De Refined-Hurley-classificatie herzien met geactualiseerd behandelalgoritme

Romy Toxopeus[1], Hessel van der Zee[2], Ineke Terra-Janse[3], Janine Dickinson-Blok[3], Barbara Horváth[4]

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische, immuungemedieerde auto-inflammatoire huidaandoening van de intertrigineuze huid, gekenmerkt door recidiverende pijnlijke noduli en abcessen die kunnen leiden tot tunnel- en littekenvorming. [1] Het ziektebeloop is fluctuerend, met opvlammingen en grote klinische variatie. [1] Door de snelle ontwikkeling van nieuwe behandelopties sluiten bestaande classificaties en behandelstrategieën steeds minder goed aan op de klinische praktijk. De Nederlandse HS-expertgroep stelt daarom een geüpdatete Refined-Hurley-classificatie voor, gecombineerd met een vernieuwd stadium-gebaseerd behandelalgoritme.

De evolutie van Hurley-classificatie

De ernst van HS wordt in de dagelijkse praktijk nog veelvuldig beoordeeld met behulp van de Hurley-classificatie. Dit systeem werd oorspronkelijk ontwikkeld om ziektekenmerken binnen één anatomische regio te beschrijven en chirurgische behandelstrategieën te ondersteunen. [2] Omdat HS zich vaak manifesteert in meerdere lichaamsregio's en gepaard gaat met wisselende graden van inflammatoire activiteit, geeft de klassieke Hurley-classificatie een onvolledig beeld van de totale ziektelast van de individuele patiënt. Om die reden werd in 2017 door de Nederlandse HS-expertgroep de Refined-Hurley-classificatie geïntroduceerd. [3]

De Refined-Hurley-classificatie houdt rekening met de aanwezigheid van tunnel- en littekenvorming, de mate van inflammatoire activiteit en de uitgebreidheid van de ziekte, waardoor deze voor een meer geïntegreerde beoordeling van de ziekte ernst bij HS zorgt. [3] Dit ondersteunt de therapeutische besluitvorming beter.

Na enkele jaren van toepassing hebben HS-experts vastgesteld dat het veranderde behandellandschap aanleiding geeft tot een beperkte herziening van de bestaande Refined-Hurley-classificatie. Daarnaast zijn de internationale richtlijnen voor de behandeling van HS in de afgelopen jaren aangepast, waarbij een meer geïntegreerde en langdurige behandelstrategie centraal staat.

