENDANCE ACTUELLE LAMBEAU CONSERVATEUR DU MUSCLE= RECUPERATION FONCTIONNELLE++++ LAMBEAU PERFORANT



Les lambeaux

- Pediculés

-Locaux

-Loco-regionaux

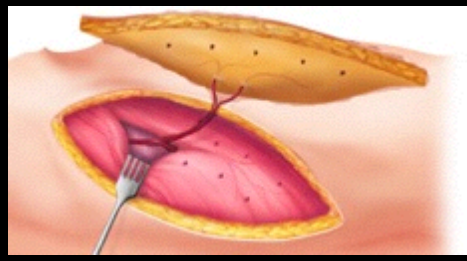
Sous entend une exerese large et des tissus de vosinage sains

- Libres : Jamais utilisés en chirurgie de reconstruction du verneuil.La microchirurgie en terrain septique,long(3-8h) …

- Grand dorsal+++++
- Perforants
- Lambeaux musculaire(gracilis)

- Cicatrices de prélèvements
- Parfois déficit musculaire de prelevement(620% de force musculaire si grand dorsal)

Lambeaux perforants



- Avantages
- Séquelles de prélèvements minimes
- Finesse
- Pas de prélèvement musculaire OBLIGATOIRE
- -récupération plus rapide
- Fiabilité,proche des lambeaux classiques

-apport de : peau.tissu sous c utané graisse
+/- fascia,muscle a la demande.

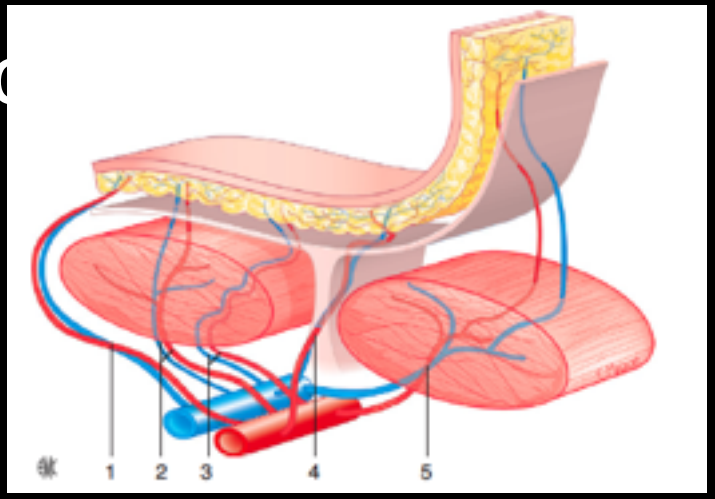
Connaissance cartographie des perforants+++:
Solution pediculée possible

Propeller :Sacrifice d'aucun axe vasculaire majeur,pedicule ,sans Microchirurgie

•inconvénients
-Dissection **réputée** plus difficile

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les lambeaux perfo



- Koshima et Soeda, 1989
- Définition: lambeau cutanéo-graisseux vascularisé par un ou plusieurs vaisseaux qui perforent un muscle ou un fascia
  - Consensus de « Gent »: nomenclature des lambeaux
- Avantage: diminution morbidité du site donneur +++
- Inconvénient: courbe d'apprentissage +++

MATÉRIEL ET MÉTHODES

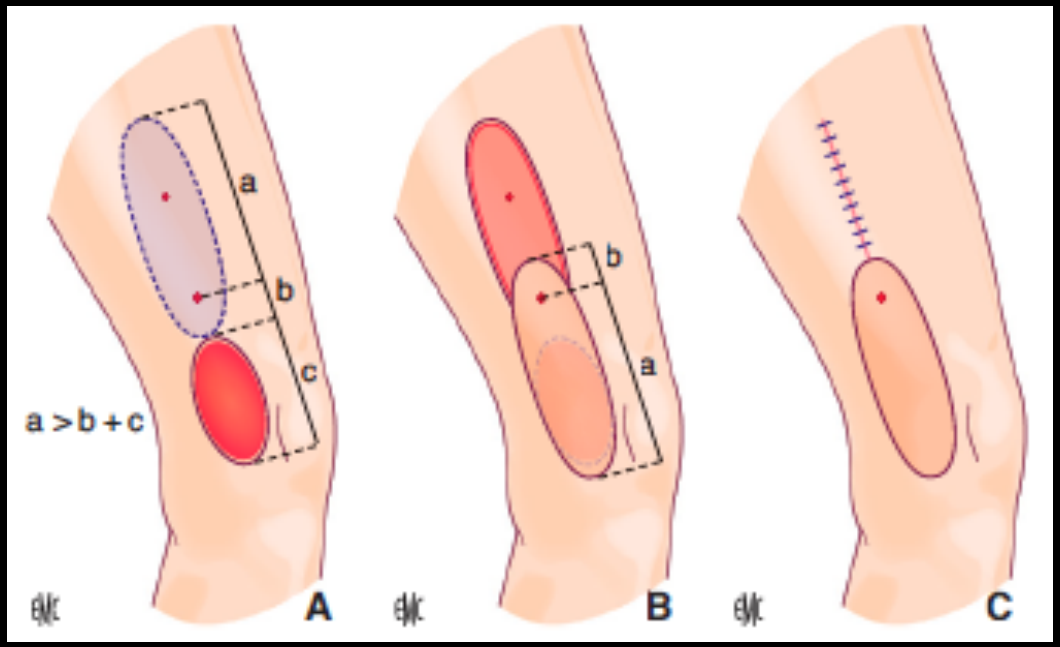
Lambeaux perforants de la région latéro-thoracique

