

Sakrokoksigeal pilonidal sinus eksizyonu sonrası yara iyileşmesinde sıcak su banyosunun etkinliği

The effectiveness of the hot water baths on the wound healing after excision of sacrococcygeal pilonidal sinus

H.Murat ÇAYCI¹,
Yaşar BOZKURT²,
Hıdır SARI³,
Salim BİLİCİ⁴,
Murat KAPAN⁵

*Güneydoğu Tıp Merkezi' Genel Cerrahi
ve ²Üroloji Servisi, Diyarbakır.
³ İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı,
Diyarbakır, ⁴ Çocuk Hastanesi Çocuk
Cerrahi Kliniği, Diyarbakır.
⁵ Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,
Diyarbakır.*

E-posta: hmurat.cayci@mynet.com

ÖZET

Bu çalışmada sakrokoksigeal pilonidal sinüsler (SPS)'de primer eksizyon ve marsupializasyon sonrası yara iyileşmesinde sıcak su oturma banyosu ve povidon-iodin pansumanının etkinliğinin karşılaştırılması amaçlandı.

SPS nedeni başvuran 36 hastaya primer eksizyon ve marsupializasyon yapıldı ve postoperatif dönemde randomize prospektif olarak 18 hastaya günde iki kez sıcak su oturma banyosu (Grup 1), diğer 18 hastaya (Grup 2) iki günde bir povidon-iodinle pansuman yapıldı. Gruplar arasında yara iyileşme hızları (uzunluk, genişlik, derinlik), komplikasyon, nüks ve kapanma süreleri karşılaştırıldı.

Ortalama hasta yaşları; Grup 1'de 25.5 (15-45) ve Grup 2'de 22.6 (16-37) idi. Postoperatif 1. gün; Grup 1'in ortalama yara uzunluğu 3.85 cm, ortalama yara genişliği 1.77 cm, ortalama yara derinliği 1.47 cm iken, Grup 2'de sırasıyla 3.68 cm, 1.5 cm ve 1.37 cm'di. Ortalama yara kapanma süreleri, Grup 1'de 38.7 (27-59) gün, Grup 2'de 40.8 (23-62) gündü. Değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (P>0.05).

Sıcak su oturma banyosu her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş olsada yara iyileşmesinde olumlu yönde etkileyen, pratik alternatif bir tedavi yöntemi olabilir.

Anahtar kelimeler: Pilonidal sinüs, sıcak su oturma banyosu, povidon-iodinle pansuman

ABSTRACT

The aim of this study was to compare hot water baths with "dressing a wound with povidon-iodin" at wound healing after primer excision of sacrococcygeal pilonidal sinus (SPS).

Thirty six patients with SPS are randomly treated prospective by primary excision and marsupialization. During postoperative period, 18 patients (Group 1) are followed with hot-water and other 18 patients (Group 2) with povidine-iodine dressing. Healing periods (length, wideness and deepness), complications, recurrence and wound closure times between the two groups analyzed.

Average patient ages are 25.5(15-45) in group 1 and 22.6(16-37) in group 2. On the postoperative first day, mean wound lengths are 3.85 cm and 3.68 cm, mean wound broadness are 1.77 cm and 1.5 cm and mean wound deepness are 1.47 cm and 1.37 cm in order for first and second groups. Wound closure times are 38.7 (27-59) and 40.8 (23-62) days for first and second groups. There is no significant difference between the two groups (p>0.05).

In conclusion, hot water baths may be a alternative treatment method contributing positively to wound healing.

Keywords: Pilonidal sinus, hot water baths, povidon-iodin wound dress

Geliş Tarihi / Received: 12.11.2008,
Kabul Tarihi / Accepted: 16.12.2008,
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2009

