Çağdaş Cerrahi Dergisi 13: 76-79, 1999

Sakrokoksigeal Pilonidal Sinus Tedavisinde Limberg Flep Onarımı ve Hastaların Uzun Dönem Takip Sonuçları

Metin KAPAN, Salih PEKMEZCİ, Selin ERKUT, A.Vedat DURGUN, Aras GEÇİOĞLU

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı gerek genç yaş grubunu tutarak uzun süreli iş gücü kaybına yol açması gerekse de herkesin kabul ettiği standart tedavi yöntemi olmaması nedeniyle morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Bu çalışmada, servisimizde tedavi şekli olarak tercih ettiğimiz Limberg flep yöntemi diğer yöntemlerle karşılaştırıldı. Olgularımızın takip sonuçları ile nükslerin önüne geçebilmek için yapılması gerekenler üzerinde duruldu. Bu yöntemle tedavi ettiğimiz 65 olgu ortalama 4 yıl takip edildi. Serinin hem komplikasyon oranı hem de uzun dönemde nüks oranı % 4.62 olarak saptandı. Tedavide Limberg flep yönteminin seçkin tedavi şekli olduğuna karar verildi.

Anahtar kelimeler: *Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı, Limberg flep yöntemi, nüks*

SUMMARY

Limberg Flap Repair in Sacrococcygeal Pilonidal Sinus and Long Term Follow Up Results

Sacrococygeal pilonidal sinus disease is a disease attacking the young age group resulting in long term loss of productive power. It has also high rates of morbidity because there is not a standart type of treatment approved by all surgeons. In this study Limberg flap performed in our clinic is compared with other tecniques. By the help of follow up of results of our cases, we pointed out essentials for preventing relapses. Sixtyfive cases treated by this technique were followed up for 4 years. The complication rate and long term relapse rate is both 4.62 %. We determined that Limberg type flap is the choice of treatment for sacrococcigeal pilonidal sinus disease.

Key words: *Sacrococcygeal pilonidal sinus disease, Limberg flap technique, relapse*

Sakrokoksigeal pilonidal hastalık (SKPH) oldukça sık görülen, genç yaş grubunu ilgilendiren ve bu nedenle iş gücü kayıplarına yol açan, artık edinsel olduğu kabul edilen, kronik, intermittan enflamatuar bir hastalıktır. Hastalık; tedavisinde herkesin kabul ettiği standart bir protokolün olmaması ve tedavi sonrası karşılaşılan nüks problemleri nedeniyle önemini korumaktadır [1,2,3,4,6].

Biz bu çalışmamızda SKPH tedavisinde etkin olduğuna inandığımız ve kliniğimizde daha önceden de değişik çalışmalarda tekniği tarif edilen [2,7,8] Limberg yöntemiyle servisimizde tedavi ettiğimiz 65 olgunun ortalama 4 yıllık takip sonuçları ve uzun dönemde nüks gelişen olgularımızdaki (% 4) nüks sebeplerini ortaya koymayı hedefledik.

Yazışma adresi: Metin Kapan Ataşehir, Karaman Çiftliği Cad. Ada 33, A2 Blok, Yakut 10, D.7, Küçükbakkalköy, 81120, İstanbul

MATERYAL ve METOD

Çalışma İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Topuzlu B servisinde gerçekleştirildi. Ocak 1991 ile Ocak 1998 tarihleri arasındaki 7 yıllık periyodda 65 sakrokoksigeal pilonidal sinus olgusu rhomboid eksizyon ve fasyokütan rhomboid flep (Limberg) yöntemi ile aynı ekip tarafından tedavi edildi. Olgular en az 6 ay ve en çok 7.5 yıl arasında değişen sürelerde periyodik kontroller ile takip edildiler. Olgular postoperatif erken komplikasyon, hastanede kalış süresi ve uzun dönemde nüks gelişimi açısından incelendiler.

BULGULAR

Ocak 1991-Ocak 1998 tarihleri arasında toplam 65 sakrokoksigeal pilonidal sinus olgusu Limberg yöntemi ile tedavi edildi. Olgularımızın 12'si kadın (% 18.5) ve 53'ü erkekti (% 81.5). Serinin yaş dağılımına bakıldığında olguların en genci 16 ve en yaşlısı 56 yaşındaydı ve yaş ortalaması 25.90±1.15 (ortalama±standart hata) olarak tespit edildi.

