

HİDRADENİTİS SÜPPÜRATİVA***Adnan İŞGÖR**Göztepe Medical Park Hastanesi, İSTANBUL
adnisg75@hotmail.com**ÖZET**

Hidradenitis süppüratıva özellikle genç kadınlarda görülen ve belli ölçülerde yaygın olan bir hastalıktır. Apokrin ter bezi olan bölgede yerleşen bu hastalık, ağrılı bir nodülden apse, sinus oluşumu ve hipertrofik skarlar kadar değişen bir semptom kompleksinden oluşur. Klinik bulgular arasında, apokrin ter bezlerinin yerleşmiş olduğu bölgelerde ağrılı nodüller, sinus yolları ve hipertrofik skarlar vardır. Bazı risk faktörleri olmasına karşın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Orta şiddetteki olgular bile yaşam kalitesini etkiler. Tedavi medikal ve cerrahi olup kliniğe göre bireyselleştirilmesi gerekir. Geniş spektrumlu antibiyotik ve eksizyon girişimleri tutulumunun genişliğine göre ayarlanır. Diğer yandan anti-TNF α ve retinoidler gibi bazı ilaçlar etkin olmakla beraber fayda-risk oranı açısından halen soru işaretleri vardır. Bu makalede bu sorunun sunumu yapılarak patogenezi ve tedavisi derlenmiştir.

Anahtar sözcükler: apokrin bez, hidradenitis

SUMMARY**Hidradenitis Suppurativa**

Hidradenitis suppurativa is somewhat common entity that affect especially young women. It consists in a symptoms complex with presentations ranging from painful nodule(s), to abscesses, sinus tracts and hypertrophic scars that are located in the apocrine gland-bearing areas. There are some risk factors, but the cause is unknown. Quality of life is severely affected even in the mild forms. Treatment is both medical and surgical and needs to be individualized to the clinical presentation. Wide-spectrum antibiotics and excisions tailored to the extent of involvement. On the other hand, some drugs such as anti-TNF α drugs and retinoids are effective, but their risk-benefit ratio is still in question. This article reviews the presentation, pathogenesis and treatment of this problem.

Keywords: apocrine glands, hidradenitis

Deride ektrin, apokrin ve sebaceöz bez adı verilen üç ayrı tip bez vardır. Sekresyonu temelde su ve elektrolitten oluşan ektrin bezler (ter bezi) bir kanal aracılığı ile direkt cilt yüzeyine açılırlar. Bu bezler hemen tüm vücut derisinde bulunur. Sebaceöz bezler, kıl foliküllerinin yakınına yerleşmiş mikroskopik bezler olup kıl foliküllerine açılırlar ve sebum adı verilen yağlı/mumsu bir sekresyonları vardır. Apokrin bezler de kıl folikülü distaline bir kanal aracılığı ile açılırlar (Şekil). Yağ içerikli terden oluşan sekresyon ciltteki bakterilerce parçalanır ve koku oluşur. Apokrin bezler daha ziyade koltuk altı, genito-anal bölge ve meme areolasında vardır. Hidradenitis süppüratıva (HS) apokrin karakterde olan ter bezlerinin kronik bir infeksiyonu-

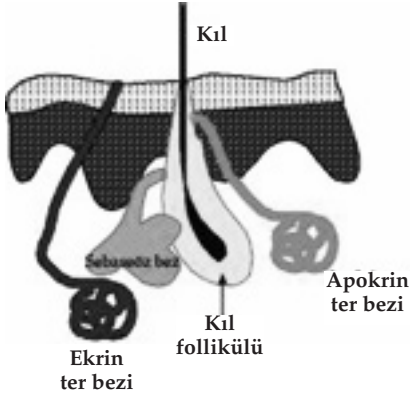
dur ve reküren apseler, sinus traktları ve skarlaşma ile kendini gösterir⁽¹⁹⁾.

Hidradenitis süppüratıva latince kökenli hidros (ter) ve aden (bez) kelimelerinden türetilmiştir. En sık koltuk altı, kasık ve anal bölgede ortaya çıkar. ABD’de genel nüfusun % 1-2’sinde görülebilen bu hastalığın kadınların % 4’ünde ortaya çıktığı da bildirilmiştir⁽¹²⁾.

