

Multidisciplinaire Richtlijn Hidradenitis suppurativa

J. Huizinga *

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische huidaandoening, waarbij recidiverende pijnlijke ontstekingen in de lichaamsplooiën, zoals de liezen of de oksels, ontstaan. Ook op de billen en onder de borsten kunnen ontstekingen voorkomen. HS wordt ook wel acne inversa of acne ectopica genoemd.

HS betekent pussende zweetklierontsteking, maar inmiddels weten we dat het niet de zweetklieren zijn die ontstoken raken, maar de haarzakjes (haarfollikels). Er ontstaat een afsluiting van de uitgang van de haarzakjes door een hoornprop of een zwelling in de omgeving. Het haarzakje is bekleed met huidcellen; deze huidcellen blijven delen tot het uiteindelijk huidschilfers zijn. Door deze afsluiting komen huidschilfers en bacteriën onder de huid terecht. Er ontstaat een ophoping in het haarzakje, dat op een gegeven moment knapt. De inhoud komt onder de huid terecht en het lichaam reageert hierop met een ontsteking (zwelling, roodheid en pijn) waarbij abscessen (holtes met pus) kunnen ontstaan (1).

De talg- en zweetklieren en andere structuren van de huid kunnen in een later stadium ook ontstoken raken (2). Bij HS kunnen ontstekingen zich ook presenteren als grote rode bulten (nodi) die zeer pijnlijk zijn. Naast abscessen die op een gegeven moment openbreken naar buiten, kunnen in de diepte holtes (cysten) ontstaan. Als de pus een andere weg zoekt dan de oorspronkelijke afvoergang, ontstaan onderhuidse gangen en tunnels, zogenaamde sinusgangen (foto 1).



Foto 1. Ernstige HS rechteroksel. Met dank aan Piet Toonder, medisch fotograaf UMCG.



Het ontstaansmechanisme van HS is nog niet helemaal duidelijk. HS kan een invaliderende ziekte zijn, vanwege de pijn en de continue uitvloed van talg, vocht en pus uit de ontstoken gebieden (1). De pussende afscheiding uit de abscessen en sinusgangen kan een onaangename geur veroorzaken. HS patiënten hebben vaak last van chronische recidiverende wonden (2). De onaangename geur, het exsudaat, de pijn en de noodzaak van frequente verbandwissels hebben allemaal een aanzienlijke negatieve invloed op de activiteiten van het dagelijks leven (3). HS kan leiden tot sociaal isolement en depressieve gevoelens (1).

Herziening Richtlijn HS

In 2010 verscheen de Richtlijn Acneïforme dermatosen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) waarin, naast HS, acne en rosacea worden beschreven (4). In 2016 werd deze richtlijn gesplitst en is een start gemaakt met het herzien van de richtlijn HS. Het is een modulaire herziening, dat wil zeggen dat de hoofd-

stukken uit de bestaande richtlijn in etappes worden herschreven. Ook kunnen er nieuwe hoofdstukken worden toegevoegd. Tijdens de eerste herziening is het hoofdstuk 'Biologicals' herschreven. De hoofdstukken 'Huidzorg' en 'Pijn en pijnbestrijding' zijn nieuw in de richtlijn. Het hoofdstuk 'Samenvatting en matrix therapiekeuze' uit de richtlijn van 2010 is vervangen door 'Leidraad voor behandeling'. Dit laatste hoofdstuk wordt niet in dit artikel besproken, maar is terug te vinden in de richtlijn. In 2018 worden de hoofdstukken 'Chirurgische behandeling', 'Lasertherapie', 'Kwaliteit van leven' en 'Leefmaatregelen' herzien (5,6).

Samenstelling van de werkgroep

Voor de herziening van de richtlijn HS werd een nieuwe multidisciplinaire werkgroep samengesteld. De werkgroep bestond uit een vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging (HPV), een chirurg, een plastisch chirurg, een wondconsulent, een verpleegkundig specialist dermatologie en acht dermatologen (van wie twee dermatoloog in opleiding) (5).

Doelgroep

De richtlijn is bestemd voor leden van de medische, paramedische en verpleegkundige beroepsgroep. Er wordt ook een versie voor patiënten geschreven, die op de website van de NVDV komt te staan (5).

