

Trądzik odwrócony leczony operacyjnie innowacyjnymi technikami redukcji powstałych ubytków – opis przypadku*

Acne inversa treated with innovative surgical techniques of wound closure: case report

Łukasz Matusiak, Andrzej Bieniek

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Baran

Przegl Dermatol 2011, 98, 390–394

SŁOWA KLUCZOWE:

trądzik odwrócony, ropne zapalenie gruczołów apokrynowych, leczenie.

KEY WORDS:

acne inversa, hidradenitis suppurativa, treatment.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr n. med. Łukasz Matusiak
Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Akademia Medyczna
ul. Chałubińskiego 1
50-386 Wrocław
tel.: +48 71 784 22 86
faks: +48 71 327 09 42
e-mail: luke71@interia.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Trądzik odwrócony jest nawrotową chorobą zapalną objawiającą się obecnością przetok, ropni oraz bliznowacenia. Efekty leczenia zachowawczego często rozczarowują, a jedyną skuteczną formą terapii niejednokrotnie pozostają zabiegi chirurgiczne. Z powodu choroby pacjenci doświadczają istotnego pogorszenia jakości życia, wobec czego istnieje pilna potrzeba wypracowania skutecznych metod leczenia na każdym poziomie zaawansowania choroby.

Cel pracy. Przedstawienie dwóch innowacyjnych technik zamykania ubytków powstałych na skutek chirurgicznego wycięcia zmian chorobowych w przebiegu trądziku odwróconego.

Opis przypadku. Pacjentkę 42-letnią, chorującą na trądzik odwrócony od około 13 lat, leczoną wcześniej nieskutecznie różnymi metodami zachowawczymi, poddano leczeniu zabiegowemu w obrębie skóry okolicy łonowo-pachwinowej oraz obu pach z wykorzystaniem znieczulenia tumescentnego i dwóch technik redukcji lub zamykania powstałych pierwotnych ubytków pooperacyjnych – techniki 5-ramiennej gwiazdy oraz płatów łonowych.

Wnioski. Przedstawione sposoby redukcji lub zamykania powstałego ubytku pooperacyjnego są skuteczne, dobrze tolerowane i przydatne w terapii trądziku odwróconego, lecz ich zastosowanie wymaga odpowiedniej kwalifikacji pacjentów.

ABSTRACT

Introduction. Acne inversa is a recurrent, suppurative disease manifested by abscesses, fistulas and scarring. Many conservative therapies are usually disappointing, and an early surgical intervention often remains the only successful treatment. This condition has a significant impact on the quality of the patient's life; therefore there is a need for introduction of effective therapeutic modalities at every stage of the disease.

Objective. Presentation of two innovative techniques of wound closure after surgical excision of the affected skin areas.

Case report. A 42-year-old female patient suffering from acne inversa, treated previously with ineffective methods based on a conservative approach, was operated on with the use of tumescent infiltration anaesthesia and our own surgical techniques such as the "star-like" and "pubic flaps" techniques.

*Praca nagrodzona w konkursie PTD w ramach grantu edukacyjnego firmy Stiefel, spółka GSK.

Conclusions. Presented data show unequivocally that our own methods of surgical wound closure are highly effective and that a patient with acne inversa can tolerate it well. We encourage the use of these techniques, but choosing the best option requires an individual approach.

WPROWADZENIE

Trądzik odwrócony (*acne inversa*, *hidradenitis suppurativa* – HS) jest przewlekłą i nawrotową chorobą zapalną skóry oraz tkanki podskórnej, występującą zwykle w okolicach fałdów i objawiającą się wytwarzaniem bolesnych guzów skórno-podskórnych ze skłonnością do powstawania przetok i bliznowacenia [1]. Obecnie za główne czynniki predysponujące do rozwoju choroby uważa się przede wszystkim otyłość i palenie papierosów [1, 2]. Efekty leczenia zachowawczego są często rozczarowujące, a jedyną skuteczną formą terapii zmian o średnim i dużym nasileniu niejednokrotnie pozostają zabiegi chirurgiczne [1]. Pacjenci doświadczają istotnego pogorszenia jakości życia, choroba ogranicza ich aktywność indywidualną i społeczną, wobec czego istnieje pilna potrzeba wypracowania skutecznych, łatwych do wdrożenia metod postępowania terapeutycznego na każdym poziomie jej zaawansowania [1, 3].

