

مقایسه میزان عود و عوارض ناشی از روشهای جراحی مرسوم در درمان سینوس پیلونیدال با روش بستن تأخیری

دکتر عبدالحسن طلائی زاده^۱، دکتر مهدی مصطفوی^۲

خلاصه:

بیماری سینوس پیلونیدال یک بیماری نسبتاً شایع در سنین جوانی است که هرچند مرگ و میر چندانی ندارد ولی بعلت عوارض حاصله از بیماری فرد دچار ناتوانی شده و منجر به صرف وقت و هزینه های بسیار برای بیمار میگردد. در این مطالعه عود و عوارض ناشی از روشهای مختلف مرسوم در جراحی سینوس پیلونیدال بررسی شده و روش بستن تأخیری^۱ نیز بعنوان یک روش درمانی جدید توصیه و با سایر روشها مقایسه شده است.

این مطالعه در طول ۳ سال از سال ۱۳۷۹-۱۳۷۷ در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شده است. نوع مطالعه کار آزمائی بالینی^۲ بوده است. بیماران بصورت اتفاقی از بین مراجعہ کنندگان به درمانگاههای تخصصی جراحی انتخاب شده اند تعداد کل نمونه ۶۵ نفر بوده که بعلت عدم مراجعه بعدی در مطالعه آینده نگر به ۵۶ نفر تقلیل یافته است.

از این میان تعداد ۳۰ بیمار به روشهای متداول تحت عمل جراحی سینوس پیلونیدال قرار گرفته (گروه کنترل) و تعداد ۲۶ بیمار دیگر به روش بستن تأخیری تحت عمل جراحی قرار گرفتند (گروه مطالعه). در گروه کنترل ۱۱ بیمار دچار عوارضی از قبیل خونریزی و عفونت زخم و دفع ترشحات سروزی شدند در حالیکه در گروه مطالعه ۵ نفر از بیماران دچار اینگونه عوارض شدند. در پیگیری بمدت ۲ سال از ایسن بیماران تنها یک مورد عود در گروه مطالعه دیده شد که این عود در ۶ ماهه اول پس از عمل ایجاد شده بود در حالیکه در گروه کنترل ۵ مورد عود که ۲ مورد آنها در ۶ ماهه اول و ۳ مورد بعد از ۶ ماه ایجاد شده بود. زمان بازگشت بکار در گروه مطالعه $(2/5 \pm 9/9)$ هفته بود در حالیکه در گروه کنترل $(2/68 \pm 9/9)$ هفته بوده است.

بر اساس این مطالعه ملاحظه میشود که میزان عود در روش بستن تأخیری ۴٪ بوده در حالیکه در گروه کنترل ۱۷/۲٪ عود وجود داشته است که نشان دهنده عود کمتر در روش بستن تأخیری میباشد و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/05$)

از نظر عوارض روش بستن تأخیری دارای ۱۳٪ عوارض در مقایسه با ۲۴٪ عوارض در گروه کنترل بوده است ($p < 0/05$) زمان بازگشت به کار نیز در گروه مطالعه نسبت به گروه کنترل کمتر بوده است. لذا روش بستن تأخیری را میتوان بعنوان یک روش جدید در جراحیهای سینوس پیلونیدال ساکروم مورد توجه قرارداد.

واژه‌های کلیدی: سینوس پیلونیدال، بستن تأخیری اولیه، ساکروکوکسیژنال

* استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

** دستیار جراحی عمومی بیمارستان امام خمینی

1- Delayed primary closure (D.P.C)

2 - Clinical Trial

دریافت مقاله: ۸۰/۸/۱۶ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۱/۱۰/۲۲ اعلام قبولی: ۸۱/۱۱/۱۲

مقدمه :

مطالعه قرار گرفته و از نظر عود و عوارض با سایر روشهای مرسوم مقایسه شده است.

