

Bir Üniversite Hastanesinin Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hidradenitis Süpürativa Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri: Prospektif Bir Çalışma

Clinical and Demographic Characteristics of Hidradenitis Suppurativa Patients Application to the Dermatology Clinic of a University Hospital: A Prospective Study

^{id} Bilal SULA^a, ^{id} Ümit EKİNCİ^a

^aDicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET Amaç: Hidradenitis süpürativa (HS) veya akne inversa, çoğunlukla puberte sonrası ortaya çıkan ağrılı, derin yerleşimli, iltihaplı lezyonlarla karakterize kronik, inflamatuvar, tekrarlayıcı bir deri hastalığıdır. Aksiller, inguinal ve anogenital bölgeler gibi vücudun apokrin bezlerden zengin bölgelerinde daha sık görülür. Çalışmamızda, dermatoloji polikliniğine başvuran HS tanılı ve ilk defa HS tanısı alan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerini değerlendirdik. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, dermatoloji ana bilim dalı polikliniğine başvuran HS tanılı ve ilk defa HS tanısı alan 50 hasta dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri ve klinik bulguları kaydedildi. HS tanı kriterlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi. **Bulgular:** HS ortalama başlangıç yaşı 22,52 yıl olup, erkeklerde daha ileri yaşlardaydı ($p=0,001$). HS tanısında ortalama gecikme süresi 73,66 ay olup, erkeklerde daha kısaydı ($p=0,003$). Hastaların %68'i fazla kilolu, obez ve morbid obez kategorisindeydi. Hastaların %72'sinde sigara öyküsü vardı. Hasta yoğunluğu orta ve şiddetli Hurley evrelerinde daha fazlaydı (evre II %48 ve evre III %32). En sık aksiller bölge (%90), inguinal bölge (%70) ve meme arası-altı bölgesi (%46) etkilenmişti. Erkeklerde aksiller ve atipik yerleşim bölgeleri, kadınlarda ise meme arası ve altı bölgesi yerleşimi anlamlıydı ($p<0,05$). Sigara öyküsü, yerleşim yerinin aksiller, inguinal ve gluteal bölge olması, toplam etkilenen bölge sayısı, foliküler oklüzyon bileşenlerinin eşlik etmesi ile hastalık şiddeti ilişkiliydi ($p<0,05$). **Sonuç:** Çalışmamızda hasta sayısı sınırlı olsa da ülkemiz HS epidemiyolojisine de katkıda bulunacaktır. Elde ettiğimiz veriler; ülkemiz ve diğer ülke verilerine benzemekle beraber birtakım farklılıklar göstermektedir. Bu da HS etiopatogenezinde genetik ve etnik faktörlerin, sigara ve beslenme alışkanlıklarının rolü olabileceğini düşündürmektedir.

ABSTRACT Objective: Hidradenitis suppurativa (HS) or acne inversa is a chronic, inflammatory, recurrent skin disease characterized by painful, deeply located, inflammatory lesions that occur mostly after puberty. It is more common in areas of the body rich in apocrine glands, such as the axilla, inguinal and anogenital regions. In our study, we evaluated the clinical and sociodemographic characteristics of patients diagnosed with HS and diagnosed with HS for the first time, who applied to the dermatology polyclinic. **Material and Methods:** Fifty patients diagnosed with HS and diagnosed with HS for the first time, who applied to the dermatology department polyclinic were included in the study. Sociodemographic characteristics and clinical findings of the patients included in the study were recorded. All patients who met the diagnostic criteria for HS were included in the study. **Results:** The mean age of onset of HS was 22.52 years and it was more advanced in males ($p=0.001$). The mean delay time in the diagnosis of HS was 73.66 months and it was shorter in men ($p=0.003$). 68% of the patients were in the overweight, obese and morbidly obese categories. 72% of the patients had a history of smoking. In our study, the patient density was higher in moderate and severe Hurley stages (Hurley stage II 48% and stage III 32%). The axillary region (90%) and inguinal region (70%) and interbreast and submammary region (46%) were most frequently affected. In men, axillary and atypical localization regions were significant, while in women, the location between and below the breasts was significant ($p<0.05$). The severity of the disease was associated with smoking history, localization in the axilla, inguinal and gluteal region, total number of affected areas, and accompanying follicular occlusion components ($p<0.05$). **Conclusion:** Although the number of patients in our study was limited, it will also contribute to the epidemiology of HS in our country. The data we obtained; although it is similar to the data of our country and other countries, it shows some differences. This suggests that genetic and ethnic factors, smoking and dietary habits may play a role in the etiopathogenesis of HS.

