

Nike Klun¹

Ko ponavljajoče se lezije skritih in intimnih mest ostajajo neprepoznane

Prikaz primera

28-letna ženska obišče izbranega zdravnika zaradi ponavljajočih se bolečih sprememb v predelu pazduh in dimelj. Težave trajajo približno tri leta. Sprva so se pojavljale redko, v zadnjih šestih mesecih pa so se spremembe pojavile dvakrat. Opisuje jih kot boleče podkožne zatrdline, ki se v nekaj dneh povečajo in pogosto spontano počijo, pri čemer izteče gnojni izcedek z izrazito neprijetnim vonjem. Po izbruhu se bolečina zmanjša, rane pa se celijo zelo počasi. Na mestih preteklih sprememb opaža zadebeljeno in brazgotinasto kožo.

Bolnica pove, da so se težave prvič pojavile pri 20. letih brez jasnega sprožilnega dejavnika. Sčasoma je opazila, da se spremembe pojavljajo pogostejše v obdobjih stresa in med menstruacijo. Zaradi bolečine se težko ukvarja s športom, občasno pa ima težave že pri dvigovanju rok, saj ji lezije v pazduhah povzročajo napetost in nelagodje.

Sicer se počuti dobro, povišane telesne temperature ne navaja. Je aktivna kadilka (pokadi približno 10 cigaret dnevno) in ima prekomerno telesno težo (indeks telesne mase (ITM) = 31 kg/m²). Zdravil ne jemlje, uporablja pa hormonsko kontracepcijo.

Ob pregledu so v obeh pazduhah prisotne večje vnetne zatrdline (nodusi), nekatere že predrtje, in številne brazgotine, v predelu nekaterih je na otip možno zaznati podkožno fluktuacijo. V dimljah so manjše spremembe podobnega videza, obkrožene s hiperpigmentiranimi brazgotinami. Koža je na teh mestih boleča, zadebeljena in rahlo toplejša od okolice.

Laboratorijski izvidi pokažejo rahlo povišano C-reaktivno beljakovino (18 mg/L) in levkocitozo ($10,5 \times 10^9/L$). Bolnica nima sistemskih znakov okužbe. UZ razkrije več hipoeogenih kolekcij, deloma med seboj povezanih s kanalnimi strukturami, brez globljih abscesov. Na podlagi anamneze in klinične slike zdravnik posumi na kronično vnetno bolezen kože.

Vprašanja

1. Kakšna bi bila delovna diagnoza in na katere diferencialne diagnoze moramo še pomisliti?
2. Kaj je ključno pri postavitvi diagnoze?
3. Katere značilnosti iz bolnikove anamneze so skladne s tipičnim potekom iskane bolezni?
4. Katere dodatne preiskave bi lahko uporabili za potrditev diagnoze?
5. Kako ocenjujemo stopnjo resnosti te bolezni?
6. Kako poteka zdravljenje opisane bolezni?

Odgovore na vprašanja najdete na naslednji strani.

¹ Nike Klun, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; nike.klun@medrazgl.si

Odgovori

1. Na podlagi anamneze in dermatološkega statusa sumimo, da gre za supurativni hidradenitis (lat. *hidradenitis suppurativa*, HS; tudi lat. *acne inversa*). Gre za kronično, ponavljajočo se kožno bolezen z vnetjem v predelih kože, kjer so prisotne terminalne dlake in apokrine žleze (1). Za HS je značilno ponavljanje nodusov in sterilnih abscesov, ki so lahko zelo boleči in se postopoma povečujejo. V nekaj dneh se nodusi zmechajo, lahko se tudi nekrotizirajo, in pojavi se smrdeč gnojni izcedek. Prisotni so lahko tudi sinusi in fistule. Najpogostejše se HS pojavi v intertriginoznih predelih (2).

HS je v začetnih fazah lahko podoben drugim boleznim. Diferencialno diagnostično pridejo v poštev folikularne piodermije, kot so folikulitis, furunkli, karbunkli, abscesi, vnetje pilonidalnega sinusa, izjemoma pa tudi granuloma inguinale, aktinomikoza in limfogranuloma venereum (3).

Kljub širokemu naboru možnih diferencialnih diagnoz se stafilokokne okužbe (furunkel, karbunkel) pogostejše pojavljajo na drugih predelih telesa, žarišča pa so bolj pustuloznega videza. Bakterijske okužbe kože je v začetku težko ločiti od HS, vendar kronični potek, recidivi na istih mestih in neučinkovitost antibiotičnega zdravljenja govorijo v prid HS. Pri postavitvi diagnoze nam lahko pomaga tudi starost, saj se spremembe pri HS najpogostejše pojavijo po puberteti, med 20. in 40. letom (1).

2. Diagnoza HS temelji predvsem na klinični sliki, saj specifičnih testov ni. Za postavitev diagnoze morajo biti izpolnjeni trije diagnostični kriteriji (4):

- prisotnost značilnih, ponavljajočih se lezij,
- lokalizacija lezij na značilnih predelih in
- vsaj dve ponovitvi sprememb v obdobju šestih mesecev.

