

onderzoek van bipten die bij endoscopie zijn genomen.

Na verwijzing kan de specialist het onderzoek naar de oorzaak van de chronische diarree uitbreiden met een duodenoscopie met bipten ter uitsluiting van een stoornis in de dunne darm (coeliakie, lactose-intolerantie, giardiasis, ziekte van Whipple).²⁷ Een (ileo)colonoscopie kan een hoog in de dikke darm of het ileum gelegen oorzaak aantonen en is in hoge mate sensitief (>95%) voor het aantonen van ontstekingsprocessen of maligniteit in de dikke darm.²⁸ Voor de bevestiging van een lactasedeficiëntie kan men eventueel een H2-ademtest doen.

Literatuur

- 1 Lamers HJ, Van Dongen AM, Jamin R, Bruhl PhC, Dijkstra RH, Geijer RMM. NHG-Standaard Acute diarree. Huisarts Wet 1996;12:654.
- 2 Farthing M, Feldman R, Finch R, Fox R, Leen C, Mandal B, et al. The management of infective gastroenteritis in adults. A consensus statement by an expert panel convened by the British Society for the study of infection. J of Infection 1996;33:143-52.
- 3 Schiller LR. Diarrhea. Med Clin North America 2000;84(5):1259-74.
- 4 Lipsky MS, Adelman M. Chronic diarrhea: evaluation and treatment. Am Fam Phys 1993;48(8):1461-6.
- 5 Gill K. Defaecatie van de mens. Huisarts Wet 1979;22:186-91.
- 6 NIVEL, Maag Lever Darm Stichting. Spijsverteringsziekten onder de Nederlandse bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 7 Farthing MJG. Traveller's diarrhoea. Gut 1994;35:1-4.
- 8 Beckers HJ. Voedselvergiftigingen en infecties in Nederland 1977-79. Ned Tijdschr Geneesk 1981;125:2167.
- 9 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Bussum: Coutinho, 1998.
- 10 Rijntjes AG. Acute diarree in de huisartspraktijk; een onderzoek naar anamnese en microbiële oorzaken [Proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- 11 Stone DH, Mitchell S, Packham B, Williams J.. Prevalence and first line treatment of diarrhoeal symptoms in the community. Public Health 1994;108:61-8.
- 12 Goldfinger SE. Constipation, diarrhea and disturbances of anorectal functions. In: Winthrope MM, Thorn GW, Adams RD, Braumwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG. Harrison's principles of internal medicine, 11th ed., New York: McGraw-Hill, 1987.
- 13 Mank ThG, Zaat JOM, Polderman AM. Onderschatting van darmprotozoa als oorzaak van diarree in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:324-7.
- 14 Ruuska T, Vesikari T. Rotavirus disease in Finnish children: use of numerical scores for clinical severity of diarrhoeal episodes. Scand J Infect 1990;22:259-67.
- 15 Bytzer B, Stokholm M, Anderson I, Lund-Hansen B, Schaffalitzky de Muckadell OB. Aetiology, medical history and fecal weight in adult patients referred for diarrhoea, a prospective survey. Scand J Gastroenterol 1990;25:572-8.
- 16 Bertomeu A, Ros E, Barragan V, Sachje L, Navarro S. Chronic diarrhea with normal stool and colonic examinations: organic or functional? J Clin Gastroenterol 1991;13:531-6.
- 17 Cluysenaar JJ, Van Tongeren JHM. Malabsorptie. Ned Tijdschr Geneesk 1988;312:2273-8.
- 18 Steffen R, Rickenbach M, Wilhelm U, Helminger A, Schar M. Health problems after travel to developing countries. J Infect Dis 1987;156:84-91.
- 19 Thoren A, Lundberg O, Bergdahl U. Socioeconomic effects of acute diarrhea in adults. Scand J Infect Dis 1988;20:317-22.
- 20 Guerrant RL, Bobak DA. Bacterial and protozoal gastro-enteritis, a review article. N Engl J Med 1991;325:327-40.
- 21 Neal KR, Scott HM, Slack RC, Logan RF. Omeprazol as a risk factor for campylobacter gastroenteritis: a case control study. BMJ 1996;312:414-5.
- 22 Fijten GH, Starmans R, Muris JW, Schouten HJ, Blijham GH, Knottnerus JA, et al. Predictive value of signs and symptoms for colorectal cancer in patients with rectal bleeding in general practice. Fam Pract 1995;12:279-86.
- 23 Mackenzie A, Shann F, Barnes G. Clinical signs of dehydration in children. Lancet 1989;337:605-7.
- 24 Pether JVS, Lightfoot NF. The appropriate use of diagnostic services; how useful is the microbiological investigation of diarrhoea? Health Trends 1985;17:52-4.
- 25 Geraedts AAM, Esseveld MR, Tytgat GNJ. The value of non invasive examinations of patients with chronic diarrhoea. Scand J of Gastroenterol 1988;23(suppl 154):46-56.
- 26 Patel Y, Pettigrew NM, Grahame GR, Bernstein CN. The diagnostic yield of lower endoscopy plus biopsy in nonbloody diarrhea. Gastrointest Endosc 1997;46:338-43.
- 27 Feigerhy C. Coeliac disease; clinical review. BMJ 1999;319:236-9.
- 28 Smith GA, O'Dwyer PJ. Sensitivity of double contrast barium enema and colonoscopy for the detection of colorectal neoplasms. Surg Endosc 2001;15:649-52.

