

**PİLONİDAL HASTALIK\*****Adnan İŞGÖR**Göztepe Medical Park Hastanesi, İSTANBUL  
adnisg75@hotmail.com**ÖZET**

*Pilonidal hastalık, genç erişkinleri etkileyen bir durumdur. Ağırıklı olarak sakrokoksigeal bölgede yerleşen bu hastalık, ciltteki bir çöküntüden kist, apse veya kronik infeksiyonla beraber yaygın sinus oluşumuna kadar değişen bir semptom kompleksinden oluşur. Hastalığın temel nedeni kıl gömülmesidir. İdeal tedavi için net bir fikir birliği bildirilmemiş olmakla birlikte çok sayıda cerrahi ve cerrahi dışı tedavi seçenekleri öne sürülmüştür. Bu yazıda bu sorunun sunumu, patogenezi ve tedavisi incelenecektir.*

**Anahtar sözcükler:** kıl kökü infeksiyonu, pilonidal hastalık, pilonidal sinus

**SUMMARY****Pilonidal Disease**

*Pilonidal disease is a common entity that affect young adults. It consists in a symptoms complex with presentations ranging from asymptomatic pits to the cyst with abscess or chronic infection and extensive sinus formation that are predominantly located in the sacrococcygeal region. Hair insertion is the essential cause of the disease. Numerous nonoperative and operative treatment options have been proposed, although no clear consensus as to the optimal treatment has been reported. This article reviews the presentation, pathogenesis and the treatment of this problem.*

**Keywords:** hair follicule infection, pilonidal disease, pilonidal sinus

Pilonidal kelimesi latince kökenli pilu (kıl) ve nidus (yuva) kelimelerinden türetilmiştir. Presakral bölgede, intergluteal alanda ortaya çıkan pilonidal hastalık, klinik sunuluşuna göre pilonidal kist, pilonidal apse, pilonidal sinus ve kist dermoid sakral olarak da isimlendirilmektedir. Ancak bunların tamamını barındırması nedeniyle bu yazıda pilonidal hastalık terimi kullanılacaktır.

Pilonidal hastalık ciltte küçük bir çökük- lük şeklinde semptomsuz olabileceği gibi basit kist, kistin infeksiyonu sonucu sellülit ve/veya apse ya da kronik drenajı olan bir sinus ağzı veya ağızları şeklinde de kendini gösterebilir<sup>(5)</sup>.

**Oluşum teorileri**

Daha önceleri konjenital kökenli olduğu düşünülen bu hastalığın edinsel olduğu günümüzde daha fazla kabul görmektedir<sup>(7)</sup>.

Bu konuda bir çok teori vardır, ancak en fazla kabul göreni kılların deri içine gömülmesi teorisisidir. Kıl gömülmesi intergluteal bölge dışında sakal ve bikini bölgeleri ile bacaklarda daha sık, yüz ve boyunda daha az görülür. Ancak intergluteal bölgede görülen hastalığın morbiditesi daha fazladır.

Kılın deriye gömülmesi iki ayrı yolla olabilir. İlkinde; dışarda serbest durumda bulunan kılın sivri ucunun yandaş deriye gömülerek büyümesidir. Özellikle olayın başladığı bölgede sürtünme, basıncın fazla ve cildin duyarlı olması kılın deri içine doğru itilmesine neden olur. Bu teori, aynı zamanda berberlerde, köpek bakıcılarında ve koyun yünü kırpıcılarında intergluteal oluk dışında parmak aralarında gelişebilen pilonidal hastalığı da açıklar.

