

نتایج درمان سینوس پیلونیدال بروش رزکسیون محدود

دکتر محمد حسین سرمست شوشتری^۱، دکتر شهنام عسکر پور^۲،
دکتر علی بی آزار^۳، دکتر محمدرضا پی‌پل زاده^{***}

خلاصه

سینوس پیلونیدال بیماری شایعی است که خطر ایجاد عفونت در آن وجود دارد و اغلب در بالغین جوان دیده می‌شود و در مردان پرمو و چاق شایعتر است. اغلب این بیماران برای درمان نیازمند مداخله جراحی هستند. روشهای جراحی متعددی پیشنهاد شده است ولی اغلب این روشها بعلت وسعت برداشتن بافت با ناتوانی و اختلال در زندگی روزمره بیمار و اتلاف وقت همراه می‌باشد. در این مطالعه روش جراحی محافظه کارانه پیشنهاد شده است و روی ۳۵ بیمار در ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۵ در بیمارستان امام خمینی اهواز بصورت آینده‌نگر انجام گرفت و ۲۴ بیمار نیز با روشهای معمول تحت جراحی قرار گرفتند که هیچ‌کدام بیمار از گروه جراحی محافظه کارانه و چهارده بیمار از گروه کنترل به مدت 4 ± 20 ماه پیگیری شدند. دو گروه، از نظر سن مراجعه، شیوع جنسی، شرایط زندگی و تیپ بدنی (پرمویی و چاقی)، تقریباً مشابه بودند. بعد از بررسی مشخص شد که مدت بستری در گروه کنترل بطور میانگین دو روز بود که در گروه جراحی محافظه کارانه به ۱/۲۷ روز کاهش پیدا کرد. زمان بازگشت به کار در گروه کنترل ۱۲/۵ روز بود و در گروه جراحی محافظه کارانه به ۸/۳۳ روز کاهش پیدا کرد. میانگین مدت مصرف مسکن و ریدی بعد از عمل در گروه کنترل دو روز بود که در گروه جراحی محافظه کارانه به یک روز کاهش یافت که از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری دارد و میزان عفونت زخم ۱۱٪ در برابر گروه کنترل ۱۴٪ و میزان عود ۵٪ در برابر گروه کنترل ۰٪ و میزان رضایت بیمار ۸۸٪ در برابر گروه کنترل ۸۵٪ نسبتاً مشابه بوده است. از یافته‌ها چنین استنتاج می‌شود که روش جراحی محافظه کارانه سینوس پیلونیدال روش مناسبی است که با کاهش مدت بستری و درد بیمار بعد از عمل و افزایش سرعت بازگشت به کار بیمار بدون تغییر چندانی در میزان عفونت و عود و نتایج زیبایی همراه بوده است و می‌تواند یکی از روش‌های پیشنهادی موثر و مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: سینوس پیلونیدال، روش جراحی، رزکسیون محدود

مقدمه

شکاف ناتال^۱ و ناحیه ساکرال در بیمارانی که تقریباً همیشه بالغین جوان می‌باشند، رخ می‌دهد. اگر چه این بیماری تهدید کننده

سینوس پیلونیدال بیماری شایعی است که خطر عفونت در آن وجود دارد و اغلب در

* عضو هیئت علمی گروه جراحی عمومی - دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

