

Presakral Pilonidal Hastalýk

Editör Ýrfan Dönmez

Pilonidal hastalýk ilk kez 1880 de Hodges tarafýndan bu isimle tanýmlanmýþtır.Hodges bu hastalýđý presakral bölgede intergluteal sulkusta içinde kýl bulunan kronik bir enfeksiyon þeklinde tanýmlamýþtır.

Bu hastalýk 1946 yýlýna kadar konjenital bir hastalýk olarak biliniyordu o tarihten günümüze kadar hastalýđýn akkiz olduđunu savunan araþtırmacı sayýsý fazlalarmýþtır. Pilonidal hastalýk erkeklerde kadýnlara göre 3-4 kat daha fazla görülmekte olup en 16-25 yaþları arasýnda rastlanmaktadır.

Pilonidal hastalýkta esas olay kýllarýn cildi delerek cilt altý dokulara implante olmasýdır.Cilt altý doku içine yerlepen kýllar yaban cisim reaksiyonu oluþturarak enfeksiyona ve sonradan da apse geliþimine neden olurlar.Aψε kendiliđinden veya bir hekim tarafýndan drene edildikten sonra bazý olgularda fistül geliþebilir.

Pilonidal hastalýđýn geliþimini kolaylaþtıran bazý faktörler vardýr.

- 1-Vücutun kýllý olmasý
- 2-Ýntergluteal sulkusun derin olmasý
- 3-Derinin nemli ve masere olmasý
- 4-Kötü hijyenik koþullar
- 5-Uzun süre oturma ve lokal travma

SEMPTOMATOLOJÝ

Pilonidal hastalýđýn tanýsý genellikle kolaydır.En sýklykla perianal fistüller,fronkül ve hidraadenitis süþürativa ile karýþýr.Hastalar kuyruk sokumu bölgelerinde bir þiþlik ve/veya ađrydan þikayet ederek hekime baþvururlar.Bir kýsým hastalarda þiþlik ve ađry o bölgede bir rahatsýzlyk hissi ile birlikte akýntýdan yakýnrylar ve iç çamabýrlarýn kirlendiđini ifade ederler.Akýntý çođu kez se kokuludur.Akýntý bazan pürülan mukoid hatta kanly olabilir.Asemptomatik pilonidal sinüsler tesadüfen o bölgenin muayenesi sýrasýnda dikkatli bir hekim tarafýndan kolayca tanýnrylar.Ýntergluteal sulkusta toplu idne baþý büyüklüdünde bir ya da birkaç a ađzýn görülmesi ile taný konur.Bu hastalar genç,erkek,kýllý ve sulkuslarý derindir.

Pilonidal hastalýk karþýmýza dört ayrý klinik formda çýkabilir.

- 1-Asemptomatik Form:Tesadüfen tanýnry.Ýntergluteal sulkusta sinüs ađzlarý farkedilir,ađry ,hassasiyet, þiþlik ve akýntý yoktur.
- 2-Pilonidal Apse:þiþlik,ađry,hassasiyet ve iltihabýn diđer belirtileri vardýr.
- 3-Pilonidal Fistül:Akýntýly ve þiþlik bulunan hafif hassas kronik bir lezyon vardýr.Tek ya da çok sayýda içinden akýntý gelen fistül saptanry.
- 4-Nüks etmiþ Pilonidal Hastalýk:Pilonidal fistülün tüm özellikleri vardýr.Bu hastalar bir ya da birkaç cerrahi giriþim geçirmiþlerdir.

T E D A V Ý:

Tedavi hastalýđýn klinik formuna göre planlanry.Tedavi bazý olgularda oldukça zordur.Tüm tedavi yöntemlerinde nüks en büyük olarak karþýmýza çýkar ve hastalarýn büyük bir çođunluđunun ilk sorduklarý soru,"acaba tekrar eder mi?"sorusudur.Bu hastalýđ tedavisinde tüm olgu ve klinik formlara uygulanabilecek standart bir yöntem yoktur.Tedaviyi planlarken hastanýn ihtiyaçlarý ve hastalýđýn durumu göz önüne alýnarak tedavi bireyselleþtirilmelidir.Yöntem seçiminde þu faktörler dikkate alýnmalýdır.

