

مقایسه روش‌های برش حداقل و بستن اولیه لایه‌های عمقی در جراحی سینوس پیلونیدال

سیدمرتضی موسوی نائینی^۱ MD، فرید موسوی^{*} MD، سیدمحسن تولیت کاشانی^۱ MD

چکیده

اهداف. بیماری پیلونیدال، وضعیت التهابی مزمن شایعی است که معمولاً در ناحیه ساکروکوکسیژال ایجاد می‌شود. هدف این مطالعه، مقایسه نتایج جراحی سینوس پیلونیدال به روش برش حداقل و بازگذاشتن زخم و روش برش و بستن اولیه لایه‌های عمقی بود.

مواد و روش‌ها. ۱۶۰ بیمار مرد با میانگین سنی ۲۲/۶۴ سال به دو گروه تقسیم شدند؛ ۸۰ نفر تحت درمان به روش برش حداقل و بازگذاشتن زخم (باز)؛ و ۸۰ نفر هم تحت روش برش و بستن اولیه لایه‌های عمقی (بسته) قرار گرفتند.

یافته‌ها. مدت زمان عمل جراحی در گروه باز ۴/۵۳ دقیقه و در گروه بسته ۱۶/۰۱ دقیقه بود ($p=۰/۰۰۰۱$). متوسط زمان بستری در بیمارستان در هر دو گروه ۱/۱۶ روز بود. متوسط زمان برگشت به کار ۱۴/۵۱ روز در گروه باز و ۱۸/۳۸ روز در گروه بسته بود ($p=۰/۰۵$). مدت زمان بهبود زخم در روش باز ۲۶/۹۴ و در روش بسته ۱۳/۶۳ روز بود ($p=۰/۰۰۰۱$). متوسط شدت درد در گروه باز ۴/۲۱ و در گروه بسته ۴/۵۱ روز بود ($p=۰/۳$). میزان عود در هر دو گروه ۷/۵٪ بود ($p=۰/۴۱$).

نتیجه‌گیری. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر درد، عود، بستری در بیمارستان و بازگشت به کار وجود ندارد، اما در مدت زمان عمل جراحی، خونریزی و ترشح بعد از عمل و مدت زمان بهبود زخم، تفاوت معنی‌دار بود. روش بسته نسبت به روش باز از نظر ترشح و خونریزی ارجح است.

کلیدواژه‌ها: بیماری پیلونیدال، روش برش حداقل، روش بستن اولیه لایه‌های عمقی

مقدمه

مشخصه بیماری پیلونیدال سینوس یا آبسه محتوی مو است که اکثراً در ناحیه ساکروکوکسیژنال و شکاف بین سرینی روی می‌دهد [۱]. بروز این بیماری در سایر قسمت‌های بدن از جمله چین بین انگشتان آرایشگران و کشاورزان نیز ممکن است مشاهده شود [۲]. اگرچه اتیولوژی و پاتولوژی دقیق بیماری پیلونیدال مشخص نیست، ولی به نظر می‌رسد حضور مو در فرآیند عفونت و بافت گرانوله نقش بسزایی داشته باشد [۳]. فعالیت سنگین عرق‌زا و سایدگی ناحیه باسن (بیماری رانندگان جیب در جنگ جهانی دوم) با بروز بالاتری از بیماری همراه است [۱]. این بیماری به‌ندرت در جمعیت‌های با موی اندک رخ داده [۳] و عمدتاً افراد جوان را مبتلا می‌کند. همچنین در مردان ۴ برابر شایع‌تر است [۱] و باعث ناتوانی نسبی آنها می‌گردد [۴]. در برخی مطالعات میزان شیوع آن در مردان ۱/۱٪ بیان شده است و در میان نژاد قفقازی، پر مو، چاق و با وضعیت بهداشتی پایین بیشتر دیده می‌شود [۵]. اوج سنی ابتلا به این بیماری بین ۱۶ تا ۲۰ سال است [۶] و پس از ۴۰ سالگی کمتر مشاهده می‌شود [۵]. بیماران با فرم حاد بیماری با آبسه و تورم دردناک و در فرم مزمن با سینوس عفونی همراه با ترشح مراجعه می‌کنند [۲، ۱۲]. راه‌های متفاوتی برای درمان نوع مزمن وجود دارد که هر کدام مزایا و معایبی دارند [۱]. به دلیل ابتلا گروه سنی فعال جامعه در این بیماری، روش‌های درمان انتخابی بایستی آسان، موثر، کم هزینه و حداقل درد و عود را داشته باشند [۵]. بدون درمان جراحی، بسیاری از افراد مبتلا عود خواهند داشت [۱].

