

Extrémne ťažké formy hidradenitis suppurativa, liečebný rébus

Rare Severe Forms of Hidradenitis Suppurativa, Therapeutic Riddle

Pěčová, K. jr.¹, Vorčáková, K.¹, Pěč, J.¹, Adamík, M.²

¹Klinika dermatovenerológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

²Klinika chirurgie a klinika transplantológie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

korešpondencia: klaudiapec@gmail.com

Súhrn

Autori prezentujú 10 zaujímavých prípadov hidradenitis suppurativa (ďalej HS) liečebne ťažko zvládnuteľných, kde sa snažia zdôrazniť, akým vážnym ochorením HS je. V liečbe niektorých prípadov okrem biologickej liečby adalimumabom a radikálneho chirurgického riešenia, ktoré je neodmysliteľnou súčasťou liečby HS, majú určité očakávania v súčasnosti ešte s „off label“ liečbou HS secukinumabom a ustekinumabom.

Kľúčové slová: hidradenitis suppurativa, disekujúca celulitída kapilícia, refraktérna liečba

Abstract

The authors present 10 interesting hard-to-treat hidradenitis suppurativa cases that stress all the severity and importance of the disease. In the treatment of some cases apart from biological treatment with adalimumab and radical surgical excision is much expected from the „off-label“ HS treatment with secukinumab and ustekinumab.

Key words: hidradenitis suppurativa, dissecting cellulitis, refractory treatment

Úvod

Jedným zo závažných ochorení mimoriadne zhoršujúcich kvalitu života a spôsobujúcich veľmi vážne komplikácie *quod vitam* je hidradenitis suppurativa (*acne inversa*; ďalej HS), ochorenie, ktoré v posledných rokoch je stredobodom veľkého záujmu výskumu. Zistili sa zásadné nové poznatky patogenézy, a teda aj liečby tohto ochorenia. Intenzívne sa hľadá optimálna klasifikácia HS vystihujúca rozsah ochorenia, klasifikácie liečebného efektu. Výskumom sa zistili súvislosti medzi HS a ďalšími ochoreniami, napríklad m. Crohn, autoinflamačnými ochoreniami (PAPA, PASH, PAPASH syndróm), ochoreniami tzv. tetrady folikulárnej oklúzie a podobne. Veľa pacientov s HS je klasifikovaných a teda aj liečených pod inými diagnózami, ako napríklad *furunculosis*, *carbunculus*, pyodermie, fistuly, abscesy a podobne. Veľkým benefitom je každá nová informácia o HS, diagnostické a liečebné odporúčania tohto ochorenia v podobe európskych guidelines [1]. Napriek novým liečebným schémam HS (napríklad zavedením biologickej liečby HS molekulou anti-TNF-alfa adalimumabom v liečebnej schéme 0. týždeň 160 mg, 2. týždeň 80 mg, 4. týždeň 40 mg a následne 40 mg adalimumabu 1-krát týždenne kontinuálne) a hľadaním optimálneho mechanizmu hodnotenia úspešnosti liečby HS [2, 3] a tiež prípravy klinických štúdií liečby HS ďalšími molekulami biologík [4], kombinovaných s radikálnym chirurgickým riešením. Veľa prípadov HS aj v dôsledku závažných komorbidít [5] kompletne zrecidivuje a stáva sa refraktérnymi na akúkoľvek v súčasnosti dostupnú liečbu.

V dôsledku uvedených problémov môžeme konštatovať, že HS patrí medzi najkomplikovanejšie ochorenia, nezriedka liečebne nezládnuteľné.

Ako kazuistiky veľmi stručne prezentujeme 10 prípadov HS, ktoré považujeme za klinicky aj liečebne zaujímavé, úspešne, ale aj neúspešne liečených. V troch prípadoch, vždy iba po získaní súhlasu vedenia nemocnice, etickej komisie a klinického farmakológa UNM a po získaní súhlasu ministerstva zdravotníctva a príslušnej zdravotnej poisťovne pacienta sme pristúpili k „off label“ liečbe HS ustekinumabom a secukinumabom [4].