Tablo 1. Limberg yöntemi ile tedavi ettiğimiz olgularda gelişen postoperatif erken komplikasyonlar ve tedavi biçimleri.

Olgu	Gelişen komplikasyon	Tedavi biçimi
1	Flep ödemi	Spontan
2	Flep altı hematom	Ponksiyon
3	Flep altı hematom	Sütür arasından drenaj

Olgular rejyonel ya da genel anestezi altında aynı ekip tarafından Limberg yöntemi uygulanarak tedavi edildiler.

Olguların postoperatif dönemdeki hastanede kalış süresini, en az 3, en fazla 12 gün, ortalama 5.64±0.25 gün olarak tespit ettik.

Postoperatif erken dönem komplikasyonları, bir olguda flep ödemi (% 1.54), 2 olguda flep altı hematom gelişmesi (% 3.08) şeklinde tespit ettik. Serimizin postoperatif erken dönem komplikasyonları ve tedavi biçimleri Tablo 1'de özetledik.

Hastalar en az 7 ve en çok 90, ortalama 47.94±2.75 ay süreyle periyodik kontroller ile takip edildiler. Ortalama 4 yıllık takip süresi boyunca 3 olguda (% 4.62) nüks gelişti. Hastalarda nüksler sırayla postoperatif 24., 46., ve 30. aylarda gelişti.

TARTIŞMA

Sakrokoksigeal pilonidal hastalık genç ve çalışan nüfusta görülen bu nedenle de iş gücü kayıplarına yol açan bir hastalık olması nedeniyle önemini korumaktadır. Hastalık genellikle enfektif komplikasyonlar ile seyretmekle birlikte, nadiren de olsa uzun dönemde karsinom gelişme riski taşıdığı için de önemli ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır [7,9]. Karsinom gelişimi squamöz hücreli karsinom şeklinde ve oldukça uzun sürelerde olmaktadır, bu süre Davis ve ark.'ları [9] tarafından 23 yıl olarak bildirilmiştir [7,10,11]. Ayrıca hastalığa bağlı nadir ama öldürücü komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Velitchkov ve ark.'ları [12] sakrokoksigeal pilonidal sinuse bağlı olarak nekrotizan fasciitis ve toksik şok sendromu gelişebileceğini bildirmişlerdir.

Günümüzde artık hastalığın edinsel olduğu yaygın olarak kabul görmektedir, hastalık kronik, intermitan, inflamatuvar bir hadisedir. Olgularda nöral kanala uzanan konjenital sinüs ve dura varlığı söz konusu olabilirse de bu durum oldukça nadirdir [1,4,5,6,13]. Hastalık erkeklerde ve adolesan ya da genç erişkinlerde daha sık görülmektedir. Serimizde yaş ortalaması 25.9 olarak tespit edidi, ayrıca serimizin erkek/kadın oranı 81.5/18.5 olarak tespit edildi. Sondenaa ve ark.'nın [14] yapmış oldukları çalışmada hastalığın kadınlarda ortalama 19 ve erkeklerde 21 yaşta görüldüğü ayrıca erkeklerde 2.2 kat daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Bizim serimizin yaş ortalaması biraz daha yüksek olmakla birlikte bunu hastalığın ihmali ile izah etmek mümkündür, ancak serimizde hastalığın erkeklerde yaklaşık 4 kat daha yüksek oranda görüldüğünü saptadık. Kıl karakteri ve kıl büyümesi ile ilgili olarak hastalık Kafkas ırkında fazla, buna karşın Afrika ve Asyalılarda daha az görülmektedir, ayrıca yine aynı sebepten ötürü hastalık ailesel özellik taşımaktadır. Fazla terleme ve kalça friksiyonu ile ilgili olmak üzere obezlerde, lokal hirsutismusu olan ve kişisel temizliğine özen göstermeyen kişilerde hastalık daha sık görülmektedir [4,14].

