

نتایج عمل جراحی سینوس پیلونیدال با روش اکسیژون کامل و مارسوپیلایزاسیون

صمد مصدقی: گروه آموزشی جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران: نویسنده رابط

E-mail: dr_mosadeghi@yahoo.com

امرا... بیات: گروه آموزشی جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۸/۱۱/۱۳، پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵

چکیده

زمینه و اهداف: درمان اصلی بیماری پیلونیدال جراحی است. پس از برداشت، کنترل محل خالی و نوع برخورد با آن معضل عمده محسوب می گردد. در این زمینه روش های مختلفی معرفی شده اند، ولی هنوز در مورد بهترین تکنیک مباحثه وجود دارد. هدف از این مطالعه بررسی نتایج اکسیژون کامل و مارسوپیلایزاسیون بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه گذشته نگر، پرونده ۳۲۰ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال که به روش اکسیژون و مارسوپیلایزاسیون در مراکز آموزشی و غیر آموزشی تبریز طی سال های ۸۸-۱۳۸۰ درمان شده بودند، بررسی گردید. مشخصات بیماران و نیز نتایج کوتاه و بلند مدت تعیین گردید.

یافته ها: در مجموع ۳۲۰ بیمار، ۲۸۸ مرد و ۳۲ زن با سن متوسط $46/3 \pm 11/5$ (۴۶-۱۵) سال وارد مطالعه شدند. اغلب بیماران (۹۸/۸٪) روز دوم پس از عمل ترخیص شدند. متوسط مدت بهبود زخم $4/4 \pm 3/2$ (۶-۲) هفته پس از عمل بود. طی یک سال میزان عود ۱/۳٪ و میزان نیاز به جراحی مجدد ۰/۳٪ بود. طی مدت پیگیری عارضه عمده یا مرگ و میر وجود نداشت.

نتیجه گیری: اکسیژون کامل و مارسوپیلایزاسیون روشی ایمن و موثر در درمان سینوس پیلونیدال می باشد.

کلید واژه ها: سینوس پیلونیدال، اکسیژون سینوس، مارسوپیلایزاسیون.

مقدمه

معیوب روی آن است، نقصی در محل بجا می ماند که نحوه برخورد با آن و انتخاب تکنیک جراحی مناسب جهت کنترل این نقص در میزان عوارض و کیفیت زندگی بیمار موثر است (۶،۷). بر اساس گزارشات پیشین تکنیک مارسوپیلایزاسیون نسبت به سایر روش های مرسوم دارای عوارض کمتری بوده و میزان عود بیماری را تا نزدیکی صفر پایین می آورد؛ با این وجود، مطالعات صورت گرفته در این زمینه محدود و دارای مشکلاتی نظیر حجم نمونه پایین و پیگیری نادرست می باشند (۱-۶). هدف از مطالعه فعلی بررسی نتایج عمل جراحی سینوس پیلونیدال با تکنیک اکسیژون کامل و مارسوپیلایزاسیون در تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران بوده است.

سینوس پیلونیدال یک بیماری ناحیه ساکروکوکسیژال است که با ترشحات چرکی ناحیه یاد شده مشخص می شود. این ترشحات از یک یا چند سوراخ واقع در خط وسط ناحیه یاد شده بیرون می آیند. این سوراخ ها به یک سینوس وصل هستند که بین پوست و فاسیای ساکرال قرار گرفته است (۱-۳). گاهی سوراخهای یاد شده بسته شده و ترشحات در سینوس جمع می شود. نتیجه امر ایجاد یک آبسه در محل است. درمان سینوس پیلونیدال در مرحله حاد یا مزمن صرفاً جراحی است، هر چند که در مرحله حاد و وجود آبسه و سلولیت در اطراف سینوس درمان آنتی بیوتیکی نیز به درمان جراحی اضافه می گردد (۴،۵). بدنبال جراحی استاندارد که شامل اکسیژون کامل سینوس توام با پوست

