

Pilonidal Sinüs Cerrahisinde Primer Parsiyel Kapama Konusunda Klinik Tecrübemiz ve Literatür ile Karşılaştırma

OUR CLINICAL EXPERIENCE OF PYLONIDAL SINUS
TREATED WITH PRIMARY PARTIAL CLOSURE AND
COMPARISON WITH LITERATURE

Dr. Selahattin VURAL, Dr. Ayhan ERDEMİR, Dr. Gülay DALKILIÇ,
Dr. F. Cem GEZEN, Dr.T.Gandi ÇİNÇİN, Dr. Ergin OLCAY

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği, Kartal, İSTANBUL

ÖZET

Amaç: Pilonidal sinus tedavisinde Primer Parsiyel Kapama'nın diğer yöntemlere üstünlüklerini göstermek ve bu konudaki 90 vakalıklı klinik tecrübemizi literatür ile kıyaslamak.

Durum Değerlendirme: Pilonidal sinüs etiyojisi hakkındaki tartışmaların halen devam etmesi ve tedavisinde değişik metodların uygulanıyor olması, henüz bu konuya çözüm getirilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Yöntem: Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1.1.1997-1.1.2000 yılları arasında pilonidal sinus nedeni ile opere edilen ve primer parsiyel kapama uygulanan 90 olguluk retrospektif bir çalışmadır. Çalışma demografik özellikler, operasyon, hospitalizasyon, yara iyileşmesi, iş güç kaybı süreleri, yatış maliyetleri, komplikasyonlar ve nüks oranları değerlendirilerek yapılmıştır.

Çıkarımlar: İdeal bir tedavi yönteminde; düşük nüks oranı, güvenilir iyileşme, hastanede kalış süresinin kısa olması, hastaya verilen rahatsızlığın azaltılması, işten ayrı kalış süresinin kısaltılması gibi parametrelerin sağlanmasını içermelidir.

Sonuçlar: Pilonidal sinüs tedavisinde primer parsiyel kapama yöntemi; kısa operasyon süresi, erken ve güvenilir yara iyileşmesi, iş ve güç kaybının kısa olması, düşük maliyet, minimal komplikasyonlar, nüks oranının düşüklüğü sebebiyle tercih edilmesi gereken bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Pilonidal sinus, primer parsiyel kapama

SUMMARY

It can be said pylonidal sinus is still an unsolved problem because there are still discussions about it's ethology and many different therapeutic approaches are applied. We made a retrospective study of 90 patients in Dr.Lütfi Kırdar Kartal Research Hospital First General Surgery Clinic between 1.1.1997-1.1.2000. These 90 patients had pylonidal sinus and primary partial closure was applied to all of them. Demographic properties of the patients, operation technique, hospitalization, wound healing, time away from work, hospital costs, complications and recurrence rates are evaluated and compared with other literature. 3 of the patients(0.3%) have been operated with the same reason while othes were simple cases. 17(18%) of the cases were female and 73(81%) were male. Mean age of the patients was 26.39±6.56. Length of operation time was 17.10±4.79 minutes. Hospitalization was 3.98±1.48 days. Wound healing took 28.80±4.79 days. 3 of the patients had wound infection and were treated. The bleeding of 1 patient because of a hemorrhage was controlled under local anesthesia at post-

operation period. Hospitalization cost was 300.67 ± 74.33 US \$. Our patients returned back to their jobs in about 22.56 ± 5.32 days. We have not seen any recurrences in our series. As a result primary partial closure had short operation time, minimal complications and low recurrence rate in pylonidal sinus treatment. That's why we think that primary partial closure is a preferable technique.

