

CHIRURGICZNE LECZENIE ZATOKI WŁOSOWEJ – OPIS PRZYPADKU I PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Surgical treatment of the pilonidal disease – case report and a review of literature



Konrad Wroński^{1,2}, Roman Bocian^{1,2}, Tomasz Westfal¹

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi

²Poradnia Proktologiczna, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 1: 24–28

Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr zarz. **Konrad Wroński**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. M. Pirogowa w Łodzi, ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź, tel. +48 42 636 76 11; e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Streszczenie

Zatoka włosowa to przewlekły proces zapalny występujący w szparze pośladkowej. Istnieje wiele metod leczenia tego schorzenia, jednak jedną z dających niewielką liczbę nawrotów jest romboidalne wycięcie zatoki włosowej i plastyka szpary pośladkowej uszypułowanym płatem Limberga.

W niniejszym artykule autorzy przedstawili przypadek chorego leczonego chirurgicznie z powodu zatoki włosowej i dokonali przeglądu piśmiennictwa związanego z leczeniem tego schorzenia.

Słowa kluczowe: zatoka włosowa, leczenie, płat Limberga.

Summary

A pilonidal disease is a chronic inflammation occurring in the slit between the buttocks. There are numerous methods of treating a pilonidal disease, among those, however, a rhomboid excision with Limberg flap (RELFLAP) is the one subject to rather few recurrences.

In the following article the authors present a case study of a patient who had surgery due to a pilonidal disease as well as a review the professional literature related to the treatment of a pilonidal disease.

Key words: pilonidal disease, treatment, Limberg flap.

Wstęp

Zatoka włosowa to przewlekły proces zapalny występujący w szparze pośladkowej w okolicy krzyżowo-guzicznej



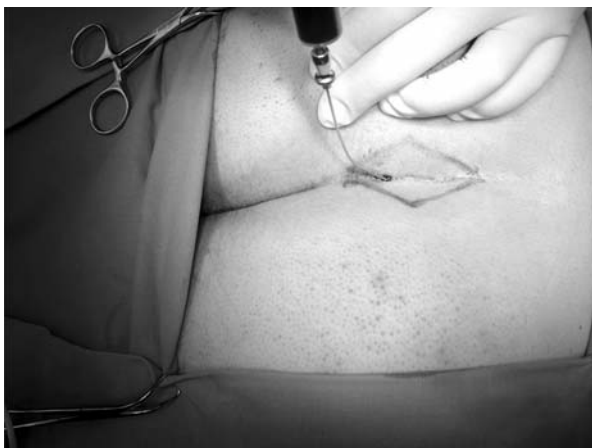
Ryc. 1. Zdjęcie wykonane przed zabiegiem operacyjnym z widoczną zatoką włosową w okolicy krzyżowo-guzicznej

nej [1–3]. Choroba ta powoduje silne dolegliwości bólowe w okolicy krzyżowo-guzicznej i pogorszenie jakości życia pacjenta [1–4]. Po raz pierwszy zatokę włosową opisał w 1847 r. doktor Anderson [5].

Choroba ta dotyczy głównie ludzi młodych, w wieku od 20. do 40. roku życia, i występuje 4 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, najczęściej u rasy kaukaskiej i wśród osób narażonych na wzmożone pocenie się (strażacy, żołnierze itp.).

Zatoka włosowa składa się z jednego albo wielu otworów położonych w szparze pośladkowej, które oddalone są od odbytu 4–7 cm (ryc. 1.) [1–3]. Główny kanał zatoki prowadzi do jamy, w której znajdują się zrogowaciały naskórek i włosy [2, 3]. Przewlekły stan zapalny zawsze może przejść w ostry stan zapalny, objawiający się ropniem tej okolicy.

Obecnie istnieje wiele metod terapii zatoki włosowej, zaczynając od leczenia zachowawczego, a kończąc na leczeniu chirurgicznym.



