

Pilonidal sinüs tedavisinde rhomboid eksizyon ve limberg fleb onarımı: Erken dönem sonuçları

Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: Short-term results

Hakan Buluş, Ali Coşkun

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 15.01.2011, Kabul Tarihi / Accepted:12.05.2011

ÖZET

Amaç: Pilonidal sinüs sakrokoksigeal bölgenin yaygın görülen kronik bir hastalığıdır. Pilonidal sinüs hastalığının tedavisi hastalığın prezentasyonu ile ilişkili olarak değişir. Buna göre birkaç cerrahi yöntem göstermiştir ki, en ideal yöntem halen yüksek nüks oranları nedeniyle bulunamamıştır. Biz pilonidal sinüs tedavisinde rhomboid eksizyon ve limberg fleb onarımının etkinliğini araştırdık.

Gereç ve yöntem: Kronik ve subakut sakro koksigeal pilonidal sinüs hastalığı nedeniyle, 32 (Erkek/Kadın 21/11) hastaya rhomboid eksizyon limberg fleb kapama tekniği uygulanmıştır. Ortalama hastalar 4 ila 9 ay takip edilmiştir. Hastalar; ameliyat süresi, hastanede yatış süresi, nüks oranı ve erken dönem komplikasyon oranları bakımından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması $28,8 \pm 23$ yıl, ortalama operasyon süresi 68 (52-77) dakika olarak kayıt edilmiştir. Ortalama hastanede yatış süresi 1 (1-3) gün, operasyon süresi ise 68 dakika (52-77) hesaplanmıştır. Erken yara yeri komplikasyonu %6.2 (n=2) hastada kaydedilmiştir. Hastaların takip süresinde hiç nüks görülmemiştir.

Sonuç: Sonuçlar sakrokoksigeal pilonidal sinüs tedavisinde rhomboid eksizyon ve Limberg flep kapamayı özellikle büyük vakalarda desteklemektedir. Düşük nüks oranı, kısa hastanede yatış süresi, düşük komplikasyon oranları ve işgücü kaybı nedeniyle, kötü kozmetik görünüme rağmen tercih edilebilir.

Anahtar kelimeler: Pilonidal sinüs, Rhomboid eksizyon, Limberg flep, tedavi.

GİRİŞ

Pilonidal sinüs sakrokoksigeal bölgenin sık karşılaşılan kronik ve genç yaş grubunda erkeklerde daha sık görülen bir hastalığıdır. Hastalığın etiyojisi ni açıklamak için, pek çok teori ortaya atılmış ve

ABSTRACT

Objectives: Pilonidal sinus is a common chronic disease of the sacrococcygeal region. Treatment varies in relation to the presentation of the disease. Accordingly, several surgical methods show that the most ideal method is not still found because of high recurrence rates. We investigated the efficacy of rhomboid excision and Limberg flap in the treatment of pilonidal sinus.

Materials and methods: Because of chronic and subacute sacrococcygeal pilonidal sinus disease rhomboid excision and Limberg flap closure technique was applied to 32 (Male / Female 21/11) patients. The median follow-up duration was 4 to 9 months. Operative time, hospital stay, recurrence rate and early complications were compared.

Results: The mean age of the patients was 28.8 ± 23 years; mean operative time was 68 (52-77) minutes. The average hospital stay was 1 (1-3). Early wound complications were in 6.2% (n=2) patients. There was no recurrence during follow-up.

Conclusion: The results show that rhomboid excision and Limberg flap closure technique can be used particularly for the treatment of large sacrococcygeal pilonidal sinus cases. It may be preferred for low relapse rate, short hospital stay, low complication rates and labor force loss, despite poor cosmetic results.

Key words: Pilonidal sinus, Rhomboid excision, Limberg Flap, treatment

modern tıp tarihinin en hararetili tartışmalarından biri yaşanmıştır. Bu önemli hastalığın doğuştan mı, yoksa edinsel mi olduğu sorusuna, 20. yy. boyunca cevap aranmıştır. Günümüzde varılan sonuç ise, bu hastalığın edinsel etiyojijiye sahip olduğudur. ¹

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Hakan Buluş

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye Email: hakan_bulus6@hotmail.com
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2011, Her hakkı saklıdır / All rights reserved



Birçok cerrahi tedavi yöntemi tanımlanmış olmasına rağmen, yüksek nüks oranları nedeniyle ideal tedavi yöntemi halen yoktur. Uygulanan tedavi yöntemlerinin çeşitli avantaj ve dezavantajlara sahip olması, herhangi birinin diğerlerine göre çok belirgin bir üstünlük sağlayamamış olması ve sürekli yeni yöntemlerin geliştirilmesi nedeniyle de hastalığın tedavisi ve etiyolojisi hakkındaki tartışmalar bir türlü bitmek bilmemektedir.