** متخصص جراحی عمومی

*** عضو هیئت علمی گروه بیهوشی - دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

۱- نویسنده مسئول

حیات نیست ولی باعث ناتوانی، اختلال در زندگی روزمره و از دست رفتن وقت بسیار در بیماران می‌گردد (۲۰۱). شیوع این بیماری ۲۶ مورد در ۱۰۰۰۰۰ و در مردان شایعتر است. سن متوسط شروع شکایات ۲۱ سالگی و سن متوسط بستری در بیمارستان ۲۵ سالگی است (۲۰۱). سینوس پیلونیدال اغلب تا زمانیکه عفونی نشده باشد بدون علامت است. در صورت عفونت در سینوس پیلونیدال بیمار با علائم آبسه حاد مراجعه می‌کند و بعد از مزمن شدن بصورت یک یا چند سینوس که بصورت متناوب مایعات چرکی از آن خارج می‌شود دیده می‌شود. برای درمان این بیماری روشهای جراحی متعدد معرفی شده است که هیچیک بدون عود نبوده‌اند (۲۰۱). ارائه روشهای مختلف نشانه آن است که هیچ روشی موفقیت کامل نداشته است و متخصصان مختلف با بدست آوردن آمارهای مختلف روشهای گوناگونی را معرفی کرده‌اند. عده‌ای روی کاهش عود تکیه کرده‌اند و عده‌ای روی ساده بودن تکنیک جراحی و گروهی روی کوتاه کردن دوره بستری در بیمارستان یا بازگشت به کار و گروهی میزان عوارض را برای ارائه تکنیک بهتر در نظر گرفته‌اند لذا در منابع مختلف تکنیک‌های متفاوت به عنوان روش ارجح مطرح شده است. در موارد آبسه پیلونیدال، انسزیون ساده و درناژ تحت بیحسی لوکال روش مناسبی است که در بررسی ۱۸ ماهه ۷۶٪ بهبودی داشته است (۳)، ولی در بیمارانی که بدنبال درناژ عود داشته‌اند وسعت بیماری زیاد

و همراه نسج گرانولاسیون وسیع است که به درمان قطعی جراحی هستند (۵ و ۴ و ۱). یک روش ساده برای درمان آبسه پیلونیدال، برش و درناژ چرک و بدنبال آن برداشتن بافت عفونی و سینوسهای اطراف با استفاده از دیاترمی لوپ می‌باشد که روش مناسب یک مرحله‌ای برای درمان آبسه پیلونیدال است (۶). عده‌ای پس از اکسیژون وسیع، زخم را باز می‌گذارند تا نسج گرانولاسیون آنرا پرکند که بطور متوسط ۴ روز بستری بودند و نیاز به ۴۰ مورد ویزیت سرپایی بعد از ترخیص از بیمارستان داشتند و متوسط زمان بازگشت بکار ۳۸ روز و میزان عود حدود ۶٪ بوده است (۷). ولی در مواردی که بصورت اولیه زخم ترمیم شده است مدت بستری ۴ روز و نیاز به ۶ مورد ویزیت سرپایی بعد از ترخیص از بیمارستان و متوسط برگشت بکار ۲۱ روز و میزان عود ۶٪ بوده است (۷). در مورد روش درمان سینوس پیلونیدال مزمن اختلاف نظر وجود دارد. عده‌ای روش برداشتن کامل سینوس را پیشنهاد می‌کنند. در این روش که توسط بسیاری از جراحان از سالها قبل تاکنون انجام می‌شود تمام نسوج حاوی تراکت و سینوس تا فاشیای روی ساکروم برداشته می‌شوند. مشکل اصلی در این روش حفره باقیمانده است.

یکی از روش‌ها پس از برداشتن تمام بافت عفونی و سینوس تراکت‌ها از طریق برش البتیکال، مارسوپیالیزاسیون^۱ است (۸). یک روش جراحی برای سینوس پیلونیدال برداشتن

داشته است و یک مورد باز شدن زخم در حین کشیدن درن ساکشن اتفاق افتاد (۱۴). روش دیگر برش ساده روی سینوس پیلونیدال است. این روش که با بی‌حسی لوکال در کلینیک هم قابل اجرا است با بازگشت سریع به کار و کاهش سریعتر درد همراه است (۱۵). عده‌ای این روش را با کمک جراحی به روش radio frequency incision انجام داده‌اند که در این روش در پیگیری ۱۸ ماهه آنان متوسط زمان برگشت بکار ۷ روز و متوسط ترمیم کامل زخم ۶۷ روز بوده است و فقط در یک مورد عود داشته‌اند و ۹۴٪ بدون عود بودند (۱۳) این عمل براساس تئوری اکتسابی بودن بیماری صورت می‌گیرد و مانند فیستول‌های ناحیه آنال درمان می‌گردد. بدین صورت که پروب ابتدا بداخل سینوس یا فیستول هدایت شده و سپس پوست روی آن برش داده می‌شود و تراکت باز می‌گردد، هر گونه مو خارج شده و نسوج گرانولاسیون با کورت برداشته می‌شوند سپس این عمل در سایر تراکت‌ها تکرار می‌گردد. حفرات باقیمانده نسبتاً سطحی بوده و وسعت کمی دارند، لذا سریعاً ترمیم می‌شوند و می‌توان آنها را یا باز گذاشت و یا از روش مارسوپالیزاسیون استفاده کرد. این عمل که در متن با اصطلاحاتی مثل رزکسیون محدود و یا رزکسیون محافظه‌کارانه بیان شده، در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته و مسائل مهم عمل با روش مرسوم یعنی رزکسیون وسیع مقایسه شده است.