- Lambeau perforant thoraco-dorsal (TAP flap):
  - Angrigiani et coll., 1995
  - Pédicule thoraco-dorsal, issu du pédicule sous-scapulaire
- Lambeau perforant intercostal (LICAP flap):
  - Kerrigan et Daniel, 1979
  - Pédicule intercostal, issu du pédicule mammaire interne
- Lambeau perforant de Serratus Anterior ou grand dentelé (SAAP flap): connexions avec le pédicule intercostal

MATÉRIEL ET MÉTHODES

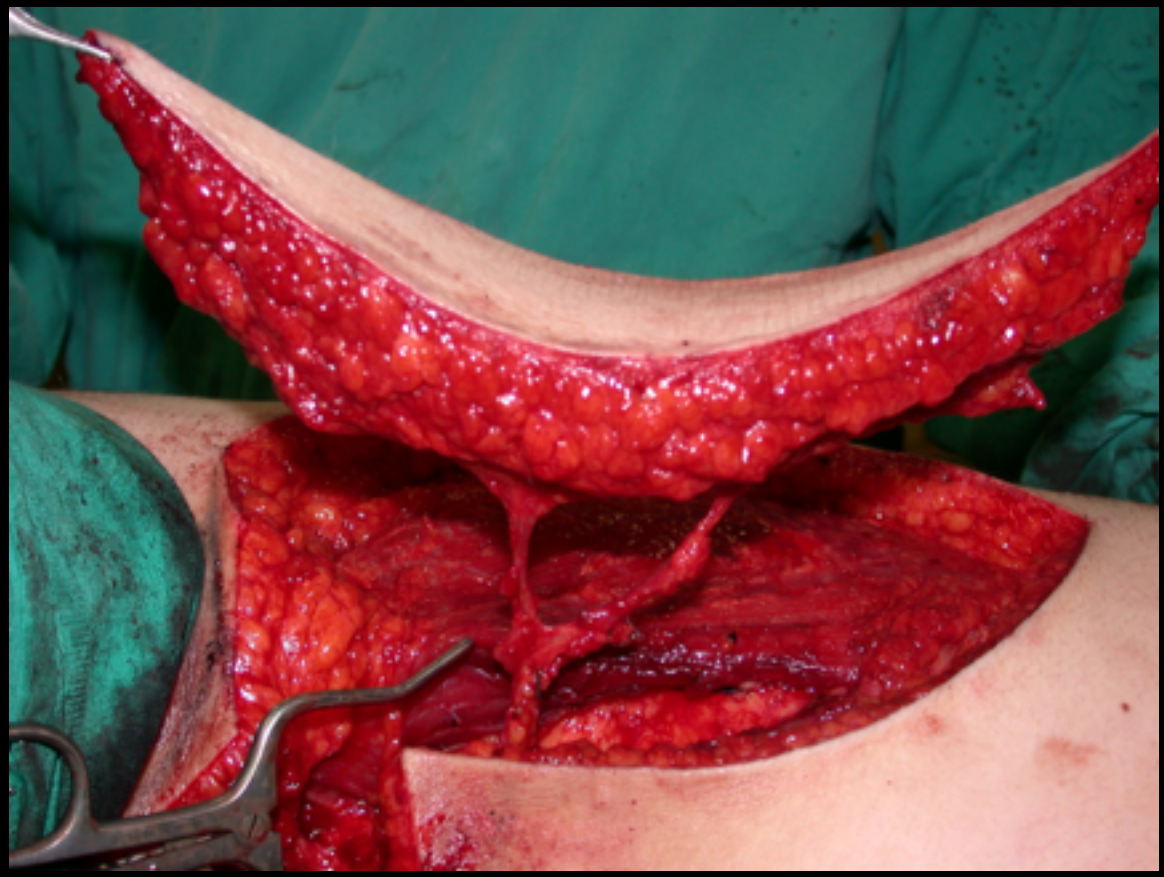
Lambeaux perforants « en hélice »

- Lambeau tourné à 180° pour couvrir PDS



MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lambeau perforant thoraco-dorsal



