



DERLEME

PİLONİDAL SİNÜS HASTALIĞI VE TEDAVİSİNE YENİ BİR BAKIŞ

Ekmel Tezel, Hasan Bostancı, Cem Azılı, Osman Kurukahvecioğlu, Ziya Anadolu

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

ÖZET

Günümüzde edinsel bir hastalık olarak kabul edilen ve en sık sakrokoksigeal bölgede görülen Pilonidal Sinüs Hastalığı'nın tedavisinde yeni bir cerrahi sınıflama ve tekniğin tartışması amaçlanmıştır. 2006 yılından itibaren kliniğimizde kullanmaya başladığımız yeni sınıflandırmaya göre, intergluteal sulkusun sınırları "Naviküler Bölge" olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamada cerrahi girişimin hedefi, intergluteal sulkusun ortadan kaldırılmasıdır. Klasik yöntemlerle kıyaslandığında daha sınırlı bir girişim olarak kabul edilebilecek olan bu tekniğin uygulandığı hastalar daha kısa sürede iyileşmekte ve işlerine dönebilmektedirler. Tekniğin rutin kullanıma girmesinden sonra serimizdeki hastalar, geç dönem komplikasyon ve rekürrens oranları açısından da izlenecektir.

Anahtar Kelimeler: Pilonidal sinüs, Naviküler bölge

A NEW PERSPECTIVE FOR PILONIDAL SINUS DISEASE AND ITS TREATMENT

ABSTRACT

Pilonidal disease is an acquired disorder that commonly affects the sacrococcygeal area. The aim of this report is to discuss a new type of classification and surgical technique for this disorder. Since 2006, a new classification depending on the borders of the intergluteal sulcus named as the "Navicular Area" has been used in our clinic. According to this new technique, the main goal of surgery is to destroy the anatomical patency of the intergluteal sulcus. When compared with the conventional procedures, our technique can be considered to be "limited" with its great advantage of rapid healing and shorter period to return to work. Our aim is to carry out a long-term follow-up of patients in order to clarify the rates for long-term complications and recurrence.

Keywords: Pilonidal disease, Navicular area

GİRİŞ

Etiyopatogenez ve Hastalığın Doğal Seyri

Pilonidal sinüs hastalığı (PS) en sık sakrokoksigeal bölgede görülür. Geçmişte konjenital olduğu düşünülmüşse de artık edinsel bir deri hastalığı olduğu kabul edilmektedir. Erkeklerde, 40 yaşın altında ve özellikle şöför, asker ve öğrenci gibi meslek gruplarında daha sık görülmesi hastalığın hormonal predispozisyon yanı sıra kıl yoğunluğu ve lokal mikrotravma gibi faktörlerin de katkısıyla geliştiği hipotezini desteklemektedir. Vücudun diğer kıvrım

yerlerinde, örneğin aksillada, inguinal bölgede, umbilikusta, boyunda ve hatta parmak aralarında da görülüyor olması lokal mikrotravma faktörünü ön plana çıkarmaktadır¹. Nitekim hastalık kadınlarda da görülürken aşırı kıllı erkeklerde rastlanmayabilmektedir. Sakrokoksigeal bölgede çok sık görülmesi de bu teoriyi desteklemektedir.

Meslek gereği uzun süreli oturur durumda kalan kişilerde intergluteal sulkus (ya da diğer bir ifadeyle natal yarık –natal cleft-) sürekli havasız ve nemli kalmakta, bu bölgede negatif

İletişim Bilgileri:

Dr. Ekmel Tezel

Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

e-mail: ekmeltezel@yahoo.com

Marmara Medical Journal 2009;22(1);085-089



basınç oluşmakta ve en önemlisi kişi oturma biçiminde küçük değişiklikler yaptığında yahut şöförlerde olduğu üzere küçük sarsıntılarla kronik mikrotravmaya maruz kalmaktadır. Bu ortam ilk aşamada sulkustaki epidermis hücrelerinin dökülmesine bilahare bu bölgenin maserasyonuna ve sonuçta nemli artıkların kıl follikülerinin ağızlarını tıkamasına yol açmaktadır. Ağzı kapanan kıl follikülerinin içinde mikro abse gelişmesi eğer kişisel hijyen şartları kötüyse (yani kişi sık yıkanmıyorsa) kaçınılmaz bir sonuçtur. Akut mikro abseler çoğu kez hasta tarafından fark edilmeden tekrarlar durur ve zaman içerisinde kronikleşir. Bu akut ya da kronik abselere dökülen kılların girmesi mikro odağın giderek milimetrik ve zamanla makro boyutlara gelmesine yol açar. Abse artık deri sınırlarını aşar ve aerop bakterilerin de üremesi için elverişli bir ortama sahip olan deri altı yağ dokusu içerisinde ilerlemeye başlar. Kronik PS'te çok sık görülen multiple ağızların ve deri altı yağ dokusundaki içi kılla dolu keselerin gelişimi, yıllar içerisinde mevcut ortam koşullarının düzeltilmemesinin bir sonucudur. Kıllar hem kronik irritasyon hem de yabancı cisim reaksiyonu ile yara iyileşmesini engelleyerek hastalığın gelişiminde önemli bir rol oynarlar. Ancak her PS'te kıl bulunmayabilir ki bu oran %25-50 arasında bildirilmektedir².

Hastalık kimi zaman tek bir sinüs olarak semptom vermeksizin, fark edilmeden yıllarca kalırken kimi zaman akut abse ile kendini belli eder. Ağrı ve şişlik hissi vardır. Hastaların çoğu bunu basit bir "sivilce" sanır. Bu abselerin büyük kısmı spontan düzelirken bir kısmı hastayı hekime yönlendirecek kadar belirgin olabilir. Çoğu pilonidal abse ilk drenajda içerdeki birikmiş kıllar temizlenmez ise nüksetme meylindedir. Bir kısım PS'ler ise akut abse oluşumunun daha silik atlatarak kronik akıntı ile kendini belli eder. Bu hastalarda kaçınılmaz olarak daha kompleks sinüs ve fistül traktları ile karşılaşılır.

Patoloji

Sinüsler çoğu kez orta hatta yerleşen, içleri çok atlı yassı epitelyum ile döşeli küçük açıklıklardır. Kist kaviteleri ise kronik granülasyon dokusu ile döşelidir ve kıl,

epitelyal debri ve taze granülasyon dokusu içerir. Sinüs traktları da yine granülasyon dokusundan oluşur ve çevresinde nötrofil, lenfosit ve plazma hücreleri infiltrasyonu vardır. Bazen makrofajlar da görülür. Yabancı cisim dev hücreleri patolojik incelemelerde sıklıkla karşımıza çıkar. Sinüs duvarlarında deri ekleri (kıl follikülleri, ter ve yağ bezleri ve muscoli arrectores pilorum) bulunmaz¹. Malign transformasyon çok nadirdir, yassı hücreli karsinom ve verrüköz karsinom geliştiği bildirilmiştir¹.

Klinik Sınıflandırma ve Cerrahi Tedavi

Yıllar içerisinde tedavi hastalığın etiopatogenezi üzerinde değişen anlayış ile birlikte ciddi değişiklikler göstermiştir. Bugün daha çok oranda cerrah intergluteal sulkusu ortadan kaldıran girişimleri uygular olmuştur. Terk edilmekte olan geniş ve derin eksizyonlar, orta hatta primer yaklaştırma ve açık bırakma ile sekonder iyileşmeyi beklemek gibi girişimler sadece kozmetik, psikolojik ve medikal sorunlara değil aynı zamanda yüksek rekürrens nedeniyle işten kalma ve hastane masrafları ile birlikte yüksek bir ekonomik maliyete yol açmaktadır.

Öte yandan sulkusu ortadan kaldıran romboid eksizyon ve Limberg flebi veya eliptik eksizyon ve Karydakis ya da V-Y ilerletme flebi gibi girişimlerde etiopatogenezi de rol oynamayan, iyileşme potansiyeli olan derin dokular da çıkarılmaktadır^{3,4}. İlki aynı zamanda belirgin kozmetik sorunlara sahiptir. Bu girişimlerde özellikle ekstensif hastalıkta uygulama zorlukları ortaya çıkmaktadır. Etiopatogenezi de yukarıda değinilen yeni anlayış göz önüne alındığında hastalığa yol açan intergluteal sulkusun düzeltilmesi ve sadece hastalanan derinin çıkarılması daha rasyonel bir yaklaşım gibi görünmektedir².