Keywords: Pylonidal sinus, primary partial closure

Pilonidal sinüs hastalığı ilk kez 1847 yılında Anderson tarafından "Bir ülserden çıkan kıl" adlı yayın ile tanımlanmıştır(1). Pilus ve nidus yani kıl ve yuva kelimelerinden oluşur. Intergluteal sulcus'un üst yarısında fascia lumbosacralis üzerindeki yumuşak dokular içerisinde yerleşen, kıl demeti içeren, akut veya kronik, bir veya birden fazla sinüs veya abse ile kendini gösteren bir hastalıktır.

Pilonidal sinüs etiolojisinde 5 teori bulunmaktadır. Preen gland, medüller kanal kalıntısı, traksiyon dermoid, inklüzyon dermoid ve akkiz teoriden oluşmaktadır. Son yıllarda akkiz teorisinin pilonidal sinüs etiolojisinde daha ön plana çıktığı gözlenmektedir.

Hastalığın belirtileri genellikle genç yaşta (20-25) ortaya çıkar. Sakral bölgede her türlü konservatif tedaviye direnen ve iyileşmeyen, nükslerle seyreden kronik bir akıntı mevcuttur. Hastalığın en sık belirtisi ağrı ve akıntıdır. Tedavisinde birçok değişik ameliyat yöntemleri tarif edilmiştir. Biz yaptığımız bu çalışmayla primer parsiyel kapama olarak tarif edilen kist eksizyonu sonrası presakral fasiaya marsipulizasyon'un; operasyon, hospitalizasyon, yara iyileşme süreleri,

iş ve güç kaybı, maliyet, komplikasyonlar ve nüks oranı göz önüne alındığında tercih edilmesi gereken bir yöntem olduğunu göstermeye çalıştık.

GEREÇ VE YÖNTEM

1997-2000 yılları arasında hastanemiz 1. Genel Cerrahi Kliniğinde primer parsiyel kapama yöntemiyle tedavi edilen 90 pilonidal sinüslü hasta dosya tarama metodu ve telefon bağlantısı kurularak retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 3 tanesinin nüks pilonidal sinüs nedeni ile opere edildiği ve ilk operasyonlarında primer kapama prosedürü'nün uygulanmış olduğu tesbit edildi. Bu hastaların dosyaları taranarak yaş, cins, operasyon, hospitalizasyon, yara iyileşme, iş kaybı süreleri, maliyet ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Ayrıca hastaklarla telefon bağlantısı kurularak yüzyüze gerçekleştirilen görüşmelerle şikayetlerinin tekrarlayıp tekrarla-

madığı sorularak nüks oranları araştırıldı.

Çalışmaya alınan hastaların operasyon öncesinde sinüslerinin enfekte olmamasına dikkat edildi. Enfeksiyonu olan hastalar ise uygun antibiyoterapi sonrası ameliyata alındı. Operasyonda 30 hastaya genel (%33) ve 60 hastaya da spinal (%66) anestezi uygulandı. Operasyon alanının ve perine'nin temizliği yapılmasını takiben operasyon şu şekilde yapıldı; Hastalar prone pozisyonuna getirilip her iki gluteus, ameliyat masası kenarına yapıştırılan geniş flaster yardımı ile traksiyona alındı. Operasyon alanına daha geniş bir görüş ve manipulasyon olanağı sağlandı. Hastaların sakral bölge ve perine povidon iyodin solüsyonu ile en az üç kez silinerek temizlendi. Anal bölgeden kontaminasyonu engellemek amacı ile bu bölgeye batın kompresi yerleştirildi. Opere edilecek saha açık bırakılarak hastanın üzeri örtüldü. Sinüs ağzından metilen mavisi verilerek, kist sınırlarının görünür olması sağlandı. Sinüs ağızlarının 1 cm. dışından geçen eliptik vertikal insizyonla, orta hatta sakrokoksigeal fascia'ya kadar, yanlarda ise gluteus maksimum kaslarının fasiasına kadar inilerek sinüs total olarak çıkarıldı. Hemostaz koter veya katgüt plain ile dikişler kullanılarak sağlandı. Daha sonra absorbl materyal kullanılarak (Vicryl , krome katgut) önce ciltten kesi yerinden yaklaşık 1 cm. dışından stur geçildi. Daha sonra presakral fascia ve ardından ilk stur geçilen yerdeki yara dudağına yakın bir yerden geçilerek bırakıldı. Aynı işlemler simetrik olarak 1 cm. aralıklarla yapıldı. Presakral fascia'dan stur geçerken orta hattın açık bırakılmasına dikkat edildi. Bu sırada traksiyon nedeni ile kullanılan flasterler kaldırıldı. Daha sonra sturler simetrik olarak tek tek bağlandı. Suturlerin bir bacağı kesilip, rulo yapılmış spanch yara yerine bırakılıp sturlerin diğer bacağı ile tesbit edildi. Ameliyat sonlandırıldı.