Pacient č. 1

Hidradenitis suppurativa úspešne liečenej adalimumabom komplikovanej s tuberkulózou (*Mycobacterium tuberculosis* kultivačne izolované z lézií HS)

57-ročná pacientka, nikotinizmus neguje, BMI 25,6 s 5 lokalitami HS, v trvaní 34 rokov a prítomným recidivujúcim pilonidálnym sinusom. Prvé prejavy HS sa objavili počas štúdia na vysokej škole vo veku 23 rokov v ingvínach. Podľa údajov pacientky a popisu lézií išlo o HS Hurley III s masívnou secernáciou, fistuláciou, tvorbou podkožných abscesov a bolestivých nódóz. Pacientka bola opakovane liečená antibiotikami (tetracyklín dlhodobo 4 mesiace, ďalej ampicilín, gentamycín a pod.). Z opakovaných kultivácií z ingvinálnych lézií HS bolo kultivačne izolované *Mycobacterium tuberculosis*. Nasledovalo ústavné liečenie

antituberkulotikami (rifampicin), po ktorom lézie v ingvínach úplne regredovali, avšak v axilách sa vytvorili nové lézie HS, klasifikované ako Hurley III, ktoré boli úspešne chirurgicky excidované tak, že v súčasnosti nález HS v obidvoch axilách absentuje (Obr. 1). Pred 3 rokmi sa opakovane vytvorili rozsiahle lézie HS v ingvínach, súvisle zasahujúce na vnútorné strany stehien, gluteá (Obr. 2), infiltrujúce hlboké podkožie v podobe abscesov inflamovaných a bolestivých podkožných nodozít so secernáciou hnisavého obsahu cez fistuly. Bola podávaná antibiotická liečba - dalacín 12 týždňov 600 mg denne, následne amoxiklav aj metronidazol, ktorá mala iba prechodný liečebný efekt. Liečbou adalimumabom došlo k dobrému liečebnému efektu HS s HiSCR 95 %. V súčasnosti je pacientka v príprave na radikálne chirurgické riešenie lézií HS v ingvínach.



Obr. 1 • Jazva po radikálnom operačnom riešení HS axíl



Obr. 2 • Prejavy HS gluteálnej oblasti a pilonidálny sínus

Pacient č. 2

Ťažká forma hidradenitis suppurativa refraktérna na liečbu adalimumabom úspešne chirurgicky liečená

Pacientka 41-ročná s HS, ktorá začala pred 9 rokmi v axilách, BMI 42,6, neguje nikotinizmus. HS bola lokalizovaná na 6 miestach (axily obojstranne, ingviny obojstranne, mons pubis (Obr. 3), gluetá), všade klasifikovaná ako Hurley III s tvorbou hlbokých bolestivých podkožných nodozít a abscesov s fistuláciou a secernáciou purulentného obsahu. Nasledovala antibiotická liečba - dalacín 600 mg denne 12 týždňov, doxycyklín 200 mg 12 týždňov, ďalej dapson 100 mg denne, methylprednisolon, ciprofloxacín 1,0 g denne, isotretinoin až do dávky 0,5 mg/kg hmotnosti denne a 24-mesačná kontinuálna liečba adalimumabom, spočiatku efektívna s HiSCR 75 %. Neskôr však uvedená liečba zlyhala s HiSCR 0. Z uvedených dôvodov je v súčasnosti pacientka úspešne riešená chirurgicky, odstránené sú obidve ložiská v axilách (Obr. 4) a gluteách, pripravuje sa na operačné riešenie nálezů v ingvínach a na mons pubis.



Obr. 3 • Ťažká forma HS mons pubis a ingvín s lymfedémom v celej genitálnej oblasti



Obr. 4 • Úspešne radikálne chirurgicky odstránené ložiská HS v axilách

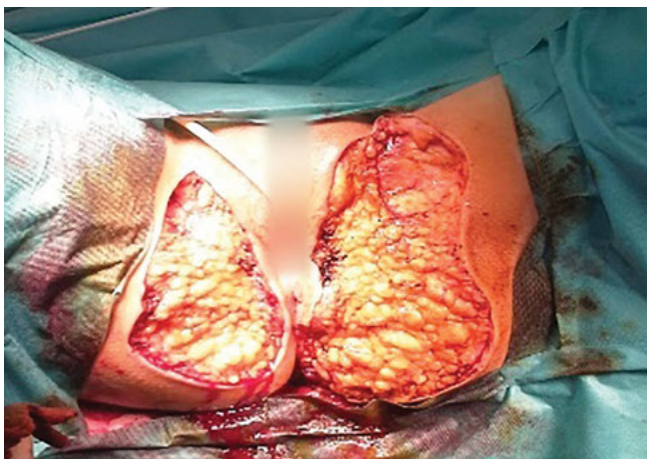
Pacient č. 3***Hidradenitis suppurativa v ingvínach úspešne vyliečená adalimumabom v kombinácii s radikálnou chirurgickou operáciou***

