

Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα

Τι είναι;

Η διαπυητική ιδρωταδενίτιδα (ΔΙ), γνωστή και ως ανάστροφη ακμή, είναι μία υποτροπιάζουσα, χρόνια, φλεγμονώδης δερματική πάθηση, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε περιοχή του δέρματος περιέχει σμηγματογόνους αδένες¹⁻³.

Ποια είναι τα συμπτώματα και οι διαφορετικές μορφές της;

Η διάγνωση της διαπυητικής ιδρωταδενίτιδας τίθεται όταν πληρούνται και τα 3 κλινικά κριτήρια: 1) παρουσία τυπικών βλαβών ΔΙ, δηλαδή επώδυνων οζιδίων, και/ή αποστημάτων (καλόγεροι), και/ή συριγγίων και ή ουλών, 2) τυπική εντόπιση στις περιοχές προσβολής της ΔΙ, όπως οι μασχάλες και οι περιοχές γύρω από τα γεννητικά όργανα και τους μηρούς, και 3) χρόνια πορεία με πολλαπλές υποτροπές (ιστορικό εμφάνισης 6 μήνες)⁴.

Συνηθέστερα επηρεάζονται οι μασχάλες, η περιοχή κάτω από το στήθος, η βουβωνική χώρα και η περιοχή γύρω από τον πρωκτό^{3,5}, ενώ ενίοτε επηρεάζει επίσης το τριχωτό της κεφαλής, τον κορμό, τον αυχένα, τις περιοχές πίσω από τα αυτιά και τα βλέφαρα^{3,5}. Η φλεγμονή στους θύλακες των τριχών οδηγεί στον σχηματισμό επώδυνων βλαβών, με τον «πόνον» να χαρακτηρίζεται το πιο ενοχλητικό και οδυνηρό σύμπτωμα για τους περισσότερους ασθενείς^{6,7}.

Το πιο πρώιμο κλινικό σύμπτωμα της ΔΙ είναι συνήθως η εμφάνιση μεμονωμένων οζιδίων ή αποστημάτων (καλόγεροι). Αν δεν αντιμετωπιστεί, η ΔΙ μπορεί να εξελιχθεί από μια ήπια νόσο, με μεμονωμένες, διαχωρισμένες βλάβες, σε μια μέτρια νόσο, όπου τα αποστήματα υποτροπιάζουν και ενώνονται για να σχηματίσουν δερματικά συρίγγια που εκκρίνουν δύσσομα υγρά. Τελικά, μπορεί να εξελιχθεί σε μια σοβαρή νόσο, όπου η χρόνια φλεγμονή οδηγεί σε ουλές και μη αναστρέψιμη καταστροφή του δέρματος, και η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή πολλαπλών αποστημάτων, αλληλοσυνδεόμενων συριγγίων, άφθονων δύσσομων υγρών και ουλών. Η προοδευτική εξέλιξη της νόσου ενδέχεται επίσης να οδηγήσει σε συστηματικές επιπλοκές, όπως αναιμία και υποπρωτεϊναιμία².

Πόσο συχνά εμφανίζεται;

Οι εκτιμήσεις για το πόσο συχνή είναι η ΔΙ διαφέρουν πολύ, με ποσοστά που κυμαίνονται από 0.05% έως 4.1% στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική⁸. Στην Ελλάδα, υπάρχουν λίγες πληροφορίες για το πόσοι άνθρωποι έχουν ΔΙ, κάνοντας δύσκολη την ακριβή εκτίμηση. Ωστόσο, μία πληθυσμιακή μελέτη που χρησιμοποίησε διαδικτυακή έρευνα, έδειξε ότι το ποσοστό είναι 0.60%⁹. Η ΔΙ είναι πιο συχνή στις ηλικίες 30-50 ετών και επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες, με αναλογία 3 γυναίκες προς 1 άνδρα στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική⁸.