MATÉRIEL ET MÉTHODES

Protocole de l'étude

- Étude rétrospective unicentrique entre novembre 2013 et janvier 2015
- Critères d'inclusion: tous les patients s'étant fait opérer de leur MV axillaire par un lambeau perforant latéro-thoracique (TAP, LICAP ou SAAP flap)
- Pas de critères d'exclusion
- Patients revus entre 6 mois et 1 an post-opératoire

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Protocole de l'étude

- Étude rétrospective unicentrique entre novembre 2013 et janvier 2015
- Critères d'inclusion: tous les patients s'étant fait opérer de leur MV axillaire par un lambeau perforant latéro-thoracique (TAP, LICAP ou SAAP flap)
- Pas de critères d'exclusion
- Patients revus entre 6 mois et 1 an post-opératoire

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Critères de jugement

- Durée d'hospitalisation
- Temps opératoire
- Durée de cicatrisation complète
- Complications (désunion cicatricielle, infection, nécrose < 30% ou < 50%)
- Score de satisfaction du patient sur le geste chirurgical (sur 45 points), et réponse aux deux dernières questions appelant une réponse par oui ou non
- Score fonctionnel DASH (sur 190 points)
- Angle d'abduction-élévation maximale du bras
- Récidive

RÉSULTATS

Démographie

- 11 patients (7 femmes, 4 hommes)
- Age moyen: 37,6 ans (18-52)
- IMC moyen: 29,5 kg/m2 (18,6-39,1)
- Atteinte unilatérale chez 7 patients, bilatérale chez 4 patients
- 15 creux axillaires opérés
  - 8 au stade 2 de Hurley
  - 7 au stade 3 de Hurley
- TAP flap (n=6), LICAP flap (n=6), SAAP flap (n=3)

Résultats

- Durée d'hospitalisation moyenne: 5,1 jours (2-14)
- Temps opératoire moyen: 76,3 minutes (45-120)
- Durée moyenne de suivi: 280,3 jours (180-365)
- Durée de cicatrisation complète moyenne: 20,3 jours (10-60)
- Complications:
  - Au moins une complication chez 5 creux axillaires (33%)
  - 2 désunions cicatricielles (13%)
  - 2 nécroses < 30% (13%)
  - 1 nécrose < 50% (6%)
  - 0 infection

Résultats

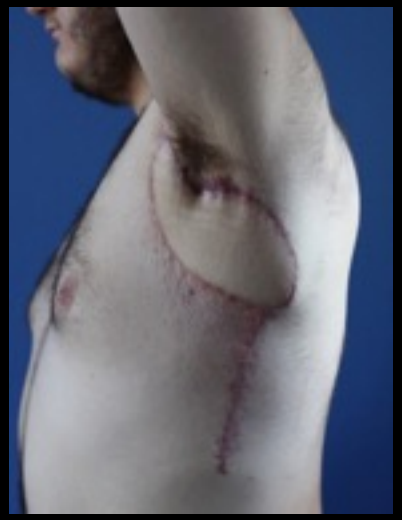
- Taux de récidive moyen de la MV: 0%
- Score moyen au questionnaire DASH: 67,3 points (39-152)
- Score moyen au questionnaire de satisfaction: 36,3 points (25-43)
- « Pensez-vous que l'intervention ait amélioré votre qualité de vie ? »: oui (100%)
- « Recommanderiez-vous cette intervention à d'autres patients atteints de la même pathologie que vous ? »: oui (100%)
- Angle moyen d'abduction-élévation maximale du bras: 158,7 degrés (120-180)

RÉSULTATS

Patient n°1

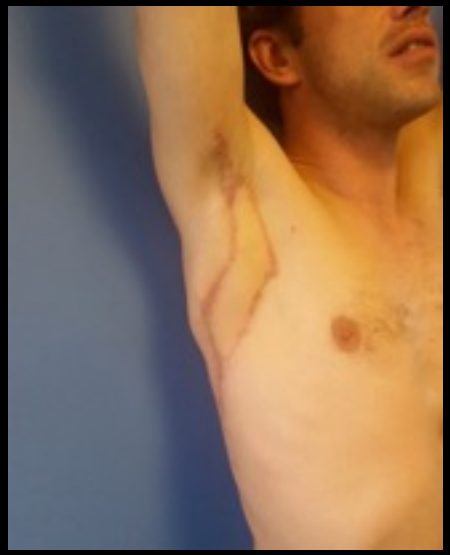
RÉSULTATS

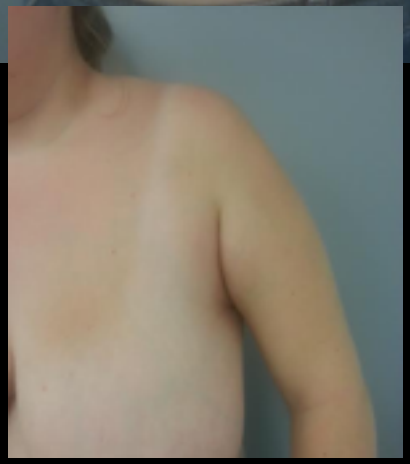
Patient n°2



RÉSULTATS

Patient n°3





LICAP

Discussion

- Échantillon: représentatif de la population
- Durée opératoire satisfaisante: 76,3 minutes en moyenne
- Taux de complications: 33%
  - Mais inclut les complications bénignes
- Durée de cicatrisation complète: 20,3 jours
  - À pondérer en fonction des suites opératoires
  - Plus court que pour la cicatrisation dirigée

