

*Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar  
Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum  
Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika  
(igazgató: Kemény Lajos dr. egyetemi tanár)  
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet  
(igazgató Vimpláti László dr. egyetemi tanár)<sup>1</sup> közleménye*

## Hónalji defektusok zárása hidradenitis suppurativa miatti exstirpatio után\*

### Coverage for axillary defect resulting from excision of hidradenitis suppurativa

KAPITÁNY KLÁRA DR., KIS ERIKA DR., MOHOS GÁBOR DR., SZEGESDI ILONA DR.<sup>1</sup>,  
VARGA JÁNOS DR., KEMÉNY LAJOS DR.

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők 1989 óta több mint 100 hidradenitis suppurativában szenvedő beteget operáltak. A radikális kimetszés után a defektus fedésének technikáját tapasztalataik alapján folyamatosan változtatták. Az utóbbi 8 évben a hónalji defektusok fedésére hátsó felkari fasciocutan lebenyt használnak jó kozmetikai és funkcionális eredménnyel, kevés szövődémmel, recidiva nélkül.

#### Kulcsszavak:

**Hidradenitis suppurativa - hónalji defektus zárása**

#### SUMMARY

The authors operated more than 100 patients since 1989, who all suffered severe hidradenitis suppurativa. The technic of coverage for axillary defects resulting from excision of hidradenitis suppurativa was permanently changed on the basis of their experiences. At the last 8 years the authors only used the posterior upperarm fasciocutaneous flap with good cosmetic and functional result with few complications without recurrence.

#### Key words:

**Hidradenitis suppurativa - coverage for axillary defect**

A hidradenitis suppurativát 1839-ben *Velpeau* mint önálló entitást írta le. 1884-ben *Verneuil* megerősíti, hogy a tályogok a verejtékmirigyekkel kapcsolatosak. *Schiefferdecker* 1922-ben megkülönbözteti az eccrin és apocrin mirigyeket. Az apocrin mirigyek csak bizonyos testtájakon, elsősorban a hónalj, emlőudvar és emlőbimbó, a mons pubis, a nemi szervek és a végbélnyílás bőrében fordulnak elő, kivezető nyílásuk a szőrtüszőben nyílik (3). *Plewig és mtsai* 1989-ben (9) és 1991-ben a betegség patogenezisének, diagnózisának és terápiájának pontos leírását adják és bevezetik az *ance inversa* elnevezést. Pathomechanizmus: hyperkeratosis a folliculusok infundibulumában, retentio, fokozott faggyúképződés, bakteriális superinfectio, follicularis csatornák rupturája, abscessusok, sipolyjáratok, granulomatosus gyulladási reakció, perifollicularisan kiterjedt infiltrátum, keloidok, dermatogen contracturák címszavakban foglalható össze (8, 12).

A hidradenitis suppurativa az apocrin mirigyek területére lokalizálódó betegség, ezért meg lehet operálni. Számtalan terápiás próbálkozás eredménytelensége (abscessusok feltárása, epilatio, rtg, irradiatio, antiandrogén terápia, szisztémás steroid kezelés, célzott elhúzó antibiotikum adása, Roaccutane kúra) azt igazolja, hogy meg is kell operálni, még pedig a felismerés legkorábbi szakában. Az apocrin mirigyek területe ugyan feltérképezhető (9), a kimetszés határait mégis empirikusan döntjük el. Csak a megfelelő radikális kimetszés – szőrrel fedett terület 2 cm-es ép zónával – hoz jó eredményt. A kimetszés eredményeképpen kiterjedt defektusok jönnek létre, melyek zárása újabb problémákat vet fel.

#### Betegek és módszerek

1989 és 2005 között 112 *ance inversa*-ban szenvedő beteget operáltunk klinikánkon, 70 esetben fordult elő az elváltozás hónalji lokalizációban, ebből 29 beteg mindkét hónaljában. Sebzárási módszereinek az évek során szerzett tapasztalatokkal változtak.

\* Dr. Simon Miklós emeritus professzor 90. születésnapjára írt közlemény

1. Primer zárás varrattal vagy lokális bőrlebennyel (2, 10, 11)  
Klinikánkon az eljárást mindössze 2 betegnél alkalmaztuk, a folyamat hamarosan recidivált.

2. Másodlagos sebgyógyulás granulációval (4, 6, 9)

A módszert 42 betegnél alkalmaztuk (nemcsak hónalji lokalizáció esetén). Radikális sebészi kimetszés után a sebalapot Epigarddal fedtük, mely a túlsarjadzást meggátolta. Heti kétszeri Epigard csere mellett egyenletes sarjfelszín keletkezett intenzív széli hámosodással. A sebfelszín fokozatosan szűkült, végül vonalas heggel gyógyult (1. ábra).



1. ábra

Vonalas heg másodlagos sebgyógyulás után

3. Azonnali vagy késleltetett félvastag bőrátültetés (mesh graft) (2)

Ezt a módszert klinikánkon 5 alkalommal alkalmaztuk csak, mert gyakran nehéz jó adóhelyet találni, nagy az adóhely morbiditása (2. ábra).



