

Axilläre Hyperhidrose

Die SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE – eine alternative Behandlungsoption

RAUL YAGUBOGLU UND ULRICH AMON

Viele Menschen leiden unter der Funktionsstörung Hyperhidrosis axillaris. Ist eine Behandlung notwendig, hat sich die axilläre SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE als effektive Therapieoption erwiesen. Dies bestätigte eine retrospektive Analyse der Daten von 116 Patienten.

Die Hyperhidrosis axillaris ist eine häufige Funktionsstörung, die die Lebensqualität der Betroffenen zumeist stark beeinträchtigt [1]. Es ist ihnen peinlich, dass das Schwitzen von anderen Menschen wahrgenommen wird. Ein erster Durchbruch in der Behandlung der Erkrankung gelang mit der Botulinumtoxin-Therapie Ende der 1990er-Jahre [2, 3]. Die Betroffenen trau-

en sich mittlerweile öfter, über dieses „Tabuthema“ zu sprechen und sich behandeln zu lassen. Allerdings führt die Botulinumtoxin-Therapie nur kurzzeitig zu einer Besserung der Symptome [4]. Für die Betroffenen, die an einem dauerhaften Erfolg interessiert sind, steht heute unter anderem SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE als schonende operative Methode in Tumescenz-Lokalanästhesie zur Verfügung [4-8].

Gute Ergebnisse bei 116 Patienten

In einer retrospektiven Untersuchung wurden die Daten von 116 Patienten (84 Frauen, 32 Männern), die sich zwischen 2002 und 2006 einer SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE unterzogen hatten, analysiert. Beurteilt wurden Operationsverläufe, Wiederholungen der Behandlung und der Einfluss von Nikotin-Konsum auf das Operationsergebnis. 50 Patienten waren Raucher (43%), davon waren 31 Frauen und 19 Männer. 66 Patienten waren Nichtraucher (57%), davon waren 53 Frauen und 13 Männer. Das Durchschnittsalter war bei Frauen 27 und bei Männern 31 Jahre. Der älteste Patient war 62, der jüngste 15 Jahre alt.

SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE oder subkutane Saugkürettage

Bei dieser Methode (Synonym: subkutane Saugkürettage) wird nach einem Jod-Stärke-Test nach Minor (Abbildung 1 und 2), oraler Gabe eines Sedativums (z. B. Midazolam 7,5 mg) und nach Tumescenz-Lokalanästhesie (Abbildung 3) durch zwei kleine Inzisionen in jeder Axilla zuerst wenig Fettgewebe unmittelbar unterhalb der Dermis mit der SchweißdrüSENSUKTIONSKÜRETTAGE (3 mm Durchmesser) abgesaugt [4-8]. Anschließend erfolgt die Kürettage und Absaugung vom Unterrand der Dermis (Abbildung 4). Für den Wundverschluss sind Klammerpflaster ausreichend. Postoperativ erfolgt ein Druckverband bis zum folgenden Tag. Anschließend wird ein Kompressionshemd über zwei Wochen getragen. Es erfolgt eine prophylaktische orale Antibiotikagabe über fünf Tage. Bewährt hat sich die zusätzliche Gabe von Diclofenac 50 mg Tabletten zwei- bis dreimal täglich über eine Woche. Die etwa eine Woche nach dem Eingriff axillär aufgetretenen Verhärtungen müssen durch die Patienten zwei- bis dreimal täglich massiert werden.