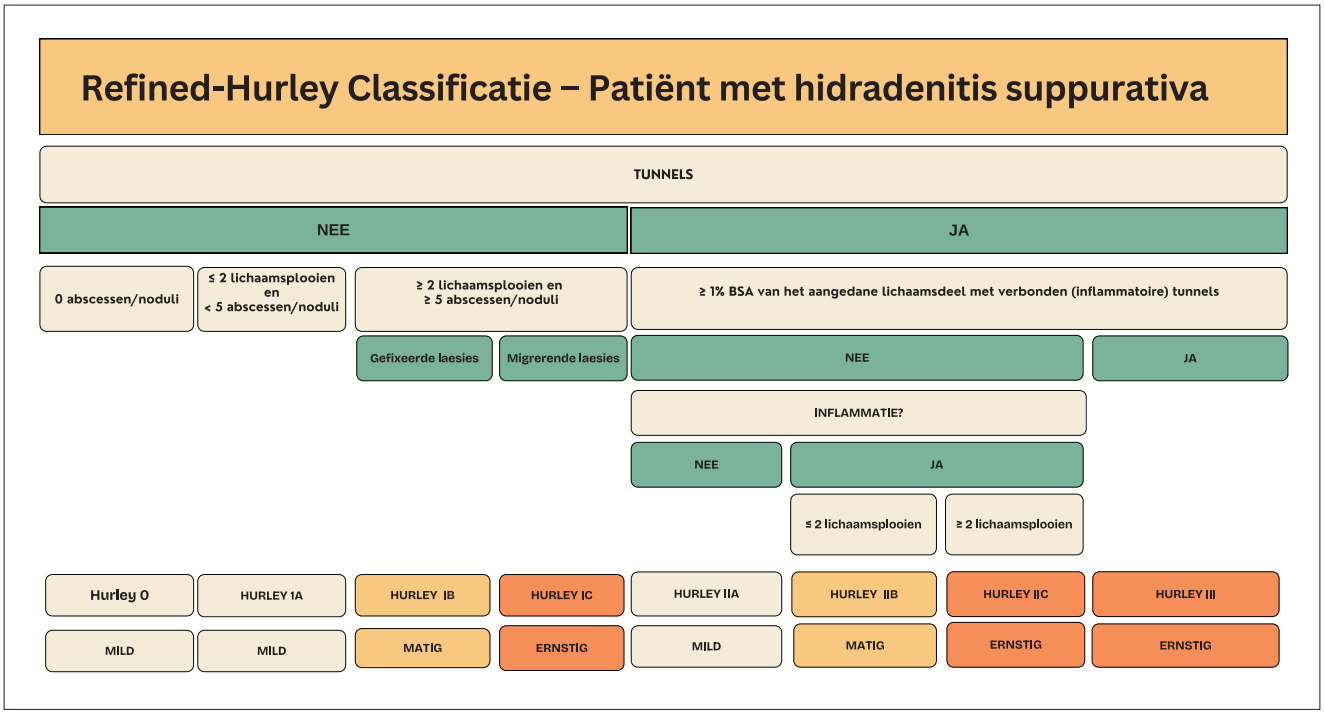
Geüpdatete Refined-Hurley-classificatie

Vanwege de fluctuerende ernst van HS en doordat gecombineerde biological en chirurgische behandelstrategieën steeds gebruikelijker worden in de behandeling van HS, wordt in de klinische praktijk een toenemend aantal patiënten met HS gezien die op het moment van beoordeling geen actieve ziekte vertoont. De huidige Refined-Hurley-classificatie biedt echter geen mogelijkheid om patiënten zonder klinische ziekteactiviteit adequaat te classificeren. Daarom stelt de HS-expertgroep voor om Hurley stadium 0 toe te voegen ter aanduiding van de afwezigheid van actieve ziekte (figuur 1).

Verder is de bestaande Refined-Hurley-classificatie ongewijzigd gebleven. In de eerste stap wordt de aanwezigheid of afwezigheid van tunnelgangen beoordeeld. Afwezigheid van tunnels correspondeert met Hurley stadium I, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen gefixeerde en migrerende laesies. Migrerende laesies (Hurley IC) weerspiegelen een uitgesproken inflammatoir fenotype en worden daarom beschouwd als een ernstige presentatie van HS, waarvoor anti-inflammatoire therapie de voorkeur heeft boven een primaire chirurgische interventie. Het onderscheid tussen milde (IA) en matige (IB) ziekte binnen Hurley stadium I is klinisch relevant, aangezien dit de indicatie voor anti-inflammatoire behandeling kan beïnvloeden.

Wanneer tunnels aanwezig zijn, wordt minimaal Hurley stadium II toegekend en vervolgens wordt de mate van

1. Arts-onderzoeker, Afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen
2. Dermatoloog, Afdeling Dermatologie, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
3. Dermatoloog, Afdeling Dermatologie, Meander Medisch Centrum Amersfoort
4. Dermatoloog, Afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen



Figuur 1. Voorstel voor een geüpdatete Refined-Hurley-classificatie volgens HS-expertgroep.

actieve inflammatie beoordeeld. Inflammatoire activiteit is een belangrijke determinant voor de behandelstrategie: bij afwezigheid van actieve inflammatie kan chirurgie als eerstelijnsbehandeling worden overwogen, terwijl bij aanwezigheid ervan aanvullende anti-inflammatoire behandeling in een pre- of perioperatieve setting geïndiceerd kan zijn. In de derde stap wordt de uitgebreidheid van de ziekte beoordeeld, waaronder de betrokkenheid van twee of meer anatomische regio's, wat in combinatie met inflammatoire activiteit bepalend is voor de ernstclassificatie binnen Hurley stadium II.