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی و گذشته نگر، پرونده ۳۵۷ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ در مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی (ره) و امام رضا (ع) و مراکز خصوصی ذکریا و نجات تبریز توسط دو نفر از جراحان با سابقه تحت عمل جراحی با تکنیک یکسان قرار گرفته بودند، بررسی شد. متوسط مدت پیگیری بیماران پس از عمل 37.2 ± 2.3 (۸-۱) سال بود. معیار ورود به مطالعه انجام عمل جراحی سینوس پیلونیدال به روش اکسیزیون کامل و مارسوپیلیزاسیون در مراکز مورد اشاره و معیارهای خروج از مطالعه شامل سابقه آبسه یا سلولیت شدید پیش از عمل بود. بر این اساس، ۳۷ بیمار بدلیل داشتن معیارهای خروج یا نواقص پرونده از مطالعه خارج و بررسی بر روی ۳۲۰ پرونده انجام شد. تکنیک عمل بدین صورت بوده است که بیمار بعد از بیهوشی عمومی یا راشی در وضعیت پرون قرار گرفت. لازم به تذکر است از کشیدن ناحیه گلوئال دو طرف به قسمت لاترال با لکوپلاست اجتناب گردید. پس از ضدعفونی ناحیه عمل و اقدامات معمول اولیه، با تزریق بلودومیلین محدوده سینوس مشخص شد و با برش بیضوی که شامل سوراخهای پوست نیز می گردید، سینوس تا نزدیکی فاسیای ساکral اکسیزیون گردید. جهت جلوگیری از خونریزی بعد از برش لبه ها تحت فشار قرار گرفته و در برخی موارد معدود از کوتریزاسیون استفاده شد.

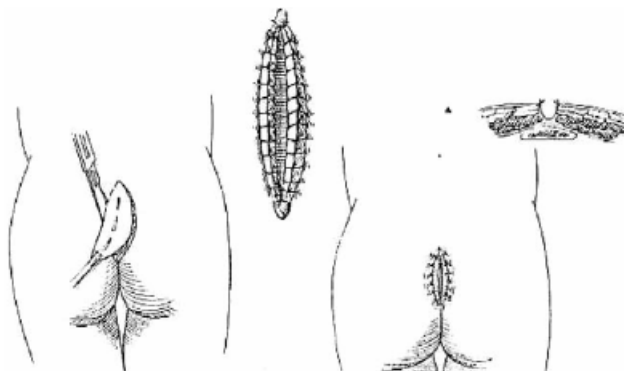
سپس نقص باقی مانده با تکنیک مارسوپیلیزاسیون بسته شد؛ بدین صورت که با نخ نایلون، سوزن کات و بخیه های دور به دور و نزدیک به نزدیک که هر دو کنار هم و نزدیک لبه بودند، لبه گرفته و به فاسیای خط وسط وصل گردید و فقط در خط وسط زخم، محلی به عرض حداکثر ۵ میلی متر باز گذاشته شد. سپس با گاز وازلین و گاز معمولی پانسمان صورت گرفته و عمل خاتمه یافت (شکل ۱). طی هفته اول بعد از عمل پانسمان بصورت روزانه و سپس هفته ای دو بار انجام گرفت تا زخم بطور کامل ترمیم یابد. همچنین تلاش گردید پس از عمل موهای لبه زخم به درون آن کشیده نشود و بدین منظور از موچین به منظور کشیدن مو استفاده گردید. روز ۱۲ تا ۱۵ بعد از عمل بخیه ها کشیده شد و در پایان هفته اول قبل از هر پانسمان استحمام و استفاده از دوش دستی برای شستشوی ناحیه ساکral توصیه و انجام گردید. در بیمارانی که ترشح بیش از اندازه داشتند، پس از شستشو، تمیز و خشک کردن محل حدود ۳۰ دقیقه از تابش نور چراغ مطالعه به محل عمل استفاده گردید. متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، روش بیهوشی، مدت بستری، مدت زمان ترمیم زخم، میزان عود، وجود بدخیمی در نمونه های گزارش شده، عوارض پس از عمل و میزان مرگ و میر بودند. جهت آنالیز آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد. اطلاعات بصورت فراوانی (درصد) یا انحراف معیار و متوسط نشان داده شدند.

