



ARAŞTIRMA MAKALESİ
RESEARCH ARTICLE
CBU-SBED, 2019, 6(4):304-307

Aksiller Hidradenitis Suppurativanın Cerrahi Tedavisinde Torakodorsal Arter PerforatörFlep (TDAP) İle Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Zülfükar Ulaş Bali, Yavuz Keçeci
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Manisa,
Türkiye

email: zulasbali@gmail.com, yavuz.kececi@gmail.com

Orcid: 0000-0001-6894-3900

Orcid: 0000-0002-8915-8706

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Sorumlu Yazar: Zülfükar Ulaş Bali

Gönderim Tarihi / Received: 30.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 23.12.2019

DOI: 10.34087/cbusbed.626342

Öz

Hidradenitissuppurativa tekrarlayan abse, fistül ve skar oluşumu ile karakterize, apokrin bezlerin kronik enflamasyonudur. Kasık, perineal ve perianal bölgelerde ortaya çıkar. Etiyolojisinde foliküllerin tıkanması sorumlu tutulmaktadır. Şiddetli olmayan olgularda, antibiyotik, retinoik asit ve hormonoterapi tercih edilebilir. Cerrahi eksizyon tedavide altın standarttır. Bu çalışmada, aksiller hidradenitissuppurativa olgularında cerrahi eksizyon ve torakodorsal arter perforatör flep (TDAP) ile rekonstrüksiyon yapılan olgularımız paylaşılacak, sonuçlar değerlendirilecek ve deneyimlerimiz aktarılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hidradenitissuppurativa, Torakodorsal Arter Perforatör flep.

Abstract

Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory infection of the apocrine glands characterized by a recurrent abscess, fistula, and scarring. It occurs in the inguinal, perineal and perianal regions. Follicular occlusion is considered in the etiology. Medical treatment which includes systemic antibiotics, retinoic acid, and hormone therapy may be preferred in non-severe cases. Surgical excision of the affected tissue is the criterion standard treatment. The study aimed to evaluate the results of the use of pedicled thoracodorsal artery perforator flap as a method of reconstruction for axillary effect results from wide surgical excision as a line of treatment for hidradenitis suppurativa of the axilla.

Keywords: Hydraadenitissuppurativa, Thoracodorsal artery perforator flap.

1. Giriş

Hidradenitissuppurativa (HS) cilt ve ciltaltı yağlı dokunun kronik, tekrarlayıcı, inflamatuvar bir hastalığı olup görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla dört kat fazladır (1-2). Hastalık ilk olarak 1839 da Velpeau tarafından tanımlanmış, apokrin ter bezlerinden kaynaklandığı ise ilk olarak Aristide Verneuil tarafından bildirilmiştir (3). 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 apokrin bez drenajını engeller ve lokal irritasyona neden olur. Daha sonra bakteriler lokal inflamatuvar yanıtı tetikleyerek enfeksiyon gelişimine yol açarlar. Hastalık apokrin bezlerin bulunduğu aksiller, perineal ve perianal bölgelerde ve genellikle puberteden sonra ortaya çıkar. Ağrılı, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (4). Tedavi semptom ve enfeksiyonun dercesine göre uygulanır. Şiddetli olmayan olgularda, topikal ve sistemik antibiyotikler, östrojen/progesteron oranı yüksek oral

kontraseptifler (5), tnf alfa inhibitörleri (6), radyoterapi (7), lazer (8), kriyoterapi (9) tedavileri kullanılabilir. Ancak özellikle ileri evre ve tekrarlayan olgularda altın standart tedavi cerrahidir.

Bu çalışmada, aksiller HS için geniş cerrahi eksizyon yapılan ve oluşan defektin rekonstrüksiyonunda pediküllü torakodorsal arter perforatör (TDAP) flep kullandığımız hastalarla ilgili deneyimlerimizi, tekniğin olumlu ve olumsuz yönleri ile birlikte tartışmayı amaçladık.