Anahtar Kelimeler: Epidemiyoloji; hidradenitis süpürativa; Hurley evrelemesi; klinik özellikler; sosyodemografik özellikler

Keywords: Epidemiology; hidradenitis suppurativa; Hurley staging; clinical features; sociodemographic features

Correspondence: Ümit EKİNCİ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları ABD, Diyarbakır, Türkiye

E-mail: umut-13@hotmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.

Received: 12 Oct 2022

Received in revised form: 26 Feb 2023

Accepted: 01 Mar 2023

Available online: 13 Mar 2023

2146-9040 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hidradenitis süpürativa (HS); sıklıkla aksiller, inguinal ve anogenital alanlar gibi vücudun apokrin ter bezi taşıyan bölgelerinde ortaya çıkan ağrılı, derin yerleşimli, iltihaplı lezyonlarla seyreden kıl folikülünün kronik, tekrarlayıcı, inflamatuvar bir hastalığıdır.¹ Uzun yıllar HS'nin apokrin bezlerin bir enfeksiyonu olduğu düşünülmüş, ancak artık foliküller oklüzyonla başlayan bir bozukluk olduğu kabul edilmektedir.² HS prevalansı %0,03-4 arasında bildirilmektedir. HS tipik olarak yaşamın 2 veya 3. on yılında ortaya çıkar. Kadınlarda aksiller bölge tutulumu daha sık görülürken, erkeklerde anogenital bölge tutulumuna daha sık rastlanır.³ Kronik ve tekrarlayıcı seyir, tipik yerleşim bölgeleri ve tipik deri lezyonları hastalığın tanı kriterlerini oluşturur.⁴ HS'nin patogenezini tam olarak bilinmemektedir ve birçok olası etken üzerinde durulmaktadır. Temel mekanizma, foliküler hiperkeratinizasyon ve bunun sonucu oluşan oklüzyon ve inflamasyon olarak kabul edilir. Diğer olası faktörler arasında hormonal etkiler, biyomekanik kuvvetler, obezite, sigara, bakteriyel deri florası ve genetik faktörler bulunmaktadır.⁵ HS, akne konglobata ve dissekan selülit birlikteliği foliküler oklüzyon triadını oluştururken, pilonidal sinüsün eklenmesiyle de foliküler oklüzyon tetradı oluşur.⁶

Bu çalışmada, HS tanısı olan veya ilk defa HS tanısı alan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında, dermatoloji ana bilim dalı polikliniğine başvuran HS tanısı olan veya ilk defa HS tanısı alan 50 hasta çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilen hastalarda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), meslek, sosyoekonomik düzey, HS aile öyküsü, sigara, alkol, madde alışkanlığı gibi sosyodemografik özellikler incelendi. Hastaların başvuru sırasındaki şikâyetleri, HS başlangıç yaşı, HS hastalık şiddeti, HS yerleşim bölgeleri, tanıda gecikme süresi, HS'ye eşlik eden sistemik hastalıklar ve foliküler oklüzyonla seyreden hastalıklar, HS hastalık aktivitesini artıran ve azaltan faktörler ve aldığı tedavi yöntemleri kaydedildi. Hastalık şiddetini değerlendirmek için her hastada Hurley evreleme sistemi kullanıldı. Avrupa rehberi HS tanı

kriterlerini karşılayan kadın ve erkek, puberte öncesi ve erişkin tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilecek hastalar için herhangi bir dışlama kriterimiz olmadı. HS hastalık şiddeti; her hastada Hurley evreleme sistemine göre sınıflandırıldı. Hurley evreleme sistemi apse, fistül traktüsü ve skar oluşumunun kalitatif olarak değerlendirildiği hastalık şiddetini belirleyen bir evreleme sistemidir. Hurley evreleme sistemi evre I (hafif), evre II (orta), evre III (şiddetli) olarak 3'e ayrılır.