کامل ضایعه و بستن اولیه است و نیازی به درمان آنتی‌بیوتیک ندارد. متوسط مدت بستری چهار تا ده روز می‌باشد (۹). در یک مطالعه میزان عود در موارد اکسیزیون ساده و بستن پوست ۱۱٪، در موارد اکسیزیون بدون بستن زخم میزان عود ۱۳٪، و میزان عود در موارد مارسوپالیزاسیون ۴٪ ذکر شده است (۱۰).

باز گذاشتن زخم پس از رزکسیون کامل یکی دیگر از روش‌هاست که بصورت ثانوی بسته می‌شود. برای ترمیم اولیه علاوه بر بخیه زدن، از روشهای جراحی ترمیمی مثل فلپ‌های میوکوتانوس، گرافت پوستی و Z plasty در پوشاندن حفره باقیمانده استفاده شده است. یک روش درناژ در زمان عفونت و سپس بعد از کنترل التهاب (روز ۱۴-۸) اکسیزیون رادیکال و بستن نقص با فلپ پوستی است که میزان عود (۲/۶٪) در پیگیری ۲۳ ماهه ذکر شده است (۱۱).

روش دیگر درمان سرپایی سینوس پیلونیدال است که با بازگشت سریع به کار و کاهش اختلال در زندگی روزمره همراه می‌باشد و میزان عود نیز بیشتر از موارد معمول نیست (۱۲). جراحی با برش سمت کنارخط وسط و بستن اولیه به همراه ساکشن درناژ و بستن پوست بصورت ساب کوتیکولار یک روش عالی در درمان سینوس پیلونیدال بدون عارضه است (۱۳) که در دوره ۱۲ ماهه پیگیری عود نداشته و در دوره ۳ ساله پیگیری ۲/۹٪ عود

روش و مواد

۵۹ بیمار را با روش نمونه‌گیری تصادفی و به روش آینده‌نگر در طی سالهای ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ تحت عمل جراحی قرار گرفتند و به مدت ۴ ± ۲۰ ماه پیگیری شدند. البته این تحقیق همچنان ادامه دارد که پس از تکمیل یافته‌ها در آینده ارائه خواهد شد. در این بررسی بیماران با هر سن و جنس به درمانگاه جراحی مراجعه می‌کردند و در نهایت ۳۵ بیمار با روش جراحی محافظه‌کارانه و ۲۴ بیمار با روش مرسوم یعنی رزکسیون وسیع تحت عمل قرار گرفتند. همه بیماران از سایر جهات سالم بودند. پس از بررسی دراز مدت از گروه اول ۱۸ بیمار و از گروه دوم ۱۴ بیمار پیگیری شدند و سایر بیماران بعلل مختلف علیرغم تماس تلفنی با آنها جهت پیگیری به درمانگاه مراجعه نکردند. همه بیماران کمتر از ۲۴ ساعت قبل از عمل در بیمارستان اقامت داشتند. قبل از عمل موی محل عمل تراشیده و آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی یک دوز قبل از عمل و دو دوز بعد از آن داده می‌شد. در اتاق عمل بیماران با بیهوشی جنرال و یا نخاعی آماده عمل شده و در وضعیت prone تحت عمل قرار می‌گرفتند. میدان عمل تنها بوسیله ۳ گاز بتادین پرب داده می‌شد و با شان استریل پوشانده می‌شد. در روش محافظه‌کارانه ابتدا با پرب یا با استفاده از متیلن‌بلو، کانالهای موجود مشخص می‌گشت و روی آنها برش داده می‌شد و محتویات آنها خارج می‌گشت و سپس با کورت کف کانال‌ها کورتاژ می‌شد و پس از شستشو، زخم بیمار باز گذاشته و

