



Samenvatting Richtlijn Hidradenitis suppurativa 2019

M.F. Hofhuis¹, B. Horváth², H.H. van der Zee³

De oorspronkelijke richtlijn dateert uit 2010. Een modulaire herziening volgde in 2017 en recent in 2019. Deze modulaire herziening bevat updates van de hoofdstukken *Chirurgische behandeling*, *Kwaliteit van leven* en *Leefmaatregelen* alsmede een nieuw hoofdstuk: *Laser- en lichtbehandeling*. Deze samenvatting geeft een overzicht van de nieuw opgeleverde hoofdstukken.

KWALITEIT VAN LEVEN

Hidradenitis suppurativa (HS) gaat vaak gepaard met een negatieve impact op de kwaliteit van leven (KvL). [1] Het verdient aanbeveling expliciet aandacht te besteden aan de verschillende domeinen binnen de KvL om patiënten met HS optimale begeleiding te kunnen aanbieden. Vragenlijsten zoals de DLQI, VAS/NRS, HADS en ASEX kunnen waardevolle aanvullingen zijn ter bepaling van respectievelijk de kwaliteit van leven, mate van pijn/jeuk, depressie en impact op seksualiteit. [2] Het is van belang om patiënten adequate (medisch) psychologische en/of seksuologische hulp aan te bieden als onderdeel van het behandeltraject.

LEEFSTIJLMAATREGELEN

De drie belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van HS zijn erfelijke aanleg, roken en overgewicht. [3] Maatregelen zoals stoppen met roken en afvallen kunnen een bijdrage leveren aan de behandeling/verbetering van HS. [4,5] Dermatologen kunnen patiënten hierin begeleiden via een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)-programma of verwijzing naar een diëtist en/of fysiotherapeut voor hulp bij afvallen en meer bewegen.

CHIRURGISCHE BEHANDELING

Er zijn verschillende mogelijkheden voor de behandeling van HS, grofweg in te delen in medicamenteuze therapieën en chirurgische interventies. Chirurgisch ingrijpen vindt hoofdzakelijk toepassing als lokaal curatieve behandeling bij recidiverende inflammatoire nodi dan wel abscessen of bij architectuurverstoring van de huid (sinustrajecten). Operatieve ingrepen worden zowel door dermatologen, chirurgen als plastisch chirurgen uitgevoerd. Er zijn diverse ingrepen mogelijk (zie kader).

Chirurgische ingrepen bij de behandeling van HS

1. Incisie en drainage
2. Deroofing
3. Excisie
 - a. Beperkte excisie
 - b. Ruime/uitgebreide excisie
4. Deroofing of excisie met CO₂-laser



Lesions from hidradenitis suppurativa.

Wat de meest optimale chirurgische ingreep is bij de verschillende varianten van HS is niet duidelijk. Hiernaar is geen vergelijkend onderzoek verricht. De lokalisatie, stadiëring en eventuele bijkomende problematiek (comorbiditeit, medicatie) van de patiënt spelen een rol bij de uiteindelijke keuze voor de meest optimale behandeling.

¹ Destijds arts-onderzoeker, NVDV Utrecht, momenteel aios Amsterdam UMC

² Dermatoloog en afdelingshoofd afdeling Dermatologie, UMC Groningen

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

Incisie en drainage

Incisie en drainage van een abces helpen de acute pijn te verlichten, zij het meestal kortdurend en tijdelijk. Een abces recidiveert vrijwel altijd: er is een recidiefkans van 100% binnen drie maanden. Om die reden beschouwt men incisie en drainage niet als curatieve behandeling maar als symptoomverlichting. [6] Incisie en drainage van fluctuerende abcessen bij HS zijn nuttig omdat het de acute pijn verlicht. Het verdient aanbeveling deze patiënten binnen enkele weken terug te zien om te beoordelen of het probleemgebied via een radicale chirurgische ingreep te verwijderen valt en voor welke vervolgbehandeling deze patiënten in aanmerking komen.

Deroofing

Deroofing blijkt een effectieve behandeling bij lokaal recidiverende abcessen en geëpithelialiseerde sinustrajecten in patiënten met Hurley stadium I en II; de recidiefkans is beperkt. [7] Lokaal lijkt deroofing weinig recidieven te geven, echter in de onbehandelde huid blijft de ziekte actief. Ook bij minder uitgebreide HS (Hurley stadium I) lijkt vroeg chirurgisch ingrijpen zinvol. Deroofing en andere chirurgische ingrepen worden vooral geadviseerd als een ontsteking of nodus of fistel steeds op dezelfde plek problemen veroorzaakt. De werkgroep beveelt deroofing aan als er bij HS Hurley I en II sprake is van recidiverende abcessen en/of sinustrajecten, door via een sonde communicerende trajecten op te sporen en waar nodig chirurgisch te behandelen.

