

Hidradenitis suppurativa

– tid till diagnos och kopplingen till svårighetsgrad av sjukdom
hos patienter remitterade till hudkliniken i Region Sörmland

Annamaria Brandén, ST-läkare Strängnäs Vårdcentral, Strängnäs

Skriftligt individuellt arbete under handledning enligt vetenskapliga principer:

Allmänmedicin SOSFS 2015:8

Vetenskaplig handledare:

Charlotte Nylander, Barnhälsovårdsöverläkare, Medicine Doktor, Region Sörmland

Sammanfattning

Bakgrund

Hidradenitis suppurativa (HS) är en kroniskt återkommande inflammatorisk hudsjukdom. Den kliniska bilden är inflammerade noduli, bölder och fistlar i intriginösa lokaler. Den drabbar ca 1 % av befolkningen i västvärlden. Man har i tidigare studier sett att diagnosen ställs 7–10 år efter symptomdebut. Många patienter med HS har en betydande komorbiditet, såsom obesitas, metabolt syndrom, inflammatorisk tarmsjukdom och psykisk ohälsa.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka tid till diagnos för patienter med hudsjukdomen hidradenitis suppurativa samt hitta eventuella skillnader utifrån kön, komorbiditet samt rökning kopplat till tid till diagnos samt svårighetsgrad av sjukdom.

Metod

Studien genomfördes som en retrospektiv deskriptiv studie genom granskning av journaler. Studiepopulationen utgjordes av de 100 patienter som vid studiens start 2019-09-10 och bakåt till och med 2017-10-02 fått diagnosen hidradenitis suppurativa (ICD kod L73.2) som huvuddiagnos vid mottagningsbesök på hudkliniken i Region Sörmland. Från journalerna hämtades information om kön, Hurley gradering, uppskattad symptomdebut, tidpunkt för diagnos, remitterande klinik, behandling före och efter anslutning till hudkliniken, annan huddiagnos innan diagnosen HS, komplikationer, komorbiditet och rökning. Kategorisering av tid till diagnos gjordes där tre grupper i ungefär samma storlek skapades beroende av hur lång tid det tog att få diagnos. Även en genomgång av komorbiditet gjordes och en kategorisering av sjukdomsgrupper utfördes. Analys av eventuella signifikanta skillnader mellan grupper utfördes med hjälp av Chi-två-test och Fishers exakta t-test (vid grupper <5).

Resultat

Patienterna var födda mellan år 1944 och 2004 med en medelålder på 40 år. Tid till diagnos var 0–2 år för 30 % av patienterna, 3–15 år för 48 % och >15 år för 22 %. En majoritet, 55 %, hade 1–2 andra samtidiga diagnoser och 27 % hade ≥ 3 diagnoser. Det var ingen skillnad i svårighetsgrad av sjukdom mellan könen. Vid en jämförelse mellan svårighetsgrad av sjukdom och tid till diagnos kunde man se en tendens att något fler av de med mild-måttlig sjukdom hade fått diagnos tidigare än de med svår sjukdom. Av de patienter där uppgift om rökning fanns registrerad var 66 % rökare och dokumenterad övervikt återfanns bland 41 % av populationen. Man kunde inte se en tydligt tyngre sjukdomsburden för patienter med övervikt eller hos de patienter som rökte. Vad gäller komorbiditet var det 6 % ($n = 6$) av studiepopulationen som hade inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). De hade en svårare sjukdomsgrad än patienter utan denna komorbiditet men med en osäkerhet kopplat till det låga antalet med sjukdomen IBD i studiepopulationen (p -värde 0,047).