CEL PRACY

Przedstawienie dwóch innowacyjnych technik zamykania ubytków powstałych na skutek chirurgicznego wycięcia zmian chorobowych w przebiegu trądziku odwróconego.

OPIS PRZYPADKU

U 42-letniej pacjentki, wieloletniej palaczki tytoniu (od 18. roku życia, średnio 15–20 papierosów na dobę), w wieku około 29 lat pojawiły się po raz pierwszy zmiany odpowiadające klinicznie trądzikowi odwróconemu, które były zlokalizowane w obrębie pachwin, krocza i okolicy wżgórka łonowego. W ostatnich 2 latach dołączyły się zmiany chorobowe w obrębie pach. Pacjentkę przez blisko 10 lat leczono w sposób konwencjonalny. W trakcie tej terapii, obok zachowawczego leczenia miejscowego, kilkakrotnie stosowano antybiotyki ogólnie (doksycyklina, amoksycylina oraz kwas klawulanowy, linkomycyna), w tym 3-krotnie na podstawie wyniku posiewów (*Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*). U pacjentki przeprowadzono ponadto 8-miesięczny cykl leczenia

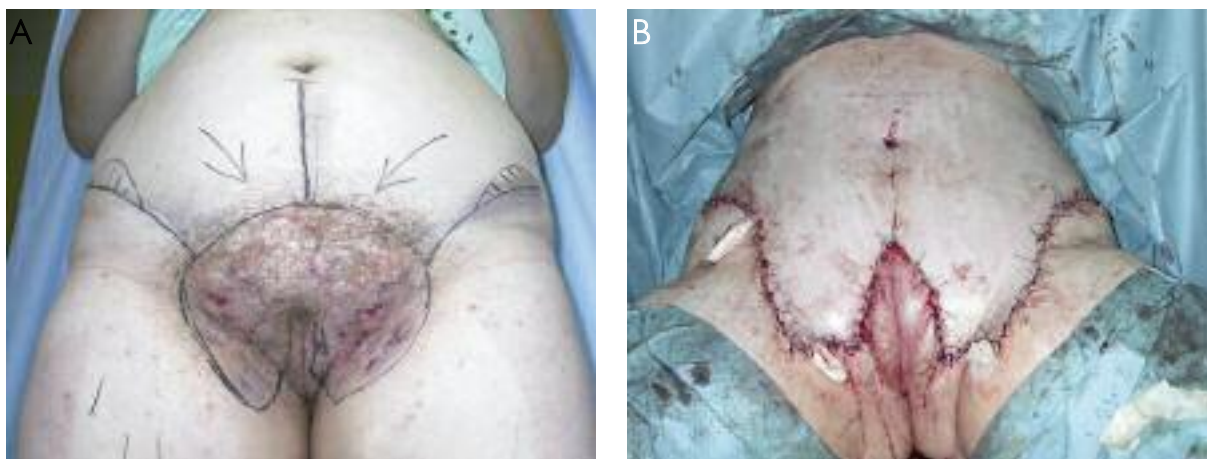
izotretynoiną w dawce 0,59 mg/kg m.c. oraz podjęto próbę terapii antyandrogennej octanem cyproteronu, której zaniechano z powodu złej tolerancji.

Przy przyjęciu na oddział chirurgii plastycznej w badaniu fizykalnym, poza opisywaną chorobą, nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy [wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) 28,23 kg/m²]. W wykonanych badaniach laboratoryjnych, obejmujących obok pełnej morfologii krwi, oceny glikemii, aktywności enzymów wątrobowych i badania funkcji nerek także badania hormonalne, w tym prolaktynę, estradiol, luteotropinę, folikulotropinę, progesteron, testosteron oraz dehydroepiandrosteron, nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości.

Po wstępnym przygotowaniu u pacjentki wykonano zabieg chirurgiczny w znieczuleniu tumescyentnym (TZN) obejmujący jednocześnie okolice łonową oraz obie pachy. Do TZN zastosowano roztwór według Kleina w stężeniu od 0,15% [4], przygotowany bezpośrednio przed zabiegiem i wstrzyknięty za pomocą rotacyjnej pompy perystaltycznej. W leczeniu wykorzystano dwie opracowane przez autorów techniki zamykania ubytków powstałych po usunięciu chorobowo zmienionych tkanek.