Oluşum teorileri

Son çalışmalar HS’nin kıl folikülü ve sebaceöz bez kanallarının tıkanması ile ortaya çıktığını göstermektedir. Ölü cilt hücreleri ve apokrin bezden gelen materyal önce folikül kanalında akımı yavaşlatır ve sebaceöz bezden gelen sebumla birleşerek tıkaç oluşturur. Tıkaç ise

* 26. ANKEM Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi Kahvaltılı Oturum-9 sunumundan (18-22 Mayıs 2011, Kızılağaç-Manavgat)



Şekil. Deri ve deri altı eklerinin şematik olarak gösterilmesi.

apokrin bez drenajını engeller ve lokal irritasyona neden olur. Daha sonra bakteriler lokal inflamatuvar yanıtı tetikleyerek infeksiyon gelişimine yol açarlar. Dolayısıyla bu hastalığın apokrin bezlerin olduğu alanlarda bulunan terminal foliküller epitelin bir hastalığı olduğu “acne inversa” olarak adlandırılması gerektiği ileri sürülmüştür⁽¹⁷⁾. Bu hastalığın sıklıkla akne, pilonidal kist, kronik kafa derisi folikülitleri ile beraber olması foliküller tıkanma savını desteklemektedir.

Bir çalışmada HS’da genetik bir yatkınlık olabileceği ileri sürülmüş ve olguların % 38’inde akraba ilişkisi gösterilmiştir⁽²¹⁾.

HS, apokrin bezler yeterince aktif olmadığından ergenlik öncesi devrede ortaya çıkmaz. Dolayısıyla hastalığın gelişmesinden cinsiyet hormonlarının sorumlu olabileceği kabul edilir.

Predispozan faktörler

HS tüm ırklarda ve etnik gruplarda eşit olarak görülür. Ancak hastalığın bazı predispozan faktörlerle beraber olduğu saptanmıştır. Kadınlarda daha sık görülmekle beraber beraber nedeni tam bilinmemektedir. Genellikle ergenlik ile 40 yaşları arasında görüldüğünden yaş predispozan bir faktör olarak kabul edilir. Bu bağlamda çocuklarda ve 40 yaşın üstündeki bireylerde ender olarak ortaya çıkar. Daha önce de değinildiği gibi, ailede HS öyküsü olması HS riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla hastalığın kökeninde genetik yatkınlık olduğu da belirtilmektedir. Ergenlikten sonra daha sık görülmesi ise hormonal mekanizma görüşünü destekler niteliktedir. Fazla kilo ve sigara kullanılmasının

da birer dispozan faktör olabileceği ileri sürülür. Crohn, Graves, Hashimoto hastalığı, akantosis nigrikans, Sjögren sendromu gibi bir çok hastalıkla birlikte görülebilir. Dolayısıyla bu hastalarda tiroit fonksiyon testlerine de bakılmalıdır^(2,18,23).

Semptomlar

HS sıklıkla aksillada duyarlı ve nodüler bir lezyon olarak kendini gösterir⁽¹⁸⁾. Bunlar çoğu kez siyah ve kırmızı renkli nodül şeklinde küçük apselerdir. Apsenin genişlemesi ve açılması sonucunda bölgede infekte sıvı akıntısı başlar. Daha sonra deri altı ile cilt arasında bazen birden fazla sinus yolları gelişir. Kendiliğinden ya da tedavi sonrası iyileşen alanlarda skar ortaya çıkar. Ayırt edici tanıda karbünkül, erizipel, furunkul, granuloma inguinale, pilonidal hastalık ve kandidiyazis akla gelmelidir^(5,22).

Mikrobiyoloji

Hastalığa neden olan mikroorganizmaların türleri pilonidal hastalıkta bulunanlara benzerdir. En sık izole edilen bakteri stafilokoklar olup streptokok (en sık beta-hemolitik), *Escherichia coli* ve perianal bölgede ise enterik bakteriler bulunabilir. Ender olarak anaeroblar dahil diğer bakteriler de izole edilebilmektedir.

Komplikasyonlar

Çoğu kez hastalığın doğal seyri sırasında ortaya çıkar. Bazen ciddi morbiditelere yol açabilirler. Bunlar içinde; lenfödem, bölgeyi sürekli kirleten çoklu sinus ağızları, ileri olgularda skarlaşmaya bağlı kontraktür gelişmesi ve ekstremitelerde hareketlerinde kısıtlılık olarak sıralanabilir. Diğer yandan yaygın ve sistemik infeksiyon, üretral/perianal fistül oluşması daha enderdir⁽¹⁰⁾. Aksilla dışındaki HS’lerde ender olarak gelişen skuamöz hücreli kanserlerin prognozu genellikle kötüdür⁽²⁰⁾.

Önlemler

HS için predispozan faktörlere sahip bireylerde ilgili bölgelerin temiz ve kuru tutulması önemlidir. Bu amaçla bölge antibakteriyel sabunlarla yıkanabilir. Sentetik ve dar giysilerden kaçınılması diğer önleyici bir yaklaşımdır.

