

štepov, bez recidívy ložísk v podpazuší. Udáva pretrvávajúci rozdiel vo farbe kožného štepu a okolitej kože, ale zároveň to nevníma ako závažný problém. Pacientka je s celkovým estetickým a funkčným výsledkom spokojná (4).

## Diskusia

Ženské pohlavie je jedným z hlavných rizikových faktorov HS. Vyskytuje sa častejšie u žien s pomerom ženy:muži 3:1. Celková prevalencia ochorenia sa pohybuje medzi 0,7% a 1,2% v európsko-americkej populácii (5, 6). Hlavným diagnostickým kritériom sú klinické prejavy a to tvorba a následná recidíva jednej či viacerých typických nodulov, abscesov, sínusových traktov alebo fistúl aspoň v jednom z predilekčných miest viac ako 2krát za 6 mesiacov (7). Toto chronické ochorenie klasifikujeme podľa závažnosti pozorovaných lézií do troch Hurleyho štádií. I. Hurleyho štádium (mierne štádium) charakterizované jedným alebo viacerými izolovanými zápalovými uzlami a abscesovými formáciami, bez sínusových ciest a zjazvenia. Hurleyho štádium II (stredné): opakujúce sa abscesy s > 1 sínusovým traktom a fibrózne povrazce, oddelené neporušenou kožou. Tiež môžeme pozorovať solitárne alebo mnohopočetné fistulácie s purulentnou či serosangvinolentnou supuráciou. Hurleyho štádium III (závažné): mnohopočetné lézie so vzájomne prepojenými sínusovými traktami, splyývajúce do zápalových plakov so závažnými zjazveniami a abscesmi postihujúce celú danú lokalitu (8). Kľúčom k optimálnej kontrole ochorenia je multidisciplinárny prístup zahŕňajúci okrem iných špecializácií najmä dermatológa a plastického chirurga. Personalizovaný liečebný plán zvyčajne zostavuje dermatológ. Posúdenie plastickým chirurgom sa navrhuje pre vybraných pacientov s Hurleyovým štádiom 1 a všetkých pacientov s Hurleyovým štádiom 2 a 3. Najčastejšie navrhovaný chirurgický prístup v prípadoch, kedy nie je možný primárny uzáver, pozostáva z excízie lézií a rekonštrukcie DEŠ. U obéznych pacientov (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) sa navrhuje konzultácia s nutričným poradcom. U pacientov s obezitou 2. triedy (BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>) sa doporučuje zvážiť bariatrickú intervenciu. Pacientky s klinickými príznakmi hyperandrogenizmu alebo abnormalitami v sére hormónov sú odoslané k endokrinológovi (9). Včasné štádiá možno

zvládnuť lokálnymi alebo systémovými antibiotikami alebo imunosupresívnou liečbou, pokročilé štádiá ochorenia si väčšinou vyžadujú chirurgickú intervenciu. Prvou líniou liečby Hurleyho štádia I je lokálny linkosamid, klindamycin aplikovaný dvakrát denne počas 3 mesiacov na lokálne lézie. Inou možnosťou je aplikácia resorcinolu, lokálneho činidla s keratolytickým, antipruritickým a protizápalovým účinkom, ktoré je možno aplikovať dvakrát denne na aktívne zápalové lézie. Resorcinol je staré lokálne anestetikum známe svojimi nepriaznivými účinkami, ako je podráždenie, kontaktná dermatitída a nefrotoxicita, napriek tomu sa dospelo k záveru, že rezorcinol je platnou alternatívou ku klindamycínu (10). Väčšina pacientov poprela, že by mala nejaké vedľajšie účinky, a okrem toho by odporučila 15% rezorcinol ako liečbu HS. Lokálny 15% rezorcinol je tiež spojený s vysokou spokojnosťou s liečbou u pacientov s miernou až stredne závažnou HS (11). Na solitárne lézie je možnosť injekčnej aplikácie kortikosteroidov priamo do lézie. Voľbou pre Hurley štádium I a II sú tetracyklíny a to počas 10 týždňov. Závažnejšie Hurleyho štádium II, ktoré nereaguje na tetracyklíny možno aplikovať klindamycín a rifampicin (počas 10 týždňov). Karbapenémy môžu poskytnúť rýchle zlepšenie. Vzhľadom na silné prepojenie medzi endokrinnou nerovnováhou a HS, môže byť účinná aj anti-androgénna terapia (napríklad etinylestradiol a cyproteronacetát) (2). Retinoidy, ako je acitretin, sa môžu použiť na špeciálny folikulárny podtyp HS. Folikulárny podtyp HS je charakterizovaný menšími a menej závažnými léziami. Môžu byť pozorované ďalšie lézie, ako sú komedóny, epidermálne cysty. Tento podtyp postihuje väčšinou mužov s typickým skorším nástupom a dlhším trvaním (12). Táto klasifikácia je založená na základných štruktúrach pozorovaných v kožných, folikulárnych a zápalových podtypoch (13). Pre ochorenie vo vysokých štádiách s rozsiahlym sínusovým traktom a tvorbou fistúl sa odporúča aplikácia adalimumab, monoklonálna protilátka IgG1 špecifická pre TNF $\alpha$  (HUMIRA, Abbvie Biotechnology GmbH, Nemecko) 40 mg každé 3 týždne, odporúčajú sa subkutánne injekcie (14). Britská asociácia dermatológov pre manažment HS odporúča pre opakujúce sa závažné prípady, nereagujúce na perorálne antibiotiká, retinoidy či biologickú liečbu, prá-