- 1-Nüks oraný en düþük olmalýdır.
- 2-Hasta erken mobilize olabilmelidir.

- 3-Hasta iþine gücüne erken dönebilmelidir
- 4-Post-op dönem ağrısız ve konforlu olmalıdır.
- 5-Komplikasyon oranı düşük olmalıdır.
- 6-Tedavi maliyeti düşük olmalıdır.
- 7-Tedavi mümkün olduðunca ayakta yapýlabilmelidir.

AMELÝYATA HAZIRLIK VE ANESTEZÝ:

Hastaların ameliyattan önce banyo yapmaları ve kıl dökücü krem kullanarak tüm kalça ve bel bölgelerindeki kıllardan temizlenmesi olarak ameliyata gelmeleri uygundur.Hastalar prone pozisyonda ya da sol yan pozisyonda ameliyat edilirler. Cerrah alþkyn olduðu pozisyonu tercih etmemelidir.Ben prone pozisyonu tercih ediyorum.Hasta yüzükoyun yatırıldıktan sonra flasterlerle kalçaları yana doðu açýlacak þekilde tespit yapılır ve ameliyat sahası elliptik olarak lidocain+adrenalin ile infiltre edilerek lokal anestezi yapılır.Lokal anestetik ajanın adrenalin ihtiva etmesi kanamanın minimal olmasını sağlar.Ameliyatın ilerleyen safhalarında diseksiyon derinleptikçe gerek olursa ilave anestezi yapılabilir.Deneyimlerime göre cilt ve cilt altı infiltrasyonu anestezi için çoðunlukla yeterli olmaktadır.Ýlave olarak presakral fasya infiltre edilmelidir.

Pilonidal sinüs ameliyatlarında koruyucu antibiyotik kullanılması gerekmez.

Asemptomatik Pilonidal Hastalık Tedavisi:

Asemptomatik olgular tedavi gerektirmezler.Ancak kıl giripini önlemek üzere o bölgede kıl mücadelesi yapmak faydalı olacaktır.Bazı durumlarda hastanın da isteðine baðlı olarak koruyucu cerrahi uygulanabilir.Hastalık semptomatik hale geldiðinde iþ ve güçten kalmayı göze alamayacak durumda olanlar,uzun seyahate çıkmak zorunda olanlarla,uzun süreli oturmayı gerektiren işlerde çalışan hastalara koruyucu cerrahi önerilebilir.Bu amaçla uygulanacak cerrahi minimal olmalıdır.Benim tercihim lokal anestezi altında sinüs ağızlarının ve traktüslerinin çok sınırlı bir insizyon ile çıkartılması ve primer kapatma işlemidir.Ciltten dokusundan derin olarak geçirilecek monofilament non-absorbabl birkaç adet sütür eksizyon suretiyle olupabilecek boşluğun oblitere edilmesini sağlar.Ameliyat sonrasında hastaların en az iki yıl süreyle o bölgeyi kılızsız tutmaları mutlaka önerilmelidir.

Akut Pilonidal Apse Tedavisi :

Pilonidal apsenin tedavisi acil drenajdır.Lokal anestezi altında pipliðin en fazla olduðu bölüm üzerinde orta hattın lateralinden hastanın beklende bir insizyon yapılır ve apse drenaj edilir.Boşaltma işlemi takiben loj serum fizyolojik ile yıkanır kıl ve diğer debriler dýşarı alınır.Daha sonra uygun büyüklükteki bir küret yardımı ile loj kontrolü yapılır ve nazikçe abse duvarları kürete edilerek granül dokular lojdan uzaklaştırılır.Abse lojuna yumuşak bir dren konabilir ya da konmayabilir.Abse çevresinde belirgin sellülit var ise uygun bir antibiyotik başlanmalıdır.2-3 gün günde bir kez yapılan pansumanları takiben hastaya sıcak su oturma banyoları ve ve hasta akıntı kesilinceye kadar haftada bir görülmelidir.Akıntı tamamen kesilip lokal enfeksiyon bulguları kaybolduktan sonra hastaya definitif cerrahi girişim planlandıðı anlatılır ve bir ay kadar bir süre sonra lokal bulgulara göre definitif cerrahi yapılır.Nasıl ki ihtimali %25 tir.

