



Διαπυητική ιδρωταδενίτιδα: Επαναπροσδιορίζοντας τη θεραπευτική στρατηγική

Αικατερίνη Η. Λιάκου

Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα, Ελλάδα

Hidradenitis suppurativa: Redefining the therapeutic strategy

Aikaterini I. Liakou

Assistant Professor, National and Kapodistrian University of Athens

First Department of Dermatology- Venereology, "Andreas Sygros" Hospital for Venereal and Skin diseases, Athens, Greece

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαπυητική ιδρωταδενίτιδα αποτελεί πρότυπο αυτοφλεγμονώδους νοσήματος, στο οποίο οι εξελίξεις είναι ραγδαίες. Η σύγχρονη προσέγγιση του νοσήματος απαιτεί μετατόπιση της κλινικής του αξιολόγησης από τον παραδοσιακό δείκτη Hurley στον σύγχρονο κλινικό δείκτη IHS4. Επίσης, επιζητά την επαναξιολόγηση των αντιβιοτικών ως πρώτης γραμμής θεραπεία και την ανάπτυξη σαφών κριτηρίων έναρξης θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες ή μικρά μόρια. Οι βασικοί άξονες είναι η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για ταχύτερη εξέλιξη της νόσου, καθώς και εκείνων των ομάδων ασθενών που θα επωφεληθούν περισσότερο από την πρώιμη έναρξη αποτελεσματικής θεραπείας. Στο παρόν άρθρο γνώμης υπενθυμίζεται η έννοια του “παραθύρου ευκαιρίας” στη διαπυητική ιδρωταδενίτιδα, και συζητείται η ανάγκη αναγνώρισης ασθενών υψηλού κινδύνου, ενώ παρατίθενται και ορισμένα κριτήρια για την πρώιμη έναρξη θεραπείας με βιολογικό παράγοντα ή μικρά μόρια.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Διαπυητική ιδρωταδενίτιδα, εξελίξεις, πρώιμη θεραπεία

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa is a model of autoinflammatory disease, in which developments are rapid. The modern approach to the disease requires a shift in its clinical assessment from the traditional Hurley staging to the modern IHS4 clinical score. It also requires a reevaluation of antibiotics as first-line treatment and the development of clear criteria for initiating treatment with biological agents or small molecules. The main axes are the identification of risk factors for faster disease progression, as well as those groups of patients who will benefit most from the early initiation of effective treatment. This opinion article recalls the concept of the “window of opportunity” in hidradenitis suppurativa, and discusses the need to identify high-risk patients, while also listing some criteria for the early initiation of treatment with biological agents or small molecules.

KEYWORDS: Hidradenitis suppurativa, developments, early treatment

Σύγκρουση συμφερόντων: Η Αικατερίνη Η. Λιάκου έχει λάβει στο παρελθόν τιμητικές αμοιβές από τις εταιρείες και συμμετέχει ως βοηθός ερευνητή σε κλινικές μελέτες στις εταιρείες AbbVie, Novartis, UCB, Amgen, Pfizer, Sanofi, Lilly, Incyte, Boehringer- Ingelheim.



Η διαφυητική ιδρωταδενίτιδα είναι ένα νόσημα που εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία 15 χρόνια, και αποτελεί πρότυπο αυτοφλεγμονώδους νοσήματος. Η κλινική της εικόνα είναι πλέον αρκετά σαφής, με τα διαγνωστικά κριτήρια (τυπικές βλάβες, σε τυπικές εντοπίσεις, με τουλάχιστον δύο υποτροπές τους τελευταίους έξι μήνες) να καθιστούν πιο εύκολη την αναγνώριση και διάγνωση του νοσήματος.^{1,2}

Η σύγχρονη προσέγγιση του νοσήματος απαιτεί μετατόπιση της κλινικής αξιολόγησής του από τον παραδοσιακό στατικό δείκτη Hurley στον σύγχρονο δυναμικό δείκτη International Hidradenitis Suppurativa 4 score (IHS4), που αποτυπώνει καλύτερα την ενεργότητα της νόσου. Επίσης, εστιάζει στο γεγονός ότι η ιδρωταδενίτιδα είναι ένα προοδευτικά εξελισσόμενο νόσημα, και δεν αποτελεί απλώς μία νόσο εξάρσεων και υφέσεων. Είναι μια διαρκώς εξελισσόμενη φλεγμονώδης συνθήκη, της οποίας η παρατεταμένη ενεργότητα οδηγεί σταδιακά (με διαφορετικό ρυθμό εξέλιξης σε κάθε ασθενή) από το στάδιο των οζιδίων και των αποστημάτων, στο στάδιο των συριγγίων και των ουλών. Είναι λοιπόν από τις λίγες αυτοφλεγμονώδεις δερματοπάθειες που καταλήγουν σε μη αναστρέψιμες βλάβες, σε ουλοποίηση, ίνωση, δημιουργία συριγγίων, και ουσιαστικά σε πλήρη καταστροφή της αρχιτεκτονικής του δέρματος.³

