

Ekscizija ir kiuretažas – optimalus pilonidinės cistos gydymo metodas: literatūros apžvalga

Laying open and curettage – optimal method for pilonidal sinus treatment: review of the literature

Gabija Makūnaitė¹, Donatas Danys^{1,2}, Kęstutis Strupas^{1,2}, Tomas Poškus^{1,2}

¹ *Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Gastroenterologijos, nefrourologijos ir chirurgijos klinika, Santariškių g. 2, 08661 Vilnius, Lietuva*

² *Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Santariškių g. 2, 08661 Vilnius, Lietuva*
El. paštas: tomas.poskus@santa.lt

¹ *Vilnius University, Faculty of Medicine, Clinic of Gastroenterology, Nefrourology and Surgery, 2 Santariškių Str., 08661 Vilnius, Lithuania*

² *Vilnius University Hospital "Santariskiu Klinikos", 2 Santariškių Str., 08661 Vilnius, Lithuania*
E-mail: tomas.poskus@santa.lt

Tikslas

Remiantis literatūros duomenimis, pasiūlyti optimalų pilonidinės cistos gydymo metodą.

Metodika

Naudojant „PubMed“ elektroninę duomenų bazę peržiūrėta 2010–2016 metais publikuota literatūra, kurios pagrindinė tematika – pilonidinės cistos gydymas. Paieškai naudoti raktiniai žodžiai: pilonidinė cista, kiuretažas, ekscizija, drenažas, recidyvai. Apžvalgai atrinkti straipsniai, kuriuose duomenys pateikti remiantis atsitiktinių imčių bei kontroliuojamų studijų, tyrusių daugiau nei 1000 pacientų, rezultatais, o išvados paremtos statistiškai patikimais rodikliais. Remiantis perspektyviųjų atsitiktinių imčių tyrimų duomenimis apžvelgti ilgalaikiai pilonidinės cistos gydymo rezultatai. Taip pat analizuoti ir nagrinėtų straipsnių literatūros sąrašė pateikti literatūros šaltiniai, nepasiūlyti pradinėje paieškoje.

Rezultatai

Į apžvalgą įtrauktos studijos, lyginančios skirtingų pilonidinės cistos operacinio gydymo būdų efektyvumą. Buvo vertinama: operacijos trukmė, gijimo laikas, recidyvų, komplikacijų dažniai bei grįžimo į darbą laikas. Sistemine apžvalga ir metaanalizė apėmė 13 studijų, nagrinėjusių pilonidinės cistos atvėrimo ir kiuretažo (CAK) rezultatus. Gauti duomenys palyginti su alternatyviomis pilonidinės cistos gydymo technikomis: recidyvų dažnis CAK pacientų grupėje – 4,47 %, ekscizijos ir antrinio žaizdos gijimo grupėje – 11,9 %, ekscizijos ir marsupielizacijos – 7,1 %, ekscizijos ir pirminio žaizdos užsiuvimo vidurio linijoje – iki 20 %, ekscizijos ir užsiuvimo ne vidurio linijoje – 11 %. Operacijos laikas: CAK – 34,6 min., o kitų operacijų būdų siekia iki 89 min. Komplikacijų dažnis CAK grupėje taip pat mažesnis (1,44 %, palyginti su 23,8 % po ekscizijos ir antrinio žaizdos gijimo). Grįžimo į darbą mediana po CAK – 8,4 dienų, po kitų operacijų šis laikas daug ilgesnis (siekia iki 43 dienų). Žaizdos gijimo trukmė trumpesnė po CAK. Be to, cistos atvėrimas ir kiuretažas gali būti atliktas sukeliant vietinę nejautrą (7 iš 13 studijų). Kitų studijų rezultatai panašūs, pabrėžiama retesni ligos recidyvai, trumpesnė pooperacinio gijimo trukmė bei ankstesnis grįžimas į darbą.

Išvados

Remiantis apžvelgtų naujausių straipsnių duomenimis, prioritetinis pilonidinės cistos gydymas turi būti kiek įmanoma mažiau agresyvus, tad pirmo pasirinkimo operacija turėtų būti cistos atvėrimas ir kiuretažas. Nors šis būdas senas, bet gerokai pranašesnis už alternatyvius metodus – retesni recidyvai, pooperacinės komplikacijos, operacija lengvai atliekama ir trumpai trunkanti, pigi, jai atlikti pakanka vietinės anestezijos, pooperacinis laikotarpis mažiau skausmingas ir pacientas greičiau grįžta į darbą.

Reikšminiai žodžiai: pilonidinė cista, kiuretažas, ekscizija, drenažas, recidyvai

Objective

The aim of the article is to review the literature concerning pilonidal sinus treatment and to suggest the optimal method.