پانسمان می‌گردید. در روش کنترل پس از مشخص‌سازی وسعت بیماری با برش بیضوی کل ناحیه مبتلا تا روی فاشیای پره‌ساکرال برداشته و هموستاز انجام می‌شد و پس از شستشو اگر نقص موجود کوچک بود، بستن با نخ نایلون صفر بدون فشار انجام می‌شد. در غیر این صورت زخم باز گذاشته و پانسمان می‌گردید تا بصورت ثانوی بسته شود. کلیه اعمال جراحی مذکور در اتاق عمل بیمارستان امام خمینی اهواز انجام گردید.

نتایج

در مجموع ۱۸ بیمار با تکنیک جراحی محافظه‌کارانه تحت عمل جراحی قرار گرفته، در این مطالعه وارد گردیدند و تعداد چهارده بیمار نیز بعنوان گروه کنترل انتخاب شدند که با اکسیژیون کامل ضایعه تحت درمان قرار گرفتند.

بررسی سن بیماران در جدول ۱ آمده است. از نظر بررسی شیوع جنسی بیماران در گروه مورد مطالعه از ۱۸ بیمار تعداد یازده مرد (۶۱/۱۱٪) و هفت زن (۳۸/۸۹٪) با نسبت ۱/۵۷ به یک، و در گروه کنترل از چهارده بیمار مورد بررسی نه مرد (۶۴/۲۹٪) و پنج زن (۳۵/۷۱٪) با نسبت ۱/۸ به یک بودند.

با بررسی علت مراجعه بیماران در گروه جراحی محافظه‌کارانه هفده بیمار (۹۴٪) بعلت ترشح از محل سینوس مراجعه کرده بودند. در گروه کنترل چهارده بیمار (۱۰۰٪) دارای ترشح از محل سینوس بودند و از نظر وجود درد و تورم در گروه مورد مطالعه ده بیمار

با در نظر گرفتن میزان مصرف مسکن وریدی بعد از عمل بعلت درد در بیماران مشخص شد که در گروه مورد مطالعه شش بیمار (۲۳/۳۳٪) اصلاً مسکن استفاده نکردند و نه بیمار (۰/۵۰٪) فقط به مدت یک روز مسکن استفاده کردند و دو بیمار (۱۱/۱۱٪) به مدت دو روز از مسکن وریدی استفاده کردند ولی در گروه کنترل تمام بیماران از مسکن استفاده کردند؛ بدین شکل که چهار بیمار (۲۸/۵۶٪) به مدت یک روز از مسکن وریدی استفاده کردند و پنج بیمار (۳۵/۷٪) به مدت دو روز و دو بیمار (۱۴/۲۸٪) به مدت چهار روز از مسکن وریدی برای تسکین درد استفاده کردند و با بررسی آماری مشخص می‌شود که میانگین مصرف مسکن در گروه مورد مطالعه حدود یک روز و در گروه کنترل حدود دو روز می‌باشد.

از نظر میزان عفونت زخم در بیماران مورد مطالعه دو بیمار (۱۱/۱۱٪) عفونت زخم دیده شد و در گروه کنترل نیز دو بیمار (۱۴/۲۸٪) دچار عفونت زخم شدند. از نظر میزان عود بیماری در گروه جراحی محافظه‌کارانه یک بیمار (۵/۵۵٪) دچار عود شد ولی در گروه کنترل هیچ‌کدام از بیماران دچار عود نشدند. با بررسی نظرات بیماران از نظر رضایت بیماران با توجه به اسکار محل جراحی در گروه مورد مطالعه ۱۶ بیمار (۸۸/۸۸٪) رضایت کامل داشتند ولی در گروه کنترل ۱۲ بیمار (۸۵/۶۸٪) رضایت کامل داشتند.