Ten slotte werd Hurley stadium III gedefinieerd als de aanwezigheid van onderling verbonden inflammatoire tunnelgangen die ≥1% van het lichaamsoppervlak van een bepaalde anatomische regio beslaan, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen in oppervlakte tussen anatomische locaties.

Vernieuwd behandelalgoritme

Naast de aanpassing van de classificatie stelt de HS-expertgroep een geactualiseerd behandelalgoritme voor dat is afgestemd op de verschillende stadia van de Refined-Hurley-classificatie en aansluit bij de huidige Europese S2k-richtlijn voor hidradenitis suppurativa, aangevuld met de klinische expertise van de Nederlandse HS-expertgroep. [4]

Ongeacht het stadium van de ziekte vormen leefstijlinterventies een essentieel onderdeel van de behandeling van HS. Factoren zoals roken, overgewicht zijn geassocieerd met ziekteactiviteit en inflammatie, waardoor het belangrijk is om deze in de behandeling actief mee te nemen. [5] Leefstijladviezen, waaronder rookstop, gewichtsreductie en psychosociale ondersteuning, worden bij alle patiënten aanbevolen als een aanvullende pijler naast medicamenteuze en chirurgische interventies. Er kan worden overwogen om de patiënt aan te melden voor een Gecombineerd Leefstijlinterventie (GLI)-traject dat vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Dit traject richt zich op duurzame gedragsverandering, gezondere voeding en meer beweging. Met name in de milde stadia (Hurley 0, IA, IIA) zal leefstijlmodificatie een prominente rol spelen, aangezien de behandeling primair gericht is op het voorkomen van nieuwe inflammatoire activiteit, het controleren van inflammatoire activiteit en het voorkomen van ziekteprogressie.

Voor Hurley stadium 0 kan overwogen worden resorcinol 15%-crème zo nodig te gebruiken ter preventie van nieuwe inflammatoire laesies.

Voor Hurley stadium I–IIA bestaat de basisbehandeling uit lokale therapie, zoals resorcinol 15%-crème, topisch clindamycine 1% of clindamycine/benzoylperoxidegel. [6] Afhankelijk van het klinisch beeld kan deze lokale behandeling worden gecombineerd met orale antibioticatherapie of, in geselecteerde gevallen, met een biological.

Systemische antibiotica nemen binnen dit algoritme nog altijd een belangrijke plaats in als anti-inflammatoire behandelstrategie. Zij worden veelal als eerstekeusbehandeling ingezet bij milde tot matig-ernstige ziekte, waaronder Hurley IA, IB, IIA en IIB. Ook kan een tijdelijke combinatie met een biological worden overwogen bij matig-ernstige tot ernstige HS, zoals bij Hurley IB, IC en IIB–III, met name bij opvlammingen ondanks biological therapie.

Biologicals kunnen worden ingezet bij matig-ernstige tot ernstige HS na onvoldoende respons op conventionele sys-

temische therapie. [4] Bij patiënten met Hurley stadium IC, gekenmerkt door migrerende inflammatoire laesies, evenals bij patiënten met Hurley stadium II–III met een uitgesproken inflammatoir fenotype, kan vroege escalatie naar biological therapie worden overwogen om snelle ziektecontrole te bereiken en mogelijk irreversibele structurele schade te voorkomen. [7]

Intralesionale corticosteroïden bij inflammatoire noduli en incisie en drainage bij abcessen worden binnen dit behandelalgoritme beschouwd als aanvullende, symptoomgerichte interventies, gericht op snelle reductie van pijn en inflammatie.

Chirurgische interventies, zijn in alle stadia te overwegen, maar worden met name aanbevolen bij gefixeerde laesies (Hurley IA/IB), bij tunnelvorming (Hurley II-III) en bij afwezigheid van actieve inflammatie (Hurley IIA).