Med značilne kožne spremembe sodijo boleči vozlički, abscesi, supurativni sinusni trakti ali podkožni fistulni kanali. Lahko so prisotne brazgotine. Podkožni vozlički in abscesi lahko počijo, krvavijo ali se iz njih izceja gnojna vsebina. Bolniki pogosto poročajo o bolečini, neprijetnem vonju, pekočem občutku in srbežu (4).

Najpogostejše prizadeta področja so pazduhe, predel med in pod dojками, dimlje, spolovilo, presredek, okolica zadnjika in zadnjica. Manj pogosto so prizadeti spodnji del trebuha, predel za uhljem, zatilje in lasišče (4).

3. Pri bolnici opazimo, da izpolnjuje vse diagnostične kriterije za postavitev diagnoze HS. Klinična slika je tipična: prisotni so podkožni vozlički, iz katerih izteka gnoj, opazne pa so tudi brazgotine kot posledica preteklih izbruhov. Lezije so lokalizirane v pazduhah in dimljah, kar ustreza značilnim predelom bolezni. Potek bolezni pri bolnici traja že tri leta, spremembe pa so se v šestih mesecih pojavile dvakrat, kar ustreza tretjemu kriteriju.

Poleg klinične slike so pri bolnici prisotni številni dejavniki in značilnosti, ki so pogosto povezani s HS. Pomemben dejavnik tveganja je kajenje, ki poveča delovanje pro-vnetnih citokinov (5). Kadilci imajo tako večjo verjetnost za nastanek HS v primerjavi z nekadilci (6). Prav tako ima bolnica tudi prekomerno telesno težo (ITM = 31 kg/m²), kar je pogosta značilnost pri bolnikih s HS in je lahko del širšega metaboličnega sindroma (7).

HS je povezan tudi z različnimi presnovnimi in sistemskimi boleznimi, kot so sladkorna bolezen tipa 2, sindrom policističnih jajčnikov (angl. *polycystic ovary syndrome*,

PCOS), nealkoholna zamaščenost jeter, depresija, spolna disfunkcija, vnetni artritis in vnetne črevesne bolezni, npr. Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis (8). Pogosti sprožilni dejavniki bolezni so lahko tudi stres in hormonske spremembe, kar se sklada z anamnezo bolnice (5).

4. Diagnozo HS postavimo klinično, na podlagi treh kriterijev, zato pri večini bolnikov za postavitev diagnoze dodatne diagnostične metode niso potrebne. Vseeno pa so uporabne za oceno razširjenosti zapletov (7).

Pri zgodnjih oblikah bolezni je UZ-preiskava kože zelo uporabna, saj omogoča prikaz vnetnih sprememb v dermisu in podkožju, kot so abscesne kolekcije, sinusni trakti in fistule, pogosto še preden so klinično opazne. Mikrobiološke analize pri HS ne opravljamo, saj ne gre za infekcijsko bolezen, temveč za kronično, neinfekcijsko vnetje foliklov. Analiza bi prikazala normalno kožno mikrofloro. Histološka preiskava lahko pri napredovali bolezni z ulceracijami izključi druge diagnoze, kot sta pioderma gangrenosum ali ploščatocelični karcinom. Pri načrtovanju kirurškega zdravljenja, zlasti anogenitalnega predela, imata pomembno vlogo UZ in MR, saj omogočata natančno oceno globine in razsežnosti fistulnih kanalov (7).

5. Natančna in zanesljiva ocena ter razvrstitev resnosti bolezni pri bolnikih s HS sta izjemno pomembni za izbiro optimalnega zdravljenja. Resnost in aktivnost HS lahko ocenjujemo z različnimi lestvicami (9).

Za enostavno klinično opredelitev stopnje bolezni se uporablja Hurleyjev sistem razvrščanja, na podlagi katerega HS razvrstimo v tri stopnje (10):

- Stadij I (blag HS): prisotni so abscesi in vnetni vozlički brez fistul in brazgotinjenja.
- Stadij II (zmeren HS): ponavljajoči se abscesi z nastankom fistul in brazgotin, lezije so lahko posamezne ali večkratne, vendar so med seboj ločene.
- Stadij III (težak HS): razširjeni ali večkrat med seboj povezani fistulni trakti in abscesi po celotnem prizadetem območju.

Za objektivnejšo oceno vnetne aktivnosti bolezni lahko uporabimo mednarodni sistem ocenjevanja resnosti supurativnega hidradenitisa (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System, IHS4), ki temelji na številu vnetnih nodusov, abscesov in fistulnih kanalov (9).