Discussion

- Taux de satisfaction élevé
  - Score moyen au questionnaire: 36,3 points
  - 100% de réponses positives aux deux questions

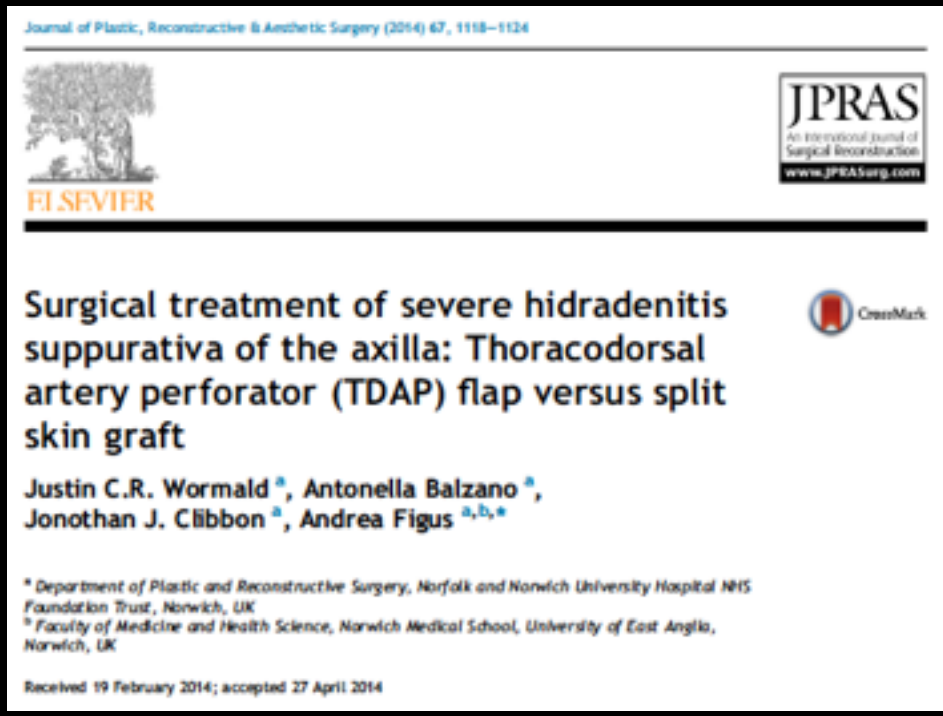
- Mobilité post-opératoire satisfaisante
  - Score moyen au DASH: 67,3 points
  - Angle d'abduction moyen: 158,7 degrés

- Pas de récidive de la MV (suivi moyen de 280 jours)

DISCUSSION

Wormald et coll. JPRAS, 2014

- Taux de récidive plus important en cas de greffe de peau mince que pour les lambeaux perforants
- Temps de cicatrisation plus court pour le lambeau (5,4 contre 10,1 semaines, p=0,03)
- Index de qualité de vie (DLQI) post-opératoire plus élevé pour le lambeau (4,7 contre 8,4 points, p<0,005)



Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2014) 67, 1118–1124

ELSEVIER

JPRAS
An International Journal of Surgical Reconstruction
www.JPRASurg.com

Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: Thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap versus split skin graft

Justin C.R. Wormald [a], Antonella Balzano [a], Jonothan J. Clibbon [a], Andrea Figus [a,b,*]

[a] Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Norfolk and Norwich University Hospital NHS Foundation Trust, Norwich, UK
[b] Faculty of Medicine and Health Science, Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, UK

