

Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım

Kurtuluş Öngel, Ebru Katırcı, Cennet Ak, İsmail Sarıkan

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş

Toplumumuzda yaygın olarak görülen pilonidal hastalık, halk arasında 'kıl dönmesi' olarak isimlendirilmektedir. Bir kıl kökünün iltihaplanması ve diğer kıl köklerini de içine alarak abse oluşturması ile karakterizedir. ABD' de her yıl yaklaşık 75000 hasta ve binlerce operasyon nedenidir. Hastanede elektif tedaviyle, tedavi süresi ortalama 1.5 gündür. Meslekle ilişkili olduğu bilinmektedir (Devamlı bilgisayar başında oturanlarda ya da uzun süre araba kullananlarda daha sık). Bireylerin sağlık sorunları konusunda öncelikle bağlı buldukları birinci basamak hekimlerine başvurduklarını düşünürsek, pilonidal sinus hastalığının da tanı, tedavi ve izlemi aşamasında bu gruba büyük görevler düşmektedir. Birinci basamakta kuyruk sokumunda şişkinlik, kızarıklık ve ağrı nedeniyle doktora başvuran hastalar sıklıkla 15-24 yaş arası erkeklerdir. Sağlık ocağı hekimleri; bu hastaları koyu tenli, kıl oranı fazla ve kilolu kişiler olarak tarif etmektedirler. Günümüzde birinci basamak sağlık kuruluşları, pilonidal sinüslü hastalarla en sık karşılaşılacak fakat bu hastaların tedavilerinin en az yapıldığı kurumlardır. Buralarda çalışan hekimler hastalarını genellikle sevk etme eğilimindedirler. Bu kişilerin izlemlerinin birinci basamakta yapılamayacağı inancı yaygındır. Aksine, buralarda hizmet verenlere pilonidal sinusün önlenmesi, tanısı, danışmanlığı, yönetim ve izlemi açısından büyük görevler düşmektedir. Takip muayeneleri, yine birinci basamakta aksatılmaması gereken muayenelerdir. Hastanın operasyon sonrası düzenli pansumanlarını yapmak, hastalığın gidişini gözlemek, tedaviye cevabı saptamak ve yüksek risk gösteren kişileri tespit etmek önemlidir.

Anahtar kelimeler: Pilonidal hastalık, birinci basamak sağlık hizmeti

Approach to pilonidal disease in primary care

Abstract

Pilonidal disease is common in our society, and it is named as 'kıl dönmesi' in ordinary spoken language. It is characterized by inflammation of one bristle root and formation of abscess by relation with the other bristle roots. "In USA, it is the cause of almost 75000 patients and a great number of operation." Average treatment period with elective methods is 1.5 day. It is known that this disease is related with occupation (for example it is seen more often in people who is working with computer by sitting or who is driving for a long time). If we think that individuals are going to their primary care doctors initially for their health problems; these doctors have important role in pilonidal disease diagnosis, treatment and results. In primary care, patients who have complaints like swelling, blushing and pain in their sacroiliac region; are mostly men age between 15-24. Doctors working in primary care are describing these patients as dark skin, hairy and obese people. Primary care health organizations are the places where pilonidal sinus patients are mostly encountered; but these patients treatments are rarely made in these areas. There is a belief that these patients can not be treated in primary care. "Contrary; health personnel working in these places have an important role on the pilonidal sinus prevention, diagnosis, information and observation." "Follow up examinations are again mustn't be delayed in primary care." It's important to dress the patients wound after operation, to watch the illness attentively, to determine the response for treatment and detect the individuals who have high risk for this disease.

Key words: Pilonidal disease, primary health care

Giriş

Pilonidal sinus, sıklıkla intergluteal bölgede ortaya çıkan ve hastaya çok ağrı veren bir rahatsızlıktır. Günümüzde etiyoloji ve tedavi yöntemleri açısından halen tartışılmaktadır. İlk olarak 1833 yılında Hebert Mayo (1) genç kadınların sacrococcygeal bölgelerinde