Kronik Pilonidal Hastalık Tedavisi:

Kronik pilonidal hastalığın tedavisi,kistin,sinüs ağızlarının ve fistüllerin hep birlikte an blok olarak çıkarılması ve geride kalan primer ya da sekonder iyileşme ile kapatılmasından ibarettir.Boşluğun nasıl kapatılacağı konusu tartışılmalı olup farklı cerrahi metodların ortaya atılması bu ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır.Bu klinik formun tedavisinde mevcut yöntemleri sınıflandırarak en uygun olanları anlatmaya çalışacağım.Bu yöntemler şunlardır:

1-Kistotomi

2-Eksizyon-Marsupializasyon

3-Eksizyon-Primer kapatma

4-Eksizyon-fleple kapatma

KÝSTOTOMÝ:Lokal anestezi altýnda kist bofluðunun tavaný cilt ve cilt altý dokusu ile birlikte elliptik olarak eksize edilerek çýkar ve kistin içi bofaltýlýr,alt ve yan duvarlarý iyice kürete edilir,yara sekonder iyileþmeye terk edilir.Pansuman ve sýcak su oturma banyolarý uygulanýr.4-6 haftada iyileþme tamamlanýr.Nüks oraný %5-20 arasýndadýr.

EKSÝZYON-MARSUPÝALÝZASYON:Lokal anestezi altýnda intergluteal sulkusta sinüs ađýzlarý ve varsa fistül ađýzlarý birlikte çýkarýlýr.Þekilde elliptik bir cilt insizyonu yapýlýr.Ýlk önce gluteuslara doðru eðik bir insizyon yapýlýr,daha sonra sakruma doðru ilerlenir.Diseksiyon aþaðýda çoðu kez presakral fasiyaya kadar ilerler ve kist bofluðuna girilmeksizin diseksiyon tamamlanarak kist ve diðer patolojik olupumlar an blok olarak çýkarýlmýþ olur.Bazý cerrahlar sinüs ya da fistül ađýzlarýndan kist bofluðuna me mavisini vererek kist sýnýrlarýný belirlemeye çalyþýrlar.Ben bunun faydalý olduðuna inananlardan deðilim.Bilakis kist bofluðuna b verilememesi yanýnda boyanýn kist dýpýna sýzýp gereðinden fazla dokunun eksize edilmesine neden olabileceðinden yararlý bulmuyorum.Deneyimli bir cerrah hastalýkly dokularý kolaylýkla tanýyýp eksize edebilir.Hemostazýn saðlanmasýný takiben yara dudaklarý tek tek ya da kontinü monofilaman non absorabl ya da krome kat-güt sütürlerle yara boyutu küçültülerek presakral fasiyaya sütüre edilir.Býrakýlan bofluð sekonder iyileþmeye terk edilir.Sütürler 7-10 günde alýnýr ve hastaya sýcak su oturma banyosu verilir.Hasta haftada bir kontrol edilir.Yaranýn iyileþme sürecinde ortada geliþen granülasyon dokusu apýrý geliþip cilt seviyesinin üzerine çýkacak olursa epitelizasyon engelleneceðinden kürete edilmelidir.Ýyileþme 4-6 haftada tamamlanýr.Nüks oraný % 1-6 civarýndadýr.

EKSÝZYON-PRÝMER KAPATMA:Lokal anestezi altýnda kist eksizyonu marsupializasyon bahsinde anlatýldýðý þekilde yapýlýr.Bilahere loja hemovak dren konur ve ciltaltý cilt sütüre edilir.Ben cilt altýný düz kat güt ile ve cildi de polipropilen sütürlerle kapatýyorum.Alternatif bir kapama yöntemi olarak cilt,ciltaltý ve presakral fasiyadan geþen polipropilen sütürler kullanýlabilir.Drenaj azaldýðý anda drenler çekilir ve sütürler 10. Günde alýnýr.Nüks oraný bazý yayýnlarda %4 civarýnda bildirilir de % 15-20 arasýndadýr.

