

Pilonidalni sinus

Sinus pilonidalis

Urška Gajšek

Izvleček

Pilonidalni sinus je kronični vnetni proces nad križnico ali trtico, ki najpogosteje prizadene mlajše moške. Diagnozo postavimo na osnovi klinične slike, ki se pojavlja v dveh oblikah: kot akutni pilonidalni absces ali kronični pilonidalni sinus. Zdravljenje je kirurško. Zaradi najmanjšega števila ponovitev bolezni je zdravljenje s popolno ekscizijo z odloženim odprtim celjenjem metoda izbora. Pooperacijska oskrba in navodila bolnikom so usmerjena k preprečevanju ponovitev, pri čemer je izjemnega pomena skrbna higiena in doživljenjska depilacija regije.

Abstract

Sinus pilonidalis is a chronic inflammatory disease located in the dermis above the sacral or coccyx bone. The diagnosis is based on clinical features which can range from acute to chronic specter. Various surgical techniques ranging from simple abscess incision to complex advancement skin flaps are used for treating pilonidal sinus disease. Due to low recurrence rate (10 % (5), 12,8 % (7)) total excision of the sinus combined with open wound healing is currently the method of choice. Good hygiene and lifelong regional depilation is essential for preventing infection and recurrences.

Urška Gajšek, dr. med., specializantka
splošne kirurgije
Splošna bolnišnica Maribor,
Ljubljanska 5, 2000 Maribor, Slovenija.

Ključne besede:

pilonidalni sinus, zdravljenje, zapleti.

Key words:

sinus pilonidalis, treatment, complications.

Uvod

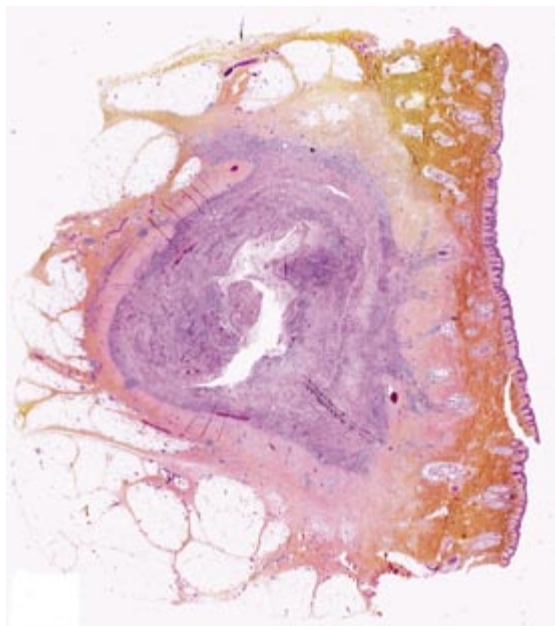
Pilonidalni sinus je kronični vnetni proces, ki se pojavlja najpogosteje v srednji zadnjični črti nad križnico ali trtico. Vsebuje eno ali več primarnih odprtih, ki so preko primarnega kanala povezane s podkožno votlino. Iz njenih stranskih delov vodijo sekundarni kanali. V primarnem(ih) kanalu(ih), ki ležijo v srednji črti, skoraj vedno najdemo prostoležeče ali iz okolice vraščene dlake, nikoli lasnih foliklov (1).

Leta 1833 je Herbert Mayo prvič opisal proces tik nad zadnjično razpoko, sestavljen iz ploščatoceličnega epitelija in dlak (5). Današnje poimenovanje je izoblikoval Richard M. Hodges 1880 in dobesedno pomeni »gnezdo dlak« (2).

Epidemiologija in etiologija

Bolezen najpogosteje prizadene mlajše odrasle in najstnike, bolj dovzetni zanj so moški (3:1) (2).

Vzrok nastanka še ni popolnoma razjasnjen. Obstajata dve sprejeti teoriji. Prva pravi, da pilonidalni sinus nastane zaradi prirojene napake v embrionalnem razvoju pri zapiranju nevalne cevi. Tako se izoblikuje povezava med trtico in zadnjično odprtino. Druga teorija je širše sprejeta in ima trenutno več zagovornikov. Vzrok nastanka je posledica notranjih in zunanjih dejavnikov, ki so: poraščenost sakralnega področja, debelost in slaba higiena. Anatomija največkrat prizadetega predela omogoča večjo nagnjenost k mikro poškodbam.



Slika 1: Histološka slika pilonidalnega sinusa (HE barvanje)

Sedenje povzroči poškodbo dlak, ki postanejo krhke, lomljive. Odlomljene se zadržujejo v srednji zadnjični črti, kjer zaradi vlažnega in mastnega okolja (le-to je posledica zmanjšane izhlapevanja znoja in povečanega izločanja loja) prihaja do njihove preparacije. Kadar so dlake dovolj čvrste in ostre napredujejo v podkožje, kjer izzovejo vnetje in nastanek tujkovih granulomov (5).