روش‌های درمانی جراحی مختلفی برای سینوس پیلونیدال ذکر شده است که درناژ به‌تنهایی در موارد آبسه، روش باز، روش نیمه بسته، اکسیزیون لوکال و بستن آن، اکسیزیون وسیع و ماریویلیزاسیون و اکسیزیون وسیع به همراه بستن زخم با فلاپ از جمله آنها هستند [۱، ۷، ۱۷]. یکی از روش‌های مورد استفاده روش اکسیزیون سینوس و بهبود خودبه‌خودی (روش باز) است که در آن ترمیم زخم به‌کندی و خودبه‌خودی صورت می‌گیرد و سبب دوری از کار بلندمدت و نیز تحمیل هزینه بیشتر به سبب افزایش پانسمان‌ها و ویزیت‌های مکرر می‌شود. همچنین ترشح از زخم باعث آلودگی لباس‌ها و مشکلات بهداشتی برای بیمار می‌گردد [۸].

در روش دیگر، بستن اولیه زخم برای رفع این مشکلات انجام می‌شود. این روش علیرغم کاهش مدت دوری از کار و افزایش التیام زخم، با عود بیشتری همراه بوده که گاهی تا ۴۲٪ نیز گزارش شده است [۹]. با وجود بررسی‌های گسترده، روش واحدی برای درمان سینوس معرفی نشده و در کشور ایران نیز مطالعاتی در این مورد صورت گرفته است. لذا با توجه به این که از یک طرف جمعیت کشور ایران جوان بوده و تعداد افراد مبتلا به این بیماری مخصوصاً افراد نظامی مراجعه‌کننده به این بیمارستان زیاد است،

بنابراین یافتن روشی مناسب جهت درمان و برگشت سریع‌تر بیماران به کار و فعالیت و جلوگیری از عود مجدد و تحمیل هزینه اضافی به بیمارستان و بیمار ضرورت دارد. از آنجایی که تحقیقی قبلاً در این مرکز صورت گرفته و میزان عود بالایی گزارش شده است به‌منظور کاهش عود، در شیوه جراحی قبلی تغییراتی ایجاد گردید. در این مطالعه نتایج جراحی سینوس پیلونیدال با روش‌های برش حداقل و بستن اولیه لایه‌های عمقی در بیماران مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های نظامی در سال ۱۳۸۶ از نظر عود، مدت زمان بهبودی زخم، مدت زمان اقامت در بیمارستان، زمان بازگشت به کار و زمان عمل جراحی با هم مقایسه شدند.