Çalışmamızda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 21.0 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for windows istatistik paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalaması±standart sapma (SD) ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren ikili karşılaştırmada bağımsız t-testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ikili karşılaştırmada Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren ikiden fazla karşılaştırmada tek yönlü Anova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla karşılaştırmada Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenler arasındaki ilişki için Spearman korelasyon analizi yapıldı. Nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare (χ^2) testi analizi kullanıldı. Hipotezler çift yönlü alındı ve $p \leq 0,05$ ise istatistiksel olarak anlamlı sonuç kabul edildi.

ETİK BEYANI

Bu çalışma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 03.06.2021 tarihli, 302 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı. Yazarlar, bu çalışmaya katkıda bulunan tüm prosedürlerin Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki etik standartlara ve 2008 yılında revize edilen 1975 Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olduğunu bildirmektedir. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan yazılı "bilgilendirilmiş gönüllü onam formu" alınmıştır.

BULGULAR

Hastaların %50'sinin erkek, %50'sinin ise kadın olduğu ve yaş ortalamalarının 31,24±9,818 yıl (mini-

imum:16, maksimum:55) olduğu saptandı. Hastaların sadece %8'inde HS aile öyküsü mevcuttu. Hastaların %72'sinde sigara kullanma öyküsü saptanıp; sigara kullanımı erkeklerde (%66,7) kadınlara göre (%33,3) daha fazlaydı. Ortalama BKİ 28,936±5,9343 kg/m² iken; BKİ değerlerine göre hastaların %32'si normal, %32'si fazla kilolu, %34'ü obez ve %2'si morbid obez kategorisindeydi. Hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

HS ortalama başlangıç yaşı 22,52 yıl olup, erkeklerde (26,84) kadınlara göre (18,20) daha ileri yaşlardaydı (p=0,001). Tanıda ortalama gecikme süresi 73,66 ay olup, kadınlarda (101,84 ay) erkeklere göre (45,48 ay) daha uzundu (p=0,003).

Hastalık şiddetine göre hastaların %20'si Hurrey evre I, %48'i evre II, %32'si ise evre III kategorisindeydi.

Hastaların %90'ında koltuk aksiller bölge, %70'inde inguinal bölge, %46'sında meme arası ve meme altı bölgesi, %44'ünde gluteal bölge, %34'ünde uyluk iç yüz bölgesi, %30'unda pubik bölge, %26'sında perianal bölge, %20'sinde atipik yerleşim bölgeleri (saçlı deri, yüz, boyun, sırt vb.) ve %6'sında vulva-skrotum bölgesi etkilenmişti. Kadın hastalarda aksiller bölge (p=0,050) ve meme arası/meme altı bölgesi (p=0,023) tutulumu, erkek hastalarda ise atipik yerleşim bölgeleri (saçlı deri, yüz, boyun, sırt vb.) (p=0,011) tutulumu anlamlı sap-

