

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård

Giltig från: 2025-05-13

Innehållsansvar: Victoria Marmgren, (vicga), Överläkare

Giltig till: 2027-05-13

Granskad av: Amra Osmanovic, (amros), Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Jenny Karsna, (jenka36), Vårdadministrativ sekreterare

Hidradenitis suppurativa (HS)

Förändringar sedan föregående version

Ändringar under rubriker Epidemiologi och i Behandlingsrekommendationer.

Bakgrund och syfte

Systematisering av diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med hidradenitis suppurativa (HS) i enighet med aktuellt kunskapsläge.

Definition

HS är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom som drabbar hårfolliklar i områden med apokrina svettkörtlar, som finns framför allt i axiller, ljumskar, perineum och crena ani.

Etiologi

- Genetiska faktorer – 30–40 % av personer med HS har sjukdomen i släkten. Autosomal dominant nedärvning tros ligga i grunden (mutation i gamma-sekretasgenen)[1].
- Övervikt – både övervikt och fetma har en tydlig överrepresentation hos HS-patienter, koppling till svårighetsgraden antyds, men tydliga bevis saknas.
- Bakterier – HS är inte en klassisk infektionssjukdom, men bakterier tros spela roll i förloppet. *S. aureus* påträffas framför allt i ytliga lesioner (kolonisation?), medan *S. milleri*, *S. lugdunensis*, alfa-hemolytiska streptokocker, corynebakterier och actinomyces med flera har odlats fram från djupare lesioner [2].
- Mekaniska faktorer – viss bräcklighet längs junctionzonen finns. Friktion, åtsittande kläder, skav rapporteras kunna leda till försämring [3, 4].
- Rökning – majoriteten av studier bekräftar ett samband med HS och aktivt nikotinbruk (rökning). Huruvida snusning är kopplad till HS är okänt.

Patogenes

- Hyperkeratinisering av follikelmynning
- Ocklusion av follikel
- Dilatation/ruptur av follikel

- Lokal lymfocytär inflammation triggad av bakterier och cellrester

Epidemiologi

Prevalensen av HS i Europa uppskattas till 1 %, med incidens kring 6 per 100 000 person/år. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor. Uppkommer vanligtvis efter puberteten och förbättras runt menopaus, geriatrisk HS finns dock beskrivet hos båda könen.

Klinisk bild [5, 6]

- Återkommande smärtsamma eller suppurerande lesioner minst 2 ggr/halvår.
- Utbredning till områden med apokrina svettkörtlar.
- Förekomst av fistlar, sinustrakter, abscesser och ärr.
- Kronisk smärta med VAS runt 4,5 +/- 2,4[7].

Skattningsverktyg

1. Hurley

Skattning enligt Hurley bör göras på alla HS-patienter före behandlingsstart. Uppskattar graden av vävnadsskada, rigid.

- Hurley grad I - Abscesser/inflammatoriska noduli utan hypertrofiska ärr eller fistelgångar
- Hurley grad II - Återkommande abscesser med fistelgångar och hypertrofiska ärr, antingen enstaka eller multipla spridda.
- Hurley grad III - Diffust utspridda abscesser och konglomerat med kommuniserande fistelgångar.

2. IHS-4 (International HS Severity Score System)

Dynamisk skala, skattar graden av inflammatorisk aktivitet.

Antal noduli x 1 + antal abscesser x 2 + antal dränerande fistlar x 3

Lätt HS: <= 3 poäng; medelsvår 4-10 poäng; svår >= 11 poäng.

3. DLQI

Mäter livskvalitet vid sjukdomen. Bör användas före och efter insättning av behandling.

Här finns frågeformuläret på alla språk inkl. svenska: [Dermatology Life Quality Index - School of Medicine - Cardiff University](#)

4. Övriga skattningsverktyg (används i enskilda fall, se indikation)

Sartorius Hidradenitis Suppurativa Score (framför allt för uppföljning av behandling)

- Involverat område (axiller, ljumskar, genitalia, perineum eller andra områden): 3 poäng per område.

- Antal och typ av lesioner (abscess, nodulus, fistel, ärr): 2 poäng per nodulus, 4 poäng per fistel, 1 poäng per ärr och 1 poäng för övriga lesioner.
- Längsta avstånd mellan 2 lesioner i samma område, eller storlek om endast en lesion: <5 cm: 2 poäng; <10 cm: 4 poäng; >10 cm: 8 poäng.
- Lesioner med normal hud emellan – 0 poäng; sammanflyttande – 6 poäng.

PGA (Physician Global Assessment)

Används framför allt i studier för att mäta utläkning av inflammatoriska noduli, abscesser och fistlar.

HiSCR (The Hidradenitis Suppurativa Clinical Response)

Definieras som $\geq 50\%$ minskning av antalet inflammatoriska lesioner och utebliven ökning av fistlar jämfört med baseline. Används framför allt för att värdera effekt av biologiska läkemedel.