Prvé prejavy HS u 19-ročnej pacientky, BMI 23,2, začali pred 5 rokmi v ingvínach obojstranne, klasifikované ako Hurley II-III s tvorbou podkožných bolestivých nodozít, s fistuláciou a vytekaním hnisovo sangvinolentného obsahu (Obr. 5), bez postihnutia iných lokalít a bez vzťahu ku menštruácii. Pacientka bola neúspešne liečená imunológom imunomodulanciou, neskôr methylprednisolonom v dávke 12 mg denne a postupnou retrakciou, neskôr dalacínom v dennej dávke 600 mg 12 týždňov. Nasledovala liečba adalimumabom s veľmi dobrým liečebným efektom s HiSCR 95 % a následnou excíziou lézií HS (Obr. 6, 7).

V období sanácie operačného poľa došlo v mieste operácie a v okolí konečníka ku recidíve HS. Opakované operačné riešenie avšak už v podstatne menšom rozsahu odstránilo lézie HS. Pacientka sa v súčasnosti (3 roky po operácii) cíti dobre a je bez klinických prejavov HS.



Obr. 5 • Prejavy HS v ingvínach pred operáciou



Obr. 6 • Radikálna excízia s kompletným odstránením prejavov HS v ingvínach

Pacient č. 4***Ťažká forma hidradenitis suppurativa refraktérna na liečbu adalimumabom, liečená chirurgicky***

23-ročný muž s pozitívnou rodinnou anamnézou HS, fajčiar, BMI 32,5. Okrem HS je liečený na atopickú dermatitídu, polinosis, neurogennú tetániu, depresiu s nedoriešeným m. Crohn, v sledovaní (opakovaná pozitivita anti-ASCA s hranične pozitívnym kalprotektínom, kolonoskopia však IBD nepotvrdila). Prvé prejavy HS začali asi pred 6 rokmi. V súčasnosti sú ťažké prejavy HS klasifikované ako Hurley III v oboch axilách, ingvínach, gluteách, spolu 5 lokalít, na záhlaví sú prítomné ťažké prejavy disekujúcej celulitídy. Pacient bol postupne liečený dalacínom 600 až 900 mg denne 14 týždňov, augmentínom 2,0 g denne 14 dní, ciprofloxacínom 10,0 g denne 21 dní, dapsonom 100 mg denne dlhodobo, methylprednisolonom (iniciálna denná dávka 16 mg, isotretinoínom až do dávky 0,5 mg denne, kedy po mesiaci liečby vznikla keratitída, pre ktorú musela byť liečba isotretinoínom ukončená. Ako „off label“ liečbu dostal aj apremilast v liečebnej schéme identickej s liečbou psoriázy. Všetky uvedené liečebné postupy boli neefektívne. Neefektívna bola aj 3-ročná liečba adalimumabom s nedosiahnutým HiSCR. Pacient po vyčerpaní uvedených liečebných metodík a postupov bol operovaný najprv s radikálnou excíziou lézií HS v axilách (Obr. 8, 9), ďalej v gluteách, ingvínach a v okcipitálnej oblasti (Obr. 10), zatiaľ s veľmi dobrým liečebným efektom.