TABLO 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler	Toplam (n=50)	Erkek (n=25)	Kadın (n=25)	p değeri
Ortalama yaş	31,24±9,818	33,88±9,121	28,60±9,954	0,056
Medeni durum				0,046
• Evli	24 (%48)	9 (%37,5)*	15 (%62,5)	
• Bekâr	24 (%48)	16 (%66,7)	8 (%33,3)	
• Boşanmış	2 (%4)	0 (%0,0)	2 (%98,0)	
Eğitim düzeyi				0,530
• Hiç okumamış	1 (%2)	0 (%0,0)	1 (%100)	
• İlkokul	12 (%24)	6 (%50)	6 (%50)	
• Ortaokul	10 (%20)	7 (%70)	3 (%30)	
• Lise	12 (%24)	4 (%33,3)	8 (%66,7)	
• Yüksekokul	10 (%20)	5 (%50)	5 (%50)	
• Fakülte	5 (%10)	3 (%60)	2 (%40)	
Gelir düzeyi				0,681
• Gelir gideri karşılamıyor	6 (%12)	4 (%66,7)	2 (%33,3)	
• Gelir gidere denk	29 (%58)	14 (%48,3)	15 (%51,7)	
• Gelir giderden fazla	15 (%30)	7 (%46,7)	8 (%53,3)	
Beden kitle indeksi (kg/m ²)				0,787
• 18,5-24,9: normal	16 (% 32)	8 (%50)	8 (%50)	
• 25,0-29,9: fazla kilolu	16 (%32)	8 (%50)	8 (%50)	
• 30,0-39,9: obez	17 (%34)	9 (%52,9)	8 (%47,1)	
• 40 ve üzeri: morbid obez	1 (%2)	0 (%0,0)	1 (%100)	
Sigara kullanımı				0,00
• Var	36 (%72)	24 (%66,7)	12 (%33,3)	
• Yok	14 (%28)	1 (%7,1)	13 (%92,9)	
Günlük ortalama sigara paket sayısı	0,880			0,002
Sigara içilen ortalama yıl sayısı	9,480			0,000
Alkol kullanımı				1,000
• Var	1 (%2)	1 (%100)	0 (0,05)	
• Yok	49 (%98)	24 (%49)	25 (%51)	
Aile öyküsü				0,609
• Var	4 (%8)	3 (%75)	1 (%25)	
• Yok	46 (%92)	22 (%47,8)	24 (52,2)	

tandı. Hastalarda etkilenen bölgeler Hurley evreleme sistemine göre değerlendirildiğinde, aksiller bölge ($p=0,043$), inguinal bölge ($p=0,001$) ve gluteal bölge ($p=0,001$) tutulumu anlamlı saptandı. Hastalarda ortalama etkilenen bölge sayısı 3,66 (minimum:1, maksimum:7) olarak saptandı. Hurley evresi arttıkça ortalama etkilenen bölge sayısının (evre I'de 1,80 evre II'de 3,71 ve evre III'te 4,75) arttığı saptandı.

Hastaların %32'sinde foliküler oklüzyon bozuklukları farklı derecelerde eşlik etmekteydi. Foliküler oklüzyon sendromlarını oluşturan bozukluklara ayrı ayrı bakıldığında, hastaların %12'sinde akne konglobata, %8'inde dissekan selülit ve %32'sinde pilonidal sinüs eşlik etmekteydi. Foliküler oklüzyon tetradı %6 oranında saptandı.

Hastaların %52'sinde eşlik eden en az bir komorbid hastalık bulunmaktaydı. Eşlik eden komorbiditeler arasında şiddetli akne (%16) ve diabetes mellitus (%16) daha sık görülürken; kardiyovasküler hastalık (%6), psikiyatrik hastalık (%6), hipertansiyon (%4), polikistik over sendromu (%4), malignite (%2), tüberküloz (%2) daha az oranlarda eşlik etmekteydi.

Hastalarda medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, BKİ, HS aile öyküsü, HS başlangıç yaşı ve tanıda ortalama gecikme süresi ile Hurley evrelemesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken; sigara öyküsü ile Hurley evrelemesi arasında istatistiksel olarak sınırdan anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 2).

TABLO 2: Hastalardaki değişkenler ile Hurley evrelemesi arasındaki ilişki.

