

Pilonidal Sinüsün Cerrahi Tedavisinde Marsupializasyon ve Primer Sütür Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Dr. Mustafa Şahin¹, Dr. Mustafa Erbilen¹, Dr. Ertuğrul Ertaş¹, Dr. Adnan Hasanoğlu¹,
Dr. Ertan Bülbüloğlu¹

Pilonidal sinüs genç erişkinlerde sık görülür. Pilonidal sinüs tedavisinde çok sayıda operatif ve nonoperatif tekniğe rağmen ideal tedavi metodu tartışmalıdır.

Bu çalışmada eksizyon ve marsupializasyon ile tedavi edilen 22 hasta ile eksizyon ve primer sütür uygulanan 11 hasta, postoperatif komplikasyonlar, hastanede yatış süresi, yara iyileşmesi ve nüks yönünden karşılaştırıldı. Eksizyon ve primer sütür ile pilonidal sinüsün tedavisini takiben yara enfeksiyonu ve nüks relatif olarak yüksek olmasından dolayı eksizyon ve marsupializasyonun pilonidal sinüs vakalarında daha uygun olduğu görüldü. [Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1996;3(2):107-109]

Anahtar Kelimeler: Pilonidal sinüs, cerrahi teknikler

The comparison of excision and primary suture with excision and marsupialization in surgical treatment of patients with pilonidal sinus

Pilonidal sinus is a common disabling condition of young adults. Despite a number of operative and nonoperative techniques in the management of pilonidal sinus, the ideal treatment is controversial.

This study was undertaken to compare the results of 22 patients treated with excision and marsupialization and 11 patients treated with excision and primary suture in reporting postoperative complications, hospital stay, wound healing and recurrence. Treatment of pilonidal sinus with excision and primary suture was followed by a relatively high proportion of wound infection and recurrence, therefore excision and marsupialization was observed to be more convenient for pilonidal sinus cases. [Journal of Turgut Özal Medical Center 1996;3(2):107-109]

Key Words: Pilonidal sinus, operative techniques

Pilonidal sinüs, sakrokoksigeal bölgede tekrarlayan enfeksiyon ile seyreden, içi skuamöz epitel ile döşeli, kıl içeren sinüslerin oluşturduğu bir hastalıktır. Pilonidal sinüs terim olarak “kıl yuvası” anlamına gelir. Puberte ile 40 yaş arasında daha sık ve erkeklerde kadınlardan 3 kat daha fazla görülür. Sinüs enfekte olduğunda koksiks ve sakrum üzerinde fistül ağzı ile dışa drene olur.

Pilonidal sinüsün tedavisinde birçok yöntem uygulanmış olup en uygun tedavi hakkında henüz görüş birliği yoktur. Bu çalışmada kliniğimizde pilonidal sinüs cerrahi tedavisinde uyguladığımız

eksizyon ve marsupializasyon ile eksizyon ve primer sütür sonuçları tartışılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Şubat 1994 ve Nisan 1996 tarihleri arasında pilonidal sinüs tanısı ile yatırılarak tedavi edilen hastalar arasından eksizyon ve marsupializasyon yapılan 22 hasta (Grup 1) ile eksizyon ve primer sütür uygulanan 11 hasta (Grup 2) ameliyat sonrası erken komplikasyonlar (hematom, sütür ayrılması, yara

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

enfeksiyonu), hastanede yatış süresi, yara iyileşme süresi ve nüks yönünden karşılaştırıldı. Gruplar arası farklılığı önlemek için nüks nedeniyle opere edilen hastalar çalışma dışı tutuldu.

Primer sütür uygulanan hastalarda pilonidal sinüs presakral fasiaya kadar eksize edildikten sonra absorbe olmayan sütürlerle presakral fasiadan geçen retansiyon sütürleri konularak yara primer kapatıldı.

Marsupializasyon, teknik olarak pilonidal sinüsün presakral fasiaya kadar eksizyonu ve absorbe olmayan sütür materyali ile yara dudaklarının presakral fasiadan geçen sütürlerle karşılıklı 1 cm'den daha uzak olmayacak şekilde yaklaştırılması şeklinde uygulandı. Yara gaz tampon ile kapatıldı.

