



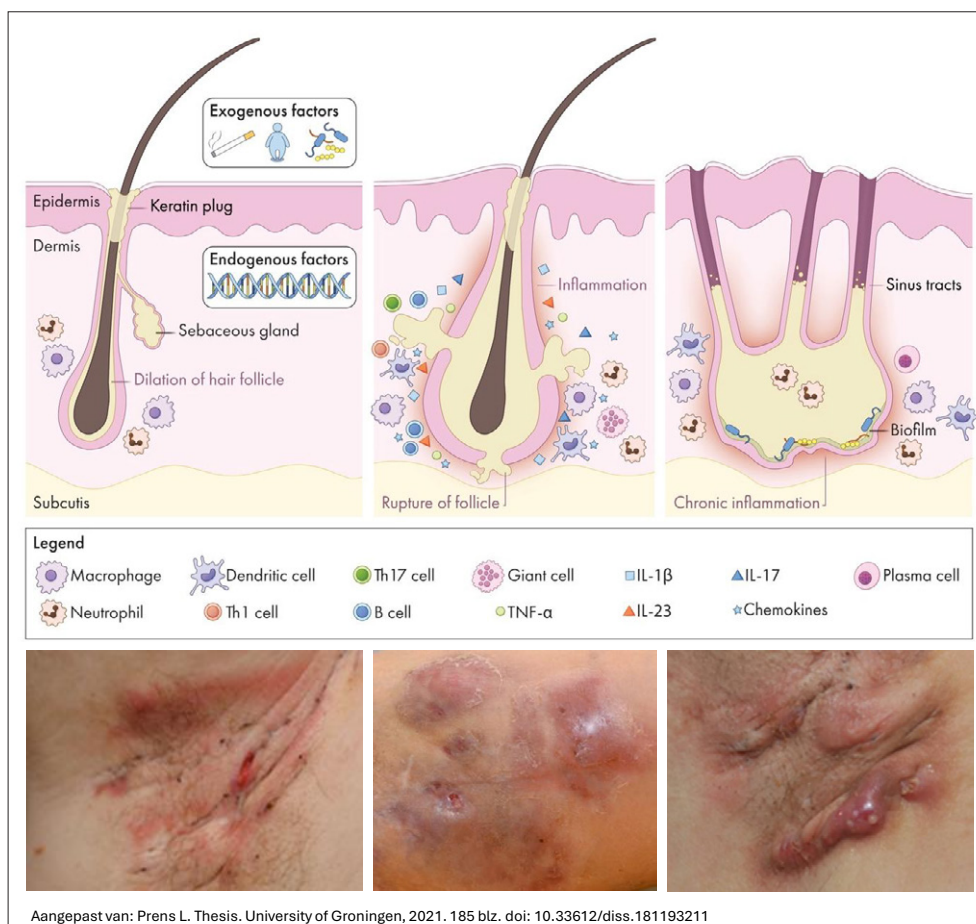
Hidradenitis suppurativa en spondyloartritis

Angelique Rondags¹, Barbara Horváth², Anneke Spoorenberg³

HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Hidradenitis suppurativa (HS) is een chronische systemische inflammatoire huidziekte die ontstaat vanuit de apocriene zweetklieren bevattende terminale haarfollikels (zie figuur 1). [1] Er ontstaan karakteristieke huidafwijkingen zoals pijnlijke bulten (inflammatoire nodi), abscessen en mogelijk ook pus drainerende tunnels (sinussen) en littekenvorming (zie figuur 1). Deze huidafwijkingen zijn voornamelijk gelokaliseerd in de plooien van het lichaam zoals de oksels en liezen, maar kunnen ook voorkomen ter plaatse van onder andere de billen, bilnaad, het genitaal gebied en onder en tussen de borsten. Naast

erger pijn, is vaak sprake van een onaangename geur, jeuk en mobiliteitsbeperkingen. Het komt bij ongeveer 1-2 procent van de bevolking wereldwijd voor, gemiddeld zijn er iets meer vrouwen dan mannen aangedaan (1,5 tot 3:1) en komt het voornamelijk voor bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd. [1,2] De meerderheid rookt of heeft een rookverleden en overgewicht of obesitas. Hidradenitis suppurativa heeft een aanzienlijke impact op kwaliteit van leven, zowel op persoonlijk als professioneel vlak. Comorbiditeiten zoals metabool syndroom, cardiovasculaire ziektes, inflammatoire musculoskeletale aandoeningen zoals spondyloartritis (SpA),



Figuur 1. Huidige interpretatie van de pathofysiologie van hidradenitis suppurativa. Zowel cellen van het aangeboren als adaptieve immuunsysteem worden aangetroffen in aangedane huid. Klinisch zijn onder andere de karakteristieke inflammatoire nodi, pseudocomedonen (keratine plugs) en sinusvorming in de lichaamsplooien te zien.