یافته ها

از مجموع ۳۲۰ پرونده بررسی شده، ۳۲ بیمار (۱۰٪) مونث و ۲۸۸ بیمار (۹۰٪) مذکر بودند. متوسط سنی بیماران بررسی شده 26.3 ± 8.5 (۱۵ تا ۴۶) سال بود. ۸۷/۵ درصد موارد در محدوده سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. برای عمل این بیماران در ۲۸۰ مورد (۸۷/۵٪) از روش راشی و در ۴۰ مورد (۱۲/۵٪) از بیهوشی عمومی استفاده گردید. ۳۱۶ بیمار (۹۸/۸٪) روز دوم عمل مرخص شدند و ۴ بیمار (۱/۲٪) بعثت عوارض بعد از بی-حسی راشی مدت بستری ۳ روز بود. زخم جراحی بطور متوسط طی 4.4 ± 3.2 (۲-۶) هفته پس از عمل ترمیم یافت. در ۴ بیمار (۱/۳٪) طی سال اول بعد از عمل عود پیش آمد که در یک مورد وضعیت آناتومیک ناحیه گلوئال بعثت برآمدگی زیاد و فرو رفتگی شدید ناحیه ساکral و در سه مورد دیگر عدم رعایت نظافت و زایل نکردن موها زمینه ساز بود. در سه مورد با درمان محافظه کارانه شامل دبریدمان و زایل کردن مو بطور سرپایی بیماران درمان شدند، ولی در یک مورد عمل جراحی مجدد لازم شد (۰/۳٪). در هیچ یک از بیماران بررسی های هیستوپاتولوژیک نمونه های ارسالی دال بر بدخیمی نبود. عوارض پس از عمل در بیماران بررسی شده در جدول ۱ خلاصه شده اند. لازم به تذکر است سردرد و استفراغ در قریب به نیمی از بیماران که تحت بیحسی راشی قرار گرفته بودند وجود داشت که در ۴ مورد به بستری طولانی مدت یا

جدول ۱: انواع و فراوانی عوارض بعد از عمل در بیماران بررسی شده

عارضه	فراوانی	درصد
خونریزی حین یا پس از عمل	۰	۰
عود موضعی	۴	۱/۳
جراحی مجدد بعثت عوارض عمل اولیه	۱	۰/۳
سردرد و استفراغ	۱۴۰	۴۳/۷
بستری مجدد بعثت عوارض بیهوشی	۴	۱/۳
احساس درد و کشش پوستی بعد از ترمیم	۰	۰
آبسه محل عمل	۰	۰
سلولیت محل عمل	۰	۰



شکل ۱: اکسیزیون کامل و مارسوپیلیزاسیون

مجدد و درمان محافظه کارانه منجر گردید. میزان مرگ و میر طی مدت پیگیری صفر بود.