Obr. 8 • Ťažké nekrotické lézie HS v axilách pred operáciou



Obr. 9 • Prejavy HS v axilách po operačnej excízii



Obr. 10 • Radikálna excízia prejavov disekujúcej celulitídy okcipitálnej oblasti vľavo, už jazvenie po predchádzajúcej operácii

Pacient č. 5

Hidradenitis suppurativa a acne conglobata úspešne liečené adalimumabom

22-ročná pacientka, BMI 29,3, nikotinizmus. Prvé prejavy HS začali po prvom pôrode pred 3 rokmi. Prejavy HS typu Hurley II sa nachádzajú pod obidvoma prsníkmi (Obr. 11), v ingvínach aj axilách, teda 6 lokalít, ktoré sprevádzajú ataky bolestí a febrílií, okrem toho má prejavy acne conglobata tváre a chrbta (Obr. 12). Doteraz bola liečená prednisonom 20 mg s postupnou retrakciou, isotretinoinom v dávke 30 mg denne s postupnou retrakciou, dalacínom 600 mg denne 12 týždňov a tiež antibiotikami penicilínovej rady, ako aj imunomoduláciou polyoxidonium. Nodozity v periódach bolestí a teplôt boli chirurgicky opakovane incidované. Liečbou adalimumabom došlo ku redukcii všetkých prejavov vrátane acne conglobata o HiSCR 95 %. Liečba adalimumabom kontinuálne pokračuje.



Obr. 11 • Prejavy HS submamárne



Obr. 12 • Acne conglobata tváre a chrbta

Pacient č. 6

Hidradenitis suppurativa a acne conglobata 14-ročného trvania, úspešne liečené adalimumabom

28-ročný pacient, BMI 25,4, nikotinizmus neguje, s prejavmi HS a acne conglobata, ktoré má od 14 rokov veku. Postihnuté má axily a ingviny obojstranne, klasifikované ako Hurley II. Okrem toho má ťažké prejavy acne conglobata až fulminans tváre, hrudníka a chrbta. Doteraz bol liečený kombináciou kortikosteroidov, začiatok pulz solumedrolu 250 mg i.v. denne, postupná redukcia v kombinácii s isotretinoinom až do dávky 77 mg/kg hmotnosti bez liečebného efektu. Nasledovala liečba antibiotikami - dalacín prolongovane 14 týždňov 600 mg denne, ciprofloxacín 2-krát 500 mg denne v kombinácii s dalacínom 2-krát 300 mg denne. Dostával aj imunomodulačnú liečbu polyoxidonium, udáva laktózovú intoleranciu. Liečbou adalimumabom, ktorá trvá dodnes, došlo k regresii všetkých prejavov HS HiSCR 100 % a tiež prejavov acne conglobata, po ktorých ostali iba hlboké jazvy (Obr. 13).



Obr. 13 • Prejavy acne conglobata aj HS pred a po 2 rokoch liečby adalimumabom

Pacient č. 7**Úspešná liečba hidradenitis suppurativa adalimumabom komplikovaná hepatitídou B a latentnou tuberkulózou**

35-ročný pacient, BMI 33,0, nikotinizmus. Hidradenitis suppurativa je lokalizovaná v podpazuší obojstranne, rovnako tiež v ingvínach zasahujúcich na skrótum aj gluteá, spolu 6 lokalít. Pacient má pilonidálny sínus, ktorý opakovane recidivuje. Vo všetkých lokalitách je HS klasifikovaná ako Hurley II s tvorbou podkožných bolestivých nodozít secernujúcich, fistulujúcich, v období inflamácie sprevádzaných teplotami. Prvé prejavy HS začali pred 3 rokmi s rýchlou progresiou. Pilonidálny sínus však má od detstva. Liečbou dalacínom 600 mg denne 14 týždňov resp. podávaním doxyhexalu (antibiotikum tetracyklínovej rady) v dennej dávke 200 mg dlhodobo sa nedosiahol liečebný efekt. Liečbou adalimumabom sa dosiahol výrazný liečebný efekt vo všetkých lokalitách HS, ktorá však musela byť 2-krát prerušená pre pozitívitu QuantiFerónového testu a zahájením liečby INH a následne diagnostikovanou pozitívitou hepatitídy B (PCR hepatitída B 115 14 cop/ml, detekčný limit 220 x 10/9 cop/ml). Prerúšením liečby HS kompletne recidivovala dokonca do intenzívnejších klinických prejavov, ako pred zahájením liečby adalimumabom (Obr. 14).