Methods

Using PubMed electronic database the literature published in the period 2010–2016 on pilonidal sinus treatment was reviewed. The keywords of the search were: pilonidal sinus, curettage, excision, drainage, recurrence. The articles, presenting data on basis of randomized controlled trials and including more than 1000 patients, were analyzed. To review the long-term results after treatment, the data of prospective randomized studies was analyzed.

Results

Studies, presenting the effectiveness of the different treatment methods of pilonidal sinus were included in this analysis. The outcome parameters were operating time, healing time, recurrence, complication rate and return to work time. 13 studies were included for the analysis to compare the results of different surgical techniques: the systematic review of the studies done for laying open plus curettage (LOC) procedure reported the recurrence rate – 4.47%, whereas in excision with open healing, it is 11.9%, in excision with marsupialization to 7.1%, in excision with midline closure 20%, and in excision with off midline closure 11%. The mean operating time in LOC is 34.6 min, which is shorter than in other techniques (reaches 89 min). The complication rate in LOC (1.44%) is also lower (as compared to excision with open healing 23.8%). The median time to return to work in LOC is 8.4 days, whereas in different methods it reaches 43 days. The median days taken in wound healing in LOC also seem shorter. In seven out of 13 studies, this procedure was feasible under local anaesthesia. The similar conclusion was drawn by all the studies performing this procedure.

Conclusions

Evidence suggests that some of the questions of which is the best surgical technique for pilonidal sinus have now been answered – a “less is more” approach is warranted. Laying open of the pilonidal sinus with curettage of the cavity should be the first-line procedure for pilonidal sinus disease. It has distinct advantages – low recurrence and complication rate, easy to reproduce, short operating time, low cost, possible to do this operation under local anaesthesia, less pain and early return to work time.

Key words: pilonidal sinus, curettage, excision, drainage, recurrence

Ižanga

Pilonidinė cista – tai pūlingas kryžkaulio ir uodegikaulio srities odos ir poodžio uždegimas, kurio metu formuojasi fistulės. Liga pasireiškia jauname amžiuje, vyrams du kart dažniau nei moterims [1, 2]. Pacientai skundžiasi išliekančiu ar pasikartojančiu šlapiavimu, diskomfortu ar skausmu tarpsėdmeninėje raukšlėje, dėl to sumažėja darbingumas bei prastėja gyvenimo kokybė [1, 3]. Pastarieji simptomai buvo pastebėti ir pirmą kartą aprašyti 1833 metais H. Mayo. Nuo to laiko iki 1880 metų ši liga buvo vadinta įvairiai, kol galiausiai W. Hodges ją įvardijo kaip pilonidinę cistą (lot. *pilus* – plaukai, *nidus* – lizdas) [4]. Iš pradžių buvo manyta, jog liga paveldima – tai

nevisavetės embriogenės metu likę nervinio vamzdelio audiniai su įtrauktomis epitelinėmis struktūromis. Įgytos ligos teorijos pradžia siejama su Antrojo pasaulinio karo metais, kai buvo pastebėta, jog pilonidinės cistos dažnos vairotojo profesijos žmonėms ir liga pradėta sieti su kryžkaulio srities spaudimu [2, 4]. Karydakis pateikė logiškiausią pilonidinės cistos etiopatogenės teoriją. Remdamasis savo 35 metų darbo patirtimi, jis teigė, kad ši liga yra įgyta. Maža, lokali trauma kryžkaulio ir uodegikaulio srityje yra svarbiausias predispozicinis veiksnys, dėl kurio plaukas įauga [2– 5]. Kiti rizikos veiksniai, lemiantys fistulių atsiradimą ir recidyvus, yra paveldimumas, nutukimas bei nepakankama asmens higiena [2, 4]. Dabar daugelis chirurgų pritaria nuomonei, jog

pilonidinės cistos yra įgytos, o ne įgimtos. Nors nuo ligos aprašymo praėjo beveik 200 metų, bet nemažai aspektų, pradedant fistulės etiopatogeneze, baigiant gydymo rekomendacijomis, išlieka diskutuoti. Ligos gydymui dažniausiai prireikia chirurginės intervencijos. Tačiau nėra standartinio pilonidinės cistos gydymo algoritmo, todėl taikomos įvairios skirtingos strategijos – ūminis pūlinys gydomas incizija ir drenažu, lėtinė pilonidinė cista dažniausiai gydoma plačia ekscizija, paliekant žaizdą gyti antriniu būdu ar užsiuvimui naudojant marsupializaciją, „Z“ plastiką, Karydakis operaciją ar Bascom operaciją [6]. Visų šių taktikų efektyvumas ir pooperacinis laikotarpis skiriasi. Todėl šio straipsnio tikslas – remiantis literatūros duomenimis pasiūlyti optimalų pilonidinės cistos gydymo metodą.

