

Sinüs Pilonidalisin Tedavisinde Lokal Fenol Uygulaması

Tarık İZBUL
Nuri A. KAMA
Adnan ARAP
Erdal GÖÇMEN
Mustafa SINAV

TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE
BY LOCAL APPLICATION OF PHENOL

Numune Hastanesi 4.Cerrahi Kliniği, ANKARA.

Geliş Tarihi: 13 Nisan 1989

ÖZET

Bu makalede ayakta lokal fenol uygulaması ile tedavi edilen 22 sinüs pilonidalis hasta takdim edildi. 21(%95.45) hastada %80 lik fenol anestezi uygulamaksızın katater yardımıyla sinüs traktüsünden girilerek uygulandı. Apseli I(%4.54) hastada ise lokal anestezi ile apse drene edildikten sonra poşa direk olarak fenol verildi. Hastaların tedaviden hemen sonra aktif hayatlarına döndükleri ve kendilerini çok rahat hissettikleri gözlemlendi.

2(%9.09) hasta kontrole gelmedi. 8(%36.36) mın 13 aylık, 7(%31.81) hastanın 7-10 aylık, 5(%22.72) hastanın 2 aylık takiplerinde akıntı, ıslaklık ve enfeksiyonun ortadan kalktığı tesbit edildi. 6(%27.27) hastada sinüs ağzlarının tamamen kaybolduğu, 14(%63.63) hastada ise skatrize olup traktüs içerisine kateterin girmediği tesbit edildi Bu ana kadarki takiplerimizde elde ettiğimiz sonuçlar uygulamaya devam etmek bakımından cesaret verici olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Sinüs pilonidalis lokal fenol uygulaması.

T Kİ Tıp Bil Araş Dergisi C.7, S.3, 1989, 225-228

SUMMARY

This article reports on the results of 22 patients with pilonidal sinus disease, who were treated by local phenol application. In 21(95.45%) patients, phenol 80% was injected into the sinus tract without any anesthesia. In one patient with infected sinuses a simple abscess drainage procedure was performed while the patient was under local anesthesia and then phenol was injected into the cavity.

2(9.09%) patients didn't come to control. The duration of follow-up were 13 months in 8(36.36%) patients, 7-10 months in 7(31.81%) patients, 2 months in 5(22.72%) patients respectively. In 6(27.27%) patients, openings of the sinus tracts were completely disappeared. In 14 (63.63%) patients the sinus tracts were sclerosed.

Especially in view of the low costs and the high degree of patient comfort, the results were perfect. We were justified continuation of conservative treatment of pilonidal sinus disease.

Key Words: Pilonidal sinus local phenol application.

T J Research Med Sci V.7, N.3, 1989, 225-228

Pilonidal terimi (Latince de Pilusıkıl, Nidusi-yuva) kıl yuvası anlamına gelmektedir (1). Sinüs terimi ise çevre dokularının içine doğru uzanan, karşılıklı yüzeyleri epitelle döşeli kör bir traktüs anlamında kullanılmaktadır. Bu hastalık ilk olarak 1833 yılında Herbert Mayo tarafından tanımlanmıştır (1,2,7). A.W. Anderson yaradan kılları temizleyerek tedavi ettiği bir vakayı 1847 yılında yayınlamıştır (7,10). Sinüs pilonidalis terimi ise hastalığın tanımlanmasından yaklaşık 47 yıl sonra ilk kez Hodges tarafından kullanılmıştır (1,2,7).

Hastalığın tarif edilmesinden bu yana benign ve basit bir hastalık gibi görünen sinüs pilonidalisin

tedavisinde çok değişik metodlar kullanılmıştır. Ancak bunların hiçbirinin hastalığın tedavisinde tam olarak etkili olmadıkları belirtilmektedir (10,11). Sinüs pilonidalisin nüks etmeye yatkınlığı, cerrahi tedavide hastanede kalış süresinin uzunluğu ve buna bağlı olarak maliyet ve üretim kaybına neden olması, postoperatif dönemin sıkıntılı ve eziyetli olması gibi konular sürekli tartışılmaktadır.