Bölgenin traş edilmesi irritasyona yol açacağından yapılması önerilmemektedir. Bir çalışmada deodorant kullanılması, bölgenin traş edilmesi ve depilasyonun hastalık üzerinde etkili olmadığını bildirilmektedir⁽¹³⁾.

Bilimsel kanıt olmamakla beraber sigara içilmemesinin hastalık seyri üzerinde olumlu etkiye sahip olabileceği belirtilmektedir. Fazla kilolar deri kıvrıntılarının derinliğini arttırdığından sürtünmenin daha fazla oluşmasına, irritasyona ve bakteri çoğalmasına yol açabilir. Bu nedenle obez bireylerin zayıflaması önerilmektedir. Tüm bu önlemlerin amacı bölgedeki bakteriyel yükün azaltılmasıdır⁽¹⁵⁾.

Tedavi

Cerrahi dışı tedaviler: Tedavi semptom ve infeksiyonun dercesine göre uygulanır. Hafif olgularda yukarıda belirtilen önlemler uygulanabilir. Yararı tam olarak kanıtlanmamış olmakla beraber HS geliştikten sonra topikal antibiyotik uygulanması pratikte sık kullanılan bir yaklaşımdır. Ayrıca çinko glukonat olarak günlük alınan çinko tuzlarının inflamasyonu ve yeni HS oluşumunu azaltmada yardımcı olabileceği belirtilmektedir.

Orta derecede semptom ve infeksiyon olan olgularda tartışmalı olmakla beraber antibiyotik tedavisi eklenebilir. Akıntudan veya drenaj yapılanlarda drenaj sıvısından kültür alınarak antibiyotik başlanabilir. Verilmesi gereken antibiyotik hastalığın bulunduğu bölgedeki deri ve yumuşak doku mikroorganizmalarını kapsamalıdır. Aksiller hastalıkta anti-stafilokokal, perianal hastalıkta daha geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanılması uygundur⁽¹⁸⁾.

Kronik olgularda uzun süreli (2 ay ya da daha fazla) tedavi için tetrasiklin ve eritromisin, akut infeksiyonlarda sefalosporinler seçilebilir. Yine akut infeksiyonlarda kısa süreli dikloksasilin de kullanılabilir. Kanıtlanmış akut veya kronik MRSA'da kısa ya da uzun süreli klindamisin veya sulfonamid gerekebilir. Topikal klindamisin yararlı olabileceği⁽¹²⁾ gibi yine topikal olarak benzoil peroksit de yardımcı olabilir.

Standart tedavi ile düzelmeyen bazı olgularda immün yanıtı düzenleyebilen bazı ilaçlar kullanılabilir.

Oral yoldan kullanılabilen retinoidler deri-

de bulunan yağ bezi fonksiyonlarını ve keratinizasyonu baskılayarak kıl foliküllerinde tıkaç oluşmasını önleyebilir, atakların şiddetini azaltabilir ancak kür sağlamazlar. Yan etki sorunu da olan bu ilaçların ameliyat öncesi devrede bir kaç ay süre kullanılabileceği de bildirilmektedir⁽¹¹⁾.

Özellikle HS'nin erken evrelerinde inflamasyonu azaltarak etki eden östrojen/progesteron oranı yüksek oral kontraseptif ajanlar veya anti-androjenik ajanların kullanılabileceği belirtilmektedir^(14,18). Kortikosteroid ve immünosupresör ilaçların faydalı olabileceği belirtilmesine karşın uzun süreli kullanan hastalarda ciddi yan etkiler ortaya çıkabilir⁽⁹⁾.

Tümör nekrosis faktör-alfa inhibitörlerinden kısa süreli infliximab kullanılan olgularda ümit verici sonuçlar alınmakla beraber⁽⁶⁾, adalimumab'ın uzun süreli tedavisinin uygun olabileceği belirtilmektedir⁽¹⁾.

Radyoterapi, kriyoterapi ve laser tedavileri ile bazı başarılar elde edilmesine karşın yaygın kullanım alanı bulmamıştır^(3,7,8).

Cerrahi tedavi: Apse gelişen olgularda apse drenajı yapılması kuraldır. Özellikle küçük bir alanda gelişmiş olan HS'de uygulanır. Ancak bu girişim genellikle kısa süreli iyileşme sağlar. Diğer yandan sinüslerin açılıp debride edilmesi iyileşmeyi hızlandırmasına karşın hastalığın tekrarını çoğu kez önlemez.

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, falp ya da deri grefti ile kapatılması kesin tedavi olabilir ve tekrarlama oranı çeşitli serilere göre değişmekle beraber % 2.5 civarındadır⁽¹⁶⁾. Ancak özellikle hastanın yaşam kalitesini arttırmak için erken ve geniş eksizyon yapılmasının etkin olduğu belirtilmekte ve postoperatif komplikasyonların daha ziyade hastalığın yerleştiği yerle ilgili olduğu ileri sürülmektedir⁽⁴⁾.