Slutsats

Studien visar dels att det i genomsnitt tar flera år från symptomdebut till att diagnosen hidradenitis suppurativa ställs på patienter i Region Sörmland, dels att variabiliteten i antal år från symptomdebut till diagnos är stor. Utöver detta visar studien att patienter med komorbiditet i IBD hade en svårare hudsjukdom men med osäkerhet kopplat till den lilla studiepopulationen. Kunskapen om HS behöver förbättras i vården så att patienterna tidigare får diagnosen och tillgång till rätt behandling. Patienter med samtidig IBD behöver särskilt uppmärksammas.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Bakgrund	2
Syfte	2
Metod.....	2
Resultat	2
Slutsats	3
Innehållsförteckning	4
Bakgrund	5
Epidemiologi	5
Symptombild	5
Patogenes.....	5
Komorbiditet.....	6
Syfte	6
Metod.....	6
Studiedesign	6
Studiepopulation och datainsamling.....	6
Variabler	7
Statistiska analyser	8
Etiska överväganden	8
Resultat.....	8
Deskriptiva resultat	8
Komorbiditet.....	10
Skillnader i tid till diagnos.....	10
Skillnader i svårighetsgrad av sjukdom	11
Diskussion	12
Slutsatser.....	14
Referenser	15
Bilagor	17

Bakgrund

Epidemiologi

Hidradenitis Suppurativa (HS) är en kronisk återkommande inflammatorisk hudsjukdom. Den debuterar vanligtvis efter puberteten i 20–30 årsåldern men förekommer i alla åldrar och är mer än dubbelt så vanlig hos kvinnor som hos män (1). Sjukdomen drabbar ca 1 % av befolkningen i västvärlden men prevalensen varierar i olika studier (2). Forskning visar att diagnos sätts i genomsnitt 7–10 år efter symptomdebut (2). Fördröjning att söka vård har noterats hos patienterna och efter kontakt med sjukvården har man sett att diagnostisering dröjt (3).

Symptombild

Sjukdomen manifesterar sig med återkommande inflammerade noduli och abscesser samt vätskande fistelgångar. Det är även vanligt med öppna och slutna komedoner (d.v.s. tilltäppta talgkörtlar) i de inflammerade områdena. Med tiden uppstår fibros med ärrbildning och risk för kontrakturer och skivepitelcancer (4,5). Inflammationen uppstår framför allt i intriginösa lokaler d.v.s. axiller, ljumskar, anogenitalt och i bröstområdet. Sjukdomen leder till smärta, odör, vätskande abscesser och fistlar samt vanprydad. Studier har visat på en nedsatt livskvalitet hos patienter med hidradenitis suppurativa med ökad risk för psykisk sjukdom såsom ångest och depression (6).

HS är en klinisk diagnos som ställs utifrån typiska återkommande hudförändringar i ovan beskrivna lokaler. HS klassificeras vanligtvis enligt Hurley stadiindelning (7,8).

Hurleys stadiindelning:

- Stadium 1: Lindrig sjukdom - en eller flera isolerade noduli/abscesser utan fistlar eller ärrbildning (utgör ca 75 %)
- Stadium 2: Måttlig sjukdom - återkommande abscesser med ≥ 1 fistelgång och ärr, normal hud mellan förändringarna (utgör ca 25 %)
- Stadium 3: Svår sjukdom - stora områden med inflammation med kommuniserande abscesser och fistlar, efter hand allt med ärrvävnad (utgör ca 1 %)

Patogenes

Patogenesen är inte helt känd men den senaste teorin är att ocklusion av hårfollikeln orsakar sjukdomen initialt (1,4). Hårfollikeln består av hårsäcken, talgkörtlar och apokrina svettkörtlar. Hyperkeratos i hårfollikeln gör att utförsångarna i follikeln pluggar igen och dilateras och till sist rupturerar och ger inflammation, abscesser och fistelgångar. Sekundärt till detta uppstår inflammation i apokrina svettkörtlar vilket man tidigare trodde var den primära patogenesen.