Okolica łonowo-pachwinowa – technika płatów łonowych

Po zaznaczeniu obszaru wycięcia i następczym usunięciu zmian chorobowych z obszaru warg sromowych oraz pachwin skórę w obrębie wżgórka łonowego nacięto w linii pośrodkowej na długości około 10 cm (w celu zapewnienia możliwości odpowiedniego przesunięcia tkanek). Otaczający obszar zdrowej skóry podminowano w celu umożliwienia mobilizacji tkanek (ryc. 1. A). Powstałe w ten sposób dwa trójkątne płaty skórno-podskórne przemieszczono ku dołowi i nieznacznie zrotowano bocznie w celu pokrycia powstałych ubytków. Wykorzystanie tych płatów umożliwiło zamknięcie ubytków bez deformacji i nadmiernego napięcia tkanek (ryc. 1. B). Pielęgnacja rany polegała na usunięciu sączków w 3. dobie po zabiegu oraz codziennym myciu, a następnie dezynfekcji antyseptycznym roztworem alkoholowym. Szwy skórne usunięto w 12. dobie po zabiegu.



Rycina 1. A – Masywne ropnie wraz z przetokami i bliznowaceniem w obrębie sromu i pachwin. **B** – Stan po wycięciu ropni warg sromowych oraz pachwin. Widoczne są utworzone dwa płaty łonowe, których zastosowanie pozwoliło na zamknięcie ubytku bez deformacji i napięcia

Figure 1. A – Massive cicatrized abscesses and fistulas of the vulva and groin. **B** – Condition after excision of the labia and groin abscesses. Two triangular skin-subcutaneous flaps (pubic flaps) are visible. The usage of flaps enables the closure of the defect without deformation and tension

Okolica pachowa – technika 5-ramiennej gwiazdy

Po wstępnym nakreśleniu owalnego obszaru wycięcia chorobowo zmienionych tkanek, przy zachowaniu marginesu tkanek zdrowych wynoszącego około 1–2 cm, zaznaczono pięć równobocznych trójkątów (o długości boków około 4 cm) skierowanych promieniście na zewnątrz od wcześniej nakreślonej linii demarkacyjnej (ryc. 2. A). Po wycięciu zaznaczonego obszaru otrzymano wzór przypominający gwiazdę. Zszywanie odpowiadających sobie poszczególnych krawędzi w obrębie trójkątnych „promieni” doprowadziło do istotnego zmniejszenia pola powierzchni powstałego ubytku, który pozostawiono do gojenia *per secundam intentionem* (ryc. 2. B). Szwy, podobnie jak w przypadku okolicy łonowo-pachwinowej usunięto w 12. dobie po zabiegu. Powierzchnię powstałej rany codziennie myto wodą z mydłem, dezynfekowano wodą utlenioną, następnie smarowano obficie wazeliną i pokrywano gazą. Proces gojenia trwał 6 tygodni (ryc. 2. C).

Pacjentce zalecono zaprzestanie palenia papierosów oraz redukcję masy ciała. Zarówno przy opuszczeniu szpitala (5. doba po operacji), jak i 3 miesiące później tolerancję zabiegu pacjentka oceniała na 3 w skali 0–4 (gdzie 0 – bardzo zła, a 4 – bardzo dobra). Kobieta pozostaje pod obserwacją od blisko roku i dotychczas nie stwierdzono wznowy zmian chorobowych.

OMÓWIENIE

Podobnie jak w badaniach przeprowadzanych w innych populacjach [5–8], także w omawianym przypadku średni czas trwania choroby do momen-

tu pierwszej interwencji chirurgicznej był długi i wynosił 13 lat. Do niepotrzebnego odraczania tej formy leczenia niewątpliwie przyczyniają się często mylne rozpoznania, brak znajomości tej jednostki chorobowej wśród lekarzy, wiara w skuteczność nieinwazyjnych form terapii oraz obawa przed leczeniem operacyjnym. Ponadto, ze względu na kłopotliwą i krępującą lokalizację choroby, decyzja o podjęciu jakiegokolwiek leczenia również wydaje się odwlekana w czasie [7–10].

