

L'hyperhidrose palmoplantaire

Les cliniciens peuvent aussi la traiter!

Antranik Benohanian, MD, FRCPC

L'HH affecte environ 3 % de la population, soit un million de Canadiens.

L'hyperhidrose (HH) est définie comme étant une transpiration au-delà du volume requis pour la thermorégulation. Elle affecte environ 3 % de la population, soit un million de Canadiens.

Les types d'hyperhidrose

Généralisée ou focale

Elle peut être généralisée ou localisée (focale). L'HH généralisée peut être idiopathique ou secondaire à un problème médical sous-jacent, tandis que l'HH focale est presque exclusivement d'origine idiopathique.

L'HH focale affecte principalement les aisselles (40 %), les mains et les pieds (40 %) et, moins fréquemment, la région craniofaciale (10 %) et les aines. Celle-ci peut engendrer un handicap social, professionnel et psychologique important¹. La grande majorité de ces cas souffrent en silence et refusent de consulter à cause d'une gêne contraignante. Ils évitent de révéler leur malaise, même à leur entourage immédiat, comme s'il s'agissait d'une maladie honteuse.

Le Dr Benohanian est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et il est dermatologue à l'Hôpital Saint-Luc, CHUM.

Tableau 1

Algorithme thérapeutique suggéré pour le traitement de l'hyperhidrose palmoplantaire

Légère	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % p/p AlCl₃.6H₂O dans le gel Hydrosal®*
Modérée	<ul style="list-style-type: none"> • 40-55 % AlCl₃.6H₂O dans un gel salicylé à 6 % • Ionophorèse** (avec ou sans 40 % AlCl₃.6H₂O dans le gel Hydrosal®) <ol style="list-style-type: none"> I. Drionic : http://www.generalmedical.com II. Fischer : http://www.rafisher.com III. i2m : http://www.i2m-labs.com/p_gb/index.htm • Injections de toxine botulinique de type A, 100 unités par main ou pied • Injections de toxine botulinique de type A, 100 unités par main ou pied + ionophorèse + 55 % AlCl₃.6H₂O dans un gel salicylé à 6 % SA
Sévère	<ul style="list-style-type: none"> • Injections de toxine botulinique de type A, 150 à 200 unités par main ou pied⁸ • Injections de toxine botulinique de type A, 100 à 200 unités par main ou pied + ionophorèse + 55 % AlCl₃.6H₂O dans un gel salicylé à 6 % • Sympathectomie endoscopique transthoracique (mains) ou sympathectomie endoscopique lombaire (pieds)***

* **Mode de préparation** : Le gel Hydrosal® contient 15 % p/p de AlCl₃.6H₂O dans un gel salicylé. La quantité complémentaire (32,5 g) de l'actif, finement pulvérisée, est partiellement dissoute à chaud dans un mélange adéquat de solvant/dissolvant. D'autre part, le mélange approprié de gélifiant/épaississant/anticristallisant est dispersé dans une prise d'essai de 50 g de gel d'Hydrosal® (= 7,5 g AlCl₃.6H₂O). Tout en agitant, la dispersion chaude de l'actif est ajoutée au mélange précédant, et l'ensemble est brassé (mélangeur électrique) jusqu'à refroidissement. On obtient un gel clair, homogène et uniforme, qui est conservé au réfrigérateur. *Recette élaborée par Adom Boudjikian, Ph.D. Pharm et de Yetvart Paylan, B.Pharm. Yetvart : yetvart@hyperidrosis.com*

** La technique consiste à tremper les mains et/ou les pieds dans deux bassins remplis d'eau du robinet, où un courant galvanique de 15 à 20 mA d'intensité est transmis. On peut commander ces appareils avec ou sans prescription.

*** Les effets secondaires sont ceux de l'anesthésie générale, mais aussi ceux inhérents à la chirurgie thoracique : pneumothorax (6 % des cas), syndrome de Claude Bernard Horner régressif (1 % des cas) et hémithorax⁹.

Palmaire ou plantaire

L'HH palmaire demeure de loin l'hyperhidrose au retentissement socioprofessionnel le plus important : serrer la main lors d'une entrevue ou d'une rencontre sociale devient difficile. Plusieurs victimes d'HH palmaire choisissent une profession autre que celle souhaitée.

Les patients souffrant d'HH plantaire se voient changer leurs bas plusieurs fois par jour et usent leurs souliers à un rythme accéléré. La bromidrose plantaire (les pieds qui puent)

accompagne souvent l'HH des pieds, ce qui rend leur condition encore plus insoutenable.

L'HH palmaire demeure de loin l'hyperhidrose au retentissement socioprofessionnel le plus important.

Le traitement médical de l'HH palmaire et plantaire

Tandis que les cas d'HH axillaire légère à modérée sont bien contrôlés par les antisu-dorifiques sans prescription, tels que Hydrosal® (15 % de chlorure d'aluminium [AlCl₃]) ou Drysol® (20 % d'AlCl₃), ces produits s'avèrent inefficaces pour enrayer l'HH palmaire ou plantaire, où une épaisse couche cornée empêche la pénétration de l'AlCl₃.