Utredning

- Ärftlighet
- Ålder för debut
- Metabolstatus
- Rökning
- Klinisk bild: involverade områden, typiska fistelbildande lesioner och konglomerat.
- Komorbiditet: akne, follikuliter, spondyloartropatier, PCOS (Polycystic ovary syndrome), IBD (Inflammatory Bowel Disease),
- Baktodling: kan hjälpa att skraddarsy antibiotikabehandling. Negativ odling från en suppurerande lesion stärker diagnosmisstanke.

”Doctor’s delay” är vanligt.

Behandling [7–16]

Helhetsperspektivet är viktigt!

- Rökstopp – motiverande samtal, remiss för rökavvänjning.
- Övervikt – eventuellt remiss till dietist och/eller obesitasmottagning.
- Arbete – man bör sträva efter minskad mekanisk påfrestning, värme, friktion.
- Psykosocial situation – sjukdomen har stor påverkan på livskvalitet, bl.a. relationer, sexualitet, arbetsförmåga. Depression och social isolering är inte sällan förekommande och bör bemötas.
- Medikamentell och kirurgisk behandling, se Tabell 1.
- Smärtlindring – NSAID i första hand. Opioider bör sättas in endast under begränsade tidsperioder, t.ex. postoperativt eller vid svår akut smärta, p.g.a. risk för iatrogen opiatberoende.

Tabell 1: Behandlingsrekommendationer*

<p>Mild sjukdom (IHS-4 1-3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skinoren x 2/dag (kontinuerligt) • Dalacinliniment x 2/dag (3-månadersperioder) • Zinkglukonat som underhållsbehandling. I Sverige finns den syntetiska formen, zinksulfat, tillgänglig i form av tabl Solvezink 45 mg 1x2 i 3 månader (kan förlängas under kontroll av järndepåer) • Inj. Kenacort 10 mg/ml intralesionellt (tveksam evidens). Kan övervägas på tidiga lesioner, innan färdig abscedering. • Incision och tömning av enstaka abscesser (“mogna” lesioner). Bra smärtlindring, men i princip 100 % recidivrisk. • Excision av enstaka lesioner med kniv eller CO2-laser.
<p>Medelsvår sjukdom (IHS-4 4-10)</p>	<p>Som grad I samt något av följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetralysal (300 mg x 2/dag) i 3 månader (effekten är jämförbar med Dalacinliniment) 1. Kaps Dalacin 300 mg x 2 + T Rimactan 300 mg x 2[†] i 3 till 6 månader. Behandlingen kan upprepas efter 2 mån. uppehåll. OBS provtagning av ett leverstatus före och två veckor efter insättningen kan övervägas • Om hormonella faktorer tros spela roll (PCOS, perimenstruella skov) kan antiandrogen terapi övervägas, t.ex. Yasmin el. Diane. 2. CO2-laser-behandling av enstaka persisterande lesioner inkl. deroofting av sinustrakter. Spironolakton och Finasterid används i vissa fall som antiandrogena, efter särskilt övervägande. <p>Om dålig effekt av ovanstående:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metformin (framför allt hos patienter med nedsatt glukostolerans/metabolt syndrom) – startdos 500 mg x1 i en vecka, x2 i en vecka, x3 fortsättningsvis. Kreatinin, faste p-glukos och HbA1C innan för att inte maskera diabetes. • Överväg adalimumab[#] • Alternativa behandlingar, individuellt övervägande: • Acitretin (0,3-0,9 mg/kg)/Isotretinoin (0,5-1 mg/kg). Obs! Isotretinoin har en begränsad effekt på HS, kan övervägas vid samtidig nodulocystisk akne. • Sandimmun (3–6 mg/kg) • Dapson (25–150 mg dagligen)
<p>Svår sjukdom (IHS-4 >10)</p>	<p>Som grad II samt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adalimumab. Flera biosimilarer finns. Undvik switch såvida inte särskilda skäl föreligger. Kontrindicerat vid malignitet,

	<p>myelodegenerativa sjukdomar och obehandlade infektioner inkl hepatiter och tuberkulos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dosering Adalimumab: inj sc, 160 mg vecka 0, följt av 80 mg vecka 2, 40 mg vecka 4 och därefter 40 mg varje vecka. Kan höjas till 80 mg per vecka i enskilda fall.• IL-17-hämmare. Idag finns två godkända preparat, secukinumab (Cosentyx) och bimekizumab (Bimzelx). OBS kontraindicerat hos patienter med IBD<ul style="list-style-type: none">• Dosering Secukinumab: 300 mg, inj. sc, vecka 0, 1, 2, 3 och 4, följt av månatlig injektion. Vid otillräcklig effekt kan doserings-intervallet minskas till varannan vecka.• Dosering Bimekizumab 320 mg, inj. sc, varannan vecka t.o.m. vecka 16, därefter var 4:e vecka.• Dosering Infliximab 5 mg/kg, vecka 0, 2, 6, 8 osv. Evidens finns, men indikation saknas f.n.• JAK-hämmare kan diskuteras off label.• CO2-laserbehandling• Konventionell kirurgi**
--	--

* Diskutera gärna med HS-ansvariga läkare inom laserteamet om patienten bör bedömas på HS-mottagningen.