Η ΔΙ επηρεάζει τους ασθενείς σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικο-οικονομικά. Περίπου το 60% των ασθενών βιώνουν σημαντική ή εξαιρετικά σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής τους^{6,10}. Η ΔΙ έχει μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με άλλες χρόνιες δερματικές παθήσεις, όπως η αλωπεκία, η ακμή, η ψωρίαση, οι αγγειακές ανωμαλίες προσώπου και η ατοπική δερματίτιδα^{11,12,13}.

Οι ασθενείς με ΔΙ συχνά αναπτύσσουν και άλλες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων άλλων φλεγμονωδών καταστάσεων, καρδιαγγειακής νόσου και κατάθλιψης¹⁴. Η ΔΙ συνδέεται με τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση για τους ασθενείς, με υψηλά ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης και αυτοκτονικών σκέψεων^{15,16}. Οι ασθενείς με ΔΙ συχνά βιώνουν κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες, ως αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητάς τους για εργασία και της αυξημένης απουσίας τους από αυτήν^{17,18,19}.

Η ΔΙ συνήθως ξεκινά λίγο μετά την εφηβεία, όμως συχνά παραμένει αδιάγνωστη για αρκετά χρόνια⁸. Η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση της ΔΙ είναι πολύ σημαντική, προτού «κλείσει» το «παράθυρο ευκαιρίας» για θεραπευτική παρέμβαση στο νόσημα, και εγκατασταθούν μη αναστρέψιμες, ανθεκτικές στη θεραπεία βλάβες²⁰. Για την καλύτερη διαχείριση της ΔΙ απαιτείται συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων³.

Πώς αντιμετωπίζεται;

Η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης εξαρτάται από το στάδιο της νόσου και τη σοβαρότητά της². Ο σκοπός της θεραπείας είναι να μειωθεί η σοβαρότητα της νόσου και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών. Κινήσεις - «κλειδιά» για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΙ είναι ο περιορισμός της εμφάνισης και του αριθμού των φλεγμονωδών βλαβών, η μείωση της έκκρισης πύου, η ανακούφιση του πόνου και η πρόληψη των λοιμώξεων^{21,22}. Αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών, όπως η απώλεια βάρους και η διακοπή του καπνίσματος, ενδεχομένως να βοηθήσουν στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου². Σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές (Γερμανικές) κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της ΔΙ, η νόσος ταξινομείται σε δύο μορφές: ενεργή-φλεγμονώδης και ανενεργή-κυρίως μη φλεγμονώδης²³. Η ενεργή μορφή αντιμετωπίζεται με φάρμακα (συστηματικά αντιβιοτικά, βιολογικούς παράγοντες), ενώ η ανενεργή μορφή αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Η αντιμετώπιση της ΔΙ είναι πολυδιάστατη και βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει φαρμακευτική θεραπεία (για μείωση της φλεγμονής) και χειρουργική επέμβαση (για αφαίρεση μη αναστρέψιμης δερματικής βλάβης)²³.

1. Kurzen H, Kurokawa I, Jemec GB, Emtestam L, Sellheyer K, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. What causes hidradenitis suppurativa? *Exp Dermatol*. 2008;17(5):455-456;discussion 457-472.
2. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Euro Acad Dermatol Venereology*. 2015;29(4):619-644.
3. Scuderi N, Monfrecola A, Dessy LA, Fabbrocini G, Megna M, Monfrecola G. Medical and Surgical Treatment of Hidradenitis Suppurativa: A Review. *Skin Appendage Disord*. 2017;3(2):95-110.
4. Kimball, A. B., & Jemec, G. B. E. (Eds.). *Hidradenitis suppurativa: A disease primer*. Springer International 2/4