Bu problemlerin büyük bir bölümünü ortadan kaldıracağı düşüncesi ile kliniğimizde pilonidal sinüslü hastalarda lokal fenol tedavisi uyguladık. Tedavi yöntemini ve şu ana kadar elde edilen sonuçları tartışmayı faydalı bulduk.

MATERYAL VE METOD

Ocak 1988-Ocak 1989 tarihleri arasında kliniğimize müracaat eden toplam 22 hastaya ayaktan lokal olarak fenol tedavisi uygulandı. Hastaların 21'i (%95.45) erkek, 1'i (%4.54) kadındı. En küçük hasta 17, en büyük hasta 56 yaşındaydı ve yaş ortalaması 26.2 olarak hesaplandı. 17(%77.27) hasta kliniğimize ilk olarak müracaat etti. 5 (%22.72) hasta ise daha önce geçirdiği ameliyatlardan sonra şikayetlerinin yeniden ortaya çıkması üzerine başvurdu. 15 (%68.18) hasta enfekteydi ve bunlardan 1'inde (%4.54) apse mevcuttu. Kalan 7 (%31.81) hastada kirli seröz akıntı vardı. Enfekte 15 hastanın 5'inde (%22.72) sinüs traktüsü içinde kıl tesbit edildi. %80'lik fenol 21 (%95.45) hastada aşağıda tarif edilen teknikle sinüs traktüsüne girilerek uygulanırken 1 (%4.54) hastada apse drene edildikten sonra poşa direk olarak enjekte edildi. 9 (%40.9) hastada bir defalık 2cc fenol verilmesi kür için yeterli olduğu halde, 10 (%45.45) hastaya iki seans, 2 (%9.09) hastaya üç seans ve 1 (%4.54) hastaya beş seans fenol uygulandı.

Hastalar aralıklarla kontrole çağrılarak kür indeksi olarak alınan ıslaklık, akıntı ve enfeksiyonun kaybolması ve uygulama sonrası görülebilen cilt yanığı, subkutan yağ nekrozu, uzun süreli ağrı, apse formas-

yonu gibi komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. İlk kontrol fenol uygulanmasından 1 hafta sonra yapıldı. İkinci kontrol 1 ay daha sonrakiler ise üçer ay aralıklarla yapıldı.

UYGULAMA YÖNTEMİ

Hasta yüzüstü yatırılarak her iki glutea yanlara çekilerek intergluteal aralık belirgin hale getirildi. Sinüs ağızlarının etrafı kıllardan temizlendikten sonra bölge antiseptik solüsyonlar ile dezenfekte edildi. Cilt ve özellikle anüs çevresi fenolün korozif etkisinden korunmak amacıyla vazelinlendi. Sinüs ağzındaki debritler uzaklaştırıldıktan sonra ağız çapma uygun bir üreter kateteri zorlamadan traktüs boyunca ilerletildi. Kateterin fazla zorlanması halinde yalancı traktüslerin oluşabileceği ve fenol verilmesiyle de ağırlı yağ nekrozunun gelişebileceği belirtilmektedir (11). İçeriye fenol enjekte edildikten sonra bölgeye basınç uygulanarak sinüsteeki artıklar ve varsa kıllar dışarıya alındı. Aynı işlem iki, üç kez tekrarlandıktan sonra etraf kurulandı. Bu işlem esnasında fenolün uygulayanın yüzüne fişkınp istenilmeyen komplikasyonların gelişmesini önlemek için azemi dikkat gösterilmeli, maske ve gözlük kullanılmalıdır. Hastalarda oluşabilecek cilt yanıklarını önlemek için de kateterin çapına