GİRİŞ

Sakrokoksigeal alanda yerleşen pilonidal sinüs (PS), toplumda 26-700/100.000 sıklığında görülen, sıklıkla 16-20 yaşlardaki erkeklerde görülen ve 25 yaşından sonra görülme sıklığı azalmaya başlayan bir hastalıktır¹. 1880 yılında latince kıl anlamına gelen “pilus” ile yuva anlamına gelen “nidus” kelimeleri bir araya getirilerek “pilonidal sinüs” terimi ortaya çıkmıştır². Pilonidal sinüs hastalığında asemptomatik hastalara tedavi yaklaşımı belirgin olmayıp, semptomatik (akıntı, kanama, enfeksiyon ve abse) hale gelen hastalarda gerekli konservatif tedavi sonrası çoğunlukla cerrahi yöntemler önerilmektedir. Cerrahi tedavi seçenekleri (primer kapama, eksizyon sonrası marsupiyalizasyon veya sekonder iyileşme, Karydakis flep, Limberg flep, V-Y flep rotasyonu gibi) oldukça fazladır. Cerrahi yöntemin seçiminde; maliyet, hastanede kalış süresi, iş gücü kaybı, pansuman sıklığı, anestezi seçimi ve komplikasyonları, hasta uyumu, yandaş hastalıkları, cerrahi yöntemin komplikasyon ve nüks oranları gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız, sakrokoksigeal PS nedeni ile başvuran hastalarda primer cerrahi eksizyon ve marsupializasyon sonrası, sıcak su oturma banyosu ile povidine iyotlu pansuman arasında klinik açıdan fark olup olmadığını araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

11.01.2008 tarihi ile 22.08.2008 tarihleri arasında Özel Güneydoğu Tıp Merkezi Genel Cerrahi polikliniğine başvuran komplike olmamış sakrokoksigeal PS'li 43 hasta çalışmaya alındı. Daha öncesinde ameliyat edilen ve nüksle başvuran hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan hastaların bilgilendirilmiş rıza onamları (hastalık bilgisi, operasyon şekilleri, operasyonların anestezi şekilleri, nüks ve komplikasyon oranları hakkında) alındı ve hastalar ardışık ileriye dönük rastgele gruplara ayrılarak çalışmaya dahil edildiler. Altı aylık sürede toplam 36 hasta çalışmaya alındı ve diğer 7 hasta düzenli kontroller gelmediği için çalışmadan çıkarıldı.

Hastalara prone pozisyonunda ameliyat masasına alındı. Sakrokoksigeal bölge bantlarla ekarte edildikten sonra, lokal anestezi (Lidokaine HCL 40 mg/2ml + Epinefrine 0,025 mg/2ml) sonrası eliptik cilt insizyonu ile hastalıklı doku planlarının sınırları

takip edilerek primer eksizyon yapıldı. Kanama kontrolü (sprey koagülasyon ile) sonrası 2/0 Vicryl (reabsorbabl materyal) ile ortalama 4 adet “U” şeklinde sütür, insizyon hattının üst ve alt köşelerinden (saat 2-3, 4-5, 7-8 ve 10-11 hizasından) cilt altı doku ile derin presakral doku arasında karşılıklı konularak marsupializasyon yapıldı. İşlem sonrası ameliyat bölgesi %0.9 sodyum klorür ile yıkandı ve steril tamponlarla kapatılarak ameliyat sonlandırıldı.

Hastalar ameliyat sonrası hipotansiyon açısından 30 dakika gözlemlenirken sonra, analjezi-antiinflamatuvar ve oral antibiyotik verilerek taburcu edildiler. Hastalar ameliyat sonrası takip döneminde sıcak su oturma banyosu ve klasik povidon iodinle pansuman konusunda bilgilendirilip randomize prospektif olarak postoperatif takip döneminde birinci günden itibaren iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki hastalara, postoperatif birinci günden itibaren günde iki kez 15'er dakikalık ılık su (cildi yakmayacak sıcaklıkta) ile oturma banyosu uygulandı ve banyo sonrası steril temiz bir tamponla yara bölgesindeki seromanın temizlenmesi önerildi. İkinci gruptaki hastalara, ikişer gün aralıklarla povidon-iodin ile pansuman yapıldı. Her iki takip grubunda da ateş, lökositoz, insizyon hattı çevresinde sellülit gibi belirgin enfeksiyon bulguları görülmediği için tekrar antibiyoterapi yapılmamıştır. Hastaların tümüne, yara çevresindeki tüyler temizlemeleri, düzenli olarak banyo yapmaları ve 10. günden itibaren normal fiziksel aktivitelerine geçebilecekleri söylendi. Her iki gruptaki hastalar, düzenli olarak 10 gün aralıklarla kontrollere çağrıldı ve yara iyileşme hızları milimetre cinsinden ölçülüp kaydedildi.