Komorbiditet

Patienter med HS har ofta betydande komorbiditet. Tidigare studie visar på att försenad tid till diagnosen HS har lett till fler samtidiga andra sjukdomar (9). Den absolut vanligaste sjukdomen hos patienter med HS är övervikt och obesitas. Man har i studier sett att 50-75 % av patienterna har övervikt eller obesitas och att de även har en svårare sjukdom (1,9). Varför vissa sjukdomar förekommer oftare hos patienter med HS är okänt men många av dem är, liksom HS, inflammatoriska sjukdomar. Olika systemsjukdomar, såsom inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) och framför allt Crohns sjukdom, men även spondylartrit är kopplade till HS. En annan inflammatorisk hudsjukdom, psoriasis, har studerats, där vissa studier visar på ett samband och andra ej tydligt kan befästa det (1,2). Dessutom finns en koppling till metabola sjukdomar som hypertoni, dyslipidemi och diabetes (2). Rökning är också vanligare bland patienter med HS, jämfört med friska. Rökstopp ger på sikt minskad sjukdomsburden och hos en del t.o.m. remission (10,11).

Patienter med HS lider i högre grad av psykisk ohälsa än friska kontroller och det finns en koppling till sämre livskvalitet. Inom dermatologi använder man sig av DLQI (Dermatology Life Quality Index), ett standardiserat frågeformulär som mäter livskvalitet hos patienter med hudsjukdom. Höga poäng på DLQI, d.v.s. stor påverkan på livskvalitet, sågs hos patienter med HS. De uppvisade till och med högre poäng, och därmed sämre livskvalitet, än patienter med många andra hudsjukdomar som har studerats såsom psoriasis, atopisk dermatit och kronisk urtikaria (12). Studier har visat att patienter med HS dessutom har en lägre självkänsla, ökad ångest och depression samt social isolering (6).

Syfte

Studiens syfte var att undersöka tid till diagnos för patienter med hudsjukdomen HS. Utöver det syftade studien till att studera eventuella skillnader utifrån kön, komorbiditet samt rökning kopplat till tid till diagnos samt svårighetsgrad av HS.

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes som en retrospektiv deskriptiv studie genom granskning av journaler på Hudkliniken i Region Sörmland.

Studiepopulation och datainsamling

Studiepopulationen utgjordes av de 100 patienter som vid studiens start 2019-09-10 och bakåt till och med 2017-10-02 fått diagnosen hidradenitis suppurativa (ICD kod L73.2) som huvuddiagnos vid mottagningsbesök på hudkliniken i Region Sörmland. Eftersom HS är en hudsjukdom och många sköts på hudklinik hämtades data från Hudkliniken Region Sörmland. Data inhämtades genom systemet Cross Rapport, som är knutet till Region Sörmlands journalsystem NCS Cross.

Variabler

Journalerna granskades utifrån en förutbestämd mall där information om kön, Hurley gradering, uppskattad ålder för symptomdebut, tidpunkt för diagnos, remitterande klinik, behandling före och efter kontakt med hudkliniken, annan huddiagnos innan diagnosen HS, komplikationer, komorbiditet och rökning inhämtades (bilaga 1). Komorbiditet övervikt/obesitas hämtades från läkarens journalkommentar om övervikt/obesitas från status eller anamnes.

Genom att noggrant läsa remiss och remissvar, mottagningsanteckningar och utremisser plockades så mycket information ut om respektive patienten som möjligt men samtlig information för alla variabler återfanns inte. En uppgift som i sammanhanget var viktig var tidpunkt till diagnos då detta utgör den primära frågeställningen i denna studie. Denna uppgift var, framför allt när patienten haft sjukdomen länge innan diagnos, svårt att få ett precist svar på. Ofta omnämndes uppgifter som: "Symptom sedan tonåren", "symptom i cirka 10 år", "mångåriga besvär". Detta medförde att det är uppskattade värden när det har bedömts möjligt och att för 31 patienter framkom ingen data om tid för debut. Vid flera tillfällen stod att besvären började i tonåren och beslut togs att uppskatta det till att besvären började vid 15 års ålder. Vidare var det svårt att finna information om vilken diagnos patienten fått tidigare för sina besvär. Detta gick bara att hitta i 15 journaler.

När rådata var insamlad gjordes en översyn och justering till numeriska tal för att analys skulle vara möjlig. Dessutom kategoriserades variabler enligt beskrivning nedan.

