



par le Dr Laurence DERYCKER
médecin généraliste
contact RMG@ssmg.be

Hypersudation : que faire ?

L'hyperhidrose ou hypersudation est définie par une production de sueur supérieure aux quantités nécessaires à la thermorégulation.

L'hypersudation primaire touche les patients de moins de 25 ans au niveau des creux axillaires, des paumes des mains, des plantes des pieds. Elle se manifeste au moins une fois par semaine avec une prédominance diurne. On retrouve souvent une histoire familiale. 3% de la population présenterait une hypersudation, un tiers des patients auraient un impact socioprofessionnel majeur.

L'hypersudation secondaire peut être causée par :

- des médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques, antiémétiques, opiacés, agonistes cholinergiques, antipyrétiques...);
- des toxiques (alcool, café) ou une alimentation épicée ;
- un sevrage médicamenteux ou alcoolique, des drogues ;
- des infections (tuberculose, VIH, endocardite, Brucellose...);
- des causes endocriniennes (diabète, dysthyroïdie, hyperpituitarisme, phéochromocytome, syndrome carcinoïde, acromégalie, ménopause, grossesse...);
- des causes neurologiques (Parkinson, AVC, neuropathie périphérique...);
- des causes tumorales (lymphome, syndrome myéloprolifératif, insulinoïme, autres néoplasies...);
- des causes psychiatriques (troubles anxieux, dépression...).

AVERTISSEMENT

La « Revue des revues » vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la « Revue de la Médecine Générale » estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

Concernant la prise en charge, il est recommandé de changer de vêtements et de chaussettes régulièrement, de favoriser le coton et les chaussures en cuir.

En première intention, on proposera les antitranspirants topiques à base de sels d'aluminium. Ils sont abordables et bien tolérés. Ils s'appliquent le soir, sur une peau sèche, au niveau de la zone à traiter, se rincent le matin. Le traitement doit être au moins d'une semaine puis espacé à 1X/semaine (ex : Etiaxil®, Spirial®, Hidrosis®, Axitrans®).

L'Oxybutinine per os (5-10 mg/j, avec un maximum de 20 mg) peut donner un effet en une semaine. On évitera d'en donner aux patients avec un glaucome à angle fermé ainsi que durant la grossesse et l'allaitement. Les effets secondaires sont connus : la bouche sèche, les céphalées, la rétention d'urines.

Les bêtabloquants seront essayés en cas de stress émotionnel.

L'injection de toxine botulique A est douloureuse et couteuse, efficace en 2 à 4 jours et durant 3 à 9 mois. Elle est surtout utilisée pour l'hyperhidrose axillaire et palmaire, moins au niveau de la zone craniofaciale et plantaire.

L'ionophorèse bloque temporairement les glandes sudoripares (surtout au niveau palmoplantaire), 3 séances par semaine avec une amélioration attendue dans les 2 à 4 semaines. Un courant électrique continu est transmis par immersion des mains et des pieds dans l'eau. Un risque de xérose cutanée est possible. Les patients avec stimulateur cardiaque, matériel d'ostéosynthèse et femmes enceintes éviteront cette technique.

La thermolyse par micro-ondes, la radiofréquence, les ultrasons et le laser sont à l'étude. Des approches chirurgicales sont également possibles.

(LD)

Jamart C. Hypersudation : que faire ? La Revue du Praticien médecine générale 2019 ; 1032 : 887-8.

Mots-clés : hypersudation, hyperhidrose.