

**ACNE INVERSA (HURLEY I - III) – ХИРУРГИЧЕН ПОДХОД ЧРЕЗ ИЗРЯЗВАНЕ,
ПЪРВИЧНО ЗАТВАРЯНЕ И VАС- ТЕРАПИЯ – CASE REPORT**

**Ален Петров, Евгени Димитров, Георги Минков, Емил Енчев, Стоян Николов,
Иван Димитров, Филип Хаджипетков, Йовчо Йовчев**

*Клиника по хирургични болести, УМБАЛ "Проф. Д-р Стоян Киркович"
гр. Стара Загора, България*

Кореспонденция: Д-р Ален Петров, Клиника по хирургични болести, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович” Стара Загора, ул. Генерал Столетов 2, България e-mail: dr.delon81@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Въведение: Acne inversa (AI) е хронично, рецидивиращо, болезнено и обезобразяващо възпалително заболяване, което засяга и двата пола. Има многобройни консервативни методи за лечение като антибиотици и имunosупресори, но често те са неефективни и водят до разочарования както на пациентите, така и на лекарите. Хирургичният подход трябва да се въведе по рано в лечението на AI, но все още няма единно мнение кой е най-подходящият метод. Описваме и обсъждаме три хирургични метода и ползите им в лечението на това заболяване.

Клиничен случай: Случай 1: Жена на 24 години с AI (Hurley I) с лезия в лява ингвинална гънка. Пациентката е активна пушачка, без придружаващи заболявания и нормален БМИ. Лекувана амбулаторно с Клиндамицин 3x600mg/ден и ежедневни превръзки с йоден препарат. Заболяването е рецидивирало трикратно. Подложена на хирургична екцизия под местна анестезия и първично затваряне на дефекта. Случай 2: Жена на 30 години с AI (Hurley II) с лезии в лява ингвинална гънка. Пациентката е активна пушачка и със затлъстяване 1 степен. Заболяването е рецидивирало многократно като е лекувана локално и 12 системно с антибиотици. Подложена на широка хирургична екцизия и вторично заздравяване на раната. Случай 3: Мъж на 56 години с AI (Hurley III) с лезии в двете аксилни, двете ингвинални гънки, двете бедра, скротума и перианалната област. Активен пушач със затлъстяване 3 степен, хипертония, подагра, исхемична болест на сърцето и хроничен хепатит В. При пациента заболяването рецидивира многократно, като е лекуван консервативно без ефект. Подложен е на няколко хирургични интервенции, като някои от раните са затворени първично, някои са оставени на вторично заздравяване, а други са лекувани с VАС- терапия.

Заклучение: Консервативната терапия в лечението на AI постига само временен ефект. Поради това хирургичната намеса често е единственият лечебен метод, особено при рецидивиращи лезии и тежката форма на AI. Избора на хирургичния подход трябва да бъде индивидуализиран според тежестта на заболяването и локализацията.

Ключови думи: Acne inversa, VАС- ТЕРАПИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ

Акне инверса (АИ) е хронично, възпалително, рецидивиращо и инвалидизиращо заболяване на космения фоликул, което обикновено се появява след пубертета. Характеризира се с поява на болезнени и дълбоки възловидни абсцеси, водещи до образуване на фистулни ходове и цикатрикси. Лезиите се локализируют най-често по гънките на тялото – аксиларни, ингвинални и аногенитални, но може да засегне и други области.

АИ има психологически и клинически значими негативни ефекти върху качеството на живота на пациента.

Реалната честота на разпространение на заболяването е неизвестна, като редица проучвания показват от 1 до 4% от населението може да е засегнато от него. Най-

високата е честота през второто и третото десетилетие от живота. Жените са три пъти по-склонни да развият АИ, отколкото мъжете, а афроамериканците са по-склонни да бъдат засегнати в сравнение с други етнически групи. (1)

Клинически АИ варира от леки варианти, като подкожни нодули с умерено възпаление, които регресират без усложнение, до тежки случаи, където се получават болезнени, дифузни абсцеси, които се сливат и образуват фистули със зловонна гнойна секрция, довеждащи до последващи белези и обезобразяване. Ранният етап АИ наподобява други заболявания, често забавящи диагнозата и лечението, поради което пациентите се диагностицират правилно след няколко рецидива на заболяването. (2, 3, 4)

