

Hidradenitis suppurativa – Chronische Systemerkrankung mit hoher Krankheitslast

KURZ & KNAPP

- Die chronisch-entzündliche Systemerkrankung Hidradenitis suppurativa (HS), auch Acne inversa genannt, ist mit einer hohen Krankheitslast für die Patient*innen verbunden.¹
- Die Symptome und ihre Unvorhersehbarkeit im Auftreten schränken Betroffene stark ein und können zu Schamgefühl, Isolation, Angstzuständen und Depressionen führen.²
- Betroffene sind in ihrem Sozial- und Sexualleben eingeschränkt und können selten vollständig am Arbeitsleben teilnehmen.^{3,4}
- HS ist nicht heilbar, verfügbare Therapieoptionen führen zu keiner anhaltenden Symptomkontrolle – der Bedarf an neuen Langzeittherapien ist daher hoch.⁵
- Eine frühzeitige Diagnose und eine wirksame, systemische Therapie könnten chirurgische Eingriffe reduzieren.^{6,7}
- Neben einer medikamentösen und begleitenden operativen Behandlung wird eine psychologische Betreuung als Teil einer umfassenden Therapie empfohlen.⁸

Systemerkrankung mit hoher Krankheitslast

Permanente Schmerzen durch Abszessbildung, Eitersekretion, Geruchsbildung, Bewegungseinschränkungen, Schlafstörung und Stigmatisierung: Die Krankheitslast bei Hidradenitis suppurativa (HS), auch Acne inversa genannt, ist erheblich.⁹⁻¹¹ Gerade das teilweise spontane Aufbrechen der Abszesse mit Nässegefühl und der unangenehme Geruch führen zur sozialen Isolation.¹² Betroffene nehmen nicht mehr am täglichen Leben teil und sind in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt.¹ Aufgrund sozialer Isolation, die auch das Liebes- und Sexualleben Betroffener stark einschränkt, und der hohen Krankheitslast, entwickeln 38,6% der Patient*innen eine Depression.¹² Mangelndes Wissen über die Erkrankung, eine verspätete Diagnose, Ausgrenzung und Scham führen oft zu einem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, wodurch Erkrankte vermehrt psychosoziale Beeinträchtigungen bis hin zur Suizidalität aufweisen.^{2,13,14}

Neben den für HS typischen Symptomen können Begleiterkrankungen wie Übergewicht, das metabolische Syndrom und inflammatorische sowie kardiovaskuläre Erkrankungen das Leid zusätzlich vergrößern.^{15,16} Auch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Betroffener ist bekannt: Nicht selten kommt es zu Arbeitsausfällen, bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung.¹⁷ Dies ist für die Patient*innen mit einer hohen psychosozialen als auch wirtschaftlichen Belastung verbunden.¹⁴ Eine Aufklärung über die Erkrankung auf unterschiedlichen Ebenen, eine Entstigmatisierung und Akzeptanz sind daher besonders wichtig.

Wachsende Therapieoptionen

HS ist eine chronische Erkrankung und nicht heilbar. Eine frühzeitige Diagnose und Therapie sind essentiell, um die Erkrankung bestmöglich zu behandeln und ein irreversibles Voranschreiten zu verhindern.⁶ Kommt es zu einer Diagnoseverzögerung, kann dies den Schweregrad der Erkrankung sowie die Anzahl der chirurgisch zu behandelnden Stellen, Begleiterkrankungen und Arbeitsausfalltage erhöhen.⁶ Die Behandlung und die Beurteilung des Therapieerfolgs sollten dabei durch Dermatolog*innen, idealerweise durch Spezialist*innen für HS, erfolgen. Je nach Schweregrad der Erkrankung sollte diese mit medikamentösen oder chirurgischen Therapien – insbesondere mit Antibiotika für maximal 12 Wochen – behandelt werden.¹⁸ Der dauerhafte und regelmäßige Einsatz von systemischen Antibiotika kann wiederum zu Resistenzentwicklung führen und damit neue Komplikationen, etwa durch multiresistente Bakterien, verursachen.¹⁹