In Hurley stadium III, gekenmerkt door verbonden tunnelgangen en uitgebreide structurele schade, vereist de behandeling doorgaans escalatie naar biological therapie in combinatie met chirurgische behandeling.

Systemische antibiotica binnen het behandelalgoritme

De plaats van systemische antibiotica binnen het behandelalgoritme verdient nadere onderbouwing. De prospectieve cohortstudie van Van Straalen et al. (2021) laat zien dat tetracyclines, waaronder doxycycline, effectief zijn bij de behandeling van hidradenitis suppurativa. [8] Vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel, de beperkte geneesmiddelinteracties en de farmacokinetische eigenschappen heeft doxycycline voorkeur als eerstelijns systemische antibioticatherapie. [4]

Hoewel de huidige Europese S2k-richtlijn combinatiebehandeling met clindamycine en rifampicine aanbeveelt, ontraadt de HS-expertgroep dit regime. Farmacokinetische studies bij patiënten met HS hebben aangetoond dat gelijktijdige toediening van rifampicine de plasmaconcentraties van clindamycine significant verlaagt, waarschijnlijk door inductie van hepatische enzymen, met een maximaal effect na ongeveer twee weken behandeling. [9] Daarnaast leidt de mogelijkheid van rifampicineresistentie bij mycobacteriën tot bezorgdheid over het gebruik van dit middel buiten de behandeling van tuberculose. [10] Bovendien is van belang dat monotherapie met clindamycine niet minder effectief is gebleken dan combinatiebehandeling met clindamycine en rifampicine. [11] Om bovenstaande redenen stelt de Nederlandse HS-expertgroep voor om clindamycine-monotherapie te verkiezen boven een combinatiebehandeling met clindamycine en rifampicine.

Ook cotrimoxazol kan in geselecteerde gevallen als off-label behandeloptie worden overwogen. Hoewel het beschikbare bewijs beperkt is, worden in de klinische praktijk gunstige effecten waargenomen. In een retrospectieve dossieranalyse van 18 volwassen patiënten met HS rapporteerden Park et al. (2024) een uitstekende behandelrespons bij 50% van de patiënten en een gedeeltelijke respons bij 38,9%, gemeten met de Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment (HS-PGA). Deze resultaten suggereren dat cotrimoxazol een waardevolle behandeloptie kan zijn voor geselecteerde patiënten met HS. [12] Een mogelijke onderbouwing voor het gebruik van cotrimoxazol kan worden ontleend aan gerandomiseerde studies bij granulomatose met polyangiitis (voorheen ziekte van Wegener), waarin een significante reductie van relapses werd aangetoond. [13] Dit effect wordt verondersteld samen te hangen met een antimicrobieel gemedieerd werkingsmechanisme, met name gericht op de dekolonisatie van Staphylococcus aureus, waarvan is aangetoond dat chronische kolonisatie geassocieerd is met een hogere relapsefrequentie. [14] Aangezien microbiële kolonisatie waarschijnlijk ook bijdraagt aan de ziekteactiviteit van HS, kan cotrimoxazol met name worden overwogen bij folliculaire of nodulaire fenotypen waarbij aanwijzingen zijn voor kolonisatie met Staphylococcus aureus. In een microbiologische studie van bacteriële isolaten uit HS-laesies werd voor een groot deel van de geïsoleerde micro-organismen gevoeligheid voor cotrimoxazol aangetoond. [15] De resultaten dienen echter met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien de waargenomen gevoeligheid mede kan worden beïnvloed door het relatief beperkte gebruik van cotrimoxazol en niet noodzakelijk wijst op een intrinsiek gunstig resistentieprofiel.