Hazırlanan takip formunda takip edilen parametreler; hastaların yaşı, cinsiyeti, ameliyat sonrası birinci günden başlayarak on günlük aralarla yara iyileşmesi oranları (uzunluk, genişlik, derinlik), erken komplikasyon ve nüks gelişimi, yaranın kapanma süreleri incelendi. Elde edilen veriler, SPSS 16.0 istatistik programı kullanılarak grupların sayısı nedeni ile nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ile iyileşme süreleri ve tedavi grupları açısından değerlendirildi, sayısal verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi ve korelasyon analizleri kullanıldı.

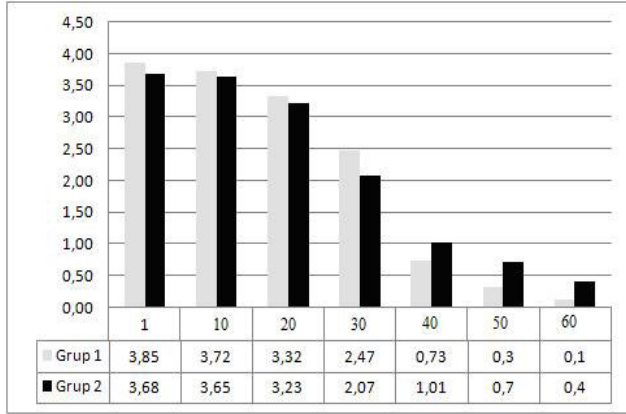
BULGULAR

Çalışmamızda, sıcak su oturma banyosu yapılan (Grup 1) ve klasik pansuman yapılan grupta (Grup 2) 18'er hasta vardı. Her iki grupta da 16 erkek (%88.9)

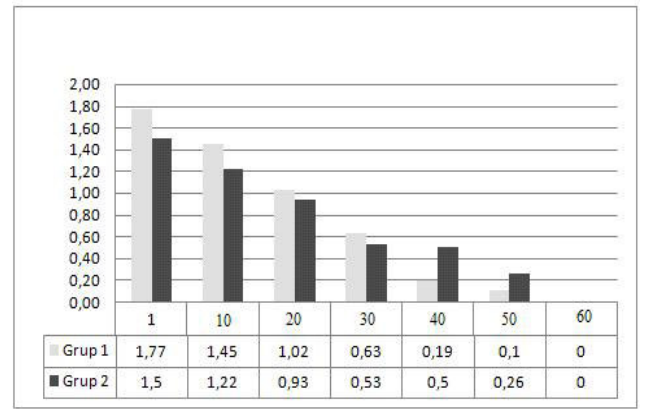
2 kadın (%11.1) hasta vardı. Grup 1'in yaş ortalaması 25.5 (15-45), grup 2'nin ise 22.6 (16-37) yıl olarak saptandı ve her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilemedi ($p>0.05$). Grup 1'de bir olguda, grup 2'de iki olguda postoperatif birinci günde kanama gelişti ve hemostaz yapıldı. Her iki grupta erken dönem nüks saptanmadı.

Postoperatif birinci gün; grup 1'in ortalama yara uzunluğu 3.85 cm, ortalama yara genişliği 1.77 cm, ortalama yara derinliği 1.47 cm iken, grup 2'nin

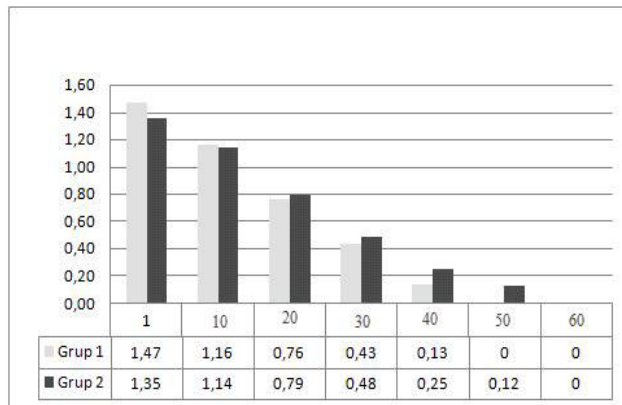
ortalama yara uzunluğu 3.68 cm, ortalama yara genişliği 1.5 cm, ortalama yara derinliği 1.37 cm idi. Hastalarda, 30. günden sonra yara uzunluğunda, genişlik ve derinliğinde sıcak su daha etkin gibi görülmekle birlikte, korelasyon analizlerinde iki grup arasında belirgin istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Grafik 1, 2, 3). Ortalama yara kapanma süreleri, Grup 1'de 38.7 (27-59) gün, Grup 2'de 40,8 (23-62) gün olup, aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