Tablo I

Lokal Fenol Tedavisi Uygulanan Plonidal Sinüslü Hastalara Ait Klinik Bilgiler

Hasta	Yaş-cins	Müracaat şekli	Enfeksiyon durumu	Fenol uygulama sayısı	Uygulamadan sonra 1 hafta görülen komplikasyonlar				Daha sonraki kontroller			Kontrol süresi
					Yanık	Yağ nek.	Ağrı	Apse	Enfek.	Akıntı	Sinüs ağızı	
1. AH	31 E	Nüks	Yok	5	-	-	-	+	-	-	-	13 ay
2. TB	20 E	İlk	Var	1	-	-	-	-	-	-	-	12 ay
3. AT	19 E	Nüks	Var	2	-	-	-	-	-	-	+	12 ay
4. KC	52 E	Nüks	Var	2	-	-	-	-	-	-	-	12 ay
5. GY	23 E	İlk	Yok	1	-	-	-	-	-	-	-	12 ay
6. AD	20 E	İlk	Yok	1	kontrole gelmedi							
7. NY	32 K	İlk	Yok	1	kontrole gelmedi							
8. HA	56 E	İlk	Var	1	-	-	-	-	-	-	+	12 ay
9. NB	24 E	İlk	Var	2	-	-	-	-	-	-	-	11 ay
10. TC	37 E	Nüks	Var	2	-	-	-	-	-	-	-	10 ay
11. SE	18 E	İlk	Var	2	-	-	-	-	-	-	+	9 ay
12. SB	26 E	İlk	Yok	1	-	-	-	+	-	-	+	8 ay
13. BA	18 E	İlk	Var	2	-	-	-	-	-	-	+	7 ay
14. UK	23 E	İlk	Var	3	+	-	-	-	-	-	+	7 ay
15. İK	22 E	İlk	Yok	1	-	-	-	-	-	-	+	7 ay
16. RÖ	28 E	İlk	Yok	2	-	-	-	+	-	-	+	7 ay
17. MC	30 E	İlk	Var	1	-	-	-	-	-	-	+	12 ay
18. OK	24 E	İlk	Var	3	-	-	-	-	-	-	+	4 ay
19. FA	17 E	İlk	Var	2	+	-	-	+	-	-	-	3 ay
20. SB	18 E	Nüks	Var	1	+	-	-	-	-	-	-	3 ay
21. SD	37 E	İlk	Apse	2	-	-	-	-	-	-	+	3 ay
22. GÖ	22 E	İlk	Var	2	+	-	-	+	-	-	+	2 ay

uyan bir iğne kullanılmalı ve taşan fenol hemen temizlenmelidir. Uygulamadan sonra hastalara haftada en az bir defa olmak üzere bir yıl süre ile depilatuvar kremle sinüs çevresindeki kılları temizlemeleri ve tuvalet hijyenine titizlikle uymaları tavsiye edilerek takibe alındılar,

SONUÇ

Hastalara ait bilgiler topluca Tablo 1'de verilmektedir. 22 hastadan 2'si (%9.09) kontrole gelmedi. 20 hastanın takip süreleri 3-13 ay arasında değişti. Ortalama takip süresi 8.3 ay olarak hesaplandı. 17(%77.27) hasta 6 ay ve daha uzun bir süre izlendi. Tüm hastalar uygulama esnasında yanma şeklinde hafif ağrı dışında hiçbir şikayette bulunmadı. Fenol enjeksiyonundan 1 hafta sonraki kontrollerde 5(%22.72) hastada apse, 5(%22.72) hastada ise sinüs ağzı çevresinde 2. derecede yaklaşık 2cm genişlikte yanık tesbit edildi. Apse gelişen hastalar lokal anestezi altında drenaj edilerek aynı anda poşa fenol enjeksiyonu yapıldı. Diğer hastalarda ise akıntının kesildiği, ıslaklığın ileri derecede azaldığı görüldü. Uygulama sonrası bu hastaların günlük aktivitelerinde herhangi bir değişiklik olmadığı ve kendilerini çok rahat hissettiklerini belirttiler. Bir uygulamada iğnenin kateter ucundan kurtulması sonucu enjeksiyonu yapan doktorun yüzüne fenol sıçradı ve yüzde 1-2. derecede ağrılı yanıklar oluştu.