(۵۵/۵۵٪) و در گروه کنترل هشت بیمار (۵۷/۱۴٪) دارای این علامت بودند. پس از بررسی شرایط زندگی بیماران در گروه جراحی محافظه‌کارانه سیزده بیمار (۷۲/۲۲٪) دارای شغل نیازمند نشستن طولانی مدت و در گروه کنترل بیمار (۷۱/۴۴٪) دارای چنین شغلی بودند.

بیماران از نظر تیپ مو و وزن بدن بررسی شدند که در گروه مورد مطالعه یازده بیمار (۶۱/۱۱٪) تیپ پر مو و دوازده بیمار (۶۶/۶۶٪) چاق بودند و در گروه کنترل هشت بیمار (۵۷/۱۴٪) پر مو و ده بیمار (۷۱/۴۲٪) چاق بودند.

با بررسی مدت بستری بیماران در جدول ۲ مشخص شد که میانگین مدت بستری در گروه مورد مطالعه ۱/۲۷ روز و در گروه کنترل دو روز بوده است.

بیماران از نظر زمان بازگشت به کار مورد مطالعه قرار گرفتند که در گروه جراحی محافظه‌کارانه هشت بیمار (۴۴/۴۴٪) پنج روز و هشت بیمار (۴۴/۴۴٪) ده روز و دو بیمار (۱۱/۱۱٪) ۱۵ روز بعد به کار خود بازگشتند ولی در گروه کنترل دو بیمار (۱۴/۲۸٪) پنج روز و شش بیمار (۴۲/۸۴٪) ده روز و سه بیمار (۲۱/۴۲٪) ۱۵ روز و سه بیمار (۲۱/۴۲٪) ۲۰ روز بعد به کار خود بازگشتند. میانگین مدت زمان بازگشت به کار در گروه مورد مطالعه ۸/۳۳ روز و در گروه کنترل ۱۲/۵ روز بوده است.

جدول ۱: بررسی شیوع سنی بیماران مورد مطالعه

گروه کنترل	جراحی محافظه کارانه		
	تعداد	درصد	
۴	۲/۵۶	۵	سن کمتر از ۲۲ سال
۶	۴/۸۴	۹	سن ۲۲ و ۲۳ سال
۴	۲/۵۶	۴	سن بالای ۲۳ سال

جدول ۲: بررسی مدت بستری بیماران در بیمارستان

گروه کنترل	جراحی محافظه کارانه		تعداد بیماران
	تعداد	درصد	
۷	۵۰	۱۴	مدت بستری در بیمارستان (روز) فقط یک روز بستری
۳	۲/۴۲	۳	۲ روز بستری
۲	۱/۱۸	۱	۳ روز بستری
۲	۱۴/۲۸	۰	۴ روز بستری

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بررسی انجام شده و نتایج آن در گروه جراحی محافظه کارانه بیشترین سن در زمان مراجعه بیماران ۲۲ و ۲۳ سال بوده است و در گروه کنترل نیز بیشترین سن در زمان مراجعه بیماران ۲۲ و ۲۳ سال بوده است که مشخص کننده جوان بودن اکثریت بیماران مبتلا به این بیماری می باشد. در هر دو گروه کنترل و گروه جراحی محافظه کارانه از نظر شیوع جنسی، بیماری در جنس مردان شایعتر بوده است که بنظر می رسد با توجه به اتیولوژی این بیماری با پرمویی مردان و مدت طولانی نشستن بیماران ارتباط دارد که با سایر آمارهای موجود مطابقت دارد. بیش از نیمی از

بیماران (۷۲/۲۲٪) در گروه جراحی محافظه کارانه و (۷۱/۴۴٪) در گروه کنترل زندگی و شغلی همراه نشستن طولانی داشته اند که با توجه به تیپ موی بدن بیماران که در گروه مورد مطالعه (۶۱/۷٪) و در گروه کنترل (۵۷/۱۴٪) پر مو بوده اند، ارتباط اتیولوژیک این بیماری با چاقی و پرمویی مشخص تر می شود. در بررسی اقوام آسیایی در تایلند و در هند شیوع بالایی داشته است و نتایج روش های مختلف بستن اولیه با باز گذاشتن زخم و استفاده از فلپ و مارسوپنالیزاسیون میزان عود نسبتاً مشابه داشته اند (۱۶).