Grafik 1. Hastaların yara uzunluklarına (cm) göre iyileşme süreci.



Grafik 2. Hastaların yara genişliklerine (cm) göre iyileşme süreci



Grafik 3. Hastaların yara derinliklerine (cm) göre iyileşme süreci.

TARTIŞMA

Sakrokoksigeal alanda yerleşimli pilonidal sinüsler, erişkin erkeklerde daha sık görülen, pek mortalitesi olmayan, ancak cerrahisi ve postoperatif yara bakımındaki zorluklar nedeni ile iş gücü kaybına neden olan inflamatuvar karakterli bir hastalıktır. En sık sakrokoksigeal alanda görülmesine rağmen, nadiren göbekte, parmak aralarında, anal kanalda, tırnak altında, saçlı deride, peniste, koltuk altında, klitoriste ve memede görülebilmektedir. Pilonidal sinüs toplumda sık karşılaşılmamasına rağmen, ilk tanımlandığı yıllardan beri hastalığın patogenezi ve tedavi seçiminde belirgin bir standardizasyon oluşmamıştır. Sakrokoksigeal PS, intergluteal aralıkta, orta hatta yerleşimli, genelde birden fazla sinüs deliği bulunan kronik iltihabi bir hastalıktır. İçinde bol miktarda kıl bulunabilmektedir. Üstteki kanallara primer, alttaki kanallara sekonder kanallar ismi verilir. Kıllar, daha çok primer kanalda görülür. Ancak her hastada PS içinde kıl bulunmaz^{3,4}.

Pilonidal sinüsün etiyolojisinde, ilk yıllarda doğuştan faktörler ön plana çıkmışken, günümüzde edinsel faktörler ön plandadır. Konjenital faktörler olarak; medüller kanal teorisi, dermal inklüzyon teorisi, gaga guddeleri ve seks bezler teorisi öne sürülmüştür⁵. Konjenital teorilerden bir başkası ise çocukluk çağında, konjenital traksiyon çukurları hipotezidir⁶. Günümüzde edinsel faktörler suçlanmaktadır. Pubertal dönemde, pilosebase glandlarına seks hormonlarının etkisi ile keratin konsantrasyonu artar ve enfeksiyon gelişimine zemin hazırlanmış olur. Ortaya çıkan enfeksiyon, ilerleyerek sinüs traktına yol açar ve daha sonra gluteus maksimusun hareketlerine bağlı olarak enfeksiyon ciltten daha alt dermis tabakalarına yerleşerek PS oluşumuna neden olur. Enfekte olan PS, traktından drene olarak kronikleşir⁷. Edinsel teorilere destek olarak, çocuklarda nadiren sakrokoksigeal PS olmakla beraber sinüsün içinde kıl yoktur ve iç yüz epiteli kuboiddir. Bu bulgular pilonidal sinüsten farklıdır⁸.

Şişman, dar kalçalı, intergluteal sulkusu derin olan, bölgede yoğun ve sert kılları olan, yağlı cilt yapısı olan esmer tenli erkekler de pilonidal sinüse yatkınlığın olduğu belirtilmiştir⁹. Hastalığın oluşumu için yapılan bir çalışmada üç faktör ön plana

çıkarılmıştır. Bunlar; bölgesel kılların yoğun ve sert yapıda olması, dıştan bu kılları iç kısımlara penetrasyonunu zorlayan bir bası gücü ve cilt yapısının penetrasyona karşı direncinin zayıflığıdır¹⁰. Esmer tenli ve kıl yoğunluğu fazla olan toplumlarda göreceli olarak PS daha sık görülmektedir. Sakrokoksigeal alandaki kıl sayısı, sertliği, yoğunluğu, sık oturma ve oturarak yapılan işlerde yoğun çalışma gibi nedenler PS sıklığının artmasını açıklayabilmektedir¹¹.