Bugüne kadar hastalığın yaygın kabul görmüş bir sınıflandırması yapılmış değildir. Hastalığın doğal seyri ve yayılımı göz önüne alınarak yapılacak bir sınıflandırma sadece kolay uygulanabilir olmakla kalmayacak kolayca hatırlanabilir de olacaktır. Bu amaçla klinik gözlem ve deneyimlerimizi de kullanarak 2006 yılından itibaren yeni bir sınıflandırmayı kliniğimizde kullanmaya



başladık. Bu sınıflandırma sakrokoksigeal bölgenin anatomisinde yeni bir anlayışa – naviküler bölge konseptine- dayanmaktadır.

Naviküler bölge intergluteal sulkusun sınırlarını belirler. Yüzüstü (jackknife) pozisyonda yatan bir hastanın her iki kalçası ortaya doğru bastırıldığında temasın her iki tarafta en lateral çizgileri intergluteal sulkusun lateral kenarlarını oluşturur (Şekil 1). İnfериorda sınırını anal üçgenin arka kenarları oluşturur. Anal üçgen anatomik olarak koksiksin ucu ile her iki tuberositas ischii arasındadır. Hastanın kalçaları bastırılırken bir kalemle her iki temas hattı çizilip bırakıldığında ortaya gemi burnuna benzer bir şekil çıkar. Bu nedenle bu bölgeye naviküler (gemi gibi) bölge adını vermeyi uygun bulduk⁵.

Naviküler bölge konseptine göre sınıflandırma:

Tip I: Asemptomatik sinüs ağızları (pit) vardır. Bu hastalarda daha önce ne akıntı ne de abse öyküsü bulunur. Pitler hemen daima naviküler bölgede, özellikle de orta hatta yer alırlar. Tedavi gerektirmezler. Biz bu hastalara iyi kişisel hijyen (sık banyo, temiz ve pamuklu iç çamaşırı, geniş ve rahat pantolon ile uzun süreli oturmaktan kaçınma) ve lokal kıl temizliği öneriyoruz.

Tip II: Akut pilonidal abse gelişmiş olgulardır. Bu abseler mutlaka orta hattın dışında, lateral bir insizyon ile drene edilmeli ve mümkün olursa içerisindeki kıllar temizlenmelidir. Tedaviye sık pansuman ve oral 1 ya da 2. kuşak sefalosporinler veya sulbaktam-ampisilin ile devam edilir. Abse düzeldikten sonra definitif cerrahi tedavi gerekir.

Tip III: Daha önceden abse denajı ya da akıntı öyküsü olan naviküler bölge sınırları içerisinde bulunan pitlerle kendini belli eden PS olgularıdır. Eğer inflamasyon yoksa Bascom (cleft lift) prosedürü uygulanır. Bazen bu hastalarda bir sinüs ağızında kronik inflamasyon ve akıntı olabilir. Bu hastalarda önce kronik inflame sinüsün çıkarılması ve aynı seansta kılların mümkün olduğunca temizlenmesi daha sonra semptomların yatışmasını takiben Bascom girişimi

yapılması tarafımızdan tarif edilerek kliniğimizde başarıyla uygulanmakta olan bir yöntemdir (iki aşamalı girişim).

Tip IV: Bir ya da daha çok sinüs ağızının naviküler bölge sınırları dışında olduğu olgulardır. Bu hastaların öyküsünde birçok kez abse oluşumu, drenaj ve akıntı atağı vardır. Yine bu hastalarda bazı sinüs ağızlarında aktif inflamasyon olabilir. Tedavi bu durumda iki aşamalı girişimdir. Eğer inflamasyon yoksa tek seansta Bascom prosedürü ve lateral ağızların ayrı eliptik insizyonlarla çıkarılması ve primer kapatılması önerilir⁶. Dikkat edilmesi gereken en önemli nokta posterior ağızların perianal fistül ile karışabileceğidir. Ayırıcı tanıda zorlanılan olgularda detaylı MR inceleme oldukça yararlıdır.

Tip V: Pilonidal sinüs cerrahisi sonrası rekürrens gelişmiş olgulardır. Önceki girişimin başarısızlığının en büyük nedeni hastanın naviküler bölge genişliğinin doğru tayin edilememesine bağlı olarak zamanla intergluteal sulkusun tekrar oluşmasıdır. Bu bakımdan ilk girişimde naviküler bölge sınırlarının doğru saptanıp lateralizasyonun ve sulkus düzleştirilmesinin hastanın anatomisine uygun şekilde yapılması gerekir. Biz önceki girişim ne olursa olsun bu olgularda Bascom prosedürünü veya eğer presakral yağ doku kaybı söz konusuysa Karydakıs flebini uyguluyoruz. Ancak nüks bazen başarılı bir sulkus düzleştirilmesi sağlanmışken de genelde orta hatta, katlantı yerlerine uyan noktalarda tek bir pit olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda sadece pit eksizyonu yeterli olabileceğinden öncelikle denenmesi önerilmektedir.

