

Hidradenitis suppurativa – Chronische Systemerkrankung über die Haut hinaus

KURZ & KNAPP

- Hidradenitis suppurativa (HS), auch Acne inversa genannt, ist eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung, die mehr als nur die Haut betrifft.¹
- Leitsymptome der Erkrankung umfassen entzündliche Knoten und Abszesse mit Eiterbildung unter der Haut, was starke Schmerzen auslösen und zu Narbenbildung führen kann.^{2,3}
- Die Symptome der Krankheit schränken die Betroffenen stark ein und können zu großer Scham, sozialer Isolation und sogar zu Depressionen führen.⁴
- Das Alter der Erstmanifestation liegt oft weit vor dem der finalen Diagnose, welche bis zu 10 Jahre dauern kann.⁵
- Je später die endgültige Diagnose erfolgt, desto fortgeschrittener ist in der Regel der Schweregrad der Erkrankung.⁵
- Für die Diagnosestellung HS sind drei wesentliche Aspekte zu beachten: die Art der Hautläsionen, die Lokalisation sowie deren wiederkehrender Charakter.¹

Systemerkrankung Hidradenitis suppurativa

Bei Hidradenitis suppurativa (HS), auch Acne inversa genannt, handelt es sich um eine systemische chronisch-entzündliche Hauterkrankung.¹ In Deutschland sind Männer und Frauen in etwa gleich häufig betroffen.⁴ Krankenkassendaten zufolge liegt die HS-Prävalenz in Deutschland zwischen 0,03% und 0,07%.^{4,6} Es ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, mit der die Prävalenz schätzungsweise bis zu 1% betragen kann.^{7,8} Erste Symptome können bereits während der Pubertät oder im frühen Erwachsenenalter auftreten, die finale Diagnose erfolgt jedoch häufig erst bis zu 10 Jahre später.⁵ HS manifestiert sich zunächst in Form von entzündlichen Knoten in Bereichen der Achseln, der Leiste, des Anogenitalbereichs sowie, insbesondere bei Frauen, auch unter der Brust. Aus den Knoten können sich schmerzhafte kutane bis subkutane Abszesse mit starker Eiterbildung entwickeln. Brechen diese nach außen auf, tritt ein unangenehm riechendes Eitersekret aus. Mit Fortschreiten der Erkrankung können die Abszesse miteinander verschmelzen, so dass sich Fistelgänge unter der Haut bilden, die tief in das Gewebe reichen. Die Schädigung des Hautgewebes durch Abszesse und Fisteln führt langfristig zu starker Narbenbildung.⁹ Die Symptome der Krankheit schränken die Betroffenen stark ein und können zu großer Scham, sozialer Isolation und oft sogar zu Depressionen führen.⁴

Darüber hinaus handelt es sich bei HS um eine inflammatorische Systemerkrankung, die nicht nur die Haut betrifft, so dass zusätzlich verschiedene Begleiterkrankungen auftreten können. Dazu zählen beispielsweise das metabolische Syndrom, Spondylarthropathien oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen.⁴

Risikofaktoren, die das Auftreten der Erkrankung begünstigen und mit einem schweren Verlauf der Erkrankung assoziieren, umfassen eine genetische Prädisposition, Stress und psychische Belastung sowie mechanische Reize (z.B. scheuernde Kleidung).¹⁰⁻¹² Ein erhöhter Tabakkonsum und Übergewicht können das Erkrankungsbild negativ beeinflussen, werden bei Reduktion ohne begleitende medikamentöse Therapie jedoch nicht mit einer Krankheitsverbesserung assoziiert.^{13,14} Obwohl es Hinweise auf verschiedene Faktoren gibt, die im Zusammenhang mit dem Auftreten der Erkrankung stehen, ist die Ursache von HS nicht abschließend geklärt. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem eine erbliche Veranlagung oder auch eine bakterielle Besiedelung der Haarfollikel, welche zu einer suppurativen Entzündung bei follikulären Hyperkeratosen führen können.¹⁵⁻¹⁷



