
Hidradenitis suppurativa – nye behandlingsmuligheter på vei

FRA FAGMILJØENE

REGINE L. E. FINSTAD

regine.finstad97@gmail.com

Regine L. E. Finstad er lege ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KATRINE ELISABETH KARMISHOLT

Katrine Elisabeth Karmisholt er overlege ved Avdeling for hudsykdommer, Bispebjerg Hospital, København og førsteamanuensis ved Københavns Universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILJE EIDEBAKK MIKALSEN

Silje Eidebakk Mikalsen er overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Hun er ansvarlig for rekruttering og oppfølging av pasienter i behandlingsstudier for hidradenitis suppurativa ved seksjonen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THRASYVOULOS TZELLOS

Thrasylvoulos Tzellos er M.Sc., ph.d., spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege ved Hudavdelingen, Nordlandssykehuset og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, UiT Norges arktiske universitet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjonshonorar fra Abbvie, Novartis, UCB og Sanofi samt foredragshonorar fra Novartis, UCB og

Almirall. Han er kasserer i European Hidradenitis Suppurativa Foundation, en nonprofit-organisasjon.

OLAV SUNDNES

Olav Sundnes er overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har på vegne av arbeidsgiver hatt oppdrag for Novartis, Abbvie, Sanofi, Takeda, Moonlake Immunotherapeutics og Boehringer Ingelheim, som alle utvikler nye legemidler for hidradenitis suppurativa.

ELISABETH SCHRUMPF

Elisabeth Schrupf er overlege og forsker ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nye legemidler kan gi mer effektiv behandling for denne hudsykdommen.

Hidradenitis suppurativa er en kronisk inflammatorisk hudsykdom karakterisert ved smertefulle noduli, abscesser og drenerende tunneler. Disse er ofte lokalisert til intertriginøse områder som aksiller og lysker. Ut over i sykdomsforløpet kan det utvikles store områder med arrvev og tunneler til de affiserte områdene (1). Årsaken til sykdommen er ikke fullt klarlagt, men mye tyder på at en kombinasjon av genetikk, immunsystemet, livsstil, bakterier, hormoner og miljø bidrar til utviklingen av sykdommen (2). Pasienter med hidradenitis suppurativa opplever ofte en betydelig forsinkelse i diagnostiseringen, noe som kan føre til flere år uten adekvat behandling (1).

Dagens behandlingstilbud

Nåværende behandling inkluderer topikale og systemiske legemidler, kirurgisk behandling og livsstilsendring (2). Langvarige kurer med perorale tetrasykliner regnes fremdeles som førstelinjebehandling, og topikal klindamycin kan også vurderes. Kirurgi er fremdeles en sentral del av behandlingen, og valg av kirurgisk inngrep avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad (3).

Biologiske legemidler er en nyere og mer målrettet behandling. Adalimumab (tumornekrosefaktor (TNF)-hemmer) er det første og foreløpig eneste biologiske legemiddelet som er blitt godkjent med refusjon i Norge til

behandling av hidradenitis suppurativa. Selv om adalimumab kan være effektivt til å bremse sykdommen, så er det en betydelig andel som ikke har effekt, spesielt hos dem med drenerende tunneler (4).

Behandling fremover

Sekukinumab og bimekizumab (interleukin (IL)-17-hemmere) er nå godkjent i EU (3) og er under vurdering av Nye metoder. Dersom disse legemidlene blir innført i Norge, vil de bli et viktig tilskudd i behandlingen, da studier viser at de er mer effektive mot drenerende tunneler. De seneste årene er det startet flere kliniske studier på flere potensielle biologiske og småmolekylære legemidler i behandlingen av hidradenitis suppurativa. Disse inkluderer blant annet hemmere av IL-1, IL-36 og Janus-kinase (JAK)-signaleringsveien (2). Biologiske legemidler er primært anbefalt for pasienter med moderat til alvorlig sykdom og som har manglende effekt av annen systemisk behandling (3). Både korrekt og tidlig igangsettelse av behandling med immunmodulerende medisiner er svært viktig for å forhindre sykdomsprogrediering, stor vevsskade og dannelse av arrvev (1). Når man etter hvert har effektiv immundempende behandling å tilby denne pasientgruppen, er det viktig at pasientene får riktig diagnose og at de som trenger det, blir henvist til hudleger som kan forskrive adekvat behandling.

LITTERATUR

1. Tzellos T. Conventional treatment of hidradenitis suppurativa: Serving the "window of opportunity" concept. *Clin Dermatol* 2025; 43: 485–9. [PubMed][CrossRef]
2. McCarthy S. Hidradenitis Suppurativa. *Annu Rev Med* 2025; 76: 69–80. [PubMed][CrossRef]
3. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2025; 39: 899–941. [PubMed][CrossRef]
4. Frew JW, Jiang CS, Singh N et al. Dermal tunnels influence time to clinical response and family history influences time to loss of clinical response in patients with hidradenitis suppurativa treated with adalimumab. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46: 306–13. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 30. desember 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0727

Mottatt 21.11.2025, godkjent 7.12.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.