PS genç erkeklerde daha sık rastlanmaktadır. Bir çalışmada, 31497 erkek ve 21367 kız öğrenci incelenmiş ve PS sıklığı erkek öğrencilerde %1.1, kız öğrencilerde %0.11 bulunmuştur¹². Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadın erkek oranları 1/6.2 olarak bildirilmiştir¹³. Literatürde ortalama görülme yaşı genelde 20-22 yaşlarıdır¹⁴. Her iki grupta da erkek hastaların oranı %88.9 (1/9) olarak saptandı. Sıcak su kullanılan hastaların yaş ortalaması 25.5 (15-45) iken, klasik pansuman yapılan grupta 22.6 (16-37) yaş olarak saptandı. Bu sonuçlar literatürde verilen erkek hasta sıklığı ve yaş değerleri ile uyumludur. Diğer etiyolojik faktörler açısından yapılan bir çalışmada, ailesel yatkınlık açısından 320 pilonidal sinüs hastası incelenmiş, 38 oranında aile öyküsü saptanmıştır. Bu çalışmada, bölgesel travma, irritasyon, sedanter yaşam, obezite etkili faktörler olarak bulunmuştur¹⁵.

Sakrokoksigeal pilonidal sinüslü hastaların, %78'i akıntı ve %84'ü ağrı şikayetleri ile başvururken, %11'i asemptomatiktir. Hastalık kendini abse formasyonu ile de gösterebilir ve akıntı nedeni ile yapılan yara yeri kültürlerinde en sık E.coli, daha az olarak Proteus şuşları, Beta hemolitik streptokoklar, Pseudomonas ve Stafilokokkus aureus elde edilebilir¹⁶⁻¹⁷. Bu bölgede şikayetleri olan hastaların ayırıcı tanısında hidroadenitis süpürativa, sakrokoksigeal teratomlar, koksix patolojileri (tüberküloz gibi), perianal fistüller, pruritis ani, maligniteler gibi daha seyrek görülebilen hastalıklar akla getirilmelidir.

Sakrokoksigeal sinüsü bulunan hastalarda yapılabilen cerrahi yöntemler çok sayıda olup, her cerrahi yöntemin beraberinde getirdiği anestezi komplikasyonları, operasyon süreleri, hastanede kalış süreleri ve iş gücü kayıpları, yara yeri problemleri ve pansuman sıklığı, nüks oranları gibi faktörler dikkatlice ele alınmalıdır. Yapılan bütün cerrahi

yöntemlerde primer yaklaşım hastalıklı alanın tamamen eksize edilmesidir. Eksizyon sonrası yaklaşımlar değişmekte, farklı tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında Baskom, Lord Millar, primer eksizyon ve sekonder iyileşme, primer eksizyon ve marsupializasyon, çeşitli flep rotasyonları sayılabilir. Nüks oranları %6-20 arasındadır. Çalışmamızda bütün hastalara lokal anestezi sonrası primer eksizyon ve marsupializasyon yapıldı ve marsupializasyonda klasik olarak bütün yara dudakları sütüre edilmedi. Yalnızca yara dudağının ciltaltı kısım ile presakral doku arasında üst ve alt polde (saat 2-3, 4-5, 7-8 ve 10-11 hizasından) ortalama dört adet "U" şeklinde reabsorbabl sütürler konuldu. Geniş sağlıklı dokuda radikal eksizyon yapılmadı. Bazı yazarların¹⁸ önerdiği gibi, radikal eksizyonlara nazaran yalnızca inflamatuvar dokunun eksizyonunun yeterli olduğunu, iyileşme hızını pozitif yönde etkileyeceğini ve nüksleri azaltacağı yönündeki önerilerine uygun ameliyat yapıldı. Primer eksizyon sonrası marsupializasyon yapıldığında, ortalama yara iyileşmesi 4-5 hafta ve nüks oranları da %1-6 arası değişmektedir. Nükslerin önlenmesi ve yara iyileşmesinde sorun olmaması için, hastanın düzenli kontrollere gelinmesi, yara dudakları çevresinde ve yara içinde toplanan kılların temizlenmesi gerekmektedir¹⁹. Çalışmamızda ortalama kapanma süreleri sıcak su oturma banyoları uygulanan grupta 38.7 (27-59) gün, povidon-iodinle pansuman yapılan hastalarda 40.8 (23-62) gün olarak bulundu ve takip süresi olan yaklaşık 6 aylık erken dönemde hastalarda erken nüks saptanmadı. Bu sonuçlar literatürle uyumlu idi¹⁸.