Post-op 1. gün rulo gazı alınan hastaya post-op 3.güne kadar günlük pansuman uygulandı. Hastalara ilk hafta hergün ,daha sonraki hafta gün aşırı ve sonraki haftalar 3 güne bir pansumana çağrıldı. Hastalar ortalama 19.86 ± 10.96 (4-47) ay takip edildi.

TABLO 1: HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

		N=90 (%ortalama ± standart sapma)
Cinsiyet		
	Erkek	69 (%76.6)
	Kadın	21 (%23.3)
Yaş (yıl)		26.39 ± 3.56
Yara iyileşme süresi (gün)		28.80 ± .89
Yatış süresi (gün)		3.98 ± 1.48
Operasyon süresi (dakika)		17.10 ± 4.58
İş-güç kaybı süresi (gün)		22.56 ± 5.32
Maliyet (ABD \$)		300.6 ± 74.33
Takip süresi (ay)		19.86 ± 10.96

BULGULAR

Kliniğimizde 1997-2000 yılları arasında pilonidal sinüslü 90 vakaya primer parsiyel kapama yöntemi uygulanmış olup, demografik özellikleri tablo 1'de verilmiştir. Sonuçlar "ortalama, standart sapma ve yüzde" olarak değerlendirilmiştir. Ortalama yaş 26.39 ± 3.56 , K/E:1/4, yara iyileşme süresi 28.80 ± 4.89 gün, hastanede yatış süresi 3.98 ± 1.48 , ameliyat süresi 17.10 ± 4.58 dakika, normal yaşantısına dönme süresi 22.56 ± 5.32 gün, operasyon maliyeti 300.67 ± 74.33 dolar, ortalama takip süresi 19.86 ± 10.96 ay olarak tesbit edilmiştir. Vakalarımızın takibinde nüks rastlanmamıştır. Komplikasyonlar Tablo 2'de verilmiş olup; 3 yara yeri enfeksiyonu, 1 hemoraji'dir. Yara yeri enfeksiyonu lokal yara bakımı ile, hemoraji ise lokal anestezi altında ligasyonla tedavi edilmiştir.

TABLO 2: KOMPLİKASYONLAR

	n=90 (%)
Enfeksiyon	3 (%0.33)
Hemoraji	1 (%0.11)

TARTIŞMA

Pilonidal sinüs hastalığının en sık görülme çağı genç ve genç erişkin yaş grubudur (8,3,17). Hastalığın görülme yaş grubu 21-25 arasındadır(5,7). Serimizde de ortalama yaş 26.39 ± 3.56 olarak tesbit edilmiş olup literatür ile uyumludur(17).

Hastalık en çok erkeklerde görülür. K/E = 1/4,1/3'dür. Minnesota kolej öğrencilerinin yaptığı bir çalışmada oran 1/4 olarak saptanmıştır(6).

Olgularımızda oran 1/4 olarak saptanmış olup literatür ile uyumludur. Pilonidal sinüs hastalığının asıl tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide değişik tedavi yöntemlerinin kullanılması ve tartışılması bu hastalıkta radikal tedavi konusunda henüz tam bir sonuca ulaşılmadığını göstermektedir. Değişik tedavi yöntemleri tartışılırken lokal komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, tedavi masrafları, iş ve güç kaybı, hastanın konforu ve nüks oranı göz önüne alınmalıdır.

