



Hidradenitis suppurativa, een behandelupdate

Lisa Van Eycken¹, An Van Laethem²

Hidradenitis suppurativa (HS) blijft een uitdagende huidaandoening. Het is een chronische ziekte die zich tegelijk acuut presenteert met pijnlijke opstoten van inflammatoire noduli, abscessen en drainerende tunnels. De behandeling dient zich dan ook te richten op deze beide aspecten en vergt zowel een medicamenteuze als een chirurgische aanpak. De verschillende factoren (hormonaal, metabool, levensstijl,...) die het ziekteverloop kunnen beïnvloeden, alsook de co-morbiditeit (diabetes, IBD,...) waarmee de ziekte gepaard kan gaan, vragen om een multidisciplinaire benadering. De dermatoloog staat centraal bij het integreren van de multimodale behandelstrategie en het toepassen van het groeiende behandelarsenaal.

INTRODUCTIE

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische, recidiverende, inflammatoire aandoening van de haarfollikel met een voorkeur voor intertrigineuze zones die rijk zijn aan apocriene klieren. HS wordt gekenmerkt door folliculaire occlusie en inflammatie waardoor recidiverende pijnlijke noduli en abscessen ontstaan, die kunnen evolueren naar fistels en uitgebreide cicatrisatie.

HS beïnvloedt in belangrijke mate de 'quality of life' (QoL) [1] vanwege het chronisch recidiverende verloop met vaak uitgebreide zichtbare aantasting en pijn, de angst voor stigmatisatie en de impact op het psychosociaal functioneren. De prevalentie van HS varieert sterk volgens gerapporteerde regio en etnische categorie en ligt voor de Westerse landen rond 0,4% [2], met een vrouwelijke predominantie (man/vrouw ratio 1/2) maar ernstiger verloop bij mannen. [3] De behandeling van HS is complex en vereist vaak een combinatie van therapeutische strategieën. Tot voor kort gebeurde deze behandeling grotendeels op empirische basis. Recente gepubliceerde Europese S2K richtlijnen [4] pleiten voor een meer gestructureerde behandelingsaanpak afgestemd op ziekteactiviteit en -ernst. Hoewel deze richtlijnen in beperkte mate aanbevelen om rekening te houden met enkele patiëntgebonden factoren en comorbiditeiten, zijn ze nog niet gebaseerd op fenotypische kenmerken of moleculaire typering. Een écht gepersonaliseerde behandeling is daarmee voorlopig nog toekomstmuziek.

DEFINITIE EN DIAGNOSE

Tijdens de eerste internationale conferentie over HS in Dessau, Duitsland (2006) werd HS gedefinieerd als volgt: "Hidradenitis suppurativa/acne inversa is een chronische, inflammatoire, recidiverende en invaliderende huidaandoe-

ning van de terminale haarfollikel, die meestal na de puberteit ontstaat met pijnlijke, diepliggende, ontstoken laesies in gebieden van het lichaam waar apocriene klieren voorkomen, met name in de oksels, liezen en anogenitale regio." [1] Voor een adequate behandeling van HS is niet alleen een eenduidige definitie en diagnose van belang, maar ook een heldere omschrijving van een opstoot of 'flare', inclusief de frequentie en de ernst ervan. Deze parameters vormen essentiële uitkomstmaten en bepalen mede het verdere behandeltraject. Volgens internationale consensus wordt een acute opstoot gedefinieerd als "het optreden van nieuwe of een significante toename van bestaande klinische tekenen of symptomen van de ziekte" [5], wat geobjectiveerd kan worden als een HiSCR-verlies (zie verder).

De diagnose van HS wordt klinisch gesteld op basis van (1) de aanwezigheid van typische HS-letsels, zijnde noduli, abscessen, sinusgangen en/of littekenvorming (2) de voorkeur voor intertrigineuze gebieden en (3) het chronische recidiverende verloop (tenminste 2 inflammatoire episoden in zes maanden). [1]

