

## KIL DÖNMESİ ( SİNÜS PLENOİDALİS ) TÜM TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Kıl dönmesi latince kıl anlamına gelen "pilo" ve yuva anlamına gelen "nidus" kelimelerinden türetilen Pilo-nidal kelimesi ile anılmaktadır. Kelime anlamı olarak kıl yuvası anlamına gelir. Erkeklerde 3-4 kat daha fazla görülür.18-25 arası görülme sıklığı artar.40 yaş üstünde görülmesi ise nadirdir. Özellikle askerlik çağındaki erkeklerde görüldüğü için askerliğin etken olduğuna dair görüşler ileri sürülmüştür.

### ETYOPATOGENEZ

Pilonidal Sinüs hastalığında temel etken kıl olduğundan ve halk arasında kıl dönmesi diye tabir edilmesinden kaynaklı sonradan oluşan bir hastalık gibi anlaşılmaktadır. Sonradan oluştuğuna dair teoriler de bulunmasına rağmen hastalığın doğuştan oluşun bir hastalık olduğu kabul edilir.En çok kabul edilen teori natal kleftin (kalçalararası oluk) anne karnında cilt oluşumu esnasında deri altında deri parçası kalacak şekilde kapanmasından kaynaklı kıl folliküllerinin deri altında bulunmasıdır.Bu folliküllerden ergenlikle beraber kıl üretimi sonrası derinin altında yuvalanan bu kıl yumağının iltihaplanıp apse oluşturması sonucu geliştiği pilonidal hastalık geliştiği kabul edilir.18-25 yaş arası bu hastalığın sık görülüşü, yeni doğanlarda görülen Sakrokoksigeal sinüs (kuyruk sokumunda çukur) ve normal cildin dökülen kılların saplanması müsait olmayan esnek yapısı bu teoriyi güçlendirmektedir. Sonradan oluştuğunu iddia edenler de ise kılın sert ve dikensi yapısından kaynaklı kalçalar arasındaki oluğa dökülen kılların cilde saplanması ve deri altında ilerlemesi ile hastalığın oluştuğu ileri sürmektedir.

### TANI

Hangi teori kabul edilirse edilsin klinik değişmemekte, deri altında kıl yumağı oluşmakta ve zaman zaman apseleşerek akut alevlenmelerle ağrılı, kızarıklık olan, şiş ve ateşle seyreden tablo ortaya çıkarmaktadır. Oluşan kıl yumağı kenarlara doğru ilerleyerek yeni orifisler (delikler) açmaktadır.



Resim 1:Orta hatta orifisleri olan pilonidal sinüs

Bu deliklerden devamlı bir akıntı oluşmakta bazen kıl görülebilmektedir. Bazen hastaların iç çamaşırlarındaki lekelenmeden başka bir şikayetleri olmayabilir. Ancak sık sık apseleşip spontan drene olan hasta grubu çoğunluktadır. Bu akıntıya bağlı olarak kuyruk sokumunda ve makatta kaşıntı şikayeti oluşur. Zaman zaman bu bölgede çatlamlar ve kanamalara rastlanır. Kenarlara doğru yöneldiğinde hafif bir çukurluğun olduğu ve iltihabın aktığı orifisler ortaya çıkar. Orta hatta kıl yumağının olduğu kist sert bir şekilde ele gelir.

## TEDAVİ

Plonidal Sinüs(Kıl dönmesi) hastalığının tedavisi cerrahidir. Akut dönemlerde apse drenajı ile büyük vakalar için uygulanan rotasyon fleplerine kadar değişen geniş bir tedavi skalası mevcuttur.

Hangi tedavi metodu uygulanırsa uygulansın nüksün(hastalığın tekrarlaması) az olduğu, kolay ve mümkünse lokal anestezi ile uygulanabilen, hastanın hastanede kalış süresini en aza indiren, hastayı erken dönemde günlük yaşantısına döndüren tedavi metodu uygulanmalıdır.

Bu ön kabulleri sağlamak adına bir çok tedavi protokolü tarif edilmiştir. Şimdi bu protokolllerden kısaca bahsedelim.

