

UMBLİKAL PİLONİDAL SİNÜS

UMBILICAL PILONIDAL SINUS

Acar Aren¹ 

¹Istanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Pilonidal sinüs genellikle sakrokoksigeal bölgede rastlanmakla birlikte atipik yerleşimli olabilmektedir. Umblikal bölge nadir olarak görüldüğü bölgedir. Bu çalışmada apse formasyonu ile gelen bir umblikal pilonidal sinüs olgusunu sunmayı amaçladık. **Olgu:** 23 Erkek hasta göbeğinde kızarıklık ve şişlikle 7.8.2017 tarihinde acil servise başvurdu. Apsse saptanarak göbek üzerinden yarım ay şeklinde insizyonla apse boşaltıldı, ancak şikayetleri geçmedi. 13.12.2017 tarihinde göbek bölgesinde şişlikle kliniğimize tekrar baş vurdu. Hasta aynı gün ameliyata alınarak göbek bölgesindeki şişlik tümü ile çıkarıldı ve rekonstrüksiyon yapıldı. Sorunsuz olarak taburcu edilen hastanın patoloji raporu: “Umblikal bölge: Pilonidal sinüs “geldi. Umblikal pilonidal sinüsün umblikal herni, piyojenik granülom, epidermoid kist ile ayrırcı tanısının mutlaka yapılması lazımdır. Karın içi ve yüzeysel görüntüleme oldukça önemli ve gereklidir. Umblikal Pilonidal sinüs tedavi yöntemleri konusunda halen bir fikir birliği olmasa da literatürde konservatif yaklaşımdan umblektomiye kadar değişen farklı tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Umblikal pilonidal sinüsün total çıkarılması ve umblikusun rekonstrüksiyonu iyi kozmetik sonuçları ile uygun bir tedavi olduğu kanısına varıldı.

Anahtar sözcükler: Umblikal pilonidal sinüs, Kist Derimod, umblikal apse, granülasyon dokusu, umblikal apse

ABSTRACT

Although pilonidal sinus is usually encountered in the sacrococcygeal region, it may be atypically localized. The umbilical region is the region where it is rarely seen. In this study, we aimed to present a case of umbilical pilonidal sinus with

abscess formation. **Case:** 23 male patient presents to the emergency department on 7.8.2017 with redness and swelling in the navel. An abscess was detected and the abscess was drained with a half-moon incision over the navel, but the complaints did not resolve. On 13.12.2017, he applied to our clinic again with swelling in the umbilical region. The patient was operated on the same day, and the swelling in the umbilical region was completely removed, and reconstructed. The patient was discharged without any problem and the pathology report of the patient was :”*Umbilical region: Pilonidal sinus*”. Differential diagnosis of umbilical hernia, pyogenic granuloma, epidermoid cyst must be made. Intra-abdominal imaging is required. Although there is still no consensus on umbilical pilonidal sinus treatment methods, different treatment methods ranging from conservative approach to umbilectomy have been reported in the literature. **Conclusion:** Total removal of the umbilical pilonidal sinus and reconstruction of the umblicus is an appropriate treatment with good cosmetic results.

Key words: Umbilical pilonidal sinus, cyst dermoid, granulation tissue, umbilical abscess

GİRİŞ

Pilonidal sinüs genellikle sakrokoksigeal bölgede rastlanmakla birlikte atipik yerleşimli olabilmektedir. Umblikal bölge nadir olarak görüldüğü bölgedir. Bu çalışmada apse formasyonu ile gelen bir umblikal pilonidal sinüs olgusu sunmayı amaçladık.

OLGU

23 yaşında Erkek hasta 7.8.2013 tarihinde göbek çevresinde şişlik ve ağrı ile İstanbul Eğitim Araştırma hastanesi acil servisine baş vurdu. Yapılan fizik muayenesinde göbek bölgesinde

apse olduğu saptandı. Hasta yatırılarak acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında göbük üzerinden yarımay insizyonla cilt altı kesilerek, apse boşaltıldı. Apselöjü yıkandı ve dren konarak kapatıldı. Hasta Oral antibiyotik tedavisi verilerek ertesi gün taburcu edildi. Şikayetleri ve göbükten akıntısı geçmeyen ve hasta 13.12.2017 tarihinde Cerrahi kliniğine tekrar baş vurdu. Yapılan muayenesinde umblikal bölgede eski insizyon izi, kızarıklık ve akıntının geldiği ve bir sinüs ağızı saptandı (Resim 1). O bölgeye yönelik yapılan yüzeysel ultrasonografide cilt, cilt altı yağlı doku kalınlığı artmış olup ödemli görünümde, yer yer apseleşmeye eğilimli flegmonöz sahalar izlendi ve lenfadenomegali ya da kitleye ait görünüm izlenmedi. Yapılan Batın Ultrasonografisinde normal bulgular saptandı. Hasta Umblikal Pilonidal sinüs ön tanısı ile 13.12.2017 tarihinde ile Genel Cerrahi Kliniğimize yatırılmıştır. Aynı gün sedoanaljezi ve lokal anestezi ile eski insizyon hattı çıkarılacak şekilde lojı girilerek sinüs total olarak fistül ağızı ile birlikte çıkarıldı (Resim 2). Sinüs fistül ağızı (Resim 3.) dikildi ve göbük deliği sığ hale getirilerek rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Hasta aynı gün taburcu edildi. Ertesi gün dreni ve 10 gün sonra dikişleri alınan hasta sorunsuz şifa buldu. 5 yıldır nüks saptanmamıştır. Patoloji raporu: Umblikal bölge: 3,5x2,5x1,5 cm boyutunda kistik kitle Pilonidal sinüs gelmiştir.



