

616.56—002.3—085.837[534.321.9]

PROBLEMATIKA HIDROSADENITIDY A NAŠE ZKUŠENOSTI S JEJÍ LÉČBOU ULTRAZVUKEM

Plukovník MUDr. Josef RODOVSKÝ,

kožní oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze (náčelník plk. MUDr. Jan Lochovský)

I když většina nemocných s hidrosadenitidami se dostává přímo k chirurgovi (proto se naše statistika opírá o poměrně malý počet případů), skutečnost, že ošetřovací doba a neschopnost služby u tohoto onemocnění je téměř dvakrát tak velká jako u furunklu, nás nutí, abychom tomuto onemocnění věnovali určitou pozornost.

Abscesy potních žláz pozorujeme téměř výhradně v axilách, mnohem vzácněji na jiných místech s apokrinními žlázami (genitoanální krajina, mamily). Objevují se jednostranně nebo oboustranně, současně nebo postupně za sebou jako polokulovité hrbolky velikosti hrášku až vlašského ořechu modročervené barvy. Tato ložiska jsou ze začátku pohyblivá proti spodině a kůže nad nimi je rovněž pohyblivá, později však s kůží srůstají. Na rozdíl od furunklu, který se též objevuje v axilách, zejména na okrajích podpaží samostatně nebo současně s hidrosadenitidou, hidrosadenitida se vyznačuje tendencí ke spontánní evakuaci seropurulentního řídkého sekretu. Často dochází ke spojení jednotlivých agminovaných fluktuujících uzlíků v plošnou flegmonózní infiltraci celé krajiny podpažní, s velkou bolestivostí a se vzestupem teploty, popřípadě s propagací do lymfatických cest.

Příčinou vzniku abscesů potních žláz bývá nikoli vzácně lokální traumatizace, např. při pokusu o depilaci, při tření kůže šatstvem nebo po používání antihidrotik, dále dermatózy, jako skabies, dermatomykóza, plošná nebo folikulární pyodermie. Proppe ve své statistice z roku 1949 u čtvrtiny z 562 případů zjistil, že vzniku hidrosadenitidy předcházely skabies nebo furunkly. Různé statistiky dokazují dále převahu žen u tohoto onemocnění; tak např. na kožní klinice v Tübingen z 346 případů tohoto onemocnění byl poměr mužů k ženám 1 : 2, 2 a z těchto přes 62 % připadá na 2. a 3. decenium. U malých dětí je toto onemocnění velmi vzácné. Tachau se zmiňuje o tomto onemocnění u 4letého děčka, Cole a Driver u 3letého a Benedek u 2½letého děvčátka, což vyvrací dříve všeobecně uznávaný předpoklad pohlavní vyspělosti pro vznik abscesů apokrinních potních žláz. Sterz ve své disertační práci dále dokazuje, že největší procento hidrosadenitid se vyskytuje v letních měsících, což zajisté svědčí pro souvislost tohoto onemocnění se zvýšenou sekrecí potu v teplém ročním období.

Biaxilární výskyt se pozoruje podle Dornrufa v 20 %, podle Tachaua v 26 % a podle Beringa v 36,8 %. Je třeba do určité míry u některých hidrosadenitid připustit též endokrinní vlivy. Tak např. Koch a později též Wolf zdůrazňují úzké souvislosti funkce apokrinních žláz s mens-

truačním cyklem, které se projevují u recidivujících abscesů těchto žláz ve formě premenstruální exacerbace. Cornbleet zdůrazňuje tendenci k zlepšení hidrosadenitid během gravidity a naopak pohotovost k recidivám po porodu.

Pokud se týká patogenezy, Koch v odklonu pH kůže směrem alkalickým vidí zvýšenou možnost množení bakterií.

Podle Kortinga a Brehma první chorobné změny v histologickém řezu se projevují jako intersticiální, periglandulární kulatobuněčná a plazmocelulární infiltrace, zatím co tubulky potních žláz se jen později, tj. sekundárně zánětlivě infiltrují. Jako hlavní původce onemocnění se v literatuře většinou udává *Staphylococcus pyogenes*. Benedek za jediný etiologický faktor u hidrosadenitid považuje *Bacillus endoparasiticus*, stejně jako jej vidí u psoriasis nebo u cheiropympholyxu. Podle Kartamyševa infekční agens z fokusu proniká obyčejně lymfatickou cestou do apokrinní žlázy a vyvolává její zánět. Podle Kocha vstupní bránou stafylokokové infekce je vývod apokrinní žlázy. Starý spor, zda u hidrosadenitid nejde o hluboké furunkly, byl rozhodnut v tom smyslu, že jde o proces vycházející z potních žláz. Chybí pro furunkly typické nekrózy vaziva a změny ve vlasových foliklech.