2. Materyal-Method

Bu çalışmaya Mart 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında, aksiller HS nedeniyle cerrahi yapılmış ve TDAP flep ile rekonstrükte edilmiş 8 hasta dahil edildi. Hastaların yaş aralığı 19 ile 52 (ortalama 40) arasında idi. Çalışma, Hurley evrelemesine göre (10) evre 2 ve evre 3 hastalardan oluşturuldu (FIGURE 1). Evre 1 hastalar, cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalar, donör alanı daha önceki bir işleme bağlı kullanılamayacak olan

hastalar, majör bir cerrahi kaldıramayacak olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ameliyat öncesi akıntı olan hastalara 2 hafta antibiyotik verildi. Ameliyat sonrası, 10 gün boyunca, kol yaklaşık 30 derece abduksiyonda ve gövde eleve olacak şekilde pozisyon önerildi. Hastalar ortalama 5 gün hastanede kaldı.

2.1 Cerrahi Teknik

Hasta lateraldekübit pozisyonunda olacak şekilde ameliyata başlandı. Batikon ile boyundan SİAS a kadar tüm alan temizlendi. İlk olarak el doppleri ile torakodorsal arterin perforaörleri işaretlendi. Daha sonra eksizyona başlandı. Tüm fistüllerin çıkartılması amacıyla HS olan alana Icc metilen mavisi damlatıldı. Metilen mavisi ile boyanan tüm sinüs ve fistüller eksize edildi (FIGURE 2). Oluşan defektin vertikal ve transvers düzlemde ölçümleri yapıldı.

Posterioraksiller çizginin 8 cm aşağısı ve latisimusdorsi kasının lateral sınırının 2 cm arka tarafının kesişme noktası işaretlendi Bu nokta torakodorsal damarların kasa giriş noktası olarak kabul edildi. Flep çizimi bu noktayı ve el doppleri ile işaretlenen perforatörleri içine alacak şekilde yapıldı. Flep boyutları transvers düzlemde defekt lateral-medial boyuna eşit, vertikal düzlemde defekt üst-alt sınırından 2 cm uzun olacak şekilde planlandı. Flepsizyonuna alt sınırdan başlandı. El-dopleri ile işaretlenen perforatör bulunduktan sonra medialinsizyone geçildi.

Flepmialinden latisimusdorsi kasının lateral sınırına ulaşıldı. Bu alanda bulunan torakodorsal damarlar ile perforatör arasında titiz bir diseksiyon yapıldı. Flep in diğer tarafları da insize edildi ve tamamen kas üzerinde perforatörü ile birlikte serbestlendi. Perforatörün boyunun pedikül olarak yeterli olmadığı 2 hastada, torakodorsal damarlar perforatörün çıktığı yerin distalinden bağlandı. Böylece pedikül uzatılarak defekt kapatıldı (FIGURE 3). Bu işlem sırasında torakodorsal sinirler görüldü ve korundu. Verici saha tüm hastalarda primer kapatıldı.



Figure 1



Figure 2



Figure 3

3. Bulgular

Bu çalışmaya yaş aralığı 19-52(ortalama 40) olan 8 hasta (8 erkek) dahil edildi. Hastaların ortalama takip süresi 18 ay (9-29 ay) idi. Tüm hastalar da tek taraflı tutulum vardı. Defekt boyutları 8x6 cm ile 16x12 cm aralığında ölçüldü. Geniş eksizyon ve TDAP flep ile onarım ortalama 150 dk(+/- 30 dk) sürdü. Ameliyat sonrası hiçbir hastada total veya parsiyel nekroz görülmedi. 2 hastada donör sahada seroma izlendi ve aspirasyon+baskılı pansuman ile tedavi edildi. Hastaların 2 sindedonör sahada hipertrofikskar oluştu ve silikon blok ile kısmen düzeltildi. Bir hastada kol abduksiyonunda kısıtlılık (yaklaşık 120 derece abduksiyon) oluştu. Bu hastaya z plasti ile abduksiyon açıklığının artırılması planlandı ancak hasta istemedi. Diğer 7 hastada geç dönemde kabul edilebilir fonksiyonel ve estetik sonuçlar elde edildi (FIGURE 4).