Sinüsün total eksizyonu sonrası, açık bırakma, primer stürizasyon, açık yaranın greftlenmesi, primer fleple kapama yöntemleri ve serimizde uyguladığımız ve primer parsiyel kapama olarak da tarif edilen presakral fasiaların marsüplizasyon işlemleri uygulanabilir.

Sinüs eksizyonu ve sekonder iyileşmeye bırakmada, yara granülasyon dokusu ile sekonder iyileşmeye bırakılmaktadır. Eski ve basit olan bu yöntemin çok sayıda pansuman gerektirmesi, hastanede kalış süresinin uzun ve nüks oranının yüksek olması gibi dezavantajları vardır (13,14,15). Çeşitli çalışmalarda nüks oranı %5-40 olarak bildirmiştir(13,14).

Sinüs eksizyonu ve primer kapamada; sinüs eksizyonu sonrası yara primer olarak kapatılır.

Sekonder iyileşmeye bırakmadan daha avantajlıdır. Hastanede kalış süresi, yara iyileşmesi ve işe dönüş süresi daha kısadır(11, 13, 15, 19). Nüks oranı %1-38 arasındadır. Bu yöntemlerde nüks sebebi olarak intergluteal sulkusun ortadan kaldırılmaması suçlanmaktadır(2,3,4).

Sinüs eksizyonu ve açık yaranın greftlenmesinde, eksizyonu takiben Thierch grefti konur. Greftin tutmama riski olumsuz özelliğidir.

Sinüs eksizyonu sonrası defektin deri grefti ile

primer onarım yöntemi, uygulaması zor bir yöntemdir. Yapılan 58 olguluk bir çalışmada; ortalama 4 haftalık bir iyileşme süresi, %2'lik nüks oranı, 9.8 günlük hastanede kalış süresi, 28 günde işe dönüş süresi, 3,4 başarısızlık oranı bildirilmiştir (10). Yine 218 olguluk bir çalışmada 16 nüks tesbit edilmiştir (17). 20 vakalık bir çalışmada sinus eksizyonu ve limberg fleple kapama uygulanan hastalarda nüks oranını %5 olarak saptanmıştır. Hastanede yatış süresi ortalama 5.95 ± 0.52 gün olup diğer yöntemlere göre daha uzundur (19). Flep nekrozu, flepte duyu kaybı gibi flebe özgü komplikasyonlar istenmeyen özelliklerdir.

Kliniğimizde uyguladığımız ve primer parsiyel kapama olarak tarif ettiğimiz, sinüs eksizyonu ve presakral fasi'aya marsipualizasyon; operasyon, hospitalizasyon, yara iyileşme, işve güç kaybı süreleri nin kısa olması, operasyon maliyetinin ve komplikasyonları'nın düşük olması ve nüks olmaması nedeni ile ön plana çıkan bir tedavi yöntemidir (15). 1997 ile 2000 yılları arasında yaptığımız 90 vakanın retrospektif incelemesinde; yaş: 26.39 ± 3.56 , K/E: 1/4, operasyon süresi: 17.10 ± 4.58 dakika, hospitalizasyon süresi: 3.98 ± 1.48 gün, yara iyileşme süresi: 28.80 ± 4.89 gün, iş ve güç kaybı: 22.56 ± 5.32 gün, maliyet: 300.67 ± 74.33 dolar, komplikasyon: 4 (3 yara yeri enfeksiyonu, 1 hemoraji) olarak tesbit edildi. Nüks görülmedi. Literatür ile karşılaştırıldığında primer parsiyel kapama yönteminin diğer yöntemlere kıyasla belirtilen parametreler yönünden daha avantajlı olduğu görülmektedir (9,12,15, 16,18). Spivak ve ark.'nin yaptığı 129 olguluk seride nüks oranının sinüs eksizyonu ve marsipualizasyon uygulanan vakalarda %4 ile en düşük olduğu gösterilmiştir (15).