¹ Dermatoloog, afdeling dermatologie, AZ Vesalius, Tongeren - Borgloon, België

² Dermatoloog, afdeling dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

³ Reumatoloog, afdeling klinische immunologie en reumatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen

inflammatoire darmziekten (IBD) met name de ziekte van Crohn en psychische aandoeningen zoals depressie kunnen voorkomen. [3] Er bestaat een aanmerkelijke diagnostische vertraging: de tijd tussen het ontstaan van de eerste symptomen en de correcte diagnose is gemiddeld zeven jaar. [4] Hidradenitis suppurativa is niet (direct) te genezen en het ziektebeloop niet goed te voorspellen. Vaak is een combinatie van medicatie, chirurgie, leefstijlaanpassingen, preventieve maatregelen en psychosociale ondersteuning nodig om de ziekte onder controle te houden.

SPONDYLOARTRITIS (SpA)

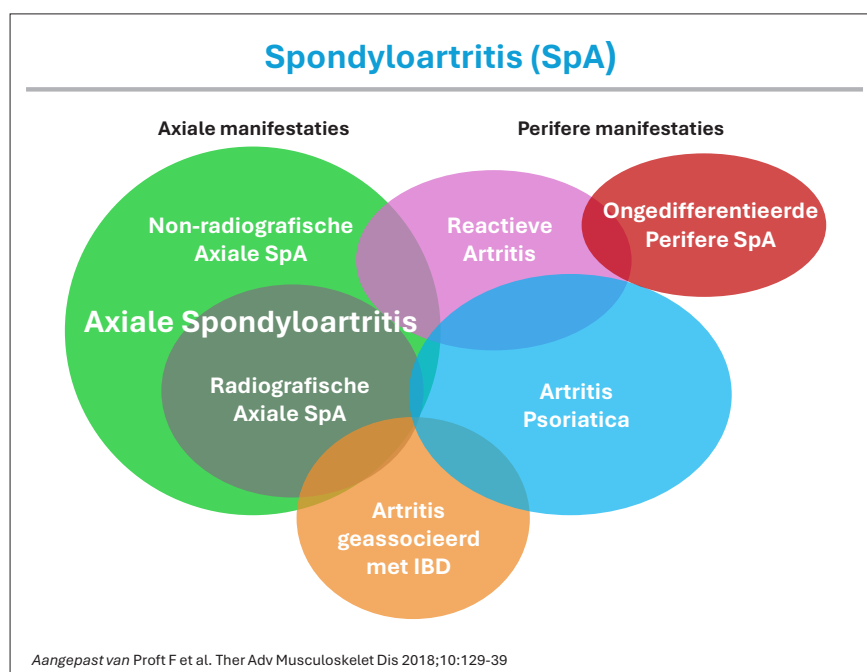
Spondyloartritis is een verzamelnaam voor een groep reumatische aandoeningen met een aantal unieke klinische kenmerken, waaronder ontstekingen in het axiale skelet (zoals sacroiliitis en spondylitis), perifere artritis, dactylitis ('worstvinger' of '-teen') en ontstekingen van peesaanhechtingen (enthesitis). [5] Behalve symptomen van het bewegingsapparaat zijn er andere aandoeningen sterk geassocieerd met SpA, zoals oogontstekingen (uveïtis), ontstekingen van de huid/nagels (psoriasis) en darmontstekingen (de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa).