Basit eksizyon teknikleri yüksek morbidite ve yüksek tekrarlama oranlarına sahiptir. Eksizyon primer kapama sonrası nüks oranları yaklaşık olarak %4-42 oranında bildirilmişken, bir dizi çalışmada rhomboid eksizyon ve limberg fleb onarımı sonrası %0-3 nüks oranları bildirilmiştir.² Buna karşın sakrokoksigeal plonidal sinüs hastalığının cerrahi tedavisinde rhomboid eksizyon ve limberg fleb prosedürü ile diğer konvansiyonel teknikleri karşılaştıran randomize olmayan çalışmalar bildirilmiştir.

Bu çalışmada, kliniğimizde eksizyon ve Limberg flep ile tedavi edilen sakrokoksigeal plonidal sinüs (SPS) hastalığının erken dönem sonuçlarını sunmaya amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde 2008 Nisan ve Eylül ayları arasında SPS hastalığı nedeniyle opere edilen toplam 32 (Erkek/Kadın 21/11) hasta dahil edilmiştir. Akut plonidal apseli, rekürren, 16 yaşından küçük, 50 yaşından büyük hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışma prospektif non randomize olarak ve çalışmaya dahil edilen hastaların hepsinden bildirilmiş onam alınmıştır.

Hastaların hepsine standart spinal anestezi eşliğinde ve prone pozisyonda opere edildi.

SPS' li hastalarda; yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, hastanede yatış süresi, nüks oranı ve erken dönem komplikasyon oranları araştırıldı.

Cerrahi teknik

Tüm olgular ameliyattan önceki akşam traş edilmiştir. Tüm olgulara profilaktik olarak hastanede kaldığı süre içinde Sefazolin 2x 1 gr i.v. uygulanmıştır. Spinal anestezi uygulandıktan sonra prone pozisyonunda hastaların gluteusları ameliyat masası kenarına yapıştırılan flasterler yardımı ile traksiyona alındı ve operasyon sahasında daha iyi görüş ve manipülasyon ortamı sağlandı. Operasyon alanı Povidon

iyodin ile gazlı bez yardımıyla 3 kez olmak üzere silinerek temizlendi. Anal bölgeden kaynaklanabilecek herhangi bir kontaminasyon olasılığını azaltmak için bu bölgeye de povidon iyodin ile ıslatılmış gazlı bez yerleştirildi.

Önce bir enjektör yardımı ile sinüs içine metilen mavisi enjekte edilerek tüm hasta doku belirlendi. Daha sonra tüm sinüsleri içine alacak şekilde bir eşkenar dörtgen çizildi. Bu rhomboid kesi ile presakral fasyaya kadar metilen mavisi ile işaretlenmiş bölümler çıkartıldı.

Kesiler gluteal adale fasyasını da içerecek şekilde derinleştirildi ve fasya serbestleştirildi. Böylece rhomboid flep hazırlanmış oldu ve bu aşamada tekrar hemostaz yapıldı ve yara bol serum fizyolojik ile irrije edildi. Gluteusları traksiyonda tutan flasterler kapamada kolaylık sağlanması için açıldı. Flebin transpozizyonu eksize edilen eşkenar dörtgenin köşelerine denk gelecek şekilde gerçekleştirildi. Flebin altına vakumlu redon dren yerleştirildikten sonra ayrı bir delik açılarak dışarıya çıkarıldı.

Fasya ve ciltaltı dokularını birlikte alacak şekilde 2/0 Vikril veya 2/0 Krome Katküt ile dikilerek kapatıldı. Cilt sütürü içinde monoflaman olması ve enfeksiyona zemin hazırlama açısından daha güvenli olduğu düşünüldüğünden 3/0 polipropilen materyal kullanıldı. Cilt serum fizyolojik ile yıkanıp kurulandı ve tekrar povidon iyodin ile silindikten sonra steril gazlı bez ve pet ile kapatıldı (Resim 1).



Resim 1. Pilonidal sinüs tedavisinde Rhomboid Eksizyon ve Limberg Fleb onarımının şematik olarak preoperatif ve postoperatif görünümü.

Hastaların hepsi post-operatif birinci günde taburcu edildi. Hastalar daha sonra erken dönemde birinci hafta ve daha sonra 6. ayda kontrole çağrıldı. Kontrolde hastaların erken dönem ve geç dönemdeki komplikasyonları kayıt edildi.

BULGULAR

Sakrokoksigeal plonidal sinüs tanısıyla 6 aylık periyotta opere edilen toplam 32 (Erkek/Kadın 21/11) olgunun yaş ortalaması $28,8 \pm 23$ yıl ve yaş aralığı 16-50 yıl olarak bulundu. Hastaların tümü 24 saat sonra taburcu edildiler fakat bir hastada flep iskemisi geliştiği için 3 gün yatmıştır. Ortalama operasyon süresi 68 (52-77) dakika olarak kayıt edilmiştir. Olguların ortalama takip süresi 5.2 ay olup bu dönem zarfında hiçbir olguda nüks görülmemiştir. Hastaların ortalama yatış süresi değerlendirildiğinde ortalama 1.1 gün olarak bulunmuştur.

