

Bölüm 22

PİLONOİDAL SİNÜS HASTALIĞI TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Özlem ÖNDEŞ¹

GİRİŞ

Sakrokoksigeal bölgede yaygın görülen edinsel bir hastalık olup kontrol altına alınmadığında önemli morbiditeye yol açabilmektedir.

Geçmişten günümüze çok sayıda tedavi prosedürü uygulanmıştır.

Bu makale de pilonoidal sinus hastalarında (PSH) minimal morbidite, kısa iyileşme süresi ve düşük nüks oranları hedef alınarak güncel yaklaşımı ve yönetimi sunmaktayız.

TARTIŞMA

Herbert Mayo 1833'te bir kadın hastada sakrokoksigeal bölgede bulunan kıl foliküllerini içeren sinüs vakası sundu. (1)

1880'de Hodges Latince kıl anlamına gelen pilus ve yuva anlamına gelen nidus kelimelerini birleştirerek pilonidal terimi olarak tanımladı. (2,3)

Günümüzde PSH edinilmiş bir hastalık olarak kabul edilmektedir. (4)

Karydakıs, üç ana faktöre atıfta bulunarak etiyolojik sürecin tanımını basitleştirdi .

Saç veya yabancı cisim, saçın sinüste birikmesine neden olan bir kuvvet ve saçın inter gluteal sulkus derinliğinde gömülmesine cildin yatkın olması. (5)

PSH insidansının 100.000 kişide 26 olduğu ve erkekleri kadınlardan 2,2 kat daha fazla etkilediği tahmin edilmektedir. (6)

PSH öykü, fizik muayene (anorektal muayene dahil) ve semptomların ve risk faktörlerinin değerlendirilmesine dayanan klinik bir tanıdır. (7)

İdeal cerrahi teknik; kisti yok etmeli ,sinüs yolları çıkarılmalı ve temizlenmeli, iyi estetik sonuçlarla tam ve kalıcı iyileşmeye yol açmalıdır. (8)

¹ Op. Dr., SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Altın standart, farklı teknikler (esas olarak orta hat kapatma veya flep tabanlı prosedürler) kullanılarak PS eksizyonu ile primer kapatma gibi görünmektedir. (9)

Son on yılda, diğer kolorektal prosedürler için de, bazı cerrahlar PSH tedavisinde radyocerrahi, (10) fibrin yapıştırıcı enjeksiyonu, (11) ve daha yakın zamanda endoskopi, (12) gibi yeni minimal invaziv teknikler önerdiler.

Pilonidal Sinüsün lazer probu ile yok edilmesi güvenli, basit ve minimal invaziv bir tekniktir. Başarı oranı iyidir. Hastanede kalış süresi kısadır, ağrı hafiftir ve komplikasyonların yanı sıra ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısı azdır, bu da işe veya okula hızlı bir dönüş sağlar. Bu teknik, pilonidal sinüs hastalığı olan hastaların çoğuna birinci basamak tedavi olarak önerilebilir.

Çoğunlukla lokal anestezi altında pilonidal sinüs pitleri bistüri yardımı ile 0.5-1cm cilt kesisi ile kıl materyalleri ve epiteli klemp ve küret yardımı ile çıkarılır ve temizlenir. Kullanılan lazer cihazın özelliğine göre teknik uygulanır. Hepsindeki amaç verilen enerji, sinüs epitelinin tahrip olmasına ve aynı zamanda yolun obliterasyonuna neden olur. (12,13,14,15,16)

Fibrin yapıştırıcı, pıhtılaşmanın son aşamasını taklit eden biyolojik bir yapıştırıcıdır. Safaştırılmış, virüsle inaktive edilmiş insan fibrinojeni ve trombinden oluşur. Normal pıhtılaşma sürecini uyarır ve ardından normal doku enzim sistemleri tarafından yabancı cisim reaksiyonuna veya yaygın fibrozise neden olmadan emilir. (17) İyileşme süresini kısaltma ve doku eksizyonunu en aza indirme girişimlerinde, PSH' nı tedavi etmek için fibrin yapıştırıcı, monoterapi (küretaj sonrası PS'nin ölü boşluğunu fibrin yapıştırıcı ile kapatma) olarak veya cerrahiye (eksizyon ve Limberg veya Karydakis Flep tekniği) ek olarak kullanılmıştır. (18,19)

EPSiT, Karl Storz tarafından üretilen bir fistüloskop ile gerçekleştirilir. Fistüloskop 8° açılı bir okülere sahiptir ve saplı 14 cm uzunluğunda bir optik kanal, bir operasyon kanalı ve bir irrigasyon kanalı ile donatılmıştır. İkinci kanal, bir glisin+%1 mannitol solüsyonu içeren 5000 mL'lik bir torbaya bağlanır. Dış delik çok küçükse, fistüloskopun yerleştirilmesine izin vermek için genişletilir.

