

Extensive sacral hidradenitis suppurativa

Yaygın sakral hidradenitis suppurativa

Hüseyin Yılmaz¹, Akın Çalısır¹, İlhan Ece¹, Hüsnü Alptekin¹, Fahrettin Acar¹,
Mustafa Şahin¹

¹Selçuk University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Konya, Turkey

Abstract

Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammation of apocrine sweat glands, and reduces the quality of life of patients and causes many morbidities. The patients often use various antibiotics, retinoids, and immunosuppressive drugs for many years before surgical intervention. The main purpose of surgical treatment is to provide an acceptable disease control and minimize the recurrence rate after surgery. Drainage or local excision methods have very high recurrence rates. In this case, we aimed to present the treatment of extensive sacral HS, with wide excision and bilateral V-Y advancement flap.

Keywords: Hidradenitis; infection; sacral region

Özet

Hidradenitis suppurativa (HS) apokrin ter bezlerinin kronik enfeksiyonudur ve hastanın yaşam kalitesini düşürerek birçok morbiditeye neden olur. Cerrahi müdahale öncesi hastalar yıllarca çeşitli antibiyotikler, retinoidler ve immünsüpresif ilaçlar kullanmıştır. Cerrahi tedavinin ana amacı hastalığı kabul edilebilir düzeyde kontrol altına almak ve ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek nüksü en aza indirmektir. Drenaj veya lokal eksizyon yöntemlerinde nüks oranları oldukça yüksektir. Bu olguda perianal bölgeye yayılım gösteren yaygın bir sakral HS olgusunun geniş eksizyon ve bilateral V-Y ilerletme flep yöntemi ile tedavisini sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Hidradenit; enfeksiyon; sakral bölge

Giriş

Deride ektrin, apokrin ve sebaceöz bez adı verilen üç ayrı tip bez vardır. Apokrin bezler kıl folikülü distaline bir kanal aracılığı ile açılan yağ içerikli terden oluşan sekresyon oluşturan bezlerdir ve daha ziyade koltuk altı, genito-anal bölge ve meme areolasında bulunur. Hidradenitis suppurativa (HS) apokrin ter bezlerinin kronik enfeksiyonudur (1-3). HS oluşum mekanizmasında ölü cilt hücreleri ve apokrin bezden gelen materyalin önce folikül kanalında tıkaç oluşturmaları ve bu nedenle apokrin bez drenajının engellenmesi ile sekonder enfeksiyon gelişmesi suçlanmaktadır. HS herhangi bir etnik grupta veya ırkta fazla görüldüğüne dair kesin bir bulgu mevcut değildir fakat kadınlarda daha sık görülmektedir (4). Genellikle kadınlık ile 40 yaşları arasında görüldüğünden yaş predispozan bir faktör olarak kabul edilir. Bu nedenle çocuklarda (apokrin bezler yeterince aktif olmaması nedeniyle) ve 40 yaşın üstündeki bireylerde nadiren ortaya çıkmaktadır. Danimarka'da yapılan bir prevalans çalışmasında genç yetişkin popülasyonun %4.1'inde görülmüştür (4). Obezite ve sigara kullanılması da predispozan faktör olabileceği ileri sürülmektedir.

Bu olgu sunumunda perianal bölgeye yayılım gösteren yaygın bir sakral HS olgusuna uygulanan bilateral V-Y ilerletme flep yönteminin ve

uygulanabilecek cerrahi tedavi seçeneklerinin tartışılmasını amaçladık.

Olgu

Otuz dört yaşında başka bir ek hastalığı olmayan erkek hasta kuyruk sokumunda akıntı ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden 16 yıl önce sakral bölgede akıntının olduğu ve bu nedenle başvurduğu sağlık kurumunda pilonidal sinüs tanısıyla eksizyon ve primer onarım işlemi uygulandığı, şikayetlerinin tekrarlaması nedeni ile son 2 yılda 3 kere lokal eksizyon ve çok sayıda perianal abse drenajı yapıldığı ayrıca hastalığın aktifleştiği dönemlerde çeşitli antibiyoterapiler kullandığı öğrenildi. Fizik muayenede sakral bölgeden her iki gluteal alana ve anüs çevresine uzanım gösteren, yer yer akıntılı çok sayıda sinüs ağzı içeren ve oldukça geniş bir alanı içine alan HS izlendi (Resim 1). Hastalıklı bölgenin palpasyonunda derin yerleşimli apselerin varlığı tespit edildi. Hastada predispozan faktörler arasında sigara içimi yer alıyordu. Hastaya mevcut lezyonun yaygınlığı nedeniyle geniş eksizyon, V-Y flep ile onarım ve ameliyat sonrası fekal kontaminasyonu engellemek amacıyla saptırıcı kolostomi planlandı.

