

Perineal Ve Perianal Bölge Pilonidal Sinüsleri: İki Vaka Raporu**Perineal And Perianal Region Pilonidal Sinuses:Report of Two Cases**Arif Hakan DEMİREL¹, İbrahim KURTOđLU¹, Can ERS AK¹, Mehmet Alparslan GÖNÜLTAŞ²**ÖZET**

Perine ve perianal bölge yerleşimli pilonidal sinüsler oldukça nadir görülmektedir. Sunulan bu iki vaka ile literatürde yayınlanmış perineal ve perianal yerleşim sayısı 15'i bulmuştur. Klinik bulgular ve Manyetik Rezonans görüntülerine istinaden anal fistül tanıları alan 42 ve 50 yaşlarında iki hastanın yapılan ameliyatlarında anal kanal ile ilişkisi olmayan kıl içerikli sinüs yapıları saptanıp eksize edilmiştir. Histopatolojik tanıları kronik enflamasyon olarak raporlanmış olan vakaların ilki bir perine skarı üzerinde gelişmiş, ikincisi ise altta yatan hazırlayıcı bir patolojik durum olmaksızın primer olarak gelişmiştir. Sunulan vakalarda olduğu gibi perineal ve perianal yerleşimli pilonidal sinüslerde MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) tetkikinin hassasiyetinin düşük olabileceği, ayrıca bu bölge hastalıklarının ayırıcı tanısında pilonidal sinüslerin de hatırlanması gereği vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Pilonidal sinüs, perineal, perianal**SUMMARY**

Pilonidal sinuses located in the perineum and perianal region are extremely rare. With these two cases presented, the number of the perineal and perianal localization has reached 15 in the literature. In the operations performed of two patients, aged 42 and 50, who were diagnosed with anal fistula based on clinical findings and MRI (Magnetic Resonance Imaging), sinus structures with hairs that were not related to the anal canal were detected and excised. The first of the cases whose histopathological diagnosis was reported as chronic inflammation developed on a perineal scar, and the second developed primarily without an underlying predisposing pathological condition. It was emphasized that the sensitivity of MRI examination may be low in perineal and perianal located pilonidal sinuses, as in the cases presented, and that pilonidal sinuses should be remembered in the differential diagnosis of diseases of this region.

Keywords: Pilonidal sinus, perineal, perianal¹SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye²SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Makale geliř tarihi / Submitted: Kasım 2021 / November 2021

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:**Can ERS AK**

Adres: SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Hacettepe Mah.

Ulucanlar Cad. No: 89, Altındađ, Ankara, Türkiye

Tel: +90 539 779 3040

E-posta: drcanersak@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9658-6063

Makale kabul tarihi / Accepted: Aralık 2023 / December 2023

Yazar bilgileri:**Arif Hakan DEMİREL:** ahakandemirel@hotmail.com, 0000-0003-2805-700**İbrahim KURTOđLU:** ibrahim-kurtoglu@hotmail.com, 0000-0001-9728-9207**Mehmet Alparslan GÖNÜLTAŞ:** mehmetagonultas@hotmail.com, 0000-0002-4024-585X

GİRİŞ

Perine veya perianal bölge yerleşimli pilonidal sinus (PS) vakaları oldukça nadir görülmektedir. Etiyopatogenezi incelendiğinde bu bölgede lokalize anal fistüller, Crohn fistülleri, kronik anal fissürler, kronik yaralar, radyoterapi alanları veya bu bölgenin ameliyat skar dokularına sekonder olarak gelişmektedirler^{1,2}. Sunulan ikinci vakada olduğu gibi bu bölgenin primer gelişen PS lezyonlarına ise çok daha az rastlanmaktadır. PS olgularında kıl yapısı, ailevi ve kişisel yatkınlık durumu da sorumlu tutulmakta olup sunulan ilk vakanın geçmişinde PS hikayesinin olması ikinci vakada da halen mevcut bir sakrokoksigeal PS durumunun olması anlamlı bulgulardır. Lokalizasyon ve kliniği itibarı ile anal fistüller ile karışabilen, primer ve sekonder gelişimleri nedeni ile özellikle arz eden perineal ve perianal yerleşimli iki PS vakası sunulmuştur.

