

دانشور

پزشکی

کار سینوم اپیدرموئید در زمینه سینوس پیلونیدال

نویسندگان: دکتر فرزانه گلغام^{۱*}، دکتر علیرضا خلیج^۲، دکتر سیدسعید سیدمرتضی^۳
و دکتر پریسا گلغام^۳

۱. متخصص جراحی عمومی بیمارستان شهید مصطفی خمینی دانشگاه شاهد
۲. استادیار گروه جراحی بیمارستان شهید مصطفی خمینی دانشگاه شاهد
۳. استادیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

Email: fgolfam@yahoo.com

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه: سینوس پیلونیدال، مثل هر زخم مزمن دیگر، اعم از زخم سوختگی و اسکار، استعداد تغییرات بدخیم دارد. بدخیمی سوار شده بر این ضایعه اغلب از نوع کارسینوم سلول‌های سنگفرشی است.

روش و بیماران: این مطالعه با بررسی مراجع و مقالات در این زمینه به درمان‌های مطرح، اعم از جراحی، کموتراپی و رادیوتراپی می‌پردازد و همچنین بیماری با عارضه مذکور معرفی می‌گردد. یافته‌ها: تاکنون در منابع علمی بین‌المللی حدود ۶۰ مورد از این عارضه گزارش شده است. در بررسی انجام شده مشاهده گردید ابتلای بیمار به سینوس پیلونیدال غالباً طولانی مدت بوده، SCC سوار شده بر آن از سایر انواع SCC مهاجم‌تر است و احتمال عود بیشتر دارد. نتیجه‌گیری: بدخیمی در زمینه سینوس پیلونیدال طول کشیده عارضه‌ای نادر و رزکسیون کامل ضایعه طول کشیده و بررسی میکروسکوپی دقیق آن بسیار حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: سینوس پیلونیدال، کارسینوم اپیدرموئید، التهاب مزمن

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال سیزدهم - شماره ۶۳
تیر ۱۳۸۵

تاریخ وصول: ۸۴/۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۴/۹/۲۸

مقدمه

کیست پیلونیدال، بیماری شایعی است که در مردان چهار برابر شایع‌تر از زنان دیده می‌شود و اغلب در ناحیه ساکروکوکسیژنال است، ولی در سایر نقاط بدن از جمله ناف، کف دست و پا، پنیس، کلیتوریس و حتی کانال آنال گزارش شده است. دوره بروز آن بیش‌تر در سنین جوانی (از دهه دوم تا چهارم) است.

در مورد اکتسابی یا مادرزادی بودن این بیماری اتفاق نظر وجود ندارد [۱]، هر چند اخیراً برخی متون، اکتسابی بودن آن را بیش‌تر مطرح می‌کنند [۲و۱]. پاتوژنز این بیماری ناشی از وجود مو در شکاف پوستی همراه با اپیتلیوم پوسته شده (desquamate) است و غالباً در اطراف آن در واکنش به جسم خارجی نسج گرانولاسیون ایجاد می‌شود و به دنبال عفونت‌های مکرر

اینگونیال و گسترش موضعی منفی بود و بررسی‌های پاراکلینیک صورت گرفته جهت بررسی متاستاز و درگیری موضعی، نکته قابل توجهی نداشت. متأسفانه جراحی مجدد با مارژین مناسب از تومور به دلیل عدم همکاری بیمار صورت نگرفت.