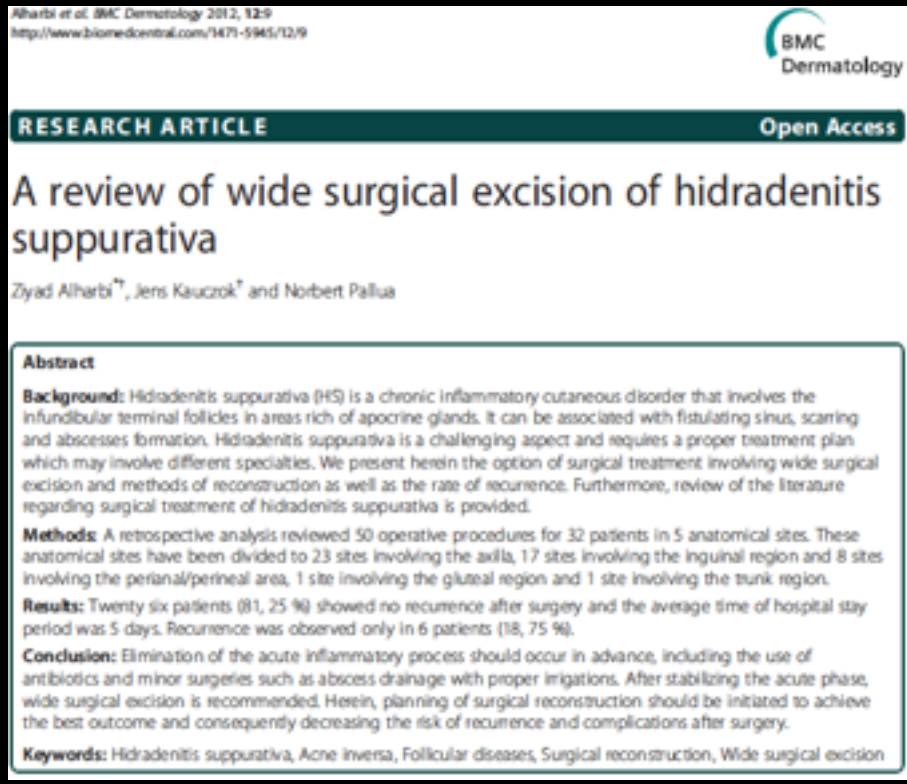
Received 19 February 2014; accepted 27 April 2014

DISCUSSION

Alharbi et coll. BMC Dermatology, 2011

–Comparaison des taux de récidive en fonction des méthodes de reconstruction

–Taux de récidive plus important en cas de greffe de peau mince que pour les lambeaux perforants (pour le creux axillaire)



Alharbi et al. BMC Dermatology 2012, 12:9
http://www.biomedcentral.com/1471-5945/12/9

BMC Dermatology

RESEARCH ARTICLE Open Access

A review of wide surgical excision of hidradenitis suppurativa

Ziyad Alharbi*†, Jens Kauczok† and Norbert Pallua

Abstract

Background: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammatory cutaneous disorder that involves the infundibular terminal follicles in areas rich of apocrine glands. It can be associated with fistulating sinus, scarring and abscesses formation. Hidradenitis suppurativa is a challenging aspect and requires a proper treatment plan which may involve different specialties. We present herein the option of surgical treatment involving wide surgical excision and methods of reconstruction as well as the rate of recurrence. Furthermore, review of the literature regarding surgical treatment of hidradenitis suppurativa is provided.

Methods: A retrospective analysis reviewed 50 operative procedures for 32 patients in 5 anatomical sites. These anatomical sites have been divided to 23 sites involving the axilla, 17 sites involving the inguinal region and 8 sites involving the perianal/perineal area, 1 site involving the gluteal region and 1 site involving the trunk region.

Results: Twenty six patients (81, 25 %) showed no recurrence after surgery and the average time of hospital stay period was 5 days. Recurrence was observed only in 6 patients (18, 75 %).

Conclusion: Elimination of the acute inflammatory process should occur in advance, including the use of antibiotics and minor surgeries such as abscess drainage with proper irrigations. After stabilizing the acute phase, wide surgical excision is recommended. Herein, planning of surgical reconstruction should be initiated to achieve the best outcome and consequently decreasing the risk of recurrence and complications after surgery.

Keywords: Hidradenitis suppurativa, Acne inversa, Follicular diseases, Surgical reconstruction, Wide surgical excision

DISCUSSION

Location of Defects (total number:50)	Methods of reconstruction	Percentage of usage related to each region	Recurrence
Axilla	Rotation fasciocutaneous flap	30,4 %	39,6 %
		(7 sites)	(2 patients)
46 %	Transposition fasciocutaneous flap (Limberg flap)	39,1 %	11,1 %
	Parascapular fasciocutaneous flap	(9 sites)	(1 patient)
		21,7 %	0 %
	TDAP flap	(5 sites)	
	ALTP flap	4,3 %	0 %
		(1 site)	
		4,3 %	0 %
		(1 site)	
Inguinal	Primary closure	47 %	12,5 %
34 %	Split-thickness skin graft	(8 sites)	(1 patient)
	Rotation fasciocutaneous flap	17,75 %	33,3 %
	Transposition fasciocutaneous flap	(3 sites)	(1 patient)
		17,75 %	33,3 %
	Abdominoplasty	(3 sites)	(1 patient)
		11,8 %	0 %
		(2 sites)	
		5,8 %	0 %
		(1 site)	

Table 2 shows the recurrence rate with the type of surgical reconstruction in each site