Metodai

Naudojant „PubMed“ elektroninę duomenų bazę peržiūrėta 2010–2016 metais publikuota literatūra, kurios pagrindinė tematika – pilonidinės cistos gydymas. Paieškai naudoti raktiniai žodžiai: pilonidinė cista, kiuretažas, ekscizija, drenažas, chirurginiai lopai, recidyvai. Apžvalgai atrinkti straipsniai, kuriuose duomenys pateikti remiantis atsitiktinių imčių bei kontroliuojamų studijų, tyrusių daugiau nei 1000 pacientų, rezultatais, o išvados paremtos statistiškai patikimais rodikliais. Remiantis perspektyviųjų atsitiktinių imčių tyrimų duomenimis apžvelgti ilgalaikiai pilonidinės cistos gydymo rezultatai. Taip pat analizuoti ir nagrinėtų straipsnių literatūros sąrašė pateikti literatūros šaltiniai, nepasiūlyti pradinėje paieškoje.

Rezultatai

Į apžvalgą įtrauktos studijos, lyginančios skirtingų pilonidinės cistos operacinio gydymo būdų efektyvumą. Buvo vertinama: operacijos trukmė, gijimo laikas, recidyvų, komplikacijų dažnis bei grįžimo į darbą laikas. Sisteminė apžvalga ir metaanalizė apėmė 13 studijų, nagrinėjusių pilonidinės cistos atvėrimo ir kiuretažo (CAK) rezultatus. Gauti duomenys palyginti su alternatyviomis pilonidinės cistos gydymo technikomis: recidyvų dažnis CAK pacientų grupėje – 4,47 %, ekscizijos ir antrinio žaizdos gijimo – 11,9 %, ekscizijos ir marsupializacijos – 7,1 %, ekscizijos ir pirminio žaizdos užsiuvimo vidurio

linijoje – iki 20 %, ekscizijos ir užsiuvimo ne vidurio linijoje – 11 %. Operacijos laikas: CAK – 34,6 min., kitų operacijų būdų jis siekia iki 89 min. CAK komplikacijų dažnis taip pat mažesnis (1,44 %, palyginti su 23,8 % po ekscizijos ir antrinio žaizdos gijimo). Grįžimo į darbą mediana po CAK – 8,4 dienų, po kitų operacijų šis laikas daug ilgesnis (siekia iki 43 dienų). Žaizdos gijimo trukmė trumpesnė po CAK (žr. lentelę). Be to, cistos atvėrimas ir kiuretažas gali būti atliktas sukėlus vietinę nejautrą (7 iš 13 studijų) [6]. Kitų studijų rezultatai panašūs, pabrėžiama retesni ligos recidyvai, trumpesnė pooperacinio gijimo trukmė bei ankstesnis grįžimas į darbą [5, 7].

Diskusija

Pilonidinės cistos gydymas yra aktuali tema, nes sutrikdo darbingo amžiaus žmonių gyvenimo kokybę, o bendro susitarimo, kaip gydyti šią ligą, nėra. Medicinos literatūroje nagrinėjamos įvairios gydymo taktikos. Optimalus pilonidinės cistos gydymas turėtų būti paprastas, kiek įmanoma mažiau skausmingas, nebrangus, pooperacinis hospitalizacijos laikotarpis trumpas, gijimas greitas ir ligos recidyvai retai pasitaikantys [4]. Remiantis naujausių straipsnių duomenimis matoma tendencija taikyti kiek įmanoma mažiau agresyvias gydymo metodikas. Pilonidinės cistos atvėrimas ir kiuretažas yra paprasta ir efektyvi procedūra, jau prieš 50 metų aprašyta kaip veiksminga gydymo priemonė (pagijimo rodiklis 93,1 %) [8]. Tačiau Lietuvoje šis gydymo metodas nėra prioritetas ir naudojamas retai, nors jo efektyvumas pagrįstas patikimų studijų rezultatais. Viena iš priežasčių galėtų būti šios operacijos painiojimas su paprasta incizija ir drenažu, po kurio recidyvų dažnis siekia 24 %, bet kai kartu atliekamas ir kiuretažas, šis rodiklis nesiekia 10 % [6]. Šiuo metu dažniausiai taikomas gydymo metodas išlieka radikali cistos ekscizija, užsiuvant žaizdą ne vidurio linijoje, dėl mažesnio recidyvų dažnio, palyginti su užsiuvimu vidurio linijoje, rečiau atliekamos Karydakiso ar Limbergo lopų rekonstrukcinės operacijos. Be jau aptartų aspektų, šios operacijos nusileidžia cistos atvėrimui su kiuretažu (1 lentelė) tuo, kad po jų taip pat dažnesniau pasitaiko chirurginės žaizdos infekcijos (iki 24 %). Kitas gydymo būdas – ekscizija ir žaizdos gijimas antriniu būdu, bet taip labai pailgėja gijimo, hospitalizacijos ir nedarbin-