Protrahovaný průběh a časté recidivy tohoto onemocnění podmiňují dosti značnou polypragmazi v léčbě. Málo kdy lze počítat s promptním a trvalým zhojením po určité léčebné metodě. Často jsme nuceni provádět léčbu symptomatickou a místní léčba se celkem neliší od léčení furunklů. Používáme terapie salicylové v ichtamolové nebo diachylonové masti a horké vlhké obklady (hypermangan, heřmánek); oproti tomu někteří autoři odmítají zde masťovou léčbu vůbec. Při fluktuaci se doporučuje větší incize a tamponování abscesu — bolestivé napětí po incizi téměř promptně povoluje. V začátečním stádiu doporučuje Meyer-Rohn protizánětlivou dávku rtg. paprsků, u akutních případů 50 r, u subakutních 100 až 150 r přes filtr 1 — 3 mm Al. Ozáření rentgenem vede pouze někdy k resorpci iniciálního zánětlivého infiltrátu, ale vždy uspíš demarkaci zánětu a kolikvací abscesu. Fischer doporučuje aplikovat 6 — 10 sezení, a to po 10 — 15 r denně a nebo 3× týdně 20 r středně tvrdých rtg. paprsků. Začáteční formy hidrosadenitidy reagují často příznivě též na krátko-
vlnnou diatermii. Při místní léčbě je třeba vystríhat se používání náplastí, lepených obvazů (např. mastizolu) pro zvýšenou možnost rozšíření infekce a přísně zachovávat čistotu. Již během ošetřování chorobných ložisek z preventivních důvodů provádíme dezinfekci nepostiže-

ných partií podpaží a též na dosud nepostižené straně potíráním dezinfekčními roztoky, jako např. 1%—2% lihovým roztokem kyseliny borité a salicylové nebo resorcinu. Úzkostlivá čistota, dezinfikující koupele např. hypermanganem (Černohorský) nebo omývání mýdlem obsahujícím hexachlorophen, který má silný stafylocidní účinek, pomáhá vyhnout se velmi častým recidivám (Meyer-Rohn). Jde-li o větší, popřípadě flegmonózní chorobná ložiska, přichází v úvahu přiložení abdukční dlahy s imobilizací, aby tření v podpaží ustalo. Z celkové léčby je doposud nejvíce rozšířená léčba antibiotiky a podle citlivosti se aplikuje penicilín, individuálně do 10 miliónů jednotek, Tetracyklín 1 — 1,5 g p. d. a hlavně Erythromycin, proti kterému dosud v naší zemi stafylokoky nejsou prakticky rezistentní. Není-li možno zjistit citlivost na antibiotika, doporučuje se ihned začít s kombinací penicilín plus streptomycin, protože, jak známo, asi 70 % stafylokokových kmenů je na penicilín rezistentních. Když selhává cílená léčba antibiotiky, doporučuje se popudová a přeladovací léčba, jako autohemoterapie, autovakcína, horské slunce apod.

Pro prevenci vzniku hidrosadenitid je důležité upozornit na nevhodnost stříhání a nebo holení ochlupení v axilách a stejně je třeba důrazně varovat před používáním chemických depilatorií. Je třeba si také uvědomit, že i neúměrné tření šatstvem napomáhá k šíření infekce. Nakonec si uvědomujeme důležitost preventivního sanování všech eventuálních pyogenních ložisek lokalizovaných na jiných místech kožního povrchu, jako retroaurikulární ekzematoidní pyodermie, bakteriální rinitidy apod.

Při hledání nových léčebných metod jsme nabyli dobrých zkušeností s léčbou hidrosadenitid ultrazvukem.

