

Hyperhidrose

Colloque du mercredi matin

20.1.2016

Dre Marta Buzzi

Cas clinique

- Monsieur XY, 32 ans, BSH, tabagisme actif
- Pas de traitement régulier ni drogue
- 1^{ère} évaluation: **décrit transpiration chronique** depuis plusieurs mois **acutisée**
 - Diffuse sur tout le corps, sur tout MS et tronc
 - 24h/24, prédominance la nuit
- Aucun autre symptôme ou signe d'appel à la clinique

Quoi faire?



- À investiguer?
- Quel bilan faire?
- Comment traiter?

Plan

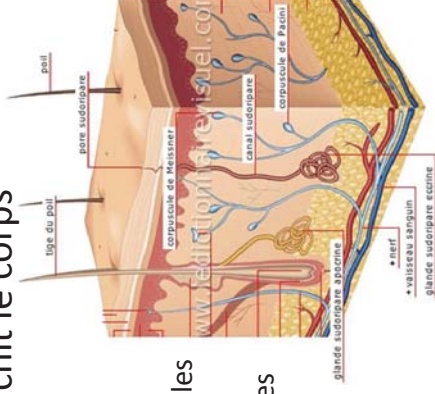
- Physiopathologie de la transpiration
- Formes d'hyperhidroses: Primaires
Secondaires (cause somatiques et médicamenteuses)
 - Evaluation de la sévérité
 - Management
 - Traitement
 - Catamnèse du cas clinique
 - Take home message

Physiopathologie de la transpiration

- Transpiration : utile pour la **thermorégulation**
→ son évaporation rafraîchit le corps

- **Glande sudoripare**

- **Ecrines**: pour transpiration dans tout le corps sauf région orales, génitales et anales
- **Apocrines**: rôle sexuel aisselles et les régions génitales
- Riche support vasculaire



Régulation de la transpiration

- **Centre pré-optique de l'hypothalamus**
 - Sensibles à la température centrale et de la peau
 - Via les racines ventrales de la moelle aux chaînes sympathiques para-vertébrales
 - Nerfs spinaux post-ganglionnaire vers les plaques motrices (portion sécrétoire de la glande et cellules myoépithéliales)
 - Stimulées par augmentation T°
 - Inhibées par diminution T°, humidité, flux sanguin
- **Centres corticaux** pour la stimulation froide ou psychique
- **Aldostérone** permet l'homéostasie hydro-électrolytique

Réponse sudorale

- **Thermique**
 - recrutement du n° de glandes puis de leur rendement
 - temps de latence, via centre hypothalamique
- **Psychique**: stress émotionnel
 - réponse en 20 secondes, stimulation centres corticaux
 - contraction myoépithéliale
- **Gustative**: au piment
 - visage et parfois partie sup du tronc
 - arc reflexe médullaire

Hyperhidroses

- **Hyperhidrose focale primaire**: idiopathique
- **Hyperhidroses Secondaires**
 - Généralisée
 - Transpiration nocturne
 - Locorégionale
 - Hyperhidrose gustative pathologique

(Bouffée de chaleur ménopausique)
(Flush: OH)

Hyperhidrose focale primaire

- Transpiration focal, visible et excessive pour au moins 6 mois sans cause apparente et au moins 2/6 critères

Symétrique	Impact vie quotidienne
Au moins 1x/semaine	Début < 25 ans
Histoire familiale	Absent la nuit
- Aisselles, paumes des mains et plantes des pieds
- Glandes sudoripares sont normales
- Par stimulation exagérée, s'aggrave avec les émotions
- Associée à d'autres problèmes cutanés

Hyperhidroses secondaires

Transpiration tellement importante

- nécessité de changer habits et draps
- Hyperhidrose **généralisée**: âge adulte, 24h/24
- Hyperhidrose **nocturne**
- Hyperhidrose **locorégionale**: neuropathie
- Réponse **sudorale gustative pathologique** → lésion nerveuse

Causes somatiques

Tumorales	Infectieuses	Neurologiques
Lymphome	Mycobactéries	Dysreflexie autonome
Leucémie	Endocardite	Neuropathie autonome
Cancer prostate	Ostéomyélite	Syringomyélie post-trauma
Hypernéphrome	Abcès profonds	AVC
Tumeur germinale	Brucellose	Autre
Ca. médullaire thyroïde	HIV	Reflux GE
Insulinome	EBV	Apnées du sommeil
Endocrinienne	HCV chronique	Artérite de Takayasu
Carcinoïde intest, bronch	Histoplasmose	Artérite temporale
Diabète mellite	Coccidioïdomicose	Grossesse
Diabète insipide	Médicaments	Attac de panic
Hyperthyroïdie	Sevrages	Syndrome fatigue chronique
Phéochromocytome	Alcool	Mastocytose
Post-ochéctomie	Cocaine	Rosacea
Insuffisance ovarienne	Opiacés	Additif nourriture