Все още липсват утвърдени, стандартизирани и унифицирани подходи в лечението на АИ. Медикаментозната терапия не довежда до пълно излекуване и поради това все повече се счита, че хирургичната намеса е единствения лечебен подход. Смята се, че хирургичната интервенция трябва да се приложи колкото се може по-рано в лечението на заболяването. (5)

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

1. *Случай I*

Представяме 24 годишна жена в добро общо състояние. Пациентката е активна пушачка в продължение на 5 години (1 кутия дневно), без придружаващи заболявания и нормален ИТМ. Давноста на заболяването е около 2 години до коректното поставяне на диагнозата. По време на прегледа в лява ингвинална област се установява наличие на еритемен възел с гнойно съдържание (Hurley I). В същата област се наблюдава пост-възпалителна хиперпигментация и cicatricis от предшестваща в миналото инцизия. Предоперативно е проведена консервативна терапия с Клиндамицин 3 по 600 мг. и локално стерилни превръзки с йод-съдържащ унгвент. След овладяване на остро възпаление се планира за оперативно лечение.

Оперативния метод включва листовидно (елиптично) изрязване на лезията под локална анестезия, като раневия дефект се затвори с интрадермален продължителен шев, поставяне на дренаж за 2 дни и стерилна превръзка с йод-съдържащ унгвент (Фиг 1). Последващото хистологично изследване показва гноен фоликулит и фистули. Следоперативния период протече гладко, без усложнения. Установи се перфектен козметичен резултат.



Фиг. 1 а– Предоперативна клинична картина - единичен възел в лява ингвинална област и площта на ексцизия на кожата; б – фин цикатрикс на 30 - ия ден от операцията.

2. Случай II

Представяме 30 годишна жена в добро общо състояние с няколко нодула в лява ингвинална област с давност от 6 години, с множество рецидиви на заболяването. Пациентката е дигностицирана с Акне инверса (Hurley II) след многократно консервативно и оперативно лечение, включващо инцизии на лезиите в периодите на рецидив на заболяването. Жената е активна пушачка (20циг./дн) и затлъстяване I степен. В момента на прегледа жената няма активирание на заболяването и е планивана за оперативно лечение.

Оперативния подход включваше широка ексцизия на всички нодули под локална анестезия, щателна хемостаза и стерилна мазева превръзка с йод-съдържащ унгвент. Оперативната рана бе оставена на вторично заздравяване в рамките на 30 дни. Не се наблюдаваха никакви следоперативни усложнение като се постигна задоволителен козметичен резултат. **Фиг. 2**



Фиг. 2 Вторично заздравяване на оперативната рана: *а* – след 7 дни; *б*- след 15 дни; *в* – след 30 дни.

3. Случай III

Последния случай, който представяме е на мъж на 56 години. При диагностицирането на пациента се установяват лезии в двете аксилни, двете ингвинални гънки, двете бедра, скротума и перианалната област (Hurley III). Лезиите в ингвиналните гънки, скротума и бедрата показват белези на активно възпаление с множество фистули, от които изтича гноевидна секреция, зачервяване на околната кожа и силна болезненост. Установяват се няколко цикатрикса от предшестващи хирургични инцизии и пост-възпалителни хиперпигментации в различни области. Оплакванията датират от над 10 години, като многократно е лекуван консервативно с антибиотична терапия и множество хирургични инцизии в различни области при рецидив, като не се постига лечебен ефект. Пациента е в увредено общо състояние, активен пушач (30 циг./дн), затлъстяване III степен и придружаващи заболявания - хипертония, исхемична болест на сърцето, подагра, анемия и хроничен Хепатит Б.

Започна се незабавна консервативна терапия с Клиндамицин 4 пъти по 600 мг., хирургична антисептична обработка на лезиите и оценка на оперативния риск и контрол на придружаващите заболявания.