Lokaal lijkt deroofing weinig recidieven te geven, echter in de onbehandelde huid blijft de ziekte actief. Ook bij minder uitgebreide HS (Hurley stadium I) lijkt vroeg chirurgisch ingrijpen zinvol.

Beperkte en ruime lokale excisie

Tot op heden bestaat er geen uniforme definitie van de verschillende soorten chirurgische excisies voor de behandeling van HS. In de literatuur van de afgelopen twee decennia beschrijven de auteurs grofweg twee soorten excisies, met uiteenlopende chirurgische marges; beperkte lokale excisie, *limited excision* en ruime lokale excisie, *wide excision*. De verschillende typen excisies hebben als gemeenschappelijk doel het bereiken van lokale genezing. Een vooraf bepaalde marge is daarvoor niet nodig. In beide gevallen is het noodzakelijk alle sinussen (ook wel tunnels), (inflammatoire) nodi, abcessen en zichtbaar ontstekingsweefsel tot in het niet aangedane weefsel weg te snijden. [8,9]

Vanwege het ontbreken van vergelijkende studies is het in de richtlijn niet mogelijk een uitspraak te doen over welke chirurgische techniek superieur is. De aanbeveling luidt: maak per situatie een inschatting over de meest geschikte chirurgische techniek en nabehandeling.

Deroofing of excisie met CO₂-laser

De effectiviteit van CO₂-laserchirurgie is onvoldoende aangetoond. In de praktijk zet men een CO₂-laser in voor deroofing en voor lokale excisie. De gemiddelde recidiefkans daarbij lijkt gering. [10] CO₂-laserexcisie of evaporatie beveelt de werkgroep aan als een mogelijk alternatief voor elektrochirurgische deroofing of excisie bij lokaal recidiverende abcessen, nodi of sinustrajecten (HS Hurley I en II).

Anesthesietechnieken

De chirurgische behandeling gaat altijd gepaard met een vorm van anesthesie. Bij incisie en drainage van kleine abcessen is dat in alle gevallen lokale verdoving, bij voorkeur via *field block*-anesthesie. Bij grote abcessen is de inzet vereist van een anesthesioloog. Bij deroofing of excisie van afwijkingen in een gebied van beperkte grootte (hiervoor gebruikt men vaak een oppervlak van ca. 1 hand [palm en vingers]) is *field block*-anesthesie mogelijk. Voor de behandeling van grotere gebieden biedt tumescente lokale anesthesie een uitkomst. Indien excisie van een uitgebreid aangedaan gebied geïndiceerd is en anesthesie via *field block* of tumescente anesthesie onmogelijk blijkt, volgt verwijzing van de patiënt naar de anesthesioloog.

Sluitingstechnieken en postoperatieve wondzorg

Na lokale excisie verdient secundaire wondgenezing de voorkeur; dat geeft cosmetisch acceptabele littekens en weinig postoperatieve bewegingsbeperking. [11] Na excisie van HS-laesies zijn er diverse opties om de wond te sluiten, zoals primaire sluiting, *partial thickness* (gedeeltelijke dikte) huidtransplantatie, ook wel split-skin graft (SSG) genoemd, transpositielappen (lokaal en op afstand) en andere verschuivingsplastieken, dan wel een vrij transplantaat. Primair sluiten is een optie bij beperkte defecten waar men weinig spanning op de wond verwacht. Bedekking van defecten met een SSG of transpositielap blijft gereserveerd voor ernstige en/of grotere defecten met name in de inguinale of perianale regio. Transpositielappen zijn een optie bij ernstige en/of grotere axillaire defecten.

Postoperatieve wondbehandeling vergt een individuele aanpak vanwege verschil in sluitings- en bedekkingstechnieken en het verschil in lokalisatie van de wond. Zorg daarbij voor een adequate postoperatieve wondzorg met niet-verklevende absorberende verbanden, rekening houdend met de fase van wondgenezing en de conditie van de huid. Ook de ervaring van de zorgverlener speelt een rol bij de keuze van het wondverband.

Informeer de patiënt over wat hij kan verwachten van de chirurgische behandeling en het postoperatieve traject bij HS. Ter voorkoming van contacturen moeten patiënten gedoseerd postoperatief bewegen. Een fysiotherapeut kan hierbij ondersteuning bieden.