4. Tartışma

Aksillerdefektlerin tedavisinde, greft, lokal ilerletme ve rotasyon flepleri, perforatorflepler, serbest flepler kullanılmaktadır. Aksillerhidradenit tedavisinde kritik nokta geniş eksizyon yapılmasıdır, çünkü sınırlı eksizyon yapılan vakalarda nüks oranları yüksektir(11). Geniş eksizyon yapılması ile oluşan geniş defektinrekonstrüksiyonu zorlaştırmaktadır.



Figure 4

Aksillerdefektisekonder iyileşmeye bırakmanın sonucu genellikle kontraktür ve kolda hareket kısıtlılığı ile sonuçlanmaktadır. Bu bölgenin rekonstrüksiyonu için greft kullanılmasının avantajı, defekt ne kadar genişlikte olursa olsun kısmi kalınlıkta greft ile kapatılabilecek olmasıdır. Ancak greft ile rekonstrüksiyon sonrası da kontraktür oranları yüksektir. Ayrıca aksiller bölgede damar sinir yapıları ortaya çıkmış ise, greftle yapabilmek için granülasyon dokusunun oluşmasını beklemek gerekir. Buda ikinci bir ameliyat ihtiyacını doğurur. Watson ve arkadaşlarının yaptığı 72 hastalık çalışmada reoperasyon oranları değerlendirilmiştir. Graft ile onarılan hastalarda %13, flep yapılan hastalarda %19, primer kapatılan hastalarda %54 oranında hastalar tekrar ameliyata alınmıştır(12). Mehdizadeh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada nüks oranları değerlendirilmiş ve primer kapatılan hastalarda %15, flep ile kapatılan hastalarda %8, greft ile kapatılan hastalarda %6 oranlarında nüks saptanmıştır(13). Kısmi kalınlıkta greft ile kıl kökleri ve apokringlandlar olmadan bölgeye doku aktarımı gerçekleştirilmektedir. Buda nüks oranlarının kısmi kalınlıkta defekt ile onarılan hastalarda düşük olmasını açıklamaktadır.

Bizim flep ile onarım yaptığımız hastalardan yalnızca 1 inde (%12.5) tekrar ameliyat ihtiyacı olmuştur. Hastalarımızın ortalama 18 aylık takiplerinde nüks saptanmamıştır. Bu da TDAP flepin bulunduğu bölgede kıl folikülü ve ter bezlerinin az olması ile açıklanabilir. Salvatore D' Arpa ve arkadaşları bazı durumlarda serbest doku naklinin gerekliliğini vurgulamıştır. Çift taraflı, TDAP flep kullanıldığında donör sahanın primer onarılamayacağı olgularda, karnı uygun hastalarda derin inferiorepigastrik arter perforatorfleple başarılı sonuçlarını sunmuşlardır(14). Ancak serbest doku aktarımlarının, ameliyatın uzun zaman alması, hastanede yatış süresinin uzaması, deneyim gerektirmesi gibi dezavantajları vardır.

Random veya fasyokutanözlokalflepler kullanılmıştır. Ancak bu flepler geniş eksizyon gerektiren HS olgularında defekti kapatmak için yeterli değildirler. Aksillerdefekti kapatmak için pektoralis majör(15) ve farklı lokal ve serbest kas flepleri kullanılmıştır. Ancak

kas fleplerinde alıcı sahada fonksiyon kaybı ve inset sonrası aksilladabulky olasılığı yüksektir.

TDAP flep, renk uyumu, ve başarılı fonksiyonel sonuçları nedeniyle aksiller HS tedavisinde altın standarttır(16). Olumsuz yanları ise daha dikkatli ve titiz bir diseksiyon gerektirmesi, buna bağlı olarak ameliyat süresinin uzamasıdır. Ayrıca flepte nekroz oluşması riskine bağlı ikinci bir planlama yapılması gerekebilir.