#”Window of opportunity” beskrivs som en tidsperiod mellan det att huvudsakligen inflammation dominerar tills en icke-reversibel vävnadsskada uppkommer. Insättning av biologisk terapi (studier är gjorda på adalimumab) tidigt förbättrar det kliniska svaret på behandlingen och ökar livskvalitet hos patienter.

† I de sällsynta fall där man väljer att behandla med rifampicin under graviditet är K-vitamin (fytomenadion) viktigt för att motverka eventuell hypoprotrombinemi. K-vitamin kan ges till den gravida kvinnan i dosen 10 – 20 mg/dag fr.o.m. fyra till åtta veckor före beräknad förlossning. Det nyfödda barnet bör i regel få K-vitamin intramuskulärt efter födelsen [18].

**Vid utbredda fistelsystem framför allt perianalt krävs kartläggning med ultraljud eller MR och ev. remittering för prokto-/koloskopi innan kirurgisk behandling.

Källförteckning

1. Pink, A.E., et al., gamma-Secretase mutations in hidradenitis suppurativa: new insights into disease pathogenesis. J Invest Dermatol, 2013. 133(3): p. 601-7.
2. Guet-Revillet, H., et al., Bacterial pathogens associated with hidradenitis suppurativa, France. Emerg Infect Dis, 2014. 20(12): p. 1990-8.
3. Boer, J. and E.F. Weltevreden, Hidradenitis suppurativa or acne inversa. A clinicopathological study of early lesions. Br J Dermatol, 1996. 135(5): p. 721-5.
4. de Winter, K., H.H. van der Zee, and E.P. Prens, Is mechanical stress an important pathogenic factor in hidradenitis suppurativa? Exp Dermatol, 2012. 21(3): p. 176-7.

5. Frew, J.W., et al., Phenotypic heterogeneity implies heterogeneous pathogenic pathways in hidradenitis suppurativa. *Exp Dermatol*, 2015. 24(5): p. 338-9.
6. Ingram, J.R. and V. Piguët, Phenotypic heterogeneity in hidradenitis suppurativa (acne inversa): classification is an essential step toward personalized therapy. *J Invest Dermatol*, 2013. 133(6): p. 1453-6.
7. Zouboulis, C.C., et al., European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015. 29(4): p. 619-44.
8. Deckers, I.E. and E.P. Prens, An Update on Medical Treatment Options for Hidradenitis Suppurativa. *Drugs*, 2016. 76(2): p. 215-29.
9. Ellis, L.Z., Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg*, 2012. 38(4): p. 517-36.
10. Gener, G., et al., Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: a series of 116 consecutive patients. *Dermatology*, 2009. 219(2): p. 148-54.
11. Hughes, R., et al., The medical and laser management of hidradenitis suppurativa. *Am J Clin Dermatol*, 2015. 16(2): p. 111-23.
12. Lim, Z.V. and H.H. Oon, Management of Hidradenitis Suppurativa in Patients with Metabolic Comorbidities. *Ann Dermatol*, 2016. 28(2): p. 147-51.
13. Mandal, A. and J. Watson, Experience with different treatment modules in hidradenitis suppurativa: a study of 106 cases. *Surgeon*, 2005. 3(1): p. 23-6.
14. Verdolini, R., et al., Metformin for the treatment of hidradenitis suppurativa: a little help along the way. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013. 27(9): p. 1101-8.
15. M., H., Hidradenitis Suppurativa, utredning och behandling. Skånes Universitetssjukhus. Skånes Universitetssjukhus.
16. M., J., Hidradenitis Suppurativa. <https://emedicine.medscape.com/article/1073117-overview>
17. A.B. Kimball et al. Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): week 16 and week 52 results of two identical, multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase 3 trial. Published Online February 3, 2023 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00022-3)
18. INFPREG, Kunskapscenter för infektioner under graviditet <http://www.medscinet.se/infpreg/>
19. Marzano AV et al. Evidence for a 'window of opportunity' in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol*. 2021 Jan;184(1):133-140.

Relaterad information

Patientinformation Hidradenitis suppurativa (HS), Hud- och könssjukvård Sahlgreńska, länk pdf [Hidradenitis suppurativa \(HS\) patientinformation \(vgregion.se\)](#)

Patientinformation Behandling med adalimumab mot hidradenitis suppurativa, Hud- och könssjukvård Sahlgreńska, länk pdf [Adalimumab info till patienter med hidradenitis suppurativa \(vgregion.se\)](#)

DLQI (Dermatology Life Quality Index) självskattningsformulär svenska (finns i verksamhetens SharePoint-yta)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

DLQI svenska samt övriga språk finns på School of Medicine - Cardiff University,
länk html [Dermatology Life Quality Index - School of Medicine - Cardiff University](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Hud- och könssjukvård

Innehållsansvar: Victoria Marmgren, (vicga), Överläkare

Granskad av: Amra Osmanovic, (amros),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Jenny Karsna, (jenka36), Vårdadministrativ
sekreterare

Dokument-ID: SU9783-1307954543-30

Version: 14.0

Giltig från: 2025-05-13

Giltig till: 2027-05-13