Metodika léčení byla tato: Ložiska hidrosadenitid se ozvučovala denně nebo ob den labilně, přímým kontaktem, intenzitou 1/2 — 2 wattu a nepřetržitým (stálým) ultrazvukem. Celkový počet sezení se pohyboval podle léčebného efektu od 5 do 18, doba ozvučení od 4 do 20 minut, přičemž tato doba se řídila podle velikosti ložiska, respektive podle počtu hrbolků a obvykle jsme ji při každém sezení o 1 minutu prodlužovali.

Touto metodou jsme léčili 16 nemocných s dobou trvání hidrosadenitidy od několika dnů až do 8 měsíců; léčení bylo prováděno podle rozsahu onemocnění ambulantně (5) a nebo za podmíněk hospitalizace (11). Většina z těchto našich nemocných byla léčena předtím různými výše uvedenými metodami včetně léčby chirurgické nebo ozáření rtg. paprsky bez většího a trvalého úspěchu. Je třeba předeslat, že kromě ultrazvukových procedur nebylo použito u našich nemocných současně žádné jiné léčebné me-

tody, abychom mohli objektivně vyhodnotit léčebné výsledky. Už při prvním sezení ultrazvuku většina nemocných udává citelné zmenšení bolesti a po 2 — 5 sezeních pozorujeme u většiny podstatné zmenšení zánětlivých změn a téměř úplné vymizení bolesti. Po dalších sezeních hrbolky v podpaží se velmi zřetelně zmenšují, snižují se a později se úplně resorbují, dochází až k úplnému vyblednutí zanícených ložisek a vymizení otoku. V pokročilejších případech se naopak většinou urychlila kolikvace a po evakuaci hnisu došlo k rychlé regresí chorobného ložiska. Na místě nekrózy zůstala malá jizva. U 14 našich nemocných došlo k úplnému vyléčení, u 1 nemocného došlo ke značnému zlepšení, u dalšího ke zlepšení; nezlepšených případů nebylo. Průměrná ošetrovací doba u našich hospitalizovaných nemocných činila 16,2 dnů, ve srovnání s průměrnou ošetrovací dobou 20 dnů u jinak léčených hidrosadenitid, kde výsledky nebyly přitom tak příznivé. (Podle naší statistiky z r. 1959.)

U našich ambulantně léčených (lehčích případů) došlo ve všech případech k rychlému vyléčení po 5 — 7 sezeních ultrazvuku, u těžších forem hidrosadenitid jsme aplikovali 10 — 18 sezení. Sledováním nemocných jsme nabyli dojem, že pokud k recidivám došlo, u většiny byly recidivy během léčby a po léčbě ultrazvukem méně časté a méně intenzivní než při jiných léčebných metodách. Terapeutické výsledky léčení hidrosadenitid ultrazvukem považujeme za rovnocenné rentgenové terapii, ale pro jeho naprostou neškodnost dáváme přednost před rtg. léčbou.

Souhrn

Autor shrnuje poznatky z kliniky, patogenezy, léčby a prevence hidrosadenitid a sděluje své vlastní zkušenosti s léčbou hidrosadenitid ultrazvukem. Po této léčbě dochází k poměrně rychlému zmenšení zánětlivých změn, k vyblednutí a úplné resorpci ložisek; v pokročilejších případech se většinou urychluje kolikvace i evakuace hnisu a potom regrese ložiska. Tyto objektivní změny jsou provázány zmenšením až vymizením bolesti.

Literatura

1. Bogdanovič: Léčenie kožnych boleznej ultrazvukom. Minsk, Gosudarstvennoje izdat. BSSR. 1959. 115—118 s.
2. Gottron — Schönfeld: Dermatologie und Venerologie. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1958, sv. II. díl 2, 1161—1162 s.; 1959, sv. III. díl 2, 718—726 s.
3. Jadassohn: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin. Göttingen. Heidelberg, Springer-Verlag 1959, sv. V., díl 2., 1231—1235 s.
4. Kartamyšev: Kožnyje i vener. bolezni. Moskva, Med. gos. izdat. 1953.
5. Lutz: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Basel, Verlag S. Karger 1951. 437—438 s.
6. Maškillejson: Léčenie i profilaktika kožnych boleznej. Moskva, Med. gos. izdat. 1957.
7. Trýb — Horáček: Praktická dermatologie. Praha, SZD 1958. 126 a 191 s.
8. Voldánová — Voldán: Léčenie kožnych chorob. Praha, SZD 1958. 289 s.