KAYNAKLAR

1. Arenbergerova M, Gkalpakiotis S, Arenberger P. Effective long-term control of refractory hidradenitis suppurativa with adalimumab after failure of

- conventional therapy, *Int J Dermatol* 2010;49(12):1445-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04638.x>
 PMid:21091684
2. Barth JH, Ng LL, Wojnarowska F, Dawber RP. Acanthosis nigricans, insulin resistance and cutaneous virilism, *Br J Dermatol* 1988;118(5):613-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1988.tb02561.x>
 3. Bong JL, Shalders K, Saihan E. Treatment of persistent painful nodules of hidradenitis suppurativa with cryotherapy, *Clin Exp Dermatol* 2003;28(3):241-4.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2230.2003.01238.x>
 PMid:12780702
 4. Büyükaşık O, Hasdemir AO, Kahramansoy N, Cöl C, Erkol H. Surgical approach to extensive hidradenitis suppurativa, *Dermatol Surg* 2011;37(6):835-42.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2011.01961.x>
 5. 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.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF00341181>
 PMid:8245664
 6. Delage M, Samimi M, Atlan M, Machet L, Lorette G, Maruani A. Efficacy of infliximab for hidradenitis suppurativa: assessment of clinical and biological inflammatory markers, *Acta Derm Venereol* 2011;91(2):169-71.
 PMid:21384087
 7. Finley EM, Ratz JL. Treatment of hidradenitis suppurativa with carbon dioxide laser excision and second-intention healing, *J Am Acad Dermatol* 1996;34(3):465-9.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90441-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90441-7)
 8. Fröhlich D, Baaske D, Glatzel M. Radiotherapy of hidradenitis suppurativa-still valid today? *Strahlenther Onkol* 2000;176(6):286-9.
 PMid:10897256
 9. Gupta AK, Ellis CN, Nickoloff BJ et al. Oral cyclosporine in the treatment of inflammatory and noninflammatory dermatoses. A clinical and immunopathologic analysis, *Arch Dermatol* 1990;126(3):339-50.
<http://dx.doi.org/10.1001/archderm.126.3.339>
 PMid:2178558
 10. Jansen I, Altmeyer P, Piewig G. Acne inversa (alias hidradenitis suppurativa), *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15(6):532-40.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3083.2001.00303.x>
 PMid:11843212
 11. Jansen T, Plewig G. Acne inverse, *Int J Dermatol* 1998;37(2):96-100.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-4362.1998.00414.x>
 12. Jemec GB. The symptomatology of hidradenitis suppurativa in women, *Br J Dermatol* 1988;119(3):345-50.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1988.tb03227.x>
 PMid:3179207
 13. Morgan WP, Leicester G. The role of depilation and deodorants in hidradenitis suppurativa, *Arch Dermatol* 1982;118(2):101-2.
<http://dx.doi.org/10.1001/archderm.118.2.101>
 PMid:7059208
 14. 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.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1986.tb05740.x>
 PMid:2944534
 15. Paletta C, Jurkiewicz MJ. Hidradenitis suppurativa, *Clin Plast Surg* 1987;14(2):383-90.
 PMid:3555949
 16. Rompel R, Petres J. Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa, *Dermatol Surg* 2000;26(7):638-43.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1524-4725.2000.00043.x>
 PMid:10886270
 17. Sellheyer K, Krahl D. "Hidradenitis suppurativa" is acne inversa! An appeal to (finally) abandon a misnomer, *Int J Dermatol* 2005;44(7):535-40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02536.x>
 PMid:15985019
 18. Shah N. Hidradenitis suppurativa: a treatment challenge, *Am Fam Physician* 2005;72(8):1547-52.
 PMid:16273821
 19. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis and management, *Br J Plast Surg* 2003;56(5):451-61.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(03\)00177-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(03)00177-2)
 20. Vogelaar FJ, Willems JM. Squamous cell carcinoma as a rare complication of hidradenitis suppurativa, *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1137.
 PMid:20456772
 21. von der Werth JM, Williams HC. The natural history of hidradenitis suppurativa, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14(5):389-92.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3083.2000.00087.x>
 PMid:11305381
 22. Wiltz O, Schoetz DJ Jr, Murray JJ, Roberts PL, Coller JA, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey Clinic experience, *Dis Colon Rectum* 1990;33(9):731-4.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02052316>
 23. Yazdanyar S, Miller IM, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa and Crohn's disease: Two cases that support an association, *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2010;19(3):23-5.