### 1-Akut atakla başvuran hastada tedavi-APSE DRENAJİ:

Akut dönemde apse lokal anestezi altında drene edilip küretaj uygulanarak poş kapanana kadar pansuman uygulanmaktadır. Burada yapılan küretaj ne kadar iyi olursa olsun tüm kıl folliküllerinin tamamen çıkartıldığından emin olmak mümkün değildir. Bu tip tedavide bu nedenle yüksek nüks oranları bildirilmiştir. Bu nedenle kesin bir tedavi olmayıp semptomatik tedavi metodu olarak değerlendirmek ve kesin tedavi olan ameliyata zemin hazırlayan bir tedavi olarak değerlendirmek gerekir. Apse drenajı sonrası antibiyotik ve pansumanlar önerilir. Bazen oturma banyoları ile iyileşme ve drenaj hızlandırılabilir.

## 2-Minimal invazif müdahale ile tedavi:

Bu kısımda tıbbi tedavi haricinde kesin tedavi metodu olarak uygulanmış tedaviler incelenmektedir.

### a-Konservatif Yöntemler

Bu amaçla fenol, gümüş nitrat ve %90'lık alkol gibi çeşitli kimyasallar ve de kriyoterapi yöntemi kullanılmaktadır.En yaygın uygulanan fenol uygulamasıdır.

Fenol uygulaması poliklinik şartlarında ayaktan uygulanan bir yöntemdir. Pilonidal kist içine kimyasal koterizan madde olan Fenol uygulaması ve daha sonra kistin küretaj dediğimiz yöntemle kazınması esasına dayanır.

Lokal anestezi ile uygulanan bu yöntemde kıl dönmesini orifislerinden bir iğne yardımı ile fenol uygulanıp 2 yada 3 gün sonra yapılan 0.5 cm'lik bir kesi ile o bölgedeki ölü dokuların küret dediğimiz bir alet yardımı ile kazınması ve daha sonra 2-3 kez pansuman ile yaranın kapanması ile uygulanır. Ancak körlemesine yapılan bu işlemde tüm kıl folliküllerinin veya kılların tamamının temizlendiğinden emin olunamamaktadır. Yapılan ve yaptığımız çalışmalarda çok yüksek oranlarda nüksler bildirilmiş ve bulunmuş olup bu nedenle tarafımızdan uzun yıllar önce terkedilmiş bir yöntemdir.

### b- RTU tekniği (Mikrosinüektomi):

Mikrosinüektomi Bascom tarafından tarif edilen bir yöntemdir ve bu müellifin adıyla meşhur olmuştur. Ancak Bascom tarafından tarif edilen yöntemde kist duvarı çıkartılmadığı için %15'e varan nüks oranları bildirilmiş ve bu nedenle tarafımızdan terkedilmiştir. Biz uygulamamızda bu yöntemin modifiye ettiğimiz ve adını **RTU tekniği** olarak koyduğumuz şeklini ağırlıklı olarak kullanıyoruz. Bizim tarif ettiğimiz yöntemde sinüs duvarları yani kist tamamen çıkartılmaktadır. Oluşan boşluk sekonder iyileşmeye bırakılmakta ve pansumanlarla yara iyileşmesi tamamlanana kadar hasta takip edilmektedir.Lateralize olan orifisler fenolün koterize etkisi ile oblitere edilmektedir. Bu modifikasyon sayesinde nüks oranlarımız 1/1500 oranına düşmüştür.

Tarafımızdan uygulanan mikrosinüektomi yöntemi Bascom uygulamasına benzer bir metod olup ondan ayrı olarak içerdeki kistin tamamının küçük bir kesiden lokal anestezi eşliğinde çıkartılması esasına dayanır. Mikrocerrahi bir yöntemdir. Bu yöntemde, nüks oluşmasında cerrahinin handikapları olan follikül bırakma veya fazla kesi nedeni ile kıl saplanması ihtimali olmadığı için nüks oranları minimaldir.



Resim 2: 3 orifisli pilonidal sinüs

Bu yöntem lokal anestezi altında orifisleri içine alan 1 cm'lik kesi ile orifisler çıkartılarak yapılmaktadır(Resim 3)



Resim 3: Yapılan 1-1.5 cm'lik kesi

Bu kesiden yapılan mikrocerrahi işlem ile kistin tamamı içindeki kıl yumağı ile beraber kist patlatılmadan çıkartılmakta nüksün önüne geçilmektedir(Resim 4).



Resim 4

Daha sonra fenol emdirilmiş gaz tamponlar ile kimyasal koterizasyon işlemi ile kanamanın önüne geçilmekte ve 1 gün bu tampon içeride tutulmaktadır(Resim5). Bu haliyle işlem sonlandırılmakta, ertesi gün tamponlar çıkartılarak hastalar normal yaşantısına döndürülmektedir.