İkinci teoride, fazla miktardaki ölü deri atıklarının kıl folikülü ağzını kapatarak kılın

\* 26.ANKEM Antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi Kahvaltılı Oturum-9 sunumundan (18-22 Mayıs 2011, Kızılağaç-Manavgat)

dışarı çıkmasını önlemesi ve kılın geriye doğru kıvrılarak içeri doğru büyümesidir. Özellikle intergluteal oluktaki kılların yapısı (çam yaprağı gibi) bu olayın gelişmesinde yardımcıdır. Buna benzer bir teori de derin deri tabakasında oluşan normal hareket ve gerginliğin kıl foliküllerini genişletmesi ve foliküllerin rüptüre olarak kılların içerde büyümesidir.

Kılın içeri doğru büyümesi yabancı cisim etkisi yaratarak lokal inflamatuvar reaksiyona neden olur ve deri altında deriden kabarıp, küçük, koyu veya pembe renkli inflamatuvar alan gelişir<sup>(5)</sup>. Bu bölgeye aşırı basınç veya tekrarlayan travmalar olması sonucunda bu yapı kist haline döner. Kistin infekte olması ile apse gelişebilir. Apsenin drenajını izleyen devrede veya infeksiyon ortaya çıkmadan önceki evrelerde kistin cilt yüzeyine açılması sonucunda kistle deri yüzeyi arasında sinüs gelişebilir.

Jeep başta olmak üzere sert koltuklu araçlarda uzun süre oturmak zorunda kalan bireylerde sık olarak ortaya çıkması nedeniyle "jeep hastalığı" adı da verilmiştir. Özellikle II. Dünya savaşında 80,000 civarında askerde ortaya çıkması yukarıda tanımlanan edinsel teorileri destekler niteliktedir<sup>(6)</sup>.

### Predispozan faktörler

Hastalığın direkt nedeni olmayan, ancak gelişmesinde bazı roller üstlenebilen faktörler; obezite, uzun süre oturma gerektiren görev veya sporlar, inaktif yaşam tarzı, bireyde fazla miktarda, sert ve kaba kılların bulunması, kötü hijyen, fazla terleme, yaş (sıklıkla 15-24 yaş arası) ve aile öyküsü olarak sıralanabilir<sup>(2)</sup>.

### Semptomlar

Daha önce de değinildiği gibi hastalık, sadece deride bir çöküklük veya sinus ağzı şeklinde kendini gösterebilir ve bu durumda çoğunlukla semptom yoktur. Ancak özellikle kistin infekte olması ve apse ile sonuçlanmasına bağlı aşağıdaki semptomlar ortaya çıkabilir: kuyruk sokumunda ağrı, ciltte kızarıklık, ciltte ısı artışı ve lokalize şişlik, çok sık olmamakla beraber ateş, sinus ağzı varsa buradan infekte sıvı drenajı.

### Ayırt edici tanı

Klinik olarak kolaylıkla tanınmasına kar-

şın, perianal apse, hidradenitis, Crohn hastalığı ve aktinomikoz infeksiyonları ile karışabilir<sup>(1)</sup>.

### Mikrobiyoloji

İnfeksiyona neden olan mikroorganizmalar sıklıkla stafilokoklar, aerobik ve anerobik streptokoklardır. Apselerde *Bacteriodes* gibi anaeroblar da izole edilebilir.

### Komplikasyonlar

Pilonidal kistin infeksiyonu sonucu apse gelişebilir. Bu durum çoğu kez hastalığın doğal seyrinde vardır ve drenaj gerektirir. Apse gelişen ve zamanında tedavi edilmeyen hastalarda ender de olsa sistemik infeksiyon ortaya çıkabilir. Kendiliğinden iyileşen veya tedavi edilen hastalarda hastalığın tekrarlaması sık görülen bir komplikasyondur. Ender görülen diğer bir komplikasyon ise kist içinde veya sinus yolunda skuamöz hücreli kanser gelişebilmesidir (% 0.1)<sup>(6)</sup>.