ve chirurgické riešenie (15). Chirurgickú liečbu HS môžeme rozdeliť do 3 typov. I. typ, incízia a drenáž, umožňuje rýchlu úľavu od bolesti. Bola pozorovaná 100% miera recidívy, 2. typ „deroofing“ zachovanie spodiny defektov umožňuje epitelovým bunkám z potných žliaz a vlasových folikulov, aby sa rýchlo reepitelizovali a zahojili sekundárnym hojením, bolo pozorovaných 27% recidív, a 3. excízia, jedná sa o invazívnejšiu možnosť zameranú na odstránenie postihnutého tkaniva v celej jeho celistvosti. Miera recidív pri excízii je medzi 13–22%. Túto excíziu môžeme ďalej rozdeliť na obmedzenú/lokálnu excíziu, širokú excíziu, radikálnu excíziu. Na uzavretie rany sú možné rôzne možnosti ako priama sutura, rekonštrukcia pomocou DEŠ, podtlakové uzatvorenie rany v prvej fáze a následne v druhej fáze rekonštrukcia DEŠ, rekonštrukcia lalokovou plastikou (ak sú obnažené cievne kanály a nervy) alebo hojenie sekundárnym hojením (rana sa nechá zahojiť sama). Možnosti liečby sa môžu líšiť v závislosti od štádia ochorenia. Aj keď sa chirurgické riešenie často považuje za najlepšiu možnosť na minimalizáciu recidív, menej invazívne zásahy s použitím, neodýmium-doped yttrium aluminium garnet laser (Nd:YAG) možno odporučiť pri Hurleyovom štádiu II a III. Tiež sa doporučuje možnosť liečby pomocou CO<sub>2</sub> laserom alebo svetelná pulzná liečba (Intense Pulsed Light, IPL). Ako preventívne opatrenie možno navrhnúť aj depiláciu. HS zasahuje do mnohých aspektov každodenného života, vrátane práce, sexuálneho zdravia a medziludských vzťahov (16). Prevalencia depresie u pacientov s hidradenitis suppurativa je 16,9%, zatiaľ čo prevalencia úzkosti je 4,9% (17). Liečba HS môže byť často neuspokojivá a náročná vzhľadom na chronickú povahu ochorenia a jeho nepriaznivý vplyv na kvalitu života. Takiež vo všeobecnosti môže byť hojenie kožných štepov v oblasti axíl komplikované problémami s hojením štepu a morbiditou v mieste odberu štepu, kontraktúrami, obmedzením v rozsahu pohybu, viditeľným rozdielom vo farbe a štruktúre s okolitou kožou alebo rozsiahlym zjazvením (18). Udáva sa, že chirurgická liečba v prípade diagnózy HS môže výrazne zlepšiť kvalitu života pacientov avšak treba počítať s pomerne vysokou možnosťou recidív (19). Väčšina týchto pacientov vyžaduje adjuvantnú lekársku terapiu (topickú alebo