Resim 5

Bu süreçten sonra kistin çıkartılması ile oluşan boşluğun pansumanlarla kapatılmasına geçilmekte ve hasta ayaktan pansumanlarla normal yaşantısına devam ederek haftada 2 kez pansuman ile takip edilmektedir.

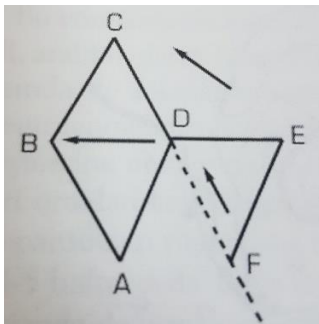
Komplikasyon ve nüks riskinin düşüklüğü, lokal anestezi ile uygulanımı, dikişsiz olması ve istirahat gerektirilmemesi gibi nedenlerle oldukça konforlu bir metod olmasına rağmen cerrahlar tarafından uygulamanın güçlüğü ve uzun süren pansumanlar gibi gerekliler ile hastalar daha çok ameliyata yönlendirilmekte ve ameliyatlı tedaviler tercih edilmektedir.

### 3-Cerrahi Tedavi:

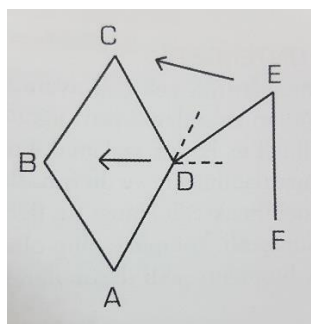
Cerrahi tedavide çok değişik metodlar tarif edilmiş olmakla birlikte birbirlerinin modifikasyonu olması nedeni ile benzer metodlardır. Kistotomi ve küretaj, kistektomi ve yaranın açık bırakılması, kistektomi ve marsupiyalizasyon, kistektomi primer kapatma, Karydakis ameliyatı, kistektomi ve greft ile tamir, kistektomi ve flep yöntemleri bunlardan bazılarıdır.

Bunlardan flep yöntemleri başlangıçta belirttiğimiz genel tedavi şartlarının çoğunluğunu sağlayan metodlar olduğundan Mikrosinüsektomi yöntemi ile tedaviye uygun olmayan çok ilerlemiş hastalara flep ile tedavileri ağırlıklı olarak uygulamaktayız. Ancak yukarıda sadece ismen belirttiğimiz cerrahi tedavi metodları, tedavinin kişiselliği ilkesine saygı gösterip hastaya en uygun olanını seçmek suretiyle zaman zaman nadir de olsa halen uyguladığımız metodlardır. Biz bu makalede cerrahlar arasında yoğun olarak kullanılan metodları detaylandırmakla yetineceğiz.

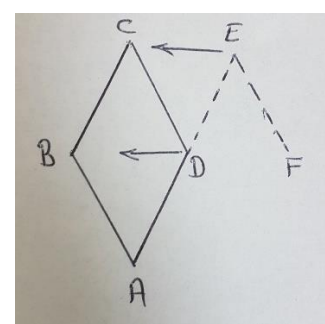
Cerrahi tedavide en çok uygulanan metodlar flep yöntemleridir. Bunlarda da çok çeşitli modifikasyonlar bulunmasına rağmen cerrahlar tarafından en çok kullanılan Limberg flep ile tamirdir. Biz ise Limberg Flep uygulamamızda flep kenarının intergluteal olukta pot yapması ve bu potun orta hat kenarında kıl yumaklarının yuva oluşturabileceği bir çukur oluşturması nedeni ile nükslerle karşılaştığımızdan daha uygun olduğuna düşündüğümüz Dufourmentel flep metodunun kendi modifikasyonumuz olan şeklini kullanıyoruz. Bu modifikasyonla çok büyük pilonidal sinüsler en optimum şartlarda çıkartılabilmekte ve oluşan boşluk rahatlıkla kapatılabilmektedir. İleriye dönük olarak nüks oranını oldukça düşük olarak tesbit ettik. Dufourmentel flep ile tamirde flep üst uç noktası aç ortalay ile belirlendiği için flep kaldırılan yerdeki boşluğun doldurulmasında gerginlik ve karşı taraf orta hatta pot oluşmaktadır. Oluşan bu pot ileriye dönük olarak hastanın oturmasında bir engel olarak karşımıza çıkmıştır. Bizde aç ortalay yerine eksizyonun alt eşkenar üçgeninden düz çıkarak gerginliği ve oluşan potlaşmayı önledik.