بحث

در این مطالعه نتایج عمل جراحی سینوس پایلونیال به روش اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون ارزیابی گردید. بر این اساس، حدود ۹/۸ درصد بیماران طی روز دوم مرخص شدند و متوسط مدت بهبودی زخم ۴/۴ هفته بود. همچنین عوارض حین و بلافاصله پس از عمل مرتبط با تکنیک جراحی در هیچ یک از بیماران مشاهده نگردید. در مطالعه Gupta نتایج روش اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون در ۱۵ بیمار ارزیابی گردید. بر این اساس اغلب بیماران طی روز دوم پس از عمل ترخیص شده (متوسط مدت بستری ۳۳/۵ ساعت) و متوسط مدت بهبودی زخم ۶/۴ هفته بود. در این بررسی نیز عوارض حین و بعد از عمل مرتبط با تکنیک جراحی و یا بیهوشی در هیچ یک از بیماران مشاهده نگردید (۸). همان گونه که ملاحظه می گردد، در مقایسه با نتایج مطالعه ما مدت بستری بیمارستانی و عوارض مرتبط با تکنیک عمل در دو بررسی مشابه می باشد؛ با این وجود متوسط مدت بهبود زخم در بیماران ما کمتر بوده است. دلایل مختلفی در توجیه این تفاوت مطرح می باشند که از جمله می توان به مراقبت های پس از عمل اشاره نمود. یکی از تفاوت های مشاهده شده در دو مطالعه، شیوع قابل توجه عوارض مرتبط با روش بیهوشی در مطالعه می باشد؛ به نحوی که سردرد و استفراغ پس از عمل در ۲۳/۷ درصد موارد گزارش شد و حداقل نیمی از این موارد قابل انتساب به تکنیک بیهوشی بودند. بعلاوه در مطالعه ما در ۱/۳ درصد موارد بعثت همین عوارض بستری مجدد صورت پذیرفته است. هرچند در مطالعه Gupta و همکاران به نوع بیهوشی در بیماران اشاره نشده است، ولی با توجه به عدم وجود عوارض مرتبط با بیهوشی تجدیدنظر در این زمینه در مرکز ما ضروری بنظر می رسد. در بررسی Oancel و همکاران، ۲۰ بیمار به روش اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون مورد درمان قرار گرفتند. متوسط مدت بستری بیمارستانی در این مطالعه ۱/۳ روز و متوسط مدت بهبودی زخم ۶/۳ هفته گزارش گردید. در این بررسی نیز عارضه عمده ای حین یا پس از عمل وجود نداشت (۹). همان گونه که ملاحظه می گردد متوسط مدت بهبود زخم در مطالعه ما در مقایسه با بررسی فوق کوتاه تر بوده است. در بررسی Aydede و همکاران متوسط مدت بستری در ۱۰۱ بیمار جراحی شده به روش اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون ۲/۸ روز گزارش گردید. بعلاوه در ۵/۹ درصد موارد عفونت زخم پس از عمل وجود داشت (۱۰). نتایج ما در مقایسه با یافته های مطالعه فوق بهتر بوده است. بایستی توجه داشت که علاوه بر تکنیک بیهوشی، عوارض بلافاصله پس از عمل نظیر درد، ناراحتی و خونریزی از جمله عوامل طولانی شدن مدت بستری بیماران می باشند (۱۱، ۱۲). در مطالعه ما طی مدت یک سال پیگیری پس از عمل، عود در ۱/۳