Olgularda erken dönemde en çok görülen komplikasyon yara yeri enfeksiyonuydu ve yaklaşık %6.2 (n=2) oranında bulundu. Ayrıca bu süre zarfında, 1 (%3.1) hastada flep iskemisi, 2 (%6.2) hastada seroma görüldü (Tablo 1).

Tablo 1: Rhomboid Eksizyon ve Limberg Fleb Onarımının Klinik Sonuçları.

	n= 32
Cinsiyet, E /K	21/11
Ortalama hastanede yatış süresi	1 gün
Operasyon Süresi, dk	68 (52-77)
Nüks	%0
Yara yeri enfeksiyonu	%6.2 (n=2)
Seroma	%6.2 (n=2)
Geçici flep iskemisi	%3.1 (n=1)

Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastalar günlük pansuman ve antibiyotik ile tedavi edildi. Fleb altı seroma biriken hastalar takipleri sırasında drenleri kontrolsüz çıkan hastalardı ve bunlarda perkütan ponksiyon ile drenaj uygulanarak tedavi edildi. Flep iskemisi gelişen hastada defektif alan büyük olduğu için daha büyük flep hazırlanması gerekmiştir. Bu yüzden iskemik flep tekrar revizyonu yapılarak tedavi edildi.

TARTIŞMA

Pilonidal sinüs hastalığı ilk olarak 1883 yılında tariflenmiştir. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı genç erişkin yaştaki kişiler arasında yaygın olarak görülmektedir. SPS ağrılı akıntıdan, asemptomatik forma kadar yaygın bir şikâyet yelpazesine neden olabilir fakat plonidal sinüs ağzı bulunan asemptomatik hastalara cerrahi müdahale önerilmektedir.^{4,7}

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs tedavisinde günümüzde, konservatif yöntemlerden, minimal invaziv yöntemlere ya da radikal cerrahi yöntemlere kadar geniş bir yelpaze bulunmaktadır. Eğer eksizyondan sonrası flep kullanmadan yara primer kapatılırsa, intergluteal sulkus aynen korunmaktadır fakat bu yöntem sonrası intergluteal sulkusta bulunan kıl follüküllerinde maserasyon sonucunda follikülit ve apse gelişebilmektedir. Bunun sonucu da pilonidal sinüs nüks edebilmektedir. Eksizyondan sonra yarayı primer kapatmanın bu dezavantajlarının yanında, cerrahi açıdan tekniğin kolay olması, yaranın dış etkenlerden kontamine olmasının engellenmesi ve yaranın erken kapanması gibi avantajları bulunmaktadır. Hasta açısından ise erken kapanan yara ile hasta daha çabuk işe dönmekte üstelik fazla pansuman gerekmediği için hasta, hastane ortamından çabuk kurtulmaktadır. Primer kapatma yapılan tekniklerde yara iyileşme süresi görece daha kısadır ancak nüks oranı %22'ye kadar çıkabilmektedir.^{8,10}

Eksizyondan sonra yarayı açık bırakarak defektin granülasyon dokusu ile iyileşmesinden sonra bu bölgede kıl follüküllerinin ortadan kalktığı görülür. Böylece hastalığın etyolojisinde etken olan follikülit ve apse oluşumu engellenmiş olur. Hastalığın etyolojisine yönelik bu tedavinin nüks oranı flepsiz primer kapatılan vakalara göre çok daha azdır. Bu tekniğin en büyük dezavantajı yara iyileşme süresinin çok uzun olmasıdır. Sekonder iyileşmede yara iyileşme süresini kısaltmak için liyofilize kollajen kullanılmakta hatta bunun nüks oranını da düşürdüğü bildirilmektedir.⁸ Sekonder iyileşmeye bırakılan olgularda nüks oranı %1-4 olmakla birlikte yara iyileşme süresi 20 haftaya kadar uzamaktadır.¹¹

Hastalığın etyolojisinde yer alan nükslerden sorumlu tutulan faktörleri yeni uyguladığımız minimal cilt eksizyonlu gerilimsiz kapatma ve limberg flep teknikleriyle ortadan kaldırmaktayız. Gluteal sulkus'un düzleştirilmesi ile orta hatta kıl debris birikimi ve sürtünmenin yol açtığı maserasyon ön-



lenmektedir. Her iki teknikte yara iyileşme süresi ortalama 14 gündür. İşten uzak kalma süresi ise ortalama 24 gün bulunmuştur. Hastanede kalma süresi her iki teknikte de 1 gündür.