a-Limberg flep



b-Dufourmentel flep

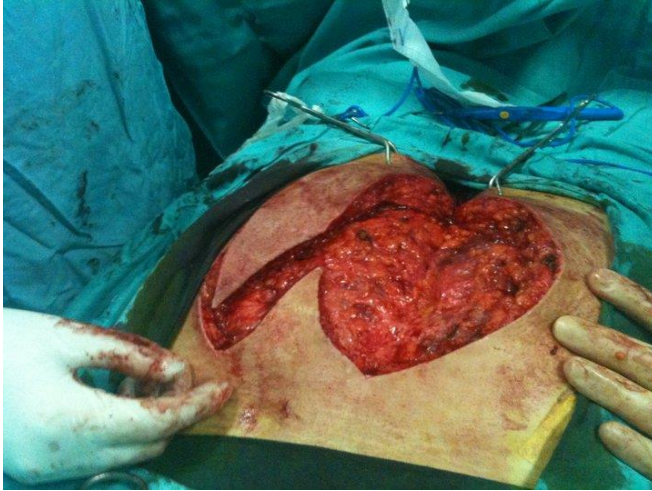


c-RTU flep

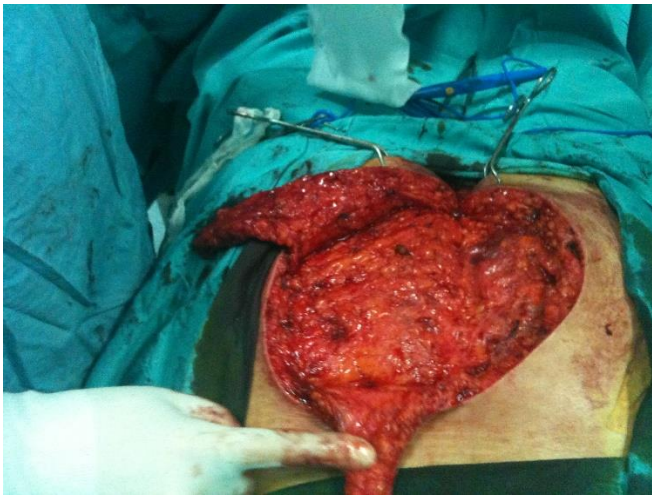
Tüm flep yöntemlerini kullanmakla birlikte en çok kullandığım kendi modifikasyonumuz olan ve ismini **RTU flep** olarak koyduğum flebi kullanmaktayım. Flep tabanlarındaki ve uçlarındaki son 2 sütür çok sıkı atılmadığı için keskin uçlu ve dar tabanlı fleplerde karşılaşılan dolaşım problemleri ile hiçbir hastamda karşılaşmadım .Esas olarak dolaşım problemlerinin gerginlikten kaynaklandığı kanaatindeyim. Bu flep sayesinde Limberg ve Dufourmentel fleplerde karşılaştığımız potluklarla ve gerginliklerle karşılaşmıyoruz.

Bu fleple tamir sonucunda çok büyük pilonidal sinüslere güvenle ve herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadan gönül rahatlığı ile müdahale edebilmekteyiz. Ameliyat sonunda orta hatta çukurluklar oluşmamakta, hastanın oturmasında problem teşkil eden potluk ve gerginlikler ortadan kaldırılmaktadır.

Çok büyük bir pilonidal kist eksizyonundan sonra aşağıdaki resimlerde görüldüğü gibi çok rahatlıkla oluşan boşluk kapatılabilmektedir. Resimleri görülen bu vakada eksize edilen kist boyutu 15X25 cm'dir.