Location of Defects (total number:50)	Methods of reconstruction	Percentage of usage related to each region	Recurrence
Axilla	Rotation fasciocutaneous flap	30,4 %	39,6 %
		(7 sites)	(2 patients)
46 %	Transposition fasciocutaneous flap (Limberg flap)	39,1 %	11,1 %
		(9 sites)	(1 patient)
	Parascapular fasciocutaneous flap	21,7 %	0 %
		(5 sites)	
	TDAP flap	4,3 %	0 %
		(1 site)	
	ALTP flap	4,3 %	0 %
		(1 site)	
Inguinal	Primary closure	47 %	12,5 %
34 %	Split-thickness skin graft	(8 sites)	(1 patient)
	Rotation fasciocutaneous flap	17,75 %	33,3 %
		(3 sites)	(1 patient)
	Transposition fasciocutaneous flap	17,75 %	33,3 %
		(3 sites)	(1 patient)
	Abdominoplasty	11,8 %	0 %
		(2 sites)	
		5,8 %	0 %
		(1 site)	
Perianal/ Perineal 16 %	Transposition fasciocutaneous flap	75 %	0 %
	Gracilis musculocutaneous flap	(6 sites)	
		25 %	0 %
		(2 sites)	
Gluteal	Split-thickness skin graft	100 %	0 %
2 %		(1 site)	
Trunk	Split-thickness skin graft	100 %	0 %
2 %		(1 site)	

LAMBEAUX LOCOREGIONAUX ET NON DE PROXIMITE

The Thoracodorsal Artery P
the Treatment of Axillary H
Suppurativa: Effect on Prese
Arm Abduction

Fábio F. Busnardo, M.D., Ph.D.
Pedro S. Coltro, M.D.
Marcelo V. Olivan, M.D.
Ana Paula V. Busnardo, O.T.
Marcus C. Ferreira, M.D., Ph.D.

São Paulo, Brazil

Summary: Hidradenitis suppurat
ease of the skin characterized b
predominantly affected, leading
retraction. This prospective stud
severe lesions of axillary hidrade
artery perforator flap while focu
We enrolled 12 patients with s
underwent bilateral surgical tre
followed by immediate reconstr
rator flap. The amplitude of arm
6 months postoperatively by g
formed using Student's *t* test. Pr
amplitude of arm abduction we
tively, with a significant mean
thoracodorsal artery perforator
reconstruction after radical exc
purativa, and its use would allo
arm abduction. It has several o
types of coverage, including its
thickness, and high-quality skin
CLINICAL QUESTION/LEVEL

Table 1. Flap Dimensions and Measurements Obtained Preoperatively and 6 Months Postoperatively for Arm Abduction for the 12 Patients Who Underwent Thoracodorsal Artery Perforator Flap Surgery for Severe Axillary Hidradenitis

Patient	Flap Dimensions (cm)	Amplitude of Arm Abduction (degrees)	
		Preoperatively	6 Months Postoperatively
1			
Right	16.5 × 8.0	105	165
Left	16.0 × 8.5	75	145
2			
Right	17.0 × 10.0	100	165
Left	19.5 × 8.0	105	170
3			
Right	15.0 × 8.0	110	155
Left	14.0 × 7.5	125	140
4			
Right	15.5 × 7.5	95	140
Left	18.0 × 9.0	95	155
5			
Right	16.5 × 8.5	75	135
Left	17.0 × 9.0	85	145
6			
Right	18.0 × 8.5	105	165
Left	17.5 × 9.0	100	155
7			
Right	19.5 × 10.5	95	140
Left	18.0 × 9.0	85	160
8			
Right	16.0 × 9.5	100	165
Left	15.0 × 9.5	110	170
9			
Right	17.5 × 10.0	95	135
Left	20.5 × 10.0	90	140
10			
Right	19.0 × 9.5	110	155
Left	19.0 × 8.5	115	165
11			
Right	18.5 × 9.5	100	145
Left	17.0 × 10.0	120	160
12			
Right	21.0 × 11.0	95	155