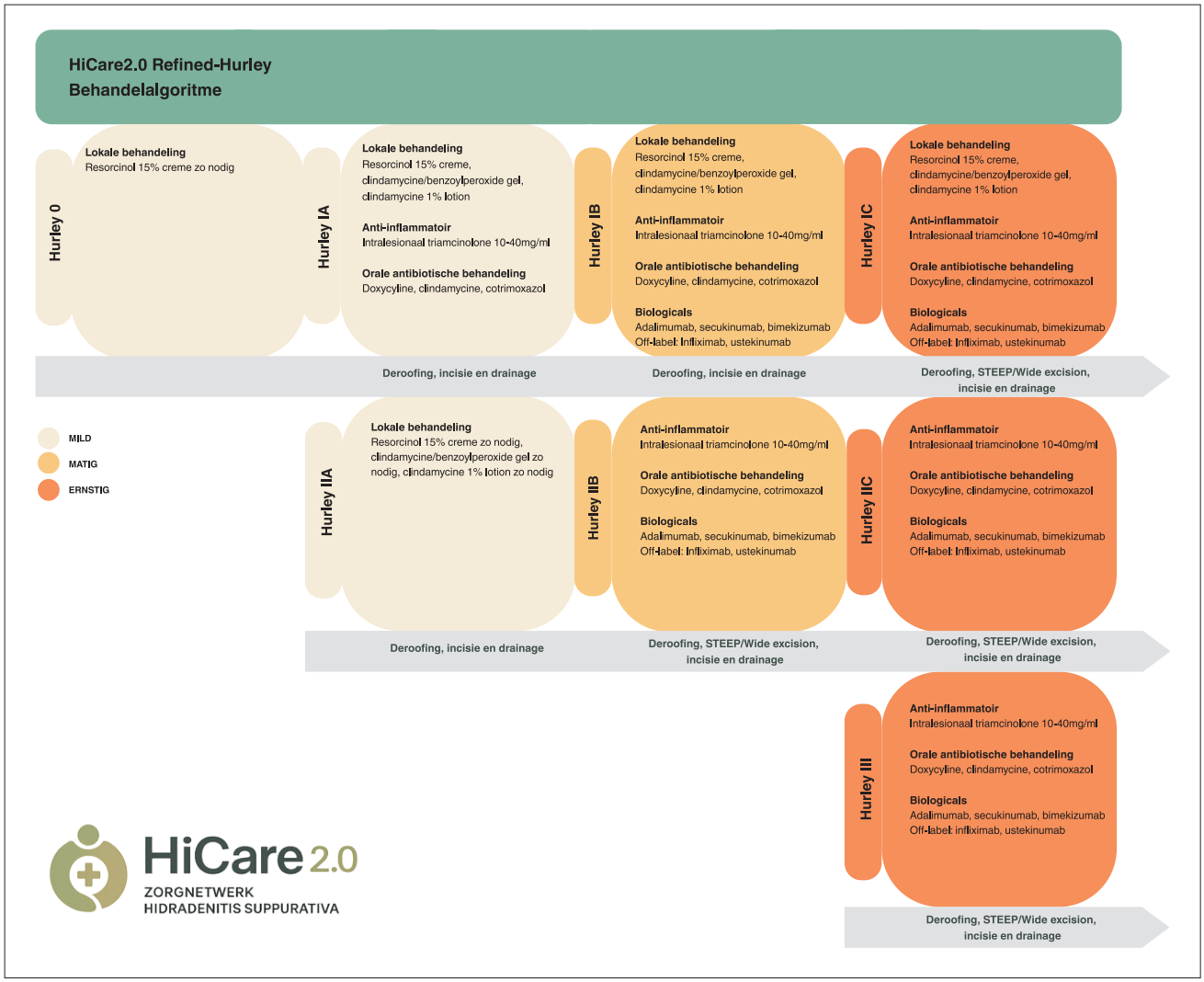
Biologicals binnen het behandelalgoritme

Naast systemische antibiotica neemt biological therapie een steeds prominentere plaats in binnen het therapeutisch landschap van HS. Waar biologicals voorheen voornamelijk werden gereserveerd voor ernstige ziekte, positioneert de huidige Europese S2k-richtlijn adalimumab, secukinumab en bimekizumab bij actieve matig-ernstige tot ernstige HS na onvoldoende respons op conventionele systemische therapie. [4]