اغلب بیماران با شکایت ترشح از ناحیه ساکرال و کثیف شدن لباس زیر، بدون شکایت دیگر مثل درد، مراجعه کرده‌اند که قابل توجه بوده است.

از نظر مدت بستری بیماران در گروه جراحی محافظه‌کارانه بطور میانگین ۱/۲۷ روز و در گروه کنترل دو روز بوده است که بیشتر به توانایی بیمار برای ادامه درمان در منزل و میزان تحرک بیمار در زمان ترخیص و برطرف شدن مشکلات اولیه بیمار بعد از عمل جراحی و شرایط عمومی بیمار ارتباط داشت که نشان می‌دهد که بطور مشخص در گروه جراحی محافظه‌کارانه مدت بستری کوتاهتر می‌شود که با در نظر گرفتن هزینه‌های بیمارستانی کوتاه شدن طول مدت بستری اقدام مؤثری در جهت کاهش هزینه‌های جراحی است. همچنین میانگین طول مدت تا بازگشت بیماران به کار عادی در گروه مورد مطالعه ۸/۳۳ روز و در گروه کنترل ۱۲/۵ روز بوده است که با توجه به اینکه این بیماران در اکثریت موارد جوان و فعال می‌باشند سرعت بازگشت به کار بیمار تأثیر فراوان روی خانواده و بیمار و جامعه خواهد داشت. در مطالعه دیگر با روش انسزیون و درناژ مدت زمان ترمیم زخم ۱۹ روز و مدت زمان برگشت بکار ۲۶ روز ($P < 0/001$) بوده است ولی در صورت اکسیزیون پوستی و کورتاژ مدت زمان ترمیم زخم ۲۷ روز و مدت زمان برگشت به کار ۳۵ روز بوده است ($P < 0/001$) (۱۸).

میزان مصرف داروهای مسکن وریدی در گروه جراحی محافظه‌کارانه با میانگین یک روز و در گروه کنترل با میانگین دو روز بوده است که نشان دهنده درد کمتر بعد از عمل در بیماران گروه جراحی محافظه‌کارانه است و با توجه به اینکه اغلب مسکن‌های تزریقی موجود مخدر می‌باشند، مصرف هر چه کمتر این مواد مخدر در گروه سنی بیماران که اغلب جوان هستند و استفاده از روشهای جراحی که با درد کمتری همراه باشند به نفع فرد و جامعه می‌باشد.

از نظر عوارض مثل عفونت زخم و موارد عود بیماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای در گروه جراحی محافظه‌کارانه در گروه جراحی محافظه‌کارانه با گروه کنترل مشاهده نگردید که به ترتیب ۰ و ۵٪ بوده است لذا بنظر می‌رسد از این نظر ارجحیت خاص برای انتخاب روشهای تهاجمی تر نمی‌باشد. همچنین بیماران اغلب از نظر زیبایی و اسکار محل عمل شکایتی نداشته و بیشتر شکایات مربوط به پانسمن‌های مکرر بعد از عمل بخصوص در گروه کنترل، که زخم باز داشته‌اند، بوده است. ولی در روش جراحی محافظه‌کارانه بعلت بهبود سریعتر زخم و کوچک بودن اسکار محل عمل جراحی اغلب موارد رضایت کامل بیمار جلب شده است. در یک مطالعه میزان عود با روش اکسیزیون و ترمیم اولیه حدود ۴۲٪ ذکر شده است و میزان عود در روش اکسیزیون و باز گذاشتن زخم ۲۱٪ ذکر شده است که پیشنهاد شده است