Flepli yöntemlerin operasyon süresi biraz daha uzun olmakla birlikte yara kapanma süresi kısa, nüks oranı görece düşüktür. Bu nedenle günümüzde pilonidal sinüs tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemleridirler.^{12,14}

Aysan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada pilonidal sinüs ameliyatında insizyon hattına uygulanan adrenalın enjeksiyonu kansız bir çalışma ortamı sağlamak ve ameliyat süresini belirgin olarak azaltmaktadır.¹⁵ Çalışmamızda bu amaçla insizyon sınırlarına 10 ml %0,9 NaCl ile dilüe edilmiş 0,1 mg adrenalın enjekte etmedik. Çünkü adrenalinin vazokonstriksiyon sağlayarak kanamayı azaltması iyi bir cerrahi ortam sunmakla birlikte fleb iskemisi oluşturma endişesinden kaçındık.

Literatürde pilonidal sinüs çalışmalarında hastanede yatış süresi flep yöntemi uygulanan olgularda ortalama 3-7 gün olarak bildirilmiştir.¹⁶ Çalışmamızda ameliyat sonrası ortalama yatış süresi ortalama 1 gün olup literatürde bildirilen değerlerden düşüktür.

Ameliyat süresi SPS nin büyüklüğü, uygulanan cerrahi teknik, nüks olgu olup olmaması gibi faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Bizim çalışmamızda SPS nin ortalama ameliyat süresi 68 dakika olarak tespit edilmiştir ve bu süre literatürde bildirilen ameliyat sürelerine benzer oranlardadır.

SPS nin cerrahi tedavisi sonrası; kanama, seroma, yara yeri enfeksiyonu, nüks, kötü kozmetik görünüm gibi erken ve geç dönem komplikasyonlar görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda takip süresi kısa, olgu sayısı az olmakla birlikte, takip ettiğimiz sürede nüks görülmemiştir fakat erken dönemde ve seroma, yara yeri enfeksiyonu görülmüştür.

Sonuç olarak SPS genç erkek hastalarda daha sık görülen ve birçok tedavi seçeneği olmasına rağmen hangi cerrahi tekniğin uygulanması gerektiği konusunda halen fikir birliği sağlanamamıştır.

Rhomboid eksizyon ve limberg fleb onarımı SPS nin tedavisinde düşük nüks, kısa hastanede yatış süresi ve daha düşük komplikasyon oranlarıyla basit kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. LodhFB et al. Pilonidal sinus; Use of Limberg flap in the treatment. *Professional Med J* 2006; 13(3): 435-9.
2. Çubukçu A , Gönüllü NN, Paksoy M, Alponat O, et al. The role of the obesity on the recurrence of pilonidal sinus disease in patients ,who were treated by excision and Limberg flap transposition. *Int J Colorectal Dis* 2000; 15(1): 173-5.
3. Apaçık H. Pilonidal sinüsün tedavisinde Limberg Flep ile minimal cilt eksizyonlu gerilimsiz kapatma tekniğinin karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi. İstanbul - 2006.*
4. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Curr Surg* 2005;40(2):80-4.
5. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right tract for treatment. *Br Surg* 1990; 77:123-32.
6. Thompson Fawcett MW, Cook TA, Baigrie RJ, Mortensen NJMcC. What patients think of day-surgery proctology. *BJ Surg* 1998; 85(3) :1388.
7. Royal College of Surgeons of England working party. Guidelines for day care surgery London. Royal College of Surgeons of England, 1992.
8. Uysal AC, Alagöz MS, Unlu RE, Sensöz O. Hair dresser's: syndrome a case report of an interdigital pilonidal sinus and review of the literature. *Dermatol Surg* 2003;29 (4):288-90.
9. Foss MV. Pilonidal sinus: excision and closure. *Proc R Soc Med* 1970;63(1) :752-8.
10. Kitchen PRB. Pilonidal sinus: experience with the Karydakis flep. *Br J Surg* 1996;83 (4):1452-5.
11. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996;39 (10): 1136-9.
12. Maurice BA, greenwood RK. A conservative treatment of pilonidal sinus. *Br J Surg.* 1964;51 (1):510-2.
13. Stansby G, Greatorex R. Phenol treatment of pilonidal sinuses of natal cleft. *Br J Surg* 1989; 76 (8):729-30.
14. Stephens FO, Stephens RB. Pilonidai sinus: Management objectives. *Aust NZJ Surg* 1995; 65 (8): 558-60.
15. Aysan E, Basak F, Kinaci E, Sevinc M. Efficacy of local adrenalın injection during sacrococcygeal pilonidal sinus excision. *Eur Surg Res* 2004;36(4):256-8.
16. Daphan C, Tekelioglu MH, Sayilgan C. Limberg flep repair for pilonidal sinus disease. *Dis Colon Rectum* 2004;47(2):233-7.