STAGING

Voor de stadiëring van HS bestaan inmiddels diverse scoringsystemen, die grofweg ingedeeld kunnen worden in (1) systemen die vooral de uitgebreidheid beoordelen, (2) systemen die primair de mate van inflammatie kwantificeren, (3) systemen die deze beide parameters combineren en (4) patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten. Voorbeelden van deze laatste zijn de meer algemene *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) score of de *Visual Analog Scale* (VAS) pijnscore en meer specifiek de HSIA (*Hidradenitis Suppurativa Impact Assessment*) en de HSSA (*Hidradenitis Suppurativa Symptom Assessment*) waarbij gebruikt gemaakt wordt van een vragenlijst. [6]

¹ Arts-assistent in opleiding, departement Dermatologie, UZ Leuven

² Hoogleraar dermatologie, departement Dermatologie, UZ Leuven

1. Systemen gericht op uitgebreidheid

Het oudste en wereldwijd meest gebruikte systeem is de Hurley-classificatie [1]:

- Graad I: Recidiverende abcedatie zonder fistelvorming of littekenvorming.
- Graad II: Recidiverende abcedatie met fistelvorming en littekenvorming, met tussenliggende onaangetaste huid.
- Graad III: Diffuse aantasting met meerdere onderling verbonden fistels en abcessen.

Hoewel de Hurley-classificatie eenvoudig en klinisch goed toepasbaar is, houdt zij geen rekening met de graad van inflammatie. Hierdoor is de score niet geschikt om het effect van medische behandelingen te beoordelen, maar wel bruikbaar om de noodzaak en het potentieel nut van chirurgische interventies in te schatten. De Nederlandse Hidradenitis Suppurativa Expertgroep heeft de klassieke Hurley-classificatie verfijnd tot een zevenstadia-indeling om behandelkeuzes beter te ondersteunen. [7] Hierbij worden Hurley-stadium I en II onderverdeeld in drie sub stadia: mild (A), matig (B) en ernstig (C). Hurley-stadium III wordt niet verder onderverdeeld en wordt altijd als ernstig beschouwd.

2. Systemen gericht op inflammatie

Nieuwere scores, zoals de HS-PGA (*Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment*) [1] en de IHS4 (*International*

Hidradenitis Suppurativa Severity Score System) [4] evalueren voornamelijk de graad van inflammatie. Deze vertrekken vanuit het tellen van de actieve letsels, de abcessen (A), noduli (N) en drainerende fistels (F), de zogenaamde AN(F) count.

De IHS4 wordt berekend door een vermenigvuldigingsfactor toe te kennen aan de actieve letsels ($N \times 1 + A \times 2 + F \times 4$). Een totaalscore van 0-3 komt overeen met milde ziekte, 4-10 met matige ziekte en een score van ≥ 11 betekent ernstige ziekte. De HiSCR (*Hidradenitis Suppurativa Clinical Response*) [4] is een dichotome uitkomstmaat, retrospectief ontwikkeld in een fase-2-studiepopulatie met adalimumab. De HiSCR identificeert behandelresponders als diegene die ten minste een 50% reductie bereiken in AN-count, zonder toename van AF count ten opzichte van de baseline. In België vormt deze score de parameter voor de terugbetalingscriteria van biologicals. Analoog aan de HiSCR werd ook een dichotome uitkomstmaat afgeleid uit de IHS4 score om de behandelresponders te definiëren ($> 55\%$ reductie van de IHS4 score t.o.v. baseline), namelijk de IHS4-55 score. [4]

3. Systemen die beide parameters combineren

De *Hidradenitis Suppurativa Area and Severity Revised* (HASI-R) en de *Severity Assessment of Hidradenitis Suppurativa* (SAHS) [4] zijn scoringsystemen die zowel rekening houden met de graad van inflammatie als de oppervlakte van aantasting. Deze systemen vereisen nog verdere validatie.

Tabel 1. Veelvoorkomende comorbiditeiten en screeningstools voor de behandelende dermatoloog. Gebaseerd op referentie 8 en 9. KO: klinisch onderzoek, BD: bloeddruk, BMI: body mass index, HbA1c: hemoglobine A1c, PCOS: polycystisch ovarieel syndroom.