Hastalığın tedavisinde herkesin kabul ettiği standart bir tedavi yöntemi yoktur. Tedavide, kist içine fenol enjeksiyonu, ya da kistin elektrokoterizasyonu gibi konservatif yöntemler bazı gruplarca savunulmaktadır. Yöntemlerin basit ve komplikasyonsuz oluşu, poliklinik şartlarında uygulanabilmesi, ayrıca kabul edilebilir nüks oranları ile şifa şansı sağladığı değişik çalışmalarda vurgulanmaktadır [3,15,16]. Ancak bizim bu konuda tecrübemiz yoktur. Ayrıca konservatif yöntemlere karşı genel olarak cerrahi yöntemler savunulmaktadır.

Hastalığın cerrahi tedavisinde değişik yöntemler uygulanmakta ve savunulmaktadır. Başlıca yöntemler eksizyon ve primer kapatma, eksizyon ve açık bırakma, eksizyon ve yarı açık bırakma, marsupiyalizasyon, eksizyon ve değişik flepler (V-Y, Karyadakis, Fishbein, Limberg gibi) ile kapatma olarak sıralanabilir. Hastalığın edinsel olduğu anlaşıldıktan sonra kist ile tüm sinüs ve traktusların geniş eksizyonu ve oluşan doku defektinin değişik flepler ile kapatılmasını hedefleyen yöntemler popülarite kazanmıştır. Burada amaç; intergluteal sulkusun daha az kıllı ve daha az terleyen fasyokütan flepler ile düzleştirilerek, etyolojinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktır [1,4,13,17].

Eksizyon ve primer kapatma yöntemi komplikasyonsuz ve ileri derecede enfekte olmayan olgular için uygun olabilir, tekniğe bağlı olarak postoperatif hastanede kalış süreleri kısalmakta buna karşın % 14 civarında yara enfeksiyonu ve % 20'lere varan oranlarda nüks başlıca sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır [1,4,13,17,18]. Panov ve arkadaşları [19] eksizyon ve primer kapatma işlemi uyguladıkları bir olguda ölümcül anaerobik streptokoksik miyonekroz geliştiğini bildirmişlerdir.

Eksizyon ve açık bırakma tekniğinin uygulandığı olgularda ise başlıca sorun, hastanede yatış süresinin uzun olması, uzun süreli pansuman gereksinimi ve uzamış iş gücü kayıplarıdır. Yönteme bağlı olarak nadir de olsa ortaya çıkan başlıca komplikasyon kanamadır. Ancak çok komplike ve ileri derecede enfekte olgular için güvenle uygulanabilir, bu olgular için nüks oranları yaklaşık % 1-4 olarak bildirilmektedir [13,17,18]. Aynı şekilde eksizyondan sonra yarı açık bırakılan tekniklerde de uzun süreli pansuman gereksinimi ve uzun süreli iş gücü kayıpları başlıca problemdir [13,20,21,22].

Marsupiyalizasyon uygulanan olgularda nüks oranları % 4 civarında bildirilmektedir [4]. Uygulama alanı genellikle komplikasyonsuz tek kistin olduğu olgular ile sınırlıdır.

Defektin değişik fleplerle onarımında hastanede kalış süreleri kısalmakta ve nüks oranları azalmaktadır. Yöntemlerin hemen tümünde nüks oranları % 0-5 arasında değişmektedir. V-Y flep uygulamasını savunan Khatri ve ark.'ları [1] göre bu yöntemle intergluteal sulkus düzleşmekte ve böylece kalça hareketleri sırasında ortaya çıkan negatif basınç önlenerek etyoloji ortadan kaldırılmış olmaktadır. Diğer flep yöntemlerinde de sonuçlar farklı değildir. Flep ile onarım tekniklerinde ayrıca, primer kapatma tekniğinde yara enfeksiyonu ve nüks ile sonuçlanma nedeni olan yara gerginliği ve orta hat skarlarının önüne geçilmiş olunur [17,23].

