

AC Fougousse¹, JL Perrot², Z Reguiat³, E Begon⁴, L Mery-Bossard⁵, D Thomas-Beaulieu⁵, D Pourchot⁵, A Badaoui⁶, C Boulard⁷, C Fite⁸, I Zaraq⁸, D Lons Danic⁸, J Beaziz⁸, J Parier⁹, G Chaby¹⁰, AL Liegeon¹¹, A Patchinsky¹¹, A Bonhomme¹¹, H Martin¹¹, A Schoeffler¹¹, P Muller¹¹, C Poreaux^{12,13}, C Jacobzone-Leveque¹⁴, K Chassain¹⁴, CA De Salins¹⁴, JB Monfort¹⁵, E Esteve¹⁶, F Maccari⁹, PA Becherel¹⁷, pour l'Observatoire des Maladies Cutanées Chroniques Inflammatoires

1. Dermatologie, HIA Bégin, Saint Mandé, 2 Dermatologie CHU Saint Etienne, 3 Dermatologie Polyclinique Courlancy, Reims-Bezannes, 4 Dermatologie CH Pontoise, 5 Dermatologie CHIPS Saint Germain en Laye, 6 Cabinet de Dermatologie, Paris, 7 Dermatologie CH Le Havre, 8 Dermatologie Hôpital Saint Joseph Paris, 9 Cabinet de Dermatologie La Varenne Saint Hilaire, 10 Dermatologie CHU Amiens, 11 Dermatologie CHR Metz-Thionville, 12 Cabinet de Dermatologie Nancy, 13 Dermatologie Clinique Pasteur Essey les Nancy, 14 Dermatologie CH Lorient, 15 Dermatologie CHU Tenon Paris, 16 Dermatologie CH Orléans, 17 Dermatologie Hôpital Privé d'Antony

INTRODUCTION:

La prise en charge de l'hidradénite suppurée repose sur les antibiotiques, la chirurgie et les biothérapies. Les recommandations françaises publiées en 2020, plaçaient l'adalimumab ou l'infliximab en cas d'échec aux antibiotiques pour les stades Hurley 2 et 3, ou d'emblée dans les formes associées à des maladies inflammatoires articulaires ou digestives. Cependant l'infliximab n'a pas l'AMM dans cette indication et l'adalimumab a obtenu le remboursement en France pour l'hidradénite suppurée seulement en août 2021.

MATÉRIEL ET MÉTHODES:

OMCCI= étude prospective multicentrique (centres hospitaliers et dermatologues libéraux) observationnelle incluant des patients adultes avec un psoriasis, une dermatite atopique, une hidradénite suppurée ou une urticaire chronique modérés à sévères, ayant débuté en décembre 2020 (inclusions encore en cours).

Les données concernant la sévérité, les traitements (historique des 6 derniers mois à l'inclusion puis modifications thérapeutiques) étaient colligées par l'investigateur à la visite d'inclusion puis tous les ans pendant 4 ans. Les patients remplissaient des questionnaires évaluant l'impact de leur maladie à l'inclusion puis tous les 6 mois pendant 4 ans.

Dans cette analyse préliminaire, nous avons inclus les patients atteints d'hidradénite suppurée traités par biothérapie. L'objectif était de comparer le profil des patients selon qu'ils étaient déjà sous biothérapie à l'inclusion ou qu'une biothérapie était initiée à ce moment.

RÉSULTATS:

Parmi les 253 patients de la cohorte avec une hidradénite suppurée modérée à sévère en date du 8 juin 2022, 141 remplissaient les critères d'inclusion:

- déjà sous biothérapie à l'inclusion n=64 (adalimumab n=37, infliximab n= 14, secukinumab n=11, guselkumab n=1, bimekizumab n=1)
- initiation d'une biothérapie à l'inclusion n=77 (adalimumab n=67, infliximab n=7, secukinumab n=2, certolizumab pegol n=1).

Leur caractéristiques sont détaillées dans le tableau 1.

L'âge de début de la maladie, sa durée d'évolution et les absences au travail les 6 mois précédents du fait de l'hidradénite suppurée étaient comparables dans les deux groupes. Une atteinte isolée des zones axillaires était plus fréquente dans le groupe déjà sous biothérapie (14,3 vs 5,4%), alors que l'atteinte génitale isolée était plus fréquente dans le groupe initiant une biothérapie (20,3% vs 11,1%). Plus de patients du groupe déjà sous biothérapie rapportaient une amélioration de leur hidradénite suppurée les 6 derniers mois (25% vs 6.5%, p=0.018).

CONCLUSION:

Les patients déjà sous biothérapie pour une hidradénite suppurée à l'inclusion avaient une maladie moins active selon l'IHS4 mais restant sévère (IHS4≥11), moins d'impact sur la vie quotidienne et familiale et avaient une meilleure observance au traitement que ceux initiant une biothérapie à l'inclusion.

Les patients déjà sous biothérapie à l'inclusion étaient plus fréquemment hospitalisés, ce qui peut s'expliquer par le taux plus élevé de patients sous infliximab dans ce groupe. Cependant il n'y avait pas de différence sur le DLQI, le SF12, l'impact sur la vie professionnelle entre les 2 groupes.

Ceci suggère que l'hidradénite suppurée, même sous biothérapie lors des 6 derniers mois n'est pas suffisamment contrôlée et garde un impact important sur la qualité de vie des patients.

Ces tendances seront précisées avec les données définitives de la cohorte.

	Déjà sous biothérapie à l'inclusion (n=64)	Initiation d'une biothérapie à l'inclusion (n=77)	
Age moyen (années)	32.9 ± 9.2	33.7 ± 10.7	p=0.870
Sexe féminin (%)	60.9	61	p=0,990
Statut marital : célibataire (%)	43.5	40.3	p=0,340
IHS4 moyen	12.3±11.5	18.7±24.8	p=0.048
Classification de Hurley			
Hurley 1	3.2	5.6	p=0.586
Hurley 2	62.9	67.6	
Hurley 3	33.9	26.0	
DLQI moyen	14.8 ± 7.0	15.6 ± 6.7	p=0.140
Hospitalisation pour HS les 6 derniers mois (%)	34.4	19.5	p=0,045
Impact moyen sur la vie quotidienne*	6.1 ± 2.5	7.3 ± 1.9	p=0.003
Impact moyen sur la vie familiale*	5.4 ± 3.1	6.5 ± 2.8	p=0.023
Impact moyen sur la vie professionnelle*	6.3 ± 2.8	6.7 ± 2.7	p=0.269
Score moyen de la dimension physique du SF12	47.38 ± 8.49	43.05±11.06	p=0.689
Score moyen de la dimension mentale du SF12	35.77 ± 11.68	35.44 ± 10.47	p=0.952
Bonne observance au traitement (%)	51.6	44.9	p=0.008

IHS4 : International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System, DLQI : Dermatology Life Quality Index (de 0 à 30), *Echelle visuelle analogique (de 0 à 10)

Tableau 1: Caractéristiques des patients à l'inclusion