8(%36.36) hastaların 1 yıllık, 7(%31.81) hastanın 7-10 aylık, 5(%22.72) hastanın 2-aylık takip sürelerinde akıntı, ıslaklık ve enfeksiyonun ortadan kalktığı tespit edildi. Şu ana kadarki takiplerde nüks tesbit edilmedi. 6(%27.27) hastada sinüs ağzı tamamen kayboldu. 14(%63.63) hastada ise sinüs ağzının sikatrize olduğu ve traktüs içerisine kateterin girmediği tesbit edildi.

TARTIŞMA

Hastalığın tanımlanmasından beri sinüs pilonidalisin etyolojisi konusunda çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Önceleri en çok kabul edilen konjenital teori olmuştur ve burada sinüs pilonidalisin nöroektodermal kanal artığı olduğu belirtilmiştir (9,10). Ancak 1946 yılında King'in sinüs içerisinde bulunan kılın köklerinin sinüs ağzına yakın olduğunu göstermesi, Pattey ve Soraff'ın yine aynı yılda berberlerin parmak aralarına yerleşmiş sinüs pilonidalis vakaları rapor etmeleri üzerine hastalığın konjenital değil de sonradan kazanılmış olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır (1,2,7,10). Aynı şekilde sinüs pilonidalisin perine, umblikus, saçlı deride, amputasyon stumpunda, aksilla gibi vücudun birçok değişik yerinde tesbit edilmesi ve daha çok 20-40 yaşlarında görülmesi, sinüs içerisinde kıldan başka yün, inek kılı, tuvalet kağıdı parçacıkları, ot gibi materyallerin de bulunması bu

görüşü desteklemektedir (1,2,7,10). II. Dünya savaşında bu hastalığın jip sürücülerinde çok fazla sayıda rastlanması, uzun yol şoförlerinde ve profesyonel atletlerde normal popülasyona göre daha sık görülmesi etyolojide travmanın da rolü olduğunu düşündürmüştür (8). Bascom bozulan kıl folliküllerinin perfore follikülitise dönüştüğünü, bunun da daha sonra pilonidal sinüs oluşumuna sebep olduğunu ileri sürmüştür (2). Ciltaltı negatif basıncının ve intergluteal aralıktaki kılların içeriye penetre olma eğiliminin söz konusu follikülitisin derinlere yayılmasında önemli rol oynadığı ifade edilmektedir. Buna benzer bir iddia da Miller tarafından 1970 yılında ortaya atılmıştır (2). Yapılan deneysel çalışmalarda presakral bölgedeki ciltaltı dokusunda 20 cm H₂O'luk bir emme basıncı mevcut olduğu gösterilmiştir (11). Ayrıca gluteal kıvrımdaki sürtünmenin bu bölgedeki kılları içeri doğru penetre ettiği de ileri sürülmektedir (2). Bu nedenle pilonidal sinüs hastalığının en çok kılı erkeklerde ve presakral bölgede görüldüğü belirtilmektedir.

Sinüs pilonidalisin orjinal traktüsünde epitelin olmadığı belirtilmektedir (8). Ancak skuamöz epitel döşeli olduğu tespit edilebilir. Vakaların kistik epitelizasyonu ile yüzeysel epitelizasyon arasındaki ilişki piyeslerin mikroskopik incelenmesiyle araştırılmıştır. Tüm vakalarda kistik epitelizasyonun izole olmadığı ve mutlaka bazı noktalarda yüzeysel epitel bağıntılı olduğu gözlenmiştir (7). Bu bulgular traktüs içerisinde epitelin yüzeyden aşağıya doğru proliferasyonla geliştiğini düşündürmüştür. Sinüs traktüslerinin genellikle 3-5 cm uzunluğunda olmasına rağmen cilt altı dokusunda değişik derinliklerde dağıldığı tesbit edilmiştir. Küçük apse kavitelelerinin veya traktüs branşlarının primer traktüsten ayrıldığı durumlar olabilir. Bunlar rüptüre olabilirler. Apse kaviteleleri ve sekonder traktüslerin granülasyon dokusuyla döşeli olduğu belirtilmektedir. Sinüs pilonidalisin içerisinde bulunan kılların bu yüzeyle döşeyen epitelden büyümediği gösterilmiştir (8).