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική η εφαρμογή του «θεραπευτικού παραθύρου ευκαιρίας». Υπάρχει ένα χρονικό περιθώριο στην ιδρωταδενίτιδα, στο οποίο η έγκαιρη έναρξη της κατάλληλης θεραπείας οδηγεί στο μακροπρόθεσμο έλεγχο και την αναστολή της εξέλιξης της νόσου. Η έγκαιρη καταστολή της φλεγμονής μπορεί να αλλάξει τη φυσική πορεία της νόσου και να προλάβει τη δημιουργία μόνιμων, μη αναστρέψιμων βλαβών. Όταν καλούμεθα να επιλέξουμε θεραπεία, θα πρέπει να επιλέγουμε, όχι μόνο με βάση την τρέχουσα βαρύτητα της νόσου, αλλά και με βάση τις ενδείξεις για την πρόγνυσή της και τον κίνδυνο περαιτέρω εξέλιξης αυτής.^{4,5}

Οι ανανεωμένες πρόσφατες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για το νόσημα, συστήνουν σαν πρώτης γραμμής θεραπεία του νοσήματος την αντιβιοτική θεραπεία (δοξυκυκλίνη, κλινδαμυκίνη), και επί αποτυχίας αυτών, την έναρξη συστηματικής θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες ή μικρά μόρια. Αυτό διαμορφώνει την ιατρική πρακτική κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να αποτελεί προϋπόθεση η προηγούμενη χορήγηση (και αποτυχία) αντιβιοτικής θεραπείας, για την έναρξη βιολογικού παράγοντα.⁶

Παρ' όλα αυτά, παρά την πρόοδο της επιστήμης, και παρά τις σύγχρονες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία του νοσήματος, υπάρχουν

ακόμη ανεκπλήρωτες ανάγκες και ερωτήματα τα οποία δεν έχουν απαντηθεί. Αυτά είναι, παραδείγματος χάριν, η ταχύτητα και ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου, οι βασικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εξέλιξη αυτής, ο τρόπος δράσης των αντιβιοτικών, ο αριθμός των επαναλαμβανόμενων κύκλων αντιβιοτικών που μπορούν να χορηγηθούν, και ο αναμενόμενος χρόνος υποτροπής μετά τη διακοπή τους.

Αν κανείς ανατρέξει στις συνολικές πρακτικές αντιμετώπισης του νοσήματος στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο, θα εξαγάγει πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη, όπου 43 εμπειρογνώμονες από όλη την Ευρώπη που ασχολούνται εξειδικευμένα με τη ΔΙ, ερωτήθηκαν σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του νοσήματος και την τρέχουσα χρήση αντιβιοτικών και βιολογικών παραγόντων, εξήχθησαν εξαιρετικά ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Συνολικά το 81% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι συνταγογραφούν αντιβιοτική θεραπεία ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τον ασθενή τους, παρά το γεγονός ότι.. δεν αναμένουν ότι θα βελτιωθεί επαρκώς ο ασθενής τους! Όσον αφορά τα αντιβιοτικά που χορηγούν, η δοξυκυκλίνη είναι το αντιβιοτικό που συνταγογραφείται συχνότερα (47%), ακολουθούμενη από τη μονοθεραπεία με κλινδαμυκίνη (21%), τον συνδυασμό κλινδαμυκίνης και ριφαμπικίνης (16%), άλλα αντιβιοτικά της ομάδας των τετρακυκλινών (9%) και τέλος άλλους συνδυασμούς, συμπεριλαμβανομένων παραγόντων που στοχεύουν κυρίως Gram-αρνητικά και αναερόβια βακτήρια (7%).^{7,8}

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των αντιβιοτικών στον έλεγχο των εξάρσεων της νόσου, αναφέρθηκε από τους εμπειρογνώμονες ότι αναμένουν πως περίπου οι μισοί ασθενείς που λαμβάνουν αντιβιοτική θεραπεία ($52 \pm 24\%$), θα παρουσιάσουν έξαρση κατά τη διάρκεια της 10-12 εβδομάδων θεραπείας. Σε περίπτωση έξαρσης δε, το 74% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι, θα συνδυάζαν τα αντιβιοτικά με τους βιολογικούς παράγοντες, ενώ το 58% θα διέκοπτε την αντιβιοτική θεραπεία και θα ξεκινούσε μονοθεραπεία με βιολογικό παράγοντα.⁸