Diagnose von HS: häufig erst nach Jahren

Für die Diagnosestellung von HS sind drei wesentliche Aspekte abzuklären: die Art der Hautläsionen, die Lokalisation sowie das wiederkehrende Auftreten.¹ Darüber hinaus ist eine Familienanamnese für die Ermittlung einer möglichen familiären Prädisposition relevant.¹ Im weiteren Verlauf erfolgt eine körperliche Untersuchung zur Feststellung des Schweregrades. Dabei werden die betroffenen Hautareale intensiv untersucht, gegebenenfalls eine Blutuntersuchung vorgenommen und bei Verdacht auf eine Superinfektion – beispielsweise mit *Staphylococcus aureus* – gegebenenfalls ein Abstrich durchgeführt.¹ Je nach Ausprägung der Erkrankung wird HS folglich in drei Schweregrade (Stadien I-III nach Hurley) eingeteilt.¹⁸ Um die Diagnose zu sichern, sollten zudem Differentialdiagnosen zu HS wie beispielsweise Acne vulgaris, Follikulitis oder Furunkulose ausgeschlossen werden.¹

Die finale Diagnose HS wird häufig erst nach mehreren Jahren gestellt. In manchen Fällen kann die Diagnosestellung bis zu 10 Jahre oder länger dauern, wobei eine späte Diagnose mit einem fortgeschrittenen Erkrankungsgrad assoziiert ist.⁵ Es ist zu vermuten, dass ein fehlendes Bewusstsein für die Erkrankung sowie Scham der Betroffenen Gründe für seltene Arztbesuche und damit die lange Zeit bis zur Diagnose beeinflussen können. Deswegen ist eine allgemeine Aufklärung von Patient*innen und Ärzt*innen von essenzieller Bedeutung. Behandler*innen aus dem hausärztlichen Bereich, aus Pädiatrie, Gynäkologie, Urologie sowie Chirurgie und Notfallmedizin stellen häufig den ersten Kontaktpunkt für Patient*innen mit HS dar. Bei Verdacht auf HS sollten sie Betroffene frühzeitig an eine spezialisierte Person überweisen, damit dort die korrekte Diagnose zeitnah gesichert werden kann.

Referenzen

1. Zouboulis CC et al. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges.* 2012;10:s1-s31.
2. Smith HS et al. *Clin J Pain.* 2010;26(5):435-444.
3. Orenstein LAV et al. *Br J Dermatol.* 2023;188(1):41-51.
4. Pinter A et al. *Dermatol Ther.* 2020;10(4):721-734.
5. Kokolakis G et al. *Dermatology.* 2020;236(5):421-430.
6. Kirsten N et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(1):174-179.
7. Ingram JR. *Br J Dermatol.* 2020;183(6):990-998.
8. Kirsten N et al. *Arch Dermatol Res.* 2021;313(2):95-99.
9. Sabat R et al. *Hautarzt.* 2017;68(12):999-1006.
10. Onderdijk A et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27(4):473-478.
11. Nikolakis G et al. *Hautarzt.* 2021;72(8):658-665.
12. Boer J et al. *Dermatol Clin.* 2016;34(1):37-43.
13. Sartorius K et al. *Br J Dermatol.* 2009;161(4):831-839.
14. Golbari NM et al. *JAAD Case Rep.* 2018;4(3):278-279.
15. Zouboulis C et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(4):619-644.
16. Fitzsimmons J et al. *Br J Dermatol.* 1985;113(1):1-8.
17. Guet-Revillet H et al. *Emerg Infect Dis.* 2014;20(12):1990-1998.
18. Hurley HJ. In: *Roenigk RK, Roenigk HH Jr, eds Dermatologic Surgery Principles and Practice.* 2nd ed New York, NY: Marcel Dekker; 1996:623-645.