İstatistiksel değerlendirmeler chi-square ve student t testi ile yapıldı.

BULGULAR

Eksizyon ve marsupializasyon uygulanan hastaların 21'i erkek, 1'i kadın, eksizyon ve primer sütür uygulanan 11 hastanın hepsi erkekti. Birinci grupta yaş ortalaması 24.8 ± 5.8 yıl, ikinci grupta ise 23.5 ± 4.6 yıl idi. Hastaların en sık başvuru nedeni sırası ile sakrokoksigeal bölgede ağrı (% 96), pürülan akıntı (% 96) ve şişlik (% 63) idi. Hastaların hiçbirinde lokal travma veya irritasyon anamnezi yoktu. Hastaların şikayetlerinin ortalama süresi 12.1 ± 10.8 ay (2-48 ay) idi. Bir hasta hariç, hastaların hepsinde ameliyattan önce enfekte pilonidal sinüs anamnezi mevcuttu, hastalar ameliyata enfeksiyon tedavi edildikten sonra alındı. Hastaların tümü spinal anestezi ile pron pozisyonda ameliyata alındı. Ameliyat sonrası erken komplikasyonlar birinci grupta 1 hastada (sütür ayrılması), ikinci grupta 4 hastada (yara enfeksiyonu) görüldü ve aradaki fark anlamlı ($p <$

0.05) idi. Hastanede kalma süresi birinci grupta ortalama 11.1 ± 4.9 gün, ikinci grupta ortalama 8.1 ± 3.4 gün, aradaki fark anlamlı ($p < 0.05$) idi. Yaranın tamamen kapanması 1. grupta 29 gün 2. grupta 9 gün olarak tesbit edildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0.05$) vardı. Hastaların ortalama takip süresi 15.1 ± 7.7 ay (2-26 ay) idi. Eksizyon ve marsupializasyonda 1, eksizyon ve primer sütürde 2 hastada nüks görüldü

ve aradaki fark istatistiksel olarak ($p < 0.05$) anlamlı idi.

TARTIŞMA

Pilonidal sinüs genç erişkinlerde sık ve erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülür. Tedavisinde birçok yöntemler denenmiş, ancak en iyi tedavi yöntemi hakkında henüz fikir birliği oluşmamıştır. Lezyon içine fenol uygulaması gibi cerrahi dışı yöntemler denenmiş, ancak iyileşme süresi uzun ve yüksek oranda nüks ile karşılaşılması nedeniyle yaygın uygulama alanı bulamamıştır (1, 2).

Pilonidal sinüs cerrahi tedavisinde eksizyon ve primer kapatma (primer sütür, Z plasti, flep ile kapama), eksizyon ve marsupializasyon, eksizyon ve sekonder kapatma için açık bırakma, eksizyon ve açık bırakma, eksizyon ve greft ile kapatma gibi değişik teknikler uygulanmaktadır (3). Bu cerrahi yöntemlerle tedaviden sonra erken komplikasyonlar (hematom, yara enfeksiyonu, yara ayrılması), hastanede kalma süresi, yara iyileşme süresi ve nüks farklı oranlarda bildirilmiştir. Biz çalışmamızda eksizyon ve marsupializasyon ile eksizyon ve primer sütür uyguladığımız hastalara ait sonuçları değerlendirdik.

Marsupializasyon, pilonidal sinüsün sakrokoksigeal fasiaya kadar eksizyonundan sonra sakrokoksigeal fasiadan geçilen sütürlerle yara dudaklarının kısmen açık bırakılarak karşılıklı yaklaştırılmasıdır. Bu teknik ile ameliyat sonrası yatak istirahati, özel diyet ve konstipasyon temin edilmesine gerek olmaması, ağrının daha az olması, uygulamanın kolay olması ve ağırlı skar dokusu gelişmemesi ve daha az nüks görülmesi gibi avantajlar sözkonusudur (4). Bizim çalışmamız da bu sonuçları desteklemektedir. Ortalama 15.1 ± 7.7 ay takipte % 4.5 nüks tespit edilmiştir.

