

Pilonidal Sinüs Tedavisinde Çeşitli Cerrahi Yöntemler

THE VARIOUS SURGICAL TECHNIQUES IN PILONIDAL SINUS

Ömer Fazıl BİLGİN*, Uğur BENGİSUN**, Yavuz ERYAVUZ**, Sancar BAYAR*, Arzu ATALAY AKAN*, Nusret ARAS***

* Araş.Gör.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD,

** Uz.Dr.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD,

*** Prof.Dr.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, ANKARA

Özet

Bu çalışmada pilonidal sinüs hastalığının çeşitli cerrahi yöntemler ile tedavi edilmesinin sonuçları araştırılmıştır.

Toplam 82 pilonidal sinüs olgusunun 19'u (%23,1) eksizyon sonrası açık bırakılmış, 19'u (%23,1) primer kapama ile, 44L'ü ise (%53,8) Limberg flep uygulaması ile tedavi edilmiş ve olgular 18 ay takip edilmiştir.

Sonuçta : hastanede kalış süresi, tedavi maliyeti, normal aktiviteye dönüş süresi, ve nüks açısından en avantajlı yöntemin Limberg flep uygulaması olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pilonidal sinüs, Limberg flep

T Klin Tıp Bilimleri 1997, 17:200-202

Summary

In this study the results of various surgical techniques in pilonidal sinus treatment is searched.

Of 82 patients, 19 were (%23.3) left open after excision, 19 (%23.1) were excised and closed primarily, and 44 (%53.8) were excised and a Limberg flep was rotated and these patients were followed for 18 months.

In conclusion according to the hospital stay, cost effectiveness, return to normal daily activities and recurrence, Limberg flep was found to be the most appropriate technique.

Key words: Pilonidal Sinüs, Limberg flep

T Klin J Med Sci 1997, 17:200-202

Pilonidal sinüs genellikle genç yaş grubunda görülen, sakrokoksigeal bölgede orta hatta yerleşen uzun işgücü kaybına neden olan bir hastalıktır.

Pilonidal sinüs etiolojisinde daha önceleri konjenital teori ağırlıkta iken, günümüzde edinsel teori önem kazanmıştır. Tedavide ise eksizyon ve sonrasında açık bırakma, primer total veya parsiyel kapama, flep uygulamasıyla kapama gibi cerrahi yöntemler ve sklerozan madde enjeksiyonu, termal veya cryo ile sinüs traktının destrüksiyonu gibi cerrahi dışı yöntemler kullanılmaktadır (1,2,3).

Bu çalışmada pilonidal sinüs tedavisinde uyguladığımız eksizyon sonrası açık bırakma,

primer kapama ve Limberg flep uygulamalarının sonuçları sunulmuştur.

Materyel ve Metod

Bu çalışmaya Ocak 1994- Temmuz 1996 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda ameliyat edilen 82 pilonidal sinüs olgusu dahil edilmiştir.

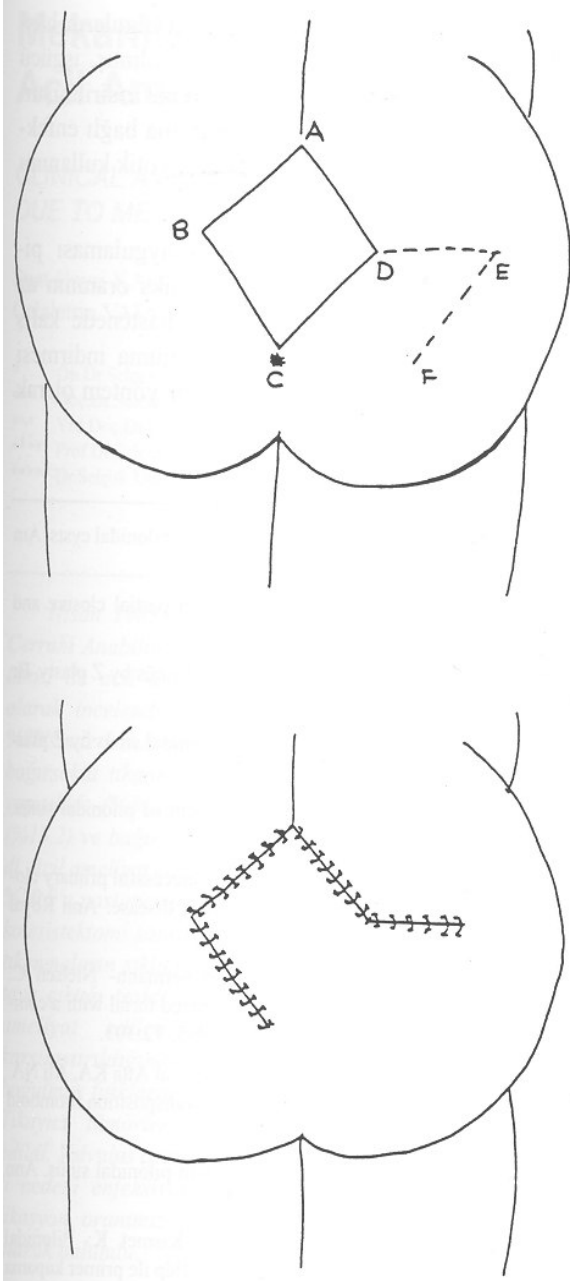
Olguların 68'i (%82,9) erkek, 14'ü (%17,1) kadın olup yaş ortalaması 25.8 (16-47) idi.