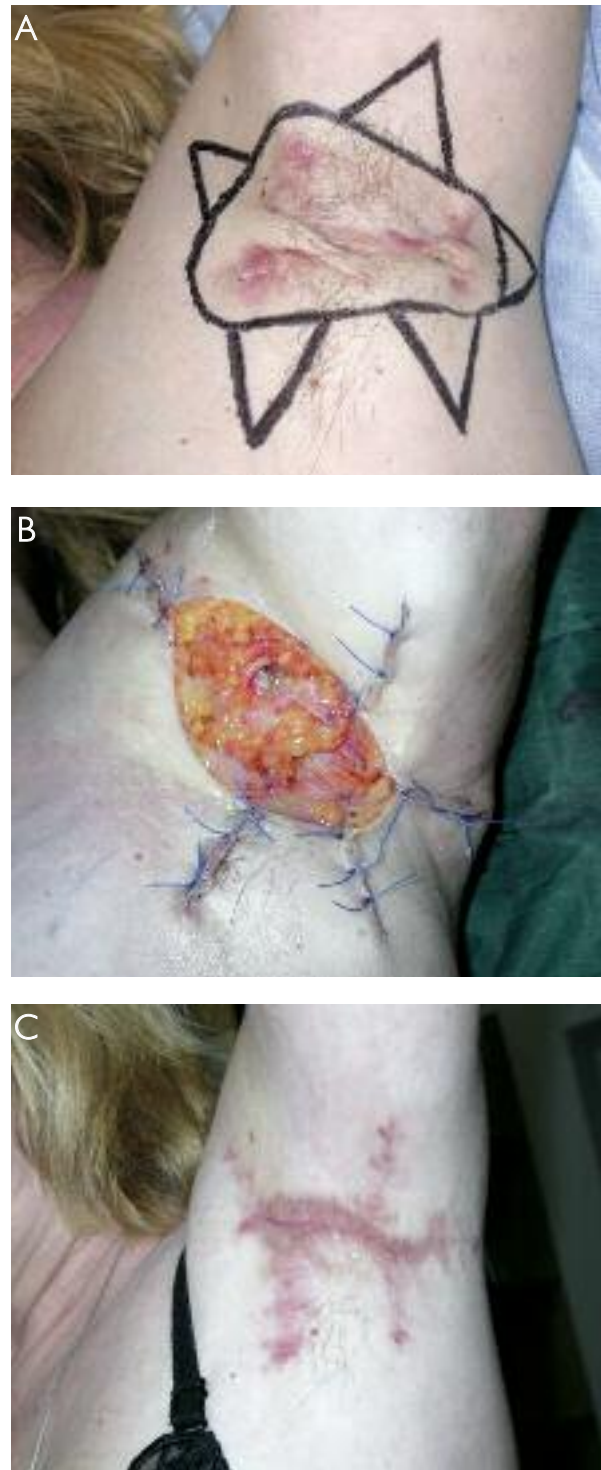
Podczas często wieloetapowego leczenia HS niezbędne jest uzyskanie jego akceptacji ze strony pacjentów. Pozytywną rolę odgrywa przy tym TZN, którego zastosowanie zapewnia redukcję krwawienia, a tym samym dobrą wizualizację pola operacyjnego, ograniczenie częstości i nasilenia pooperacyjnych krwawień i krwiaków. Ponadto TZN zwiększa bezpieczeństwo, oddalając od skóry głębokie naczynia i nerwy, wykazuje własności antyseptyczne oraz cechuje się przedłużonym działaniem przeciwbólowym (zwiększa komfort pacjenta) [4]. Objętość roztworu konieczna do wykonania prawidłowego znieczulenia zależy od wielkości powierzchni zajmowanej przez zmiany oraz grubości tkanki podskórnej – najczęściej wstrzykuje się ogółem 250–1500 ml roztworu. Zastosowane stężenie (tj. 0,15%) było większe niż przeciętnie stosowane w TZN, ponieważ blizny i przetoki obecne w tkankach utrudniają dyfuzję roztworu znieczulającego [11].

Możliwie wczesne leczenie operacyjne uznaje się obecnie za jedyną trwale skuteczną formę terapii trądziku odwróconego, choć do niedawna zalecano je jedynie w zmianach o ponadprzeciętnym nasileniu. Wyjaśnieniem dużej skuteczności leczniczej wycięcia chirurgicznego jest fakt, że metoda ta pozwala na

usunięcie przetok, będących główną przyczyną przewlekania się choroby. Zabiegi chirurgiczne polegają na radykalnym wycięciu tkanek objętych procesem chorobowym z marginesem tkanek zdrowych i zastosowaniu różnych form zamknięcia powstałych ubytków poprzez samowygojenie, zeszytanie pierwotne z ewentualną miejscową plastyką płatową oraz plastykę przeszczepami [8].

