

Hidradenitis suppurativa in vogelvlucht

Dr. J.L. Dickinson-Blok*

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische huidziekte die gekenmerkt wordt door het optreden van inflammatoire nodi, noduli en fistels die met name gelokaliseerd zijn in de plooiën van het lichaam, zoals de liezen, de oksels en de billen. De ontstekingen genezen vaak met littekens. Van oudsher wordt de ernst van de ziekte uitgedrukt in de zogenaamde Hurley stadia (foto 1) (1). Recent zijn de Hurley stadia echter nader gespecificeerd aangezien de mate van inflammatie binnen elk Hurley stadium sterk varieert tussen patiënten (2). De ziekte komt bij ongeveer 1 - 4% van de bevolking voor en treft relatief meer vrouwen dan mannen (3).



Foto 1. De Hurley stadia bij HS.

Pathofysiologie

De primaire afwijking bij patiënten met HS is een verstopping van de haarfollikels/haarzakjes (folliculaire plugging) waardoor deze zich geleidelijk gaan vullen met talg en pus (4). Uiteindelijk barsten de haarfollikels open waardoor de inhoud van de haarfollikels naar het huidoppervlak beweegt alsmede zich horizontaal verspreidt naar het omliggende weefsel. Als reactie op dit lichaamsvreemde materiaal in de dermis komt een ontstekingsproces op gang die vervolgens verstopping van omliggende haarzakjes en de vorming van zogenaamde fistelgangen stimuleert. Deze fistelgangen bestaan uit cellen die de oorspronkelijke haarzakjes bekleeden en vormen onderhuidse verbindingen tussen abscessen en ontstekingen. Dit onderhuidse gangenstelsel staat in open verbinding met de oppervlakte van de huid waardoor ze een relatief eenvoudige toegangsweg voor bacteriën naar het onderhuidse weefsel vormen. Deze fistelgangen leveren daardoor een belangrijke bijdrage aan de chroniciteit van de ziekte.

De oorzaak van HS is nog grotendeels onbekend. Genetische aanleg lijkt een rol te spelen aangezien het vaak meerdere mensen binnen een familie treft. Tevens zijn meerdere genen ontdekt die mogelijk een pathogene rol kunnen spelen bij HS (5). Daarnaast zijn roken en overgewicht belangrijke risicofactoren voor zowel het krijgen van HS als voor een ernstiger verloop van de ziekte. De hormoonhuishouding heeft mogelijk ook invloed op de ziekte; het ontstaat vaak na de puberteit, veel vrouwen ervaren premenstrueel een opvlamming van ontstekingen en het gebruik van orale anticonceptiva kan de ziekte rustiger maken (6).

Acute ontstekingen kunnen zeer pijnlijk zijn waardoor patiënten gehinderd worden in hun dagelijks leven en soms zelfs tijdelijk hun werk niet kunnen uitvoeren. De pus die vrijkomt kan een onaangename geur afscheiden wat leidt tot veel schaamte bij patiënten. Daarnaast zijn de littekens van ontstekingen cosmetisch storend en kunnen ze zelfs leiden tot bewegingsbeperkingen. Het is daarom niet verwonderlijk dat HS de kwaliteit van leven vaak ernstig beïnvloedt (7,8).

Behandeling van HS met lokale en systemische middelen

HS is helaas niet te genezen en daarom is de behandeling gericht op bestrijding van acute ontstekingen, het opheffen van chronische ontstekingen en het zoveel mogelijk voorkomen van nieuwe ontstekingen. Voor het verlichten van chronische inflammatie en het zoveel mogelijk voorkomen van nieuwe ontstekingen kunnen lokale middelen worden ingezet (antibiotische crème/zalf/lotion, retinoïden of lokale corticosteroïden) of systemische

therapie. De systemische middelen van eerste keus bij HS zijn antibiotica zoals doxycycline, andere tetracyclines of een combinatietherapie van clindamycine met rifampicine (9). Recent is tevens de biological adalimumab (Humira®), een tumor necrosisfactor (TNF- α -remmer), geregistreerd voor HS (10).

Chirurgische behandeling

Acute pijnlijke ontstekingen kunnen worden behandeld met intralesionale kenacort injecties. Incisie en drainage kan tevens (tijdelijk) verlichting geven. De fistelgangen, de gevormde subcutane holtes en het littekenweefsel die tot stand zijn gekomen ten gevolge van de recidiverende ontstekingen verdwijnen niet onder invloed van systemische therapie en blijven daardoor een bron van nieuwe ontstekingen (11). Deze architectuurveranderingen van de huid kunnen alleen chirurgisch worden opgeheven. Chirurgie neemt daarom een belangrijke plaats in bij de behandeling van matig tot ernstige HS en dient in deze gevallen gecombineerd te worden met anti-inflammatoire medicamenteuze therapie. Er zijn uiteenlopende chirurgische opties die kunnen worden toegepast bij HS: incisie en drainage van acute ontstekingen, deroofing, lokale of radicale excisie van al het aangedane weefsel. Excisies kunnen worden verricht met zogenaamd 'koud staal' elektrochirurgie of CO₂ laser. Ook zijn er verscheidene manieren om de defecten die ontstaan na chirurgisch ingrijpen te sluiten. Op basis van de ervaring van de chirurg, voorkeur van de patiënt en de grootte van het defect kan gekozen worden voor primaire sluiting, plastieken of secundaire wondgenezing. Er is in de literatuur nog geen consensus met betrekking tot de chirurgische methode van eerste keus noch voor de wijze waarop de defecten gesloten dienen te worden.