درصد موارد وجود داشت؛ هرچند تنها در ۰/۳ درصد موارد عمل مجدد صورت پذیرفت. بعلاوه طی این مدت عوارض عمده ای نظیر سلولیت و آبسه در محل عمل و احساس درد و کشش پوستی پس از ترمیم در هیچ یک از بیماران گزارش نگردید. در مطالعه Gupta میزان عود در پیگیری یک ساله ۶/۷ درصد بود. در این مطالعه نیز عوارض بلند مدت مشاهده نگردید (۸). میزان عود در بررسی صورت گرفته توسط Oancel و همکاران در طی مدت پیگیری ۱۰/۴ ماهه ۱/۰٪ گزارش گردید. در این مطالعه نیز عوارض عمده در طی مدت پیگیری وجود نداشت (۹). در مطالعه Aydede و همکاران پس از یک سال میزان عود ۴ درصد گزارش شد (۱۰). در بررسی Allen-Mersh نیز میزان عود یک ساله حدود ۴ درصد بود (۱۳). بر اساس نتایج مطالعات اشاره شده میزان عود یک ساله پس از اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون بین ۴ تا ۱۰ درصد متغیر بوده است. بر این اساس، میزان عود در بررسی ما خارج از محدوده گزارش شده و بسیار کمتر بوده است. یکی از علل موثر در این زمینه، مهارت جراح و مراقبت های پس از عمل می باشد. انجام تعداد بسیار زیاد اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون در مطالعه فعلی توسط دو جراح می تواند علت اصلی عود و عوارض طولانی مدت کم در مطالعه ما باشد. بایستی متذکر شد که هرچند مدت پیگیری در مطالعه فعلی بیشتر از یک سال بوده است، ولی بیشتر نشان داده شده که عود پس از عمل در این دسته از بیماران اغلب زیر یک سال پس از جراحی رخ می دهد و موارد پس از یک سال معمولاً بدلیل ایجاد بیماری جدید در محل است (۱۴). در مجموع، هرچند مطالعات صورت گرفته در زمینه بررسی نتایج عمل جراحی اکسیژون کامل و مارسوپالیزاسیون معدود می باشند، ولی در مقایسه با این گزارشات نتایج بررسی فعلی قابل ملاحظه بوده اند. مزیت های عمده بررسی فعلی بررسی طولانی مدت نتایج جراحی در تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران است. محدود بودن تعداد جراحان دخیل در این اعمال نیز از جمله نقاط قوت مطالعه فعلی است. با این وجود محدودیت هایی نیز در این زمینه وجود دارد که از جمله می توان به گذشته نگر و توصیفی بودن مطالعه اشاره کرد. با این وجود، با توجه به گزارشات موجود در زمینه نتایج سایر روش های درمان سینوس پایلونیال می توان به مقایسه اقدام کرد. بعنوان مثال نشان داده شده که اکسیژون و بستن اولیه هرچند زمان بهبود را کاهش می دهد، ولی همزمان میزان عفونت و عود را افزایش می دهد. در برخی مطالعات این میزان از ۱۵ تا ۳۷ درصد متغیر بوده است. همچنین میزان رضایتمندی بیماران پس از این نوع درمان پایین گزارش شده است (۱۵، ۱۶). در روش اکسیژون کامل و باز گذاشتن زخم نیز مدت ترمیم بالا گزارش شده است (۲، ۳). استفاده از Z پلاستی یا انواع فلپ ها نیز هرچند میزان عود را کاهش داده است، ولی باعث افزایش مدت عمل، بستری بیمارستانی و عوارض جدی نظیر از دست رفتن بافت قرار داده شده می گردد (۱۷). روش های غیرجراحی و کمترتهاجمی نیز ممکن است باعث کاهش

این زمینه کمک کننده خواهد بود؛ بویژه اینکه استفاده از روش های نوین جراحی در این زمینه می تواند چالش برانگیز باشد (۸).

نتیجه گیری

مطالعه فعلی نشان داد که میزان عوارض و عود در روش اکسیزیون کامل و مارسوپالیزاسیون در درمان سینوس پیلونیدال در حد پایینی قرار دارد. بر این اساس می توان این روش را بعنوان یکی از موارد درمانی ایمن و موثر به همکاران دست اندرکار توصیه کرد. با این وجود بهتر است جهت رسیدن به نتایج قطعی مطالعات آتی بصورت آینده نگر و در مقایسه با سایر روش های موجود درمانی و نیز ابزار نوین بکار گرفته شده جهت تسهیل جراحی طراحی و انجام پذیرند. همچنین با توجه به شیوع قابل ملاحظه عوارض مرتبط با روش بیهوشی در این بیماران، تمرکز بر این مقوله در بررسی آینده ضروری بنظر می رسد.