3. Jensen SL, Harling H. Prognosis after simple incision and drainage for a first episode acute pilonidal abscess. Br J surg 1988 jan 75:1 60-1
4. Goligher J, Pilonidal sinus. John Goligher, Herbert Duthie, Harold Nixon. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Fifth edition London, beilliere Tindall, 1984, 221- 237
5. Ira J, Kodner Robert D, James W, Heshman E.H.B and Thomas E: Colon, Rectum and Anus. Schwartz, Principles of Surgery. Seventh edition, USA, McGraw Hill 1999, 1308, 1309.
6. Shpitz B, Kaufman Z, Kantarovsky R.A, Dinbar A; Definitive management of acute pilonidal abscess by loop diatermy excision. Dis Colon Rectum 1990 , 33:5 441-2
7. Perrachoud. C, Vuille umicr. H, Gfvel. Jc, Pilonidal sinus: How to choose between excision and open granulation versus excision and primary closure? Study of a series of 141 patients operated on from 1991 to 1995 Swiss Surg 2002. 8(6).255-8
8. Surrell JA: Pilonidal disease. Surg Clin North Am 1994 Dec 74:6 1309-15
9. Kam BH: A simple surgical method of treating pilonidal sinus. Arch Neerl 1976, 28:1 43-53
10. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedmen I, Treatment of chronic pilonidal disease. Dis Colon Rectum 1996 Oct, 39(10): 1136-9
11. Hegele A, Strombach. Fg, Schonbach F, Reconstructive surgical therapy of infected pilonidal sinus, Chirurg 2003 , 74(8)749-52
12. Senapati A, Cripps NP, Thompson MR, Bascom S: Operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. Br J Surg 2000 Aug 87:8 1067-70
13. Akinci OF, Coskun A, Uzunkoy A: Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus : Asymmetric excision and primery closure using suction drain and subcuticular skin closure, Dis Colon Rectum 2000, 43:5 701-6, discussion 706-7.
14. Serour F, Somekh E, Krutman B, Gorenstein A: Excision with primary closure and suction drainage for pilonidal

باتوجه به میزان بالای عود باید بدنبال روشهای مناسب دیگر رفت (۱۷).

در مجموع بیماران هم مدت میانگین بستری کمتری در بیمارستان داشتند و با سرعت بیشتری به سر کار خود بازگشتند و هم میزان مصرف مسکن وریدی در دوره بعد از عمل کمتر از گروه کنترل بود که مؤید درد کمتر بعد از عمل در این گروه می باشد و از نظر موارد عفونت زخم و موارد عود بیماری و همچنین رضایت بیماران از نظر وجود اسکار و زیبایی محل عمل نیز تفاوت آماری مشاهده نگردید. در این مطالعه هرچند تعداد بیماران محدود بوده است و مدت پیگیری کمتر از ۲ سال بوده است ولی بهر حال باتوجه به اینکه مطالعات مشابه در کشور ما بصورت محدود انجام شده است ارائه نتایج این مطالعه هرچند در حد نسبی می توان به آن استناد کرد، بعنوان یک مطالعه اولیه مفید بنظر می رسد. با توجه به یافته های فوق بنظر می رسد روش جراحی محافظه کارانه در سینوس پیلونیدال با کاهش موربیدیتی بیماران همراه بوده و می تواند جزء روش های پیشنهادی مناسب برای درمان این بیماری باشد و با انجام مطالعه در سطحی وسیع تر شاید بتوان آن را بعنوان روشی انتخابی معرفی نمود.

منابع

1. Mark W, Sebastin: Pilonidal cyst and sinuses. David C. Sabiston, H Kim Lyerly. Text Book of Surgery. Fifteenth edition, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, 1330 - 1333 .
2. Marvin L.C Colon and Rectal Surgery. Second edition Philadelphia, J.B. Lippincott 1989, 297- 304

17. Lesalnreks L, Furst A, Rentsch M, Jauch Kw: Primary midline closure after excision of a pilonidal sinus is associated with a high recurrence rate. *Chirurg* 2003 74(5): 461-8.
18. Eryilmaz R, Sahin M, Alimoglu O, Kaya B: The comparison of incision and drainage with excision and curretage in the treatment of acute pilonidal abcess. *Ulus trauma Dery* 2003 Apr 9(2)120-3.
- sinus in adolescent patients. *Pediat Surg Int* 2002 Mar 18:2-3 159-61
15. Ortiz NH, Marti J, Sitges A: Pilonidal sinus: A claim for simple track incision, *Dis Colon, Rectum*, 1977 , 20:325-8
16. Lee Hc, Ho Yh, Seow CF, Eu Kw, Nyam D: Pilonidal discase in siny apore: Clinical features and management *Aust N.2. g Surg* 2000 , 70(3)196-8