5. Sonuç

Hidradenitissüperativa tedavisi zor bir süreçtir. Evre 2-3 hastalarda geniş cerrahi eksizyon yapılması gerekir. Hastalığın nüksünün azaltılması için geniş eksizyon yanında rekonstrüksiyonda kullanılan dokunun özellikleri de önemlidir. TDAP flep ile rekonstrüksiyonda, kıl folikülü ve ter bezlerinin az olmasına bağlı nüks oranları düşüktür. Renk-kalınlık uyumu, başarılı fonksiyonel sonuçları, verici alanda fonksiyon kaybı olmaması nedeniyle bu bölge rekonstrüksiyonunda kullanılacak en önemli seçeneklerden biridir.

6. Kaynaklar

1. Shah N. Hidradenitissüperativa: A Treatment Challenge. *AmFamPhysician*. 2005;72:1547-52.
2. Kagan RJ, Yakuboff KP, Warner P, Warden GD. Surgical treatment of hidradenitissüperativa: a 10-year experience. *Surgery*. 2005;138:734-40; discussion 740-1.)
3. Soldin MG, Tulley P, Kaplan H, Hudson DA, Grobbelaar AO. Chronic axillary hidradenitis--the efficacy of wide excision and flap coverage. *Br J Plast Surg* 2000;53:434-6.
4. Adnan İşgör .Hidradenitissüperativa. *AnkemDerg* 2011;25(2):121-124
5. Shah N. Hidradenitissüperativa: a treatment challenge, *AmFamPhysician* 2005;72(8):1547-52. PMID:16273821
6. Delage M, Samimi M, Atlan M, Machet L, Lorette G, Maruani A. Efficacy of infliximab for hidradenitissüperativa: assessment of clinical and biological inflammatory markers, *ActaDermVenereol* 2011;91(2):169-71. PMID:21384087
7. Fröhlich D, Baaske D, Glatzel M. Radiotherapy of hidradenitissüperativa--still valid today? *StrahlentherOnkol* 2000;176(6):286-9. PMID:10897256
8. Uslu M, Topyıldız H. Hidradenitissüperativa da Lazer ve Yoğun Işık Tedavileri. *Türkiye Klinikleri Kozmetik Dermatoloji Özel Sayısı*, Sayfa 40-47
9. Bong JL, Shalders K, Saihan E. Treatment of persistent painful nodules of hidradenitissüperativa with cryotherapy. *ClinExpDermatol* 2003;28(3): 241-4. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2230.2003.01238.x> PMID:12780702
10. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitissüperativa, and familial benign pemphigus: a surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH, eds. *Dermatologic Surgery*. New York: Marcel Dekker; 1989:729-739.
11. Farrell AM, Randall VA, Vafae T, et al. Finasteride as a therapy for hidradenitissüperativa. *Br J Dermatol*. 1999;141:1138-1139.
12. Watson JD. Hidradenitissüperativa - a clinical review. *Br J Plast Surg*. 1985;38: 567-569.
13. Mehdizadeh A, Hazen PG, Bechara FG, et al. Recurrence of hidradenitissüperativa after surgical management: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5 Suppl 1):S70-S77.
14. D'Arpa S, Pignatti M, Vieni S, Muradov M, Blondeel P, & Cordova A. (2019). The Thin bilateral and bipediced DIEAP flap for axillary reconstruction in hidradenitissüperativa. *HandchirMikrochirPlastChir* doi:10.1055/a-0881-9646.

15. Freedlander E, Lee K, Vandervord JG. Reconstruction of the axilla with a pectoralis major myocutaneous island flap. *Br J Plast Surg*. 1982;35:144–146
16. Marcelli S, Marchesi A, Parodi PC1 et al. Pedicled Thoracodorsal Artery Perforator and Muscle-Sparing Latissimus Dorsi Flaps in the Axillary Reconstruction After Hidradenitis Suppurativa Excision: Functional and Aesthetic Issues. *Ann Plast Surg* 2018; 81 (6): 694–701

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed>
isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu
Creative Commons Alıntı-Gayri ticari 4.0
Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