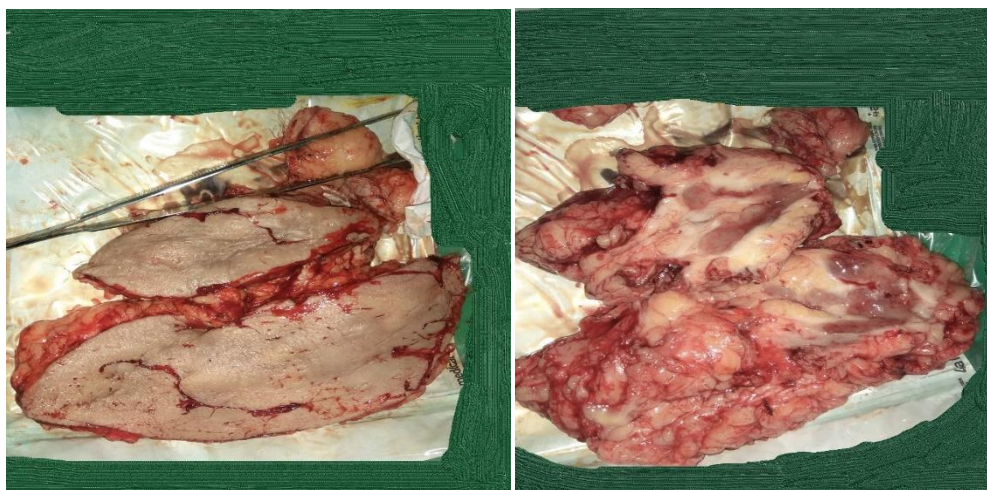
Пациента бе подложен на няколко хирургични интервенции. Започна се от лезиите в аксилите, които не показваха белези на активност на заболяването. В тези области се извършиха ексцизии на нодулите и фистулите с последващо затваряне на дефекта с единични шевове. Раните зарастнаха първично за 10 дни без следоперативни усложнения. Постигна се перфектен козметичен ефект.

След стабилизиране на състоянието на пациента и корекция на показателите се планува за втора интервенция под обща анестезия след месец. Тя включваше ексцизия на лезии и фистули в областта на ингвиналните гънки и бедрата, щателна хемостаза и лаваж на раните. Дефектите в ингвиналните гънки се оставиха за вторично заздравяване

като се покриха със стерилни мазеви превръзки с йод-съдържащ унгвент (**Фиг.3**), а тези в областта на бедрата се поставиха на Vas-терапия (**Фиг.4**).



Фиг. 3 – Кожен дефект в дясна ингвинална гънка оставен на вторично заздравяване – 15 дни след интервенцията.



Фиг. 4 – Премахнати кожни участъци засегнати от заболяването от бедрата. Виждат се фистулните ходове субепидермално.

Раните в областта на ингвиналните гънки зарастнаха за период от 30 дни, а тези в областта на бедрата след Vas- терапията се възтановиха напълно след 45 дни. Не се наблюдаваха следоперативни усложнения. Освен козметичния резултат, който е задоволителен, се постигна подобряване на качеството на живота на пациента. **Фиг.5**.



Фиг.5 – Заздравяла рана в областта на ляво бедро на 45-ия ден от оперативното лечение.

ОБСЪЖДАНЕ

Лечението на АИ включва няколко основни подхода – локална консервативна терапия, системна консервативна терапия и оперативно лечение, включително и прилагане на различни видове лазер-терапия. (6)

Въпреки големия арсенал от консервативни методи и препарати, не се постига дефинитивен лечебен ефект, а само временно подобрене на състоянието на заболяването. Лазерното и интесивно-пулсовия лазер (IPL) са полезни чрез намаляване на броя на космените фоликули, но те също нямат радикален ефект. (7, 8)

Хирургичния подход е единствения метод, който довежда до пълно излекуване на заболяването. Поради това според редица автори се смята, че операцията трябва да бъде приложена по-рано при диагностициране на заболяването. Освен това хирургичната интервенция се счита за единствената лечебна процедура за рецидивиращи лезии. (6, 9, 10)

Типът хирургична интервенция трябва да бъде индивидуализиран при всеки отделен пациент и в зависимост от вида и степента на белези може да се наложат хирургични процедури като дерофиране, лазер, локално или широко изрязване. Все още няма достатъчно яснота кой е най-добрият хирургичен метод за различните анатомични области, засегнати от заболяването. Най-често на хирургично лечение се подлагат пациенти в тежка фаза на заболяването Hurley II и Hurley III (6, 11)

Фазата на заболяването – остра или хронична, засегнатото място, степента на заболяването и съпътстващите заболявания са факторите определящи оперативния подход. Важно за хирурга е да лекува АИ в фаза на ремисия без данни за възпаление, като активните възпалителни процеси трябва да се сведат до минимум. В острата фаза, ако е необходима операция, тя трябва да се ограничи до инцизия с дренаж или дерофиране. По-големите по обем интервенции трябва да се извършват само в хроничната фаза. (12)