Abb. 1: Jod und Stärke

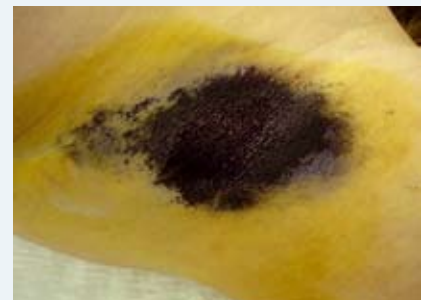


Abb. 2: Positiver Stärke-Test

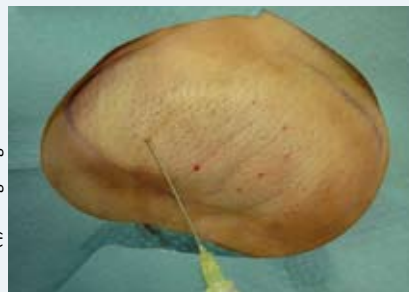


Abb. 3: Tumescenz-Lokalanästhesie



Abb. 4: Suktionskürettage

Fotos (4): R. Yaguboglu

Nikotinkonsum hatte keinen Einfluss auf die Rezidivhäufigkeit

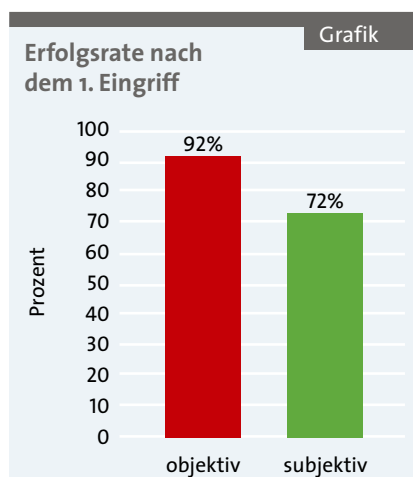
Tabelle

	Operierte Patienten	Rezidiv objektiv	Rezidiv subjektiv	Rezidiv gesamt
Nichtraucher	66	8 (12% der Nichtraucher)	13 (20% der Nichtraucher)	21 (32% Nichtraucher)
Raucher	50	1 (2% der Raucher)	11 (22% der Raucher)	12 (24% Raucher)

Neun Patienten – ein Raucher und acht Nichtraucher – erlitten postoperativ ein Rezidiv der axillären Schweißbildung mit mehr als 30% der ursprünglichen Schweißfläche (Jod-Stärke-Test) (Abb. 2). Eine Re-Operation wurde bei insgesamt 33 Patienten (28%, 12 Raucher, 21 Nichtraucher) durchgeführt, wenn die Schweißbildung innerhalb von sechs Monaten subjektiv nicht nach dem ersten Eingriff komplett sistierte (Grafik). In allen diesen Fällen gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern (Tabelle). Berücksichtigt man auch den erfolgreichen Zweiteingriff waren über 95% der Patienten mit dem Eingriff sehr zufrieden. Zwar traten postoperativ bei fast allen Patienten Verhärtungen im Operationsbereich auf, diese bildeten sich jedoch innerhalb einiger Wochen vollständig zurück. Die Ekchymosen waren meist nur von geringer Ausprägung und Serombildung war sehr selten (< 2%). Eine lokale Infektion wurde in keinem Fall beobachtet.

Schweißdrüsensuktionskürettage erweitert das therapeutische Arsenal

Verschiedene Therapiemöglichkeiten stehen zur Behandlung der primären axillären Hyperhidrose zur Verfügung, die



teilweise mit Nebenwirkungen verbunden sind. Eine Lokalthherapie mit Antiperspiranzien, z. B. mit Aluminiumchloridhexahydrat ist nicht immer wirksam und kann Hautreizungen verursachen [7, 8]. Die Leitungswasseriontophorese ist besonders gut geeignet für Hände und Füße [4, 7, 8]. In den Axillen ist diese Therapie jedoch umstritten [9, 10].

Die Therapie mit Botulinumtoxin A ist sehr wirksam [3, 4, 7, 8], da die Substanz die Acetylcholinfreisetzung in den synaptischen Spalt und die Aktivierung der Schweißdrüse blockiert (chemische Denervierung). Die Wirkdauer ist individuell verschieden. In der Regel lässt die Wirkung nach etwa sechs Monaten nach.

Eine chirurgische axilläre Schweißdrüsenentfernung mittels radikaler Exzision kann spannungsbedingte Wundheilungsstörungen verursachen, Narben und Kontrakturen hinterlassen [8].