Deze ontwikkeling heeft met name consequenties voor de positionering van biologicals binnen behandelstrategieën. Waar behandelkeuzes traditioneel sterk werden gestuurd door de mate van structurele schade, zoals gereflecteerd in de oorspronkelijke Hurley-classificatie, is er in toenemende mate aandacht voor de uitgebreide inflammatoire component van deze ziekte. Recentelijk werd in een Delphi-consensus zelfs gesuggereerd dat bij geselecteerde patiënten met een uitgesproken inflammatoir fenotype, persisterende of snel progressieve ziekte, uitgebreide ziekte of inflammatoire comorbiditeit, eerdere escalatie naar biological therapie, en in sommige gevallen zelfs eerstelijns inzet, te overwegen is. [7] De HS-expertgroep is daarentegen van mening dat dit nog uitgebreider onderzoek behoeft.

Conclusie

De voorgestelde herziening van de Refined-Hurley-classificatie weerspiegelt het veranderende behandellandschap van hidradenitis suppurativa en beoogt de toepasbaarheid ervan in de dagelijkse klinische praktijk te vergroten. De toevoeging van Hurley stadium 0 maakt het mogelijk om patiënten zonder klinisch actieve ziekte op consistente wijze te classificeren, een subgroep die steeds vaker wordt gezien in de context van gecombineerde biological en chirurgische behandelstrategieën.



Figuur 2. Voorstel van een behandelingsalgoritme op basis van Refined-Hurley classificatie volgens HS-expertgroep.

Het voorgestelde stadiumgebaseerde behandelalgoritme, zoals weergegeven in figuur 2, ondersteunt een meer gedifferentieerde en klinisch toepasbare benadering van HS, waarbij de behandelintensiteit wordt afgestemd op zowel de inflammatoire activiteit als de uitgebreidheid van de structurele schade. Prospectieve validatie zal moeten uitwijzen in hoeverre deze geüpdatete Refined-Hurley-classificatie en het bijbehorende behandelalgoritme leiden tot eerdere ziektecontrole, minder irreversibele structurele schade en een doelmatiger inzet van zowel antibiotica als biologicals.

Samenvatting

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische, immuungemedieerde auto-inflammatoire huidaandoening, gekenmerkt door recidiverende pijnlijke noduli en abcessen die kunnen leiden tot tunnel- en littekenvorming. In 2017 introduceerde de Nederlandse HS-expertgroep de Refined-Hurley-classificatie om de beoordeling van ziekteactiviteit te uniformeren en beter toepasbaar te maken in de klinische praktijk. Gezien het veranderde therapeutische landschap stelt de expertgroep een herziening van deze classificatie voor, met toevoeging van Hurley stadium 0 ter aanduiding van afwezige ziekteactiviteit.

Daarnaast wordt een geactualiseerd behandelalgoritme voorgesteld waarin leefstijlinterventies, lokale therapieën, systemische antibiotica, biologicals en chirurgie worden gecombineerd op basis van ziektestadium en inflammatoire activiteit. Doxycycline heeft hierbij de voorkeur als systemisch antibioticum, terwijl de plaats van de combinatie clindamycine-rifampicine wordt heroverwogen. In geselecteerde gevallen kan cotrimoxazol worden toegepast. Biologicals zijn niet langer uitsluitend gereserveerd voor ernstige ziekteactiviteit, maar worden ook aanbevolen bij matig-ernstige HS. Deze herzieningen beogen een meer geïndividualiseerde, stadiumgebaseerde behandeling en verbeterde ziektecontrole.