Het succes van leefstijlverbetering wordt geoptimaliseerd door patiënten psychosociale ondersteuning te bieden

Leefstijladviezen

Roken en overgewicht zijn sterk geassocieerd met HS (12). Tevens is een associatie aangetoond tussen HS en metabool syndroom (13). Het is daarom van groot belang voor zowel HS als de geassocieerde gezondheidsrisico's dat patiënten gemotiveerd worden hun leefstijl te optimaliseren. Begeleiding bij stoppen met roken kan via de huisarts of via gespecialiseerde stoppen met roken poli's. Voldoende bewegen is voor veel HS-patiënten moeilijk wegens overgewicht, pijnlijke ontstekingen en eventuele contracturen die gevormd zijn door verlittekening ten gevolge van eerdere ontstekingen of chirurgische behandelingen. Begeleiding door een fysiotherapeut met bijvoorbeeld bind-

weefselmassages en begeleiding bij bewegen binnen de mogelijkheden van de patiënt kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Daarnaast is begeleiding door een diëtist van groot belang voor bepaalde patiënten. Het succes van leefstijlverbetering wordt geoptimaliseerd door patiënten psychosociale ondersteuning te bieden.

Huidzorg en wondbehandeling bij HS

Huidzorg bij HS dient verschillende doeleinden. Ten eerste krijgen patiënten het advies geen knellende kleding te dragen en te kiezen voor textiel dat zo veel mogelijk ventileert. Daarnaast kunnen topicale antiseptica en antibacteriële middelen, zoals chloorhexidine crème, die de bacteriële kolonisatie van de huid kunnen verminderen, worden overwogen. Deze middelen hebben de potentie het aantal primaire ontstekingen te reduceren en/of secundaire bacteriële infecties te voorkomen. Daarnaast is ook het gebruik van geschikte wondverbanden een belangrijk onderdeel van de HS-behandeling. Adequate wondverbanden kunnen het afgescheiden exsudaat en vrijgekomen pus bij acute ontstekingen absorberen en de geur verminderen. Een schuimverband of eilandpleister met een siliconen wondcontactlaag voldoet bijvoorbeeld aan deze eisen. Daarnaast zijn wondverbanden zeer belangrijk in de post-operatieve fase, met name wanneer gekozen wordt voor secundaire wondgenezing. Voor deze wonden is een reinigend wondverband met een hemostasebevorderende werking, zoals een alginaat, uitermate geschikt, gevolgd door een absorberend wondverband (14). Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist met kennis van wondzorg is van substantiële waarde bij de huidzorg en wondbehandeling van HS.

Conclusie

HS is een chronische ziekte met een significante invloed op de kwaliteit van leven. De behandeling van HS is complex waarbij verscheidene soorten therapie en leefstijladviezen gecombineerd worden, afgestemd op het type HS en op de individuele patiënt. Samenwerking tussen verschillende disciplines is daarbij belangrijk om tot een optimaal resultaat te komen.

Literatuur

1. Hurley HJ. **Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: Surgical approach.** In: Roenigh, R.K. Roenigh, HH, ed. *Dermatologic surgery.* Marcel Dekker, New York; 1989:729-739.
2. Horvath B, Janse IC, Blok JL, et al. **Hurley staging refined: A proposal by the dutch hidradenitis suppurativa expert group.** *Acta Derm Venereol.* 2017;97(3):412-413.
3. Revuz JE, Canoui-Poitaine F, Wolkenstein P, et al. **Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: Results from two case-control studies.** *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(4):596-601.

4. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. **Hidradenitis suppurativa: A comprehensive review.** *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(4):539-61; quiz 562-3.
5. Melnik BC, Plewig G. **Impaired notch-MKP-1 signalling in hidradenitis suppurativa: An approach to pathogenesis by evidence from translational biology.** *Exp Dermatol.* 2013;22(3):172-7.
6. Barth JH, Layton AM, Cunliffe WJ. **Endocrine factors in pre- and postmenopausal women with hidradenitis suppurativa.** *Br J Dermatol.* 1996;134(6):1057-59.
7. Onderdijk AJ, van der Zee HH, Esmann S, et al. **Depression in patients with hidradenitis suppurativa.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012.
8. Matusiak L, Bieniek A, Szepietowski JC. **Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa.** *Acta Derm Venereol.* 2010;90(3):264-8.
9. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, et al. **European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015.
10. Kimball AB, Kerdel F, Adams D, et al. **Adalimumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: A parallel randomized trial.** *Ann Intern Med.* 2012;157(12):846-55.
11. Blok JL, Boersma M, Terra JB, et al. **Surgery under general anaesthesia in severe hidradenitis suppurativa: A study of 363 primary operations in 113 patients.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(8):1590-7.
12. Kromann CB, Ibler KS, Kristiansen VB, Jemec GB. **The influence of body weight on the prevalence and severity of hidradenitis suppurativa.** *Acta Derm Venereol.* 2014;94(5):553-7.
13. Miller IM, Ellervik C, Vinding GR, et al. **Association of metabolic syndrome and hidradenitis suppurativa.** *JAMA Dermatol.* 2014;150(12):1273-80.
14. Blok JL, Spoo JR, Leeman FW, et al. **Skin-tissue-sparing excision with electrosurgical peeling (STEEP): A surgical treatment option for severe hidradenitis suppurativa hurley stage II/III.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014.

* Dr. J.L. Dickinson-Blok, dermatoloog. Afdeling dermatologie Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten