

## AKUT PİLONİDAL APSE TEDAVİSİNDE İNSIZYON VE DRENAJIN CİLT EKSIZYONU VE KÜRETAJLA KARŞILAŞTIRILMASI

### THE COMPARISON OF INCISION AND DRAINAGE WITH SKIN EXCISION AND CURETTAGE IN THE TREATMENT OF ACUTE PILONIDAL ABSCESS

Dr. Ramazan ERYILMAZ, Dr. Mustafa ŞAHİN, Dr. Orhan ALİMOĞLU, Dr. Bülent KAYA

#### ÖZET

**Amaç:** Akut pilonidal apse tedavisinde insizyon ve drenaj işlemi, cilt eksizyonu ve küretaj işlemiyle karşılaştırmak.

**Gereç ve yöntem:** Bu prospektif çalışmada akut pilonidal apse tanısı ile başvuran hastalar iki gruba ayrıldı. Bir gruba insizyon ve drenaj, diğer gruba cilt eksizyonu ve küretaj işlemi uygulanarak hastaların iyileşme süreleri, aktif işe dönme süreleri ve kronik pilonidal sinüs gelişimi oranları kaydedilerek ki-kare ve student-t testi ile iki yöntem karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Kronik pilonidal sinüs gelişimi insizyon ve drenaj uygulanan hastalarda %76, cilt eksizyonu ve küretaj uygulananlarda %24 bulundu ( $p<0.001$ ). İnsizyon ve drenaj işlemiyle iyileşme süresi ve aktif işe dönme süresi sırasıyla 19 ve 26 gün, cilt eksizyonu ve küretaj işlemiyle 27 ve 35 gün olarak bulundu ( $p<0.001$ ).

**Sonuçlar:** Cilt eksizyonu ve küretaj düşük kronik pilonidal sinüs gelişimi oranıyla akut pilonidal apse tedavisinde tercih edilebilecek bir yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** Pilonidal apse, insizyon, drenaj, eksizyon, küretaj

#### ABSTRACT

**Background:** To compare therapeutic values of incision and drainage, with skin excision and curettage in surgical treatment of the patients with acute pilonidal abscess.

**Methods:** In this prospective study, patients with acute pilonidal abscess were divided into two groups. The first group of patients were treated with incision and drainage and the second with skin excision and curettage. Two treatment modalities were compared in terms of healing time, time of returning to active work and development of chronic pilonidal sinus rates with chi-square and student-t test.

**Results:** Development of chronic pilonidal sinus rate was 76% in incision and drainage group and 24% in skin excision and curettage group ( $p<0.001$ ). Healing time and time of returning to active work were 27 and 35 days in skin excision and curettage group, 19 and 26 days in incision and drainage group, respectively ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Skin excision and curettage, which is associated with lower rates of development of chronic pilonidal sinus, may be the treatment of choice in acute pilonidal abscess.

**Key words:** Pilonidal abscess, incision, drainage, excision, curettage

#### GİRİŞ

Pilonidal sinüs en sık sakrokoksigeal bölgede rastlanan, günlük aktiviteyi ve yaşam konforunu bozan, uzun iş gücü kaybına yol açan bir hastalıktır. Pilonidal sinüste çok sayıda tanımlanmış konservatif ve cerrahi tedavi yöntemi olmasına rağmen nüks oranları hala yüksek olup, ideal standart tedavi arayışı sürmektedir.<sup>1-8</sup> Sakrokoksigeal pilonidal sinüsün ortalama yarısının ilk ortaya çıkışı apse ile olur.<sup>9,10</sup> Pilonidal apse infekte kıl foliküllerinin cilt altı dokuya doğru ilerlemesiyle veya mevcut pilonidal granülomun akut inflamasyonu ile meydana gelir.<sup>11,12</sup> Pilonidal apse drene edilmezse geniş doku hasarına ve sepsise yol açabilir. Pilonidal apse ataklarıyla de-

vam eden pilonidal sinüs anal kanala veya perianal bölgeye yayılabilir.<sup>13,14</sup>

Pilonidal apsenin klasik tedavisi insizyon ve basit drenaj olup böylece apsenin geniş doku hasarı yapması önlenir ve hasta rahatlatılır. Ancak basit drenaj sonrası %16-92.5 arasında kronik pilonidal sinüs gelişmekte ve cerrahi tedavi gerektirmektedir.<sup>15-17</sup> Pilonidal apse tedavisinden sonra kronik pilonidal sinüs gelişme riskini azaltmak için çeşitli yöntemler önerilmiştir. Biz bu prospektif randomize çalışmada akut pilonidal apse tedavisinde insizyon ve basit drenaj işlemi cilt eksizyonu ve küretaj işlemiyle kronik pilonidal sinüs gelişme oranı, iyileşme süresi ve aktif işe dönme süresi açısından karşılaştırdık.

**GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu prospektif randomize çalışma Temmuz 1998- Temmuz 2001 tarihleri arasında Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi I. Cerrahi Kliniğinde akut pilonidal apseye başvuran 63 hastada gerçekleştirilmiştir. Kronik

rıldı. Hastalar 12-48 ay arasında ortalama 26 ay takip edildi. Hastaların iyileşme süreleri, aktif işe dönme süreleri ile kronik pilonidal sinüs gelişme oranları Tablo I' de gösterilmiştir.

İnsizyon ve drenaj yapılan olgularda kronik pilo-

**Tablo 1.** Yöntemlerin karşılaştırılması ve p değerleri

Yöntemlerin karşılaştırılma kriterleri	İnsizyon ve drenaj (n=25)	Cilt eksizyonu ve küretaj (n=22)	P değerleri
Nüks (%)	19 (%76)	5 (%24)	P<0.001
İyileşme süresi (ortalama) / gün	13-32 (19)	17-44 (26)	P<0.001
Aktif işe dönme süresi (ortalama) / gün	15-35 (27)	18-49 (35)	P<0.001

pilonidal sinüs zemininde ortaya çıkan akut apse atakları çalışma dışı bırakıldı. İlk kez pilonidal apse ile başvuran tüm hastalar çalışmaya alındı ve hastalara sırasıyla birebir insizyon ve basit drenaj veya cilt eksizyonu ve küretaj işlemi uygulandı.

Her iki yöntem lokal anestezi altında gerçekleştirildi. Bölge tıraş edilerek povidon-iodinle silindi. Hastalara prone pozisyonunda fluktuasyon veren alan ve çevresine yeterli miktarda lidokain HCl 40mg/2ml + epinefrin 0.025mg/2ml infiltrasyonu yapıldı. Apsenin fluktuasyon veren kısmında orta hatta paralel vertikal insizyon yapılarak pürülan mayi boşaltıldı. Kavite önce hidrojen peroksitle sonra serum fizyolojik ile yıkanarak açık drenaja bırakıldı. Hastaya ilk 3 gün, günde 2 defa daha sonra iyileşinceye kadar günde bir defa serum fizyolojikle pansuman yapıldı. Cilt eksizyonu ve küretaj uygulanan hastalara fluktuasyon alanında ortalama 3x2 cm.lik cilt eksizyonu yapıldı. Apse boşaltıldıktan sonra küret ile tüm kavite kürete edildi ve hidrojen peroksit ile loj yıkanarak küretaj sonrası kalan materyal dışarı alındı. İlk 3 gün, günde 2 defa daha sonra günlük serum fizyolojikli pansumanlar yapıldı. Her iki işlem öncesi hastalara 1 gr. Cefazolin sodium ve 80 mg gentamisin sülfat İM uygulanırken takip eden 5 gün peroral sulbaktam+ampisilin verildi. Hastalara postoperatif dönemde bölgenin tıraş edilmesi ve vücut hijyenine dikkat edilmesi tavsiye edildi. Hastaların iyileşme süresi, aktif işe dönme süresi ve nüks oranları tespit edilerek ki-kare ve student-t testi ile iki yöntem karşılaştırıldı.

**BULGULAR**

Akut pilonidal apseye başvuran 63 hastanın 54'ü erkek (%86), 9'u kadındı (%14). Hastaların 32'sine insizyon ve basit drenaj, 31'ine cilt eksizyonu ve küretaj işlemi uygulandı. İnsizyon ve basit drenaj uygulanan hastaların 7'si, cilt eksizyonu ve küretaj uygulanan hastaların 9'u ile takip süresinde çeşitli dönemlerde iletişim kaybı olduğu için çalışmadan çık-

nidal sinüs gelişme sıklığı cilt eksizyonu ve küretaj yapılan olgulara göre ki-kare testinde anlamlı derecede fazla idi ( $\chi^2=13.29$ ;  $p<0.001$ ). Cilt eksizyonu ve küretaj uygulananlarda iyileşme süresi ve aktif işe dönme süresi insizyon ve drenaj işlemi uygulananlara göre student-t testinde anlamlı olarak daha uzun idi ( $p<0.001$ ).

**TARTIŞMA**

Pilonidal sinüs en sık sakrokoksigeal bölgede bulunur. Pilonidal sinüs etyolojisinde doğumsal teoriler yerini edinsel teorilere bırakmıştır.<sup>4,10,15-18</sup> Sakrokoksigeal bölgede cilt altına penetre olan kılların yabancı cisim reaksiyonuna yol açarak hastalığı başlattığı genel kabul gören teoridir.<sup>11,12,19</sup> Karydakıs kıl penetrasyonu için gerekli 3 faktör olduğunu bildirmiştir. Birinci faktör kıl olup sayısı, şekli ve keskinliği hastalığı başlatmada önemlidir. İkinci faktör kıl penetrasyonunu başlatan güç olup natal oluğun derinliği ve darlığı gluteaların sürtünmesiyle kıl penetrasyonunu başlatır. Üçüncü faktör penetrasyona uygun zayıf cilt yapısıdır.<sup>20,21</sup>

Pilonidal hastalık akut pilonidal apse veya kronik akıntılı sinüsle ortaya çıkar. Kronik pilonidal sinüsün tedavisi cerrahi olup yüksek kronik pilonidal sinüs gelişme oranları nedeniyle çok sayıda ameliyat yöntemi tanımlanmıştır.<sup>1,4-6,9,20,22-27</sup>

Akut pilonidal apsenin klasik tedavisi olan insizyon ve basit drenaj sonrası kronik pilonidal sinüs gelişme oranı oldukça yüksektir (%16-92.5). Goodall,<sup>17</sup> akut apsenin insizyon ve drenaj sonrası kronik pilonidal sinüs gelişme oranını %92.5 olarak tespit etmiştir. Jensen ve Harling,<sup>28</sup> lokal anestezi altında pilonidal apselere insizyon ve basit drenaj uyguladılar ve hastaların %58'inde 10 hafta içinde tam iyileşme sağladılar. Tam iyileşme sağlanamayanlar genelde çok sayıda sinüs ağzı ve traktı olan hastalardı. Tam iyileşme sağlananların 60 aylık takiplerinde %21 oranında kronik pilonidal sinüs gelişti. Mc La-

ren,<sup>29</sup> insizyon ve drenaj uyguladığı pilonidal apse-lerde %40 hastada cerrahi girişim ihtiyacı olduğunu bildirdi. Matter ve ark.,<sup>15</sup> akut pilonidal apselerde insizyon ve drenajla %16 nüks belirtirken, eksizyon ve kapama (packing) ile %12 oranında kronik pilonidal sinüs gelişimi saptamışlardır. İnsizyon ve drenaj işleminde hastanede yatış süresi ortalama 3 (0-12) gün, iyileşme süresi ortalama 30 (10-60) gün bulunurken, eksizyon ve kapama (packing) işleminde hastanede kalış süresi ortalama 4 (2-8) gün, iyileşme süresi aynı şekilde ortalama 30 (15-70) gün olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda insizyon ve drenaj uygulanan apselerde iyileşme süresi ortalama 19 (13-32) gün olarak bulunurken, cilt eksizyonu ve küretaj uygulananlarda 26 (17-44) gün olarak bulundu. İnsizyon ve drenaj uygulananlarda iyileşme süresi anlamlı olarak kısa idi. Biz işlemleri lokal anestezi altında poliklinik şartlarında uyguladık ve hastane yatışı yapmadık.

Akut pilonidal apselerde insizyon ve basit drenaj sonrası kronik pilonidal sinüs gelişim riskini azaltmak için çeşitli yöntemler uygulanmıştır. Hanley,<sup>30</sup> apse drenajı ve sinüs eksizyonu ile çok iyi sonuçlar aldığını bildirmiştir. Millar ve Lord,<sup>31</sup> akut pilonidal apse ve kronik pilonidal sinüste lokal anestezi altında eksizyon ve mekanik temizlik yöntemiyle %97 başarı saptadıklarını bildirdiler. Edwards<sup>32</sup> bu yöntemi uyguladığı olgularda girişim sonrası tedaviye düzenli devam edenlerde kronik pilonidal sinüs gelişme oranını %11, etmeyenlerde %57 olarak saptarken, tüm olgular değerlendirildiğinde iyileşme süresini ortalama 39 (15-365) gün, nüks olgular değerlendirildiğinde ortalama 54 gün olarak bildirdi. Shpitz ve arkadaşları,<sup>33</sup> akut pilonidal apseyi drene ettikten sonra kaviteyi ve sinüs traktlarını elektrokoagülasyonla eksize ederek çok iyi sonuçlar elde ettiklerini bildirdiler. Meban ve Hunter,<sup>34</sup> apselere minimal eksizyon ve marsupiyalizasyon yaparak başarılı sonuçlar aldıklarını bildirdiler. Courtney ve Merlin,<sup>35</sup> akut pilonidal apse de insizyon, küretaj ve lokal %2'lik fusidik asit jel uygulamasıyla primer kapama işlemini gerçekleştirdiler. Serilerinde %13 kronik pi-

lonidal sinüs gelişimi oranı bildirdiler. Simms ve Curran,<sup>36</sup> piyojenik yumuşak doku apselerinde insizyon ve basit drenaj ile insizyon, küretaj ve primer sütürü karşılaştırdılar. Olguların %35'inde sütüre yaralarda primer iyileşmenin başarısızlığa uğradığını bildirdiler. Bascom,<sup>37</sup> pilonidal sinüste temel etyolojik faktör olarak kılı değil, kıl foliküllerini sorumlu tutmuştur. Bascom apseye basit drenaj uyguladıktan ortalama 5 gün sonra epitelize pilonidal sinüs ağzının küçük bir insizyonla eksize edilerek erken kronik pilonidal sinüs gelişimi oranının ortalama %15'e düşürülebileceğini öne sürmüştür.<sup>9</sup> Silva,<sup>18</sup> insizyon ve küretaj işleminin kronik pilonidal sinüs yanında akut pilonidal apselerde de uygulanabileceğini savunmuştur. Bu yöntemle Silva %1.25 kronik pilonidal sinüs gelişimi bildirmiştir. Isbister ve Prasad,<sup>26</sup> akut pilonidal apse ve kronik pilonidal sinüs tedavisinde ayırımın gereksiz olduğunu savunarak açık bırakma yönteminin her iki durumda da başarıyla uygulanabileceğini öne sürmüşlerdir. 323 olguların 177'si akut pilonidal apse olup açık bırakma yöntemi ile %12 kronik pilonidal sinüs gelişimi oranı bildirmişlerdir.

Bu çalışmada cilt eksizyonu ile amacımız hem apsenin daha kolay drene olmasını, hem de kavitenin daha kolay kürete edilmesini sağlamaktır. İnsizyon ve drenaj uygulanan olgularda kronik pilonidal sinüs gelişme riski cilt eksizyonu ve küretaj işlemi uygulananlara göre anlamlı olarak daha fazla idi ( $p<0.001$ ). Ancak cilt eksizyonu ve küretaj işlemi uygulanan olgularda iyileşme süresi ve aktif işe dönme süresi insizyon ve basit drenaj işlemi uygulananlara göre anlamlı olarak daha uzun sürmektedir ( $p<0.001$ ). Nükseden olgular ileri cerrahi girişim gerektirmekte, işgücü ve ekonomik kayıplara yol açmakta olup halen en iyi cerrahi yöntem konusunda da fikir birliği yoktur.

Akut pilonidal apse tedavisinde uygulanacak ilk girişim önemlidir ve kronik pilonidal sinüs gelişme riski daha düşük yöntemler uygulanmalıdır. Bizim çalışmamızın sonucuna göre insizyon ve drenaj yerine, cilt eksizyonu ve küretaj akut pilonidal apse tedavisinde tercih edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Urhan MK, Kucukel F, Topgul K, and et al. Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: results of 102 cases. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:656-659.
2. Ağca B, Altınlı E, Duran Y, ve arkadaşları. Pilonidal sinüs tedavisinde Limberg flep ve primer onarımın karşılaştırılması. *Çağdaş Cerrahi Dergisi*. 2002;3:152-154.
3. Kapan M, Kapan S, Pekmezci S, and et al. Sacrococcygeal pilonidal sinus disease with Limberg flap repair. *Tech Coloproctol*. 2002;6:27-32.
4. Al-Jaberi TMR. Excision and simple primary closure of chronic pilonidal sinus. *Eur J Surg*. 2001;167:133-135.
5. Senepati A, Cripps NP, Thompson MP. Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. *Br J Surg*. 2000;87:1067-1070.
6. Akinci OF, Coskun A, Uzunkoy A. Simple and effective treatment of pilonidal sinus: asymmetric excision and primary closure using suction drain and subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:701-706.

7. Erdem E, Sungurtekin U, Nessar M. Are postoperative drains necessary with the Limberg flap for treatment of pilonidal sinus? *Dis Colon Rectum*. 1998;41:1427-1431.
8. Bozkurt MK, Tezel E. Management of pilonidal sinus with Limberg flap. *Dis Colon Rectum*. 1998;41:775-777.
9. Bascom J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum*. 1983;26:800-807.
10. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg*. 1990;77:123-132.
11. Cubukcu A, Gonullu NN, Paksoy M, and et al. The role of obesity on the recurrence of pilonidal sinus disease in patients, who were treated by excision and Limberg flap transposition. *Int J Colorectal Dis*. 2000;15:173-175.
12. Akinci OF, Bozer M, Uzunkoy A, and et al. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg*. 1999;165:339-342.
13. Accarpio G, Davini MD, Fazio A, et al. Pilonidal sinus with an anal canal fistula. Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1988;31:965-967.
14. Vallance S. Pilonidal fistulas mimicking fistulas-in-ano. *Br J Surg*. 1982;69:161-162.
15. Matter I, Kunin J, Schein M, et al. Total excision versus non-resectional methods in the treatment of acute and chronic pilonidal disease. *Br J Surg*. 1995;82:752-753.
16. Surrell JA. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am* 1994;74:1309-1315.
17. Goodall P. The aetiology and treatment of pilonidal sinus: a review of 163 patients. *Br J Surg*. 1961;49:212-218.
18. Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1146-1156.
19. Patey DH. A reappraisal of the acquired theory of sacrococcygeal pilonidal sinus and an assessment of its influence on surgical practice. *Br J Surg*. 1969;56:463-466.
20. Karydakos GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg*. 1992;62:385-389.
21. Anyanwu AC, Hossain S, Williams A, et al. Karydakos operation for sacrococcygeal pilonidal sinus disease: experience in a district general hospital. *Ann R Coll Surg Engl*. 1998;80:197-199.
22. Petersen R, Koch R, Stelzner S, et al. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1458-1467.
23. Lavelle M, Jafri Z, Town G. Recurrent pilonidal sinus treated with epilation using a ruby laser. *J Cosmet Laser Ther*. 2002;4:45-47.
24. Bascom J, Bascom T. Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures. *Arch Surg*. 2002;137:1146-1150.
25. Dylek ON, Bekereciodlu M. Role of simple V-Y advancement flap in the treatment of complicated pilonidal sinus. *Eur J Surg*. 1998; 164: 961-964.
26. Isbister WH, Prasad J. Pilonidal disease. *Aust N Z J Surg*. 1995;65:561-563.
27. Urhan MK, Bozkurt MK, Sarı S. Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde rombik eksizyon ve Limberg flep ile kapatmanın oblik eksizyon ve primer kapatma yöntemiyle karşılaştırılması. *Çağdaş Cerrahi Dergisi*. 1994;8:107-113.
28. Jensen SL, Harling H. Prognosis after simple incision and drainage for a first-episode acute pilonidal abscess. *Br J Surg*. 1988;75:60-61.
29. McLaren CA. Partial closure and other techniques in pilonidal surgery: an assessment of 157 cases. *Br J Surg*. 1984;71:561-562.
30. Hanley PH. Acute pilonidal abscess. *Surg Gynecol Obstet*. 1980;150:9-11.
31. Lord PH, Millar DM. Pilonidal sinus: A simple treatment. *Br J Surg*. 1965;52:298-300.
32. Edwards MH. Pilonidal sinus: a 5 year appraisal of the Millar-Lord treatment. *Br J Surg*. 1977;64:867-868.
33. Shpitz B, Kaufman Z, Kantarovsky A, et al. Definitive management of acute pilonidal abscess by loop diathermy excision. *Dis Colon Rectum*. 1990;33:441-442.
34. Meban S, Hunter E. Outpatient treatment of pilonidal disease. *Can Med Assoc J*. 1982;126:941.
35. Courtney SP, Merlin MJ. The use of fusidic acid gel in pilonidal abscess treatment: cure, recurrence and failure rates. *Ann R Coll Surg Engl*. 1986;68:170-171.
36. Simms MH, Curran F, Johnson RA, et al. Treatment of acute abscesses in the casualty department. *Br Med J*. 1982;284:1827-1829.
37. Bascom J. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery*. 1980;87:567-572.