2. ábra

Beépült mesh graft

4. Az 1992-ben Elliot által leírt hátsó felkari fasciocutan lebenyt (5) 1997 óta alkalmazzuk

a hónalji defektusok fedésére (7). 62 lebenyplasztika történt (3. ábra).



3. ábra

Gyógyult fasciocutan lebeny



4. ábra

Fasciocutan lebeny és mesh graft kombinációja

5. Módszerek kombinációja  
Amennyiben a lebeny nem fedi a teljes defektust és a mellkasfali bőr nem elég mobilis, a fasciocutan lebeny kiegészíthető mesh graft transzplantátummal (4. ábra).

## Eredmény és megbeszélés

A hónaljban lévő acnes terület radikális kimetszése - mely a teljes szőrzettel fedett területet jelenti 2 cm-es ép széllal (1) - képezi a fedendő defektust. Tizenhét év tapasztalata során kristályosodott ki fedési módszerünk. Saját tapasztalatunk és más szerzők egybehangzó véleménye, hogy a primer varratra való törekvés elégtelen excisióhoz vezet és kivétel nélkül recidiva jön létre. A másodlagos sebgyógyulás előnye, hogy kozmetikai eredménye jó, adóhely nincs, a funkció kiváló, recidiva igen ritka. Hátránya az átlagosan 3 hónapos sebgyógyulás és a kezelés magas költsége. Tekintve, hogy 1989-től közel 10 éven át a szakirodalom ezt a módszert részesítette előnyben, klinikánkon is ezt az eljárást alkalmaztuk. A mesh graft plasztika nagy területek fedésére alkalmas, gyors sebgyógyulást eredményez. A késleltetett - egyöntetű sarjszövetre történő - bőrátültetéssel növekszik a megtapadás biztonsága. A transzplantátum megtapadása érdekében bonyolult, kényelmetlen rögzítésre van szükség (13). A transzplantátum zsugorodik és az átültetett bőr állandó ápolást igényel. Mindezen fedési eljárások hátrányainak kiküszöbölésére találtunk megfelelő megoldást. A hátsó felkari fasciocutan lebeny könnyű preparálhatósága, jó funkcionális és kozmetikai eredménye mellett fő előnye a két hetes gyógyulási idő és legfeljebb 1 hét hospitalizáció. Nagyobb defektusok is zárhatók a mellkasfali bőr alápreparálásával, csúsztatásával.

Az utóbbi 8 évben a hónalji defektus fedésére szinte kizárólag hátsó felkari fasciocutan lebenyt választottuk a

módszer egyszerűsége, gyorsasága, szövődménymentes gyógyulása, jó funkcionális és kozmetikai eredménye és költséghatékonysága miatt. A kontrollra jelentkező betegeinknél recidivát nem észleltünk. Ismereteink szerint a módszert hazánkban egyedül alkalmazzuk.

## IRODALOM

1. *Banerjee A. K.*: Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. Br. J. Surg. (1992) 79, 863-866.
2. *Bertényi C. és mtsai*: Wiederherstellung eines schweren Akne conglobata-Falles in enger dermatologisch-chirurgischer Kooperation Z. Hautkr. (1973) 49, 167-173.
3. *Brunsting, H. A.*: Hidradenitis and other variants of acne A.M.A. Arch. Dermatol. Syph. (1951) 64, 303-315.
4. *Cunliffe, W. J.*: Acne. Martin Dunitz Ltd. (1989) London, pp. 87-92.
5. *Elliot D. et al.*: Reconstruction of the axilla with a posterior arm fasciocutaneous flap. Br. J. Plast. Surg. (1992) 45, 101-104.
6. *Kapitány K. és mtsai*: Acne inversa sebészi kezelése. Bőrgyógy. Vener. Szle. (1996) 72, 183-186.
7. *Kapitány K. és mtsai*: Acne inversa sebészi megoldása a hónaljban fasciocutan lebennyel Bőrgyógy. Vener. Szle. (1999) 75, 141-143.
8. *Küster, W. et al*: Acne inversa Pathogenese und Genetik. Hautarzt (1991) 42, 2-4.
9. *Marks, R., Plewig, G.*: Acne and Related Disorders. Martin Dunitz Ltd. (1989) London, pp. 345-369.
10. *O'Brien, J. et al*: Limberg flap coverage for axillary defects resulting from excision of hidradenitis suppurativa Plast. Reconstr. Surg. (1976) 58, 354-358.
11. *Pollock, W. J. et al*: Axillary Hidradenitis suppurative Plast. Reconstr. Surg. (1972) 49, 22-27.
12. *Rödler-Wehrmann, O., et al*: Acne inversa. Diagnose und Therapie. Hautarzt (1991) 42, 5-8.
13. *Walker, S.J. et al*: A new splint for use in axillary surgery. Br. J. Plast. Surg. (1989) 42, 114-115.