Hastaların 48'inde (%57.3) görülen akıntı en sık şikayet iken, ağrı 2. sıklıktaki semptom idi. Yirmi olguda daha önce abse gelişmiş ve drenaj uygulanmıştı.

Hastalar gerekli hazırlıklar sonrası ameliyata alındı. Lokal saha temizliğini takiben metilen mavis verilerek çıkarılacak dokunun sınırları belirlendi. 19 (%23,1) olguda sinüs dokusu presaksal fasiaya kadar çıkarılıp defekt açık bırakıldı. Yine 19

Geliş Tarihi: 13.06.1997

Yazışma Adresi: Dr.Ömer Fazıl Bilgin
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD, ANKARA



Şekil 1. Romboid kesi ve Limberg flep.

(%23,1) olguda eksizyon sonrası primer kapama yapıldı. 44 (%53,8) olguda ise Rhomboid kesi ile sinüs dokusu çıkarılıp Limberg flep hazırlandı. Deri altında eriyebilir dikiş materyali, deride ise naylon materyal ile sütüre edilerek defekt flep ile kapatıldı. Flep altına vakumlu diren yerleştirilip, ortalama 24-48 saatler arasında çıkarıldı (Şekil 1).

Olgular postoperatif dönemde erken komplikasyonlar, geç dönemde nüks açısından takip

edilmiş ve ortalama takip süresi 18 ay (5-30ay) olmuştur.

Sonuçlar

Sinüs eksizyonu sonrasında açık bırakılan olguların hastanede kalış süresi ortalama 11 gün (4-19gün) olmuştur. Bu hastalar hastaneden çıktıktan sonra aralıklı pansumana çağrılmış defektin kapanması ortalama 30 gün olmuştur.

Primer kapatılan olguların hastanede kalış süresi 6 gün (3-9 gün) olmuştur. Bu olguların 5'inde (%26,3) yara enfeksiyonu gelişmiş, drenaj ve antibiyotik uygulanarak enfeksiyon giderilmiştir.

Limberg flep uygulanan olgularda ise bu süre 4 gün (2-5 gün) olarak gerçekleşmiş, 1(%2,2) olguda flebin oturmamasına bağlı enfeksiyon gelişmiş, yine antibiyotik ve drenaj uygulanarak tedavi edilmiştir.

Postoperatif dönemde ağrı ve normal aktiviteye dönüş açısından karşılaştırma yapıldığında açık bırakılan grubun diğer 2 gruba oranla daha ağrılı olduğu saptanmıştır. Normal aktiviteye dönüş süresi ise açık bırakılan grupta ortalama 45 gün iken diğer 2 grupta ortalama 10 gün olmuştur.

Nüks oranları incelendiğinde ise açık bırakılan olgularda 2(%10,7), primer kapatılan olgularda 4(%21,5) nüks görülmüştür. Limberg flep uygulanan olguların hiç birisinde nüks görülmemiştir.

Tartışma

Günümüzde pilonidal sinüs hastalığının edinisel olduğu kabul edilmiştir. Base ve Candy pilonidal sinüs oluşumunda rol oynayan predispozan faktörleri; derin intragluteal oluk, sakrokoksigeal bölgede cildin kaba porlu bir yapıda olması, kıl ve sekresyon yoğunluğunun çokluğu, terleme, maserasyon kılı içeri itecek dış kuvvetler, kılfolliküllerinin iltihabı ve orta derecede şişmanlık olarak tanımlanmıştır (4). İnterdijital, aksiller bölge ve amputasyon güdüklerinde görülmesi de bu teoriyi desteklemiştir (5).