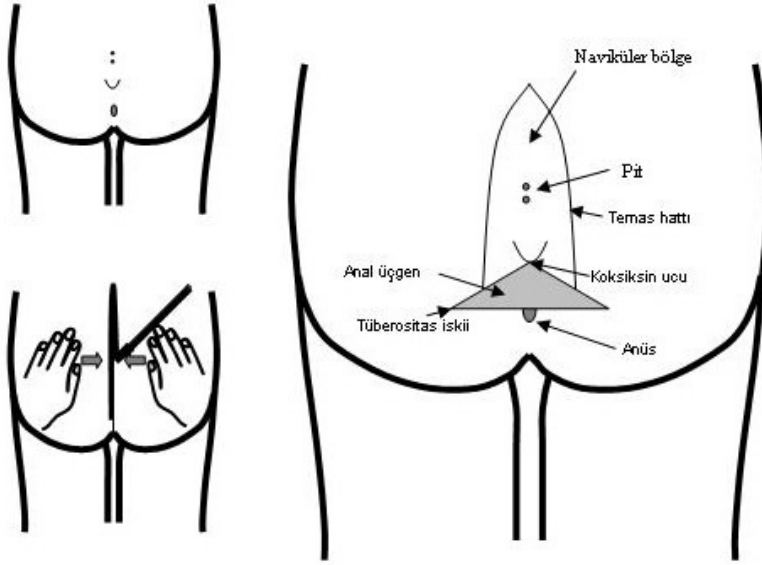
Hasta Bakımı ve Cerrahi Teknik:

Preoperatif profilaksi için 1 gr Sefazolin ve 0,5 gr Metronidazol IV olarak uygulanır. Lokal ya da spinal anestezi altında yüzüstü pozisyonda önce naviküler bölge çizilir (Şekil 1). Her iki gluteal bölge flasterlerle iki yana açılır. Naviküler bölgede asimetrik eliptik kesi ile sadece pitleri içeren cilt çıkarılır (Şekil 2A). Bu sırada intergluteal sulkusta orta hattın karşı tarafa geçilmemelidir. Eksize edilen cilt altında sinüs ağızları daha net olarak görülerek içerisinde kıl bulunan

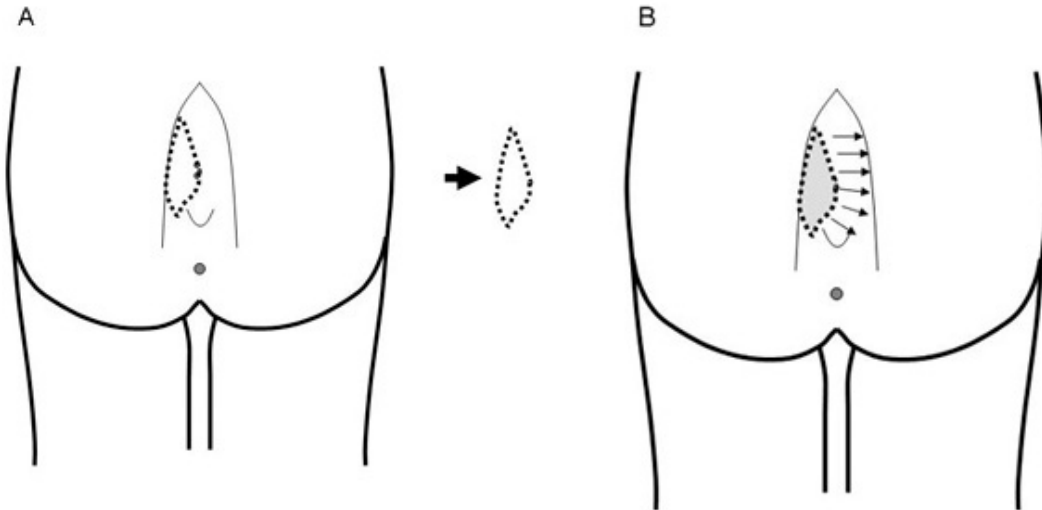


sinüsler kürete edilir ve tüm yabancı cisimler ortamdaki uzaklaştırılarak sinüsler temizlenir, granülasyon dokusu kıl içermediğinden emin olarak yerinde bırakılır. Takiben flep hazırlanır (Şekil 2B). Flep hazırlanırken karşı taraf naviküler bölge sınırının geçilmemesine dikkat edilmelidir. Hemostazı takiben