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL
S.D.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D. Çünür - İSPARTA
Tel: 0.246.2113640 0.536.2552096
Fax: 0.246.2371165
E-mail: kurtulusongel@gmail.com

kıl kontaktına bağlı sinus oluşumlarını rapor etmiştir. 1854'de Warrens (2), 1880'de Hodges (3), 1946'da Patey ve Scharft (4), 1959'da Palmer (5) ve 1969'da Page (6) bu hastalıkla ilgili detaylı raporlar yayınlamış ve hastalık sırasında genişlemiş kıl foliküllerinin ortaya çıktığını, daha sonra bölgeyi istila eden dökülmüş kıl tanelerinin olayı ilerleterek aynı zamanda iyileşmeyi de engellediğini göstermişlerdir. Şu andaki mevcut sağlık sistemi gözönüne alındığında, bu hastalarla en sık karşılaşan grup birinci basamakta çalışan hekimlerdir. Erken dönemde sağlık ocağına başvuran hastalarda fizik muayenede tipik olarak, sacrococcygeal alanda deri ile çevrili bir veya daha fazla delik saptanır; bazen hekimler çöküntülerin içinde serbest kıl foliküllerini de tespit edebilirler. İleri olgularda apseleşme olabilir ve apseleşme gösteren pilonidal sinuslarda malign değişme olabildiğinden söz edilmektedir(7,8).

Literatürlerde hastalığın patogenezinin yönelik iki teori vardır. Normalde steril olan vücudun yağ ve ter bezleri ile kanallarında anaerobik organizmalar üreyebilir. (9) Bu durum şişmiş foliküllerde inflamasyon ve ödemin başlaması sonucu folikül ağzının tıkanmasına neden olur ve pilonidal abse oluşumu ile sonuçlanır. Buna akkiz hastalık teorisi adı verilir. Konjenital hastalık teorisine göreyse postcoccygeal bölgedeki hücre kalıntıları sacrococcygeal kistlere neden olmakta ve konjenital bir anomali olan epitel traktı bulunan pilonidal sinus hastalığının oluşumunda ailesel yatkınlığın sebep olduğu gösterilmektedir (10,11,12).

Klinik

Sağlık ocaklarına başvuran hastalar incelendiğinde, hastalığın ilk atağının çoğunlukla puberte çağında ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durum; hastalığın seks hormonlarının sebace glandlar üzerindeki efektif etkisi ile açıklanabilmekle birlikte, hastalığın ilk atağının kadınlarda erkeklerden daha erken ortaya çıkışının açıklanması olabilir. (13,14) Hekimlerce bu hastalık için sağlam, şişman, dar kalçalı, intergluteal sulcusları derin, preanal bölgede aşırı kıllanma gösteren, bol salgıdan dolayı yağlı bir deri ve stafilokok enfeksiyonlarına karşı hassas bir erkek tipi tarif edilmiştir(15,16).

Birinci basamağa başvuru sırasında da hastaların, yukarıda belirtilen oranlara uygun olarak öncelikli şikayetleri sakrokoksigeal bölgelerinde iç çamaşırını kirleten küçük bir delik ağzı ve ani başlangıçlı ağrıdır. Hastalar ağrıyı tam lokalize edemeyebilirler. Bazen ağrı bölgesinde nokta şeklinde kırmızı bir lezyon görülebilir ve bunu "sivilce çıktı" şeklinde

yorumlayabilirler. Bir çok hasta hekimine başvurmadan önce kendi yöntemleriyle (lezyonun üzerine basınç uygulayarak, kendi kendilerine drenaj yaparak, çeşitli organik karışımları lokal kullanarak) çözüm yolları bulmaya çalışır. Sosyal çevre baskısı, ekonomik sorunlar gibi nedenlerle sağlık kurumlarına başvuruda gecikmeler görülebilir. Bu nedenlerle gecikerek gelen hastaya rahatlatıcı danışmanlık hizmeti verilmelidir. Sağlık ocağına bu şikayetlerle erken dönemde başvuran hastalarda, akut pilonidal apse söz konusudur. Yaklaşık olarak sacrococcygeal pilonidal hastalıklı vakaların yarısı ilk olarak abse formu ile başlamıştır(17). Apse drenajı sonrası kıl ve doku artıklarının kuretajı ile bir aylık sürede vakaların yaklaşık %90'ında iyileşme sağlanabilir. Spontan drenaj sıktır. Lezyonların sakrokoksigeal bölge dışında farklı yerlerde de lokalize olabileceği tanı sırasında unutulmamalıdır.

