

Anne-Claire Fougousse¹, Ziad Reguiai², François Maccari³, Philippe Guillem⁴, Jean-Luc Perrot⁵, pour le GEM Reso

1. Service de Dermatologie HIA Bégin, Saint Mandé, France; Service de Dermatologie, Polyclinique Courlancy, Reims-Bezannes, France; CabinetLibéral, La Varenne Saint Hilaire, France; Service de Chirurgie Viscérale, Clinique du Val d'Ouest, Ecully, France; Service de Dermatologie, CHU, Saint Etienne, France

INTRODUCTION

L'hidrosadénite suppurée (HS) touche 3 femmes pour 1 homme, cependant l'impact des facteurs hormonaux a rarement été évalué. Une étude de cohorte prospective multicentrique incluait 1428 patients HS. Nous avons réalisé une analyse incluant les femmes, pour évaluer l'impact des facteurs hormonaux (cycle menstruel, grossesse, post-partum (PP), ménopause) sur l'HS, décrire la contraception et le nombre de naissances vivantes dans cette population.

RESULTATS

Les caractéristiques des 884 femmes sont détaillées dans le tableau 1. 63% ne signalaient aucun impact du cycle sur l'activité de l'HS, 0,4 % une amélioration et 36,5 % une aggravation, surtout en 2e partie de cycle. Il y avait une association entre l'utilisation d'une contraception orale (CO) et les poussées prémenstruelles (PM) d'HS (27,8 % vs 21,6 % chez les femmes sans CO, $p = 0,047$), aucune association entre surpoids/obésité et les poussées PM d'HS. 51,1% des femmes avaient eu ≥ 1 naissance vivante. En considérant les femmes en âge de procréer, le nombre moyen de naissances vivantes/femme était de 1,0+1,2. Parmi les 452 femmes ayant eu une grossesse, 61,4 % n'ont signalé aucun impact sur l'HS, 23,3 % une amélioration et 15,3 % une aggravation; 57,6% n'ont rapporté aucun impact du PP sur l'HS, 40,3% une aggravation et 2,1% une amélioration. Plus de femmes avec des poussées PM d'HS (20,7%) avait eu une aggravation pendant la grossesse. Parmi les 80 femmes ménopausées, 72,1% n'ont rapporté aucun impact de la ménopause sur l'HS, 19,7% une aggravation et 8,2% une amélioration.

	n= 884
Age moyen (années)	33 ± 11.1
Répartition selon l'âge (n,%)	
- < 18 ans	47 (5,3)
- 18 à 45 ans	690 (78)
- > 45 ans	146 (16,5)
- DM	1
Age moyen au début de l'hidradénite suppurée (ans)	20.9±8.5
Stade de Hurley (n,%)	
- I	421 (47,6)
- II	352 (39,8)
- III	111(12,6)
Type de contraception (n,%)	
- Aucune	353 (39,9)
- Contraception orale	286 (32,3)
- Stérilet	104 (11,8)
- Implant	35 (3,9)
- Contraception physique	18 (2)
- DM	8 (0,9)
- Femmes ménopausées	80 (9)

Tableau 1: Caractéristiques des patientes
DM: données manquantes

DISCUSSION

6 femmes sur 10 n'ont signalé aucun impact des variations hormonales physiologiques sur l'activité de l'HS. Seulement 36,5 % des femmes ont signalé une poussée de HS liée au cycle menstruel, contrairement à des études récentes (62,4 à 76,7 % d'aggravation avec les règles). La CO était associée à un taux plus élevé de poussées PM d'HS, suggérant un impact du traitement hormonal sur les poussées. La grossesse était plus susceptible de ne provoquer aucun changement dans l'activité de l'HS. Les données actuellement disponibles sur l'influence de la grossesse sur l'activité HS sont contradictoires. Moins de femmes dans notre étude avaient une aggravation de l'HS en PP que précédemment décrit (66,1 à 69%). L'amélioration de l'HS après la ménopause est remise en question par nos résultats et le faible taux d'amélioration (16,5 %) d'une étude récente. Les méthodes contraceptives utilisées n'étaient pas comparables à celles de la population générale française avec une sur-représentation de la CO (64,4 % vs 36,5 %). Le nombre de naissances vivantes par femme dans notre étude était inférieur à celui de la population générale française (1,87 en 2019). Plusieurs raisons peuvent être avancées: plus de femmes HS célibataires, dysfonction sexuelle due à l'HS, impact de l'HS sur la fertilité, taux plus élevé d'avortement, inquiétude sur l'évolution de l'HS pendant la grossesse, incompatibilité des traitements de l'HS avec la grossesse...

Limites de cette étude: biais de mémoire, absence de précision sur le type de CO, absence de groupe témoin. L'évaluation de la fertilité HS n'a pas été possible en l'absence de données sur le délai de conception, le recours à la PMA, l'avortement spontané et l'IVG

Ponts forts de cette étude: effectif important, collecte des données par un médecin

CONCLUSION

Notre étude illustre l'impact limité des variations hormonales physiologiques sur l'activité HS. Elle souligne un taux de fécondité beaucoup plus faible que la population générale. Des investigations plus approfondies sont nécessaires