Lentelė. Pilonidinės cistos gydymo technikų palyginimas [6]

	Operacijos trukmė (min.)	Gijimo laikas (dienos)	Recidyvų dažnis (%)	Komplikacijų dažnis (%)	Grįžimo į darbą laikas (mediana, dienos)
Ekscizija + kiuretažas	34,6	21–72	4,47	1,44	8,4
Ekscizija + antrinis žaizdos gijimas	53,1	41–120	11,9	23,8	43
Ekscizija + marsupielizacija	51	35–44,5	7,1	14,2	38
Ekscizija + žaizdos užsiuvinimas vidurio linijoje	63	10–19,9	20	23,1	21
Ekscizija + žaizdos užsiuvinimas ne vidurio linijoje + lopus	89,3	10,3–23	11	23	28,5

gumo laikas [1]. Literatūroje yra duomenų apie atliktas studijas siekiant pagerinti gydymo efektyvumą tokiomis papildomomis priemonėmis kaip pooperacinė sisteminė antibiotikų terapija, lokalus žaizdos tamponavimas gentamicino kempinėmis, neigiamo slėgio terapija žaizdai gyjant antriniu būdu, tačiau jų veiksmingumas neįrodytas [1, 9]. Taigi pilonidinės cistos atvėrimas ir kiuretažas pranašesnis už kitas gydymo taktikas ne vien dėl retesnio ligos pasikartojimo, bet ir dėl trumpesnio operacijos atlikimo laiko, gijimo laiko, mažesnio komplikacijų dažnio bei greičiau atgaunamo darbingumo.

LITERATŪRA

1. Nguyen L, Pronk AA, Furnée EJB, Pronk A, Davids PHP, Smakman N. Local administration of gentamicin collagen sponge in surgical excision of sacrococcygeal pilonidal sinus disease: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Tech Coloproctol.* 2016; 20: 91. DOI:10.1007/s10151-015-1381-7.
2. Kueper J, Evers T, Wietelmann K, Doll D, Rofeys J, Schwabe P, Märdian S, Wichlas F, Krapohl BD. Sinus pilonidalis in patients of German military hospitals: a review. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2015; 4: Doc02. DOI: 10.3205/iprs000061.
3. Horwood J, Hanratty D, Chandran P, and Billings P. (2012). Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Colorectal Disease* 2012; 14: 143–51. DOI:10.1111/j.1463-1318.2010.02473.x.
4. Burhan Hakan Kanat, Selim Sözen. Disease that should be remembered: Sacrococcygeal pilonidal sinus disease and short history. *World J Clin Cases.* 2015; 3(10): 876–879. Published online Oct 16, 2015. DOI: 10.12998/WJCC.v3.i10.876.
5. Enriquez-Navascues, JM, Empananza JI, Alkorta M,

Išvados

Remiantis apžvelgtų naujausių straipsnių duomenimis, prioritetinis pilonidinės cistos gydymas turi būti kiek įmanoma mažiau agresyvus, tad pirmo pasirinkimo operacija turėtų būti cistos atvėrimas ir kiuretažas. Nors šis būdas senas, bet gerokai pranašesnis už alternatyvius metodus – retesni recidyvai, pooperacinės komplikacijos, operacija lengvai atliekama ir trumpai trunkanti, pigi, jai atlikti pakanka vietinės nejautos, pooperacinis laikotarpis mažiau skausmingas ir pacientas greičiau grįžta į darbą.

Placer C. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. *Tech Coloproctol.* 2014; 18: 863. DOI:10.1007/s10151-014-1149-5

6. Garg P, Menon GR, and Gupta V. Laying open (deroofing) and curettage of sinus as treatment of pilonidal disease: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg.* 2016; 86: 27–33. DOI:10.1111/ans.13377.

7. Lorant T, Ribbe I, Mahteme H, Gustafsson U-M, Graf W. Sinus Excision and Primary Closure Versus Laying Open in Pilonidal Disease: A Prospective Randomized Trial. *Dis Colon Rectum.* 2011; 54(3): 300–5. DOI: 10.1007/DCR.0b013e31820246bf.

8. Abramson DJ. A simple marsupialization technic for treatment of pilonidal sinus: long-term follow up. *Ann Surg.* 1960; 151: 261–7.

9. Dumville JC, Owens GL, Crosbie EJ, Peinemann F, Liu Z. Negative pressure wound therapy for treating surgical wounds healing by secondary intention. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015, Iss. 6, Art. No. CD011278. DOI: 10.1002/14651858.CD011278.pub2.