EPSiT prosedürü, yolların anatomisini karakterize etmek için gerekli olan bir tanı adımı ile başlar, bunu takip eden ameliyat adımı, fistül yoluyla intraluminal yıkımı ve atık materyalin çıkarılmasını sağlamaya çalışır. Teşhis aşamasında, fistüloskop dış açıklıktan sokulur ve sinüs boşluğu ve fistül yolu tanımlanır. Ameliyat aşamasında, ameliyat kanalından bir elektrot sokulur ve kavite ve fistülün yolu ablasyona tabi tutulur. Ameliyat kanalına sokulan bir fırça ile tüm granülasyon dokusu yok edilir ve çıkarılır. İşlem sırasında kıllar tespit edilirse, ameliyat kana-

lından sokulan bu amaç için tasarlanmış aletlerle çıkarılır. Yıkama solüsyonunun sürekli lavajı, kalıntıların ve kanın tamamen ortadan kaldırılmasını sağlar. (20)

Georgiou, G.K. PSH laser tedavisinde PiLaT teknik kullanarak yaptığı çalışmada ortalama yaşı 22.7 (dağılım 15-58) olan, 51 erkek ve 9 kadın olmak üzere 60 hasta vardı. 60 hastanın 55'inde başarılı tedavi (kist ve kanalların tam epitelizasyonu) belgelenmiştir (%92 başarı oranı). VAS ağrı skorları düşüktü ve hiçbir majör komplikasyon kaydedilmedi. İyileşme 25,4 günde (17-40 aralığında) sağlandı ve hastaların %53.3'ü aynı gün işe dönebildi (geri kalanı 3 gün içinde). Başarısızlıklardan dördü iyileşmedi ve bir hasta 5 ay sonra tekrarladı. Yeniden müdahaleyi reddeden biri hariç, tüm başarısızlıklar ikinci bir lazer prosedürü ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Genel hasta memnuniyeti %98'e ulaştı.(13)

Işık A ve arkadaşları PSH'ı olan 32 erkek (%80) ve 8 kadın (%20) olan 40 hasta bu teknikle tedavi edildi. Ortanca yaş 24 (16-50 yıl) idi. Bu hastaların 30'u (%75) kıllı vücut yapısına sahipti. Ortalama natal sulkus uzunluğu 4 cm idi. Hastaların 30'unun (%75) ailesinde PSH öyküsü vardı. On hasta her gün banyo yapıyor, kalanlar haftada birkaç kez banyo yapıyor. Ortalama operasyon süresi 15 dakika idi. Yirmi beş hastada işlem sırasında hafif ağrı, 22 hastada (%55) operasyon alanında sertlik, 7 hastada ise her iki yakınma mevcuttu. Günlük aktivitelerine ve işlerine dönme süreleri ortalama 2 ± 1 gün idi. Tüm hastalar için medyan takip süresi 18 ay (aralık, 12-36 ay) idi. Dört erkek hastada (%10) hastalığın nüksü kaydedildi. Bir olguda nüks postoperatif dördüncü haftada, ve kalan 3 hastada ameliyattan on iki hafta sonra. Başka komplikasyon olmadı. 1 yılda nüks olmaması 0,9 (%95 GA 0,85-0,95) idi. (11)

Meinero ve arkadaşları EPSiT ile tedavi edilen 250 hastadan oluşan çok merkezli bir seriyi %95'e yakın bir başarı oranı bildirmiştir. %5' lik nüks oranı ile bu prosedür, PSH' nın geleneksel cerrahiye alternatif bir tedavi yöntemi olabileceği görülmektedir. Ayrıca, tüm nüksler için etkili bir yöntem olduğu kısa süreli takiplerde gösterilmiştir. (12)

SONUÇ

PSH tedavisinde yeni minimal invaziv tekniklerden (radyocerrahi, fibrin yapıştırıcı enjeksiyonu, ve EPSiT) minimal morbidite, kısa iyileşme süresi ve düşük nüks oranları nedeni ile uygulanabilir ve tercih edilebilir cerrahi yöntemlerdir.