Comorbiditeit	Evaluatie	Frequentie evaluatie	Advies
Roken	Anamnese, Vragenlijst	Eerste consult, vervolfgafspraken	Rookstop (met hulp van huisarts +-verwijzing tabakoloog)
Psychiatrische impact of aandoeningen (depressie, angsten, suicidaliteit)	Anamnese (eventueel via huisarts) Vragenlijst	Jaarlijks	Ondersteuning via huisarts met zo nodig verwijzing psychiatrie
Inflammatoire darmziekten	Anamnese, Vragenlijst KO: perineaal Stoelgang: calprotectine bij suggestieve klachten of klinisch onderzoek	Eerste consult, vervolfgafspraken	Verwijzing gastro-enteroloog
Spondylarthropathie	Anamnese, Vragenlijst Biochemie: Serum HLA-B27 bij suggestieve klachten	Eerste consult, vervolfgafspraken	Verwijzing reumatoloog
Diabetes mellitus type 2	Biochemie: Nuchtere glucose, HbA1c	Eerste consult, 1x per jaar	Verwijzing endocrinoloog
PCOS	Anamnese, vragenlijst Klinisch onderzoek: tekens van hirsutisme, acne Biochemie: testosteron, FSH, LH (bij suggestieve symptomen)	Eerste consult, vervolfgafspraken	Verwijzing gynaecoloog of endocrinoloog
Cardiovasculair risico/Metabool syndroom (obesitas, hypertensie, dyslipidemie...)	Anamnese (roken, fysieke activiteit, dieet) Vragenlijst, KO: BD, buikomtrek, gewicht, BMI Biochemie: lipidenset, nuchtere glucose, HbA1c	Jaarlijks	Opvolging via huisarts (levensstijlmaatregelen, medicamenteus), eventueel verwijzing cardioloog of endocrinoloog
Dermatologische comorbiditeiten (acne vulgaris/conglobata, psoriasis, dissecting folliculitis van de scalp, pilonidale cyste, pyoderma gangrenosum)	Anamnese Klinisch onderzoek	Eerste consult, vervolfgafspraken	Opvolging en behandeling via dermatoloog

Tabel 2. Screeningsvragen (anamnese of vragenlijsten).

Comorbiditeit	Vragen
Roken	Heeft u in het afgelopen jaar gerookt? Zo ja: hoeveel sigaretten gemiddeld? (< 1 per maand, <1 per week of aantal sigaretten per dag)
Psychiatrische impact of aandoeningen	Hoe vaak heeft u zich de afgelopen 2 weken slecht gevoeld door weinig interesse of plezier in dingen doen? Hoe vaak heeft u zich de afgelopen 2 weken neerslachtig, depressief of hopeloos gevoeld? Bovenstaande vragen omvatten de PHQ-2 (korte screening), zo afwijkend kunnen deze, via de huisarts, aangevuld worden met PHQ-9 of bij vermoeden van een angstproblematiek de GAD-7 vragenlijst.
Inflammatoire darmziekten	Heeft u last van abdominale pijnklachten of krampen ten minste 3x per week voor ten minste 4 weken? Heeft u last van bloederige stoelgang? Heeft u last van diarree (> 3x stoelgang per dag) voor 7 opeenvolgende dagen? Is uw slaap verstoord geweest door abdominale pijnklachten of diarree?
Spondylarthropathie	Heeft u last van pijnklachten of stijfheid in de gewrichten die het meest uitgesproken is 's morgens of na een periode van inactiviteit en die beter gaat bij beweging? Heeft u nachtelijke gewrichtspijnklachten die uw slaap verstoren en waarvoor u dient op te staan?
PCOS	Is uw menstruele cyclus regelmatig? Heeft u in het verleden problemen gehad met zwanger worden?
Cardiovasculair risico/metabool syndroom	Bent u gekend met een hoge bloeddruk, verhoogde cholesterol of diabetes?

SCREENING COMORBIDITEITEN

HS is geassocieerd met diverse comorbiditeiten. Tijdige herkenning en behandeling van deze comorbiditeiten is van belang om complicaties en ziektelast te voorkomen. De associatie van bepaalde comorbiditeiten met HS zal ook de behandelkeuze van de HS mee bepalen (o.a. vermijden van anti-IL17 bij IBD). Tabellen 1 en 2 geven de belangrijkste comorbiditeiten en screeningstools weer, gebaseerd op de aanbevelingen uit referenties 8 en 9. De dermatoloog heeft voornamelijk een screenende rol; opvolging en behandeling dienen gecoördineerd te worden met de huisarts, met zo nodig specialistische verwijzing. Een multidisciplinaire aanpak is essentieel voor een optimale behandeling van patiënten met HS.