Histopatologija

Histopatološko je pilonidalni sinus sestavljen iz sinusnega kanala pokritega s ploščatoceličnim epitelijem, ki vodi do kronične abscesne votline v spodnjem delu dermisa (nikoli globlje). Tam najdemo propadle dlake, tujkove granulome in granulacijsko tkivo (4).

Simptomi in znaki

Diagnozo postavimo na osnovi klinične slike, ki je lahko akutni pilonidalni absces ali kronični pilonidalni sinus. Za akutno obliko je značilna lokalna bolečina, oteklina, v večini primerov gnojni izcedek, zvišana telesna temperatura in povišano število belih krvnih teles. Pri kronični različici opazimo občasno lokalno bolečino, neugodje (predvsem med sedenjem in pri vožnji s kolesom), občasen gnojni izcedek in tipen fibrozni sinusni kanal v podkožju (1,2).

Ob vnetju se lahko pilonidalni sinus izprazni sam skozi eno ali več odprtih nad trtico ali križnico. Širjenje vnetja je mogoče v perianalno regijo, takrat so prisotni simptomi in znaki značilni za paraanalne abscese in fistule (8).

Razširjena diagnoza

Pri razširjeni diagnostični obravnavi moramo pomisliti na paraanalne abscese in fistule anorektalnega področja.



Slika 2: Akutni pilonidalni absces. Pod kožnim pokrovom je viden absces

ja, redkeje na karcinome kožnega pokrova, maligni melanom in cistični hamartom.

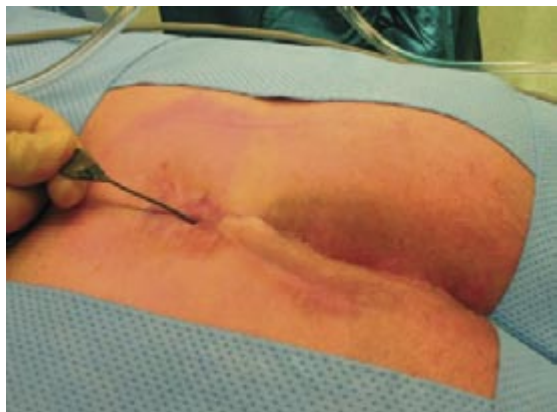
Najpogostejši vzroka nastanka paraanalnih abscesov in fistul so vnetja analnih žlez. Glede na področje ločimo štiri vrste paraanalnih abscesov: analni, pravi intersfinkterski, ishiorektalni in supralevatorski. Običajno se vnetje razvije med zunanjo in notranjo mišico zapiralko.

Gnoj potuje navzdol, zbere se v podkožju zadnjika in njegovi okolici. Tako nastane analni absces. Druga možnost je pot gnoja navzgor po intersfinkterskem prostoru, pri čemer nastane pravi intersfinkterski absces.

Zdravljenje prvega je enostavno: kožna incizija ali manjša ekscizija in drenaža. Pri drugem prerežemo steno rektuma z notranjo mišico zapiralko iz notranje strani.

Kadar gnoj predre zunanjo mišico zapiralko in prodre v ishiorektalno jamo, nastane ishiorektalni absces. Pri supralevatorskem se gnoj zbere nad mišicami medeničnega dna.

Omenjena abscesa zdravimo glede na pot nastanka s transrektalno ali transkutano drenažno incizijo.



Slika 3: Kronični pilonidalni sinus. Dobro vidne so odprte primarnih sinusnih kanalov

Vsi paraanalni abscesi se lahko spontano praznijo. Tako nastale fistule poimenujemo po predhodnem abscesu: analna, intersfinkterska, ishiorektalna, supralevatorska. Najenostavnejši (trenutno uveljavljen) način zdravljenja je enostavna fistulotomija (8).

Zdravljenje

Zdravljenje pilonidalnega sinusa je kirurško, konzervativne metode uporabljamo kot dopolnilo. Kirurško metodo prilagodimo klinični sliki. Akutno obliko- akutni pilonidalni absces- oskrbimo v dveh stopnjah. V prvi ublažimo simptome z incizijo in drenažo. Dokončno lezijo oskrbimo kasneje (5). Kronično obliko zdravimo z enkratnim kirurškim posegom.

Poznamo več kirurških metod, med sabo se razlikujejo po številu ponovitev bolezni, velikosti nastale brazgotine, času celjenja in trajanju bolnišnične oskrbe.

Trenutno so največ v uporabi naslednje:

Incizija in drenaža brez ekscizije

Je enostaven poseg pri katerem nam sondiranje s kovinsko sondo olajša izvedbo. Vstavimo jo v kanal med dvema primarnima odprtinama ter po njej prerežemo streho sinusa. (slika 4: Prikaz sondiranja pri bolniku s ponovljeno boleznijo.) Po odstranitvi dlak in kiretaži granulacijskega tkiva, zaradi boljšega odloženega odprtega celjenja rane obrežemo kožne robove. Na rano za 24ur namestimo tampon, namočen v jodovo raztopino (2, 3). Število opisanih ponovitev je 4,4 %-30 % (5).

