

درمان سینوس پیلونیدال با برداشت کامل خط وسط و ترمیم اولیه

*دکتر امیر طالب رضا^۱، دکتر جلیل رجبی^۲، دکتر کورس آقازاده^۳

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۷/۱۰/۷

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۷/۱۰/۱۰

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۱۰/۱۷

چکیده

سابقه و هدف: سینوس پیلونیدال یکی از شایع ترین اختلال های مزمن ناحیه ساکروکوکسیژیال بوده که جهت درمان آن راهکارهای مختلفی ارائه شده است که بهترین روش ترمیم اولیه با فلاپ های چرخشی و متد Karydakis گزارش شده است (۳).
مواد و روش ها: مطالعه صورت گرفته به صورت prospective بر روی ۱۰۳ بیمار با سینوس پیلونیدال غیر راجعه و با ترشح مختصر انجام گرفت که تمامی بیماران تحت اکسیزیون و ترمیم اولیه قرار گرفتند که ۵۳ مورد آن در گروه A سوتور عمقی به فاشیا و به دنبال ترمیم با استفاده از گاز به صورت overtie پانسمان شد و تعداد ۵۰ مورد در گروه B که بعد از ترمیم به صورت روتین پانسمان شدند.
یافته ها: عوارض مختصر زخم در سه بیمار گروه A رخ داد؛ ولی در گروه B در ۲۸ بیمار عوارض رخ داد. گسستگی زخم در گروه A دیده نشد ولی گروه B در ۸ مورد گزارش شد. در گروه A بهبودی کامل سریعتر بود. عود در یک بیمار گروه A و در ۲ بیمار گروه B دیده شد.
نتیجه گیری: نتایج کوتاه و طولانی مدت نشان می دهد که اکسیزیون محدود خط وسط همراه با ترمیم اولیه و پانسمان overtie جهت ps غیر عارضه دار ساده و مؤثر است و استفاده از اکسیزیون وسیع و فلاپ جهت ترمیم اولیه جراحی برای ps عارضه دار نگه داشته می شود.

کلمات کلیدی: سینوس پیلونیدال، ترمیم اولیه در سینوس پیلونیدال

مقدمه

از روش های جذاب و مناسب است (۱۸)، (۱۹)، (۲۰).
هدف از این مطالعه بررسی و انجام روشی مؤثر و کاربردی در جهت افزایش رضایت مندی بیماران و کاهش زمان برگشت به کار در عین حال دارای درصد قابل قبول بهبودی و عدم عود و عوارض طی زمان می باشد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت آینده نگر طی سال های ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۷ در بیمارستان های ۵۷۷ اصفهان (ارتش) بیمارستان خانواده و بیمارستان الغدیر تهران بر روی ۱۰۳ بیمار بین سنین ۱۷ - ۳۲ ساله که تعداد

سینوس پیلونیدال (ps) از اختلال های شایع ناحیه ساکروکوکسیژیال می باشد که نوع مادرزادی (۲) و اکتسابی آن گزارش شده است. (۳)، (۴)، (۵) درمان PS مورد بحث بوده و انواع درمان ها جهت آن پیشنهاد شده است و شتاب (۹)، (۱۰)، (۱۱)، (۱۳)، (۱۴) هیچ کدام از روش های جراحی به خودی خود ایده آل صرف نبوده مزایا و عوارض خاص خود را از لحاظ درصد بهبودی، عوارض کمتر بعد از عمل، عود، زمان بستری و روش بیهوشی همچنین زمان بازگشت به فعالیت طبیعی را دارا می باشد. ضمناً در کنار روش ساده اکسیزیون و باز گذاشتن زخم (۱۶)، اکسیزیون و ترمیم اولیه

۱- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، مرکز آموزشی درمانی خانواده، گروه جراحی (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۸-۷۷۶۰۳۰۷۶ آدرس الکترونیک: Amir_talebrea@yahoo.com
۲- متخصص عفونی، ایران، تهران، بیمارستان ۵۰۳
۳- متخصص عفونی، ایران، تهران، اداره بهداشت و درمان نازجا

نخ ویکریل ۲ صفر ترمیم زخم در چند لایه (۲-۳ لایه) جهت برطرف کردن فضایی مربوطه انجام می‌شد و پوست با استفاده از نخ نایلون بروش ماتریس عمودی ترمیم می‌شد. بعد از آن دو گاز ۴*۴ به صورت لوله در محل زخم گذاشته و با استفاده از نخ نایلون صفر تعبیه شده به صورت overtie پانسمان اولیه شده و روی آن به‌طور روتین پانسمان تکمیل می‌شد.

در گروه B سوتور عمقی جهت پانسمان overtie با نایلون صفر انجام نشد ولی تمامی مراحل مثل گروه B بود و فقط از پانسمان معمولی استفاده شد.