Değişken	Hurley evre I	Hurley evre II	Hurley evre III	Toplam	p değeri
Medeni durum					
• Evli	5 (%20,8)	14 (%58,3)	5 (%20,8)	24 (%100)	0,187
• Bekâr	5 (%20,8)	8 (%33,3)	11 (%45,8)	24 (%100)	
• Boşanmış	0 (%0,0)	2 (%100)	0 (%0,0)	2 (%100)	
Eğitim düzeyi					
• Okumamış	0 (%0,0)	1 (%100)	0 (%0,0)	1 (%100)	0,866
• İlkokul	1 (%8,3)	6 (%50)	5 (%41,7)	12 (%100)	
• Ortaokul	3 (%30)	4 (%40)	3 (%30)	10 (%100)	
• Lise	2 (%16,7)	7 (%58,3)	3 (%25,0)	12 (%100)	
• Yüksekokul	2 (%20)	5 (%50)	3 (%30)	10 (%100)	
• Fakülte	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	5 (100%)	
Gelir düzeyi					
• Gelir daha fazla	1 (%16,7)	4 (%66,7)	1 (%16,7)	6 (%100)	0,485
• Gelir-gider denk	6 (%20,7)	11 (%37,9)	12 (%41,4)	29 (%100)	
• Gider daha fazla	3 (%20)	9 (%60)	3 (%20)	15 (%100)	
Beden kitle indeksi					
• Normal	5 (%31,3)	6 (%37,5)	5 (%31,3)	16 (%100)	0,409
• Fazla kilolu	3 (%18,8)	10 (%62,5)	3 (%18,8)	16 (%100)	
• Obez	2 (%11,8)	8 (%47,1)	7 (%41,2)	17 (%100)	
• Morbid obez	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	1 (%100)	
HS başlangıç yaşı					0,778
Tanıda gecikme süresi					0,120
Sigara öyküsü					
• Yok	5 (%35,7)	3 (%21,4)	6 (%42,9)	14 (1%00)	0,050
• Var	5 (%13,9)	21 (%58,3)	10 (%27,8)	36 (%100)	
HS aile öyküsü					
• Yok	10 (%21,7)	21 (%45,7)	15 (%32,6)	46 (%100)	0,450
• Var	0 (%0)	3 (%75)	1 (%25)	4 (%100)	

HS: Hidradenitis süpurativa.

TARTIŞMA

HS; özellikle vücudun apokrin ter bezlerinden zengin bölgelerini etkileyen, oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin anahtar rol oynadığı kronik inflamatuvar multifaktöriyel bir deri hastalığıdır. HS patofizyolojisindeki temel mekanizmalar; folikülopilebase ünitede foliküler oklüzyon, foliküler rüptür ve daha sonra meydana gelen immün yanıtlardır.⁷ HS, tipik olarak ergenlik döneminden sonra ortaya çıkar ve genellikle kadın cinsiyeti hâkimiyeti vardır.⁸ Hastaların yaklaşık 1/3'ünde genetik yatkınlık görülürken; sigara, obezite gibi yaşam tarzı faktörleri de HS'nin klinik seyrinde önemli rol oynamaktadır.⁹⁻¹¹ HS'de özellikle aksiller, inguinal, meme arası ve altı, perianal ve gluteal bölgeler olmak üzere tipik olarak intertriginöz yerleşim bölgeleri etkilenir.¹²

Batı ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmalarda, HS'nin kadın/erkek oranları 2,6-3,3/1 olup, kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir.^{4,13-15} Asya ülkelerinde yapılan çalışmalarda ise erkek/kadın hasta oranlarının sürekli olarak erkek lehine daha yüksek olduğu gösterilmiştir.¹⁶ Türkiye'de yapılan çalışmalarda, HS'nin erkeklerde daha sık görüldüğü gösterilmiştir.¹⁷⁻¹⁹ Çalışmamızda, cinsiyetler arasında fark görülmedi. Genetik faktörlerin yanı sıra sigara içmenin, beslenme alışkanlıklarının ve obezitenin cinsiyetler arasındaki dağılımı etkileyebileceği düşünülmektedir.²⁰

Antarktika hariç tüm kıtalardan hastaların dâhil edildiği bir çalışmada, HS için tanıda ortalama gecikme süresi 7,2 yıl olarak bildirilmiş ve tanıda gecikme süresinin küresel bir sorun olduğu gösterilmiştir.²¹ Çalışmamızda, tanıda ortalama gecikme süresi 73,66 (E:45,48 ay, K:101,84 ay) ay olup, kadın cinsiyet lehine anlamlı fark vardı. Bu veriler; doğru ve erken tanı koymak, tedaviye başlamak, hastalık nedeniyle kaybedilen gün sayısını azaltmak ve sağlık harcamalarını azaltmak için hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyacının önemini göstermektedir.