DISCUSSION

Limites de l'étude

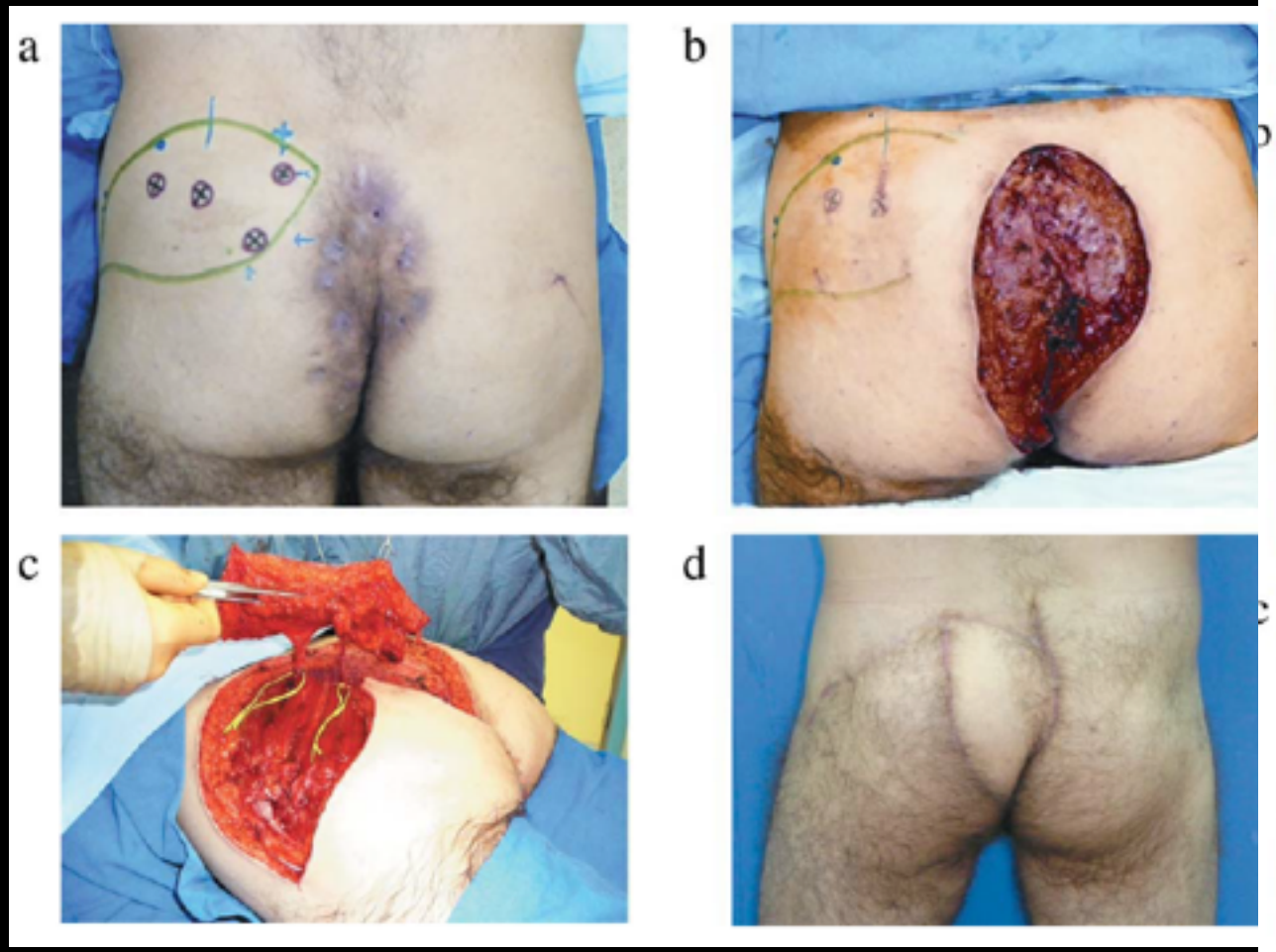
- Limite de l'étude: faible puissance
  - Petite taille échantillon
  - Étude rétrospective et unicentrique
  - Absence de bras contrôle pour comparer les résultats
  - Courte durée de suivi

- Prochain travail: étude prospective multicentrique randomisée comparant reconstructions par greffe de peau mince et par lambeau perforant