Hasta genel anestezi altında Jack-knife pozisyonunda hazırlandı. Perianal bölgeye uzanım gösteren defektif doku, anal bölge ve sfinkterler korunarak total olarak eksize edildi. Anüs ön tarafında sağlam olan bölge bir

Correspondence: İlhan Ece, Selçuk University, Faculty of Medicine, Department of General Surgery, Konya, Turkey
Tel: +90 532 5502862 ilhanece@yahoo.com

Received: 24.05.2013 **Accepted:** 23.07.2013
ISSN 2148-3132 (print) ISSN 2148-2926 (online)
www.gaziantepmedicaljournal.com
DOI: 10.5455/GMJ-30-38316



pedikülle korundu, anüs yan ve arka bölümündeki cilt ve ciltaltı doku anokutan hatta 1 cm mesafeden çıkarıldı (Resim 2). Cerrahi olarak eksize edilen enfekte doku histopatolojik incelemeye gönderildi (Resim 3). Perianal bölgedeki defekt cilt altı doku serbestleştirilerek primer olarak yaklaştırıldı. Sakral bölgedeki defekt için gluteus üzerinden bilateral V-Y ilerletme flepleri hazırlandı. Daha sonra cilt altına 2 adet negatif basınçlı dren konuldu, cilt altı ve cilt emilebilir intradermik dikişlerle yaklaştırılarak rekonstrüksiyon yapıldı (Resim 4, 5 ve 6). Eşzamanlı olarak fekal kontaminasyonu önlemek amacıyla Hartman kolostomi prosedürü uygulandı. Ameliyat sonrası 3. günde kolostomi çalışmaya başladı. Anal bölge çevresindeki dikişlerde minimal ayrılma dışında sorunu olmayan hasta 7. günde drenleri çekilerek taburcu edildi. Cilt emilebilir sütürlerle kapatıldığı için dikiş alınmadı. Hastanın 3. ayda kolostomisi kapatıldı. Kolostomi kapatılması sonrasında birkaç gün süren ishal dışında kontinans sorunu olmadı ve ilk 6 aylık takipte herhangi bir problem ile karşılaşılmadı (Resim 7). Olgunun resimlerinin kullanılması için yazılı oluru alındı.



Resim 1. Ameliyat öncesi lezyonun görünümü



Resim 2. Lezyonun eksizeyon aşaması

Tartışma

HS hastaları genellikle cerrahi müdahale öncesi yıllarca hastalıkları ile muzdarip durumda yaşamışlardır (5,6). Tedavide ana amaç hastalığı kozmetik olarak kabul edilebilir düzeyde kontrol altına almak ve ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek nüksü en aza indirmektir. HS hastalığında antibiyotikler, hormonal tedavi, retinoidler ve hatta immün sistemi baskılayıcı ajanların yararlı olduğu gösterilmiştir (7,8). Ancak tam kür, hastalıklı dokunun geniş eksizeyonu ile sağlanabilmektedir. HS'de hastalığa başlangıç döneminde müdahale edilmediği takdirde oldukça geniş bir alana yayılabilmekte ve bu nedenle yapılacak eksizeyon da geniş bir alanı kapsamaktadır.



Resim 3. Tamamen çıkarılan lezyon.



Resim 4. V-Y ilerletme flep ile rekonstrüksiyon sonrası görünüm.



Resim 5. Perineye pedikülle bağlanan anal bölgenin görünümü.



Resim 6. Ameliyat sonrası flebin görünümü.



Resim 7. Ameliyat sonrası 5. aydaki görünüm.

Erken dönemlerde HS, pilonidal sinüs, karbonkül, erizipel, fronkül gibi hastalıklarla karışabilir (9,10). Bu dönemde oral ve topikal antibiyotik tedavisi denenmektedir. Hastalığın doğal seyri sırasında ciddi morbiditelere yol açabilecek komplikasyonlar gelişebilir. Bunlar; lenfödem, ileri olgularda skarlaşmaya bağlı kontraktür, daha nadir olarak da sistemik infeksiyon ve perianal fistül oluşmasıdır (11). İlerleyen dönemlerde ağrılı nodüller, drene olan sinüs traktları ve apse formasyonu gelişir (12). Hastalığın ilerlemesinde aşırı kilo, kötü hijyen, diyabet, dar giysiler, sigara gibi faktörler etkili olmaktadır (10,12,13). Başka bir çalışmada olguların %38'inde akraba ilişkisi gösterilmiştir, bu da