Pour faciliter cette pénétration, on applique de l'AlCl₃ dans un gel salicylé. L'acide salicylique est bien connue comme promoteur de la pénétration et pour sa propriété antisu-dorifique, ce qui lui permet d'agir en synergie avec l'AlCl₃ pour obtenir un résultat supérieur à celui des deux ingrédients utilisés séparément². Par ailleurs, le véhicule en gel salicylé (4 à 6 %) permet d'obtenir des concentrations sursaturées, atteignant 30 à 55 %³, nécessaires pour contrôler les cas d'hyperhidrose palmaire et plantaire récalcitrantes⁴ (tableau 1).

Injections intradermiques de la BTX-A aux mains et aux pieds

Lorsque l'HH palmo-plantaire résiste aux traitements précédents, le recours aux injections de la toxine botulinique de type A (BTX-A) devient nécessaire⁵. Le problème majeur avec ce mode de traitement est la douleur intense occasionnée par l'introduction de l'aiguille dans une peau densément innervée⁶. Par conséquent, une analgésie s'impose, soit le bloc nerveux ou l'anesthésie régionale intra-veineuse (*Bier's block*). Ces deux raisons dissuadent les cliniciens à traiter cette maladie.



Figure 1. Le Med-Jet® MBX (fabriqué à Montréal par MIT Canada, www.mitcanada.ca)



Figure 2. Papules anesthésiques qui permettent l'injection du BTX-A par aiguille, sans douleur

Récemment, l'injection intradermique de petits volumes d'anesthésique local (0,03 ml de 2 % de lidocaïne par site) par un injecteur sans aiguille, le Med-Jet® MBX (fabriqué à Montréal par MIT Canada [figure 1]), a permis d'injecter le BTX-A par aiguille (figure 2) en contournant l'anesthésie par bloc nerveux⁷. À noter que l'efficacité du BTX-A n'est pas ébranlée par la lidocaïne.

Le volume et la pression de cet appareil sont ajustés de manière à cibler la lidocaïne à

la région sous épidermique, où les terminaisons nerveuses sont en abondance. La stérilisation de l'équipement se fait après chaque patient.

L'anesthésie sans aiguille est une technique en plein essor qui pourrait contourner l'anesthésie par bloc nerveux (au poignet ou à la cheville), la technique la plus souvent utilisée pour traiter l'HH palmoplantaire par le BTX-A. Les complications du bloc nerveux sont bien connues : dommage aux structures nerveuses, ponction des vaisseaux, atteinte de la dextérité manuelle durant les heures et les jours qui suivent cette technique, ainsi qu'une hyperémie réactive, qui augmente la tendance à saigner des sites d'injections.

Cette technique d'anesthésie sans aiguille¹⁰ a permis de traiter avec succès une centaine de cas depuis 2004. Le but de cet article et d'inciter les cliniciens, qui jusqu'alors se limitent à traiter l'HH axillaire par les injections de BTX-A, à en faire autant pour l'HH palmoplantaire. *Clin*

Références :

1. Solish N, Benohanian A, Kowalski JW: Canadian Dermatology Study Group on Health-Related Quality of Life in Primary Axillary Hyperhidrosis. Prospective open-label study of botulinum toxin type A in patients with axillary hyperhidrosis: effects on functional impairment and quality of life. *Dermatol Surg* 2005; April 31(4):405-13.
2. Benohanian A, Dansereau A, Bolduc C, Bloom E: Localized hyperhidrosis treated with aluminum chloride in a salicylic acid gel base. *Int J Dermatol* 1998(37):701-03.
3. Benohanian A: Antiperspirants and Deodorants. *Clin Dermatol* 2001(19):398-05.
4. Benohanian A. Correspondence. The place of botulinum toxin type A in the treatment of focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 2005; 153(2):460-461.
5. Maillard H, Briand N, Bara C, Celerier P: Efficacité de la toxine botulique A dans le traitement de l'hyperhidrose axillaire et palmaire : 10 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2003; Mai 130(5):511-3.
6. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al: Multi-Specialty Working Group on the Recognition, Diagnosis, and Treatment of Primary Focal Hyperhidrosis. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol* 2004; Aug 51(2):274-86. Review.
7. Benohanian A: Surgical pearl: use of needle-free anesthesia in the treatment of palmar hyperhidrosis with botulinum A toxin. *J Am Acad Dermatol* 2005; Jun 52(6):1073-4.
8. Lowe N, Campanati A, Bodokh I, et al: The place of botulinum toxin type A in the treatment of focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 2004; 151:1115-22.
9. Bodokh I: Hyperhidrose palmaire. *Ann Dermatol Venereol* 2003; Mai 130(5):561-4. French. No abstract available.
10. Benohanian A: Needle-free anesthesia: a promising technique for the treatment of palmoplantar hyperhidrosis with botulinum toxin A. *Therapy* (2006) sous presse.

**Pour des renseignements complémentaires,
visitez les sites suivants :**

www.hyperhidrose.ca

www.sweatmanagement.ca/fr/

<http://www.francehyperhidrose.org>

http://www.abimelec.com/transpiration_excessive.html