

Pilonidal Sinüs'ün Cerrahi Tedavisinde Limberg Flep ile Modifiye Limberg Flep Karşılaştırılması

Comparison of Limberg Flap and Modified Limberg Flap in the Surgical Treatment of Pilonidal Sinus

Acar AREN, Alper Dursun ŞAĞBAN, Aylin Hande GÖKÇE

ÖZET

Amaç: Pilonidal sinüs, sakrokoksigeal bölgede en sık rastlanan hastalıktır. Bu prospektif çalışmada, iki farklı cerrahi tedavi yöntemi uygulanan pilonidal sinüslü olguların takip sonuçları sunuldu.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, 2007 - 2009 yılları arasında cerrahi polikliniğine başvuran ve kronik pilonidal sinüs hastalığı tanısı konan olgular üzerinde prospektif randomize klinik çalışma planlandı. Olgular iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki olgulara tedavide rhomboid sinüs eksizyonu ve Limberg flep yöntemi uygulandı (Grup A, n=50). İkinci gruptaki olgulara rhomboid sinüs eksizyonu ve insizyon hattını orta hattın uzaklaştırılan modifiye Limberg flep yöntemi uygulandı (Grup B, n=50). Sonuçlar karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 100 hastanın 13'ü kadın 87'si erkekti. Her iki grupta da şikayetler ve nüks oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. Ancak, yara yeri ayrışmasının görülme oranları Limberg flepte modifiye Limberg flebe oranla iki kat daha fazla olduğu gözlemlendi. Bu çalışmada uygulanan modifiye Limberg flep yönteminin elimizdeki en iyi tedavi şekillerinden bir tanesi olan Limberg flep yöntemi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da yara yeri ayrışması oranlarını daha aşağılara çektiğini gördük.

Sonuç: Pilonidal sinüs hastalığının cerrahi tedavisinde modifiye Limberg flep tekniğinin uygulanması güvenilir bir yöntemdir. Bu konuda kontrolü randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Modifiye Limberg flep; pilonidal sinüs; rhomboid sinüs eksizyonu.

SUMMARY

Objectives: Pilonidal cysts are most frequently located in the sacrococcygeal region. In this prospective study, we aimed to present the results of follow-up studies of two groups of pilonidal cyst cases who had different surgical treatments.

Methods: This prospective and randomized study was planned for patients who applied to surgical clinics between 2007-2009 and were diagnosed as chronic pilonidal sinus disease. All cases were divided randomly into two groups. In the first group, patients underwent rhomboid sinus excision and Limberg flap method (Group A, n=50). In the second group, patients underwent rhomboid sinus excision and modified Limberg flap with no midline incision (Group B, n=50). The results were compared.

Results: The study group consisted of 13 female and 87 male patients in total. When the two groups were compared, there was no significant difference between complaint and relapse rates. However, in Group A, surgical wound dehiscence rates were two-fold more than in Group B. In this study, we found that rhomboid sinus excision and modified Limberg flap method in the treatment of pilonidal sinus was as safe and efficient as the Limberg flap method. Although not statistically significant, we also observed less surgical wound dehiscence when using the modified Limberg flap method.

Conclusion: Consequently, in managing pilonidal sinus disease, the modified Limberg flap method can be considered a reliable modality, but more randomized controlled studies are needed.

Key words: Modified Limberg flap; pilonidal sinus; rhomboid sinus excision.

GİRİŞ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs genç erişkinler arasında sık görülen bir hastalıktır. En sık 15-30 yaş grubunda, puberteden sonra seks hormonlarının pilosebace bezleri ve sağlıklı kılları etkilediği dönemde görülür. Pilonidal sinüs hastalığı nadiren 40 yaş üzerinde başlar.^[1]

Pilonidal sinüs hastalığının insidansı yaklaşık %0,7'dir. Kadınlarda hastalığın ilk görülme yaşı erkeklerden daha öncedir ve bunun olası nedeni daha erken pubertedir.^[1] Hastalığın etyolojisini açıklamak amacı ile birçok teori ortaya atılmış olup günümüzde etyolojisi tam aydınlatılamamakla beraber doğuştan ve edinsel teoriler ortaya konulmuştur. Etiyolojisi gibi tedavisi ve takibi de halen tartışmalıdır. Tedavisinde kistotomi, Bascom ameliyatı, sinüs eksizyonu, eksizyon sonrası primer veya fleplerle kapama gibi birçok yöntem tanımlanmıştır.^[1,2] Tedavide ana prensip hastanın normal yaşama bir an önce dönmesini sağlamak ve nüksleri ortadan kaldırmaktır.