Uitgangsvragen en aanbevelingen

Tijdens de eerste bijeenkomst van de werkgroep, begin 2016, werden de uitgangsvragen voor de te herziene en de nieuwe hoofdstukken vastgesteld. De aanbevelingen uit de richtlijn HS zijn, voor zover mogelijk, gebaseerd op gepubliceerde artikelen met resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De geselecteerde artikelen werden ingedeeld naar mate van bewijs. De hoofdstukken zijn geschreven volgens methoden die vaak voor het schrijven van richtlijnen worden gebruikt, de 'EBRO-methode' of de 'GRADE-methode'. Als voldoende wetenschappelijk bewijs ontbrak, werden aanbevelingen door de werkgroep geformuleerd, de zogenaamde 'expert opinion'.

Het hoofdstuk 'Biologicals' werd herzien volgens de GRADE-methode, wat betekent dat er van te voren cruciale uitkomstmaten werden vastgesteld waarmee de uitgangsvragen konden worden beantwoord (7). De nieuwe hoofdstukken 'Huidzorg' en 'Pijn en pijnbehandeling' zijn volgens de EBRO-methode geschreven (8). Alle werkgroepleden hebben meegeschreven aan de conceptteksten. Deze conceptteksten werden twee maanden op de D-page van de NVDV geplaatst en naar de overige verenigingen die de leden uit de werkgroep vertegenwoordigen gestuurd. De reacties werden beoordeeld door de werkgroep en, indien correct, in de definitieve versie van de richtlijn verwerkt.

Huidzorg is een belangrijk onderdeel in de zorg voor patiënten met HS

Om te komen tot een aanbeveling spelen naast het wetenschappelijke bewijs andere aspecten een rol, zoals patiëntenvoorkeuren, beschikbaarheid van speciale technieken of expertise, organisatorische aspecten, maatschappelijke consequenties, bijwerkingen of kosten. Deze aspecten zijn in de richtlijn terug te vinden onder 'overige overwegingen'. De aanbevelingen uit de definitieve richtlijn zijn het resultaat van het beschikbare wetenschappelijke bewijs in combinatie met deze overige overwegingen (5).

Huidzorg

De uitgangsvraag voor het hoofdstuk 'Huidzorg' was: 'welke adviezen met betrekking tot algemene huidzorg en verzorging van recidiverende, drainerende (inflammatoire) nodi, abcessen en/of sinusgangen kunnen aan patiënten met HS worden gegeven?'

Huidzorg is een belangrijk onderdeel in de zorg voor patiënten met HS (9,10). Recidiverende drainerende sinusgangen en doorgebroken abcessen kunnen continu pus lekken en een onaangename geur veroorzaken. Dit heeft tot gevolg dat veel patiënten klachten en beperkingen in het dagelijks leven ervaren (3). Patiënten bedenken soms zelf oplossingen om lekkage van wondvocht op te vangen, bijvoorbeeld een droog gaasje, maandverband, incontinentiemateriaal, zakdoeken of theedoeken. Alle patiënten met HS zouden moeten kunnen beschikken over adequate wondverbanden (11). De keuze voor het juiste verband- en fixatiemateriaal is daarbij erg belangrijk. Door het vrijkomen van exsudaat, onjuist gebruik of onjuiste keuze van het wondverband en fixatiemateriaal kan irritatie van de huid, eczeem of intertrigo (smetten) in de lichaamspleoien ontstaan (5).

Bij HS kan de huid worden gereinigd, zoals je de normale huid reinigt. Er zijn geen extra maatregelen nodig

Een adequate behandeling van HS, ook van de drainerende sinusgangen, blijft het uitgangspunt. Huidzorg, in dit geval het voorschrijven van absorberende verbanden, zou van tijdelijke aard moeten zijn. Bij het voorschrijven van wondverbanden moet rekening worden gehouden met verschillende factoren, zoals de frequentie van de verbandwissels en de flexibiliteit van het verband vanwege de lokalisatie van de ontstekingen in de lichaamspleoien. Het

verband en fixatiemateriaal moet makkelijk, zonder de huid te irriteren of te beschadigen, te verwijderen zijn. Daarnaast wordt rekening gehouden met het geur- en vochtabsorberend vermogen, moet het verband in verschillende maten verkrijgbaar of op maat te knippen zijn, moet het op zijn plek blijven zitten en niet doorlekken (5,9,10).