Ένα άλλο σημείο εστίασης της έρευνας αφορούσε τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με αντιβιοτικά. Σε εκείνους που ανταποκρίθηκαν στα αντιβιοτικά, το 60% των συμμετεχόντων επέλεξε να ολοκληρώσει τη θεραπεία μετά από 10-12 εβδομάδες (κατά τη σύσταση των Ευρωπαϊκών οδηγιών), ενώ το 26% επέλεξε να παρατείνει τη θεραπεία με αντιβιοτικά, πέραν των 3 μηνών. Μεταξύ εκείνων που παρέτειναν τη θεραπεία, το 18% συνέχισε τη θεραπεία για 1 μήνα ακόμη, το 55% για 4-6 μήνες, το 9% για περισσότερο από 6 μήνες και το 18% συνέχισε τη θεραπεία μέχρι μια έξαρση ή μια ανεπιθύμητη ενέργεια να απαιτήσει τη διακοπή

της.⁸ Αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον και συνολικά αντίκειται στη σύσταση των Ευρωπαϊκών οδηγιών, οπότε είναι επίσης κάτι που πρέπει να αξιολογηθεί και ενδεχομένως να βελτιωθεί με την πάροδο του χρόνου.

Επιπλέον, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν τον μέσο χρόνο υποτροπής μετά τη διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής, σύμφωνα με την κλινική τους εμπειρία. Συνολικά, μετά την ολοκλήρωση της αντιβιοτικής αγωγής, το 49% ανέφερε υποτροπή εντός 1-3 μηνών, το 35% εντός 3-6 μηνών, ενώ το 9% ανέφερε πρώιμη υποτροπή της νόσου σε λιγότερο από 1 μήνα. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν πίστευαν ότι μια αντιβιοτική αγωγή που διαρκεί πάνω από 3 μήνες, και στην οποία δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής, θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια του παραθύρου ευκαιρίας για τη νόσο, οδηγώντας σε εξέλιξη της νόσου σε μη αναστρέψιμες βλάβες, όπως παραγωγικά συρίγγια ή ουλές. Συνολικά, έως και το 70% των ειδικών πίστευαν ότι το παράθυρο ευκαιρίας θα μπορούσε να χαθεί, με τη χορήγηση επαναλαμβανόμενων κύκλων αντιβίωσης και μη ανταπόκρισης των ασθενών σε αυτά!⁸

Τέλος, συζητήθηκαν εναλλακτικές των πολλαπλών κύκλων αντιβιοτικής θεραπείας. Για πρώτη φορά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν εάν θα προτιμούσαν μια βραχυπρόθεσμη βιολογική θεραπεί-

α αντί για αντιβιοτική θεραπεία για ασθενείς με ήπια ιδρωταδενίτιδα (Hurley I) και, εάν ναι, πόσο θα έπρεπε να διαρκέσει αυτή η θεραπεία. Συνολικά, το 79% των συμμετεχόντων προτίμησε μια τέτοια θεραπεία, ενώ προτιμώμενη διάρκεια ήταν 12 εβδομάδες με δυνατότητα επέκτασης έως και 24 εβδομάδες.⁸

Φαίνεται ότι η ιστορική αντιμετώπιση του νοσήματος με αντιβιοτική θεραπεία θα πρέπει σιγά σιγά να επαναξιολογηθεί, και να εισαχθούν πιο ευέλικτα κριτήρια για την έγκαιρη έναρξη αντιφλεγμονώδους θεραπείας, σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου. Η εφαρμογή του παραθύρου ευκαιρίας καθίσταται όλο και πιο σημαντική στην ιδρωταδενίτιδα, και βρισκόμαστε μπροστά στον επαναπροσδιορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής του νοσήματος. Η ομάδα των ερευνητών, μετά από πολλαπλά ερωτήματα και συμφωνία μεταξύ τους, κατέληξε σε ορισμένα κριτήρια, με βάση τα οποία συγκεκριμένες ομάδες ασθενών θα επωφελούνταν περισσότερο από την πρώιμη έναρξη θεραπείας με βιολογικό παράγοντα ή μικρά μόρια. Τα βασικά κριτήρια εξ' αυτών είναι: ταχεία εξέλιξη της νόσου, συχνές εξάρσεις, συνοδές φλεγμονώδεις συννοσηρότητες, πρώιμη έναρξη της νόσου (παιδική ή εφηβική ηλικία) και θετικό οικογενειακό ιστορικό, και αντένδειξη χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής (Πίνακας 1).⁸

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Κριτήρια για την πρώιμη έναρξη θεραπείας με βιολογικό παράγοντα ή μικρά μόρια.