Olgu 1: 42 yaşında erkek hasta 2 aydır perianal bölgede mevcut kızarıklık, akıntı ve şişlik şikayetleri ile başvurdu. 6 yıl önce anal fistül tanısı ile, 2 yıl önce de sakrokoksigeal PS tanısı ile ameliyat edilmiş. Muayenede supin pozisyonunda saat 2-3 hizasında anal kanala yaklaşık 5 cm mesafede içinden pürülan akıntı gelen fistüloz bir trakt gözlemlendi

Resim 1: Perineal pilonidal sinus, anal fistül skarı üzerinde gelişen (Birinci vaka)



Bu alan daha önce geçirdiği anal fistül cerrahisi skarının üzerine tekabül ediyordu. Pelvik MR'da vaka anal fistül olarak yorumlanmıştır. Siplinal anestezi ile yapılan ameliyatta lezyonun anal kanala açılmadığı anal kanal postero-lateralinde sonlandığı gözlemlendi. İçinde serbest kıl yapıları içeren sinüs yapısındaki trakt total olarak eksize edilip yara primer olarak kapatıldı. Histopatoloji kronik enflamasyon olarak raporlandı. Postoperatif 3. ayda ameliyat bölgesinde lokal nüks gözlenmesi üzerine yapılan ikinci girişimde daha geniş bir eksizyon ve debridman yapıp yara sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Olgu 2: 50 yaşında erkek hasta, 6 yıldan beri anüs çevresinde şişlik ve ağrı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesinde bu bölgede çok sayıda apse gelişimi ve drenaj işlemlerinin yapılmış olduğu bilgisi alındı. Muayenesinde supin pozisyonunda saat 5, 7, 8 hizalarında anal kanala yaklaşık 1.5 cm mesafelerde birinin içinden büyük bir kıl yumağı çıkarılan fistüloz traktlar gözlemlendi.

Resim 2: Perianal yerleşimli pilonidal sinus, primer olarak gelişen (İkinci vaka)



Ayrıca presakral bölgede orta hatta inaktif bir adet sinüs giriş deliği de saptandı. Pelvik MR'da anal kanalla ilişkili fistül traktı olarak yorumlandı. Yapılan ameliyatta içinde yoğun kıl yapılarının olduğu trakt ile diğer iki traktın birleşip anal kanal posteriorunda kistik bir yapı halinde sonlandığı ve anal kanalla ilişkili olmadığı gözlemlendi. Histopatoloji kronik enflamasyon olarak raporlandı. Sinüs traktı total olarak eksize edilip yara sekonder iyileşmeye bırakıldı. Presakral bölgede gözlenen inaktif pilonidal sinüse yönelik ilave bir işlem yapılmadı.

TARTIŞMA

PS hastalığı genellikle genç erkeklerde ve sakrokoksigeal bölgede, nadir olarak da umbilikal bölge, parmak araları, aksilla, amputasyon güdüğü, intermamarian sulkus ve anal kanal çevresinde yerleşim gösterir^{1,3,4,5}. Patogeneziyle ilgili farklı görüşler olsa da, sulkus derinliklerinde toplanan serbest kılların masere olmuş cilde inoküle olup gömülmesi, yabancı cisim reaksiyonu ve enfeksiyon gelişimi görüşü ön plandadır³. Perine bölgesi veya anal kanalda pilonidal sinus etyopatogenezi, zeminde hazırlayıcı birtakım lezyonların olması ve hastalığın sekonder olarak gelişimi sıklıkla söz konusudur. Bu yazıda kliniğimizde tedavi edilen birincisi sekonder ikincisi ise primer olarak gelişmiş perine ve perianal bölge yerleşimli iki PS vakası sunulmuştur.

PS oluşumunda hastalardaki kılların yapısal özelliği, ailevi ve kişisel yatkınlık üzerinde durulmaktadır. Yapılan bir çalışmada ailesinde PS hastalığı olup kendisi opere edilen hastalarda 25 yıl gibi uzun postoperatif dönemde sonrasında hastalığın nüks etme oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu rapor edilmiştir⁶. Sunulan birinci vakanın hikayesinde geçirilmiş sakrokoksigeal PS ameliyatının olması ikinci vakada da benzer şekilde inaktif bir sakrokoksigeal PS giriş deliğinin saptanması bu hastalığın etyopatogeneziindeki kişisel yatkınlık faktörü yönünden anlam kazanmaktadır.