Resim 1.Eski insizyon nedbesi ve Umblikal Pilonidal sinüs ağızı



Resim 2. Fistül traktı ve tüm umblikal pilonidal sinüs çıkarıldı



Resim 3.Gösterilen Sinüs ağızı dikildi ve göbük deliği sığ hale getirilerek rekonstrüksiyon gerçekleştirildi.

TARTIŞMA

Pilonidal sinüs sık rastlanan bir patolojidir. Pilonidal sinüs, kronik bir inflamatuvar kıl partiküllerinin epidermise nüfuz ederek oluşturdukları kronik granülomatöz reaksiyon gösteren bir hastalıktır (Eryılmaz,2015). Bu hastalık ilk olarak koksiksin hemen altında kıl içeren bir kist olarak Mayo tarafından 1833 de tarif edilmiştir (Thorlakson ,1966). Herbert Mayo ilk defa pilonidal terimini kullanmıştır. Kelime anlamı Latince *pilus*: saç veya kıl, *nidus*: yuva demektir. Genelde sakrokoksigeal alanda görülür (Thorlakson ,1966). Ancak umblikal pilonidal hastalığı çok nadirdir ve 1956'da ilk açıklayan Patey ve Williams olmuştur (Patey,1995). Umblikal pilonidal hastalığının tedavisi literatürde konservatif, cerrahi olmayan tedavilerden, agresif total eksizyon ve geç rekonstrüksiyona kadar değişmektedir. Bir umblikal pilonidal sinüsünün klinik özellikleri iltihaplanma sonucu oluşur. Ağrı ve şişlik yanı

sıra cerahatli akıntı, olağan semptomlardır. Hastalar akut apse ile doktora baş vururlar. Nitekim hastamız da daha önce aynı bulgularla kliniğimize baş vurmuş ve drenaj uygulanmıştı. Ancak sinüs devam ettiği müddetçe akıntı ve apse nüksü kaçınılmazdır. Literatürde belirtilen predispozan faktörler aşırı tüylülük, erkek cinsiyet, genç yaş, derin bir göbek ve zayıf kişisel hijyendir (Eryılmaz,2015; McClenathan 2000). Ayırıcı tanı göbek fitiği, endometriozis, Sister Mary Joseph nodülü, piyojenik granülom, urakal ve epidermoid kist gibi diğer göbek bölgesi anomalilerini içerir (Abdulwahab,2010; Akkapulu,2011; McClenathan 2000). Her ne kadar teşhis genellikle kıl içeren sinüslerin saptanması ile konulsa da (Akkapulu,2011), ameliyat öncesi karın içi ve yüzeysel görüntüleme şüpheli durumlar için gerekli olabilmektedir. Biz de olgumuzda ultrasonografi ile göbek bölgesine ve batin içini tetkik ettirdik ve başkaca bir patoloji saptanmadı. Umblikal pilonidal sinüsün tedavisinde ilk olarak göbek bölgesinden batan kıllar çıkarılmadır. Göbek hijyenine önem verilerek ve önleyici tedbirler ile konservatif tedavi yapıla bilinir (Kareem,2013). Sinüs içine fenol uygulanması, sinüs boşluğunun koterizasyonu ve kriyoterapi tedavisi cerrahi harici uygulanan tedavilerdendir. Ancak bu uygulamalarda iyileşme oranları % 70 civarında olup, tam iyileşme ise ortalama 50 günde tamamlandığından hastanın günlük hayatına geri dönmesi gecikmektedir (Abdelnour,1994). 53 Olguluk bir çalışmada; apse ve selülit ile komplike olmamış umblikal pilonidal sinüs olgularında yalnızca lokal olarak umblikustaki kılların çıkarılması, debridman, pansuman, kişisel hijyen önerileri ile hastalara sistemik antibiyotik verilmeden ve cerrahi müdahaleye gerek kalmadan tedavi olabileceğini göstermişlerdir (Özkan,2012). Böylece gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçilmiş olunur. Sinüslerden kılların tam olarak temizlenememesi, konservatif tedavinin başarısızlığının ana nedenidir (Abdelnour,1994; El-Bakry, 2002; Kareem,2013). Bazen bizim olgumuzda da olduğu gibi apse formasyonu olup bir insizyon ile drenajı gerekli olabilir. Konservatif tedaviye dirençli olgularda cerrahi eksizyon göbek deliği rekonstrüksiyonu ile kesin tedavi edilir. Biz de olgumuzun bir sonraki gelişinde konservatif tedaviye devam etmeyip sorunu, kökünden düzeltme amaçlı cerrahi planladık. Bazı cerrahlar göbek eksizyonunu ve yaranın sekonder iyileşmeye bırakılmasını tavsiye ederler ve