hastalığın genetik bir yatkınlığının olduğunu desteklemektedir (13). Drenaj veya lokal eksizyon yöntemlerinde nüks oranları oldukça yüksektir (2). Yapılan bir çalışmada tek başına drenaj işleminin rekürrens oranı 3 ay içerisinde %100, lokal eksizyon sonrası nüksün ise 20 aylık süre içerisinde %25 olarak kaydedilmiştir (14). Ciddi, inatçı ve derin lezyonu olan, tekrarlayan veya şiddetli semptomları olan ya da çoklu sinus yolu ve ağzına sahip olgularda hastalığın bulunduğu tüm deri ve deri altı dokusunun eksizyonu kesin tedavi şansı sunar. Tamamen temizlenen sahanın rekonstrüksiyonu için alanın genişliğine göre primer onarımdan çeşitli flep tekniklerine kadar değişik yöntemler uygulanmaktadır (1).

Eksizyon sonrası yaranın sekonder iyileşmeye bırakılması ile iyileşme dönemi oldukça uzun sürecek ve hastanın hayat kalitesi önemli ölçüde bozulacaktır. Bu nedenle defektin kapatılmasında çeşitli flep teknikleri etkin yöntemlerdir. Limberg rhomboid flep, rotasyon flepleri, V-Y ilerletme flep yöntemi bunlar arasındadır. Bu olguda eksizyon sonrası oluşan defektin büyüklüğü nedeniyle bilateral V-Y ilerletme flep tekniği tercih edilmiştir. Perianal bölgeyi de içine alan onarım işlemleri sonrası en büyük problem fekal kontaminasyon sonrasında lokal yara yeri komplikasyonlarıdır (15). Bu olguda kontaminasyonu önlemek amacıyla hastaya tam saptırıcı kolostomi işlemi uygulanmıştır.

Sonuç olarak sakral bölgeyi tutan yaygın HS olgularında kolostomi işlemi ile birlikte bilaretal V-Y ilerletme flep yöntemi, geniş defektlerin kapatılmasında oldukça etkin bir yöntemdir.

Kaynaklar

1. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis and management. *Br J Plast Surg* 2003;56(5):451-61.
2. Bocchini SF, Habr-Gama A, Kiss DR, Imperiale AR, Araujo SE. Gluteal and perianal hidradenitis suppurativa: surgical treatment by wide excision. *Dis Colon Rectum* 2003;46(7):944-9.
3. Lirón-Ruiz R, Torralba-Martinez JA, Pellicer-Franco E, Morales-Cuenca G, Martín-Lorenzo JG, Miguel-Perelló J, et al. Treatment of long-standing extensive perianal hidradenitis suppurativa using double rotation plasty, V-Y plasty and free grafts. *Int J Colorectal Dis* 2004;19(1):73-8.
4. Jemec GBE, Heidenheim M, Nielsen NH. The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(2 Pt 1):191-4.
5. Mitchell KM, Beck DE. Hidradenitis suppurativa. *Surg Clin North Am* 2002;82(6):1187-97.
6. Watson JD. Hidradenitis suppurativa: a clinical review. *Br J Plast Surg* 1985;38(4):567-9.
7. Mortimer PS, Dawber RP, Gales MA, Moore RA. A double-blind controlled cross-over trial of cyproterone acetate in females with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 1986;115(3):263-8.
8. Shah N. Hidradenitis suppurativa: a treatment challenge. *Am Fam Physician* 2005;72(8):1547-52.
9. Church JM, Fazio VW, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW. The differential diagnosis and comorbidity of hidradenitis suppurativa and perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1993;8(3):117-9.

10. Wiltz O, Schoetz DJ Jr, Murray JJ, Roberts PL, Collier JA, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey Clinic experience. *Dis Colon Rectum* 1990;33(9):731-4.
11. Jansen I, Altmeyer P, Piewig G. Acne inversa (alias hidradenitis suppurativa), *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15(6):532-40.
12. Gener G, Canoui-Poitrine F, Revuz JE, Faye O, Poli F, Gabison G, et al. Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: a series of 116 consecutive patients. *Dermatology* 2009;219(2):148-54.
13. Von der Werth JM, Williams HC. The natural history of hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14(5):389-92.
14. Ritz P, Runkel N, Haier J, Buhr HJ. Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis suppurativa. *Int J Colorectal Dis* 1998;13(4):164-8.
15. Grischkan D, Steiger E, Fazio V. Maintenance of home hyperalimentation in patients with high-output jejunostomies. *Arch Surg* 1979;114(7):838-41.

How to cite:

Yılmaz H, Çalırsır A, Ece İ, Alptekin H, Acar F, Şahin M. Extensive sacral hidradenitis suppurativa. *Gaziantep Med J* 2014;20(1):79-82.