### Önlemler

Hastalığa ait predispozan faktör taşıyanlarda hastalığın ortaya çıkmasını veya tedavi sonrası rekürens gelişmesini önlemede en etkin yöntem kuyruk sokumu bölgesinin hijyenidir. Bu bölgenin temiz ve kuru tutulması, kılların epilasyon veya traşla ortadan kaldırılması oldukça yardımcıdır<sup>(11)</sup>. Ayrıca bu bölgede aşırı basınç neden olabilecek uzun süreli oturma gibi davranışlardan kaçınılması, başta iç çamaşırı olmak üzere dar elbiselerin giyilmemesi gerekir. Obez bireylerin kilo vermesi diğer önemli bir noktadır.

### Tedavi

İnfeksiyon ve/veya apse gelişmemiş ya da sorun yaratacak kadar akıntısı olmayan, diğer bir deyişle asemptomatik olan küçük bir hasta grubunda profilaktik cerrahinin fazla faydası olmadığı ve yukarıda belirtilen önlemlerle hastaların izlenmesinin uygun olacağı öne sürülmektedir<sup>(4)</sup>. Diğer yandan asemptomatik olan bu hastalarda subklinik kronik bir infeksiyon olduğu da akılda tutulmalıdır.

İnfeksiyon başlayan ancak henüz apseleşmemiş olgularda (sellülit) hastaya bir kaç günlük istirahat önerilerek antiinflamatuvar ve olası mikroorganizmalar için ampirik antibiyotik

tedavisi uygulanmakla birlikte akut veya kronik pilonidal hastalıkta antibiyotik kullanılmasını destekleyen yeterince veri yoktur. Ancak sellülitli hastalarda immün süpresyon veya yandaş sistemik hastalık varsa kullanılabilmesi belirtilmektedir<sup>(9)</sup>. Daha önce de değinildiği gibi iyileşen hastaların önemli bir bölümünde daha sonra enfeksiyonun tekrar gelişebileceği unutulmamalıdır.

Postoperatif değişen sürelerde verilen antibiyotiklerin yararı tartışmalı olmakla beraber profilaktik antibiyotiklerin yara komplikasyonlarını veya rekürensi azaltmadığı, iyileşmeyi hızlandırmadığı, genel olarak bakıldığında bu amaçlarla kullanılan antibiyotiklerin yara enfeksiyon riskini azaltma konusunda yardımcı olmadığı belirlenmiştir<sup>(14)</sup>. Apse gelişen olgularda lokal anestezi ile apsenin drene edilmesi tek çözümdür. Bu sırada kist içindeki tüm apse içeriği, kıllar ve hücre atıkları temizlenmeli, apse duvarından kültür alınmalı ve sekonder iyileşme için kesi yeri açık bırakılarak günlük pansumanlar yapılmalıdır. Eğer önceden antibiyotik başlanmamış ve bölgede yaygın sellülit yoksa antibiyotik çoğu kez gerekmez. Ancak apse duvarından kültür alınmalıdır.

Tekrarlayan olgularda veya semptomatik kronik akıntısı olan hastalarda kesin tedavi için çoğu kez cerrahi veya cerrahi dışı girişim gerekir.

### Cerrahi dışı girişimler

Primer veya cerrahi sonrası nüks gelişen pilonidal sinüslerde sinus yoluna sklerozan (1-2 ml % 80'lik fenol) madde enjeksiyonu günümüzde fazla uygulanmamakla beraber iyi sonuçların alınabileceği ileri sürülmektedir<sup>(3)</sup>. Bu yöntemde hastanede yatmayı gerektirecek şiddetli inflamatuvar reaksiyon ve ağrı ortaya çıkabilmektedir.

Bir başka yöntem fistül yolunun debridmanından sonra kist ve sinüslerin fibrinle doldurulmasıdır. Bu yöntemin etkin (başarı oranı % 90-100) ve daha az invazif olduğu, bir çok hastanın normal aktivitelerine 1-2 gün içinde dönebildiği ileri sürülmektedir<sup>(8,12)</sup>.