تمام نمونه‌های برداشته شده بررسی بافت شناسی شدند، بیماران در طی هفته اول روزانه معاینه شدند، پانسمان‌ها ۴۸ ساعت بعد از عمل برداشته شدند. بخیه‌ها روز ۱۲ - ۱۰ برداشته شده، به تمام بیماران کوتاه نمودن موهای اطراف محل جراحی را هر دو ماه حداقل به مدت یک سال بعد از عمل توصیه شد.

یافته‌ها

۹۱ بیمار مرد که سن متوسط آنها ۲۷ سال (۱۷ - ۳۲) که به‌طور متوسط به مدت ۲/۷ سال علائم داشتند. ۴۳/۴٪ از بیماران فقط یک یا دو pits داشتند و مابقی بیش از این مقدار را شامل می‌شوند. عوارض بیهوشی با توجه به اینکه بیماران SA و سداسیون داشتند مختصر بود.

متوسط زمان عمل ۲۱/۵ دقیقه بود که در گروه A فقط مختصر بالاتر بود. مقایسه انجام شده طی جدول زیر ارائه می‌گردد:

۹۱ نفر مرد و ۱۲ نفر آنها خانم بودند انجام شد. بیماران انتخاب شده دارای سینوس پیلونیدال بدون عارضه (عفونت و آبسه) و بدون سابقه عود با BMI زیر ۳۵ بودند. در صورتی که علائم التهاب در محل PS وجود داشت درمان با آنتی بیوتیک (۴۰۰ mg cefixim روزانه) به مدت ۱۰ روز داده می‌شد و بعد از آن جراحی طرح ریزی می‌شد.

اطلاعات جمع‌آوری شامل: جنس، سن، مدت بیماری، زمان عمل و عوارض بعد از عمل بود. تمامی بیماران روز عمل بستری و فردای روز عمل مرخص شدند. آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در تمامی بیماران قبل از عمل تجویز (سفتر یا کسون یک گرم) و برای پنج روز بعد از عمل تکرار شد. (سفیکسیم ۴۰۰ mg خوراکی روزانه) اطلاعات لازم قبل از عمل به بیماران ارائه شد.

بیماران به دو گروه A و B تقسیم شدند در گروه A اکسیزیون سینوس با برش اطراف آن در خط وسط natal cleft انجام شد در پاره‌ای از موارد جهت برداشت کامل از تزریق محلول بلودو متیلن رقیق شده به داخل سینوس استفاده شد. بعد از اطمینان از برداشت کامل ضایعه و هموستاز مناسب با استفاده از نایلون صفر جهت پانسمان overtie بعد از اتمام ترمیم به صورت زیر استفاده می‌شد. نخ نایلون مربوطه از پوست با فاصله مناسب از لبه زخم در محلی دورتر از محل بخیه‌ها پوستی در نظر گرفته زخم وارد و در عمق زخم خارج می‌شد (لازم به ذکر است در یک سمت عمق زخم در روی فاشیا مختصر (undermine می‌شد) سپس فاشیا را نیز توسط نایلون مربوطه گرفته و از سمت مقابل به همان نحو خارج می‌شد نخ مربوطه تا انتهای عمل نگه داشته می‌شد سپس با استفاده از

جدول ۱

pvalue	گروه B	گروه A	
۰/۶۱	۴۵/۵	۴۷/۷	M/F جنس
۰/۱۸	۳۰/۸ ± ۸/۵	۲۷/۹ ± ۱۰/۳	(ماه) مدت علائم
	صفر	۶/۵ ± ۱/۴	(روز) مدت درناژ سینوس
< ۰/۰۱	۱۷	صفر	عفونت زخم
۰/۰۳	۱۳	۳	گسستگی زخم مختصر
< ۰/۰۱	۸	۰	گسستگی زخم کامل
< ۰/۰۱	۱۶/۱ ± ۹/۲	۱۰/۳ ± ۱/۸	بهبودی زخم
۰/۰۲	۱۷/۴ ± ۹/۵	۱۱/۷ ± ۱/۶	بازگشت به کار و فعالیت طبیعی
۰/۵۰	۲	۱	عود سینوس

معیوب را برداشته و مشکل را برطرف نماید در این مورد زمانی که بهبودی کامل با مشکل برخورد می‌نماید، در بسیاری از موارد علت فشارکشی زیاد روی ناحیه گلوئال و وجود فضایی مرده باقیمانده به دنبال ترمیم بوده است (۵). که محل زخم مربوطه و فضای مرطوب بسته ناحیه و تجمع مایع خونابه از مواردی که نتیجه نهایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). با وجود این مشکلات، درمان ناشی از بازگذاشت زخم در متد باز (۱۶، ۳۲) با ۲۰٪ عود همراه است (۳۳) و علاوه بر آن مراقبت طولانی یکی از مشکلات این درمان می‌باشد (۳، ۱۸).