Ekscizija z odloženim odprtim celjenjem

Pri tej metodi napravimo incizijo in drenažo, sledi popolna ekscizija obolelega tkiva in stranskih sinusov. Zaradi lažje določitve razsežnosti procesa skozi primarni kanal vbrizgamo metilensko modrilo ali jodovo raztopino, s čimer prikažemo obolelo tkivo. Pri tej tehniki nastanejo velike rane, ki zahtevajo skrbno pooperacijsko oskrbo: britje, čiščenje in kiretažo (slednjo na 10-14 dni). Pomembno je redno britje robov rane, saj dlake, ki rastejo vanjo, motijo celjenje. Povprečno 6-8 tednov trajajoče celjenje se velikokrat podaljša (2).

PILONIDALNI SINUS- POVZETEK

ZDRAVLJENJE: kirurško

METODA: prilagojena bolezni (popolna ekscizija z odloženim odprtim celjenjem v splošni anesteziji ali spinalnem bloku)

POMEN HIGIENE: doživljenjska depilacija regije

Tabela 1: Ključne značilnosti zdravljenja pilonidalnega sinusa.

Pri tem načinu je opisnih najmanjše število ponovitev (10 % (5), 12,8 % (7)), zato je kljub dolgotrajnemu celjenju in velikim pooperacijskim brazgotinam trenutno metoda izbora.

Ekscizija s primarnim zapiranjem

Prednost pred prejšnjo metodo je krajši čas celjenja (2-3 tedne), vendar se ponovitve pojavljajo pogosteje. Ekscizija sega do sakralne fascije, ki jo odpremo ter dvignemo od kosti. Močne retencijske šive postavimo skozi vse plasti, fascijo zašijemo z razgradljivim materialom. Kožo zašijemo in z retencijskimi šivi namestimo tampon za 10 dni (1).

Ekscizija s kritjem

Pri večjih ranah uporabimo za kritje rotacijske kožne režnje (2).

Kriokirurgija

Odrpno rano, ki smo jo kirurško oskrbeli izpostavimo tekočemu dušiku za 5 min (7).

Konzervativno zdravljenje nam služi kot dopolnilo h kirurškemu. Pri sepsi in kot preventiva pri bolnikih z večjim tveganjem uporabljamo antibiotike (2). Sedežne kopeli olajšajo celjenje in delujejo antiseptično (kamilice, ceftalon). Kot dokončna konzervativna oskrba pilonidalnega sinusa se je razvila sklerozacija z 80 % fenolom. Ponoven pojav bolezni po letu dni je 6,3 % (6).

Literatura

1. Forrest APM, Carter DC, Maclead IB. *Principles and Practice of Surgery*. London: Churchill Livingstone, 1995: 467-8.
2. Sabiston DC. *Textbook of Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991: 1399-402.
3. Nicholls J, Glass R. *Coloproctology*. Berlin, New York: Springer, 1985: 120-3.
4. Weedon D. *Skin Pathology*. Second edition. London: Churchill Livingstone, 2002.
5. Hetzer F.H. et al. Abscess forming sinus pilonidalis: fistula excochleation (Lord's procedure) vs. fistula excision. A prospective, randomised study of 62 patients. *Universitaet Zuerich*, 2006.
6. Nicolls J, Glass R. *Coloproctology*. Berlin, NY: Springer, 1985: 120-3.
7. Hunt M.Y., Novak J. Pilonidalni sinus. *Simpozij proktologija*. Ljubljana 2000:117- 23.
8. Velikonja T. Vnetne bolezni in fistule anorektuma. *Simpozij proktologija*. Ljubljana 2000: 84-91.

Anestezija

Lokalna anestezija ni priporočljiva ne le zaradi možnosti razsoja vnetja temveč tudi, ker ne omogoči nebolečega in optimalno učinkovitega dela. Poseg vedno opravimo v spinalnem bloku ali splošni anesteziji.

Zapleti

Med zgodnjimi zapleti opazamo krvavite in zvišano telesno temperaturo. Med poznimi je najpogostejša ponovitev bolezni. Njena pojavnost je odvisna od kirurške metode. Trenutno je najmanj opisanih ponovitev pri popolni eksciziji v kombinaciji z odloženim odprtim celjenjem, zato je le-ta metoda izbora, kljub dolgem celjenju (povprečno 6-8 tednov) (2, 5, 7). Redkeje nastane pozna dehiscenca rane in nekrotizirajoči fasciitis. Pri dolgotrajnem akutnem vnetju se lahko razvije planelularni karcinom (2).

Izbor kirurške metode, pooperacijska oskrba in navodila bolnikom so usmerjena k preprečevanju recidivov. Izjemen pomen imata skrbna higiena in doživljenjska depilacija regije.

Zaključek

Pilonidalni sinus kot bolezen ni zelo nevarna, vendar je izjemno neprijetna, nadležna in predvsem boleča. Z izborom primerne kirurške metode omogočimo bolniku čim krajše zdravljenje in vrnitev v vsakdanje življenje.