### Cerrahi tedavi

Günümüzde daha yaygın olarak kullanı-

lan ve kabul gören kesin tedavi yöntemi cerrahidir. Bu konuda çeşitli yöntemler tanımlanmış olmakla beraber cerrahi girişimler temel olarak iki gruba ayrılır.

**Eksizyon ve açık yöntem:** Bu yöntemde sinus yolları ve kist bir miktar sağlam doku ile beraber çıkarılır ve sekonder iyileşme için yara açık bırakılır. Bazen yara kenarları presakral fasyaya dikilebilir (marsupializasyon). Bu yöntemde rekürens oranının daha az, ancak iyileşme süresinin uzun olduğu belirtilmektedir<sup>(10,13)</sup>.

**Eksizyon ve primer kapatma:** Açık yöntemdeki gibi eksizyon yapıldıktan sonra yara kenarları primer olarak birbirine dikilebileceği gibi çeşitli tekniklerle yapılan flep rotasyonları ile de yara kapatılabilir. Flep rotasyonlarında rekürens daha az olmakla beraber hem ameliyat süresi uzundur hem de daha geniş bir alanda diseksiyon yapılma zorunluluğu vardır.

Genel olarak, hastalığın durumuna ve hastanın bilgilendirilmesi sonucunda vereceği karar göz önünde bulundurularak hastaya en uygun olan yöntemin seçilmesi idealdir. Ameliyat sonrasında daha önce belirtilen önlemlerin de alınması unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Chinn BT. Outpatient management of pilonidal disease, *Semin Colon Rectal Surg* 2003;14(4):166-72. <http://dx.doi.org/10.1053/j.scrs.2004.03.001>
2. da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment, *Dis Colon Rectum* 2000;43(8):1146-56. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02236564>
3. Dogru O, Camci C, Aygen E, Girgin M, Topuz O. Pilonidal sinus treated with crystallized phenol: an eight-year experience, *Dis Colon Rectum* 2004;47(11):1934-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-0720-y>
4. Doll D, Friederichs J, Boulesteix AL, Düsel W, Fend F, Petersen S. Surgery for asymptomatic pilonidal sinus disease, *Int J Colorectal Dis* 2008;23(9):839-44. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-008-0476-2> PMID:18491116
5. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease, *Surg Clin North Am* 2002;82(6):1169-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109\(02\)00062-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6109(02)00062-2)
6. Humphries AE, Duncan JE. Evaluation and management of pilonidal disease, *Surg Clin North Am*

- 2010;90(1):113-24.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2009.09.006>  
PMid:20109636
7. Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process, *Aust N Z J Surg* 1992;62(5):385-9.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.1992.tb07208.x>
  8. Lund JN, Leveson SH. Fibrin glue in the treatment of pilonidal sinus: results of a pilot study, *Dis Colon Rectum* 2005;48(5):1094-6.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-0905-4>
  9. Notaro JR. Management of recurrent pilonidal disease, *Semin Colon Rectal Surg* 2003;14(4):173-85.  
<http://dx.doi.org/10.1053/j.scrs.2004.03.002>
  10. 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):165-9.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s101510200037>  
PMid:12525910
  11. Schulze SM, Patel N, Hertzog D, Fares LG 2nd. Treatment of pilonidal disease with laser epilati-on, *Am Surg* 2006;72(6):534-7.  
PMid:16808209
  12. Seleem MI, Al-Hashemy AM. Management of pilonidal sinus using fibrin glue: a new concept and preliminary experience, *Colorectal Dis* 2005;7(4):319-22.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2005.00808.x>  
PMid:15932551
  13. Søndena K, Andersen E, Søreide JA. Morbidity and short term results in a randomized trial of open compared with closed treatment of chronic pilonidal sinus, *Eur J Surg* 1992;158(6-7):351-5.  
PMid:1356467
  14. Søndena K, Nesvik I, Gullaksen F et al. The role of cefoxitin prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture, *J Am Coll Surg* 1995;180(2):157-60.  
PMid:7850048