

a Japonska vyplývá, že v těchto populacích jsou častěji postiženi muži (10, 11).

Klinický obraz

Primárně se projevy HS objevují v intertriginózních oblastech, zejména v axilách, tříslech, perianálně, na perineu a v inframamární oblasti (Obr. 1–3). Zánětlivé noduly a abscesy jsou velmi citlivé a bolestivé. Postupně dochází k tvorbě sinusových traktů, píštělí a jizvení, drenáži serózního, hemoragického či purulentního sekretu, který zapáchá. Projevy způsobují nejen fyzické nepohodlí, ale omezení má často i negativní psychosociální dopad na život pacienta (1, 12).

Diagnostika

Diagnóza je stanovena na základě klinické manifestace. HS byla poprvé popsána již v polovině 19. století (1). Její diagnostika je však i dnes komplikovaná a velmi často opožděná, což znamená pro pacienta nejen oddálení léčby, ale i riziko progresu onemocnění do závažnějších stadií. To potvrzuje i retrospektivní observační studie z kliniky v Portugalsku publikovaná v roce 2023. Ukázala, že mezi objevením prvních projevů HS a stanovením diagnózy uplynulo u pacientů v letech 2006–2022 v průměru více než 10 let. Navíc se toto období v průběhu posledních 5 sledovaných let nezkracovalo (13). Důvodem může být pozdní vyhledání lékařské pomoci, nedostatek informací a zkušeností lékaře, případně kombinace obojího. Ve většině případů je správná diagnóza stanovena dermatologem (14).

Pro hodnocení stadia a závažnosti onemocnění se v klinické praxi používají Hurleyho klasifikace, HS-PGA (hidradenitis suppurativa Physician's Global Assessment), IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Scoring System). Hurleyho stadium I – noduly a abscesy v predilekčních lokalitách bez sinusových traktů a jizvení, Hurleyho stadium II – noduly, abscesy, které jsou navzájem oddělené, přítomné jsou již i sinusové trakty a jizvení, Hurleyho stadium III – četné navzájem propojené abscesy a sinusové trakty, jizvení, celá lokalita je postižena. Stupeň závažnosti PGA 0 – bez projevů, PGA 1 – nezánětlivé uzly, PGA 2 – méně než 5 zánětlivých uzlů nebo 1 absces/píštěl bez zánětlivých uzlů,

PGA 3 – 5 a více zánětlivých uzlů bez abscesů/píštělí nebo 1 absces/píštěl a 1 a více zánětlivých uzlů, nebo 2–5 abscesů/píštělí a méně než 10 zánětlivých uzlů, PGA 4 – 2–5 abscesů/píštělí a 10 a více zánětlivých uzlů, PGA 5 – více než 5 abscesů/píštělí (15).

Dopady HS na psychiku pacientů

HS má významný dopad na kvalitu života pacientů, což je dáno nejen fyzickými projevy, ale také psychickými důsledky. Přítomnost lézí, zejména v anogenitální oblasti, omezuje pohyblivost a flexibilitu kůže, což způsobuje fyzickou i emoční zátěž. Tyto faktory často vedou k omezením v běžném životě, včetně sexuálních funkcí (16, 17). Kůže, centrální nervový systém a psychika jsou úzce propojeny. Studie ukázaly, že chronická zánětlivá onemocnění kůže, jako je HS, mohou ovlivňovat činnost CNS prostřednictvím zánětlivých cytokinů. Ty mohou měnit uvolňování, metabolismus a funkci neurotransmiterů, což přispívá k rozvoji deprese a úzkosti (18). Deprese je jednou z nejčastějších komorbidit u HS a postihuje přibližně 20–30 % pacientů (19, 20). Studie ukazují, že přítomnost deprese není vždy přímo úměrná závažnosti klinických příznaků, ale úzce souvisí se zhoršenou kvalitou života (21). Prevalence deprese byla podobná u mužů i žen (19).

Podobně je u pacientů s HS častá úzkost, která postihuje přibližně 18–40 % jedinců. Stejně jako u deprese, i zde se číselné výsledky různí na základě použitých metod. Studie ukázaly, že pacienti s HS mají dvakrát vyšší riziko rozvoje úzkosti ve srovnání s běžnou populací (20, 21). Nejčastější formou úzkosti je mírná úzkost (63,1 %), zatímco středně těžká a těžká úzkost byla zaznamenána méně často (19). Úzkost a deprese se často vyskytují společně, což zhoršuje celkový zdravotní stav pacientů. Pacienti s HS se často cítí stigmatizováni kvůli viditelným jizvám, výtokům, zápachu a dalším příznakům onemocnění. Tato stigmatizace je spojená s výrazným zhoršením kvality života (DLQI) a zvýšením depresivních i úzkostných symptomů (22, 23) a také s negativním vlivem na sexuální život pacientů, včetně jeho zahájení u adolescentů. Studie ukázaly, že pacienti s vyšší mírou stigmatizace vykazují horší kvalitu života (DLQI 18,1 vs. 6,7), vyšší skóre deprese (PHQ-9: 11,1 vs. 4,9) a vyšší sociální úzkost (BFNE: 30,1 vs. 23,2) než pacienti s nižší mírou stigmatizace (22).

HS je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy. Pacienti s HS mají dvakrát vyšší pravděpodobnost spáchání sebevraždy než běžná populace (24). Riziko je vyšší u pacientů s pokročilým onemocněním, závažnými psychiatrickými komorbiditami nebo u těch,

Obr. 1–3. Na obrázcích jsou zobrazeny typické projevy HS u pacienta v obou axilách a na obličeji