مواد و روش‌ها

بیماران معمولاً با توجه به شکایت اصلی خود به درمانگاه جراحی مراجعه می‌کنند که پس از تشخیص بیماری به صورت الکتیو پرونده بستری تشکیل می‌شود و صبح روز عمل به‌صورت ناشتا در بخش بستری می‌شوند و آزمایشات لازم (CBC و UA) ارسال و آماده عمل عصر می‌شوند و بر حسب ترجیح بیمار و صلاح‌دید پزشک روش‌های بیهوشی عمومی یا موضعی برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. سپس بیمار به حالت دَمَر روی تخت قرار داده می‌شود. در صورت لزوم شیو یا تراشیدن محل عمل صورت می‌گیرد. سپس با الکل و بتادین پرپ محل عمل صورت می‌گیرد و به فاصله ۲-۱ میلی‌متر از سوراخ‌های سینوس پوست و زیر پوست (برش الپتیکال) برش داده می‌شود و کیست پیلونیدال به‌طور کامل خارج می‌گردد. در روش برش حداقل از کوتر جهت هموستاز استفاده نمی‌شود و فقط با استفاده از گاز بتادین پانسمان فشاری انجام می‌گردد و عمل خاتمه می‌یابد ولی در روش لایه‌های عمقی، بعد از برداشتن کیست، فاشیای پره‌ساکرال آزاد می‌شود و بعد از برقراری هموستاز با استفاده از نخ مونوکریل دو صفر فاشیای پره‌ساکرال و کف زخم به صورت جداگانه بخیه می‌شود، سپس زیرجلد نیز با همان نخ به هم نزدیک می‌شود ولی پوست باز باقی می‌ماند. پس از انجام پانسمان، بیمار به ریکاوری منتقل می‌شود. ضمن این که همراه با بیهوشی بیمار در روش بسته، دوز مترونیدازول به‌صورت داخل وریدی تزریق می‌شود. هر دو گروه سه الی چهار ساعت در بخش به‌صورت طاقباز روی تخت قرار می‌گیرند. در روش بسته، بیمار مجدداً یک دوز مترونیدازول در بخش دریافت می‌کند. میزان خونریزی بعد از عمل بر اساس توافق اگر تنها نیاز به تعویض پانسمان باشد خفیف، اگر نیاز به پانسمان فشاری باشد متوسط و اگر نیاز به اتاق عمل باشد شدید در نظر گرفته شد. روز بعد از عمل، شدت درد بر اساس سیستم مقیاس آنالوگ بصری از صفر تا ده تعیین و در فرم اطلاعات بیماران علامت‌گذاری شد. پس از معاینه محل عمل و در صورت عدم خونریزی شدید، بیمار مرخص شده و در روش باز به آنها توصیه شد

جدول ۳ مقایسه خونریزی روز اول بعد از عمل بیماران به تفکیک دو گروه مورد بررسی ($n=80$)

میزان خونریزی	فراوانی درصد	مقدار p
مختصر	باز ۶۸ بسته ۸۰	۰/۰۰۰۱
متوسط	باز ۱۲ بسته ۰	
شدید	باز ۰ بسته ۰	

در گروه باز ۲۳/۸٪ و در گروه بسته ۶۷/۵٪ بیماران در هفته اول پس از عمل فاقد ترشح بودند ($p=0/001$). در گروه باز در هفته دوم ۴۶/۳٪ بیماران فاقد ترشح بودند، در صورتی که در گروه بسته ۸۷/۵٪ بیماران شکایتی نداشتند ($p=0/002$). در هفته چهارم پس از عمل، در گروه باز ۹۰٪ و در گروه بسته ۹۷/۲۵٪ بیماران فاقد ترشح بودند ($p=0/001$). در ماه سوم پس از عمل، در گروه باز ۹۷/۵٪ بیماران بهبودی کامل زخم داشتند که در گروه بسته این میزان ۹۳/۷۵٪ بود ($p=0/24$). در ماه ششم در گروه باز ۶ نفر از بیماران (۵/۵٪) بهبود اولیه همراه با عود مجدد داشتند، در حالی که در گروه بسته تنها یک مورد (۱/۳٪) بهبود اولیه همراه با عود داشت ($p=0/05$). در پایان سال اول از هر گروه ۶ بیمار (۷/۵٪) عود دارند. میانگین زمان بهبود زخم در گروه بسته ۱۳/۶۳ و در گروه باز ۲۶/۹۴ روز بود ($p=0/001$) (جدول ۴).