Kleine kwalen

Hidradenitis

TOH de Jongh, JAH Eekhof, A Knuistingh Neven

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuiskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. T.O.H. de Jongh, dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.
Correspondentie: dr. J.A.H. Eekhof, e-mail: J.A.H.Eekhof@LUMC.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven

Inleiding

Hidradenitis is een ontsteking van de zweetklieren. Over pathogenese en behandeling bestaat weinig overeenstemming. De aanpak kan lichamelijk hinderlijk en sociaal invaliderend zijn door het ontsierend aspect en de onaangename geur. De incidentie in de huisartspraktijk van 'ziekten zweetklieren' (S92) is ongeveer 1,5 per 1000. Hidradenitis komt vaker voor bij personen tussen 15 en 64 jaar; in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar

vaker bij vrouwen en van 45-64 jaar iets vaker bij mannen.^{1,2} De gangbare behandeling bestaat uit medicatie (57%), hygiënische maatregelen (34%) en incisie (9%), maar is niet erg effectief.¹

Achtergrond

DEFINITIE

De meest gebruikte omschrijving is: *Hidradenitis* is een ontsteking van de zweetklieren, meestal van het apocriene type. *Hidradenitis suppurativa* (ook wel ziekte van Verneuil of acne inversa genoemd) is een chronische ontsteking van de zweetklieren in oksels en/of anogenitaal gebied die verloopt met remissies en exacerbaties en tot littekenvorming leidt. Wanneer de aandoening chronisch wordt, kunnen er ulcera, fistels, fibrose en littekenweefsel ontstaan.³

ETIOLOGIE

Over de etiologie van hidradenitis suppurativa bestaat geen eenduidigheid. Volgens de meest gangbare opvatting wordt de aandoening veroorzaakt door een hoornprop die de uitmonding van het haarfollikel-talgkliercomplex afsluit; de apocriene klieren spelen bij de ontstekingsreactie slechts een secundaire rol. Door afsluiting van de uitvoergang barst de wand van de zweetklier, waardoor een chemische reactie ontstaat in de subcutis met abces- en fistelvorming. De typische geur ontstaat door de infectie van het secreet van de apocriene klieren.³

Androgene hormonen spelen mogelijk een rol bij de aandoening, maar een directe oorzakelijke relatie tussen androgenen en het ontstaan van hidradenitis is niet aangetoond.

De bacteriële infectie is secundair. Bij microbiologisch onderzoek zijn kweken van een aspiraat uit verse laesies in circa de helft van de gevallen steriel. Bij positieve kweek zijn de meest voorkomende bacteriën stafylokokken, streptokokken, Gram-negatieve bacteriën en verschillende anaëroben.⁴ Over de invloed van roken, obesitas en diabetes mellitus zijn de meningen verdeeld. Patiënten met een hidradenitis hebben vaker klachten van acne conglobata, sinus pilonidalis en chronische folliculitis op het hoofd.⁵

DIAGNOSTIEK

Bij onderzoek worden ontstekingen gevonden in de axillaire, perineale of mammaire regio. Bij de chronische vorm zijn er ook papels, pustels en noduli die kunnen samenvloeien tot grote cysteuze holten en abscessen. In de meeste gevallen zijn zwarte comedonen aanwezig. In gevorderde stadia wordt verlittekening met dikke fibreuze strengen gevonden.

VEEL GEBRUIKTE BEHANDELING

In het beginstadium bestaat de behandeling uit hygiënische maatregelen en desinfectie met povidon-jodium. Bij recidiverende klachten worden preventieve adviezen gegeven, zoals het vermijden van zeep, poeders, strakzittende of schurende kleding en deodorant met transpiratierepeller in oksels en liezen). Antibiotische behandeling wordt over het algemeen niet effectief bevonden.⁶ In de praktijk echter wordt vaak een initiële kuur (flucloxacilline) gegeven of langdurig gedurende één of meerdere

De bijdragen in de serie Kleine kwalen zijn of worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van JAH Eekhof, A Knuistingh Neven en ThJM Verheij. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (nu 4^e editie, 2001; ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

maanden (onder andere tetracycline). Bij abcesvorming geeft incisie verlichting van de pijnklachten.