Pilonidal sinüsün tedavisinde birçok yöntemin denenmesi tedavi konusunda tam bir görüş birliği olmadığını göstermektedir.

Bu tedavi şekillerinden eksizyon + primer sütür ile 5.5-23 gün hospitalizasyon süresi, %0-38 arasında nüks oranı bildirilmektedir (6). Bizim serimizde primer kapama yaptığımız 19 olgunun ortalama hastanede kalış süresi 6 gün olmuştur. Yine primer kapama yaptığımız olguların 5'inde (%26,3) yara enfeksiyonu görülmüştür. Yara enfeksiyonu genellikle defektin büyük olduğu ve kapama sonrasında gerginlik ve ödem meydana gelen olgularda görülmüştür. Nüks oranı ise 4 olgu ile %21,1 oranında olmuştur.

Diğer bir yöntem olan eksizyon sonrası açık bırakma yönteminde 2-13 hafta gibi hastanede kalış süresi bildirilmektedir (7). Bu süre bizim olgularımızda da bu süre ortalama 11 gün olmuştur. Hastanede kalma süresi dışında da bu olgularda önemli işgücü kaybı olmakta ve normal aktiviteye dönme süresi ayları bulabilmektedir. Bizim serimizde açık bırakılan olguların normal aktiviteye dönüş süresi ortalama 45 gün olmuştur. Bu gruptaki hastaların 2'sinde (%5.2) nüks görülmüştür.

Bu cerrahi tekniklerin dezavantajları intergluteal oluşu ortadan kaldırmakta etkisiz oluşlarıdır. Bu nedenle çeşitli flep çevirme yöntemleri ile intergluteal oluşun ortadan kaldırılmasına çalışılmıştır.

Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde ana amaç sinüs dokusunun total olarak çıkarılması, intergluteal oluşun ortadan kaldırılması ve predispoze faktörlerin giderilmesidir. Bu amaca yönelik olarak Limberg flep uygulamasıyla intergluteal oluk ortadan kalkmakta ve defekt ne kadar büyük olursa kapatılması mümkün olmaktadır (8).

Çeşitli araştırmacıların raporlarında ise bu yöntemde nüks oranı %0-5 arasında değişmektedir (9,10). Bizim serimiz flep uygulanan 42 hastanın

hiçbirinde nüks görülmedi. Yine bu olguların hastanede kalış süresi ortalama 4 gün olmuş, işgücü kaybı ve tedavi maliyeti minimuma indirilmiştir. Sadece 1 olguda flebin oturmamasına bağlı enfeksiyon görülmüş, pansuman ve antibiyotik kullanımı ile enfeksiyon giderilmiştir.

Sonuç olarak Limberg flep uygulaması pilonidal sinüs hastalığında gerek nüks oranının az oluşu, gerekse tedavi maliyetini, hastanede kalış süresini ve işgücü kaybını minimuma indirmesi gibi özellikleriyle oldukça etkin bir yöntem olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Block LH, Greene BL. Sclerotherapy for pilonidal cysts. *Am J Surg* 1939; 44:622.
2. Pearce AE. Pilonidal cyctectomy with partial closure and packing. *Am J Proctocol* 1967; 18:34.
3. Middleton MD. Treatment of pilonidal sinüs by Z plasty. *Br J Surg* 1968; 55:516.
4. Bose B, Candy T. Radical cure of pilonidal sinüs by Z plasty. *Am J Surg* 1970; 120:783.
5. Goodall P. The satiology and treatment of pilonidal sinüs. *Br.J Surg* 1961; 49:212.
6. Wiliams RS. A simple technique for successful primary closure after excision of pilonidal sinüs disease. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1990; 72:313.
7. Kronborg O, Christensen K, Zimmermann- Nielsen C. Chronic pilonidal disease: a randomized thrial with a complete 3 year follow-up. *Br J Surg* 1985; 72:303.
8. Rzab ASG, Kemal MS, Saad RA, Abov al Atta KA, Ali NA. Radical cure of pilonidal sinüs by a transposition rhomboid flep. *Br.J Surg* 71:154, 1984.
9. Gwynn BR: Use of the rhoboid flap in pilonidal sinüs. *Ann Royal Coll Surg Engl* 1986; 68:40.
10. Özden A, Çifter Ç, Akkuş MA, Kısmet K: Pilonidal Sinüsün cerrahi tedavisinde Limberg flep ile primer kapama yöntemlerinin karşılaştırılması. *Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi* 1994; 2(3):157.