Symptomskattning enligt Hurley användes frekvent i journalerna men med vanligt förekommande bedömning att patienten hade grad I-II eller II-III utöver de fasta graderingarna I, II och III. För att få med denna nyansering av sjuksgradering togs beslut att ta med alla dessa fem graderingar. När beskrivning endast fanns av sjuksgraden som lindrig, måttlig eller svår sjukdom valdes dessa beskrivningar att tolkas som lindrig = Hurley I, måttlig = Hurley II, svår = Hurley III. Svårighetsgrad av sjukdomen enligt Hurley delades sedan in i mild-måttlig sjukdom (Hurley I, I-II samt II) och svår sjukdom (Hurley II-III samt III) vid analys av data. Rökning kategoriserades i tre nivåer: Icke-rökare, rökare och tidigare rökare.

Även en genomgång av komorbiditet gjordes och en kategorisering av sjuksgrupper utfördes enligt följande: Övervikt/obesitas/överviktskirurgi, diabetes mellitus typ 2, hjärt-kärlsjukdom, IBD, reumatisk sjukdom, diabetes mellitus typ 1, astma/allergi, depression/ångest, övrig psykiatrisk sjukdom, neurologisk sjukdom, smärta/fibromyalgi, övrig mag-tarmsjukdom och övrigt. Indelningen baserades på vad som tidigare är känt om komorbiditet och HS, där till exempel systemsjukdomar, framför allt IBD, är vanligare hos HS-patienter (2). Av denna anledning utfördes specifika analyser på förekomst av IBD bland patienterna. Även depression och ångest har funnits vara överrepresenterade hos HS-patienter i andra studier och dessa sattes därför i en egen grupp skilt från annan psykiatrisk diagnos (6).

För att på ett överskådligt sätt kunna analysera huruvida förseningen av diagnos var kopplad till exempelvis komorbiditet eller svårighetsgrad av HS skapades tre grupper i ungefär samma storlek beroende av hur lång tid det tog att få diagnos. Snabb diagnos estimerades

till diagnos 0–2 år efter symptomdebut, moderat till diagnos 3–15 år efter symptomdebut och sen diagnos om symptomen startat >15 år innan diagnos.

För att jämföra tid till diagnos mot antalet diagnoser kategoriserades antal diagnoser till tre grupper: Ingen annan diagnos, 1–2 andra diagnoser, 3 eller fler andra diagnoser.

Statistiska analyser

Vid bearbetning av insamlade data användes statistikprogram SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0, SPSS; IBM, Chicago, IL, USA). Dels räknades deskriptiva data fram kring antal och procent av olika variabler. Analys av eventuella signifikanta skillnader mellan grupper utfördes med hjälp av Chi-två-test och Fishers exakta t-test (vid grupper <5). Statistisk signifikans definierades som ett p-värde <0,05. Analyserna genomfördes med hjälp av vetenskapliga handledaren.

Etiska överväganden

Innan studien påbörjades inhämtades skriftligt godkännande från verksamhetschefen på Hudkliniken i Region Sörmland för att studera patientjournaler på Hudkliniken. Vid sammanställningen av data har inga personuppgifter förekommit. Eftersom det är en retrospektiv studie har behandling, åtgärder eller utredning av patienter inte påverkats av studien. Arbetet ska heller inte publiceras utan presenteras internt för att förbättra vården för patienter med HS inom primärvården i Sörmland. Av dessa anledningar bedömdes att ingen etisk prövning var nödvändig.

Resultat

Deskriptiva resultat

Totalt studerades 100 patienter som under åren 2017–2019 fått diagnosen hidradenitis suppurativa. De var födda mellan år 1944 och 2004, d.v.s. mellan 15 och 75 år och med en medelålder på 40 år 2019 när studien initierades. Majoriteten var kvinnor och av de patienter där uppgift om rökning fanns var 66 % rökare. De flesta hade mild-måttlig sjukdom och för flertalet tog det 3–15 eller >15 år till diagnos.