مشکلات درمانی گردند، ولی با میزان عود بالایی (تا ۳۵ درصد) همراه بوده اند (۱۸). در روش مارسوپالیزاسیون مدت بستری بیماران کم بوده (۲۴ ساعت) محلی برای خروج ترشحات وجود دارد؛ بنابراین احتمال ایجاد آبسه کاهش می یابد. از سوی دیگر، ضمن باز گذاشتن قسمت میانی زخم بخش اعظم آن بسته شده و بنابراین ضمن امکان درناژ زخم، مدت زمان لازم برای ترمیم کوتاهتر می گردد. همچنین در این روش شیار طبیعی ناحیه ساکرا ل حفظ می گردد و بیمار کشیدگی پوستی در محل را احساس نخواهد کرد. در مجموع این عمل روشی ایمن و کارا می باشد و عوارض بعد از عمل قابل ملاحظه ندارد و از عود کمتری برخوردار است. بر این اساس، بنظر می رسد روش اکسیزیون کامل و مارسوپالیزاسیون در مقایسه با روش های اشاره شده مزیت هایی داشته باشد که بر این اساس، می توان انجام آن را توصیه نمود (۱۵)، با این حال انجام کارآزمایی های مقایسه ای در

References

1. Charles Brunicaudi F, Anderson D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, Pollock R. *Schwartz's principles of Surgery*. 9th Ed. New York, Mac Grow Hill Medical, 2010; PP 1067-1068.
2. Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th ed. Elsevier, Saunders, 2008; PP: 1449-1450.
3. Keighley M, Williams N. *Surgery of the Anus Rectum & Colon*. 2nd ed. London, W.B Saunders, 1999; P: 539.
4. Biffoni M, Scipioni P, Macrina N, Amabile M, Garritano S, Maturo A, Monti M. Pilonidal Sinus. Outpatient treatment local anesthesia. *G chir* 2009; **30**(4): 173-176.
5. Kepenckci I, Demirkan A, Celasin H, Gecim IE. Unroofing and curettage for treatment of Acute and chronic pilonidal Disease. *World J Surgery* 2009; **8**(2): 27.
6. Pomazkin V, Mansurov V. Choice of operation for treatment of patient with pilonidal sinus. *Vestn Khir Lm Grek* 2008; **167**(1): 85-87.
7. Karakayali F, Karagulle E, Oksuz E, Moray G, Haberal M. Unroofing and marsupialization VS. Rhomboid excision and limberg flap in pilonidal disease. *Disease Colon Rectum* 2009; **52**(3): 496-502.
8. Gupta PJ. A randomized study between excision and marsupialization and radiofrequency sinus excision in sacro-coccygeal pilonidal disease. *Curr Surg* 2004; **61**(3): 307-312.
9. Oncel M, Kurt N, Kement M, Colak E, Eser M, Uzun H. Excision and marsupialization versus sinus excision for the treatment of limited chronic pilonidal disease: a prospective, randomized trial. *Tech Coloproctol* 2002; **6**(3):165-169.
10. Aydede H, Erhan Y, Sakarya A, Kumkumoglu Y. Comparison of three methods in surgical treatment of pilonidal disease. *Aust N Z J Surg* 2001; **71**(2):362-364.
11. Karydakis GE. New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet* 1973; **2**(5): 1414-1415.
12. Meban S, Hunter E. Outpatient treatment of pilonidal disease. *Can Med Assoc J* 1982; **126**(3): 941.
13. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus; finding the right tract for the treatment. *Br J Surg* 1990; **77**: 123-132.
14. Miller DM. Pilonidal sinus. In: Thomson JPS, Nicholls RJ, Williams CB, eds. *Colorectal disease*. London: William Heinemann Medical Books Limited, 1981; PP: 360.
15. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996; **39**(10): 1136-1139.
16. Lee HC, Ho YH, Seow CF, Eu KW, Nyam D. Pilonidal disease in Singapore: clinical features and management. *Aust N Z J Surg* 2000; **70**(4): 196-198.
17. Gunawardhana PA, Deen KI. Comparison of hydrogen peroxide instillation with Goodsall's rule for fistula-in-ano. *ANZ J Surg* 2001; **71**(3): 472-474.
18. Senapati A, Cripps NP, Thompson MR. Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. *Br J Surg* 2000; **87**(8): 1067-1070.