KAYNAKLAR

1. Mayo OH. Observations on Injuries and Diseases of the Rectum. London: Burgess and Hill, 1833.
2. Hodges RM. Pilonidal sinüs. Boston Med Surg J. 1880;103:485-486.
3. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. J Visc Surg. 2013;150:237-247.
4. Patey DH, Scarrf RW. Pathology of postanal pilonidal sinus; its bearing on treatment. Lancet. 1946 Oct 05;2(6423):484-6.
5. Karydakís GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust N Z J Surg. 1992 May;62(5):385-9.
6. Søndena K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis. 1995; 10: 39- 42.
7. Johnson EK, Vogel JD, Cowan ML, Feingold DL, Steele SR., Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease. Dis Colon Rectum. 2019 Feb;62(2):146-157.
13. Bonito F, Cerejeira D, Goulão J, de Assunção Gonçalves J. A Retrospective Study of the Safety and Efficacy of a Radial Diode Laser Probe in the Management of Pilonidal Sinus Disease. Dermatol Surg. 2021 Sep 1;47(9):1224-1228.
8. Segre D, Pozzo M, Perinotti R, Roche B; Italian Society of Colorectal Surgery. The treatment of pilonidal disease: guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). Tech Coloproctol. 2015 Oct;19(10):607-13.
9. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs: tarihsel inceleme, patolojik içgörü ve cerrahi seçenekler . Teknik Koloproktol . 2003; 7 :3-8.
10. Gupta PJ. Radio Surgery in pilonidal sinus: a new approach for the old problem. Acta Chir Belg. 2005;105:183-186.
11. Isik A, Eryilmaz R, Okan I, et al. The use of fibrin glue without surgery in the treatment of pilonidal sinus disease. Int J Clin Exp Med. 2014;7:1047-1051.
12. Meinero P, Mori L, Gasloli G. Endoscopic pilonidal sinus treatment (E.P. Si.T.). Tech Coloproctol. 2014;18:389-392.
13. Georgiou, G.K. Outpatient laser treatment of primary pilonidal disease : the PiLaT technique. Tech Coloproctol 22, 773-778 (2018).
14. Lindholt-Jensen, C.S., Lindholt, J.S., Beyer, M. et al. Nd-YAG laser treatment of primary and recurrent pilonidal sinus. Lasers Med Sci 27, 505-508 (2012).
15. Harju J, Söderlund F, Yrjönen A, Santos A, Hermunen K. Pilonidal disease treatment by radial laser surgery (FiLaC™): The first Finnish experience. Scand J Surg. 2021 Dec;110(4):520-523.
16. Pappas AF, Christodoulou DK. A new minimally invasive treatment of pilonidal sinus disease with the use of a diode laser: a prospective large series of patients. Colorectal Dis. 2018 Aug;20(8):O207-O214.
17. Mankad PS, Codispoti M. The role of fibrin sealants in hemostasis. Am J Surg. 2001 Aug;182(2 Suppl):21S-28S.
18. Vitale A, Barberis G, Maida P, Salzano A. L'uso del collante biologico nel trattamento chirurgico delle fistole sacro-coccigee [Use of biological glue in the surgical treatment of sacrococcygeal fistulas]. G Chir. 1992 Apr;13(4):271-2.
19. Isik A, Eryilmaz R, Okan I, Dasiran F, Firat D, Idiz O, Sahin M. The use of fibrin glue without surgery in the treatment of pilonidal sinus disease. Int J Clin Exp Med. 2014 Apr 15;7(4):1047-51.
20. Giarratano G, Toscana C, Shalaby M, Buonomo O, Petrella G, Sileri P. Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment: Long-Term Results of a Prospective Series. JSLS. 2017 Jul-Sep;21(3):e2017.00043. doi: 10.4293/JSLS.2017.00043.