Bij onvoldoende effect vindt verwijzing naar de dermatoloog plaats voor verdere behandeling met anti-androgenen of oestrogenen. In ernstige gevallen bestaat de behandeling uit het geven van isotretinoïne of immuunsuppressiva.

Bij een chronisch beloop en eventuele abcesvorming vindt meestal verwijzing naar een chirurg plaats voor behandeling door middel van incisie en drainage of excisie van de laesies. Voordeel van chirurgische behandeling is snelle klachtenverlichting, maar de genezing is in de meeste gevallen niet blijvend.

In sommige ziekenhuizen wordt CO₂-laserbehandeling toegepast.

Methode

Wij zochten in januari 2002 in Medline naar *reviews* (vanaf 1997) en *clinical trials* (vanaf 1966 tot maart 2002) onder de MESH-termen *hidradenitis* en *hidradenitis suppurativa*. Daarnaast vonden wij via de sneeuwbal methode afgeleide literatuur. In de Cochrane Controlled Trials Register vonden wij (december 2001) onder dezelfde MESH-termen negen onderzoeken. Wij troffen geen onderzoek aan naar de behandeling van hidradenitis in de huisartspraktijk.

Klinische vragen

WAT IS HET EFFECT VAN MEDICAMENTEUSE BEHANDELING?

Lokale behandeling

Van lokale antibioticatoediening is in een dubbelblind placebo-gecontroleerd onderzoek bij 30 patiënten met hidradenitis suppurativa aangetoond dat clindamycine na 3 maanden effectief was met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt en de hoeveelheid pustels. Na 3 maanden verminderde het gemiddeld aantal pustels van 9 naar 0,4 bij clindamycine; bij placebo steeg het aantal van 10 naar 18.⁷

Systemische medicatie

In een dubbelblind onderzoek werden orale toediening van tetracycline (tweemaal daags 500 mg) en lokale behandeling met clindamycine vergeleken. Gedurende minimaal 3 maanden gebruikten in het totaal 46 patiënten zowel lokale behandeling als orale medicatie, waarvan een van beide een placebo was. Zowel artsen als patiënten gaven bij maandelijks controle aan of de aandoening was verbeterd of verslechterd op een visueel-analoge schaal. In het onderzoek werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen beide middelen.⁸

In twee gerandomiseerde onderzoeken (116 respectievelijk 61 patiënten) werden azitromycine (AZM, 500 mg eenmaal daags gedurende 3 dagen), SY 5555 (een penicilline, 200 mg driemaal daags gedurende 7 dagen) en cefaclor (CCL, 250 mg driemaal

daags gedurende 7 dagen) vergeleken. Alledrie de middelen waren even effectief in het verminderen van het aantal laesies. In het eerste onderzoek waren na 7 dagen 48 van de 57 patiënten genezen in SY5555-groep versus 54 van de 59 in CCL-groep (verschil niet significant).⁹ In het tweede onderzoek waren na 7 dagen 25 van de 31 patiënten genezen in de AZM-groep versus 20 van de 30 in CCL-groep (verschil niet significant).¹⁰

Wij vonden geen onderzoek naar de werkzaamheid van flucloxacilline bij hidradenitis.

Hormonale behandeling

Er werd één onderzoek gevonden naar de werking van anti-androgenen (zoals Diane®). In dit dubbelblind cross-over onderzoek over 18 maanden bij 24 vrouwen werden de combinatie cyproteron (anti-androgeen) met ethinyloestradiol en norgestrel met ethinyloestradiol ('gewoon' éénfasepreparaat) vergeleken. Bij halfjaarlijkse controle gaven artsen een score voor het aantal en de ernst van de pustels (sterk verbeterd (+3) tot sterk verslechterd (-3)) terwijl patiënten op een visueel-analoge schaal aangaven of de aandoening was verbeterd of verslechterd. De scores van artsen en patiënten werden verrekend in een *disease activity score*. Hierbij wordt de activiteit van de aandoening volgens een gevalideerd scoringssysteem in kaart gebracht. Ten opzichte van de Ausgangssituatie (voor aanvang onderzoek) gaven de middelen in gelijke mate verbetering van klachten (cumulatieve *disease activity score* voor beide combinaties +13).¹¹

Behandeling met isotretinoïne

Wij vonden één onderzoek naar de werking van isotretinoïne.¹² In dit retrospectieve onderzoek (n= 68) werd de behandeling met isotretinoïne bij 68 patiënten gedurende de voorafgaande 9 jaar geëvalueerd. Na 4 tot 6 maanden bleek 23% genezen en 20% aanzienlijk verbeterd. Zowel artsen als patiënten gaven op scorelijsten bij halfjaarlijkse controle aan of de aandoening was verbeterd of verslechterd. De conclusie was dat isotretinoïne een beperkte waarde heeft bij de behandeling van hidradenitis suppurativa en vooral voor de milde vorm in aanmerking komt.