Prospektif olarak gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada, son yıllarda sıkça uygulanan ve nüks oranlarının oldukça düşük görüldüğü Limberg flep tekniği ile modifiye Limberg flep tekniğini karşılaştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

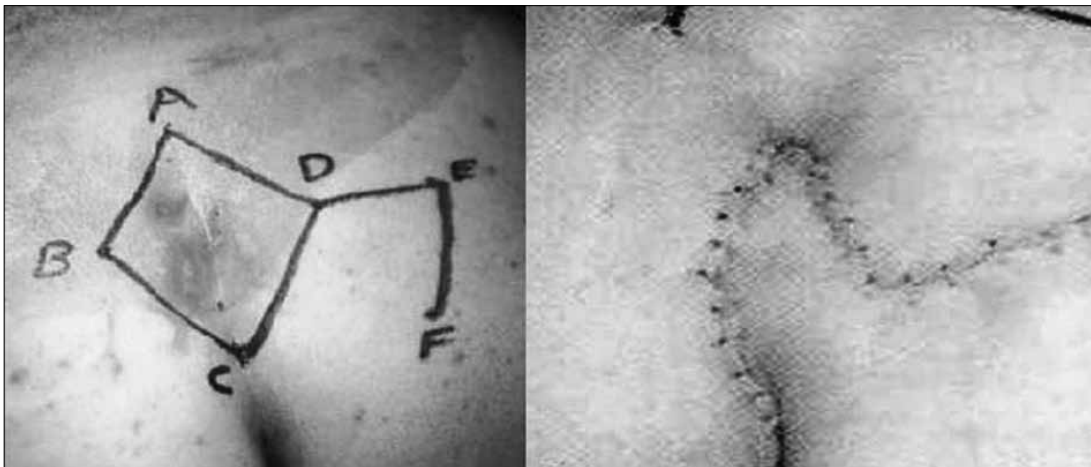
Bu çalışma, 2007 - 2009 yılları arasında S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Polikliniğine başvuran ve kronik pilonidal sinüs hastalığı tanısı konan olgular üzerinde prospek-

tif randomize klinik çalışma olarak planlandı. Olgular bilgisayar ortamına kayıt edilerek rastgele şekilde iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki olgulara tedavide rhomboid sinüs eksizyonu ve Limberg flep yöntemi uygulandı (Grup A, n=50). İkinci gruptaki olgulara tedavide rhomboid sinüs eksizyonu ve modifiye Limberg flep yöntemi uygulandı (Grup B, n=50).

Nüks olgular, enfekte haldeki olgular ve komplike pilonidal sinüs olguları çalışma dışında bırakıldı. Her iki grup yara yeri ayrışması, enfeksiyon, postoperatif ağrı, uyuşukluk, kaşıntı, nüks ve memnuniyet parametreleri değerlendirilerek karşılaştırıldı.

Çalışmaya alınan tüm hastalar ameliyat öncesinde çalışma hakkında detaylı olarak bilgilendirilip yazılı onamları alındı. Tüm olgulara 1 gr sefazolin sodyum ile ameliyattan 30 dakika önce profilaksi uygulandı. Olguların tümüne spinal anestezi uygulandı. Jack knife pozisyonunda sinüs eksizyonu yapılacak şekilde insizyonlar çizildi (Şekil 1, 2). İnsizyon uzunlukları ve insizyon alt ucunun anüse olan uzaklığı ölçülüp kayıt edildi. İnsizyon sınırlarına hemostaz sağlamak üzere vazokonstriktör etkisinden faydalanarak 10 ml %0,9'luk NaCl ile seyreltilmiş 0,1 mg adrenalin enjekte edildi.

Modifiye Limberg flep tekniği Mentş ve ark.'nın^[2] tarif ettiği şekilde uygulandı. Limberg flepin alt kenarının orta hattın üzerine gelmesi ve yara yeri enfeksiyonu ve ayrışması da en fazla bu alan üzerinde olduğunun görülmesi üzerine; modifiye teknik



Şekil 1. Limberg flep.

bu flepin alt kenarının 2 cm yana kaydırılması esasına dayanmaktadır.^[2] Bu teknikte ameliyat aşamaları Limberg flep yöntemi ile aynıdır. Tüm sinüs ağızlarını içine alacak şekilde rhomboid bir kesi ile ameliyata başlanır (Şekil 1). Ancak, modifiye flepte rhomboid kesinin üst ve alt kenarları lateraldedir (Şekil 2). Pilonidal sinüs bütün olarak presakral fasiyaya kadar total olarak çıkarılır. Daha sonra flep hazırlanıp, kaydırılır (Şekil 1, 2).

Hastaların tümüne aspiratif dren kondu. Tüm olgular postoperatif 1. günde taburcu edildi. Bazı olgularda aspiratif dren geç alındı, 10. gün kontrole çağrılarak dikişleri alındı. Olgular bir yıl süre ile nüks açısından takip edildi.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare ve Fisher gerçeklik testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Yaş ortalamaları Limberg flep yapılan hastaların 27,06, modifiye Limberg flep yapılanların ise 27,84 idi. Limberg flep grubu ve modifiye limberg flep grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,512$) (Tablo 1).

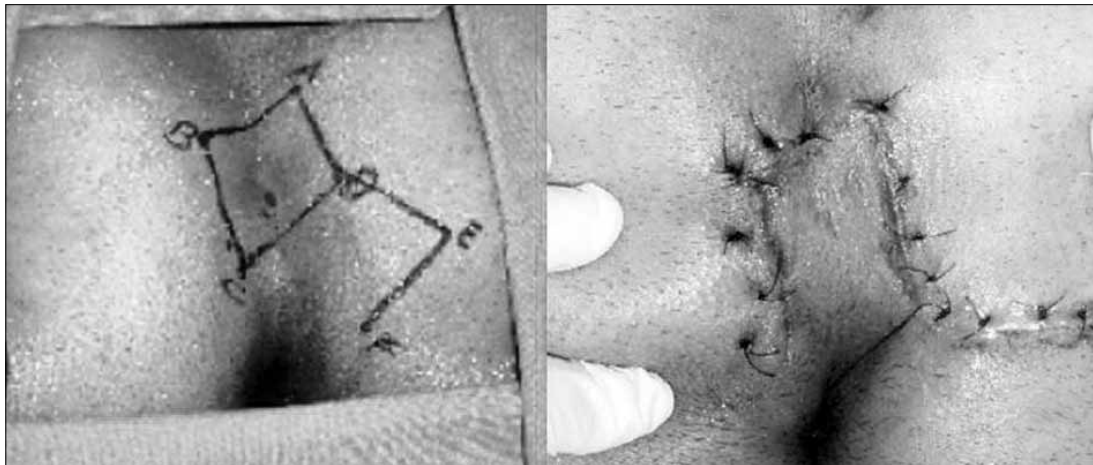
Tablo 1. Limberg ve modifiye Limberg olgularında karşılaştırılan tüm parametreler

Parametreler	p
Yaş	$p=0,512$
Cinsiyet dağılımı	$p=0,766$
Ağrı	$p=0,799$
Drenaj hikayesi	$p=0,677$
Kaşıntı	$p=0,564$
Uyuşukluk	$p=1$
Yara ayrışması	$p=0,161$
Yara enfeksiyonu	$p=0,218$
Nüks	$p=0,727$
Memnuniyet	$p=0,134$
Tekrar olurmusun	$p=0,338$

Limberg flep yapılan hastaların 43'ü erkek, 7'si kadın, modifiye Limberg flep yapılanların ise 44'ü erkek 6'sı kadındı. Limberg flep grubu ve modifiye Limberg flep grubunun cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,766$).

Ameliyat öncesi apse drenaj öyküsü ($p=0,677$), postoperatif ağrı ($p=0,799$), yara yerinde uyuşukluk ($p=1$) ve yara yerinde kaşıntı ($p=0,564$) açısından istatistiksel anlamlılık yoktu.

Postoperatif yara yeri ayrışması Limberg flep yapılan 10 olguda, Modifiye Limberg yapılan ise sadece 5 olguda vardı. Limberg flep grubunun yara yeri ayrışması varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,161$).



Şekil 2. Modifiye Limberg flep.

Ancak sayısal olarak Limberg ameliyatında yara ayrışmasının daha çok orta hat ve anal bölgeye yakın olduğu ve iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Postoperatif yara yerinde enfeksiyonu Limberg flep yapılan 10 olguda, modifiye Limberg yapılan 8 olguda vardı. Limberg flep grubu ve modifiye Limberg grubunun enfeksiyon varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,218$).

Nüks, Limberg flep yapılan 4 olguda ile modifiye Limberg yapılan 5 olguda vardı. Limberg flep grubu ve modifiye Limberg flep grubunun nüks varlığı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p=0,727$). Hasta memnuniyetinde ($p=0,134$), “Tekrar ameliyat olur musun?” sorusuna cevaplarda ($p=0,338$) farklılık gözlenmedi.

TARTIŞMA

Pilonidal sinüs basit gibi görünen fakat postoperatif komplikasyonlarının sıklığı, nüks oranının yüksek olması ve birçok alternatif tedavi seçeneklerinin bulunmasına rağmen halen üzerinde görüş birliğine varılmış bir tedavi seçeneğinin olmaması nedeniyle önemli bir hastalıktır.^[1]

İdeal cerrahi tedavi basit, hastanede kalış süresi kısa, nüks oranları düşük ve hasta uyumunu etkilememelidir. Ancak, tüm bu beklentilere cevap verebilecek bir cerrahi yöntem üzerinde tam bir uzlaşma sağlanmamıştır. Doğuştan veya edinsel oluştuğuna dair görüş ayrılıkları hala devam etmektedir. Daha önceleri postkoksigeal hücrelerden veya artık glandlardan kaynaklandığını ileri süren varsayımlar popülerken, günümüzde hastalığın edinsel olduğuna dair görüşler öne çıkmaktadır.^[3-5] Hastalık, özellikle gençlerde ve erkeklerde sık görülür.^[6] Çalışmamızda saptanan bulgular literatür verilerini desteklemektedir. Pilonidal sinüs hastalığının tedavisinde birçok konservatif ve cerrahi yöntem tanımlanmış, ancak bunların hiçbiri nüks hastalık riskini ortadan kaldıramamıştır.^[7,8]

Limberg flep tekniği, pilonidal sinüs tedavisinde giderek artan sıklıkta kullanılan bir teknik olarak öne çıkmaktadır. Yapılan birçok çalışmada nüks ve enfeksiyon oranının düşük olması dikkat çekicidir. Nüks %0 ile %5 arasında değişmektedir. Enfeksiyon oranı %1,2 ile %4,8 arasında değişmektedir.^[9,10]

Primer kapama sonrasında skar dokusunun intergluteal yarık içinde kalması nüksün en önemli sebebi olarak gösterilmektedir. Nüksün az olduğu ve flepin alt köşesinin intergluteal yarıktaki kaldığı flep tekniklerinde nüks olmasa bile yara yeri ayrışması ve enfeksiyon riski artmaktadır.^[11,12]

Rhomboid flep tekniğinin bir avantajı, oluşan defektin tam anlamıyla ve gergin olmadan kapatılabilmesidir. Eğer defekt büyükse, primer kapama her zaman mümkün olmaz. Çünkü dikiş hattında çok fazla basınç oluşur. Bu da nüks pilonidal sinüs hastalığı için zemin hazırlar. Primer kapama yöntemi ile ilgili birçok yayında nüksün %20'lere ulaştığı bildirilmiştir.^[12]