Het is belangrijk om in overleg met de patiënt een wondverband te kiezen. Hierbij wordt aanbevolen om een niet-verklevend absorberend wondverband te kiezen, zoals een schuimverband of een eilandpleister met een siliconen wondcontactlaag en een siliconen kleeflaag. Deze verbanden zijn relatief duur, maar kunnen worden vergoed als er een aanvraagformulier 'vergoeding verbandhulpmiddelen' (Zorgverzekeraars Nederland) door een arts of verpleegkundig specialist wordt ingevuld. Soms is een aanvullende verklaring nodig, bijvoorbeeld als het verband vaker moet worden verschoond dan gebruikelijk (5).

Bij HS kan de huid worden gereinigd, zoals je de normale huid reinigt. Er zijn geen extra maatregelen nodig. Het gebruik van antiseptica lijkt geen belangrijk effect te hebben op het ziekteverloop en wordt daarom niet aanbevolen bij iedere HS-patiënt (12). Een uitzondering is als er ook sprake is van folliculitis, een ontsteking van het haarzakje, meestal veroorzaakt door een micro-organisme. Folliculitis verbetert vaak wel met het gebruik van lokale antiseptica, zoals een vloeibare zeep met chloorhexidine. Het routinematig afnemen van puskwegen van wonden bij HS wordt in de richtlijn niet aanbevolen, omdat men aanneemt dat de bacteriën die worden gekweekt, niet de oorzaak zijn van de ontsteking, maar secundaire verontreiniging van de huid (5).

In deze eerste update van de richtlijn HS wordt postoperatieve wondzorg buiten beschouwing gelaten. Dit hoofdstuk wordt tegelijk met het herschrijven van het hoofdstuk 'Chirurgie' in 2018 geschreven.

Pijn en pijnbehandeling

De uitgangsvragen voor het hoofdstuk over pijn waren:

- Wat is de ernst van pijnklachten bij HS?
- Wat is het effect van pijn op de kwaliteit van leven?
- Wat zijn de aangewezen therapieën voor pijn bij patiënten met HS?

Bij HS is pijn het belangrijkste symptoom; pijn lijkt het meeste invloed te hebben op de ervaren kwaliteit van leven (12-15). Meetinstrumenten die vaak worden gebruikt om pijnklachten bij HS te objectiveren zijn een visueel analoge schaal (VAS) of een numerieke schaal voor pijn (NRS), beide met een range van 0 tot 10, waarin een score van 0 gelijk staat aan geen pijn en een score van 10 gelijk aan ondraaglijke pijn. Geadviseerd wordt om bij de behande-

ling van een patiënt met HS aandacht te besteden aan de beleving en behandeling van pijn. Door het afnemen van een pijnscore, bijvoorbeeld de VAS of de NRS, over de afgelopen veertien dagen, kan snel en eenvoudig het verloop van de ervaren pijn worden geobjectiveerd (5).

De eerste stap in pijnbehandeling is het starten van een anti-inflammatoire (ontstekingsremmende) behandeling (16-18). Lokale intralesionale injecties met corticosteroiden en het ontlasten van abscessen (incisie en drainage) zijn ook effectief in de pijnbehandeling bij HS (5).

Aanbevolen wordt om bij de behandeling van pijn ten gevolge van HS, de WHO-pijnladder te gebruiken (5). De eerste stap bestaat uit paracetamol in combinatie met een NSAID, zoals ibuprofen of diclofenac. In stap 2 wordt een zwak opioïd aan de eerste stap toegevoegd, en stap 3 bestaat uit stap 1 in combinatie met een sterk opioïd (19).

Geadviseerd wordt om bij ernstige en/of complexe pijn bij HS en bij het voorschrijven van opiaten samen te werken met een pijnspecialist/pijnteam (5).

Biologicals

De uitgangsvraag voor het hoofdstuk over biologicals was: 'Wat is er bekend over de effectiviteit en de veiligheid van de volgende biologics voor behandeling van patiënten met hidradenitis suppurativa:

- adalimumab,
- etanercept,
- infliximab,
- anakinra,
- ustekinumab.

Interleukines (IL) en TNF- α zijn cytokines die ontstekingsprocessen stimuleren en een rol spelen bij de ziekte van Crohn, reumatoïde artritis en psoriasis. Het neutraliseren van deze interleukines of TNF- α door antistoffen, of een blokkade van IL-receptoren en de TNF- α , remt deze ontstekingsprocessen. Door de behandeling met biologicals wordt de ontstekingsreactie rond de abscessen en sinusgangen bij HS geremd. Zwelling, roodheid, pijn en pusuitvloed nemen af (5).

