Traitement pharmacologique de l'HS

Toujours penser aux combinaisons, à la chirurgie, au laser, à la prise en charge de la douleur, aux pansements, à l'atteinte psycho-sociale et aux habitudes de vie.

S'assurer d'agir avec prudence pour les populations « particulières » (femmes enceintes, qui prévoient une grossesse ou qui allaitent; patients de moins de 18 ans; conditions médicales (infections, néoplasies, insuffisance rénale ou hépatique, etc.); médicaments concomitants) et toute autre situation particulière selon votre jugement clinique.

Divers

- Clindamycine lotion : (Publication : bid. Souvent utilisé en prn)
- Acide fucidique (Fucidin® crème) tid
- Acide azélaique (Finacea)® bid
- Nettoyants (peu de données) : ex : Peroxyde de benzoyle, Pyrithione de zinc
- Zinc : gluconate de zinc 100 mg po die (certains auteurs recommandent d'y associer un supplément de cuivre : 10 mg po die)
- Metformin : 500 mg po die x 1 sem; bid x 1 sem; tid par la suite si toléré (Envisager surtout si DB, SOPK, grossesse)
- Contraceptif oral : (Diane-35®, Yaz®, Yasmine®. Envisager utilisation en continu si poussées péri-menstruelles)
- Spironolactone : 50 à 200 mg po die
- Finastéride : 1 à 5 mg die
- Isotrétinoine : 0,5 à 1 mg/kg/j (En particulier si acné; sinon, peu d'évidence)
- Acitrétine : 0,3 à 0,5 mg/kg die (hommes, femmes ménopausées)
- Prednisone : Courte période si poussée ou petite dose à plus long terme
- Resorcinol : 15% à 20% crème bid (peut irriter)
- Kenalog® IL : 10 à 40 mg/ml
- Botox®
- Apremilast : 30 mg po bid
- Cyclosporine : 2 à 6 mg/kg/j (cas réfractaires)

Antibiotiques*

- Minocycline 100 mg po die x 12-16 sem
- Doxy 100 mg po die ou bid x 12-16 sem
- Clinda 300 mg bid + Rifampin® 300 mg bid x 10 sem (+/- débuter rifampin 7 jours après le début de la clinda)
- Métronidazole 500 mg tid x 6 sem + Rifampin 300 mg bid x 12 sem + Moxifloxacine 400 mg die x 12 sem
- Ertapenem 1g iv die x 1 à 6 sem
- Bactrim-DS®, 1co po 3x/sem ou die x 12 sem
- Dapsone : 50 à 150 mg po die (doser G6PD), souvent en combinaison avec autre tx

Pour poussées aigues (7 à 21 jours) :

- Clavulin® 875 mg po bid
- Clindamycine 300-600 mg tid/qid
- Avelox® 400mg die (Allongement QT)
- Lévaquin® 500 mg die/bid (tendinites, photosensibilité)
- Ertapenem 1 g iv die x 4 à 12 sem

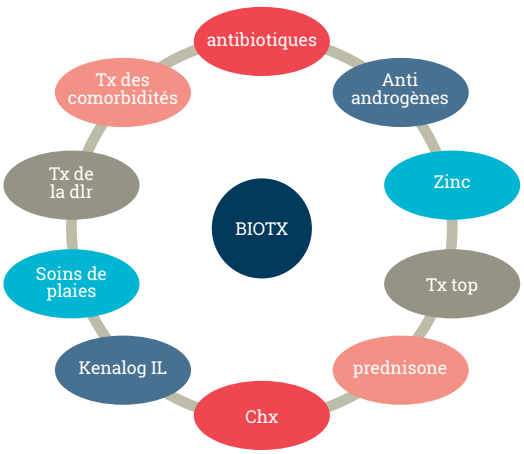
*Penser au ratio risques/bénéfices : antibiorésistance et effets secondaires.

Biothérapies

- **Seuls tx approuvés pour l'HS au Canada :**
  - **Adalimumab** (anti-TNF) : 160 mg s/c sem 0, puis 80 mg sem 2, puis 40 mg s/c sem 4 puis q 1 sem (dosage sanguin possible si réponse partielle et augmenter dose à 80 mg q 1 sem en visant un dosage qui s'approche de la limite supérieure)
  - **Secukinumab** (inh IL-17A) : 300 mg s/c 1x/sem x 5 puis q 4 sem (Selon la réponse, peut être augmenté q 2 sem). Précautions si MII.
- **Hors indications :**
- **Autres Anti-TNF**
  - **Infliximab** 5 à 10 mg/kg iv q 4 à 8 sem (+/- associé au MTX pour éviter production d'Ac)
- **Anti-IL-17 (éviter si MII concomitante)**
  - Anti-IL-17A/F : **Bimekizumab** 640 mg s/c sem 0 puis 320 mg q 2 ou q 4 sem (phase 3 terminée)
  - Anti-IL 17A : **Ixekizumab** : *case reports*
  - Anti-IL-17RA : **Brodalumab** 210 mg s/c q 1 sem (études non-randomisées/non-contrôlées)
- **Anti IL-12/23 : Ustekinumab** 45 à 90 mg s/c q 4 à 12 sem (peu de données)
- **Anti IL-1 : Anakinra** 100 mg s/c die (peu de données)

En étude (phase III)

- Inh IL-17
  - **Izokibep** (inh IL-17A, "non-MAb") : 160 mg s/c q 1 sem
  - **Sonelokimab** (inh IL-17 A/F "nanobody")
- Inh JAK
  - JAK1 : **Upadacitinib**, **Povorcitinib**
  - TYK2/JAK1 : **Beprocitinib**
- Anti-IL-1 : **Lutikizumab**
- Inh IL-36 : **Spesolimab** (phase IIB-III)
- Inh BTK : **Remibrutinib**



BIDermato
Biothérapies & Innovations en Dermatologie

Dre Hélène Veillette, MD, FRCPC - Version 2024-05

ADAPTÉ DE :

Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management.
J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):91-101. doi:10.1016/j.jaad.2019.02.068

Prise en charge de l'Hidradénite suppurée (Recommandations de bonne pratique): argumentaire scientifique, Par la Société Française de Dermatologie.
https://document.sfdermato.org/reco/hidradénite-suppurée/SFD_2019-08_argumentaire_hidradénite-suppurée_traitement-par-voie-locale-et-générale.pdf

Ingram JR, Collier F, Brown D, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018.
Br J Dermatol. 2019;180(5):1009-1017. doi:10.1111/bjd.175

Amat-Samaranch V, Agut-Busquet E, Vilarrasa E, Puig L. New perspectives on the treatment of hidradenitis suppurativa. Therapeutic Advances in Chronic Disease. 2021;12. doi:10.1177/20406223211055920

Shi VY, Hsiao JL, Lowes M, Hamzavi IH, eds. A Comprehensive Guide to Hidradenitis Suppurativa. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022. Accessed 2022.