Spondyloartritis kan worden onderverdeeld in twee subgroepen. De eerste subgroep is axiale SpA waarbij de kenmerken van axiale betrokkenheid op de voorgrond staan, de meest bekende vorm is ankyloserende spondylitis. De andere subgroep is perifere SpA waarbij juist kenmerken van perifere betrokkenheid op de voorgrond staan, de meest bekende vorm is artritis psoriatica. Voor de verschillende vormen van SpA bij volwassenen, zie figuur 2. Ook bij SpA is de tijd tussen de eerste symptomen en diagnose vrij lang, bijvoorbeeld voor axiale SpA is dit gemiddeld zes jaar. [6] Het ziektebeloop van SpA is voor iedereen anders. Behandeling bestaat uit een combinatie van medicatie, beweegadviezen en leefstijlaanpassingen.

HIDRADENITIS SUPPURATIVA EN SPONDYLOARTRITIS

In 1982 verscheen de eerste publicatie over de associatie tussen HS en SpA, een case series over negen HS-patiënten die ook axiale klachten en/of perifere artritis ontwikkelden. [7] De vraag is of patiënten met HS daadwerkelijk vaker SpA ontwikkelen dan de algemene bevolking, en andersom. Hoewel de exacte pathogenese bij HS en SpA nog niet volledig is opgehelderd, vertonen beide aandoeningen overeenkomsten. Mogelijke verklaringen voor gelijktijdig voorkomen van HS en SpA zijn onder meer genetische vatbaarheid, immuundysregulatie, cytokineprofielen en omgevingsfactoren. Men schaaft beide aandoeningen onder de immuun-gemedieerde inflammatoire ziekten (IMID), net als IBD en psoriasis bijvoorbeeld. Zo is bij beide ziekten een verandering van zowel het aangeboren als adaptieve afweersysteem aanwezig, en spelen pro-inflammatoire cytokines zoals TNF- α , IL-1, IL-17 (m.n. IL-17A en IL-17F) en IL-23 een grote rol. [1,3,5] Ander argument voor een associatie is dat IBD vaker voorkomt bij zowel HS als bij SpA patiënten. Daarnaast bestaat er bij beide aandoeningen een associatie tussen overgewicht/obesitas en roken en een slechtere ziekte uitkomst. [1,8] In tegenstelling tot SpA speelt de genetische factor HLA-B27, zover bekend, bij HS geen rol. [9]

Inmiddels is er steeds meer epidemiologisch bewijs dat wijst op een gedegen associatie tussen HS en SpA. Twee systematische reviews met meta-analyses tonen aan dat SpA vaker voorkomt bij patiënten met HS dan in de algemene bevolking. [9,10] In een gepoolde analyse werd een significante associatie gevonden tussen HS en SpA (niet verder gedefinieerd) (OR 2,10; 95 procent CI 1,40–3,15), evenals tussen HS en ankyloserende spondylitis (OR 1,89; 95 procent CI 1,14–3,12). [10] Een tweede meta-analyse rapporteerde, op basis van drie studies waarin de SpA-diagnose volgens diagnostische criteria werd bevestigd, een prevalentie van SpA (niet verder gedefinieerd) van 4,2 procent (95 procent CI 0,60–24,49) onder HS-patiënten,



Figuur 2. Spondyloartritis vormen bij volwassenen. Figuur afkomstig van www.asas-group.org.

tegenover 0,2–1,6 procent in de algemene bevolking. [9] Voor artritis psoriatica werd een prevalentie van 0,3 procent gevonden bij HS-patiënten, vergeleken met 0,05–0,25 procent in de algemene bevolking. [9] Daarnaast rapporteerden drie studies waarin uitsluitend op SpA-symptomen werd gescreend, zonder (volledige) diagnostische verificatie, een prevalentie van SpA-gerelateerde symptomen van 46–67,1 procent onder HS-patiënten. Deze resultaten dienen voorzichtig te worden geïnterpreteerd, aangezien een bevestigde SpA-diagnose in deze studies ontbrak. [9]

Er zijn tot op heden slechts twee studies (beide cross-sectionele cohortstudies) gepubliceerd over de prevalentie van HS bij patiënten met axiale SpA. [11,12] Deze rapporteerden een HS-prevalentie van respectievelijk 6,9 en 2,7 procent, waarbij respectievelijk 92 procent en 75 procent van de HS-diagnoses niet eerder was gesteld. [11,12] In beide studies hadden axiale SpA-patiënten met HS een hogere ziekteactiviteit dan patiënten zonder HS. Daarnaast werden vrouwelijk geslacht, slechtere kwaliteit van leven en een voorgeschiedenis van enthesitis en dactylitis, evenals roken en een kortere ziekte duur van axiale SpA, geassocieerd met de aanwezigheid van HS. [11,12] Interessant is dat bij axiale SpA patiënten de prevalentie van HS (2,7–6,9 procent) vergelijkbaar lijkt met de prevalentie van de welbekende met SpA geassocieerde manifestaties psoriasis en IBD, pooled prevalentie respectievelijk 9,3 procent en 6,8 procent. [8]