جدول ۴ مقایسه مدت زمان بهبود زخم (روز)

به تفکیک دو گروه مورد بررسی ($n=80$)

مدت زمان بهبودی	میانگین	بیشترین	کمترین	مقدار p
باز	۲۶/۹۴	۱۵۰	۱۰	۰/۰۰۰۱
بسته	۱۳/۶۳	۴۵	۵	

میانگین زمان بازگشت بیمار به فعالیت‌های شخصی در گروه باز و بسته ۱/۰۲ روز و فعالیت‌های روزمره در گروه باز ۳/۴۹ و گروه بسته ۳/۱۴ روز بود ($p=0/15$). زمان انجام ورزش‌های سبک در روش باز ۱۴/۵۱ و در روش بسته ۱۸/۳۸ روز ($p=0/05$) و ورزش‌های سنگین در روش باز ۳۵/۵۰ و روش بسته ۳۶/۴۶ روز بود ($p=0/81$) (جدول ۵).

جدول ۵ مقایسه زمان بازگشت به کار (روز) بعد از عمل

به تفکیک دو گروه مورد بررسی ($n=80$)

زمان بازگشت به کار	میانگین	بیشترین	کمترین	مقدار p
فعالیت شخصی	باز ۱/۰۲ بسته ۱/۰۲	۲ ۲	۱ ۱	۰/۱۵
فعالیت روزمره	باز ۳/۴۹ بسته ۳/۱۴	۱۰ ۷	۱ ۱	
ورزش‌های سبک	باز ۱۴/۵۱ بسته ۱۸/۳۸	۶۰ ۹۰	۳ ۳	۰/۰۵
ورزش‌های سنگین	باز ۳۵/۵۰ بسته ۳۶/۴۶	۱۲۰ ۱۲۰	۴ ۱۰	

روزانه با آب و صابون محل عمل را شست‌وشو دهند. در روش بسته نیز بیمار بایستی تا ۴۸ ساعت استحمام نکند و به مدت یک هفته هر ۱۲ ساعت یک قرص سیپروفلوکساسین مصرف کند. همچنین بیمار در هفته‌های اول، دوم و چهارم به صورت حضوری در درمانگاه جراحی معاینه و در ماه‌های سوم، ششم و دوازدهم به صورت تلفنی وضعیت آنها در فرم جمع‌آوری اطلاعات ثبت گردید. پس از اتمام دوره ۱۲ ماهه پیگیری، اطلاعات جمع‌آوری شده و با نرم‌افزار SPSS 11.5 آنالیز متغیرهای کمی به روش آزمون تی و متغیرهای کیفی به روش مجذور کای صورت گرفت.

نتایج

اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ آمده است. کلیه بیماران مورد مطالعه تحت بیهوشی موضعی قرار گرفته و از مجموع ۱۶۰ بیمار مراجعه‌کننده ۵۳ نفر (۳۳/۱٪) دارای سابقه خانوادگی سینوس پیلونیدال بودند. در زمان مراجعه، شایع‌ترین شکایات بیماران ترشح همراه با درد (۴۰٪) و ترشح تنها (۲۶/۳٪) است. مدت بستری در بیمارستان در هر دو گروه ۱/۱۶ روز معادل ۲۸ ساعت بود. میانگین مدت زمان عمل جراحی در روش باز ۴/۵۳ و در روش بسته ۱۶/۰۱ دقیقه بود (جدول ۲).

جدول ۱ مقایسه مشخصات دموگرافیک بیماران

به تفکیک دو گروه مورد بررسی ($n=80$)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین	مقدار p
سن	باز ۲۲/۴۹ بسته ۲۲/۸۰	۴/۴۷ ۴/۶۰	۴۸ ۴۴	۱۸ ۱۶	۰/۶۶
وزن	باز ۸۲/۳۱ بسته ۷۹/۱۴	۱۱/۵۱ ۱۳/۳۲	۱۲۵ ۱۳۰	۵۴ ۵۶	
قد	باز ۱۷۷/۱۹ بسته ۱۷۶/۱۰	۶/۵۱ ۵/۹۶	۱۹۲ ۱۸۸	۱۶۰ ۱۶۰	۰/۲۷
BMI	باز ۲۶/۳۴ بسته ۲۵/۶۲	۳/۳۹ ۳/۶۷	۳۶/۸۲ ۳۶/۷۸	۱۸/۶۸ ۱۸/۵۱	