Bizim uyguladığımız Limberg tekniğinde de komplikasyon oranı oldukça düşük olarak saptanmıştır. Olgularımızın hastanede kalış süresi ortalama 5.6 gündür, ortalama pansuman gereksinimi 3-4'ü geçmemektedir. Tam olarak belirlenememekle birlikte hastaların normal aktivitelerine dönüş süresi 3 haftayı geçmemektedir. Karyadakis flep uygulaması ile tedavi edilen bir seride ortalama hastanede kalış süresi 4 gün ve V-Y flep uygulaması ile tedavi edilen olguların yer aldığı bir seride 5 gün olarak tespit edilmiştir. Bir olgumuzda meydana gelen flep ödemi spontan gerilerken, flep altı hematom gelişen olgularımızdan birine ponksiyon, diğerine sütür arasından hematom drenajı uygulanarak komplikasyonlar tedavi edilmiştir. Cerrahi prensiplere uyulmak şartıyla, özellikle flebin gergin olmamasına dikkat edilerek ve presakral fasya üzerinde titiz hemostaz yapılarak her iki komplikasyondan da kaçınmak mümkündür.

Limberg yöntemi, komplike sakrokoksigeal pilonidal sinus olgularında da basit modifikasyonlar ile uygulanabilir. Sinus ağızlarının birbirinden çok uzak olduğu ve klasik rhomboid eksizyonun yapılamadığı olgularda rhomboid eksizyona ilave olarak bu eksizyon ile birleştirilen eliptik eksizyonlar yapılabilir. Bu eliptik eksizyonlar primer olarak kapatıldıktan sonra, intergluteal sulkusun düzleştirilmesi ve defektin kapatılması için yine büyük rhomboid flepler çevrilebilir. Bu şekilde komplike pilonidal sinusleri olan iki olgumuza ait postoperatif defektlerin kapatılmış şekli Resim 1 ve 2'de görülmektedir. Bu olguların 36 ve 60 aylık takipleri süresince herhangi bir komplikasyon ya da nüks ile karşılaşmadık.

Serimizdeki 3 olguda nüks gelişti ve nüks oranımız (% 4.6) olarak belirlendi. Nüks oranlarımız kabul edilebilir oranda düşüktür. Kitchen [17] defektin Karyadakis flep uygulaması ile tedavi ettiği olgular arasında nüks oranını % 4 olarak tespit etmiştir. Ancak



Resim 1. Komplike sakrokoksigeal pilonidal sinüslü bir olguya basit modifikasyonla uyguladığımız Limberg yöntemi. Postop 1. gün.



Resim 2. Rhomboid eksizyona ilave olarak uyguladığımız, intergluteal sulkusta yer almayan eliptik insizyon sonrası defektlerin rhomboid flep ve primer olarak kapatılması. Postop 3. gün.

serimizden farklı olarak, bu serinin ortalama takip süresi 22 ay ile sınırlıdır. Oysa bizim serimizdeki nüksler sırayla postoperatif 24, 26 ve 30. aylarda gelişti.

Gerek hastanede kalış süreleri, gerekse nüks gelişimi bakımından serimiz literatür ile uyum içindedir. Buna rağmen nüks gelişen olgularımızdaki ortak özellikleri ve nükslerin önüne geçmek için yapılması gerekenleri saptamaya çalıştık. Her üç olguda saptadığımız ortak özelliklerinden biri, hastaların kişisel hijyenlerine dikkat etmemeleriydi. Bir diğer ortak özellik ise yapılan eksizyonun oldukça küçük alanı içermesi ve dolayısıyla çevrilen flebin intergluteal sulkusu yeterince düzleştirmemesi idi.

Basit tek sinus ağızlı, komplikasyonsuz küçük kistlerde sınırlı eksizyon ve küçük bir flep ile defektin onarımı hastalığın tedavisini sağlamakla birlikte uzun dönemde nükslerin önüne geçememektedir. Nüksler insizyon skarlarının kenarından ve özellikle flep üst ucunda ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, etyolojiyi de ortadan kaldırmak için daha az kıl folikülü içeren yeterli büyüklükte gluteal fasyokütan flebin çevrilmesinin nükslerden kaçınmanın en önemli yollarından biri olduğuna karar verdik. Bu nedenle sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığında etkin ve güvenli olduğuna inandığımız Limberg yöntemi bazı prensiplere uyulduğu takdirde neredeyse % 0 düzeyinde komplikasyon ve nüks oranı ile uygulanabilecek seçkin tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Khatri VP, Espinosa MH, Amin AK: Management of reccurent pilonidal sinus by simple V-Y fasciocutaneous flap. Dis Colon Rectum 37:1232, 1994.