flasterler açılarak gluteal bölgeler serbestleştirilir. Dren konulacak ise vakum dren en alt plana yerleştirilir. Derin cilt altı dokular 2/0 ya da 1/0 vicryl, yüzeysel cilt altı dokular ise 4/0 vicryl ile yaklaştırılır. Cilt duruma göre primer mattress veya continue 3/0 prolene ile kapatılır (Şekil 2C).



Şekil 1: Pozisyon ve naviküler bölgenin çizilmesi



Şekil 2: A. Eliptik insizyon ve pitlerle birlikte çıkarılan deri. B. Flep diseksiyonu. C. Derinin kapatılması sonrası ortaya çıkan dikiş hattı



Pit eksizyonu yönteminde ise lokal anestezi altında pit küçük ise 11 numara bistüri ucu ile kübik olarak çıkarılır. Eğer pit Moskito ucu girecek kadar geniş ise klemp ucu sokularak bistüri ile pit çevre deri ile birlikte çıkarılır. Moskito klemp ile pit içindeki kıllar temizlenir ve bu işlem her pit için tekrarlanır.

Ameliyat sonrası analjezi için narkotik analjezik kullanımı önerilmez. Hem ağrıyı gidermek hem de flepte oluşacak ödemi azaltmak amacıyla meloksikam 2x7,5mg po 5 gün süre ile verilir. Sonrasında 1x7,5mg verilerek yedi güne tamamlanır.

Lokal anestezi ile yapılan cerrahi sonrası mobilizasyon hemen mümkün olur. Spinal ya da genel anestezi uygulanan olgularda ise mobilizasyon postoperatif 8. saatten sonra önerilir. İlk gün hastanın oturtulmamasına özen gösterilmelidir. Bacakların ilk üç hafta boyunca açmaması önerilir.

Operasyon sonrası erken dönemde oral serbest rejim başlanır. Motilite yavaşlatıcı bir preparat kullanımı gerekli değildir, defekasyon için özel bir önlem gerekmez. Ancak defekasyon sonrası temizliğe dikkat edilmesi yeterli oldukça önemlidir. Hastaların mutlaka sadece tuvalet kağıdı kullanması önerilir. Gerektiğinde ıslak bebek mendilleri kullanılabilir. Erken postoperatif dönemde defekasyon olduğunda pansuman değişimi gerekebilir.

Hasta dren konulmamış ve lokal anestezi ile yapılmışsa ise postoperatif iki saat gözlem sonrasında, dren kullanılmış ise ya da spinal/genel anestezi almışsa 24. saatte genelde dren çekilmesini takiben taburcu edilir. Postoperatif beşinci günde kontrole çağırılır. 14-21. günler dikişlerin alınması için uygun olan günlerdir.

Sonuç

PS'ün cerrahi tedavisinde son on yılda oldukça önemli gelişmeler görülmüştür. Bascom'ın etiyoloji ve patogenezi üzerine 1980'lerde başlayan çalışmaları yeni bir anlayışın doğmasına ve bu yönde tedavi seçeneklerinin gelişmesine yol açmıştır. Hastalar bu yeni anlayış sonucunda, daha sınırlı girişimlerle tedavi edilebilmekte, daha kısa sürede iyileşmekte ve işlerine dönebilmektedirler. Önümüzde bizleri bekleyen görev bu yeni anlayışın rutin uygulaması sonrası ortaya çıkan komplikasyon ve rekürrens oranlarını saptamaktır.

KAYNAKLAR

1. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol* 2003;7:3-8.
2. Bascom J, Bascom T. Failed pilonidal surgery. New paradigm and new operation leading to cures. *Surgery* 2002;137:1146-1150.
3. Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlandt TP, Ludwig K. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1458-1467.
4. Bozkurt MK, Tezel E. Management of pilonidal sinus with the Limberg flap. *Dis Colon Rectum* 1998;41:775-777.
5. Tezel E. A new classification according to navicular area concept for sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Dis* 2007;9:575-576.
6. Tezel E. Cleft lift procedure with excision of pits for extensive sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Dis* 2006;8:72.