Literatürde yaptığımız taramada, primer eksizyon ve marsupializasyon sonrası sıcak su oturma banyoları için herhangi bir bilgiye ulaşamadık. Sıcak su oturma banyoları anal bölge hastalıkları olan eksternal hemoroid, anal fissür, perianal fistül ve abselerinin tedavisinde lokal termal stimülasyon yaparak ağrının azalmasında ve iyileşmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Uygun hasta seçimleri ile klasik pansumanlar yerine hastanın kendi evinde veya ofis ortamında rahatlıkla yapabileceği sıcak su oturma banyolarının yara iyileşmesinde istatistiksel olarak anlamlı olarak fark saptanmasa da olumlu yönde etkisinin olabileceğine, komplike olmayan vakalarda primer eksizyon ve kısıtlı marsupializasyonun

seçilebileceğine, böylelikle ciddi anestezi riskleri, yara yeri komplikasyonlarının, iş gücü kaybının ve tedavi maliyetinin daha az olacağına, daha fazla sayıda hastanın değerlendirmeye alındığı çalışmaların aydınlatıcı olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Aydede H, Erhan Y, Sakarya A, Kumkumoglu Y. Comparison of three methods in surgical treatment of pilonidal disease. ANZ J Surg 2001; 71: 362-4.
2. Hodges RM. Pilonidal sinüs. Boston Med Surg J 1880; 103: 485-6.
3. Weston SD, Schlachter IS. Pilonidal cyst of the anal canal: a case report. Dis Colon Rectum 1963; 6: 139-41.
4. Kooistra HP. Pilonidal Sinus: a review of the literature and report of 350 cases. Am J Surg 1942; 55: 3-17.
5. Stone HB. The origin of Pilonidal Sinus. Ann Surg 1931; 94: 311-15.
6. Lord PH. Anorectal Problems: etiology of pilonidal sinus. Dis Colon Rectum 1975; 18: 661-4.
7. Bascom J. Pilonidal disease. Origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. Surgery 1980; 87: 567-72.
8. Powell KR, Cherry JD, Hougen TJ, Blinderman EE, et al. A prospective search for congenital dermal abnormalities of the craniospinal axis. J Peadiatr 1975; 87: 744-50.
9. Franckowiak J. The etiology of Pilonidal Sinus. Proc R Soc Med 1960;4:752-5.
10. Karydakos GE: Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. ANZ J Surg 1992;62: 385-9.
11. Oldman JB. Surgery of sacrococcygeal sinus. Dis Colon Rectum 1970; 18:179-86.
12. Franckowiak J, Jackman RJ. The etiology of pilonidal sinus. Dis Colon Rectum 1962; 5: 28-36.
13. Bender O. Pilonidal sinüs tedavisinde Limberg Flep. Cerrahi Tıp Bülteni 1993; 2: 17-20.
14. Manterola C, Barroso M, Araya JC, Fonseca L. Pilonidal disease: 25 cases treated by the Dofourmental technique. Dis Colon Rectum 1991; 34: 649-52.
15. Sondenaa K, Andersen E, Nesvik I, Soreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis 1995; 10: 39-42.
16. Eftaiha M, Abracian H. The dilemma of pilonidal disease: surgical treatment. Dis Colon Rectum 1977; 20: 279-86.
17. Rainsbury RM, Southam JA. Radical surgery for pilonidal sinus. Ann R Coll Eng 1982; 64: 339-41.
18. Da Silva JH. Pilonidal cyst, cause and treatment. Dis Colon Rectum 2000; 42: 1146-56.
19. Sodenna K, Nesvik I, Anderse E, Soreide JA. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial. Eur Surg 1996; 162:237-40.