In de richtlijn HS worden de gepubliceerde artikelen met resultaten van onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van deze biologicals uitgebreid besproken. Hieronder worden de aanbevelingen kort beschreven.

Uitgangspunt bij de behandeling met biologicals is dat deze therapie in principe altijd in combinatie met een chirurgische interventie plaatsvindt (5).

Volwassen patiënten met een actieve, matige tot ernstige

HS komen in aanmerking voor behandeling met adalimumab bij onvoldoende respons op een conventionele systemische behandeling voor HS (5).

Volwassen patiënten met actieve matige tot ernstige HS komen in aanmerking voor een off-labelbehandeling (niet-geregistreerd gebruik) met infliximab wanneer conventionele therapie gefaald heeft of er een contra-indicatie bestaat (5).

Etanercept wordt niet aanbevolen als therapie voor patiënten met HS vanwege het ontbreken van voldoende bewijs. Off-label ustekinumab kan worden overwogen als behandeling voor patiënten met HS waarbij conventionele therapie en TNF- α remmers hebben gefaald. De werkgroep is van mening dat er onvoldoende bewijs is om anakinra als off-labelbehandeling voor volwassen patiënten met HS aan te bevelen (5).

Vervolg

De richtlijn HS en de versie voor patiënten zijn te vinden op de website van de NVDV (www.nvdv.nl).

Literatuur

1. www.huidziekten.nl/folders/nederlands/jrmhidradenitis.htm, bezocht op 1 okt 2017.
2. Jemec GB. **Hidradenitis suppurativa and immune dysregulation**. Br J Dermatol, 2012;166:237-8.
3. Alavi A, Anooshirvani N, Kim WB, et al. **Quality-of-life impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a Canadian study**. Am J Clin Dermatol, 2015;16:61-5.
4. www.nvdv.nl/informatie-voor-de-professional/richtlijnen-2/, bezocht op 3 okt 2017.
5. Richtlijn 'Hidradenitissuppurativa', Utrecht;2017.
6. Lamberts A, Sande A van der, Horvath B. **Samenvatting richtlijn Hidradenitis Suppurativa**. Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, 2017;27:360-3.
7. Van Everdingen JJE, Dreessens DHH, Burgers JS, et al. **Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk**. Tweede druk. Houten; BohnStafleu van Loghum, 2013.
8. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. (ed.). **The GRADE Working Group, GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations**. Available from www.guidelinedevelopment.org/handbook, Updated October, 2013.
9. Scheinfeld N. **Hidradenitis suppurativa: A practical review of possible medical treatments based on over 350 hidradenitis patients**. Dermatology Online Journal, 2013;19:4.
10. Alavi A, Kirsner RS. **Local wound care and topical management of hidradenitis suppurativa**. J Am Acad Dermatol, 2015;73:S55-61.
11. Gulliver W, Zouboulis CC, Prens E, et al. **Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa**. Rev Endocr Metab Disord, 2016;17:343-51.
12. 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;29:619-44.
13. Onderdijk AJ, Zee van der HH, Esman S, et al. **Depression in patients with hidradenitis suppurativa**. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2013;27:473-8.
14. Riis PT, Vinding GR, Ring HC, et al. **Disutility in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-sectional Study Using EuroQoL-5D**. Acta Derm Venereol, 2016;96:222-6.
15. Ring HC, Theut Riis P, Miller IM, et al. **Self-reported pain management in hidradenitis suppurativa**. Br J Dermatol., 2016;174:909-11.
16. Boer J, Jemec GB. **Resorcinol peels as a possible self-treatment of painfull nodules in hidradenitis suppurativa**. Clin Exp Dermatol, 2010;35:36-40.
17. Grant A, Gonzalez T, Montgomery MO, et al. **Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: A randomized, double-blind, placebo controlled crossover trial**. J Am Acad Dermatol, 2010;62:205-17.
18. Kimball AB, Kerdel F, Adams D, et al. **Adalimumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa: A parallel randomized trial**. Annals of Internal Medicine, 2012;157:846-855.
19. World Health Organization. **Cancer pain relief**. WHO, 1986.

* *Janneke Huizinga, Verpleegkundig specialist Dermatologie Afdeling Dermatologie UMCG, Groningen*