Sonuç olarak, Pilonidal sinus hastalığında ideal tedavi yöntemi; düşük nüks oranını, güvenilir iyileşmeyi, hastanede kısa yatış süresini, hastaya verilen rahatsızlığın azaltılmasını, işten ayrı kalınan sürenin kısaltılmasını sağlayabilmelidir. Serimizde nüks olmaması, ortalama 3.98 ± 1.48 günlük hastanede yatış süresi, normal aktiviteye 22.56 ± 5.32 günde varabilmesi, komplikasyonlarının az olması, operasyon süresinin 17.10 ± 4.58 dakika gibi kısa olması ve hastaya maliyeti göz önüne alınarak; Primer parsiyel kapama yönteminin pilonidal sinüs cerrahisinde tercih edilmesi gereken bir yöntem olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Anderson AW: Hair extracted from an ulcer. *Boston Med Surg J* 1847; 96: 74.
2. Stone HB: Pilonidal Sinus. *Ann Surg* 1924 ; 79: 410.
3. Smith RM: Roentgen irradiation as an adgut to surgical treatment of pilonidal sinus. *Am J Roentgen* 1937; 38:308.
4. Turell R; Radiation therapy for recurrent sacrococcygeal cytsts and sinuses. *Surgery* 1940: 8: 469.
5. Davies LS, Strair KW: Infected pilonidal sinus. *Surg Gynec Obst* 1945; 81: 309.
6. Blue LA, Curtis RK: Pilonidal Disease. *Surg. Clin North Am* 1952; 32:1247-59.
7. Cerstens E and Keichel F: Etiologic and Therapic des. sin. pil. *Der Chirurg Juli* 1963; 7: 340-3.
8. Puckett CL, Silver D: Carcinoma developing in a pilonidal sinus. Report of two cases and riviev of the literature. *Am Surg* 1973; 3: 151.
9. Meban S, Hunter E: Outpatient treatment of pilonidal disease. *Can Med Assoc J* 1982; 126(8): 941.
10. Guyuron B, Dinner MI, Dowden RV: Excision and grafting in treatment of recurrent pilonidal sinus disease. *Surg Gynec Obst* 1983; 156(2): 201-4.
11. McLaren CA: Partial closure and other techniques in pilonidal surgery. An assessment of 157 cases. *Br J Surg* 1984; 71(7): 561-2.
12. Solla JA, Rothenberger DA: Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(9): 758-61.
13. Fuzun M, Bakır H, Soylu M: Which technique for treatment of pilonidal sinus-open or closed? *Dis Colon Rectum* 1994; 37(11): 1148-50.
14. Berger A, Frileux P. Pilonidal Sinus. *Ann Chir* 1995; 49(10): 889-901.
15. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M: Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(10): 1136- 9.
16. Rosato L, Fornero G, Luc AR: The Radical treatment of sacrococcygeal pilonidal cysts. *Minevra Chir* 1997; 52(10): 1277-9.
17. Quinodoz PD, Chilcott M, Grolleau JL: Surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease by excision and skin flaps: the Toulouse experience. *Eur J Surgery* 1999; 165 (11): 1061-5.
18. Al-Jaberi TM: Excision and simple primary closure of chronic pilonidal sinus. *Eur J Surg* 2001; 167(2): 133-5.
19. Aydede H, Erhan Y, Sakarya A: Comparison of three methods in surgical treatment of pilonidal disease. *ANZ J Surg* 2001; 71(6): 362-4

YAZIŞMA ADRESİ:

Dr. Ayhan ERDEMİR
Eğitim Mh. Hilmibey Sok. Serdar Apt. No:13/5
Ziverbey, Kadıköy, İSTANBUL