جدول ۲ مقایسه مدت زمان عمل (دقیقه) جراحی

به تفکیک دو گروه مورد بررسی ($n=80$)

مدت زمان عمل	میانگین	بیشترین	کمترین	مقدار p
باز	۴/۵۳	۱۳/۲۱	۱	۰/۰۰۰۱
بسته	۱۶/۰۱	۲۵/۱۲	۱۰	

میانگین شدت درد در روز اول در گروه باز و بسته به ترتیب ۴/۲۱ و ۴/۵۱، در هفته اول در گروه باز و بسته به ترتیب ۳/۳۱ و ۳/۷۴، در هفته دوم در گروه باز و بسته به ترتیب ۱/۷۴ و ۲/۰۹، در هفته چهارم این مقادیر برای هر دو گروه یکسان (۰/۴۳) و در ماه سوم نیز تنها در گروه بسته درد با میانگین ۰/۰۸ بود.

تفاوت معنی‌دار بود. روش بسته نسبت به روش باز از نظر ترشح و خونریزی ارجح است. لازم به ذکر است که روش‌های باز و بسته مورد بررسی در این مقاله، روش‌های جدیدی هستند که با روش‌های باز و بسته کلاسیک در مقالات دیگر متفاوت است و لذا نتایج آن را دقیقاً نمی‌توان با برخی از مقالات مقایسه کرد.

منابع

- 1- Brunicaud F, Charles AD, Billiar TR. Schwartz's principle of surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
- 2- Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: Historical review, pathological insight and surgical options. *Is Colon Rectum*. 2000;43(5):701-6.
- 3- Townsend Courtney M, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox Kenneth L. Sabiston textbook of surgery. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
- 4- Chiedozi LC, Al-Rayyes FA, Salem MM, AL-Haddi FH, AL-Bidewi AA. Mngagment of pilonidal sinus. *Sand Med J*. 2004;23(7):786-8.
- 5- Peter JM, Ronald AM. Oxford textbook of surgery. Oxford: Medical Publication; 1994. p. 1154-5.
- 6- Lawrence W, Gerarodd MD. Current surgical diagnosis treatment. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 774-5.
- 7- Williams RS. A simple technique for successful primary closure after excision of pilonidal sinus disease. *Ann R Coll Surg Engl*. 1990;72(5):313-4.
- 8- Islanders I, Furst A, Rentsch M. Primary midline closure after excision of a pilonidal sinus. *Chirurg*. 2003;74(5):461-8.
- 9- Solla JA, Rothenberg DA. Chronic pilonidal disease: An assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum*. 1990;33(9):758-61.
- 10- McCallum IJ, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008;336(7651):975-6.
- 11- Mohamed HA, Kadry I, Adly S. Comparison between three therapeutic modalities for non-complicated pilonidal sinus disease. *Surgeon*. 2005;3(2):73-7.
- 12- Destito C, Romagnoli A, Pucello D, Mercuri M, Marin AW. Pilonidal sinus: Long term results of excision and closure technic. *Rev Litera*. 1997;18(8-9):441-6.
- 13- Akinci OF, Bozer M, Uzunköy A, Düzgün SA, Coskun A. Incidence and etiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Euro J Surg*. 1999;165(4):339-42.
- 14- Yigit T, Yigitler C, Gulec B, Ihsan UA, Ozer T, Oner K. Do we need to use subcutaneous suture for pilonidal sinus treated with excision and simple primary closure? *Acta Chir Belg*. 2005;105(6):635-8.
- 15- Aldemir M, Kara IH, Erten G, Tacyildiz I. Effectiveness of collagenase in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Surg Today*. 2003;33(2):106-9.
- 16- Aydede H, Erhan Y, Sakarya A, Kumkumoglu Y. Comparison of three methods in surgical treatment of pilonidal disease. *ANZ J Surg*. 2001;71(6):362-4.
- 17- Mehrvarz Sh, Khoshini S, Toliat SM, Fanaie SA. Semi-closure method in the surgical management of chronic pilonidal sinus. *Ann Iran Med*. 2005;2:165-8.
- ۱۸- موسوی نائینی سیدمرتضی، تولیت کاشانی سیدمحسن، صادقی محمد. معرفی روش بسته چند لایه در درمان سینوس پیلونیدال ساکروم. مجله پزشکی کوثر. ۱۳۸۵؛۱۱(۲):۸۱-۱۷۵.