Obr. 14 • Recidíva prejavov HS ingvín a skróta po prerušení liečby adalimumabom

Pacient č. 8**Hidradenitis suppurativa a disekujúca celulitída kapilícia – refraktérne na liečbu**

Pacient s HS a disekujúcou celulitídou kapilícia, BMI 30,7, silný fajčiar, s pozitívnou rodinnou anamnézou (podobné prejavy mal aj otec). Ochorenie trvá od 16 rokov veku, tvorba lézií HS najprv axilárne aj ingvinálne v podobe ojedinelých nodozít, bolestivých inflamovaných, klasifikované ako Hurley I, následne s tvorbou prejavov disekujúcej celulitídy na temene a na záhlaví vlasatej časti hlavy. Ložiská v kapilícii neznesiteľne bolia, spojené sú s vypadávaním vlasov a secernáciou purulentného obsahu, sprevádzané atakmi teplot. Postupne dostával dalacín

a rifampicin 12 týždňov vždy po 600 mg denne. Po tejto liečbe nastalo výrazné zlepšenie, avšak s odstupom času nastala ťažká progresia. Nasledovala liečba isotretinoidom až do dávky 50 mg denne, ktorá mala malý liečebný efekt. Dostával aj disulon 100 mg denne, neskôr 100 mg obdeň, spočiatku s veľmi dobrým efektom, avšak pre ťažkosti s dýchaním a cyanózou pier bolo nutné liečbu disulonom ukončiť. Nasledovala opakovaná liečba klindamycínom 3 x 900 mg i.v., následne 3-krát denne 300 mg v kombinácii so 750 mg metronidazolu, ďalej ciprofloxacínom 1,0 g denne 21 dní, augmentínom 1,0 g 21 dní, cefalosporínmi, tetracyklínom v dávke 200 mg denne 14 dní, potom retrahované na 100 mg denne 2 mesiace. V januári 2016 bola zahájená liečba adalimumabom spočiatku s vynikajúcim liečebným efektom a HiSCR takmer 100 %. Postupom času bol liečený na depresiu a panické stavy spojené s tetániou, nevoľnosťou a celkovou slabosťou. Liečba adalimumabom bola prerušená pre operáciu polypektómie, septoplastiky a turbinoplastiky. Pacient však v liečbe adalimumabom už nechcel pokračovať. Nasledovala progresia disekujúcej celulitídy vlasatej časti hlavy aj progresia HS v axilách obojstranne (Obr. 15, 16). Z uvedených dôvodov sa zahájila „off label“ liečba HS secukinumabom s veľkým očakávaním liečebného efektu HS, ale tiež disekujúcej celulitídy kapilícia.

Pacient č. 9**Ťažká forma hidradenitis suppurativa m. Crohn a MGUS – liečebný rébus**

62-ročný muž, bez významnej rodinnej anamnézy, silný fajčiar, BMI 25,4. Približne vo veku 30 rokov pozoroval tvorbu hnisavých vredov v axilárnej a gluteálnej oblasti, ktoré boli liečené opakovanými incíziami chirurgicky a krátkodobo opakovane podávanými antibiotikami. Konzultovaný imunológ klasifikoval stav ako poruchu imunity, ordinovaná imunomodulácia bola liečebne neefektívna. Stav bol dlhé roky diagnosticky vedený ako recidivujúce abscesy a perianálne fistuly. V roku 2006 bol odoslaný ku gastroenterológovi ako suspektná fistulujúca forma Crohnovej choroby, kde bol kolonoskopicky pozorovaný tumor infiltrujúci stenu colon transversum. Nasledovala resekcia colon transversum a pre perianálne fistuly terminálna sigmostómia s histologicky verifikovaným inflamatórnym pseudopolypom. Vzhľadom na plazmocytárnu infiltráciu sliznice čreva a hyperpláziu lymfoidného tkaniva bolo vyslovené podozrenie na ochorenie IBD (zápalové ochorenie čriev). Laboratórne bola prítomná vysoká zápalová aktivita a sideropenická anémia stredného stupňa, ďalej monoklonálna gamapatia IgG a IgA, hyperimmunoglobulinémia IgE, kombinovaný trombofilný stav, získaný antifosfolipidový syndróm, ako aj pozitívita paraproteínu so zvýšenými hodnotami kappa a lambda ľahkých reťazcov, pozitívita beta-2 mikroglobulínu. Na RTG kostí boli popísané prejasnenia v oblasti humeru a femuru, v dôsledku čoho pre podozrenie z plazmocytómu bola indikovaná biopsia kože z ingvinálnej lymfatickej uzliny a trepanobiopsia kostnej drene.