مواد و روش کار:

مطالعه فوق به طریقه کارآزمایی بالینی آینده نگر^۲ در طی سه سال در سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۷ از بین مراجعین به بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز بر روی ۶۵ بیمار مبتلا به این بیماری انجام شده که بعلت عدم مراجعه بعدی در مطالعه کل بیماران به ۵۶ نفر تقلیل یافته اند. کلیه بیماران با تشخیص سینوس پیلونیدال ناحیه ساکروم بستری شده و تحت عمل جراحی قرار گرفتند. از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند بصورت اتفاقی به دو دسته تقسیم شدند و تعداد ۲۶ نفر به روش بستن تاخیری اولیه^۳ و ۳۰ نفر به سایر روشهای مرسوم از جمله برداشتن کامل سینوس یا با بدون بستن زخم تحت درمان قرار گرفتند. بیماران تا مدت ۲ سال تحت پیگیری بعدی قرار گرفته و وضعیت معاینات انجام شده در پرسشنامه ائی که از قبل تهیه شده بود ثبت میگردد. نحوه انجام عمل جراحی بستن تاخیری اولیه به اینصورت بود که : ناحیه عمل چند ساعت قبل از عمل با تیغ تراشیده شده سپس بیمار با بیهوشی عمومی یا نخاعی بیهوش میشد. وضعیت بیمار بصورت خوابیده به روی شکم بوده و ناحیه عمل با بتادین شستشو داده شده و با محلول بتادین ۱۰٪ رنگ آمیزی میشد. سپس ناحیه با شان استریل پوشانده شده و با تیغ

بیماری سینوس پیلونیدال یک بیماری شایع در سنین جوانی است که در نواحی مختلف بدن دیده شده ولی بخصوص در ناحیه ساکروم از شیوع بالاتری برخوردار است شیوع بیماری در مردان بیشتر بوده و در سنین ۲۵-۲۱ سالگی از حداکثر شیوع سنی برخوردار است (۲،۱). در مورد علل ایجاد بیماری تئوریهای مختلف ارائه شده است و برای اولین بار در قرن نوزدهم میلادی توسط Burley و Anderson معرفی شده است (۲،۱). خصوصیات بالینی بارز این بیماری بصورت درد به همراه دفع ترشحات و یا توده ناحیه ساکروم است (۵،۴،۳،۲،۱). در صورت عدم درمان این بیماری عوارض وخیمی ممکن است عاید بیمار شود (۶) لذا درمان پس از تشخیص این بیماری ضروری است .

در طی سالیان شناخته شدن این بیماری روشهای متنوع و مختلف جراحی برای درمان این بیماری ارائه شده است. که از جمله این روشها میتوان به ۱- برداشتن کامل سینوس و باز گذاشتن زخم (۷،۲،۱) ۲- برداشتن کامل سینوس به همراه بستن زخم (۸) ۳- برداشتن کامل سینوس و بستن زخم با فلاپهای پوستی (۸) ۴- روش انسزیون بر روی سینوس به همراه مار سو پیا لیزا سیون^۱ (۱،۲).

در این مطالعه از روش دیگری بصورت برداشتن کامل زخم و سپس بستن اولیه زخم بصورت تاخیری استفاده شده است. سپس این روش مورد

- 2- Prospective clinical trial
- 3- Delayed Primary Closure

- 1- Marsupialization

توزیع فراوانی آنها در جدول (۲) خلاصه شده است.

بعد از انجام عمل جراحی به هریک از روش های انجام شده مدت زمان بستری شدن بیماران بعد از انجام عمل جراحی تعیین و بعد از انجام محاسبات آماری مدت زمان متوسط بستری در بیمارستان در گروه مطالعه ($1/91 \pm 0/58$) روز و در گروه کنترل ($1/4 \pm 2/2$) روز بوده است. زمان بازگشت بکار بیماران زمانی در نظر گرفته شده که بیماران میتوانند به محیط کار خود یا فعالیتهای روزمره خود بازگردند این زمان در گروه مطالعه ($2/5 \pm 0/9$) هفته و در گروه کنترل ($2/68 \pm 0/9$) هفته بوده است.