Perine bölgesi veya perianal bölge PS'ünün etyopatogenezi zeminde anal fistül, veya anal fissür gibi hazırlayıcı birtakım lezyonların olması ve bu noktalardan kıl girişi ile birlikte hastalığın sekonder olarak tetiklendiği görüşü ön plandadır. Bunun kanıtlarını içeren vaka raporları yayınlanmıştır^{7,2}. Sekonder gelişimli olarak değerlendirdiğimiz birinci vakamızda PS hastalığı 6 yıl önce yapılan bir anal fistül ameliyat skarı üzerinde gelişmiştir. Bunun dışında primer olarak gelişen, zeminde

başka bir hastalığın olmadığı perine ve perianal bölge PS'leri nadir de olsa rapor edilmiştir ^{7,8}. Anal girimde intersfinkterik planda yerleşmiş olup anal kanala açılan primer gelişen bir olgu tanımlanmıştır ⁸. Ayrıca suprasfinkterik alanda primer olarak gelişmiş başka bir pilonidal sinüs vakası da bildirilmiştir ⁹. Bu vakalara benzer şekilde sunulan ikinci vakamız, perianal bölgede kıl girişine zemin hazırlayacak herhangi bir patolojik lezyon veya ameliyat skarının olmaması nedeniyle primer gelişen bir olgu olarak değerlendirilmiştir.

PS de enfeksiyon her zaman beklenen bir komplikasyondur ve hastanın başvuru sebeplerinin başında yer almaktadır. Bu durumla ilişkili olarak enfekte bir perianal PS'ün anal fistül gelişimine neden olduğuna dair bir vaka raporu bildirilmiştir ¹⁰. Her iki hastamız da enfekte lezyonları nedeniyle birçok defa hastaneye müracaat etmişlerdir.

MR görüntülemeye intersfinkterik alan tutulumunun olmaması pilonidal sinüsü perianal fistülden ayırt etmede en önemli özellik olarak bilinmektedir ¹¹. Ancak her iki vakada da pelvik MR tanısının anal fistül olarak yorumlanması sunulan vakalarda olduğu gibi atipik yerleşimli PS'lerde MR görüntüleme tekniğinin yorumlanmasında bazı zorluklar olabileceği sonucunu bize verebilir ². Ancak bunun daha geniş vaka serilerinde değerlendirilmesi gereği vardır.

Sunulan bu iki vaka ile literatürde yayınlanmış perineal ve perianal bölge PS vakalarının sayısı 15 olmakla birlikte gerçek vaka sayısının daha fazla olduğu kanaatindeyiz. Yazımızda bu bölge hastalıklarının ayırıcı tanısında özellikle anal fistül ön tanısı almış olan vakalarda pilonidal sinüs hastalığının da hatırlanması gereği vurgulanmıştır.

Yazar katkıları: AHD: Çalışma fikrinin geliştirilmesi, AHD, İK, CE: Vakaların derlenmesi, arşiv araştırması, İK, CE: Literatür taraması, AHD, İK, CE: Tartışmanın oluşturulması, MAG: Patolojik inceleme, yazı derleme.

KAYNAKLAR

1-Demirel A. H. , Kusdemir A. , Kaptanoğlu B. , Barlas M. , Bayram E. Anal Kanal Pilonidal Sinusu (Olgu Sunumu). Kocatepe Tıp Dergisi. 2003; 4(1):63-6

2- Durai R, Smedley F. Perineal pilonidal sinus after an antero-posterior resection of rectum: case report. Acta Chir Belg. 2011;111(3):182-3. doi:10.1080/00015458.2011.11680734

3-Gordon PH, Nivatvongs S, Mulholland MW. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus, 2nd Edition. Shock. 1999;12(4):328.

4- Dixit S. Pilonidal sinus of the umbilicus. Canadian Journal of Surgery. 1976;19(5):422-6

5- Ohtsuka H, Arashiro K, Watanabe T. Pilonidal sinus of the axilla: report of five patients and review of the literature. Annals of plastic surgery. 1994;33(3):322-5.

6-Doll D, Matevossian E, Wietelmann K, Evers T, Kriner M, Petersen S. Family history of pilonidal sinus predisposes to earlier onset of disease and a 50% long-term recurrence rate. Diseases of the colon & rectum. 2009;52(9):1610-5.

7- Alrawashdeh W, Ajaz S, Hammond T, Porrett T, Lunniss P. Primary anal pilonidal disease. Colorectal Disease. 2008;10(3):303-4.

8- Aggarwal K, Jain BK, Sharma N, Goel S. Pilonidal sinus of anal canal: a possible unique diagnosis. ANZ Journal of Surgery. 2015;85(9):693-4.

9- Sert OZ. Pilonidal sinus of the perianal region: Difficult to diagnose. International Journal of Surgery Case Reports. 2020;72:96-8.

10- Eberspacher C, Mascagni D, Fralleone L, et al. Pilonidal disease mimicking anterior anal fistula and associated with posterior anal fistula: a two-step surgery. Case report. Il Giornale di Chirurgia. 2017;38(6):313.

11-Taylor SA, Halligan S, Bartram CI. Pilonidal sinus disease: MR ima-

ging distinction from fistula in ano. Radiology. 2003;226(3):662-7.