Biopsia kože z ingvinálnej lymfatickej uzliny a trepanobiopsia kostnej drene, opakovane vykonaná 5-krát v intervale 12 rokov pre podozrenie na začínajúci plasmocytom, vždy potvrdila obraz MGUS syndrómu (*monoclonal gammopathy of undetermined significance*, pôvodne benígna monoklonálna gammapatia).

Nasledovala 9-mesačná liečba azathioprinom v dávke 100 mg/deň, bez klinickej odozvy, prolongovane kombinovaná systémová liečba s antibiotikami – dalacín, tetracyklín, ciprofloxacín, cefalosporíny. Po tejto liečbe však bol terapeutický efekt slabý. V priebehu roku 2009 následne z indikácie Crohnovej choroby bol pacient nastavený na infliximab v dávke 5 mg/kg i.v., v týždňoch 0, 2, 6 a následne kontinuálne každých 8 týždňov. V období liečby infliximabom fistuly prestali secernovať, infiltráty v gluteálnej oblasti a v oblasti hornej tretiny stehien zmäkli, s poklesom zápalových markerov. Po viac ako roku bola liečba infliximabom gastroenterológom ukončená. Počas hospitalizácie na internom oddelení konzultovaný dermatológ diagnostikoval ťažkú formu HS v axilárnej a v ingvinálnej oblasti a aj v gluteofemorálnej oblasti ako ťažké prejavy mimočrevnej Crohnovej choroby. Pacient bol nastavený na adalimumab, 160 mg (0. týždeň), 80 mg (2. týždeň) a 40 mg (4. týždeň), nasledovala kontinuálna liečba adalimumabom v dávke 1-krát 40 mg týždenne s.c. Liečbou adalimumabom došlo k ústupu infiltrácie v gluteálnej a femorálnej oblasti ako tiež fistulácii bez spontánnej supurácie a bez vzniku nových aktívnych prejavov ochorenia. Pacient odmietol chirurgickú intervenciu ako kombináciu liečby adalimumabom. Liečba adalimumabom bola prerušená pre opakované podozrenie z plazmocytómu a následne po 3 mesiacoch prerušenia sa stala už neefektívnou. V súčasnosti je pacient vo veľmi zlom, až kritickom klinickom stave v štádiu ťažkej progresie ochorenia (Obr. 17). Vzhľadom na biochemický profil a asociované choroby pacienta je v súčasnosti absolútne kontraindikovaná liečba azathioprinom, cyklosporínom, methotrexatom, acitretínom. V súčasnosti zahajujeme liečbu HS ustekinumabom v liečebnej schéme identickej s liečbou m. Crohn.



Obr. 15 • Recidivujúce prejavy disekujúcej celulitídy okcipitálnej oblasti



Obr. 16 • HS Hurley I v axilách



Obr. 17 • Klinicky mimoriadne závažné lokalizácie HS v gluteálnej, anogenitálnej oblasti a v axilách, klasifikované ako Hurley III

Pacient č. 10

Ťažká forma disekujúcej celulitídy kapilícia, refraktérnej na liečbu

29-ročný pacient s 13-ročným trvaním disekujúcej formy celulitídy kapilícia, nefajčiar, BMI 24,7, progredujúcej do totálnej alopecie. V teréne disekujúcej celulitídy pretrvávajú aktivita základného ochorenia. Pacient bol postupne liečený celou radou antibiotík, ako klindamycínom v dávke 2-krát 300 mg dlhodobo v kombinácii s metronidazolom 750 mg denne, tiež klindamycínom v dávke 3-krát 900 mg i.v., ďalej ciprofloxacínom 1,0 g p.o. denne a tiež axetínom 3-krát 1,5 g i.v., augmentínom 1,0 g denne; a ďalšími.

Po antibiotickej liečbe došlo vždy ku výraznému zlepšeniu resp. zastaveniu progresie ochorenia, avšak v krátkom trvaní. Identické ochorenie ako prezentovaný pacient majú tiež jeho dvaja bratia. Všetci traja pracujú na rodinnej píle v mimoriadne prašnom prostredí. V súčasnosti ako „*off label*“ liečbu pripravujeme pacienta na aplikáciu adalimumabu, nakoľko na rozdiel od ostatných našich pacientov s disekujúcou celulitídou kapilícia nemá HS (Obr. 18).