WAT IS HET EFFECT VAN CHIRURGISCHE BEHANDELING?

Er bestaat weinig overeenstemming in de literatuur over de beste chirurgische behandeling bij hidradenitis suppurativa. Drainage (spontaan of door incisie) kan tijdelijk voor verlichting zorgen bij een pijnlijk abces. Het is niet bekend of het effect heeft op de genezing.³

De resultaten van radicale excisie zijn afhankelijk van de uitgebreidheid en lokalisatie van de laesies en de radicaliteit van de operatietechniek. In een onderzoek bij 31 patiënten was de recidiefkans 25% met een mediane duur van 20 maanden.¹³

Ruime excisie is geïndiceerd, maar er zijn tegenstrijdige meningen over de vraag of de wond primair gehecht dient te worden, moet dichtgranuleren of met een huidtransplantaat worden gesloten.³ In een vergelijkend onderzoek (n=11) naar excisie van de apocriene klieren van de oksel, gevolgd door huidtransplan-

taat (één oksel) of dichtgranuleren (andere oksel), was de genezing met een huidtransplantaat sneller, maar de patiënten gaven de voorkeur aan dichtgranuleren (reden niet aangegeven).¹⁴ Wij hebben geen onderzoek kunnen vinden naar het effect van laserbehandeling.

Conclusie

Hidradenitis is een ontsteking van zweetklieren in oksel en liesgebied die in de huisartspraktijk weinig voorkomt. *Hidradenitis suppurativa* is de chronische vorm van hidradenitis die gepaard gaat met abscessen en littekenvorming en die moeilijk behandelbaar is. Op basis van ervaring worden in eerste instantie hygiënische adviezen en lokale desinfectie gegeven, hoewel hiervoor wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Bij tekenen van infectie is het effect van clindamycine-applicatie aangetoond en bij vrouwen in de fertile periode is effect van orale anticonceptie (norgestron en oestrogenen) te verwachten.

Indien het beloop chronisch wordt met lokale abscesvorming, is alleen op korte termijn effect aangetoond van ruime excisie op het voorkomen van recidieven.

Literatuur

- 1 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Boek met CD-ROM. Bussum: Coutinho, 1998.
- 2 De Waal MWM, Ong RSG. RHUH-LEO basisrapport VIII: databestand 1999/2000. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2001.
- 3 Rasker SP, Welvaart K. Hidradenitis suppurativa. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:484-7.
- 4 Highet AS, Warren RE, Weekes AJ. Bacteriology and antibiotic treatment of perineal suppurative hidradenitis. Arch Dermatol 1988;124:1024-51.
- 5 Mortimer PS, Lunniss PJ. Hidradenitis suppurativa. J R Soc Med 2000;93:420-2.
- 6 Boukes FS, Van der Burgh JJ, Nijman FC, Sampers GMHA, Simon B, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties. Huisarts Wet 1998;41:427-37.
- 7 Clemmenson OJ. Topical treatment of hidradenitis suppurativa with clindamycin. Int J Dermatol 1983;22:325-8.
- 8 Jemec GBE, Medsci D, Wendelboe P. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol 1998;39:971-4.
- 9 Arata J, Kanzaki H, Abe Y, Torigoe R, Ohkawara K, Endo M, et al. A multicenter, double-blind, double placebo comparative study of SY 5555 versus ceflaxor in the treatment of skin and skin structure infections. Japanese Journal of Chemotherapy 1994;42:740-60.
- 10 Arata J, Torigoe R, Ohkawara A, Koizumi H, Sato H, Furuya K, et al. A multicenter, double-blind, double placebo clinical trial of azithromycin versus ceflaxor in the treatment of skin and skin structure infections. Japanese Journal of Chemotherapy 1995;43:1069-87.
- 11 Mortimer PS, Dawber RP, Gales MA, Moore RA. A double-blind controlled cross-over trial of cyproterone acetate in females with hidradenitis suppurativa. Br J Derm 1986;115:263-8.
- 12 Boer J, Van Gemert JP. Long-term results of isotretinoin in the treatment of 68 patients with hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol 1999;40:73-6.
- 13 Ritz P, Runkel N, Haier J, Buhr HJ. Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis suppurativa. Int J Colorect Dis 1998;13:164-8.
- 14 Morgan WP, Harding KG, Hughes LE. A comparison of skin grafting and healing by granulation, following axillary excision for hidradenitis suppurativa. Ann R Coll Surg Engl 1983;65:235-6.