Ryc. 2. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – podawanie barwnika do zatoki włosowej



Ryc. 3. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – romboidalne wycinanie zatoki włosowej w okolicy krzyżowo-guzicznej



Ryc. 4. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – wycinanie zatoki włosowej w okolicy krzyżowo-guzicznej



Ryc. 5. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – stan po romboidalnym wycięciu zatoki włosowej

Opis przypadku

Chory, lat 24, został przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z powodu zatoki włosowej, celem wykonania planowego zabiegu operacyjnego (ryc. 1.). W wywiadzie: 3 miesiące przed przyjęciem do szpitala miał ostry stan zapalny tej okolicy, leczony przez nacięcie i wyczyszczenie jamy ropnia. W chwili przyjęcia do szpitala nie stwierdzono ostrego stanu zapalnego torbieni włosowej w okolicy krzyżowo-guzicznej. W badaniach laboratoryjnych nie zaobserwowano odchyień od normy. Pacjent negował choroby przewlekłe w wywiadzie. Wobec powyższego chorego zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego.

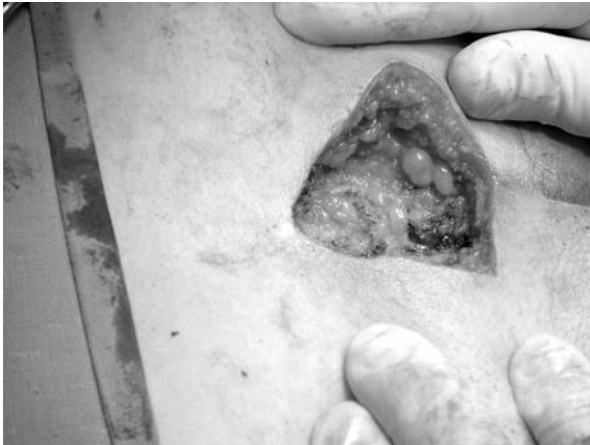
U chorego w znieczuleniu podpajęczynówkowym, po podaniu barwnika do głównego kanału zatoki (w celu wycięcia całej zatoki włosowej), wykonano romboidalne wycięcie zatoki włosowej (ryc. 2.–6.). Następnie ubytek

skóry i tkanki podskórnej po wyciętej zatoce włosowej pokryto uszypułowanym płatem Limberga z sąsiedztwa (ryc. 7.–11.). Zabieg operacyjny trwał 60 min. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Po wykonaniu opatrunku, następnego dnia po operacji chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym (ryc. 12.). Był on hospitalizowany przez 28 godz.

Obecnie chory pozostaje pod kontrolą Poradni Proktologicznej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dr. Mikołaja Pirogowa w Łodzi. Po 2 miesiącach od momentu wykonania zabiegu operacyjnego u pacjenta nie stwierdzono nawrotu zatoki włosowej.

Omówienie

Istnieje wiele technik operacji zatoki włosowej. Do tego rodzaju zabiegów operacyjnych zalicza się:



Ryc. 6. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – stan po romboidalnym wycięciu zatoki włosowej. Zdjęcie przedstawia głębokość wycięcia zatoki



Ryc. 7. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – preparowanie płata Limberga



Ryc. 8. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – stan po wypreparowaniu płata Limberga



Ryc. 9. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – pokrywanie ubytku skóry i tkanki podskórnej uszypułowanym płatem Limberga

- wycięcie zatoki włosowej z pierwotnym zamknięciem [6],
- proste wycięcie zatoki włosowej z zostawieniem rany do gojenia przez ziarninowanie [7],
- romboidalne wycięcie zastyką uszypułowanym płatem Limberga z sąsiedztwa [8],
- wycięcie zastyką uszypułowanym zmodyfikowanym płatem Limberga z sąsiedztwa [9],
- wycięcie z zastosowaniem uszypułowanego płata powięziowo-skórnego V-Y [10–12],
- wycięcie z zastosowaniem Zastyki i innych mniej popularnych technik [13].