Causes médicamenteuses

Antipyretics	Antidépresseants	Miscellaneous
Acetaminophen	Bupropion	Beta blockers
Aspirin	SSRIs	Bromocriptine
NSAIDs	Tricydic antidépresseants	Calcium channel blockers
Cholinergic agonists	SSNRIs	Clozapine
Bethanochol	Anti-migraine drugs	Cydoportine
Pilocarpine	"Triptans" serotonin 5-HT (1b/1d) agonists	Donepezil
Pyridostigmine	Hypoglycemic agents	Fluvoxamine
Hormonal agents	Insulin	Hydralazine
GNRH agonists	Sulfonylureas	Imatinib
Gonadorelin	Thiazolidinediones	Infliximab
Goserelin	Sympathomimetic agents	Interferon alfa-2b
Histreltin	Beta-agonists	Niacin
Leuprolide	Phenylephrine	Nitroglycerin
Nafarelin	Receptor blockers	Opioids
Flutamide	Aromatase inhibitors	Protease inhibitors
SERMs	Anastrozole	Rituximab
Raloxifene	Exemestane	Ropinirole
Tamoxifen	Letrozole	Sildenafil
		Tamoxifen
		Theophylline

Evaluation de la sévérité



- **Test de Minor:** application de Lugol (solution alcoolique iodée) puis d'amidon de maïs
- Test de gravimétrie et d'évaporation (recherche)
- **HDSScore** →
Hyperhidrosis Disease Severity Scale
"How would you rate the severity of your hyperhidrosis?"
My sweating is:
1. ... never noticeable and never interferes with my daily activities
2. ... tolerable but sometimes interferes with my daily activities
3. ... barely tolerable and frequently interferes with my daily activities
4. ... intolerable and always interferes with my daily activities

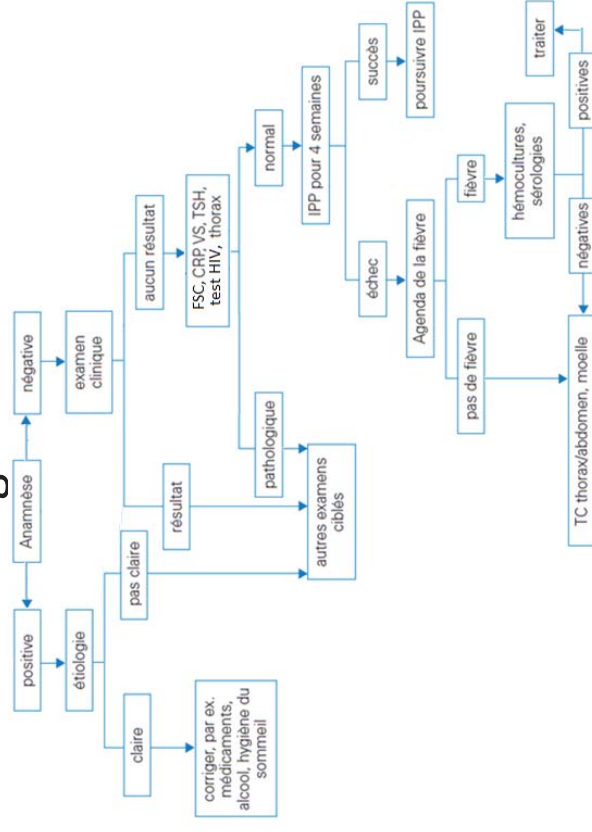
Management 2/2

- Si pas de piste → **bilan de base** (FCS, CRP, VS, TSH, Rx thorax, test HIV)
- Si normale → test d'épreuve avec **IPP** si bilan normal
- Si pas efficace → **carnet de température** si EF → rechercher infection en premier puis pathologie tumorale
- Si négatif discuter recherche pathologie endocrinienne, neurologique
- Si négatif traiter une forme idiopathique

Management 1/2

- Exclure origine environnementales (température, draps)
- Anamnèse et examen physique détaillés
- Proposer bonne hygiène du sommeil
- Traitement selon la cause retrouvée

Algorithme



Thérapie aspécifique

- Mesures d'hygiène
- **Antiperspirant locaux**: sels d'aluminium type Etiaxil
- **Ionophorèse**
- **Anticholinergiques systémiques**: Oxybutynine (ditropan), off-label en CH
- Injection **toxine botulique**
- **Microondes**
- **Sympathectomie thoracique**



Suivi de M. XY

- Bilan initial (FSC, CRP, VS, test HIV, TSH, rx thorax) sans anomalie
- Sudation devenue mois gênante (composante de stress?)
- Perdu au suivi ...

Take home messages



- Symptôme **fréquent**
- **Ne pas banaliser**
- Anamnèse et examen clinique **détaillés**
- **Investigation** de base et de 2^{ème} niveau
- Proposer un **traitement** (impact sur la vie quotidienne)
- Prévoir un suivi au long cour si idiopathique

Questions



Références

- Walter H et al., Sudation nocturne. Forum Med Suisse 2011;11(7):115-117
- UpToDate
- Anthony J Viera et al., Diagnosing Night Sweats. AAFP, march 1, 2003/vol 67, number 5
- Maillard H et al, Prise en charge d'une hyperhidrose. Annales de dermatologie et vénéréologie (2015) 142, 252-261