عوارض حاصل از عمل جراحی به ۳ دسته: ۱- خونریزی یا هماتوم ۲- ترشحات سروزی از ناحیه زخم ۳- عفونت زخم و دفع ترشحات چرکی که این عوارض در جدول شماره (۳) خلاصه شده است.

بیماران در طی یک دوره ۲ ساله در مراجعات بعدی که به درمانگاه جراحی داشتند از نظر عود بررسی میشدند و عود بیماری را به دو دسته زودرس (کمتر از ۶ ماه از تاریخ عمل) و عود دیررس (بعد از ۶ ماه از تاریخ عمل) تقسیم کردیم. در گروه مطالعه فقط یک مورد عود آن هم کمتر از ۶ ماه داشته ایم ولی در گروه کنترل ۵ مورد عود که دو نفر زودرس و ۳ مورد آن دیررس بوده اند (جدول ۴).

جراحی با انسزیون بیضی شکل ناحیه سینوسها تا فاشیای روی ساکروم برداشته شده سپس هموستاز کامل انجام میشد بعد از انجام هموستاز بخیه ها به طریقه (vertical mattress) به لبه های ناحیه شکاف زده میشد و بصورت موقت بسته شده ولی گره زده نمیشد و در داخل زخم نیز با گاز بتادین پرمیشد روز دوم بعد از عمل گازها خارج شده و از نظر وجود هموستاز کامل و فقدان ترشحات بررسی میشد در صورت خشک و مناسب بودن محیط گازها خارج، بخیه ها گره زده شده و زخم بسته میشد. در غیر این صورت یک تا دو روز دیگر صبر میکردیم و چنانچه ترشح جمع نکرد زخم بسته میشد. سوچورهای گره زده شده در مراجعات بعدی بیمار به درمانگاه و بعد از التیام کامل زخم کشیده میشد.

نتایج :

از ۵۶ نفر بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال تعداد ۴۷ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند (نسبت مرد به زن ۵ به ۲) (جدول شماره ۱). این بیماران از گروههای سنی مختلفی بوده که عمدتاً در گروه سنی ۲۵-۲۰ سالگی قرار می گرفتند (۱۹) (نمودار ۱). بیماران در طی این مطالعه کار آزمائی بالینی در دو گروه مطالعه ۲۶ نفر و گروه کنترل ۳۰ نفر قرار گرفته و نتایج با تست های Chi-Square , T-test تجزیه و تحلیل شده است. برحسب علت مراجعه بیماران به درمانگاه نیز بررسی شده که

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب جنس

بیماران	تعداد	مرد	زن
بیماران گروه مطالعه	۲۶	۲۲	۴
بیماران گروه کنترل	۳۰	۲۵	۵
تعداد کل	۵۶	۴۷	۹

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران براساس علت مراجعه

شکایت بیمار	فراوانی	درصد
درد	۴	٪۷/۱
ترشح	۳۶	٪۶۴/۳
توده	۷	٪۱۲/۵
توده + ترشح	۹	٪۱۶/۱
جمع	۵۶	٪۱۰۰

جدول شماره ۳: فراوانی عوارض بعد از عمل در دو گروه مطالعه و کنترل

عوارض عمل	گروه مطالعه	گروه کنترل
خونریزی یا هماتوم	۰	۱
ترشحات سروزی	۳	۷
ترشحات چرکی	۲	۴
نداشته	۲۱	۱۸
جمع	۲۶	۳۰

جدول شماره ۴: فراوانی عود بعد از عمل جراحی

عود بیماری	گروه مطالعه	گروه کنترل
عود کمتر از ۶ ماه (زودرس)	۱	۲
عود بعد از ۶ ماه (دیررس)	۰	۳
عود نداشته	۲۵	۲۵
جمع	۲۶	۳۰

بحث:

با توجه به مطالعه انجام شده بر روی ۵۶ بیمار فوق مشاهده میشود که بیماری سینوس پیلونیدال در بین این بیماران حداکثر فراوانی را در جنس مذکر و در گروه سنی ۲۵-۲۰ سالگی داشته است، تقریباً همین نسبت در کتاب مرجع هم ذکر شده است (۵). بیشترین علت مراجعه بیماران به درمانگاه جراحی دفع ترشحات بد بو از ناحیه ساکروم بوده است که در ۶۴٪ بیماران دیده شده است که مشابه رفرانس‌های معتبر است (۳ و ۴ و ۹). میزان عود را بطور متوسط در آمارها ۱۰ تا ۲۰٪ ذکر کرده‌اند (۷).

در روش جراحی بستن تأخیری طول مدت بستری بیماران در بیمارستان کسوتاهتر (گروه مطالعه $0/58 \pm 1/9$ روز در مقابل $0/04 \pm 2/2$ روز) و از طرف دیگر زمان بازگشت به کار بیمارانی که با این روش عمل شده‌اند سریعتر بوده است (گروه مطالعه $0/9 \pm 2/5$ هفته، گروه کنترل $0/92 \pm 2/8$ هفته) گرچه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نبوده معهداً خود منجر به صرف هزینه کمتر جهت این بیماران میگردد. در طی این مطالعه میزان عوارض در گروهی که به روش بستن تأخیری عمل شده‌اند (۱۹٪) ۵ نفر و در گروه کنترل (۴۰٪) ۱۲ نفر بوده است، که مویید میزان کمتر عوارض در گروه مطالعه می‌باشد ($P < 0/05$). میزان عود بیماری در روش بستن تأخیری (۴٪) یک نفر بوده در حالیکه در گروه کنترل (۱۷٪) ۵ نفر عود وجود داشته است لذا میزان عود نیز در روش جراحی فوق بصورت معنی‌داری کمتر است ($P < 0/05$).

در پرسشنامه‌هایی که از بیماران تکمیل می‌گردید بیماران عمدتاً از نحوه عمل و میزان درد بعد از عمل رضایت داشتند. معهداً بررسی‌های کمی روی این موضوع صورت نگرفته است.

با توجه به مطالعه فوق میتوان روش جراحی بستن تأخیری زخم را بعنوان روشی جدید و سودمند جهت درمان بیماران مبتلا به سینوس پیلونیدال مورد توجه و کاربرد قرار داد. البته ارزیابی این روش بطور جداگانه با هر کدام از روشهای مرسوم نیز ضروری است که نیاز به مطالعه‌ای جداگانه دارد.

منابع:

- 1-Sabiston DCJ . Text book of surgery. 5th ed. Philadelphia: W.B Sanders, 1997:784-9
- 2-Schwartz SI ,shires GT ,Spencer FC. principles of Surgery. 7 th ed. New Yourk : McGrow-Hill,1999:387-9
- 3-Corman ML. Colon & Rectal surgery, 2th ed. JB lippincott company,1989:213-17
- 4-Goligher J. Colon, Rectum and Anal surgery. 1989:227-232
- 5-Sabiston DC. Atlas of General Surgery. Sanders,1994:411-15
- 6-Velitchkov N,Djedgev M, Kirov G. Toxic shock syndrom and necrotizing fascitis Complicating neglected sacrococygeal pilonidal sinus Disease. Military, Medical, Academy . 1997:Nov; 40(11): 88-90
- 7-Menzal T, Dorner A, Cramer J. Excision and open wound treatment of pilonidal sinus rate of recurrence and duration of work incapacity. Dtsch. Med. Wochenschr. 1998. Nov; 122(47): 1447-51.
- 8-Destito C, Romagnoli A, pucello D. pilonidal sinus long term results of excision and Closure. G. Chir 1998.Aug-sep;18(8-9):441-6.
- 9-Brieler HS. Infected pilonidal sinus. Langenbecks. Arch. Chir. 1997. 411 (20Suppl):497-200