BEHANDELSHEMA

Het behandelingschema in figuur 1 is gebaseerd op de recent gepubliceerde Europese S2k-richtlijnen (oktober 2024), een update van de eerdere S1 Europese richtlijnen uit 2015. [1,4] Patiënten worden ingedeeld volgens ziekteactiviteit in een predominant inflammatoire of niet-inflammatoire vorm van HS. Vervolgens wordt de ziekte-ernst beoordeeld a.d.h.v. gevalideerde scoringssystemen. De aanbevolen behandeling is afgestemd op deze indeling. Ten opzichte van de richtlijnen uit 2015 wordt nu gebruikgemaakt van de nieuw gevalideerde classificatietool ISH4. Als tweede belangrijk verschil met de voorgaande richtlijnen wordt binnen de klassieke medicamenteuze behandelingen de effectiviteit van systemische tetracyclines gelijk gesteld aan die van de combinatie van clindamycine-rifampicine. Verder kan clindamycine monotherapie (2x300 mg/d voor 12 weken) worden ingezet of kan de totale duur van systemische antibioticatherapie worden verkort tot een 5-daagse intraveneuze toediening van clindamycine (3x 600 mg). Intralesionele corticosteroiden en intermitterende antibioticakuren blijven nuttig om inflammatie bij een acute

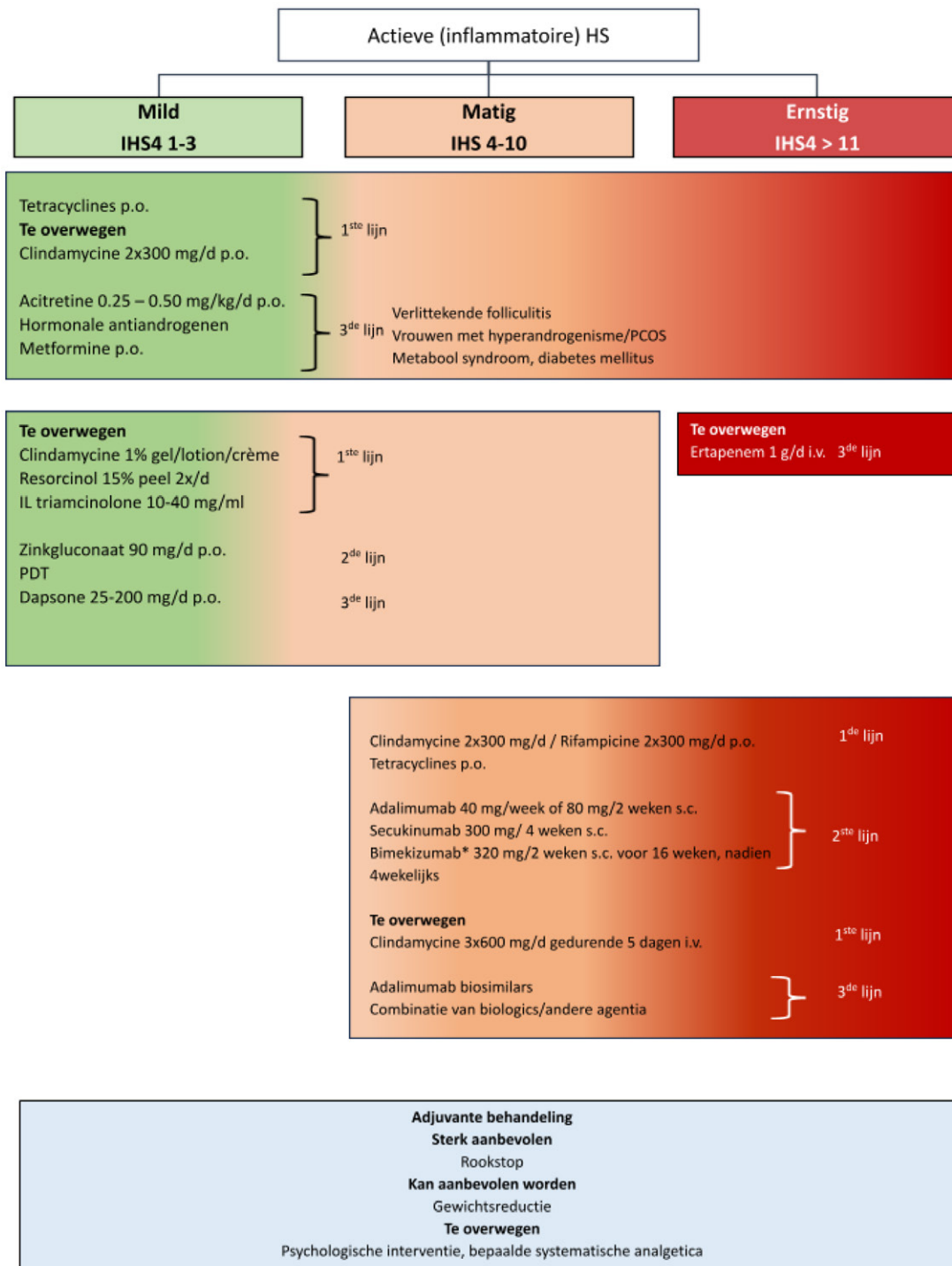
opstoot snel te onderdrukken. Bij ernstigere opstoten kan worden gekozen voor systemische corticosteroiden in een snel afbouwschema, hoewel dit een risico geeft op exacerbaties bij het afbouwen. Tot slot is het arsenaal aan biologicals verder uitgebreid, dankzij recente gunstige studieresultaten.