Tabell 1: Beskrivning av studiepopulationen

Kön n=100	n (%)
Män	27 (27)
Kvinnor	73 (73)
Rökning n=74	
Ja	49 (66)
Nej	8 (11)
Tidigare rökare	17 (23)
Hurley n=94	
Mild-måttlig sjukdom	79 (84)
Svår sjukdom	15 (16)
Tid till diagnos n=69	
0–2 år	21 (30)
3–15 år	33 (48)
>15 år	15 (22)
Annan sjukdom n=95	
Ingen	17 (18)
1–2	52 (55)
≥3	26 (27)

Komorbiditet

Patientgruppen studerades utifrån komorbiditet där ett av måttet var antalet andra diagnoser. En majoritet, 55 %, hade 1–2 andra samtidiga diagnoser. Det var en stor spridning på antalet diagnoser, där 1 patienten hade 6 andra diagnoser och 20 hade ingen annan diagnos.

Av de studerade hade 41 % (n=39) dokumenterad övervikt och 6 % (n = 6) hade inflammatorisk tarmsjukdom. Se tabell 2 för förekomsten av specifika diagnoser/sjukdomsgrupper.

Tabell 2: Komorbiditet

	n (%)
Övervikt/obesitas/ överviktskirurgi	39 (41)
Hjärt-kärlsjukdom	19 (20)
Diabetes typ 2	12 (13)
IBD	6 (6)
Depression och/eller ångest	13 (14)
Annan hudsjukdom	21 (22)

Skillnader i tid till diagnos

En tendens till att män fick diagnos tidigare kunde ses. En större andel av männen återfanns i gruppen som fick diagnos inom 0–2 år efter symptomdebut. Dessa samband var icke-signifikanta. Inte heller sågs någon koppling mellan rökning och tid till diagnos se tabell 3.

Inga signifikanta skillnader kunde ses i antal andra diagnoser kopplat till tidig, moderat eller sen diagnos av HS. Den tendens man kunde skönja var att fler i gruppen utan andra diagnoser (33 %) samt i gruppen med tre eller fler diagnoser (27 %) återfanns bland de som fått diagnosen sent jämfört med dem med 1–2 diagnoser där en större andel fick diagnos tidigt.

Av de med annan hudsjukdom än HS kunde man se en tendens att fler fick tidig diagnos, se tabell 3.

Tabell 3: Tid till diagnos

Kön	0–2 år	3–15 år	över 16 år
Män	8 (38 %)	5 (15 %)	3 (20 %)
Kvinnor	13 (62 %)	28 (85 %)	12 (80 %)
Rökning			
Ja	9 (56 %)	15 (65 %)	9 (75 %)
Nej	1 (6 %)	2 (9 %)	2 (17 %)
Tidigare	6 (38 %)	6 (26 %)	1 (8 %)
Antal andra diagnoser			
Inga	3 (15 %)	8 (25 %)	5 (33 %)
1–2	14 (70 %)	17 (53 %)	6 (40 %)
3 eller fler	3 (15 %)	7 (22 %)	4 (27 %)
Annan hudsjukdom			
Ja	7 (35 %)	5 (16 %)	2 (13 %)
Nej	13 (65 %)	27 (84 %)	13 (87 %)

Skillnader i svårighetsgrad av sjukdom

Det gick inte att se någon skillnad i svårighetsgrad av sjukdom mellan könen. Lika stor andel av männen respektive kvinnorna återfanns i gruppen med mild-måttlig sjukdom som i gruppen med svår sjukdom.

Vad gäller rökning sågs inga signifikanta skillnader men en tendens att färre rökare återfanns i gruppen med svår sjukdom. Det återfanns dock en något större andel av tidigare rökare i gruppen med svår sjukdom.

Det sågs inte heller några signifikanta skillnader mellan svårighetsgrad av sjukdom och hur snabbt patienten fick sin diagnos men bland de med mild-måttlig sjukdom kunde man skönja en tendens att något fler hade fått diagnos tidigt.