Κριτήρια	Διευκρινίσεις
Ταχέως εξελισσόμενη νόσος	Οποιαδήποτε αύξηση του σταδίου Hurley μέσα σε <3 μήνες
Συνδρομική ΔΙ ή με φλεγμονώδεις συννοσηρότητες	Νόσος Crohn, αρθρίτιδα, γαγγραινώδες πυόδερμα
Συχνές φλεγμονώδεις εξάρσεις ΔΙ	≥3 εξάρσεις σε 12 εβδομάδες
Έναρξη στην παιδική/εφηβική ηλικία με οικογενειακό ιστορικό και φλεγμονή	Έναρξη στην παιδική/εφηβική ηλικία, θετικό οικογενειακό ιστορικό, IHS4 ≥4
Αντένδειξη χορήγησης αντιβιοτικών	
Hurley I και σοβαρή ΔΙ	Hurley I, IHS4 ≥11
Hurley II με συρίγγια (tunnels) και τουλάχιστον μέτρια ΔΙ	Hurley II, IHS4 ≥4 με παραγωγικά συρίγγια
Περιπτώσεις Hurley II και τουλάχιστον μέτρια ΔΙ	Hurley II, IHS4 >4
Hurley III με εκτεταμένη προσβολή	Hurley III, IHS4 ≥4 με προσβολή ≥3 περιοχών
Τουλάχιστον μέτρια νόσος σε μη γειτονικές ανατομικές περιοχές	IHS4 ≥4 και προσβολή τόσο των ανώτερων όσο και των κατώτερων περιοχών
Μικτός ή φλεγμονώδης φαινότυπος κατά Martorell	Όπως έχει περιγραφεί προηγουμένως
Έκτοπος, συρρεών ή ουλτικός θυλακικός φαινότυπος	Όπως ορίζεται από τους Jemec και van der Zee
Τουλάχιστον μέτρια νόσος σε ειδικές ανατομικές εντοπίσεις	IHS4 ≥4 και συμμετοχή βουβωνικής, πρωκτογεννητικής, και γλουτιαίας περιοχής
* προσαρμοσμένο από Nikolakis G, et al. JEADV 2026;40:658-669	



Συνοψίζοντας, η παραδοσιακή θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου τείνει να επανεκτιμηθεί. Θα πρέπει να καθοριστούν σαφή κριτήρια πρόγνωσης και εξέλιξης της νόσου, και να αναδειχθούν σαφώς εκείνες οι ομάδες ασθενών που ευνοούνται από την πρώιμη έναρξη θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες ή

μικρά μόρια. Νέες φαρμακευτικές αγωγές είναι στον ορίζοντα για τη διαπυητική ιδρωταδενίτιδα και το μέλλον απαιτεί σαφή κριτήρια πότε επιλέγουμε ποια θεραπεία και για ποιον ασθενή. Η εποχή της προσωποποιημένης θεραπείας είναι ήδη εδώ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zouboulis CC, Benhadou F, Byrd AS, et al. What causes hidradenitis suppurativa?—15 years after. *Exp Dermatol*. 2020;29(12):1154–1170.
2. Liakou AI, Routsis E, Plisioti K, et al. Autoimmune Skin Diseases in the Era of COVID-19: Pathophysiological Insights and Clinical Implications. *Microorganisms*. 2025 Sep 11;13(9):2129. doi: 10.3390/microorganisms13092129.
3. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, et al. Development and validation of the international hidradenitis Suppurativa severity score system (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. *Br J Dermatol*. 2017;177(5):1401–1409.
4. Tzellos T, van Straalen KR, Kyrgidis A, et al. Development and validation of IHS4-55, an IHS4 dichotomous outcome to assess treatment effect for hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(2):395–401.
5. Zouboulis CC, Bechara FG, Fritz K, et al. S2k guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa (ICD-10 code L73.2). *Aktuelle Dermatol*. 2024;50(1–2):30–83.
6. 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 May;39(5):899–941. doi: 10.1111/jdv.20472
7. Nikolakis G, Alpsoy E, Anzengruber F, et al. Delphi consensus: First-line use of biologics and small molecules in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026 Jan 24. doi: 10.1111/jdv.70264.
8. Nikolakis G, Alpsoy E, Arenbergerova M, et al. Towards the development of upgrade criteria for the treatment of hidradenitis suppurativa with biologics. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026 Apr;40(4):658–669. doi: 10.1111/jdv.70118.

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

Αικατερίνη Η. Λιάκου

email: ailiakou@gmail.com