2. Durgun V, Kapan M, Göksoy E, İnsel H, Geçioğlu A: Sakrokoksigeal pilonidal sinus tedavisinde Limberg işlemi. PTT Hastanesi Tıp Dergisi 5:283, 1993.

3. Bostancı EB, Ozden A, Ozer Ş, Tetkik C, Neşşar M: Pilonidal sinusun tedavisinde Limberg flep yöntemi ile fenol tedavisinin karşılaştırılması. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 7:110, 1997.

4. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I: Treatment of chroni pilonidal disease. Dis Colon Rectum 39:1131, 1996.

5. Sondenaa K, Pollard ML: Histology of chronic pilonidal sinus. APMIS 103:267, 1995 (abstrakt).

6. Yabe T, Furukawa M: The origin of pilonidal sinus: a case report. J Dermatol 22:696, 1995.

7. Özgültekin R, Ersan Y, Özcan M, Özçelik F, Çerçel A, Sakaoğlu M: Die therapie des sinus pilonidalis mit dem transpositionslappen nach Limberg. Chirurg 66:192, 1995.

8. Alver O, Kayabaşı B, Özcan M, Tortum O: The complete rhombic excision of pilonidal sinus with primary closure by the use of fasciocutaneous Limberg flap. Contemp Surg 33:54, 1988.

9. Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentrichia P: Malignant degeneration of pilonidal cysts. Am Surg 60:200, 1994.

10. Cleveland BR, Green WO jr: Squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus. Surgery 55:381, 1964.

11. Pilipshen SJ, Gray G, Goldsmith E, Dineen P: Carcinoma arising in pilonidal sinuses. Ann Surg 193:506, 1981.

12. Vilitchkov N, Djedjev M, Kirov G, Losanoff J, Kjossev K, Losanoff H: Toxic shock syndrome and necrotizing fasciitis complicating neglected sacrococcygeal pilonidal sinus disease. Report of a case. Dis Colon Rectum 40:1386, 1997.

13. Füzün M, Bakir H, Soylu M, Tansuğ T, Kaymak E, Harmancıoğlu O: Which technique for treatment of pilonidal sinus-open or closed? Dis Colon Rectum 37:1148, 1994.

14. Sondenaa K, Andersen E, Nesvik I, Soreide JA: Patients characteristicss and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis 10:39, 1995.

15. Schneider TH, Thaler K, Kockerling F: Treatment of pilonidal sinuses by phenol injections. Int J Colorectal Dis 9:200, 1994.

16. Shafik A: Electrocauterization in the treatment of pilonidal sinus. Int Surg 81:83, 1996.

17. Kitchen PRB: Pilonidal sinus: experience with the Karyadakis flap. Br J Surg 83:1452, 1996.

18.Khaira HS, Brown JH: Excision and primary suture of pilonidal sinus. Ann R Coll Surg Engl 77:242, 1995 (abstrakt).

19. Panov TA, Kjossev KT, Lasanoff JE: Life-threatening streptococcal myonecrosis complicating primary wound closure after pilonidal sinus excision. J R Army Med Corps 140:141, 1994 (abstrakt).

20. Notaras MJ: A review of three popular methods of treatment of postnatal (pilonidal) sinus disease. Br J Surg 57:886, 1970.

21. Goodall P: The aetiology and treatment of pilonidal sinus. Br J Surg 49:212, 1961.

22. Koçak S, Bumin C, Kesenci M, Şengül N, Baykan A, Gürel E: Pilonidal sinüs ve cerrahi tedavisi (6 yıllık klinik deneyimin değerlendirilmesi). Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 4:66, 1994.

23. Canbeyli B, Tekeli MT, Karaoğlan M, Toker S: Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde Limberg flep uygulaması ve marsupiyalizasyon ile karşılaştırılması. Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi 6:191, 1991.