Avrupa'da yapılan çalışmalarda, HS hastalarının %30-40'ında aile öyküsü olduğu gösterilmiştir.^{13,22} Kore ve Japonya'da yapılan çalışmalarda, hastaların %0,07'sinde ve %2'sinde aile öyküsü bil-

dirilmiştir.^{23,24} Çalışmamızda, aile öyküsü olan hasta oranı %8 saptandı. HS aile öyküsünün farklı popülasyonlarda çok farklı bildirilmesinin nedeni tam olarak bilinmese de genetik faktörlerin etkili olabileceği üzerinde durulmaktadır.²⁰

Sigara kullanmanın HS için tetikleyici veya alevlendirici bir faktör olabileceği kabul edilmekte, hatta sigarayı bırakmanın HS'yi iyileştirebileceğine dair bazı kanıtlar bile vardır. HS'nin epidemiyolojik çalışmalarının çoğunda, sigara kullanımı ile bir ilişki vardır.^{25,26} Farklı ülke ve popülasyonlardan 101.977 HS hastasının değerlendirildiği sistematik bir derleme ve metaanaliz çalışmasında, HS ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve HS'li hastaların sigara içme olasılığının yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.²⁷ Çalışmamızda sigara kullanma oranı %72 olup, erkek hastalarda (%66,7) kadın hastalardan (%33,3) daha yüksekti.

Obezitenin uzun yıllardır HS için bir risk faktörü olduğu söylenmiştir ve son kontrollü çalışmalar, obezite ve HS arasında güçlü bir ilişki olduğunu doğrulamıştır.²⁸ Ayrıca uzun vadeli takip verilerinde, obez olmayan HS hastalarında daha sık HS remisyonu olduğu görülmüştür.²⁹ Çalışmamızda hastaların %68'i aşırı kilolu veya obezdi ve elde edilen veriler ülkemizde yapılan çalışmalara benzerdi, ancak obezite ile hastalık şiddeti arasında bir ilişki saptanmadı (p=0,409).

Çalışmamızda, tutulum bölgelerine bakıldığında en sık etkilenen bölgeler sırasıyla aksiller bölge (%90), inguinal bölge (%70), meme arası ve altı bölgesi (%46) ve gluteal bölge (%44) şeklindeydi. Her iki cinsiyette en sık etkilenen bölgeler aksiller ve inguinal bölgeydi, kadınlarda 3. sırada meme arası ve altı bölgesi, erkeklerde 3. sırada perianal, pubik ve diğer bölgeler etkilenmişti. Erkeklerde aksiller bölge (p=0,050) ve diğer bölgeler (p=0,011) kadınlarda meme arası ve altı bölgesi (p=0,023) tutulumu anlamlıydı. Fransa'da 302 HS tanılı hastanın değerlendirildiği çalışmada, vücudun ön kısmı (yani kasık ve göğüsler) ağırlıklı olarak kadın hastalarda tutulurken, vücudun arka kısmı (yani kalçalar ve perianal bölge) erkek hastalarda daha sık tutulmuştu, atipik yerleşimler erkek hastalarda anlamlı düzeyde daha fazlaydı ve bu sonuçlar bizim çalışmamızla tutarlıydı.³⁰ Litvanya'da yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer

olarak, en sık tutulan bölgeler aksiller ve inguinal bölgeler iken, meme bölgesi tutulumu kadın hastaların 1/3'ünde, bizim çalışmamızda ise 1/2'sinden fazlasında tutulmuştu.³¹ Matusiak ve ark., HS'den etkilenen bölge sayısının, düşük yaşam kalitesi üzerindeki ana belirleyicilerden biri olduğunu bildirmişlerdir.³² Çalışmamızda da etkilenen bölge sayısı arttıkça Hurley evresinin arttığı görüldü.

ABD'de yapılan çalışmada, HS ile ilişkili olabilecek komorbiditeler arasında en büyük farklılıklar foliküler oklüzyon hastalıkları lehine gözlenmiştir ve hastalık şiddetiyle de ilişkilendirilmiştir.³³ Çalışmamızda da benzer olarak, foliküler oklüzyon bozukluklarının %32 oranıyla en sık eşlik eden durum olduğunu saptadık. Elli beş milyondan fazla hastadan alınan verilerin değerlendirildiği çalışmada; HS'li erişkinlerde akne vulgaris prevalansı (%15,2) HS'si olmayan erişkinlere (%2,9) göre daha fazlaydı.³⁴ Çalışmamızda ise bildirilen verilerden daha az oranda (%16) akne vulgaris saptadık; bunun nedeni, çalışmamıza sadece şiddetli akne vulgaris öyküsü olan hastaların dâhil edilmiş olması olabilir.