Genellikle bu hastalığın teşhisi kolaylıkla yapılabilir. Hastanın hikayesi hastalığı düşündürür. Akut durumlarda ağrılı ve flüktuan kitle en sık saptanan bulgudur. Erken evrede yalnızca selülit gelişebilir. Kronik dönemde anüsten yaklaşık 5 cm kadar üstte, intergluteal bölgede sinüs ağzı tesbit edilir. Sinüs traktüsü genellikle intergluteal bölgede yukarıya doğru ilerler. Ancak bazen aşağıya doğru ilerleyerek anal fistüllerle veya hidradenitis süppürativa ile karıştırılabilir. Ayına teşhiste bunlardan başka ciltteki fronküller, tüberküloid veya sifilitik spesifik granülomlar ve multipl drenaj sinüsleri bulunan osteomyelit akılda tutulmalıdır.

Bugüne kadar sinüs pilonidalisin tedavisi hep cerrahi olarak düşünülmüştür. Basit bir hastalık gibi görünen sinüs pilonidaliste ilk uygulanan ameliyat mevcut lezyonun ortadan kaldırmaya yönelik olmuştur. An-

çak nüksün fazla olması nedeniyle mevcut iezyonun ortadan kaldırılmasıyla birlikte kılların ve artıkların birikimine izin vermeyen düzenli bir yüzey bırakmaya yönelik çok değişik operasyonlar geliştirilmiştir. Ancak geliştirilen operasyonların hiçbirinde tam bir basan sağlanamamıştır. Cerrahi tedavide marsupializasyon, geniş eksizyon ve primer kapama, Z-plasti, L-Lozange kesilmiş cilt grefti, primer eksizyon, kriyocerrahi gibi ameliyatlardan bahsedilmektedir. Cerrahiden sonra %38'e varan nüks tesbit edilmiştir (1,6). En az nüks gözlenen operasyon marsupializasyon olarak kabul edilmektedir. Buradaki oran %4-8 olarak verilmektedir (1). Ancak sağlıklı dokuların geniş olarak çıkarılması iyileşme süresini uzatmaktadır. Ameliyattan önce sinüs traktüsünün gerçek büyüklüğünü tesbit etmek amacıyla metilen mavisi verilmesinin yanlış bir yöntem olduğu ileri sürülmektedir. Çünkü bu boyanın verilir verilmez lenfatik kanallara sızdığı ve traktüsü olduğundan daha yaygın gösterdiği ifade edilmektedir. Ameliyat sonrası hastaların hastanede kalış sürelerinin 3 hafta ile 3 ay arasında değiştiği bildirilmektedir. Buna bağlı olarak pansuman, hasta bakımı, yatak işgali vb. hastane maliyet ücretlerinde büyük artışların ve önemli oranda iş gücü kaybının olacağı aşikardır. Postoperatif dönemde hastaların yatıp kalkmasında, oturmasında, tuvalete gitmesinde, pantolon giymesinde ciddi sıkıntılarla karşılaştığı görülmektedir. Tüm bunlar sinüs pilonidalsis ortaya çıkardığı sorunları göstermektedir. Bu nedenle 1964 yılında St Thomas hastanesinden Maurice ve Greenwood fenol enjeksiyonu ile sinüs pilonidalsis tedavisini önermişlerdir (6). Fenolün sinüs içerisinde bulunan kılları ve dökülen ve artıkları yok ettiği gibi sinüs traktüsünü