بحث

تغییرات بدخیمی در سینوس پیلونیدالی که سیری طولانی داشته ایجاد می‌شود. بنابراین، عارضه مذکور معمولاً در سنین بالاتر از سن شایع سینوس پیلونیدال بروز می‌کند. در بررسی مقالات موجود در مجلات بین‌المللی حدود ۶۰ مورد از این بیماری گزارش شده است. همه موارد در سینوس پیلونیدال ناحیه ساکرو کوسیژنال ایجاد شده و هیچ موردی از بدخیمی در سینوس پیلونیدال سایر نواحی بدن مشاهده نگردیده است. اولین مورد در سال ۱۹۰۰ توسط ولف (Wolff) گزارش شد [۳]. از این ۶۰ بیمار ۴۸ نفر مرد و ۱۲ نفر زن بوده‌اند. سن میانگین آن‌ها ۵۲ سال بوده و به‌طور متوسط حدود ۲۳ سال از شروع بیماری آن‌ها گذشته و فقط حدود ۶ درصد از بیماران سابقه کم‌تر از یک سال از شروع علائم داشته‌اند [۳-۱۹]. به‌طور کلی، احتمال ایجاد بدخیمی در حدود ۰/۱ درصد است. این تغییرات به دلیل تولید رادیکال‌های اکسیژن آزاد رخ می‌دهد. رادیکال‌های آزاد اکسیژن از نوتروفیل‌ها، ائوزینوفیل‌ها و ماکروفاژها که توسط جسم خارجی و سایر فاکتورهای التهابی تحریک شده‌اند، تولید می‌شود [۴]. مکانیسم ترمیم DNA در شرایط التهاب مزمن مختل شده و موتاسیون رخ می‌دهد. بدخیمی ایجاد شده معمولاً از نوع SCC است. این نوع SCC نسبت به سایر انواع مهاجم‌تر بوده، در ۸ درصد موارد درگیری ساکروم و کوکسیس گزارش شده است [۵]. تومورهای ایجاد شده در اغلب موارد بزرگ‌تر از ۵ سانتی‌متر هستند. این تومور در مواردی به لنف نود اینگونیال و نیز ناحیه آنورکتال دست‌اندازی داشته است [۶]. به همین دلیل در بررسی قبل از عمل بیماری که کارسینوم سینوس

و درناژ به سطح پوست سینوس ایجاد خواهد شد. مسیرهای (tracts) ایجاد شده ممکن است در طول زمان اپیتلیالیزه شوند. در صورت بسته شدن محل خروجی سینوس، بیمار دچار عارضه شایع سینوس پیلونیدال، یعنی عفونت و آبسه خواهد شد. پرزانتاسیون (presentation) بیماری معمولاً ناشی از آبسه حاد، کیست مزمن و یا سینوس درناژ شده است. عارضه نادری که در مورد سینوس پیلونیدال طولانی مدت بروز می‌کند تغییرات بدخیمی است.

معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای بود که با شکایت عفونت‌های مکرر سینوس پیلونیدال در ناحیه ساکروکوسیژنال مراجعه داشت و شروع این بیماری را از حدود ۱۸ سالگی ذکر می‌کرد. بیمار در هر مرحله از درد یا ترشح، با درمان‌های طبی مثل آنتی‌بیوتیک و شستشوی محل، از عمل جراحی اجتناب ورزیده و یک بار سابقه تخلیه آبسه ناحیه مذکور را داشت. در معاینه بیمار، سوراخ‌های متعدد در خط وسط و اطراف به چشم می‌خورد و در قسمتی که حدود ۱ سانتی‌متر از خط وسط فاصله داشت آبسه‌ای با حدود مشخص مشهود بود. بیمار جهت عمل جراحی متقاعد شد و در طی یک مرحله اکسیژون (excision) کامل ضایعه صورت گرفت و زخم بیمار جهت ترمیم ثانویه (secondary repair) باز گذاشته شد. گزارش پاتولوژی سینوس پیلونیدال همراه با واکنش التهابی مزمن و سلول‌های ژانت فراوان بود. زخم بیمار در طی ۳ هفته با پانسمان‌های روزانه به‌طور کامل بسته شد. بیمار ۸ ماه بعد بار دیگر به دلیل ترشحات خونابه‌ای از چند سوراخ در خط وسط مراجعه کرد و علائم بیماری تکرار شد. عمل مجدد بیمار با ۳ ماه تأخیر انجام گرفت. در این مرحله نیز ضایعه به‌طور کامل خارج و محل با فلپ چرخشی ترمیم شد. در بررسی میکروسکوپی ضایعه، این بار، تغییرات بدخیمی مشهود و SCC گزارش شد. در این مرحله، معاینات فیزیکی بیمار به‌منظور یافتن لنف نود