5. Sabat R, Jemec GBE, Matusiak Ł, Kimball AB, Prens E, Wolk K. Hidradenitissuppurativa. *Nature Rev Dis Primers*. 2020;6(1).
6. Schneider-Burrus S, Tsaousi A, Barbus S, Huss-Marp J, Witte K, Wolk K, et al. FeaturesAssociated With Quality of Life Impairment in Hidradenitis Suppurativa Patients. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8.
7. Matusiak. Profound consequences of hidradenitis suppurativa: a review. *Br J Dermatol*. 2020;183(6):e171-e177.
8. Ingram JR. The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*.2020;183(6):990-998.
9. Richard MA, Paul C, Nijsten T, Gisondi P, Salavastru C, Taieb C, et al. Prevalence ofmost common skin diseases in Europe: a population-based study. *J Eur Acad DermatolVenereol*. 2022 Jul;36(7):1088-1096.
10. Krajewski PK, Matusiak Ł, von Stebut E, Schultheis M, Kirschner U, Nikolakis G, et al.Quality-of-Life Impairment among Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study of 1795 Patients. *Life*. 2021;11(1):34.
11. Dufour DN, Emtestam L, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: a common andburdensome, yet under-recognised, inflammatory skin disease. *Postgrad Med J*. 2014Apr;90(1062):216-21; quiz 220.
12. Von Der Werth JM, Jemec GBE. Morbidity in patients with hidradenitis suppurativa.*Br J Dermatol*. 2001;144(4):809-813.
13. Onderdijk AJ, van der Zee HH, Esmann S, Lophaven S, Dufour DN, Jemec GB, Boer J.Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*.2013 Apr;27(4):473-8.
14. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, Barbus S, Gomis-Kleindienst S, etal. Delayed Diagnosis of Hidradenitis Suppurativa and Its Effect on Patients andHealthcare System. *Dermatology*. 2020;236(5):421-430.
15. Patel ZS, Hoffman LK, Buse DC, Grinberg AS, Afifi L, Cohen SR, et al. Pain,Psychological Comorbidities, Disability, and Impaired Quality of Life in HidradenitisSuppurativa [corrected]. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(12):49.
16. Ortiz-Álvarez J, Hernández-Rodríguez JC, Durán-Romero AJ, Conejo-Mir Sánchez J,Pereyra-Rodríguez JJ, Osorio-Gómez GF. Hidradenitis suppurativa and suicide risk: a multivariate analysis in a disease with a high psychological burden. *Arch Dermatol Res*. 2022.
17. Zouboulis CC. The socioeconomic burden of hidradenitis suppurativa/acne inversa.*Br J Dermatol*. 2019;181(1):7-8.
18. Kimball AB, Crowley JJ, Papp K, Calimlim B, Duan Y, Fleischer AB, et al. Baselinepatient-reported outcomes from UNITE: an observational, international, multicentreregistry to evaluate hidradenitis suppurativa in clinical practice. *J Eur Acad DermatolVenereol*. 2020;34(6):1302-1308.
19. Tzellos T, Yang H, Mu F, Calimlim B, Signorovitch J. Impact of hidradenitissuppurativa on work loss, indirect costs and income. *Br J Dermatol*. 2019;181(1):147-154.
20. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Moltrasio C, Dapavo P, Micali G, et al. Evidencefor a 'window of opportunity' in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab:a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol*. 2021;184(1):133-140.
21. Nesbitt E, Clements S, Driscoll M. A concise clinician's guide to therapy for hidradenitissuppurativa. *International Journal of Women's Dermatology*. 2020;6(2):80-84.
22. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North Americanclinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from theUnited States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical,intralesional, and systemic medical management. *Journal of the American Academyof Dermatology*. 2019;81(1):91-101.
23. Zouboulis CC, Bechara, F. G., Fritz, K., et al. S2k guideline for the treatment ofhidradenitis suppurativa / acne inversa - Short version. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024Jun;22(6):868-889.

List of links present in page

1. <https://prod1.novartis.com/gr-el/gr-el/diapyitiki-idrotadenitida>
2. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-50594-7>.