Primer sütür ise geniş eksizyon gerektirmeyen, dokuların kolayca yaklaştırılabildiği hastalarda tercih edilir. Ameliyat sonrası erken yara iyileşmesi, kısa süreli hastanede kalma gibi avantajlar yanında ameliyat sonrası enfeksiyon sıklığı ve yüksek nüks oranı gibi dezavantajlara sahiptir. Khaira ve arkadaşları primer sütür uyguladıkları 46 hastada erken komplikasyon oranını % 8 ve nüks oranını % 17.5 olarak

bildirmişlerdir (5). Bizim çalışmamızda erken komplikasyon oranı % 36 ve nüks % 18 olarak bulundu.

Eksizyon ve primer sütür uygulanan hastalarda ameliyat sonrası yara enfeksiyonu relatif olarak yüksektir. Bizim çalışmamızda bu oran % 36 dır. Profilaksi amacıyla cefoxitin ve cloxacillin gibi antibiyotikler kullanılmış, ancak yara enfeksiyonu oranını etkilemediği belirtilmiştir (5-7). Bizim çalışmamızda profilaksi uygulanmış, hastaların hepsi klinik olarak enfeksiyon bulgularının olmadığı dönemde ameliyat edilmesine rağmen primer sütür uygulanan 4 hastada yara enfeksiyonu gelişmiştir.

Bizim çalışmamızda marsupializasyon uygulanan hastalarda hastanede kalma süresi aynı dönemde primer sütür tekniği uygulanan hastalara göre daha uzun, ancak ameliyat sonrası komplikasyon ve nüks oranı daha düşüktür.

Pilonidal sinüsün definitif tedavisi akut enfeksiyon kontrol altına alındıktan sonra yapılmalıdır (8). Kliniğimizde uygulanan tekniğe bakılmaksızın hastaların hepsi ameliyat öncesi enfeksiyon bulguları ortadan kalktıktan sonra ameliyata alınmıştır.

Sonuç olarak, primer sütür ancak geniş eksizyon gerektirmeyen seçilmiş vakalarda uygulanmalıdır. Eksizyon ve primer sütür uygulanan hastalarda enfeksiyon ve nüks oranı daha yüksek bulunmuş, eksizyon ve marsupializasyonun pilonidal sinüs hastalarında daha uygun tedavi yöntemi olduğu kanaatine varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Karulf RE. Hidradenitis suppurativa and pilonidal disease. In: Beck DE, Wexner SD, (eds). Fundamentals of Anorectal Surgery. New York: McGraw-Hill, Inc 1992:183-91.
2. Schneider IH, Thaler K, Kockerling F. Treatment of pilonidal sinus by phenol injections. Int J Colorectal Dis 1994;9:200-2.
3. Urhan MK, Bozkurt MK, Sarı S. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde rombik eksizyon ve Limberg flep ile kapatmanın oblik eksizyon ve primer kapatma yöntemiyle karşılaştırılması. Çağdaş Cerrahi Derg 1994;8:107-13.
4. Wexner SD, Jagelmen DG. Pilonidal disease, presacral cysts and tumors, and pelvic and perianal pain. In: Zuidema GD (edt). Shackelford's Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991:390-405.
5. Khaira HS, Brown JH. Excision and primary suture of pilonidal sinus. Ann R Coll Surg Engl 1995;77:242-4.
6. Sondanaa K, Nesvik I, Andersen E, Natas O, Soreide JA. Bacteriology and complications of chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. Int J Colorectal Dis 1995; 10:161-6.
7. Sondanaa K, Nesvik I, Gullaksen FP, Furnes A, Harbo SO, Weyessa S, Soreide JA. The role of cefoxitin prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. J Am Coll Surg 1995;180:157-60.
8. Gorfine SR. Pilonidal disease . In: Bauer JJ, Gorfine SR, KreeI I, et al (eds): Colorectal Surgery Illustrated: A focused approach. St. Louis: Mosby-Year Book, 1993:371-8.

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr. Mustafa ŞAHİN
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
44100 MALATYA
Tlf. ve faks: 422-3244403