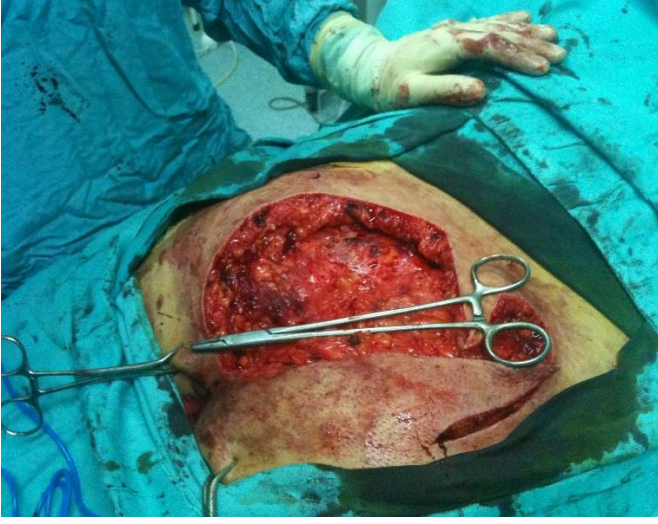


Resim 6



Resim 7

Eksizyon sonrası RTU flep hazırlanmış ve kanama kontrolü sağlanmıştır. Flep kenarlarında dolaşım problemi olmadığı dikkate değerdir.



Resim 8

Daha sonra ciltaltı yaklaştırma sutureleri uygulanmıştır.



Resim 9





Resim 10

Bu vakamızda toplam sütür hattı uzunluğu yaklaşık 50 cm'dir. 15 gün sonrasında sütürleri atlanarak alınmış olan hastamızda herhangi bir komplikasyon ve nüks olmamıştır.

İstenirse daha kkk boyutlu pilonidal kistlerde de güvenle uygulanacak bir flep tekniğidir.

#### **TARTIşMA:**

Pilonidal hastalık kesin toplumsal araştırmaları bulunmamasına rağmen Türkiye'de yapılan bir araştırmada askerler arasında yapılan bir saha çalışması ile askerlerin %8.8 'inde görülen bir hastalıktır. II.Dünya savaşı sırasında yaklaşık 80.000 amerikan askerinin kıl dönmesinden ameliyat edildiği bilgisi olan, bu nedenlerle askerliği kıl dönmesi sebepleri arasında sayılmasına neden olan bir hastalıktır.

Kronik, devamlı nkslerle seyreden bir hastalık olması ise yukarıda belirttiğim tedavi prensiplerine tam uyulmamasından kaynaklanmaktadır. Cerrahlar arasında bile kıl dönmesinden iyileşmenin zor olduğu kanaati yerleşmiştir.

Halbuki minimal invazif tedavilerin bile çok yaygın olarak kullanılabileceği bu hastalık kesin olarak hastaların gündeminden çıkartılabilir.

Tecrübemiz odur ki; nüksün en önemli sebebi subtotal kistektomi ve ameliyat sonrası bakımın iyi yapılmayışıdır. Subtotal kistektomi kistin tamamının ıkartılmayışı demektir. Özellikle makata yakın olan lokasyonlarda sfinkter hasarı riski nedeni ile konservatif davranılan ameliyatlarda, geniş çıkartıldığında ise oluşan büyük skar dokularını nkslerin en önemli sebepleridir. Bunun yanında ameliyat sonrası pansumanların düzensiz oluşu, hastaların erken dönemde hareketli yaşama katılma isteği, iyileşme sonrası vücut temizliğine özensiz yaklaşım nükslere sebep olmakta hastanın yaşam konforunu bozmaktadır. Biz bu nedenle makat içine fistlze olmuş kıl dönmelerinde bile hastanın erken dönemde hayata katılmasını sağlamaya çalışıyoruz. Flep ameliyatları için tarif ettiğimiz metod hastanın kendi ihtiyaçlarını kendi karşılmasını sağlamak ve hareketli yaşama erken geçmesini temin etmek amacı ile geliştirilmiştir. Çünkü cerrah ne kadar söylerse söylesin hastanın 10-15 gün yüzükoyun yatması hayatın olağan akışına uymamaktadır. Flep ameliyatları ise hasta ev

içinde bile fazla hareketlendiğinde sorun çıkaran ameliyatlar olarak karşımızdaydı. Bu nedenle minimal invazif metodlar tarif ettik ve de mevcut ameliyat tekniklerinin aksaklıklarını giderecek modifikasyonlara başvurduk. Bunu ise değişik teknikler kullanarak tedavi ettiğimiz 3000'den fazla kıl dönmesi hastasından edindiğimiz tecrübe ile yaptık. Tüm bu nedenlerle kıl dönmesinin tedavi edilemez bir hastalık olduğu anlayışından vazgeçilmesi kanaatindeyim.

Op.Dr. Ramazan Tarık Ünsal