FLEPLE KAPATMA:Flep yöntemlerinin diðer yöntemlere göre bazý üstünlükleri ve dezavantajlarý vardýr.Herþeyden önce kist boşaltýlmalý ve gerilimsiz olarak kapatýlabilir,intergluteal sulkus ortadan kaldýrýlabilir ve iyileþme daha kýsa sürede gerþekleþir.

Flep seþimi kistin durumu ve boyutlarýna baðlýdýr.Cerrah da her zaman alýþýk olduðu tekniði tercih etmek durumundadýr.Baþlý çeþitleri

1-Limberg Flep

2-Dufourmentel Flep

3-Z-Plasti

4-Rotasyon flebidir.

Ben en çok Dufourmentel Flebi tercih etmekteyim.Lokal anestezi altýnda romboid bir kesi ile tüm fistül ve sinüs ađýzlarý eksizyon dahil edilir.Bu flepte romboidin yatay köpegenin devamý ile AD kenarýnýn devamý arasýnda kalan açýnýn açýortayý eþkenar dö kenarý kadar uzatýlýr ve bitim noktasýndan aþaðýya dik inilir ve böylece flep kenarlarý belirlenmiþ olur.(Þekil:?)Kist çýkarýldýkta cilt-ciltaltý flebi hazýrlanýr.Flebin altýna hemovak dren konur ve flep uygun yere cilt altý ve cilt ayrý ayrý sütüre edilir,presakral fasiyaya tesbit edilir böylece romboid defekt kapatýlmýþ olur.Postoperatif drenaj azalýnca drenler çekilir ve cilt sütürleri 10.günde alýnýr.Nüks oranlarý %0-5 arasýnda bildirilmiþtir.

Nüks Etmeyen Pilonidal Hastalýk Tedavisi:

Daha önce belirtildiði gibi pilonidal hastalýk tedavisinde önerilen tüm yöntemlerin nüks etme ihtimali vardýr.Bir çok araþtırmacı tarafýndan nüks sebepleri araþtırýlmýþtır.En önemli sebepler:ameliyattan sonra o bölgede kýl mücadelesi yapýlmamýþ olması, dokusunun orta hatta bulunması,eksizyon sonrası kapatma sýrasýnda ölü bofluð býrakýlması,yara iyileþmesi sýrasýnda enfeksiyon geliþmesidir.Bana göre bu sebeplerden en önemlisi ameliyat sonrası kýl mücadelesinin yapýlmamýþ olmasýdır.Nüks olgularda önce tanımlanan tüm metodlar uygulanabilir ancak ben nüks olgularýn hemen tamamýnda eksizyon ve marsupializasyon yöntemini tercih ediyorum.

ÖZET:

Pilonidal hastalığın standart bir tedavi yöntemi yoktur.En önemli sorun nökslerdir.Pilonidal absenin standart tedavisi acil drenajdır.Bilahere bu olgulara definitif ameliyat planlanmalıdır.Kronik pilonidal sinüs olgularında tedavide esas prensip kistin,sinüs ağızlarının ve fistüllerin çýkarılması geriye kalan boşluğun primer kapatılması ya da sekonder iyileşmeye terk edilmesidir.

Hastalara sağladığı konfor,erken mobilizasyon,erken ip ve güce dönebilme imkanı,komplikasyonlarının en az olması ve nöks oranlarının düşük olmasından dolayı günümüzde tercih edilecek yöntem eksizyon ve marsupilazasyondur.Seçilmiş vakalarda primar kapatma ve flepli yöntemler uygulanabilir.Bu metodlarda iyileşme süresi kısa da olsa nöks oranlarının yüksek olması ve yara enfeksiyonu gelişme riski bulunduğu akıldan çýkarılmamalıdır.

Nöksleri önlemenin yolu ise ameliyattan sonra en az 2 yıl süreyle bölgenin kısılsız bırakılmasıdır.