Çalışmamızdaki hastaların %48'i Hurley evre II, %32'si Hurley evre III ve %20'si Hurley evre I sınıftaydı. Hasta yoğunluğunun Hurley evre II ve III'te daha fazla olmasının temel nedenleri olarak, hastaların sağlık kurumlarına geç başvurması veya geç tanı alması ve hastanemizin 3. basamak sağlık merkezi olması nedeniyle şiddetli HS hastalarının başvurması gösterilebilir. Batı ülkelerinde, Hurley evre I HS, Doğu Asya ülkelerinde ise önemli ölçüde Hurley evre III HS hastaları görülmektedir.³⁵ Hastalık şiddeti ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde; medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, HS başlangıç yaşı, tanı gecikme süresi, BKİ, sigara paket/yıl sayısı, aile öyküsü ve eşlik eden komorbiditeler ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Sigara öyküsü, foliküler oklüzyon bileşenlerinin eşlik etmesi ve toplam etkilenen bölge sayısı ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p\leq 0,05$). Çalışmamızda; aksiller bölge ($p=0,043$), inguinal bölge ($p=0,001$) ve gluteal bölge ($p=0,001$) tutulumu

ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptadık. Önceki çalışmalarda, hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilen tek vücut bölgeleri atipik yerleşimlerdi.³⁰ Çalışmamızda, atipik yerleşim bölgeleri ile cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki saptadık, ancak hastalık şiddetiyle atipik yerleşim yerleri arasında anlamlı ilişki yoktu. Çalışmamızda, Batı ülkelerinden farklı olarak ancak Asya ülkelerinden Kore ve Japonya verilerine benzer olarak, gluteal bölge tutulumu ile hastalık şiddeti arasında anlamlı ilişki saptadık.^{13,23,30,35}