Uszypułowany płat romboidalny zastosował po raz pierwszy w chirurgii Rosjanin, Aleksander Limberg. Płat ten w 1963 r. opisał Dufourmentel [14], a rozpowszechnili przy operacjach zatoki włosowej Azab i wsp. [15].

Technika RELF (*rhomboid excision with Limberg flap*) w przypadku operacji zatoki włosowej ma wiele zalet. Romboidalny kształt cięcia stosowany do pozbycia się

zatoki włosowej pozwala doszczętnie i głęboko wyciąć patologicznie zmienione tkanki z okolicy krzyżowo-guzicznej (ryc. 3.–6.). Należy pamiętać, iż aby osiągnąć pełny sukces w leczeniu torbieli włosowej, konieczne jest wycięcie wszystkich patologicznie zmienionych tkanek. Po przełożeniu w miejsce ubytku skóry i tkanki podskórnej uszypułowanego płata Limberga z sąsiedztwa, u chorych nie występują napięcia skóry związane z zeszcieniem rany [16, 17]. Płat Limberga dokładnie pasuje do miejsca, w którym znajduje się ubytek skóry po wyciętej torbieli włosowej (ryc. 8.–11.) [16, 17]. Dzięki tej technice ryzyko wystąpienia infekcji rany pooperacyjnej i nawrotu choroby jest małe.

W pracy Akca i wsp. [18] porównano skuteczność leczenia prostego wycięcia krzyżowo-guzicznej torbieli włosowej i jej zeszcienia z szerokim wycięciem torbieli i pokryciem ubytku tkanek uszypułowanym płatem Limberga. Przeprowadzone badanie było badaniem z ran-

domizacją. W porównaniu skuteczności leczenia wzięto udział 200 chorych. U 100 pacjentów wykonano proste wycięcie torbieli włosowej i zeszytanie rany, a u kolejnych 100 chorych szerokie romboidalne wycięcie torbieli i pokrycie ubytku tkanek uszypułowanym płatem Limberga. Obserwacja pacjentów trwała średnio 28 miesięcy. W badaniu stwierdzono, że pacjentów leczonych techniką RELF cechowało: mniejsze ryzyko wystąpienia nawrotu torbieli, mniejsze ryzyko rozejścia się rany, mniejsze ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej, krótszy czas do uruchomienia chorego, mniejsze nasilenie bólu w pierwszym dniu po operacji i krótszy czas pobytu w szpitalu.

Z badań przeprowadzonych przez Arumugama i wsp. [17], Akca i wsp. [18], Mentesa i wsp. [19] oraz Yamouta i wsp. [20] wynika, że prawdopodobieństwo nawrotu torbieli włosowej po technice RELF wynosi 1–7%.

Metoda romboidalnego wycięcia torbieli włosowej z przesunięciem uszypułowanego płata Limberga jest zalecana zarówno przy leczeniu pierwotnych, jak i nawrotowych torbieli włosowych okolicy krzyżowo-guzicznej. W pracy Katsoulisa i wsp. [21] ryzyko wystąpienia nawrotu po leczeniu pierwotnej i nawrotowej torbieli włosowej metodą RELF było na poziomie 4%.

Podsumowanie

Wyniki leczenia torbieli włosowej wciąż nie są w pełni zadowalające. Romboidalne wycięcie zatoki włosowej i pokrycie ubytku uszypułowanym płatem Limberga z sąsiedztwa jest jedną z najskuteczniejszych metod leczenia tej choroby.

Autorzy artykułu uważają, że ze względu na dużą liczbę powikłań i nawrotów po leczeniu zatoki włosowej zabiegi operacyjne tego typu powinny być wykonywane na wysokospecjalistycznych oddziałach chirurgicznych.