Pilonidal sinüsü olan hastalarda karşılaşılan diğer bir sorun nükslerin görülebilmesidir. Kronik pilonidal apse; granülasyon dokusu ile oluşan pilonidal kavitenin bir sinus traktı ile orta hattan uzakta cilde açılması şeklinde kendini gösterir. Akut epizotlar sırasında anüsten yaklaşık 4-8 cm. yukarıda orta hatta açılan epiteliyal foliküllerin saptanması ile de teşhis edilebilirler. Orta hattan yukarı doğru ilerleyerek açılan sinus traktı vakaların yaklaşık %93'ünde bulunur ve cilt altında bir endurasyon şeklinde palpe edilebilirler(20). Ağrı %84 ve akıntı %78 en sık görülen iki semptomdur. Fiziksel aktivite veya uzamış oturma sonrası ağrıda artış görülebilir. Lezyonlardan izole edilen mikroorganizmalar %77 oranında anaeroplardır. Titreme, ateş ve kanama da seyrek olarak görülebilen semptomlardır(21,22). Malign transformasyon olabileceğini gösteren çalışmalar vardır ve bu durum kötü prognozladır. Kronik rekürren pilonidal hastalığı olanlarda uygulanacak cerrahi yöntemlerde iş gücü kaybını, tam iyileşme ve nüks oranlarını bilmek birinci basamaktaki hekimin görevi olmalıdır.

Tedavi

Pilonidal sinusün esas olarak bir enfeksiyon hastalığı olduğu düşüncesiyle birinci basamak hekimlerince ilk olarak antibiyoterapi ve konservatif yöntemler uygulanmaktadır. Buna rağmen pilonidal sinüsün esas tedavi yöntemi cerrahidir. Tedavi seçenekleri lezyonun yaygınlığına ve akut-kronik komplike durumuna göre farklılıklar gösterir. Bugün yaygın olarak kabul gören ve hastalığın akkiz olduğunu kabul eden bakış açısına göre hastalığın altta yatan

etkenlerinden olan kötü hijyen, aşırı kıllanma ve mekanik travma gibi etkenler önemlidir. Sonuç olarak hastalığın tedavisine yaklaşımda konservatif davranmak genel olarak kabul görmektedir(19,23,24). Yine birinci basamakta rahatlıkla uygulanabilecek bir tedavi yöntemi abse drenajıdır. Enfeksiyon abse formuna dönüştüğünde ve yetersiz drenaj olduğunda, radikal bir cerrahi öncesi lezyonun hemen insizyon ve drenajı yapılarak enflamasyonun gerilemesi sağlanmalıdır. Akut pilonidal apsenin ayaktan lokal anestezi ile insizyon ve drenajı konusunda görüş birliği mevcuttur. Apsenin, haç şeklinde insizyon ve insizyonun köşelerinden yapılan küçük eksizyonlarla yeterli drenajı sağlanır. Apse duvarının kürete edilip edilmemesi konusunda farklı görüşler mevcuttur. Yapılan çalışmalarda bu tedavinin kür oranı %76 olarak bildirilmiştir(24). Ek olarak basit drenaja göre, drenaj ve küretajın birlikte uygulanmasının semptomların daha hızlı gerilemesini sağladığı bilinmektedir.

İnatçı kronik pilonidal sinüslerin altında yatan sebep çoğunlukla insizyon ve drenaj ile tedavi uygulanmış pilonidal apselerdir. Bu hastalar konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmekle beraber çoğunlukla cerrahi girişim tercih edilir(18). Cerrahi yaklaşımda, düşük rekürrens, hızlı ve sorunsuz iyileşme sağlama seçimi etkileyen faktörlerdir. Uygulanan cerrahi girişimler hastalıklı dokunun geniş eksizyonu ve yaranın farklı yöntemlerle kapatılmasını kapsar. Yara açık bırakılarak sekonder iyileşme beklenir; marsupialize edilebilir, primer kapatılabilir veya flep kullanılarak kapatılabilir. Bu noktada birinci basamak hekimleri hastayı genel cerrahi uzmanına yönlendirme, hastaya destek olma ve hastayı bilgilendirme rolünü üstlenirler. Hastalar ameliyat konusunda genellikle çok endişeli olurlar ve cerrahi kararını çok zor verirler. Sinüs traktlarının açılması ve sekonder iyileşmeye bırakılması uzun süreli hospitalizasyon gerektiren, iş gücü kaybının fazla olduğu, iyileşme süresi 27-40 gün arasında değişen ve rekürrensi % 1-19 arasında olan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemde birinci basamak hekimince yapılacak günlük pansumanlar ve hasta eğitimiyle kılların traşlanması önemlidir. Marsupializasyon; sinüs granülasyon dokusunun eksizyonu ve yara dudaklarının korunmuş fibröz dokuya tespiti şeklinde olan bir cerrahi yöntemdir. Küretaj, debrütman ve kılların alandan uzaklaştırılması bakımın esaslarındandır. İyileşme süresi ortalama 4 hafta, rekürrens %1-6 arasındadır.