Die endoskopische, transthorakale Sympathektomie (ETS) ist eine neurochirurgische Maßnahme, bei der das Risiko eines kompensatorischen Schwitzens in anderen Körperarealen in Kauf genommen werden muss [6, 7, 8]. Zusätzlich kann die Methode der CT-gesteuerten perkutanen Sympathikolyse mit der Injektion von konzentriertem Alkohol angewendet werden [7, 8].

Systemische Therapiemöglichkeiten bestehen mit Salbei, mit Anticholinergika mit anticholinergischer Wirkung und mit bekannten Nebenwirkungen (wie z.B. Mundtrockenheit, Müdigkeit) und mit Psychopharmaka. Bei Salbei ist die Wirkung nicht eindeutig bewiesen [6, 7, 8].

Die subkutane Kürettage ist eine effektive Methode, jedoch besteht eine Rezidivgefahr, eine Wiederholungsoperation kann möglicherweise erforderlich sein. Außerdem können Wundheilungsstörungen und Hautnekrosen entstehen. Das kosmetische Ergebnis ist gut. Bei der Suktionskürettage ist das kosmetische Ergebnis sehr gut. Wundheilungsstö-

rungen und Hautnekrosen sind selten. Auch hier besteht eine Rezidivgefahr und es kann eine Wiederholungsoperation erforderlich sein [5, 7, 8]. Dies zeigte sich auch in unserer Untersuchung. Die Ergebnisse waren aber vergleichbar mit den Daten von Rompel und Scholz, bei denen 91% der mittels subkutaner Kürettage operierten Patienten nach etwa zwei Jahren die Therapie wieder weiterempfehlen würden [11]. Aus unserer Sicht überraschend war, dass Nikotinkonsum das Risiko eines Rezidives nicht erhöhte.

Literatur

- Strutton DR et al. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: Results from a national survey. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(2): 241–8.
- Bushara KO, Park DM, Jones JC, Schutta HS. Botulinum toxin: a possible new treatment for axillary hyperhidrosis. *Clin Exp Derm* 1996; 21: 276–8.
- Heckmann M et al. Axilläre Hyperhidrose: Erfolgreiche Behandlung mit Botulinumtoxin-A. *Hautarzt* 1998; 49:101–3.
- Bergfeld D: Behandlung störender Schwitzens axillär und im Gesichtsbereich. Sommer B, Sattler G (Hrsg.): In: Botulinumtoxin in der ästhetischen Medizin, Thieme, Stuttgart 2006: 67–72.
- Hasche E et al. Die subkutane Schweißdrüsensauktionskürettage in Tumeszenzlakanästhesie bei Hyperhidrosis axillaris. *Hautarzt* 1997; 11: 817–9.
- Rzany B, Hund M. Fokale Hyperhidrose. *Hautarzt* 2003; 8: 767–78.
- Achenbach RK. In: Hyperhidrosis. Steinkopff, Darmstadt 2004: 121–60.
- Wörle B et al. Definition und Therapie der primären Hyperhidrose. *JDDG* 2007; 7(5): 625–8.
- Hölzle E, Ruzicka T. Treatment of Hyperhidrosis by a battery-operated iontophoretic device. *Dermatologica* 1986; 172: 41–7.
- Midtgaard K. A new device for the treatment of hyperhidrosis by iontophoresis. *Br J Dermatol* 1986; 114: 485–8.
- Rompel, R, Scholz S. Subcutaneous curettage vs. injection of botulinum toxin A for treatment of axillary hyperhidrosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 207–11.

Autoren

Dr. Raul Yaguboglu, Pommelsbrunn/Hohenstadt
Prof. Dr. Ulrich Amon, Hersbruck

Korrespondenzadresse

Tip Dr. (Univ. Istanbul) Raul Yaguboglu
Hautarztpraxis DermaAllegra
Am Markgrafenpark 6
91224 Pommelsbrunn/Hohenstadt
E-Mail: yaguboglu@dermallegra.de