döşeyen epiteli de ortadan kaldırarak karşılıklı yüzeylerin yapışmasını ve traktüsün kapanmasını sağladığı belirtilmiştir (12). Fenol uygulandıktan 1 yıl sonra akıntının ve ıslaklığın olmaması ile kürün sağlandığı kabul edilmiştir (3,11,12). Bugüne kadar fenol enjeksiyonu ile sinüs pilonidalsis tedavisi konusunda sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bu uygulamayla hastaların gereksiz yere genel anestezi alması ve geniş eksizyona tabi tutulması önlenmiştir. Uygulamanın basit olması, uygulama sırasında ve sonraki dönemde çok az rahatsızlık vermesi, uygulamayı takiben hastaların günlük aktivitelerine hemen dönmeleri gibi avantajları vardır. Fenol enjeksiyonundan sonra nüks marsupializasyonda olduğu gibi düşük oranda tesbit edilmiştir. Bu oran çeşitli araştırmalarda %0-6 arasında verilmektedir (1, 3, 8, 11, 12). Ayrıca marsupializasyonda tekrar tedavi şansı çok sınırlı olduğu halde fenol tedavisinde böyle bir sınırlama sözkonusu değildir. Maliyet düşüklüğü, hastaya ve doktora sağladığı yukarıda belirtilen avantajlar sebebi ile lokal fenol uygulamasının sinüs pilonidalsis hastaların tedavisinde öncelikle düşünülmesi gereken bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Hasta sayımız sınırlıdır. En uzun tedavi süresi henüz bir yıldır. Bu ana kadarki uygulamalarımızdan elde ettiğimiz sonuçlar bizleri cesaretlendirmektedir. Bu süre zarfında servisimizde sinüs pilonidalsis nedeniyle ameliyat edilen hasta olmamıştır. Daha uzun süreli takip edilen daha fazla sayıda hastaya ait sonuçları vermek amacıyla çalışma devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Duchateau J., De Mol J., Bostoen H. and Aliegaert W.: Pilonidal sinüs. Excision -Marsupialization-Phenolization. ActaChir. Belg. 85: 325-328, 1985.
2. Goldberg SS.M., Gordon P.H., Nivetvongs S.: Essentials of Anorectal Surg.: J.B. Lipincott Company, Washington, pp: 128-133, 1980.
3. Hegge H.G.J., Vos G.A., Patca P., Hoistma H.F.W.: Treatment of complicated or infected pilonidal sinüs disease by local application of phenol. Surgery: 102(1): 52-54, 1987.
4. Hodgson W.J.B., Greensstein R.J.: A comparative study between Z-plasty and incision and drainage or excision with marsupialisation for pilonidal sinuses. Surg. Gynecol. Obstet. 153: 842-844, 1981.
5. Kluge D.N.: Hospital versus outpatient treatment of pilonidal sinüs. Surgery, 57(2):244-246, 1965.
6. Maurice B.A. and Greenwood R.K.: A conservative treatment of pilonidal sinüs. Br. J. Surg., 51:510, 1964.
7. Raffman R.A.: A re-evaluation of the patogenesis of pilonidal sinüs. Ann. Surg. 150: 895-903, 1959.
8. Rickles J.A.: Ambulatuvar surgical management of pilonidal sinüs. Am. Surgeon, April: 237-240, 1974.
9. Schwartz S.L., Shires G.T., Spencer F.C.: Principles of Surgery. McGraw-Hill Book Company, Fifth edition pp: 532, 1989.
10. Shorey B.A.: Pilonidal sinus treated by phenol injection. Br. J. Surg. 62: 407-408, 1975.
11. Stephans F.O. and Sloane D.R.: Conservative management of pilonidal sinus Surg. Gynecol. Obstet. 129: 786-788, 1969.
12. Stephans F.O., Sloane D.R.: Management of pilonidal sinus A modern approach. Med. J. of Australia, 9: 395-396, 1968.