متدها جراحی مختلفی از قبیل انسیزیون مایل یا غیر قرینه (۳۷) فلاپ تمام عمق (۳، ۲۱، ۲۹) باعث کاهش عوارض ناشی از زخم و عود شده است. که در مطالعه ما عود ناچیز بوده و رضایت از نتیجه نهایی قابل قبول بود و با توجه به نتایج توصیه می‌نماییم، در بیمارانی که سینوس غیر عود شده و کم ترشح داشته و BMI زیر ۳۵ دارند از این متد استفاده شود.

گسستگی زخم به طور کامل و عفونت در گروه A به طور مشخصی پایین تر بود ($P < 0/01$). در گروه B زمان بهبودی طولانی تر بود ($P < 0/01$). از لحاظ درد بعد از عمل اختلاف مشخص بین دو گروه نبود در گروه A یک مورد و در گروه B دو مورد عود داشتیم.

بحث و نتیجه گیری

PS بیماری شناخته شده‌ای است که عموماً جوانان را درگیر می‌کند (۵، ۶، ۷، ۸، ۹). شیوع آن در رابطه با نژاد و محیط جغرافیایی متغیر بود. (۲۶، ۲۷، ۲۸) و اتیولوژی و پاتوژنز آن برای چند دهه بحث برانگیز بوده است. (۱، ۲، ۳، ۴، ۵) در رابطه با این بیماری درمان‌های مختلف جراحی و غیر جراحی پیشنهاد شده ولی درمان مطلوب آن هنوز بحث برانگیز است (۵، ۲۹). هدف درمان جراحی در موازات تئوری ایجاد P.S بوده و زمانی که تئوری ایجاد مادرزادی و غالب است اکسیزیون وسیع می‌تواند تمامی اپی تلیوم مادرزادی

References

- 1- Haworth J.C, Zachary R.B. Congenital dermal sinuses in children their relation to pilonidal sinus. *Lancet* 1955;ii: 10–14.
- 2- Chamberlain J.W. Vawter G.F. The congenital origin of pilonidal sinus. *J Paediatr Surg* 1974;9: 441–4.
- 3- Karydakos G.E. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative processes. *Aust N Z J Surg* 1992;62: 385–9.
- 4- Kitchen P.R.B. Pilonidal sinus: excision and primary closure with a lateralized wound—the Karydakos operation. *Aust N Z J Surg* 1982;52: 302–5.
- 5- Dalenbäck J, Magnusson O, Wedel N, et al. Prospective follow-up ambulatory plain midline excision of pilonidal sinus and primary suture under local anesthesia-efficient, sufficient, and persistent. *Colorectal Dis* 2004;6: 488–93.
- 6- Sodenaa K. Andersen E. Nesvik I, et al. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995;10: 39–42.
- 7- Page B.H. The entry of hairs into a pilonidal sinus. *Br J Surg* 1969;56: 32.
- 8- Karydakos G.E. Hair insertion (pilonidal sinus). *Hellenic Arm Force Med Rev* 1968;62: 273–85.
- 9- Shafik A. Electrocauterization in the treatment of pilonidal sinus. *Int Surg* 1996;81: 83–4.
- 10- Cavanagh C.R, Schnug G.E, Girvin G.W, et al. Definitive marsupialization of the acute pilonidal abscess, *Am J Surg* 1979;135: 650–1.
- 11- Wood R.A.B, Hughes L.E. Silicone foam sponge for pilonidal sinus: a new technique for dressing open granulating wounds. *BMJ* 1975;4: 131–3.
- 12- Hege H.G.J, Vos G.A, Pakta P, et al. Treatment of complicated or infected pilonidal sinus disease by local application of phenol. *Surgery* 1987;102: 52–4.
- 13- Wood R.A.B, Williams R.H.P, Hughes L.E. Foam elastomer dressing in the management of open granulating wounds Experience with 250 patients. *Br J Surg* 1977;64: 554–7.
- 14- Duchateau J, DeMol J, Bostoën H, et al. Pilonidal sinus Excision—marsupialization—phenolization. *Acta Chir Belg* 1985;85: 325–8.
- 15- Courtney S.P, Merlin M.J. The use of fusidic acid gel in pilonidal abscess treatment: cure recurrence and failure rate. *Ann R Coll Surg Engl* 1986;68: 170–1.
- 16- Bissett I.P, Isbister W.H. The management of patients with pilonidal disease—a comparative study. *Aust N Z J Surg* 1987;57: 939–42.
- 17- McLaren C.A. Partial closure and other techniques in pilonidal surgery: an assessment of 157 cases. *Br J Surg* 1984;71: 561–2.
- 18- Mersh G.A. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990;77: 123–32.