Hoewel beide studies ook beperkingen kennen in onderzoekszopzet, zoals relatief kleine cohorten, inclusie van patiënten uit specialistische centra en het ontbreken van longitudinale data, leveren ze een bijdrage aan het opvullen van een kennisiaat. [11,12] Verder onderzoek in grotere cohorten en populaties met diverse culturele achtergrond is echter nodig.

Andere aspecten van de associatie tussen HS en reumatologische aandoeningen zijn de syndromale vormen. Hierin komen gelijktijdig verschillende inflammatoire aandoeningen waaronder HS, artritis of een vorm van SpA voor, zoals PAPASH (pyogene artritis, pyoderma gangrenosum, acne, en HS), PSAPASH (psoriatica artritis, pyoderma gangrenosum, acne, en HS, PASS (pyoderma gangrenosum, acne, HS, en ankyloserende spondylitis), PsAPSASH (psoriasis pustulosis, artritis, pyoderma gangrenosum, synovitis, acne en HS) en PsAPSC (artritis psoriatica, pyoderma gangrenosum, HS en ziekte van Crohn). [13,14] Deze syndromen kunnen zich ook ontwikkelen in patiënten die niet roken en een gezond lichaamsgewicht hebben, en kunnen zeer therapieresistent zijn. De etiopathofysiologische en genetische factoren worden nog (verder) onderzocht. [13,14] Helaas is er nog geen duidelijk antwoord over de exacte link tussen HS en SpA en er is nog geen gedegen onderzoek verricht naar gezamenlijke behandelstrategieën.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Aanbevelingen voor dermatologen: bij patiënten met HS moeten men bedacht zijn op eventuele aanwezigheid van symptomen die kunnen passen bij SpA. Symptomen die (jaarlijks) uitgevraagd kunnen worden zijn de aanwezigheid van (chronische inflammatoire lage) rugpijn begonnen voor het 45e levensjaar,

langdurige ochtendstijfheid (> 1 uur), hielpijn (kan wijzen op achillespees enthesitis), pijnlijke worstvormige zwelling van een vinger of teen (dactylitis) of gezwollen gewrichten. [3] Een tijdige verwijzing naar een reumatoloog is gerechtvaardigd omdat de kans op onderliggende axiale of perifere SpA of eventueel een andere vorm van inflammatoire artritis duidelijk verhoogd is volgens de huidige literatuur.

Aanbevelingen voor reumatologen: omgekeerd, bij patiënten met SpA is het ook aan te bevelen om (jaarlijks) alert te zijn op het ontstaan of voorkomen van pijnlijke inflammatoire nodi (bulten), abcessen en tunnels in de lichaamspleoien, op de billen en het anogenitaal gebied (zie figuur 1). Durf er actief naar te vragen en patiënten erover te informeren. Wees bewust dat er bij een deel van de patiënten sprake kan zijn van schaamte. Een gevalideerde vraag is (vertaald vanuit het Engels): Heeft u herhaaldelijk last van pijnlijke abcessen of ontstekingen in de oksels, liezen, billen of andere delen van het lichaam? [15]

De toenemende erkenning van het systemische en potentieel invaliderende karakter van zowel HS als SpA onderstrepen het belang van vroege herkenning van de onderlinge comorbiditeit en een nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen dermatologen en reumatologen. Hierbij kan een multidisciplinair spreekuur, met name voor patiënten met complexe of uitgebreide ziektepresentaties, bijdragen aan tijdige diagnostiek, geïntegreerde behandeling en optimale zorg. Dit vraagt om een hoge mate van bewustwording van deze comorbiditeit bij zowel medisch specialisten als patiënten.