6. Zdravljenje HS je večstopenjsko in individualno prilagojeno, saj bolezen poteka kronično in ima različno izraženo klinično sliko. Glavni cilji zdravljenja so zmanjšanje vnetne aktivnosti bolezni, zmanjšanje pogostosti izbruhov, preprečevanje nastanka novih lezij, lajšanje simptomov ter upočasnitev napredovanja bolezni in pridruženih bolezni (11). Ključno je obvladovanje dejavnikov tveganja, kot so kajenje, debelost in mehanske poškodbe kože. Bolnike je treba aktivno izobraževati o naravi bolezni, obvladovanju bolečine in o negi sprememb. Priporoča se uporaba antiseptičnih pripravkov (2, 11). Zdravljenje je dolgotrajno in odvisno od stopnje vnetja ter se določa glede na IHS4-indeks. Pri blagi obliki bolezni se priporoča lokalno zdravljenje z antibiotiki, najpogosteje s klindamicinom, ki se nanaša dvakrat dnevno v obdobju treh mesecev. Pri zmereni obliki je terapija prve izbire sistemsko antibiotično zdravljenje, običajno s tetraciklini ali klindamicinom in rifampicinom. Čeprav HS primarno ni infekcijska bolezen, antibiotiki zmanjšujejo vnetni odziv in pogostost izbruhov. Med zdravila drugega izbora sodijo sistemski retinoidi ter pri ženskah antiandrogeno hormonsko zdravljenje.

Pri zmerno do hudo izraženih oblikah HS se lahko v primeru neučinkovitosti zdravljenja ali neželenih učinkov zdravljenja po presoji konzilija uvede biološko zdravljenje z zaviralci TNF- α , med katerimi se najpogosteje uporablja adalimumab, v zadnjem času pa terapevtsko možnost predstavljajo tudi zaviralci interleukina-17 (sekukinumab, bimekizumab) (4, 12).

V vseh stadijih bolezni ima pomembno vlogo kirurško zdravljenje, ki omogoča učinkovito odstranitev prizadetega tkiva (4). V začetnih stadijih se uporabljajo lokalna ekscizija posameznih nodusov in laserske tehnike. V napredovalnih stadijih pa je v uporabi zlasti radikalna kirurška ekscizija celotnega obolelega področja (1).

Poleg farmakološkega in kirurškega zdravljenja je nujen celosten, psihosocialno usmerjen pristop zdravljenja, saj bolečina, izcedek, vonj in prizadetost občutljivih predelov pomembno zmanjšujejo kakovost življenja bolnikov. HS je kronična, obremenjujoča vnetna bolezen kože, ki prizadene približno 1 % prebivalstva ter močno vpliva na kakovost življenja bolnikov (4).

Zahvala

Za strokovno pomoč in dragocene nasvete pri sestavi diagnostičnega izziva se iskreno zahvaljujem asist. Vidu Bajuku in izr. prof. dr. Mateji Dolenc-Voljč.

LITERATURA

1. Mateja Dolenc-Voljč. Kronične imunske pogojene vnetne bolezni kože; acne inversa – Hidradenitis suppurativa. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini (starostniki, paliativna oskrba, referenčne ambulate, revmatologija, psihiatrija, medicinsko nepojasnjena stanja, odnos med bolnikom in zdravnikom, urologija, stanovske teme, delavnice); 2016 May 20–1; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Družinska medicina; 2016. p. 36–40.
2. K Kanský A, Miljković J, Dolenc-Voljč M. Bolezni dlak. In: KOŽNE IN SPOLNE BOLEZNI III dopolnjena izdaja. Maribor-Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov; 2017. p. 368–70.
3. Ballard K, SatheNC, Shuman VL. Hidradenitis suppurativa. In: StatPearls [internet]. Trusare Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. c2025 [citirano 2025Nov 8]. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534867/>
4. Marovt M. Suporativni hidradenitis. Med Razgl. 2022; 61 (4): 531–38.
5. Mokos ZB, Miše J, Balić A, Marinović B. Understanding the Relationship Between Smoking and Hidradenitis Suppurativa. Acta Dermatovenerol Croat. 2020; 28 (1): 9–13.
6. Abu Rached N, Gambichler T, Dietrich JW, et al. The Role of Hormones in Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review. Int J Mol Sci. 2022; 23 (23): 15250. doi:10.3390/ijms232315250
7. Sabat R, Alavi A, Wolk K, et al. Hidradenitis suppurativa. Lancet. 2025; 405 (10476): 420–38. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9
8. Cartron A, Driscoll MS. Comorbidities of hidradenitis suppurativa: A review of the literature. Vol. 5, International Journal of Women's Dermatology. Elsevier Inc.; 2019. p. 330–4.
9. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHSS), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. Br J Dermatol. 2017; 177 (5): 1401–9. doi:10.1111/bjd.15748
10. Koerts Koerts NDK, Bouwman K, Prens LM, Horváth B. Assessment tools and phenotype classification for hidradenitis suppurativa. Clin Dermatol. 2023; 41 (5): 601–10. doi:10.1016/j.clindermatol.2023.08.016
11. van Straalen KR, Prens EP, Gudjonsson JE. Insights into hidradenitis suppurativa. J Allergy Clin Immunol. 2022; 149 (4): 1150–61. doi:10.1016/j.jaci.2022.02.003
12. 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. doi:10.1111/jdv.20472