

PİLONİDAL SINÜSTE PRİMER VE SEKONDER ONARIM TEKNİKLERİ

Levent BOLAT¹

GİRİŞ

Pilonidal sinüs hastalığı, gluteal fissürden kaynaklanan, sakrokoksigeal bölge cildini ve cilt altı yağ dokusunu yaygın olarak etkileyen inflamatuvar bir durumdur. Kesin patogenez tam olarak anlaşılamamıştır. Bildirilen insidans 100.000'de 25 civarındadır ve erkek / kadın oranı 3:1 ile 4:1 arasındadır. Genellikle 15 ila 30 yaşları arasında görülmekle birlikte, hastalık istisnai olarak ergenlikten önce veya 60 yaşından sonra da ortaya çıkabilir.^{1,2} Hastalar, natal kleft (doğum yarığı) içinde ikincil açıklıklara bağlanan, deri altı epitelize bir yolla iletişim kuran birincil açıklıkları temsil eden karakteristik orta hat çukurlarına sahiptir. İkincil açıklıklar orta hattın dışında yer alabilirken, açıklığın etrafında granülasyon dokusu bulunabilir ve açıklıkların içerisinde pürülan veya seroanjinoz materyal boşalabilir.

Kıl içeren sinüs Mayo tarafından 1833'te ilk kez tanımlanmış, hastalığı ise ilk kez 1847 yılında Anderson tanımlamış olup, ilk hasta serisi Warren tarafından 1854 yılında yayımlanmıştır. 1880 yılında ise Hodges, pilus(kıl) ve nidus(yuva) kelimelerini birleştirerek pilonidal sözcüğünü kullanmıştır.^{3,4}

Başvuru sırasında akut ve kronik hastalık eşit olarak görülmekte olup, az sayıda hasta asemptomatik hastalıkla başvurur.⁵ Obezite, lokal travma veya tahriş, sedanter yaşam tarzı veya uzun süre oturma, derin doğum yırtığı, doğum yırtığı bölgesinde artan kıl yoğunluğu, hijyen koşulları, aile öyküsü, kişinin kıl özellikleri ve polikistik over sendromu, hastalık için risk faktörleri olarak gösterilebilir.⁶⁻⁸ Bunlar başlıca risk faktörleri olmasına rağmen, hastada bu faktörlerden hiçbiri olmayabilir.

Pilonidal hastalığa bağlı apsesi olan hastalarda tipik olarak şiddetli ağrı ile başlangıç mevcuttur ve hastalar rahatça oturamazlar. Muayenede genellikle natal kleftin tepesinde eritem ve sertleşme görülür. Yumuşak doku iltihabı ile ilişkili ödem, pilonidal çukurların ve sinüslerin görünümünü gizleyebilir; bununla birlikte, superior veya lateral sakrokoksigeal bölgede apsesi olan bir hastada pilonidal hastalık olasıdır.⁹ Pilonidal hastalıkların ilk tanı anında yaklaşık yarısı akut apse ile başvurur.¹⁰

Asemptomatik pilonidal sinüs hastalığı, klinik olarak natal kleft bölgesindeki karakteristik orta hat gözeneklerinin (çukurlarının) varlığı görüle-

¹ Op. Dr. Seydişehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, levent_268@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2418-4399

noktanın titizce elektrokoagülasyonu kanamanın önlenmesinde etkilidir. Primer sütür veya marsupializasyon ameliyatlarından sonra enfeksiyon görülme ihtimali düşüktür. Yıllarca takip edilen hastalar arasında, eksizyon ve primer kapama veya marsupializasyon ile tedavi edilen hastalarda yaklaşık olarak %15 oranında nüks görülmektedir. Hatta radikal eksizyon ameliyatının dahi nüksü tamamen önlemediği anlaşılmıştır. Sonuç olarak, çoğu durumda nüksün yetersiz cerrahi nedeniyle değil, kötü hijyen nedeniyle ortaya çıktığı görülmektedir. Özellikle kılların orta gluteal oluğa girmesi, nüks için en sık sebep gösterilen durumdur. En çok nüksler orta hatta meydana gelmektedir.

Yara iyileşmesi konusunda da başarısızlık yaşanabilir. Bazı hastalar, özellikle pilonidal sinüsün radikal eksizyonu sonucu orta hattın derinlerinde sakrokoksigeal periost tarafından sınırlanan büyük bir orta hat defekti bırakanlar, iyileşme başarısızlığını 2 yıl kadar uzun bir süre boyunca yaşayabilirler. Yetersiz postoperatif bakım durumlarında, iyileşmemiş boşlukların köprüleşerek birleşmesi veya kılların ameliyat alanına girmesi ve yeniden enfeksiyon oluşturması nedeniyle nüks görülebilmektedir. Bu hastalar postoperatif bakım konusunda yeteri kadar bilinçli olsalar bile bazı hastalarda yara iyileşmesinde gecikme gibi durumlar görülebilir.⁴³