De richtlijnen benadrukken het belang van regelmatige evaluatie en bijsturen van de behandeling bij veranderende ziekte-ernst. Als na 12 weken geen significante reductie optreedt van de ziekte-ernst (geobjectiveerd a.d.h.v. het niet-bereiken van de HiSCR of de IHS4-55 score) of als geen verbetering is van de QoL, wordt aanbevolen de behandeling te herzien. De richtlijnen adviseren verder een holistische aanpak, waarin vaak een combinatie noodzakelijk is van medische behandelingen (gericht op inflammatorereductie) en chirurgische interventies (voor verwijdering van irreversibele weefselschade). Een beperking van deze richtlijnen is echter dat er weinig onderscheid wordt gemaakt tussen acute versus chronische behandelingen (onderhoud of kuur). Daarnaast worden de therapieën wel afgestemd op ziekteactiviteit en -ernst, maar ontbreekt een verdere indeling op basis van moleculaire karakterisatie of fenotype. Wel worden in beperkte mate patiëntgebonden kenmerken en comorbiditeiten meegerekend. Zo wordt een fenotype met meer folliculitis genoemd als mogelijke voorspeller voor een gunstige respons op acitretine, worden patiënten met PCOS of metabool syndroom aangeduid als geschikte kandidaten voor behandeling met metformine en wordt bij hyperandrogenisme of PCOS ook het gebruik van anti-androgenen aanbevolen.