ardından gelen yara izinin normal, çökük bir göbeğe benzediğini öne sürerler (Goodall 1995,Sroujeh 1989). Göbek deliği kenarında küçük bir deri parçası bırakılan teknikte, sinüs eksizyonu ve ardından kalan göbek duvarları ile rekonstrüksiyonun, kozmetik olarak kabul edilebilir ve temizlemesi kolay/sıg göbek deliği oluşturulmuş ve bu tekniğin etkili olduğunu görülmüştür. 45 Olguluk serilerinde (Fazeli, 2018) benzer bir teknik kullanmış ve umblikal pilonidal hastalığın birincil tedavisi olarak umblikusun ters çevrilmesi ve rekonstrüksiyon için bir kısım deri bırakıldıktan sonra tam sinüs eksizyonu önerilmiştir. Biz de olgumuzda buna benzer bir teknikle rekonstrüksiyon yaptık. Umblektomi ile karşılaştırıldığında sinüs eksizyonu ve umblikusun rekonstrüksiyonu uygulanan vakalarda daha sık renkkürens geliştiğine dair bulgu saptanmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Fazeli, 2018; Humpries,2010). Ayrıca bu yöntem umblektomiden kozmetik olarak daha iyi sonuçlar vermektedir (Akkapulu,2011).

SONUÇ

Umblikal herni, piyojenik granüloma, epidermoid kist ile ayırıcı tanısının mutlaka yapılması lazımdır. Karın içi ve yüzeysel görüntüleme şüpheli durumlar için gerekli olabilmektedir. Umblikal Pilonidal sinüs tedavi yöntemleri konusunda halen bir fikir birliği olmasa da literatürde konservatif yaklaşımdan umblektomiye kadar değişen farklı tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Umblikal pilonidal sinüsün total çıkarılması ve umblikusun rekonstrüksiyonu iyi kozmetik sonuçları ile uygun bir tedavi olduğu kanısına varıldı.

KAYNAKLAR

- Abdelnour A., Aftimos G, Elmasri H(1994) Conservative surgical treatment of 27 cases of umbilical pilonidal sinus. J Med Liban.; 42:123–5.
- Abdulwahab BA, Harste K. (2010) Umbilical pilonidal sinus. Ugeskr Laeger;172:2848–9
- Akkapulu N, Tanrikulu Y. (2011) Umbilical Pilonidal Sinus: A Case Report. J MedCases; 2(6):272-4

El-Bakry AA.(2002) Discharging umbilicus. Saudi Med J. ; 23:1099–1100.

Eryilmaz R, Sahin M, Okan I, Alimoglu O, Somay A.(2005) Umbilical pilonidal sinus disease: predisposing factors and treatment. World J Surg. 2005; 29:1158–60.

Fazeli MS, Lebaschi AH, Adel MG, Kazemeini AR.(2008) Evaluation of the outcome of complete sinus excision with reconstruction of the umbilicus in patients with umbilical pilonidal sinus. World J Surg ; 32:2305–8.

Goodall P. (1995) The etiology and treatment of the pilonidal sinus. Dig Surg.;12:117–120.

Humpries AE, Duncan JE. (2010) Evaluation and management of pilonidal disease. Surg Clin North Am; 90(1):113-124.

Kareem T.(2013) Outcomes of conservative treatment of 134 cases of umbilical pilonidal sinus. World J Surg. ;37:313–7.

McClenathan JH(2000) Umbilical pilonidal sinus. Can J Surg. 2000; 43:225.

Özkan Z., Seyfi E., Gönen A. N., Yazar, F. M., Cengizhan Ş. Ö., Sarıcık B. (2012) Umbilikal pilonidal sinüs hastalığında farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması Genel Tıp Derg;22(2)43-47

Patey D, Williams ES.(1995) Pilonidal sinus of the umbilicus. Lancet. 1956; 271:281–2.

Sroujeh A.S., Dawoud A(1989) Umbilical sepsis. Br J Surg. 1989; 76:687–8

Thorlakson RH(1966) Pilonidal sinus of the umbilicus. Br J Surg. 1966; 53(1):76-8.