KAYNAKLAR

1. Sondana K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10:39–42.
2. Doll D, Friederichs J, Dettmann H, Boulesteix AL, Düsel W, Petersen S. Time and rate of sinus formation in pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23:359-64.
3. Corman ML. Classic articles in colonic and rectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 1982; 25(4):384-90.
4. DaSilva JH, Pilonidalcyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1146–56.
5. Jones DJ'i. Kolorektal hastalıkların ABC'si. Pilonidal sinüs. *BMJ* 1992; 305:410.
6. Akinci OF, Bozer M, Uzunköy A, et al. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg* 1999; 165:339.
7. Doll D, Bosche FD, Stauffer VK, et al. Strength of Occipital Hair as an Explanation for Pilonidal Sinus Disease Caused by Intruding Hair. *Dis Colon Rectum* 2017; 60:979.
8. Ugurlu C, Yildirim M, Özcan Ö, et al. Is Polycystic Ovary Syndrome a Predisposing Factor for Pilonidal Sinus Disease? *Dis Colon Rectum* 2022; 65:1129.
9. Doody DP. Pilonidal cyst disease. In: Mattei P, editor. *Fundamentals of Pediatric Surgery*. New York, NY: Springer New York; 2011:467–474.
10. Papaconstantinou HT, Thomas JS. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 2016; 261-275.
11. von Laffert M, Stadie V, Ulrich J, et al. Morphology of pilonidal sinus disease: some evidence of its being a unilocalized type of hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 2011; 223:349.
12. Benhadou F, Van der Zee HH, Pascual JC, et al. Pilonidal sinus disease: an intergluteal localization of hidradenitis suppurativa/acne inversa: a cross-sectional study among 2465 patients. *Br J Dermatol* 2019; 181:1198.
13. Oh HB, Abdul Malik MH, Keh CH. Pilonidal Abscess Associated With Primary Actinomycosis. *Ann Coloproctol* 2015; 31:243.
14. Mayo OH. Observations on injuries and diseases of the rectum, Burgess and Hill, London 1833. p.45.
15. DAVAGE ON. The origin of sacrococcygeal pilonidal sinuses based on an analysis of four hundred sixty-three cases. *Am J Pathol* 1954; 30:1191.
16. Franckowiak J. The etiology of Pilonidal Sinus. *Proc R Soc Med* 1960; 4:752-55.
17. Hanley P. Acute pilonidal abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150:9-11
18. Wexner S, Binderow S. Pilonidal sinus presacral cyst and tumors, and pelvic and perianal pain. ed: Zuidema GD. Condon RE. *Shackelford's surgery of the Alimentary Tract*. 4th Ed, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996:432-49.
19. Taylor SA, Halligan S, Bartram CI. Pilonidal sinus disease: MR imaging distinction from fistulo in ano. *Radiology* 2003; 226:662–7.
20. Tezel E, Leventoglu S, Wysocki AP. Trends toward a tailored approach for pilonidal sinus disease. *coloproctology* [Internet]. 2019 Apr 11;41(2):121–6. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00053-018-0314-0>
21. Mihmanlı M. Türk Kolon Rektum Cerrahi Derneği. Kolon rektum anal bölge hastalıkları. İstanbul, 2003; 185-94.
22. Ekmel Tezel, Hasan Bostancı, Cem Azılı, Osman Kurukahvecioğlu, Ziya Anadol. Pilonidal sinüs hastalığı ve tedavisine yeni bir bakış. *Marmara Medical Journal* 2009;22:085-89.
23. Doll D, Friederichs J, Boulesteix AL, Düsel W, Fend F, Petersen S. Surgery for asymptomatic pilonidal sinus disease. *Int. J. Colorectal Dis*. 2008; 23:839-44.
24. Bozkurt MK, Tezel E. Management of pilonidal sinus with Limberg flap. *Dis Colon Rektum* 1998; 41: 775-7.
25. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am*. 2002; 82: 1169-85.

26. Sondenaa K, Nesvik I. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomized trial. *Eur. J. Surg.* 1996; 162:237-40.
27. Aldemir M, Kara IH, Erten G, Taçyıldız I. Effectiveness of collagenase in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Surg Today* 2003; 33: 106-9.
28. Foss MV. Pilonidal sinus: excision and closure. *Proc R Soc Med* 1970; 63: 752-8.
29. Sollo JA, Rotrenberger DA. Chronic pilonidal disease: an assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 758-61.
30. Casten DF. A technique of radical excision of pilonidal sinus with primary closure. *Surgery* 1973;73: 109-14.
31. Macfee WF. Pilonidal cysts and sinuses: A method of wound closure: Review of 230 cases. *Ann Surg* 1942 Nov; 116:687-99.
32. Bascom J. Pilonidal disease. Origin from follicles of hairs and results of hollicle removal as treatment. *Surgery* 1980; 87:567-72.
33. Bascom JU, Pilonidal disease: long term results of follicle-removal, *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 800-07.
34. Senapati A, Cripps N.P.J. Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. *Br J Surg* 2000; 87:1067-70.
35. Mosquera DA, Qayle JB. Bascom's operation for pilonidal sinus. *J R Soc M Med* 1995; 88:45-6.
36. Keighley MRB, Williams NS. *Surgery of the Anus, Rectum, and Colon*. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2008, Copyright MRB Keighley MA MS FRCS.
37. Akıncı F, Coşkun A, Uzunköy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43: 701-6.
38. Karydakı GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992; 62: 567-72
39. Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakı flap. *Br J Surg*. 1996;83:1452-5.
40. Anyanwu AC, Hossain S, Williams A, Montgomery AC. Karydakı operations for sacrococcygeal pilonidal sinus disease: experience in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 197-9.
41. Al-Jaberii TMR. Excision and simple primary closure of chronic pilonidal sinus. *Eur J Surg* 2001; 167: 133-5.
42. Guyuron B, Dinner MI, Dowden RV. Excision and grafting in treatment of pilonidal sinus disease. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 201-4.
43. Livingstone, Alan S. Chassin's Operative Strategy in General Surgery, Carol EH Scott-Conner. New York: Springer-Verlag. 2006; pp:686-7.