Vanwege de overlappende pathofysiologische mechanismen richten de huidige therapeutische mogelijkheden die beide aandoeningen gelijktijdig kunnen behandelen zich voornamelijk op biologicals, in het bijzonder TNF- α -remmers en, recenter, IL-17-remmers. Hoewel deze middelen in theorie een rationele behandelstrategie kunnen vormen voor patiënten met beide aandoeningen, varieert de klinische effectiviteit tussen individuen en wordt niet bij alle patiënten een optimale respons bereikt.

LITERATUUR

1. Sabat R, Alavi A, Wolk K, et al. Hidradenitis suppurativa. *Lancet*. 2025;405(10476):420–38. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9.
2. Prens LM, Bouwman K, Troelstra LD, Prens EP, Alizadeh BZ, Horváth B. New insights in hidradenitis suppurativa from a population-based Dutch cohort: prevalence, smoking behaviour, socioeconomic status and comorbidities. *Br J Dermatol*. 2022;186(5):814–22. doi:10.1111/bjd.20954.
3. Garg A, Malviya N, Strunk A, et al. Comorbidity screening in hidradenitis suppurativa: Evidence-based recommendations from the US and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86(5):1092–1101. doi:10.1016/j.jaad.2021.01.059.
4. Tsentemidou A, Vakirlis E, Bakirtzi K, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa: A systematic review and novel data from a Greek cohort. *Australas J Dermatol*. 2024;65(4):378–80. doi:10.1111/ajd.14247.
5. Sharip A, Kunz J. Understanding the pathogenesis of spondyloarthritis. *Biomolecules*. 2020;10(10):1461. Published 2020 Oct 20. doi:10.3390/biom10101461.

6. Redeker I, Callhoff J, Hoffmann F, et al. Determinants of diagnostic delay in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(9):1634-8. doi:10.1093/rheumatology/kez090.
7. Rosner IA, Richter DE, Huettner TL, Kuffner GH, Wisniewski JJ, Burg CG. Spondyloarthropathy associated with hidradenitis suppurativa and acne conglobata. *Ann Intern Med*. 1982;97(4):520-5. doi:10.7326/0003-4819-97-4-520.
8. Stolwijk C, Essers I, van Tubergen A, et al. The epidemiology of extra-articular manifestations in ankylosing spondylitis: a population-based matched cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(7):1373-8. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205253.
9. Hanna N, Silverberg OM, Reaume M, et al. Incidence, prevalence, and predictors of inflammatory arthritis in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dermatol*. 2022;61(9):1069-79. doi:10.1111/ijd.15860.
10. Almuhananna N, Finstad A, Alhusayen R. Association between hidradenitis suppurativa and inflammatory arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Dermatology*. 2021;237(5):740-7. doi:10.1159/000514582.
11. Rondags A, van Straalen KR, Arends S, et al. High prevalence of clinical spondyloarthritis features in patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(2):551-4.e1. doi:10.1016/j.jaad.2018.06.028.
12. Farran Ortega L, Fornons-Servent R, Nolla JM, Juanola Roura X. Prevalence of hidradenitis suppurativa in patients with axial spondyloarthritis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2025;21(2):501808. doi:10.1016/j.reuma.2025.501808.
13. Garcovich S, Genovese G, Moltrasio C, Malvaso D, Marzano AV. PASH, PAPASH, PsAPASH, and PASS: The autoinflammatory syndromes of hidradenitis suppurativa. *Clin Dermatol*. 2021;39(2):240-7. doi:10.1016/j.clindermatol.2020.10.016.
14. Maronese CA, Moltrasio C, Marzano AV. Hidradenitis suppurativa-related autoinflammatory syndromes: An updated review on the clinics, genetics, and treatment of pyoderma gangrenosum, acne and suppurative hidradenitis (PASH), pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne and suppurative hidradenitis (PAPASH), synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis (SAPHO), and rarer forms. *Dermatol Clin*. 2024;42(2):2-265. doi:10.1016/j.det.2023.12.004.
15. Esmann S, Dufour DN, Jemec GB. Questionnaire-based diagnosis of hidradenitis suppurativa: specificity, sensitivity and positive predictive value of specific diagnostic questions. *Br J Dermatol*. 2010;163(1):102-6. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09773.x.

CORRESPONDENTIEADRES

Angelique Rondags

E-mail: alv.rondags@gmail.com