Chirurgische interventies en biologicals

Op basis van de literatuur lijkt er geen toename van complicaties van operaties op te treden onder gelijktijdige behandeling met infliximab. [12] Het is dus niet nodig systemische anti-TNF-behandeling te onderbreken of te staken bij chirurgische interventies in HS.

LASER- EN LICHTBEHANDELING

Verschillende lasertherapieën staan in de literatuur beschreven als behandeling bij HS, zoals de Neodymium-doped Yttrium Aluminium Garnet (Nd:YAG)-laser ter behandeling van ontstekingen. Behandeling met Intense Pulsed Light (IPL) zou thermale schade geven in de haarfollikel, met een mogelijk effect op de folliculaire occlusie bij HS. Daarnaast beschrijft men fotodynamische therapie (PDT, waarbij een lichtgevoelige stof op of in de huid wordt aangebracht, gevolgd door lichtblootstelling) voor semiselectieve weefseldestructie bij HS-laesies. De kwaliteit van bewijs is beperkt, evenals de ervaring in de praktijk; als alternatief van chirurgisch ingrijpen, geeft de werkgroep derhalve geen aanbeveling voor de inzet van de Nd:YAG-laser, IPL, intralesionale diodelaser en intralesionale PDT, gericht op de behandeling van chronische HS-laesies (Hurley II en III).

Ervan uitgaande dat occlusie van de haarfollikel de primaire gebeurtenis van de pathogenese van HS is, hanteert men in de (huidtherapeutische) praktijk verschillende lasers ter permanente verwijdering van de beharing in het aangedane gebied. Op basis van de literatuur vormt de medische ontharingslaser bij HS-patiënten met Hurley I een therapeutische benadering om ziekteactiviteit en symptomen te verminderen. [13] Elektromagnetische ablatie lijkt niet effectief als behandeling voor axillaire HS Hurley I en wordt afgeraden voor de behandeling van HS. [14]

LITERATUUR

1. Wolkenstein P, Loundou A., Barrau K, Auquier P, Revuz J, quality of life group of the French Society of Dermatology. Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: a study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:621-3.
2. Both H, Essink-Bot ML, Busschbach J, Nijsten T. Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J Invest Dermatol* 2007;127:2726-39.
3. Schrader AMR, Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol* 2014;71(3):460-7. doi:10.1016/J.JAAD.2014.04.001.
4. Kromann CB, Deckers IE, Esmann S, Boer J, Prens EP, Jemec GBE. Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Br J Dermatol* 2014;171(4):819-24. doi:10.1111/bjd.13090.
5. Kromann CB, Ibler KS, Kristiansen VB, Jemec GBE. The influence of body weight on the prevalence and severity of hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol* 2014;94:553-7. doi:10.2340/00015555-1800
6. Kohorst JJ, Baum CL, Otley CC, et al. Surgical management of hidradenitis suppurativa: outcomes of 590 consecutive patients. *Dermatol Surg* 2016;42(9):1030-40.
7. van der Zee HH, Prens EP, Boer J. Deroofing: a tissue-saving surgical technique for the treatment of mild to moderate hidradenitis suppurativa lesions. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:475-80.
8. 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;29:1590-7.
9. Ritz JP, Runkel N, Haier J, Buhr HJ. Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis suppurativa. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:164-8.
10. Hazen PG, Hazen BP. Hidradenitis suppurativa: successful treatment using carbon dioxide laser excision and marsupialization. *Dermatol Surg* 2010;36:208-13.
11. Deckers IE, Dahi Y, van der Zee HH, et al. Hidradenitis suppurativa treated with wide excision and second intention healing: a meaningful local cure rate after 253 procedures. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:459-62.
12. Van Rappard DC, Mekkes JR. Treatment of severe hidradenitis suppurativa with infliximab in combination with surgical interventions. *Br J Dermatol* 2012;167:206-8.
13. Vossen A, van der Zee HH, Terian M, van Doorn MBA, Prens EP. Laser hair removal alters the disease course in mild hidradenitis suppurativa. *J Dtsch Dermatol Ges* 2018;16(7):901-3.
14. Vossen A, van Huijkelom M, Nijsten TEC, et al. Aggravation of mild axillary hidradenitis suppurativa by microwave ablation: results of a randomized intra-patient controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2019(80);3:777-9.

CORRESPONDENTIEADRES

Hessel van der Zee

E-mail: h.vanderzee@erasmusmc.nl