Комплицираните случай на АИ са изключителни трудни за лечение, често водещи до разочорование както за лекарите, така и за пациентите при липса на траен отговор. Тези случай подчертават необходимостта от комбиниране на агресивна медикаментозна терапия с хирургично изрязване за постигане на ремисия и ефект. Ефективната медикаментозна терапия може да подпомогне и намали тежестта на възпалението преди хирургичната намеса. (10)

Препоръките към хирургичния подход са извършване на широко изрязване, като се премахнат всички апокринни жлези от цялата засегната кожа и се достигне до

дълбоката долна фасция. Реконструктивната стратегия трябва да следва последователността от най-простия метод до най-сложния а именно вторично заздравяване, първичен шев, присаждане на кожа. Влияние върху реконструктивния метод дават и по-малко инвазивни методи като Vas-терапия. Оперативната процедура трябва да се съобрази освен това и с местоположението, разпространяване и тежестта на заболяването и дали ексцизията е достатъчна. (11, 12, 13, 14, 15)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АИ е хронично възпалително заболяване, значително влияещо върху качеството на живот, социалните и трудови дейности, като в тежките си форми може да доведе до инвалидизация. Най-често то се диагностицира със значително забавяне, поради непознаването му. Изборът на лечение включва консервативни методи и хирургични интервенции, подчертавайки необходимостта от мултидисциплинарен подход.

Консервативната терапия най-често постига само временен ефект. Поради това хирургичната намеса е единствения лечебен метод, особено при рецидивиращи лезии и тежка форма на АИ. Избора на хирургичния подход трябва да бъде индивидуализиран според тежестта на заболяването и локализацията.

РЕФЕРЕНЦИИ:

1. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review.. [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(09\)00036-X/pdf?code=ymjd-site](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(09)00036-X/pdf?code=ymjd-site). J Am Acad Dermatol. 2009;60:539–561.
2. Margesson LJ, Danby FW Hidradenitis suppurativa.. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28:1013–1027.
3. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, et al. Европейско ръководство за S1 за лечение на хидраденит suppurativa / акне inversa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015
4. Von der Werth JM, Jemec GBE. Заболеваемост при пациенти с хидраденит suppurativa. Br J Dermatol. 2010; 144 : 809-813. doi: 10.1046 / j.1365-2133.2001.04137.x.
5. Bieniek A, Matusiak L, Okulewicz-Gojlik D, Szepietowski JC. Хирургично лечение на хидраденит suppurativa: опит и препоръки. Dermatol Surg. 2010; 36 : 1998–2004. doi: 10.1111 / j.1524-4725.2010.01763.x
6. Gulliver W, Zouboulis CC, Prens E, et al. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. Rev Endocr Metab Disord. 2016;17:343–51.
7. Wollina U, Koch A, Heinig B, Kittner T, Nowak A. Acne inversa (Hidradenitis suppurativa): A review with a focus on pathogenesis and treatment. Indian Dermatol Online J. 2013;4(1):2–11.
8. van Rappard D, Mooij J, Mekkes J. Mild to moderate hidradenitis suppurativa treated with local excision and primary closure. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26(7):898–902.
9. Walter A, Meissner M, Kaufmann R, Valesky E, Pinter A. Hidradenitis Suppurativa After Radical Surgery-Long-Term Follow-up for Recurrences and Associated Factors. Dermatol Surg. 2018;44(10):1323–1331.
10. Shi Yu Derek Lim, Ee Cherk Cheong, Hazel H. Oon Management of severe hidradenitis suppurativa with biologic therapy and wide excision Arch Plast Surg. 2019 May; 46(3): 272–276.
11. Lixia ZE. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. Dermatol Surg. 2012;38:517–536
12. Büyükasik O, Hasdemir AO, Kahramansoy N, Çöl C, Erkol H. Surgical approach to extensive hidradenitis suppurativa. Dermatol Surg. 2011;37:835–842.

Science & Technologies

13. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl.* 1997;79:83–89.
14. Watson JD. Hidradenitis suppurativa clinical review. *Br J Plast Surg.* 1985;38:567–569.
15. Kohorst JJ, Baum CL, Otley CC, Roenigk RK, Schenck LA, Pemberton JH, Dozois EJ, Tran NV, Senchenkov A, Davis MD. Surgical management of hidradenitis suppurativa: outcomes of 590 consecutive patients. *Dermatol Surg.* 2016;42:1030–1040.