Bir çalışmada, sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı için eksizyon ve primer kapama, eksizyon ve Limberg flep tekniği, eksizyon ve modifiye edilmiş Limberg tekniği uygulanmış, Limberg flep ve modifiye Limberg flepli hastalara göre primer kapama uygulanan hastaların, enfeksiyon oranı, mobilizasyon vakti, hastaneden çıkış zamanı bakımından belirgin dezavantajları olduğu görülmüştür. Mevcut sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.^[13]

238 olguluk bir seride Limberg uygulamalarında 30 aylık takipte nüks %1,26 olarak bildirilmiştir. Modifiye tekniği uygulamalarından sonra nüks gözlenmemiştir. Nüks farkı Limberg tekniği ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Bizim çalışmamızda nüks oranları arasında istatistiksel farklılık bulamadık ($p=0,727$). Her iki yöntemde de nüks oranları literatür oranlarına göre yüksek gözlenmiştir.^[2] Bunun tekniğin uygulanması ve takibi sorunlarından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Yapılan çalışmalarda yara yeri ayrışması ve enfeksiyon diğer tekniklere göre az olmasına rağmen Limberg flep tekniğinde modifiye şekline göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.^[2,13] Bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da, yara ayrışması Limberg flep uygulamada iki kat fazla idi.^[12]

SONUÇ

Bu çalışmada uyguladığımız modifiye Limberg flep yönteminin elimizdeki en iyi tedavi şekillerinden bir tanesi olan Limberg flep yöntemi ile arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ancak, istatis-

tiksel olarak anlamlı olmasa da yara yeri ayrışması, oranlarını daha aşağılara çektiğini gördük. Pilonidal sinüs hastalığının cerrahi tedavisinde modifiye Limberg flep tekniğinin uygulanması güvenilir bir yöntem olduğu kanısına varıldı. Bu konuda çok sayıda kontrolü randomize çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Isbister WH, Prasad J. Pilonidal disease. Aust N Z J Surg 1995;65:561-3.
2. Mentş B, Leventođlu S, Cihan A, et al. Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus. 2004 34:419-423
2. Mentş BB, Leventođlu S, Cihan A, et al. Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus. Surg Today 2004;34:419-23.
3. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. Modified lay-open (incision, curettage, partial lateral wall excision and marsupialization) versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus: a prospective, randomized clinical trial with a complete two-year follow-up. Int J Colorectal Dis 2005;20:415-22.
4. Perruchoud C, Vuilleumier H, Givel JC. Pilonidal sinus: how to choose between excision and open granulation versus excision and primary closure? Study of a series of 141 patients operated on from 1991 to 1995. Swiss Surg 2002;8:255-8.
5. Hamalođlu E, Yorgancı K. Pilonidal sinüs. Temel cerrahi'de. In: Sayek İ, editor. Ankara: Güneş Kitapevi; 2004. p. 1273.
6. Ertan T, Koc M, Gocmen E, et al. Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery? Am J Surg 2005;190:388-92.
7. Keighley MRB, Williams NS. Surgery of the anus rectum & colon. 2nd ed. Vol. 1., London: Saunders; 1984. p. 539-63.
8. Söndenaa K, Nesvik I, Andersen E, et al. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial. Eur J Surg 1996;162:237-40.
9. Kapan M, Kapan S, Pekmezci S, et al. Sacrococcygeal pilonidal sinus disease with Limberg flap repair. Tech Coloproctol 2002;6:27-32.
10. Bozkurt MK, Tezel E. Management of pilonidal sinus with the Limberg flap. Dis Colon Rectum 1998;41:775-7.
11. Mentş O, Bağcı M, Bilgin T, et al. Management of pilonidal sinus disease with oblique excision and primary closure: results of 493 patients. Dis Colon Rectum 2006;49:104-8.
12. Sađban DA. Pilonidal sinusun cerrahi tedavisinde Limberg flep ile Modifiye Limberg flepin karşılaştırılması. [Uzmanlık Tezi] İstanbul: 2009.
13. Cihan A, Mentş BB, Tatlıcıoğlu E, et al. Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgery. ANZ J Surg 2004;74:238-42.