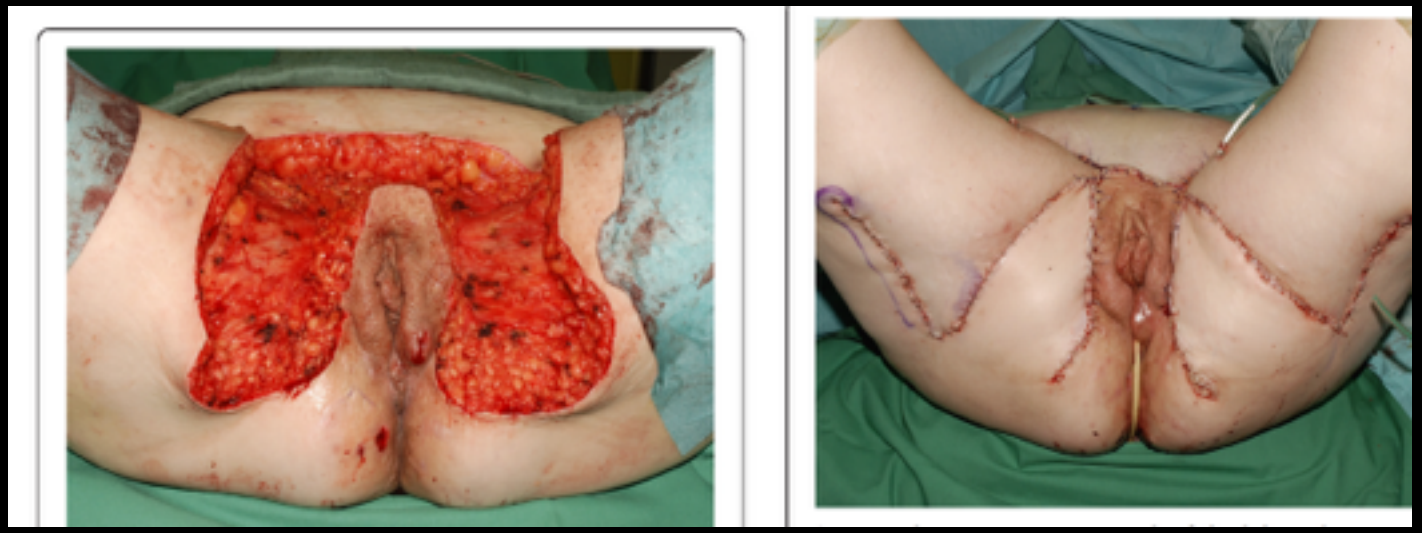
Conclusion

- Protocole de l'Institut Pasteur simplifie la reconstruction
  - Chirurgie pour patients en stade 2 ou 3
  - Réduit la zone à exciser, chirurgie moins délabrante
  - Assainit le sous-sol
- Région axillaire se prête bien à la reconstruction par lambeaux perforants
  - Outil supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien
  - Résultats très encourageants: bonne qualité de vie, impotence fonctionnelle faible, durée de cicatrisation courte

LAMBEAUX PERFORANTS PERINEAUX


a
b
c
d

a
b
c



INDICATIONS

Risque faible de récidive	Haut risque de recidive EXERESE LARGE+++
Localisations Axillaires Perineales	Localisations mammaires ESTHETIQUE++++ DESUNIONS
reconstruction par lambeaux perforants moins handicapant qu'une greffe.	Localisations inguinales+++
MEILLEURS RESULTATS FONCTIONNELS des LAMBEAUX MOINS DE RISQUE DE RECIDIVE A LEUR UTILISATION	Privilégier la cicatrisation dirigée quand elle est possible moins de séquelles sinon Lambeaux perforants

Mesures adjuvantes

- Discuter une colostomie **en cas d'attente périnéale**
- Si localisation périnéale: possible d'éviter une colostomie : régime sans résidus ou Nutrimil (réabsorption totale)
- Sonde pour renutrition entérale? la meme problematique que les grands brulés
- Evite le regime sans residus
- Evite les pertes caloriques
- Ameliore la vitesse et la qualité de cicatrisation
- INCONVENIENTS sonde NG…..

Indications

- Qui operer?

Recidive 1 patient/2 apres traitement médical.

- Echec d'un traitement antibiotique, sur les stades II/III afin d'éliminer les niches microbologiques intracicatriciels
- Stades III non controlé ou tres extensives de zones sensibles

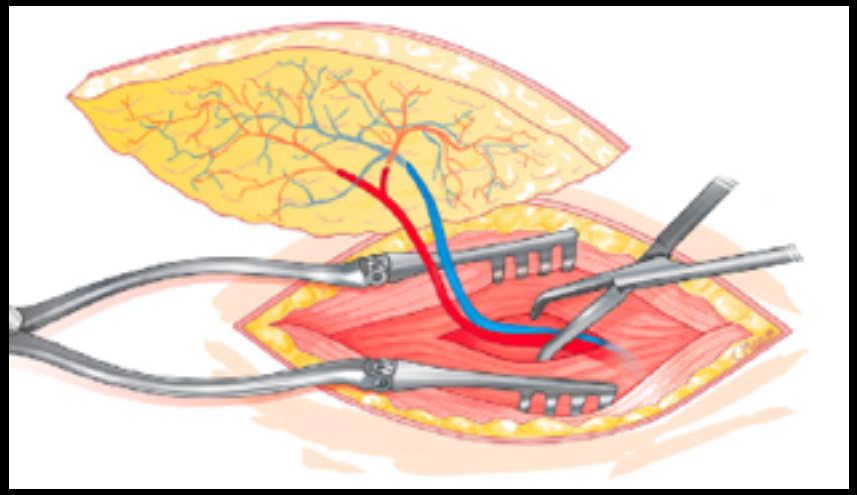
Quand opérer?

Sur des maladies refroidies idealement

Conclusion

- Amélioration des techniques:
- Les lambeaux perforants et la securisation des greffes
- Le meilleur resultat fonctionnel
- NE DOIVENT NOUS FAIRE OUBLIER LE BUT DE LA CHIRURGIE :une excision large et parfois délabrante pour une maladie fonctionnellment et socialement handicapante,mais ne menacant pas le pronostic vital
- Challenge pour le chirurgien
- Epreuve pour le malade

Tous les moyens de reconstruction meme raffinés,complexes… NE SONT PAS LA SOLUTION à la maldie de verneuil.

La chirurgie doit rester un recours en cas d'échec

MERCI POUR VOTRE ATTENTION