- 19- Williams R.S. A simple technique for successful primary closure after excision of pilonidal sinus disease. *Ann R Coll Surg Engl* 1990;7: 313–5.
- 20- Serour F, Somekh E, Krutman B, et al. Excision with primary closure and suction drainage for pilonidal sinus in adolescent patients. *Pediatr Surg Int* 2002;18: 159–61.
- 21- Katsoulis I.E, Hibberts F, Carapeti E.A. Outcome of treatment of primary and recurrent pilonidal sinuses with the Limberg flap. *Surgery* 2006;7–10.
- 22- Foss M.V. Pilonidal sinus excision and closure. *Proc R Soc* 1970;Med 63: 752–8.
- 23- Notaras M.G. Review of three popular methods of treatment of pilonidal sinus disease. *Br J Surg* 1970;57: 886–90.
- 24- Sondenaa K, Andersen E, Soreide J.A. Morbidity and short term result in a randomized trial of open compared with closed treatment of chronic pilonidal sinus. *Eur J Surg* 1992;158: 351–5.
- 25- lesalnieks I, Fürst A. ch primärem medianem wundverschluss bei patienten mit pilonidalsinus. *Chirurg* 2003;74: 461–8.
- 26- Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 200;43: 1146–56.
- 27- Kooistra H.P. Review of the literature and report of three hundred and fifty cases. *Am J Surg* 1942;55: 3–17.
- 28- Allen-Mersh T.G. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990;77: 123–32.
- 29- Spivak H, Brooks V.L, Nussbaum M, et al. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996;39: 1136–9.
- 30- Ertan T, Koc M, Gocmen E, et al. Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery?. *Am J Surg* 2005;190: 388–92.
- 31- Sondenaa K, Nesvik I, Gullaksen F.P, et al. The role of cefoxitin prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. *J Am Coll Surg* 1995;180: 157–60.
- 32- Isbister W.H, Prasad J. Pilonidal disease, *Aust N Z J Surg* 1995;65: 561–3.
- 33- Notaras J.J. Surgery plus freezing as a technique for treating pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1997;22: 306–7.
- 34- D.J. Abramson, An open semi primary closure operation for pilonidal sinuses, using local anesthesia. *Dis Colon Rectum* 1970;13: 215–219.
- 35- Bascom J. Pilonidal disease Long-term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum* 1983;26: 800–7.
- 36- Lord P.H. Unusual case of pilonidalis sinus. *Proc R Soc Med* 1970;63: 13–14.
- 37- Akinci O.F, Coskun A, Uzunköy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus Asymmetric excision and primary closure using suction drain and subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum* 2000;43: 701–6.
- 38- Kronborg O, Christensen K.I, Zimmerman-Nielsen O. Chronic pilonidal disease: a randomized trial with complete 3-years follow up. *Br J Surg* 1986;72: 303–4.
- 39- J. Bascom, Pilonidal disease: origin from follicle of hairs and result of follicles removal as treatment. *Surgery* 1980;87: 567–72.

Treatment of pilonidal disease with midline excision and primary repair

*Talebzeza A: MD¹, Rajabi G: MD², Aghazadeh K: MD³

Received: 27 Dec 2008

Accepted: 6 Jan 2009

Abstract

Background: pilonidal sinus is a common disorder of the sacrococcygeal region. optimal treatment remain controversial and recent reports have advocated different surgical approaches.

Materials and methods: a prospective study was performed on 103 patients with non recurrent and without complication sinus. excision with primary closure was performed on all patients. Patients were subdivided into 2 groups. in group A the excision and repaired associated with overtie bandage. in group B the wound was not overtie bandage.

Result: Excision with primary closure and overtie bandage was perform in 53 patients. Overtie bandage omitted in so patients. minor wound complication occurred in 3 patients in A and in 36 patients in B. No complete dehiscence of the wound was observed in patient in group A and in 8 patient in group B. Complete healing was fastest in group A. recurrence occurred in 1 patient in group A and in 2 patient in group B.

Conclusion: short and long term result suggest that midline excision with primary closure and overtie bandage in patients with BMI < 35 is a simple and effective procedure in the surgical treatment of uncomplicated ps.

Keywords: pilonidal sinus, primary closure.

1- (*Corresponding author) Assistant Professor, Tehran, Iran, Army University of Mrdical Sciences, Department of Surgery, Khanevade Hospital. Tel: 77603076-8 Email: Amir _ Talebreza@Yahoo.Com
2- Specialist of Infectious and Tropical Disease, Tehran, Iran, 503 Hospital
3- Specialist of Infectious and Tropical Disease, Tehran, Iran, Edereye Behdasht va Darmane Nezaja