

manifestují jako zanícené či nezanícené noduly, sinusové trakty, abscesy a následné jizvení. Typickou lokalizací lézí, zahrnující axilární oblast, genitofemorální region, perineum, hýždě a u žen též inframamární oblast.

**Sekundárními diagnostickými kritérii** jsou: pozitivní **rodinná anamnéza a mikrobiologický nálezn**, který často neprokazuje přítomnost specifické patogenní mikroflóry, s nálezem fyziologické kožní mikrobioty nebo sterilního prostředí.

Použití dalších diagnostických metod, jako je biopsie či zobrazovací vyšetření, není v běžné praxi obvykle nutné. Histologické vyšetření může být indikováno v nejasných případech, zejména za účelem vyloučení jiných nozologických jednotek.

Závažnost onemocnění se standardně hodnotí podle klasifikace dle Hurleyové, která rozděluje HS do tří stadií: **Stadium I** je charakterizováno izolovanými abscesy a zánětlivými noduly bez přítomnosti jizvení. **Stadium II** zahrnuje recidivující abscesy a zánětlivé noduly, ojediněle s tvorbou píštělí a hnisavou sekrecí. **Stadium III** představuje difúzní postižení celé oblasti s vícečetnými abscesy, píštělemi a rozsáhlým jizvením kůže a podkoží.

Mezi muži a ženami existují určité rozdíly v typické lokalizaci lézí. U žen jsou častěji postiženy inframamární oblast, třísla a vnitřní strany stehien, zatímco u mužů převládá postižení axilárních, perianálních a gluteálních oblastí. Atypické lokalizace, jako je zátylek, dorzální oblast trupu mezi lopatkami, končetiny či retroaurikulární oblast, se vyskytují méně často, avšak jejich přítomnost je možná všude tam, kde se nacházejí folikul-pilosebaceózní jednotky.

Klinické projevy zahrnují výraznou bolestivost lézí, která je způsobena jejich hlubokým uložením v kůži. HS je považována za jedno z nejbolestivějších dermatologických onemocnění. Dalšími symptomy jsou svědění, nepříjemný zápach v důsledku sekundární infekce, omezení pohyblivosti a funkční neschopnost v postižených oblastech.

Existuje přímá korelace mezi tíží onemocnění a psychosociálním dopadem na pacienta. Vyšší stadia HS (Hurley II a III) jsou spojena s významným narušením kvality života, zvýšenou mírou úzkostných a depresivních symptomů. Hodnocení pomocí Dermatology

Life Quality Index (DLQI) ukazuje, že pacienti v těchto stadiích vykazují těžké až velmi těžké snížení kvality života.

V posledních letech je velmi přínosné využívat ultrazvukové vyšetření postižených oblastí, což pomáhá určit, zda se nacházíme ve stadiu, kde je léčba reverzibilní a kde je možné provést deroofing, nebo zda je postižení rozsáhlejší a vyžaduje spolupráci s chirurgem.

Včasná diagnostika a komplexní terapeutický přístup jsou proto klíčové pro zmírnění symptomů a zlepšení psychosociálního stavu pacientů s hidradenitis suppurativa.

## Rizikové faktory a diagnostické zpoždění

Mezi hlavní rizikové faktory rozvoje HS patří pozitivní rodinná anamnéza, kouření, obezita a diabetes mellitus. Včasná stanovení diagnózy bývá problematické zejména u mírných forem onemocnění, které jsou často chybně diagnostikovány nebo přehlíženy. Pacienti se v důsledku toho opakovaně dostávají do péče různých specialistů, což vede k prodávám v zahájení adekvátní léčby.

Průměrné diagnostické zpoždění u HS bylo v literatuře udáváno okolo 7,2 let, což je výrazně delší oproti jiným chronickým dermatózám, například psoriáze, u níž činí diagnostická prodleva v průměru 1,6 roku. Opožděná diagnóza významně přispívá k progresi onemocnění a ke zhoršení kvality života pacientů.

Kouření je s HS dlouhodobě asociováno. Přesný patogenetický mechanismus tohoto vztahu není dosud zcela objasněn, avšak předpokládá se, že oxidační stres indukovaný kouřením přispívá k udržování chronického zánětlivého prostředí v kůži. Bylo prokázáno, že prevalence kuřáctví je u pacientů s HS vyšší než v běžné populaci, přičemž kuřáci mají vyšší pravděpodobnost rozvoje tohoto onemocnění.

Obezita představuje další významný rizikový faktor. U pacientů s HS byla prokázána vyšší prevalence centrální obezity, vysoké hladiny triglyceridů, nízké hladiny HDL cholesterolu, zvýšené hladiny LDL cholesterolu, hyperglykemie a přítomnost metabolického syndromu. Riziko rozvoje obezity je u pacientů s HS až čtyřikrát vyšší ve srovnání se zdravou populací, přičemž obezita sama může dále zhoršovat průběh a závažnost onemocnění.

Hidradenitis suppurativa je rovněž spojena s řadou komorbidit. Nejčastějšími jsou metabolický syndrom (40–51 %), psychiatrická onemocnění (5–36 %), diabetes mellitus (9–30 %), spondyloartropatie (2–28 %), syndrom polycystických ovarií (9–14 %) a idiopatická střevní zánětlivá onemocnění (např. Crohnova choroba). U pacientů s chronickými lézemi HS, zejména v oblasti perineální a gluteální, je rovněž popisováno zvýšené riziko rozvoje spinocelulárního karcinomu (5 %).

## Léčba

Pro úspěšnou léčbu je klíčové zahájit terapii co nejdříve, ideálně v rané fázi onemocnění, kdy je postižení ještě reverzibilní, tedy kdy jsou přítomny pouze jednotlivé noduly nebo abscesy. V tomto stadiu je nezbytná včasná intervence, která může zahrnovat konzervativní léčbu, ať už antibiotickou, biologickou, nebo jednoduché chirurgické zákroky. Cílem je předejít vzniku pozdních komplikací, jako jsou píštěle, jizvení a funkční omezení, které často vyžadují složitější chirurgické zákroky, včetně plasticko-chirurgických výkonů. Bohužel, pacienti často přicházejí až v pokročilých stadiích onemocnění, kdy jsou již přítomny nevratné léze.

Iniciální terapeutický přístup zpravidla zahrnuje lokální aplikaci 1% roztoku či gelu klindamycinu. Podle nejnovějších Německých guidelines S2K v léčbě aktivní HS 2024 je u lehčích forem hidradenitidy standardem nasazení tetracyklinu v dávce 2 × 100 mg denně perorálně, který vykazuje podobnou účinnost jako lokálně aplikovaný klindamycin. U těžších forem se k terapii přidávají klindamicin a rifampicin, přičemž doporučená maximální délka jejich podávání je tři měsíce kontinuálně. Pokud léčba selže nebo pacient trpí komplikacemi, které znemožňují její pokračování, je indikována léčba biologická. Evropská léková komise (EMA) schválila biologické léky jako adalimumab (TNFa), secukinumab (inhibitor IL17) a bimekizumab (inhibitor IL17) pro první linii léčby těžké až velmi těžké hidradenitidy, a to v případech, kdy došlo k neadekvátní odpovědi na konvenční systémovou léčbu. Pokrok v léčbě biologickými léčivy je však omezen, protože pro některé blokátory interleukinu