Trefwoorden
Hidradenitis suppurativa - refined-Hurley-classificatie - behandelalgoritme

Summary
Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic, immune-mediated autoinflammatory skin disease characterized by recurrent painful nodules and abscesses that may lead to tunnel formation and scarring. In 2017, the Dutch HS expert group introduced the Refined-Hurley-classification to standardize disease assessment and improve its clinical applicability. In light of the evolving therapeutic landscape, the group now proposes an updated classification including Hurley stage 0 to indicate absent disease activity.
An updated treatment algorithm is also proposed, combining lifestyle interventions, topical therapies, systemic antibiotics, biologics, and surgery according to disease stage and inflammatory activity. Doxycycline is preferred as first-line systemic antibiotic therapy, while the role of clindamycin-rifampicin combination therapy is reconsidered. Cotrimoxazole may be considered in selected cases. Biologics are now recommended not only for severe disease, but also for moderate-to-severe HS. These updates aim to support individualized, stage-based treatment and improved disease control.

Keywords
Hidradenitis suppurativa - refined-Hurley-classification - treatment algorithm

Gemelde (financiële) belangenverstrengeling
Geen

Literatuur

1. *Sabat R, Jemec GBE, Matusiak Ł, Kimball AB, Prens E, Wolk K. Hidradenitis suppurativa. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):18.*
2. *Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH, editors. Dermatologic Surgery. New York: Marcel Dekker; 1989:729-39.*
3. *Horváth B, Janse IC, Blok J, et al. Hurley staging refined: a proposal by the Dutch Hidradenitis Suppurativa Expert Group. Acta Derm Venereol. 2017;97:412-13.*
4. *Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa, part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(5):899-941.*
5. *Elzawawi KE, Elmakaty I, Habibullah M, et al. Hidradenitis suppurativa and its association with obesity, smoking, and diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. International wound journal, 2024;21(9):e70035.*
6. *Aarts P, Reeves JL, Ardon CB, van der Zee HH, Prens EP. Clindamycin-benzoyl peroxide gel compared with clindamycin lotion for hidradenitis suppurativa: a randomized controlled assessor-blinded intra-patient pilot study. Dermatology. 2023;239(4):670-4.*
7. *Nikolakis G, Alpsoy E, Anzengruber F, et al. Delphi consensus: first-line use of biologics and small molecules in hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026. doi:10.1111/jdv.70264.*
8. *Van Straalen KR, Tzellos T, Guillem P, et al. The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: results of a prospective European cohort study. J Am Acad Dermatol. 2021;85(2):369–78.*
9. *Join-Lambert O, Ribadeau-Dumas F, Jullien V, et al. Dramatic reduction of clindamycin plasma concentration in hidradenitis suppurativa patients treated with the rifampin–clindamycin combination. Eur J Dermatol. 2014;24(1):94-5.*
10. *Mendes-Bastos P, Macedo R, Duarte R. Treatment of hidradenitis suppurativa with rifampicin: have we forgotten tuberculosis? Br J Dermatol. 2017;177(4):e150-1.*
11. *Caposiena Caro RD, Cannizzaro MV, Botti E, et al. Clindamycin versus clindamycin plus rifampicin in hidradenitis suppurativa treatment: clinical and ultrasound observations. J Am Acad Dermatol. 2019;80(5):1314-21.*
12. *Park M, Vu D, Alhusayen R. Trimethoprim-sulfamethoxazole as a mono-antibiotic therapy for hidradenitis suppurativa. J Cutan Med Surg. 2024 Jul-Aug;28(4):401-402.*
13. *Stegeman CA, Tervaert JWC, de Jong PE, Kallenberg CGM. Trimethoprim-sulfamethoxazole (co-trimoxazole) for the prevention of relapses of Wegener's granulomatosis. N Engl J Med. 1996;335(1):16-20.*
14. *Stegeman CA, Cohen Tervaert JW, Sluiter WJ, Manson WL, de Jong PE, Kallenberg CGM. Association of chronic nasal carriage of Staphylococcus aureus and higher relapse rates in Wegener granulomatosis. Ann Intern Med. 1994;120(1):12-7.*
15. *Hessam S, Sand M, Meier NM, et al. Antibiotic resistance of bacterial isolates from lesions of hidradenitis suppurativa. Acta Derm Venereol. 2016;96(7):986-8.*

Correspondentieadres
Romy Toxopeus
E-mail: r.toxopeus@umcg.nl