ارتباط معنی‌داری بین BMI و سابقه خانوادگی با عود بیماری وجود نداشت. بین نوع عمل با متغیرهای زمان عمل، خونریزی بعد از عمل، ترشح بعد از عمل و مدت زمان بهبودی زخم، اختلاف معنی‌داری وجود داشت، ولی این اختلاف با متغیرهای عود، زمان بازگشت به کار و مدت زمان اقامت در بیمارستان مشاهده نگردید.

بحث

در این مطالعه از ۱۶۰ بیمار مورد مطالعه ۱۲ نفر (۷/۵٪) طی یک سال دچار عود شدند که در سایر مطالعات میزان عود بین ۱۹-۶٪ گزارش شده است [۹، ۱۸]. همچنین بین نوع عمل جراحی و میزان عود ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/41$) که هم‌راستا با مطالعات موسوی است [۹، ۱۸] ولی در مطالعه دیگری میزان عود در روش باز کمتر بوده است [۱۰]. در پژوهش حاضر، بین میزان عود و BMI بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید ($p=0/67$) ولی در مطالعه دیگری که روی ۸۳ بیمار صورت گرفته، بیشتر عودها در بیماران با وزن بالا رخ داده است [۱۱].

در این مطالعه سابقه خانوادگی سینوس پیلونیدال در ۳۳/۱٪ بیماران مثبت بوده که در راستای مطالعه موسوی است، ولی در پژوهش دیگری که روی ۸۸ بیمار انجام شده این میزان ۲۰/۴۵٪ گزارش شده است [۱۳]. در ضمن، بین سابقه خانوادگی مثبت و عود بیماری ارتباط معنی‌داری یافت نگردید ($p=0/15$). در این پژوهش بین مدت زمان عمل جراحی و نوع عمل جراحی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=0/001$) ولی این موضوع در مقالات دیگر بررسی نشده است. بین میزان خونریزی روز اول بعد از عمل و روش جراحی، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$) که با سایر مطالعات هم‌خوان است [۱۰، ۱۴، ۱۸].

در مطالعه حاضر، بین زمان بازگشت به کار و نوع عمل جراحی ارتباط معنی‌داری یافت نگردید ($p=0/05$) ولی در برخی مطالعات، زمان بازگشت به کار در روش بسته کمتر بوده و ارتباط معنی‌داری مشاهده شده است [۱۱، ۱۸]. بین میزان ترشح بعد از عمل و التیام زخم در دو روش جراحی، اختلاف معنی‌داری مشاهده گردید ($p=0/001$) که در راستای نتایج سایر مطالعات است [۱۰، ۱۵]. اختلاف معنی‌داری بین مدت زمان اقامت بیمارستانی در هر دو گروه (۱/۱۶ روز) وجود ندارد ولی در سایر مطالعات مدت زمان اقامت در بیمارستان در روش باز بیشتر بوده است [۱۶].

نتیجه‌گیری

تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر درد، عود، بستری در بیمارستان و بازگشت به کار وجود ندارد، اما در مدت زمان عمل جراحی، خونریزی و ترشح بعد از عمل و مدت زمان بهبود زخم،