Zastosowanie gojenia samoistnego (GS) jest często uznawane za sposób leczenia ran ustępujący pod wieloma względami innym metodom chirurgicznym – zeszytaniu czy rekonstrukcji przeszczepami lub płatami [12, 13]. Podkreśla się, że proces ten przebiega długo, może prowadzić do zakażenia ran oraz do rozwoju przerosłych, nieestetycznych blizn, które mogą ulegać przykurczom. Obecnie na podstawie wieloletniego doświadczenia w wybranych przypadkach stosuje się niejednokrotnie tę formę gojenia, uzyskując dobre wyniki zarówno pod względem estetycznym, jak i funkcjonalnym. Autorzy sądzą, że ważną zaletą GS jest jego duża akceptacja przez pacjentów ze względu na minimalną liczbę ran (brak miejsc donorowych niezbędnych w innych metodach rekonstrukcji chirurgicznej) i zadziwiająco niekłopotliwy przebieg. Pogląd ten potwierdza badanie Morgana i wsp., w którym wykazano, że większość pacjentów preferowała właśnie gojenie *per secundam intentionem*, ponieważ nie wymagało ono unieruchomienia i nie powodowało dodatkowych dolegliwości w miejscu pobrania przeszczepu [14]. Według autorów niniejszej pracy największą wadą tej metody jest długotrwałość (zależnie od rozległości ubytków, zwykle 6–12 tygodni), a także konieczność nadzorowania zmiany opatrunków przez lekarza. W celu skrócenia czasu niezbędnego do samoistnego zagojenia się rany podejmuje się próby ograniczenia jej rozmiarów, co niekiedy, np. po zastosowaniu tzw. szwu kapciuchowego, może doprowadzić do wyrwania materiału szewnego i przedwczesnego rozejścia się rany [15]. Zastosowanie u pacjentów techniki 5-ramiennej gwiazdy umożliwiło redukcję powstałych ubytków o 50–80%, co skutkowało skróceniem czasu gojenia do 6–8 tygodni – wobec 8–12 tygodni w przypadkach ran o rozmiarach pierwotnych ubytków, niepoddanych żadnej interwencji polegającej na ich zmniejszeniu. Pomimo istnienia dodatkowych nacięć wokół głównego ubytku, końcowy efekt pod względem estetycznym jest satysfakcjonujący i często przewyższa ten osiągnięty po „czystym” GS.

Opisywano wiele różnych technik płatowych zamykania ubytków po chirurgicznym leczeniu trądziku odwróconego. Należą do nich: płaty skórno-tłuszczowe, skórno-powięziowe, skórno-mięśniowe czy płaty wolne [5, 8, 12, 13, 16, 17]. Największą liczbę różnych form specyficznych technik płatowych



Rycina 2. **A** – Rozplanowanie linii cięć w obrębie skóry pachy zmienionej chorobowo w celu wykonania techniki 5-ramiennej gwiazdy. **B** – Stan po wycięciu i zbliżeniu odpowiadających sobie poszczególnych krawędzi w obrębie trójkątów. Widoczna znaczna redukcja pola powierzchni powstałego ubytku. **C** – Stan po 6 tygodniach gojenia

Figure 2. **A** – The layout of excision lines in the axilla for star-like technique implementation. **B** – Condition after excision. While suturing, the edges of the triangular “rays” were approximated, contributing to a considerable reduction in size of the wound area. **C** – The state after 6 weeks of healing