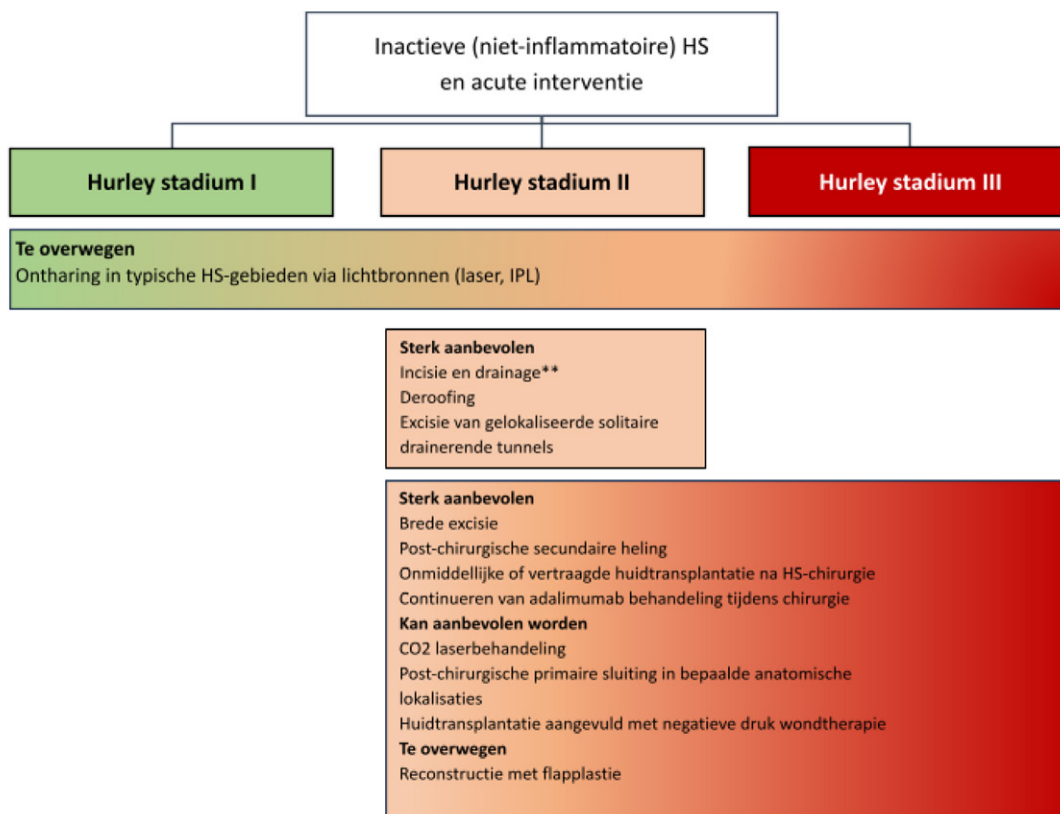
Gezien de klinische heterogeniteit van HS is het aannemelijk dat toekomstige richtlijnen zullen evolueren naar een indeling gebaseerd op ziekteactiviteit, -ernst én fenotype, waardoor een meer gepersonaliseerde behandeling mogelijk wordt. Er

werden reeds enkele fenotypische classificaties voorgesteld. [10-13] Eén van de meest gebruikte classificaties is deze van Van der Zee et al., die zes fenotypen onderscheidt: het reguliere type, het frictionele furunculoïde type, het verlittekende folliculitis type, het conglobata type, het syndromale en het ectopische type. [10] Het doel is om o.b.v. deze indeling het ziekteverloop beter te voorspellen en de behandeling hierop te kunnen afstellen. Zo lijkt het folliculitis/frictionele subtype

minder geschikt te zijn voor chirurgie, maar wel beter te reageren op behandeling met acitretine. [14] Daarnaast wordt het gebruik van isotretinoïne afgeraden bij het acne conglobata fenotype. [15] Hoewel verdere validatie nodig is, vormen deze classificaties een veelbelovende stap richting een gepersonaliseerde behandeling – niet alleen qua medische en chirurgische interventies, maar ook voor de screening en aanpak van geassocieerde comorbiditeiten.



Figuur 1. HS behandelalgoritme. Aangepast en vertaald uit Zouboulis CC, et al. Journal of European academy of dermatology & venereology. p.o. per oraal; PCOS polycysteus ovarium syndroom; IL intralesioneel PDT fotodynamische therapie; s.c. subcutaan. *Geregistreerde behandeling in Nederland, enkel via Medical Need program in België



Figuur 1. HS-behandelalgoritme – vervolg.

**acute interventie

CONCLUSIE

HS blijft een uitdagende aandoening die vraagt om een multidisciplinaire en dynamische aanpak. Waar voorheen een uniforme, stapsgewijze behandelstrategie centraal stond, is er nu steeds meer aandacht voor een geïndividualiseerde aanpak. De nieuwe Europese richtlijnen bieden hiervoor een helder kader dat rekening houdt met inflammatie en ziekte-ernst, en met nadruk op een holistische benadering (met combinatie

van medische en chirurgische interventies) evenals regelmatige evaluatie. Meer aandacht voor comorbiditeiten en toenemende kennis omtrent klinische fenotypes en moleculaire subtypes zal in de toekomst verder bijdragen aan een meer gepersonaliseerde toepassing van het groeiende behandelarsenaal. Dit biedt perspectief op gerichtere therapiekeuzes, betere responsvoorspelling en uiteindelijk een lagere ziektelast voor de patiënt.