Piśmiennictwo

1. Goodall P. The aetiology and treatment of pilonidal sinus. A review of 163 patients. *Br J Surg* 1961; 49: 212-8.
2. Lee S, Tejriran T, Abbas M. Current management of adolescent pilonidal disease. *J Pediatr Surg* 2008; 43: 1124-7.
3. Kronborg O, Christensen K, Zimmermann-Nielsen C. Chronic pilonidal disease: a randomized trial with a complete 3-year follow-up. *Br J Surg* 1985; 72: 303-4.
4. Søndena K, Andersen E, Nesvik I, et al. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 39-42.
5. Anderson AW. Hair extracted from an ulcer. *Boston Med Surg J* 1847; 36: 74-6.
6. Akinci OF, Coskun A, Uzunköy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus: asymmetric excision and primary closure using suction drain and subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 701-6.
7. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. Modified lay-open (incision, curettage, partial lateral wall excision and marsupialization) versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus: a prospective, randomized clinical trial with a complete two-year follow-up. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 415-22.



Ryc. 10. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego – pokrywanie ubytku skóry i tkanki podskórnej uszypułowanym płatem z sąsiedztwa



Ryc. 11. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego przedstawiające stan po romboidalnym wycięciu zatoki włosowej i pokryciu ubytku skóry i tkanki podskórnej uszypułowanym płatem Limberga



Ryc. 12. Zdjęcie wykonane dzień po zabiegu operacyjnym przedstawiające ranę pooperacyjną

8. Eryilmaz R, Sahin M, Alimoglu O, Dasiran F. Surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus with the Limberg transposition flap. *Surgery* 2003; 134: 745-9.
9. Cihan A, Ucan BH, Comert M, et al. Superiority of asymmetric modified Limberg flap for surgical treatment of pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 244-9.
10. Schoeller T, Wechselberger G, Otto A, Papp C. Definite surgical treatment of complicated recurrent pilonidal disease with a modified fasciocutaneous V-Y advancement flap. *Surgery* 1997; 121: 258-63.
11. Sungur N, Koçer U, Uysal A, et al. V-Y rotation advancement fasciocutaneous flap for excisional defects of pilonidal sinus. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 2448-54.
12. Khatri VP, Espinosa MH, Amin AK. Management of recurrent pilonidal sinus by Simple V-Y fasciocutaneous flap. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1232-5.
13. Lamke LO, Larsson J, Nylén B. Treatment of pilonidal sinus by radical excision and reconstruction by rotation flap surgery of Z-plasty technique. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1979; 13: 351-3.
14. Dufourmentel C. An L shaped flap for lozenge shaped defects. *Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery. Experta Medica Foundation, Amsterdam* 1963; 722.
15. Azab ASG, Kamal MS, Saad RA, et al. Radical cure of pilonidal sinus by a transposition rhomboid flap. *Br J Surg* 1984; 71: 154-5.
16. Urhan MK, Küçükkel F, Topgul K, et al. Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: result of 102 cases. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 656-9.
17. Arumugam PJ, Chandrasekaran TV, Morgan AR, et al. The rhomboid flap for pilonidal disease. *Colorectal Dis* 2003; 5: 218-21.
18. Akca T, Colak T, Ustunsöy B, et al. Randomized clinical trial comparing primary closure with the Limberg flap in the treatment of primary sacrococcygeal pilonidal sinus. *Br J Surg* 2005; 92: 1081-4.
19. Mentis BB, Leventoglu S, Cihan A, et al. Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus. *Surg Today* 2004; 34: 419-23.
20. Yamout SZ, Caty MG, Lee YH, et al. Early experience with the use of rhomboid excision and Limberg flap in 16 adolescents with pilonidal disease. *J Pediatr Surg* 2009; 44: 1586-90.
21. Katsoulis IE, Hibberts F, Carapeti EA. Outcome of treatment of primary and recurrent pilonidal sinuses with Limberg flap. *Surgeon* 2006; 4: 7-10.