Antalet andra diagnoser eller övervikt påverkade inte heller grad av sjukdom i den undersökta gruppen annat än en tendens som pekade mot att övervikt var kopplat till svårare sjukdom.

Vid jämförelse av de patienter med IBD som ingick i studien sågs en signifikant skillnad att de hade en svårare sjukdom än patienter utan IBD (p-värde 0,047).

Tabell 4: Skillnader i svårighetsgrad av sjukdom

Kön	Mild-måttlig	Svår
Man	20 (25 %)	4 (27 %)
Kvinna	59 (75 %)	11 (73 %)
Rökning		
Ja	39 (71 %)	7 (50 %)
Nej	4 (7 %)	3 (21 %)
Tidigare	12 (22 %)	4 (29 %)
Tid till diagnos		
0–2 år	15 (28 %)	2 (18 %)
3–15 år	25 (47 %)	8 (73 %)
>15 år	13 (25 %)	1 (9 %)
Antal andra diagnoser		
Inga	16 (21 %)	2 (14 %)
1–2	42 (56 %)	8 (57 %)
3 eller fler	17 (23 %)	4 (29 %)
Övervikt + överviktskirurgi	28 (37 %)	8 (57 %)
IBD	3 (4 %)	3 (21 %)
Depression och/el ångest	11 (15 %)	2 (14 %)

Diskussion

Liksom tidigare studier visade denna studie att patienter med HS har sin sjukdom under lång tid innan diagnos ställs. Dock är det en liten studie där en kategorisering av tid till diagnos gjordes. Tidigare studier har visat att en fördröjning av diagnos dels beror på att patienten väntar med att söka för sina symptom, dels på att de sedan blir feldiagnostiserade både en och flera gånger (3). HS är en klinisk diagnos som är att betrakta som relativt ovanlig vilket kanske är en anledning till att patienter med HS feldiagnostiseras. Tiden till diagnos var i samma nivå i denna studie som tidigare gjorda studier vilket borde tyda på att det även här fanns en fördröjning både hos patienten och sedan hos sjukvården. Vid undersökning av tid till diagnos och svårighetsgrad av sjukdom var tendensen att de med svår sjukdom fått diagnos senare. Om dessa patienter hade fått sin diagnos tidigare hade de kanske inte haft en lika svår sjukdom. Tidigare studier har visat att fördröjd diagnos dels ger svårare HS, men också att det är associerat med att ha flera andra sjukdomar (9). Detta leder till ökad morbiditet hos patienten med sänkt livskvalitet och risk för mer sjukfrånvaro samt även högre

kostnader för sjukvården. Det är således av största vikt att både utifrån patientens livskvalitet men även på en samhällslevelig nivå korta tiden från symptomdebut till att diagnosen hidradenitis suppurativa ställs hos patienterna.

I studien sågs inga signifikanta värden kring hur svårigheten av sjukdomen såg ut kopplat till tid till diagnos. Det var dock en tendens att i gruppen med mild-måttlig sjukdom fick fler diagnosen inom 2 år. Kan det vara så att denna grupp fick diagnos tidigt och rätt behandling sattes in vilket avstannat försämring? I gruppen med svår sjukdom hittades en större andel som fick diagnos inom 3–15 år. De var uppenbarligen besvärade av sin sjukdom och fortsatte att söka vård, för att till sist få en diagnos och rätt behandling. Kanske hade de då redan utvecklat en svårare grad av sjukdom samt även komplikationer såsom ärr och fistelgångar? I gruppen som fick diagnos 15 år efter symptomdebut hade dock många en mild-måttlig sjukdom. Kanske kan den försenade diagnosen kopplas till att besvären inte var så uttalade och behovet av en behandling inte varit lika stor?

En tendens sågs till att de med annan hudsjukdom hade fått diagnos HS något tidigare vilket torde kunna bero på att de genom sin andra hudsjukdom eventuellt redan hade kontakt med specialistläkare på hudmottagnigen. Det var dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna och man kan fundera på varför skillnaden inte var större. Kanske är svaret att patienten drar sig för att ta upp sina besvär med HS och att fördröjning till diagnos beror på det?