LEERPUNTEN

- Hidradenitis suppurativa is een recidiverende, inflammatoire aandoening van de haarfollikel, vaak met pijnlijke noduli, abscessen, fistels en littekenvorming, die de kwaliteit van leven aanzienlijk beïnvloedt.
- HS wordt klinisch gediagnosticeerd op basis van typische letsels, voorkeur voor intertrigineuze gebieden en een chronisch recidiverend verloop (minimaal 2 episoden in 6 maanden).
- Een effectieve, holistische behandeling vereist een combinatie van medische therapieën (inflammatorreductie) en chirurgische interventies (verwijdering van irreversibele schade).
- Ziekte-activiteit en ernst (geobjectiveerd aan de hand van gevalideerde scores) bepalen therapie (geobjectiveerd a.d.h.v. gevalideerde scores) met regelmatige evaluatie en bijsturing.

- Aanwezigheid van comorbiditeiten zoals IBD, PCOS of metabool syndroom beïnvloeden therapiekeuze bij HS.
- Groeiende kennis over patiëntgebonden kenmerken, klinische fenotypes en moleculaire karakterisering vormen een stap richting gerichtere en gepersonaliseerde behandeling.

TREFWOORDEN

Hidradenitis suppurativa – richtlijnen – comorbiditeiten – scoringsystemen

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen.

LITERATUUR

1. Zouboulis CC, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Apr;29(4):619-44. doi: 10.1111/jdv.12966.
2. Prevalence of hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-regression analysis. *JAMA Dermatol*. 2021 Aug 1;157(8):924-931.
3. Clinical and demographic features of hidradenitis suppurativa: a multicentre study of 1221 patients with an analysis of risk factors associated with disease severity. *Clin Exp Dermatol*. 2021 Apr;46(3):532-540. doi: 10.1111/ced.14478.
4. Zouboulis CC, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025 May;39(5):899-941.
5. Lewitt TM, et al. Internationale consensus definition of disease flare in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2022 Nov;187(5):785-787. doi: 10.1111/bjd.21647.
6. Kimball AB, Sundarum M, Banderas B, Foley F, Shields AL. Development and initial psychometric evaluation of patient-reported outcome questionnaires to evaluate the symptoms and impact of hidradenitis suppurativa. *J Dermatolog Treat*. 2018 Mar;29(2):152-164. doi: 10.1080/09546634.2017.1341614.
7. Horváth B, Janse IC, Blok JL, et al. Hurley staging refined: a proposal by the Dutch Hidradenitis Suppurativa Expert Group *Acta Derm Venereol*, 97 (2017):412-413.
8. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, Hamzavi I, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Jan;35(1):50-61. doi: 10.1111/jdv.16677.
9. Garg A, et al. Comorbidity screening in hidradenitis suppurativa: Evidence-based recommendations from the US and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2022 May;86(5):1092-1101. doi: 10.1016/j.jaad.2021.01.059.
10. Van Der Zee HH, Jemec GBE. New insights into the diagnosis of hidradenitis suppurativa: clinical presentations and phenotypes. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 73: S23-6. doi: 10.1016/j.jaad.2015.07.047.
11. Canoui-Poitrine F, Le Thuaut A, Revuz JE, Vialette C, et al. Identification of three hidradenitis suppurativa phenotypes: latent class analysis of a cross sectional study *J Invest Dermatol*. 2013;133:1506-1511.
12. Martorell-Calatayud A, Sanz-Motilva V, Alfaro-Rubio A, et al. Phenotypic heterogeneity in hidradenitis suppurativa *J Am Acad Derm*. 2015;72(5):AB150
13. Naasan H, Affleck A. A typical hidradenitis suppurativa. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40:891-893
14. Sánchez-Díaz M, Díaz-Calvillo P, Rodríguez-Pozo JÁ, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A. Effectiveness and safety of acitretin for the treatment of hidradenitis suppurativa, predictors of clinical response: a cohort study. *Dermatol Basel Switz*. 2023;239(1):52.
15. Daoud M, Suppa M, Heudens S, Daxhelet M, Njimi H, Nobile L, et al. Treatment of acne with isotretinoin should be avoided in patients with hidradenitis suppurativa 'Conglobata phenotype'. *Dermatol Basel Switz*. 2023;239(5):738-45.

CORRESPONDENTIEADRES

Lisa Van Eycken

E-mail: lisa.vaneycken@uzleuven.be

An Van Laethem

E-mail: an.vanlaethem@uzleuven.be