کموترایی و رادیوترایی همراه با هم موفق‌تر از رادیوترایی تنها بوده است [۱۵]. در مورد استفاده از رادیوترایی بعد از عمل، هیچ پیشنهادی وجود ندارد، بخصوص که احتمال آسیب به فلپ پس از رادیوترایی زیاد است. آنچه بیش‌تر ترجیح داده می‌شود رادیوترایی قبل از عمل به منظور کاهش سائز و نیز کاهش احتمال پراکنده شدن سلول‌های تومورال در حاشیه نسج برداشته شده است [۱۱]. متاستاز به غدد لنفاوی اینگوینال یک علامت پیش‌آگهی بد است و بقای متوسط بیماران مبتلا ۷ ماه بوده است. در این بیماران کمورادیوترایی به عنوان قدم اول پیشنهاد شده و سپس دیسکسیون لنفاوی در این بیماران انجام شده است [۱۳، ۱۶].

تا به حال ۲ مورد SCC در بیماران HIV مثبت در زمینه سینوس پیلونیدال که به آن کوندیلوما اکومیناتوم سوار شده، دیده شده است. در این بیماران، دوره لازم برای دژنراسانس بدخیمی بسیار کوتاه‌تر از بیماران بدون نقص ایمنی بوده است [۱۷]. به غیر از SCC دو مورد BCC نیز در زمینه سینوس پیلونیدال گزارش شده است [۱۸ و ۱۹].

هر چند امروزه در درمان سینوس پیلونیدال، تمایل بیش‌تر به سمت روش‌های محافظه‌کارانه‌تر است، با توجه به مطالب بیان شده در مورد هر سینوس پیلونیدال طول کشیده و نیز عود کرده، بخصوص در بیماران مسن‌تر، جراح باید احتمال دژنراسانس بدخیمی را در نظر داشته، از روش‌های محافظه‌کارانه با احتیاط بیش‌تر استفاده کند. همچنین توجه به این نکته در بررسی میکروسکوپی این‌گونه ضایعات حائز اهمیت است.

منابع

1. Brunicaudi FC, & et al. Schwartz's principles of surgery, Eighth Edition. USA. McGraw - Hill Companies. 2005 pp. 435.
2. Sleisenger MH, & et al. Gastrointestinal and liver disease. Philadelphia. SAUNDERS. 2002 pp. 2290-2291.
3. Wolff H. Carcinom auf dem Boden des Dermoid. Arch Klin Chir 1900; 62:731-8.

پیلونیدال برایش مطرح گردیده باید بررسی ناحیه اینگوینال، پرینه و آنوس به عمل آید. همچنین سیگموئیدسکوپی و باریم انما می‌تواند به رد گسترش تومور به قسمت تحتانی دستگاه گوارش کمک کند. CT شکم و لگن برای بررسی متاستازهای داخل شکمی و غدد لنفاوی پارائورتیک در مواردی که تومور بزرگ و با درجه بالا باشد توصیه شده است [۷ و ۹].

در مورد درمان SCC در زمینه سینوس پیلونیدال مطالعاتی صورت گرفته است. برداشتن توده با حاشیه زیاد و سالم از اصول جراحی آن است. جراحی با برداشتن نسج زیر جلد، عضله و در مواردی با برداشتن ساکروم و کوکسیس بوده است. بستن زخم به کمک گرافت پوستی یا با فلپ چرخشی سرینی (Gluteal rotation flap) و یا با فلپ گسترشی سرینی (Gluteal advancement flap) انجام شده است. فلپ میوکوتائوس رکتوس ابدومینوس همراه با امتوپلاستی نیز استفاده شده است [۵، ۹، ۱۰ و ۱۱]. در یک مورد، بازسازی با فلپ میوکوتائوس لاتیسوس دورسی آزاد پس از نکروز فلپ موضعی به کار برده شده که موفقیت‌آمیز نبوده است [۱۲]. در مواردی که درگیری آنورکتال مطرح بوده تاکنون شش مورد ازکسیون شکمی - پرینه‌ای (Abdominoperineal resection) انجام شده است.