Totalt hade 6 % i den undersökta gruppen IBD vilket var en högre siffra än befolkningen i stort där man räknar med en prevalens på ca 0,5–1 % (13). Detta är känt sedan tidigare och det som också sågs i denna studie var att patienter med IBD och HS hade en svårare hidradenitis suppurativa. Dock är det en liten studie och detta skulle behöva studeras i en större population. Patienter med HS och IBD behöver särskild uppmärksamhet i vården för att undvika att de hamnar i svår sjukdom. Kanske ska dessa patienter tidigare gå upp i behandlingstrappan och få till exempel biologiska läkemedel för sin HS samt att behandlande gastroenterolog remitterar patienten till hudmottagning vid tidiga tecken på HS?

I studien hade en stor andel patienter övervikt och det är sedan tidigare känt att övervikt leder till inflammation och svårare sjukdom (10). HS debuterar ofta redan i unga år, kanske innan en övervikt har uppstått. Om HS-diagnosen kunde ställas tidigare och att det i samband med diagnossättande kunde ges en tydlig information om att undvika viktuppgång alternativt gå ner i vikt vid en övervikt, har patienten troligtvis mycket att vinna i sjukdomsburda och lidande.

Förvånansvärt nog fanns en tendens att icke-rökare hade svårare sjukdom. Man såg också en liten ökad andel patienter som tidigare rökt i gruppen med svår sjukdom. Kanske var motivationen högre att sluta röka i gruppen med svår sjukdom för att på så sätt lindra symptomen? Tidigare studier har dock visat att patienter med HS som är icke-rökare har lägre sjukdomsburda jämfört med rökare, och tidigare rökare hamnar mellan dessa två grupper (4,10). Dessutom har tidigare studier, tvärtemot den aktuella studien, visat på att icke-rökare får diagnos senare vilket kan bero på att sjukdomen hos läkare är starkt förknippad med rökning (4). Den aktuella studien utgjordes dock av ett begränsat patientunderlag och kanske hade en större studie kunnat visa på andra samband?

Svagheter med studien

Svagheter med studien är att det var en journalstudie där den information man har att tillgå var det som behandlande läkare dokumenterat. Exempelvis kan man inte med säkerhet veta att uppgifter om andra sjukdomar alltid dokumenterats komplett. Det ledde även till att det vid varje undersökt parameter föll bort patienter där just den informationen inte fanns dokumenterad. Osäkerhet fanns också kring tidpunkt för symtomdebut. Här fick journaldata uppskattas och tolkas, vilket resulterade i att studien fick fokusera på tidsintervall istället för exakta tidpunkter. Det var även ett litet material som undersöktes med endast 100 studerade journaler, vilket gjorde det svårt att uttala sig om skillnader mellan grupper. De analysmetoder som användes kunde inte heller precisera orsakssamband.

Studien har endast omfattat patienter som varit på hudmottagningen. Det finns således en risk att det omfattat färre av patienter med mild form av HS då de eventuellt i större utsträckning ej remitterats utan fått hjälp via primärvården. För att få en mer komplett bild av patientens sjukhistoria hade man kunnat granska hela journalen för Region Sörmland där patienten har kunnat söka för besvär som kan härledas till hidradenitis suppurativa, t.ex. vårdcentraler, kirurgkliniken, kvinnokliniken och barnkliniken. Dock hade projektet med det upplägget blivit för omfattande för ett ST-arbete.

Vidare skulle en intervjubaserad studie, där patienter får svara på frågor kring sin sjukdomshistoria, hur de har sökt vård och vilka behandlingar de fått genom åren kunna bidra till ökad kunskap kring HS och bidra till mer information om hur dessa patienter tas om hand i vården. Dessutom skulle det vara intressant att försöka ta reda på vilka andra diagnoser och behandlingar patienter fått innan rätt diagnos ställs för att på bästa sätt angripa den misstänkta kunskapsbristen inom vården.