Pilonidal hastalıktan korunmada, kaba etlerin birleştiği bölgenin temiz tutulması önemli bir yer tutar. Bu

konuda koruyucu hekimlik açısından toplumu bilgilendirmek pratisyen hekimlere düşen bir görevdir. Sosyal yaşamda sıkıntı yaratan bir hastalık olduğundan, hastalara psikososyal destek de sağlanması gerekir. Cerrahi işlem sonrası hastaya verilecek bakım da, birinci basamakta çalışan hekimler tarafından bakımın sürekliliği esası çerçevesinde düzenlenmelidir.

Kaynaklar

1. Anderson AW. Hair extracted from an ulcer. Boston Med. Surg. J.1874; 36-74
2. Warren JM. Abscess containing hair on the nates. Am. J. Med. Sci.1854; 55-113
3. Hodges RM. Pilonidal Sinus. Boston Med. Surg. J. 1880; 103: 456
4. Patey DH and Scharff RW. Pathology of postnatal pilonidal sinus; Its bearing on treatment. Lancet 1946; (2): 484
5. Palmer WH. Pilonidal Disease, A new concept of pathogenesis. Dis. Colon Rectum. 1959; 2 :303
6. Page GH. The entry of hair into apilonidal sinus. Br.J.Surg.1969; (56): 32
7. Pekmezci S. Malignant Dejunction: an unusual complication of pilonidal sinus disease. Eur. J. Surg. Jun 2001;167(6) 475- 7
8. Kulaylat MN. Multimodality treatment of squamoz cell carsinoma complicating pilonidal disease. Am. Surg.Nov 1996; 62 (11):922- 9
9. Miocinovic M. The prevalance of anaerobic infection in pilonidal sinus of the sacrococcygeal region and its effect on the complications. Acta Med. Croatica 2001; 55 (2) : 87-90
10. Bale PM. Ependymal rests and subcutaneous sacrococcygeal ependymoma. Pathology 1980; 12: 237-43
11. Brihaye J. Rectomenigeal fistula in dysraphic states. Surg. Neurol. 1978; (10): 93-5
12. Holmes LB. Hereditary pilonidal sinus. Jama 1969; (209): 1525-6
13. Clothier PR. The natural history of the postanal pilonidal sinus. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1984; (66): 201-3
14. Price ML. Normal body hair-a review. Clin. Exp. Dermatol. 1985; (10):87-97
15. Karydakos GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process.Aust. N.Z.J. Surg. 1992; (62):385-389
16. Cubukcu A. The role of obesity on the recurrences of pilonidal sinus disease in patients who were treated by excision and Limberg flap transposition. Int. J. Colorectal Dis. Jun 2000 15(3): 173-5
17. Bissett IP. The management of patients with pilonidal disease - a comparative study. Aust N.Z.J. Surg.1987; (V57): 939-42
18. Berger A. Pilonidal sinus Ann.1995; Chir. 49(10): 889-

901

19. Armstrong JH. Pilonidal sinus Disease - The conservative approach. Arch Surg. Sep. 1994; 129 (9): 214-7
20. Spivak H. Treatment of chronic pilonidal disease. Dis. Colon Rectum Oct. 1996; 39(10): 1136-9
21. Sondena K. Morbidity and short term results in a randomize trial of open compared with closed treatment of chronic pilonidal sinus. Eur. J. Surg. Jun-Jul 1992; 158 (6-7); 351-5
22. Hasse FM. The Dufourmental flap-plasty for treatment of chronic pilonidal sinus Chirurg; Jun. 1998; 69(6): 663-6
23. Da Silva Jh. Pilonidal Cyst:cause and treatment. Dis Colon Rectum. Aug 2000; 43(8): 1146-56
24. Jensen SL. Prognosis after simple incision and drainage for a first episode acute pilonidal abscess. Br. J. Surg. Jan 1988; 75(1): 60-1