SONUÇ

HS; hastaları fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden etkileyerek hastaların yaşam kalitesini diğer dermatolojik hastalıklara göre daha fazla etkilemektedir. Ülkemizde HS epidemiyolojisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yaptığımız çalışmada, hasta sayısı az olsa da çalışmamızın, ülkemiz ve bölgemiz HS verilerine önemli katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Aynı zamanda, diğer ülkelerin HS verileriyle karşılaştırma yapılmasına yardımcı olacağı kanısındayız. Son yıllarda HS ile ilgili çalışmalar artmakta olup, HS'nin popüler başlıklardan biri hâline gelmesine rağmen özellikle HS etiopatogenezi ve HS tedavi seçenekleri hakkında ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(4):619-44. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
2. von der Werth JM, Williams HC. The natural history of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000;14(5):389-92. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
3. Sung S, Kimball AB. Counterpoint: analysis of patient claims data to determine the prevalence of hidradenitis suppurativa in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):818-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Vinding GR, Miller IM, Zarchi K, Ibler KS, Ellervik C, Jemec GB. The prevalence of inverse recurrent suppuration: a population-based study of possible hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol.* 2014;170(4):884-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
5. van der Zee HH, van der Woude CJ, Florencia EF, Prens EP. Hidradenitis suppurativa and inflammatory bowel disease: are they associated? Results of a pilot study. *Br J Dermatol.* 2010;162(1):195-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
6. Scheinfeld N. Diseases associated with hidradenitis suppurativa: part 2 of a series on hidradenitis. *Dermatol Online J.* 2013;19(6):18558. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
7. Scala E, Cacciapuoti S, Garzorz-Stark N, Megna M, Marasca C, Seiringer P, et al. Hidradenitis suppurativa: where we are and where we are going. *Cells.* 2021;10(8):2094. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
8. Napolitano M, Megna M, Timoshchuk EA, Patruno C, Balato N, Fabbrocini G, et al. Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2017;10:105-15. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
9. Vinkel C, Thomsen SF. Hidradenitis suppurativa: causes, features, and current treatments. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2018;11(10):17-23. [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
10. Pink A, Anzengruber F, Navarini AA. Acne and hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol.* 2018;178(3):619-31. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
11. Schneider-Burrus S, Jost A, Peters EMJ, Witte-Haendel E, Sterry W, Sabat R. Association of hidradenitis suppurativa with body image. *JAMA Dermatol.* 2018;154(4):447-51. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
12. Revuz JE, Jemec GB. Diagnosing hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin.* 2016;34(1):1-5. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
13. Schrader AM, Deckers IE, van der Zee HH, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(3):460-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
14. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(4):596-601. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
15. Garg A, Kirby JS, Lavian J, Lin G, Strunk A. Sex- and age-adjusted population analysis of prevalence estimates for hidradenitis suppurativa in the United States. *JAMA Dermatol.* 2017;153(8):760-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
16. Choi E, Chandran NS. Rethinking the female predominance in hidradenitis suppurativa. *Int J Dermatol.* 2019;58(3):e57-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Özkur E, Karadağ AS, Üstüner P, Aksoy B, Eşme P, Çalışkan E, et al. Clinical and demographic features of hidradenitis suppurativa: a multicentre study of 1221 patients with an analysis of risk factors associated with disease severity. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46(3):532-40. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
18. Vural S, Gündoğdu M, Akay BN, Boyvat A, Erdem C, Koçyiğit P, et al. Hidradenitis suppurativa: clinical characteristics and determinants of treatment efficacy. *Dermatol Ther.* 2019;32(5):e13003. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
19. Yüksel M, Basım P. Demographic and clinical features of hidradenitis suppurativa in Turkey. *J Cutan Med Surg.* 2020;24(1):55-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
20. Chandran NS, Lee JH, Kurokawa I. Hidradenitis suppurativa in South-East Asia and East Asia. *Exp Dermatol.* 2021;30 Suppl 1:23-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
21. Saunte DM, Boer J, Stratigos A, Szepletowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. *Br J Dermatol.* 2015;173(6):1546-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
22. Von Der Werth JM, Williams HC, Raeburn JA. The clinical genetics of hidradenitis suppurativa revisited. *Br J Dermatol.* 2000;142(5):947-53. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. Yang JH, Moon J, Kye YC, Kim KJ, Kim MN, Ro YS, et al; Korean Society for Acne Research. Demographic and clinical features of hidradenitis suppurativa in Korea. *J Dermatol.* 2018;45(12):1389-95. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. Kurokawa I, Hayashi N; Japan Acne Research Society. Questionnaire surveillance of hidradenitis suppurativa in Japan. *J Dermatol.* 2015;42(7):747-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Hoffman LK, Ghias MH, Lowes MA. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa. *Semin Cutan Med Surg.* 2017;36(2):47-54. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Vazquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD. Incidence of hidradenitis suppurativa and associated factors: a population-based study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Dermatol.* 2013;133(1):97-103. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
27. Acharya P, Mathur M. Hidradenitis suppurativa and smoking: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(4):1006-11. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
28. Kohorst JJ, Kimball AB, Davis MD. Systemic associations of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73(5 Suppl 1):S27-35. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
29. Kromann CB, Deckers IE, Esmann S, Boer J, Prens EP, Jemec GB. Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Br J Dermatol.* 2014;171(4):819-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
30. Canoui-Poitrine F, Revuz JE, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Clinical characteristics of a series of 302 French patients with hidradenitis suppurativa, with an analysis of factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61(1):51-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
31. Vankeviciute RA, Polozovaite B, Trapikas J, Raudonis T, Grigaitiene J, Bylaite-Bucinskiene M. A 12-year experience of hidradenitis suppurativa management. *Adv Skin Wound Care.* 2019;32(1):1-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
32. Matusiak L, Bieniek A, Szepletowski JC. Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(3):264-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
33. Kimball AB, Sundaram M, Gauthier G, Guérin A, Pivneva I, Singh R, et al. The comorbidity burden of hidradenitis suppurativa in the United States: a claims data analysis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2018;8(4):557-69. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
34. Wertenteil S, Strunk A, Garg A. Overall and subgroup prevalence of acne vulgaris among patients with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(5):1308-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Omine T, Miyagi T, Hayashi K, Yamaguchi S, Takahashi K. Clinical characteristics of hidradenitis suppurativa patients in Okinawa, Japan: differences between East Asia and Western countries. *J Dermatol.* 2020;47(8):855-62. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]