Obr. 18 Ťažká forma disekujúcej celulitídy kapilícia refraktérnej na liečbu, progredujúcej do difúznej jazviacej alopecie so stále aktívnym ochorením

Diskusia

Hidradenitis suppurativa vďaka svojmu rozsahu (nezriedka aj 7 lokalít ochorenia), prítomnosti širokého spektra niekedy mimoriadne závažných komorbidít (častá frekvencia výskytu s m. Crohn), ako aj ďalších ochorení tzv. folikulárnej oklúzie patrí medzi liečbou ťažko zvládnuteľné ochorenia [5]. Veľkým prínosom a veľkým očakávaním bolo zahájenie biologickej liečby anti-TNF-alfa adalimumabom. Dnes už vieme, že v niektorých prípadoch HS je táto liečba na začiatku terapie vysoko efektívna, avšak s odstupom času jej efektivita klesá. Z uvedených dôvodov sa u našich pacientov snažíme využiť tento terapeutický efekt a v krátkom čase do 6 – 9 mesiacov od zahájenia liečby adalimumabom pacienta operovať s radikálnou excíziou HS lézií. V prípade, že pacient má 7 lokalít HS klasifikovaných ako Hurley III je to problematické až nemožné, nakoľko operačné riešenie HS

sa musí vykonať postupne. Pripravované štúdie liečby HS ďalšími molekulami ako je secukinumab (anti-IL 17A; 6) a tiež ustekinumab (anti-IL 12/23) budú veľkým prínosom liečby HS a rozšíria lekárom pole liečebných možností. V prípade ustekinumabu sa očakáva veľký benefit u tých pacientov, ktorí okrem HS majú súčasne aj m. Crohn [7]. V našej štúdii sme si dovolili prezentovať 10 podľa nás mimoriadne závažných prípadov HS, komplikovaných ďalšími komorbiditami (niektorých z nich sme už prezentovali; pacient č.8, 9), u ktorých hľadáme ďalšie liečebné metodiky a postupy a priznávame, že v tejto problematike hľadáme ďalšie riešenia.

Literatúra

1. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, Lapins J, Matusiak L, Prens EP, Revuz J, Schneider-Burrus S, Szepletowski JC, van der Zee HH, Jemec GBE. European S1 guidelines for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. EADV 2015;29:619-644.
2. Kimball AB, Jemec GBE, Yang M, Kageleiry A, Signorovitch JE, Okun MM, Gu Y, Wang K, Mulani P, Sundaram M. Assessing the validity, responsiveness and meaning fulness of the hidradenitis suppurativa clinical response (HiSCR) as the clinical endpoint for hidradenitis suppurativa treatment. Brit J Dermatol 2014;171:1434-1442.
3. Sartorius K, Emtestam L, Jemec GBE, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. Brit J Dermatol 2009; 161: 831-839.
4. Talz. Clinical Trials Gov, NCT03099980, <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT030999980>
5. Shlyankevich J, Chen AJ, Kim GE, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial commorbidity burden: a chart-verified case-control analysis. Am Acad Dermatol 2014; 71(6): 1144-1150.
6. Schuch A, Fischer T, Boehner A, Biedermann T, Volz T. Successful treatment of severe recalcitrant hidradenitis suppurativa with interleukin-17A antibody secukinumab. Acta Derm Venereol 2018;98:151-152.
7. Marques dos Santos CH, Netto PO, Kawaguchi KY, Alves JPA, Souza VPA, Reverdito S. Association and management of Crohn's disease plus hidradenitis suppurativa. Inflamm Bowel Dis 2012;18(4):E801-E802.
8. Péčová Kjr., Adamík M. Liečba hidradenitis suppurativa/acne inversa vzhľadom na závažnosť ochorenia, naše skúsenosti. LDVO 2017; 5(1): 3-10.
9. Péčová K jr., Adamicová K. Disekujúca celulitída kapilícia a hidradenitis suppurativa, kazuistika a prehľad problematiky. LDVO 2015; 3(3): 17-21.