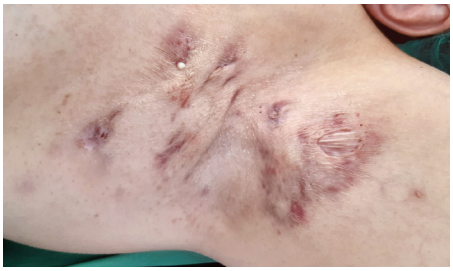
Obr. 1. *Postihnuté kožné lézie v pravej axilárnej oblasti*



Obr. 2. *Postihnuté kožné lézie v ľavej axilárnej oblasti*

Obr. 3. *Perioperačný náčrt postihnutej kožnej lézie v ľavej axilárnej oblasti*

(liečba lítiom, antikoncepcia s vyšším pomerom progesterónu k estrogénu), séronegatívna artritída, spondylartritída, reumatoidná artritída, psoriáza a systémový lupus erythematosus. Okrem toho klinické pozorovania u pacientok potvrdili hormonálne zmeny spojené s endokrinnymi poruchami, ako sú syndróm polycystických ovárií a metabolický syndróm (2). Správna včasná diagnóza tohoto ochorenia, ktorá je založená primárne na klinickom diagnostikovaní sa často odďaľuje niekedy dokonca až o roky pre podobnosť jej klinických príznakov s folikulitídou, *acne vulgaris* alebo kožnej manifestácie Crohnovej choroby (3).

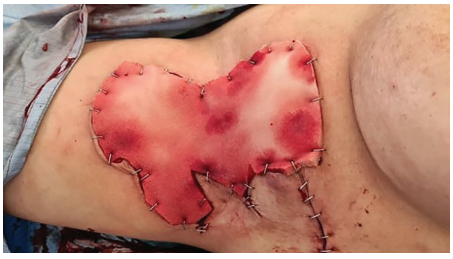
Popis prípadu

59ročná žena vyhľadala Kliniku popálenin a plastickej chirurgie Fakultnej nemocnice Brno s charakteristickými chronickými zápalovými kožnými léziami, vrátane hlboko uložených nodúl s výtokovými abscesmi a fibrotickým tkanivom v podpazuší, horných laterálnych kvadrantoch prsníkov, inframammárnych záhyboch a oboch slabinách s diagnózou HS. U pacientky sa prvýkrát známky daného chronického ochorenia objavili v roku 2020. Primárne bola diagnóza stanovená cestou dermatologickej kliniky. Pacientka bola 2 roky po stanovení diagnózy liečená antibiotickou liečbou avšak s neuspokojivou odpoveďou, preto sa rozhodli pristúpiť k biologickej liečbe. Liečba adalimumabom bola v schéme inj. s.c. raz za 2 týždne približne 8 mesiacov. A zároveň jej bola doporučená chirurgická liečba. V tomto prípade sa pristúpilo k radikálnejšiemu riešeniu zahŕňajúcu širokú excíziu ložísk postihnutých oblastí. Pacientka bola v danom čase liečená s esenciálnou hypertenziou antagonistami receptora angiotenzínu II, hypotyreózou so substitučnou hormonálnou terapiou štítnej žľazy a diabetom typu II s perorálnymi antidiabetikami. Nefajčiarka, s obezitou s body mass index (BMI) 33,6. V minulosti podstúpila hysterektómiu. Diagnóza HS sa nepotvrdila u iného člena rodiny. Približne 2 roky po stanovení diagnózy bol zahájený chirurgický prístup liečby. Pred začatím prípravy operačného poľa bol odobraný ster a odoslaný na mikrobiologické vyšetrenie s ďalším negatívnym výsledkom. Ložiská v axilárnej oblasti a perioperačný náčrt postihnutých kožných lézií (Obr. 1, 2, 3). Následná excízia postihnutých oblastí v celkovej anestézii v pravom podpazuší (Obr. 4). Na dôslednú hemostázu sa použila elektrokoagulácia. Defekty pravej a ľavej strany boli dočasne prekryté (Obr. 5, 6), aby sa spodina rán pripravila na autotransplantáciu dermoepidermálnym štepom (DEŠ) v ďalšej etape. Defekty horných laterálnych kvadrantov prsníkov boli uzavreté priamou suturou. Pacientka mala počas a po výkone antibiotickú profylaxiu na zníženie rizika infekcie rany. V druhej etape, 10 dní po prvom zákroku, bola rana prekrytá DEŠ. Odberovým miestom štepu bolo ľavé vnútorné stehno. Následná ambulantná kontrola bola 4 mesiace po autotranplantácií, plochy boli bez známok infekcie, kožný štep bol vitálny, bez známok kontraktúr (Obr. 7, 8). Pacientka neudávala známky diskomfortu, bolesť alebo obmedzenie v rozsahu pohybu. Druhá kontrola bola uskutočnená iba telefonicky 18 mesiacov po operácii, pacientka neudávala kontraktúru v miestach kožných

Obr. 4. *Excízia kožnej lézie v pravej axilárnej oblasti*

Obr. 5. *Dočasné prekrytie defektu pravej axilárnej oblasti*

Obr. 6. *Dočasné prekrytie defektu ľavej axilárnej oblasti*



Obr. 7. *Ambulantná kontrola 4 mesiace po autotranplantácií, pravá axilárna oblasť*

Obr. 8. *Ambulantná kontrola 4 mesiace po autotranplantácií, ľavá axilárna oblasť*