در صورت درگیری غدد لنفاوی، دیسکسیون لنفاوی توصیه می‌شود [۱۱]، ولی در مورد دیسکسیون لنفاوی پروفیلاکتیک تحقیقی انجام نشده و هیچ مطالعه‌ای آنرا پیشنهاد نکرده است. به دلیل وسعت زیاد تومور به نظر نمی‌رسد که بیوپسی از غده لنفاوی نگهبان (sentinel lymph node biopsy) قابل انجام باشد [۵ و ۱۳].

علی‌رغم جراحی رادیکال، احتمال عود لوکال حدود ۵۰-۳۵ درصد موارد است [۱۴] که این وضعیت به‌طور متوسط طی ۱۶ ماه پیش‌می‌آید. در صورت عود ضایعه، جراحی مجدد و رادیوترایی توصیه می‌شود. رادیوترایی با یا بدون کموترایی می‌تواند از احتمال عود بکاهد [۱۱]. در مورد کانسر گسترش یافته به آنال،

13. Abbond B, Ingea H. Recurrent squamous cell carcinoma arising in sacrococcygeal pilonidal sinus tract: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:525-8.
14. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathologic insight and surgical option 2003; 7(1):3-8.
15. Bartelink H. & et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy in the treatment of locally advanced anal cancer: Results of a phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol* 1997; 15:2040-9.
16. Williamson JD, Silverman JF, Tafta L. Fine needle aspiration cytology of metastatic squamous cell carcinoma arising in pilonidal sinus, with literature review. *Diag Cytopathol* 1999; 20:367-70.
17. Borges VF, Keating JT, Nasser IA. & et al. Clinicopathologic characterization of squamous cell carcinoma arising from pilonidal disease in association with condylomata acuminatum in HIV-infected patients: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(12): 1873-7.
18. Marjani MA. Basal cell epithelioma complicating a pilonidal sinus. *Conn Med* 1967; 31(2):106-8.
19. Rubin Z, Weinstein M, Hyman AB. Basal cell epithelioma arising in pilonidal sinus. *Arch Dermatol* 1968; 98 (3):277-81.
4. Gur E. & et al. Squamous cell carcinoma in perineal inflammatory disease. *Ann Plast Surg* 1997; 38:653.
5. Kulaylat MN. & et al. Multimodality treatment of squamous cell carcinoma complicating pilonidal disease. *Am Surg* 1996; 62:922-9.
6. Cilingir M. & et al. Squamous carcinoma arising from chronic pilonidal disease. *Am Soc of Plast Surg*. 2002; 15; 110(4):1196-8.
7. Pilipshen SJ. & et al. Carcinoma arising in pilonidal sinuses. *Ann Surg*. 1981. 193:507.
8. Kim YA. & et al. Metastatic squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus. *Am Acad Dermatol* 1993; 29:272-4.
9. Kaplan RP. Cancer complicating chronic ulcerative and scarring mucocutaneous disorders. *Adv Dermatol* 1987; 2:19-46.
10. Fasching MC. & et al. Recurrent squamous cell carcinoma arising in pilonidal sinus tract-multiple flap reconstructions: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:153-8.
11. Eelco de Bree & et al. Treatment of malignancy arising in pilonidal disease. *Ann Surg Oncol*. 2001; 8:60-64.
12. Santanelli F. & et al. Free flap failure in a patient with long standing, infected squamous carcinoma. *Scan J Plast Hand Surg* 1994; 28:305-8.

Archive of SID