opisywano w odniesieniu do lokalizacji pachowej [8]. U przedstawianej pacjentki autorzy zastosowali technikę opierającą się na płacie skórno-tłuszczowym. Tego typu zabiegi najczęściej autorzy wykonywali w obrębie pachwin i sromu, co doprowadziło do powstania opisanej tzw. techniki płatów łonowych (płaty przesunięte wzdłużnie oraz obrócone), niejednokrotnie umożliwiające całkowite zamknięcie lub znaczne zmniejszenie powstałych ubytków pierwotnych. Okazała się ona szczególnie przydatna do pokrycia skórą okolicy łonowej, przednio-górnych okolic pachwinowych i warg sromowych większych u kobiet z widoczną nadwagą. Ponieważ nadwaga, która jest powszechnym zjawiskiem u kobiet z HS [1, 2], wiąże się ze znaczną wiotkością powłok skórnych w obrębie brzucha i wzgórka łonowego, zastosowanie opisywanej metody u tych pacjentek wydaje się szczególnie godne polecenia. Wynikiem zastosowania opisywanej metody są minimalne zniekształcenia w obszarze poddanym zabiegowi w porównaniu z zastosowaniem choćby gojenia *per secundam*. Metoda ta ponadto jest mniej uciążliwa i łatwiejsza do zastosowania niż przeszczepy, które ze względu na lokalizację często nie przyjmują się lub przynoszą niesatysfakcjonujące efekty estetyczne.

Podsumowując, należy podkreślić, że przy istnieniu tak wielu sposobów zamykania ran pooperacyjnych w trądziku odwróconym wskazania do ich zastosowania oraz rokowanie co do efektów terapii wymagają indywidualnego rozważenia, opartego na wiedzy doświadczonego operatora [5, 7, 8].

Piśmiennictwo

1. **Alikhan A., Lynch P.J., Eisen D.B.:** Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *J Am Acad Dermatol* 2009, 60, 539-561.
2. **Matusiak Ł., Bieniek A., Szepietowski J.C.:** Hidradenitis suppurativa and associated factors: still unsolved problems. *J Am Acad Dermatol* 2009, 61, 362-365.
3. **Matusiak Ł., Bieniek A., Szepietowski J.C.:** Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol* 2010, 90, 264-268.
4. **Bieniek A., Birula-Białynicki R., Orzechowska-Juzwenko K., Terpiński J., Głowacka K., Hurkacz M.:** Znieczulenie tumescentne (tumescent local anesthesia - TLA), nowa metoda znieczulenia nasiękowego. *Przegl Dermatol* 2004, 91, 243-250.
5. **Kagan R.J., Yakuboff K.P., Warner P., Warden G.D.:** Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: a 10-year experience. *Surgery* 2005, 138, 734-740.
6. **Mandal A., Watson J.:** Experience with different treatment modules in hidradenitis suppurativa: a study of 106 cases. *Surgeon* 2005, 3, 23-26.
7. **Stein A., Sebastian G.:** Acne inversa. *Hautarzt* 2003, 54, 173-185.
8. **Weyandt G.:** Surgical management of acne inverse. *Hautarzt* 2005, 56, 1033-1039.
9. **Lentner A., Rubben A., Wienert V.:** Klinisches Erscheinungsbild und Therapie der Pyodermia fistulans sinifica (Acne inversa). *Z Hautkr* 1992, 67, 988-992.
10. **Rompel R., Petres J.:** Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg* 2000, 26, 638-643.
11. **Bieniek A., Birula-Białynicki R., Orzechowska-Juzwenko K., Terpiński J., Głowacka K., Hurkacz M.:** Zastosowanie znieczulenia tumescentnego - doświadczenia własne. *Przegl Dermatol* 2004, 91, 413-420.
12. **Geh J.L., Niranjan N.S.:** Perforator-based fasciocutaneous island flaps for the reconstruction of axillary defects following excision of hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg* 2002, 55, 124-128.
13. **Rehman N., Kannan R.Y., Hassan S., Hart N.B.:** Thoracodorsal artery perforator (TAP) type I V-Y advancement flap in axillary hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg* 2005, 58, 441-444.
14. **Morgan W.P., Harding K.G., Hughes L.E.:** A comparison of skin grafting and healing by granulation, following axillary excision for hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl* 1983, 65, 235-236.
15. **Shiffman M.A.:** Mastopexy and breast reduction: principles and practice. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2009.
16. **Tanaka A., Hatoko M., Tada H., Kuwahara M., Mashiba K., Yurugi S.:** Experience with surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Ann Plast Surg* 2001, 47, 636-642.
17. **Chuang C.J., Lee C.H., Chen T.M., Wang H.J., Chen S.G.:** Use of a versatile transpositional flap in the surgical treatment of axillary hidradenitis suppurativa. *J Formos Med Assoc* 2004, 103, 644-647.

Otrzymano: 10 VIII 2011 r.

Zaakceptowano: 30 VIII 2011 r.