Da es sich bei HS um eine Systemerkrankung handelt, kann der Einsatz einer systemischen anti-inflammatorischen Therapie sinnvoll sein. Bei unzureichender Besserung sowie bei mittelschweren bis schweren Fällen ist der Einsatz von immunmodulierenden Biologika eine mögliche Option, die auch als Langzeittherapie zugelassen ist.⁸ Aktuell verfügbare Wirkstoffe



hemmen an der Krankheitsentstehung beteiligte pro-inflammatorische Signalwege, indem sie sich gegen den Tumornekrosefaktor-alpha richten. Diese Therapieoptionen können zu einer relevanten, wenn auch nicht anhaltenden Symptomkontrolle führen.⁵ Die Behandlung mit Biologika weist bei HS eine niedrigere Wirksamkeit auf als bei anderen Hauterkrankungen. Dies könnte an der erhöhten Entzündungslast bei HS und den zusätzlichen Sekundärinfektionen liegen.²⁰ Daher sind neue, langanhaltend wirksame und verträgliche Therapien notwendig.⁵

Interleukin (IL)-17A ist dabei eine Zielstruktur, die bei HS eine wichtige Rolle spielt und auch bei anderen chronischen immunvermittelten Erkrankungen involviert ist.²¹ Auf Basis dieser Erkenntnis wird die Wirksamkeit und Sicherheit der IL-17A-Inhibition bei HS untersucht.²² Die SHARPS-Studie legt zudem nahe, dass die immunmodulierende Wirkung von Biologika in Kombination mit einer radikalen chirurgischen Resektion die Ergebnisse der Operation bei gleichbleibendem Sicherheitsprofil verbessern kann.²³

Umfassende medizinische Versorgung und Therapie notwendig

Die HS ist unterdiagnostiziert. Eine fehlende Diagnosestellung der HS kann zu schweren Symptomen und Krankheitsverläufen führen. Um Betroffenen den Zugang zu einer korrekten Diagnose und adäquaten Therapie zu sichern, ist es daher notwendig, auf die Erkrankung bei den behandelnden Ärzt*innen aufmerksam zu machen. Mit einer frühzeitigen Diagnose und einer wirksamen Therapie könnten chirurgische Eingriffe reduziert und die Hoffnung auf eine langanhaltende Symptombefreiheit ermöglicht werden.⁶ Bei Verdacht auf HS sollte daher schnellstmöglich an eine Dermatologin/einen Dermatologen oder an spezialisierte Zentren überwiesen werden. Aufgrund der enormen psychischen Belastung ist es sinnvoll, den Betroffenen psychologische Betreuungsmöglichkeiten als Teil einer umfassenden Therapie zur Verfügung zu stellen.⁸

Referenzen

1. Schneider-Burrus S et al. *Front Med.* 2021;8:676241.
2. Thorlacius L et al. *J Invest Dermatol.* 2018;138(1):52-57.
3. Alavi A et al. *Am J Clin Dermatol.* 2015;16(1):61-65.
4. Esmann S et al. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(3):328-332.
5. Ingram JR et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(9):1597-1605.
6. Kokolakis G et al. *Dermatology.* 2020;236(5):421-430.
7. Van der Zee H et al. Oral presentation presented at: EHSF; 2023; S-0905.
8. Zouboulis CC et al. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2012;10:s1-s31.
9. Smith HS et al. *Clin J Pain.* 2010;26(5):435-444.
10. Frew JW et al. *Exp Dermatol.* 2015;24(5):338-339.
11. Esmann S et al. *Acta Derm Venereol.* 2011;91(3):328-332.
12. Kurek A et al. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11(8):743-749.
13. Glowaczewska A et al. *J Clin Med.* 2021;10(18):4194.
14. Włodarek K et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* 2020;34(8):1822-1827.
15. Sabat R et al. Bruggemann H, ed. *PLoS ONE.* 2012;7(2):e31810.
16. Egeberg A et al. *JAMA Dermatol.* 2016;152(4):429-434.
17. Yao Y et al. *Int J Dermatol.* 2020;59(3):333-340.
18. Zouboulis C et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(4):619-644.
19. Nikolakis G et al. *Hautarzt.* 2021;72(8):658-665.
20. Ring HC et al. *JAMA Dermatol.* 2022;158(2):184-188.
21. Bissonnette R et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(9):1507-1514.
22. Schuch A et al. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(1):151-152.
23. Bechara FG et al. *JAMA Surg.* 2021;156(11):1001-1009.