Slutsatser

Studien visar att diagnosen hidradenitis suppurativa ställs lång tid efter symptomdebut. Det är av största vikt att lyfta kunskapen om HS i sjukvården, för att möjliggöra snabbare behandling, minska sjukdomsburden, komplikationer och lidande.

I övrigt hittades även att patienter med samtidig IBD hade en svårare sjukdom, dock är det få patienter och således osäkra data, men att rökning och övervikt inte var kopplade till svårare sjukdom. Större studier behövs för att kartlägga dessa samband tydligare. För att bättre studera omhändertagandet av patienter med HS skulle en större intervjubaserad studie kanske kunna ge tydligare helhetsbild av hur man bättre kan hjälpa dessa patienter.

Referenser

1. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa. Journal of the American Academy of Dermatology. maj 2020;82(5):1045–58.
2. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, Hamzavi I, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. J Eur Acad Dermatol Venereol. januari 2021;35(1):50–61.
3. Saunte DM, Boer J, Stratigos A, Szepletowski JC, Hamzavi I, Kim KH, m.fl. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. Br J Dermatol. december 2015;173(6):1546–9.
4. Hidradenitis suppurativa: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2022. Tillgänglig vid: https://www.uptodate.com/contents/hidradenitis-suppurativa-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=hidradenitis%20suppurativa&source=search_result&selectedTitle=2~63&usage_type=default&display_rank=2#H106560796
5. Woodruff CM, Charlie AM, Leslie KS. Hidradenitis Suppurativa. Mayo Clinic Proceedings. december 2015;90(12):1679–93.
6. Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, Efsthathiou V, Dessinioti C, Tzanetakou V, m.fl. Quality of Life and Psychosocial Implications in Patients with Hidradenitis Suppurativa. Dermatology. 2016;232(6):687–91.
7. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, m.fl. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. Journal of the American Academy of Dermatology. juli 2019;81(1):76–90.
8. Hidradenitis suppurativa [Internet]. Medibas. 2022. Tillgänglig vid: <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/hud/tillstand-och-sjukdomar/pustulosa-tillstand/hidradenitis-suppurativa-hs>
9. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, Barbus S, Gomis-Kleindienst S, m.fl. Delayed Diagnosis of Hidradenitis Suppurativa and Its Effect on Patients and Healthcare System. Dermatology. 2020;236(5):421–30.
10. Sartorius K, Emtestam L, Jemec GBE, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. British Journal of Dermatology. oktober 2009;161(4):831–9.
11. Vekic DA, Cains GD. Hidradenitis suppurativa - Management, comorbidities and monitoring. Aust Fam Physician. 2017;46(8):584–8.

12. Matusiak Ł, Bieniek A, Szepietowski J. Psychophysical Aspects of Hidradenitis Suppurativa. *Acta Derm Venerol.* 2010;90(3):264–8.
13. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, m.fl. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* januari 2012;142(1):46-54.e42; quiz e30.

Bilagor

Bilaga 1

Information som hämtades för respektive patient vid journalgranskning:

Födelseår

Kön

Aktuell Hurleygradering

Uppskattad ålder för symptomdebut

Första söktillfället

Tidpunkt för diagnos

Remiss från vilken klinik

Annan diagnos före remiss

Behandling efter remiss

Behandling före remiss

Komplikationer

Antal andra diagnoser

Komorbiditet:

- Ingen annan sjukdom
- DM typ 2
- Hjärt- och kärlsjukdom
- Övervikt/obesitas/överviktskirurgi
- IBD
- Reumatisk sjukdom
- Sköldkörtelsjukdom
- DM typ 1
- Astma/allergi
- Hudsjukdom
- Depression/ångest
- Annan psykiatrisk sjukdom
- Neurologisk sjukdom
- Smärta/fibromyalgi
- Övrig mag-tarmsjukdom
- Övrig sjukdom

Rökning