

Sakro-Koksigeal Yerleşimli Pilonidal Sinüs Hastalığının Tedavisinde Kristalize Fenol Uygulaması: Gerçekten Başarılı mı?

The Impact of Crystalline Phenol Application as a Minimal Invasive Treatment Modality for Pilonidal Sinus Disease

BURHAN HAKAN KANAT

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ - Türkiye

Sayın Editör,

Derginizin son sayısında yayınlanan Wafi Attaallah ve arkadaşlarının “Sakro-Koksigeal Yerleşimli Pilonidal Sinüs Hastalığının Tedavisinde Kristalize Fenol Uygulaması: Gerçekten Başarılı mı?” başlıklı yazılarını¹ merakla ve büyük bir ilgi ile okudum. Öncelikle yazarlara genel cerrahi pratiğinde sıkça karşımıza çıkan ve önemsenmesi gereken bir sağlık sorunu olduğunu düşündüğüm, benim de ilgi alanımda olan sakrokoksigeal pilonidal sinüs ile ilgili çalışmayı bizlere sunmuş oldukları için teşekkür ederek tebriklerimi sunuyorum.

Pilonidal sinüs tedavisinde uygulanan konservatif tedavi yöntemlerinden olan kristalize fenol tedavisi ile ilgili olarak Pubmed ve Google-Scholar veri tabanları İngilizce anahtar kelime ya da kelime kombinasyonları (crystallized

phenol, pilonidal sinus disease) kullanılarak tarama yapıldığında ulaşılan 7 adet makaleden olgu sayısı en yüksek olan makale bu yazıdır. Bu açıdan yazı bana göre büyük önem taşımaktadır.

Pilonidal sinüs hastalığı ile ilgilenmeye çalışan bir cerrah olarak makale ile ilgili bazı görüşlerimi paylaşmayı uygun görüyorum.

1. Öncelikle fenol her ne kadar ilk kez 1850'li yıllarda Joseph Lister tarafından hastane sterilizasyonunda antiseptik ajan olarak kullanılmış olsa da pilonidal sinüs tedavisinde tarihte ilk kez 1964 yılında Maurice ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.^{2,3} Burada kullanılan sıvı fenoldür. Literatürde ilk kez kristalize fenolün pilonidal sinüs tedavisinde kullanılması ise 2004 yılında

Başvuru Tarihi: 27.04.2015, Kabul Tarihi: 20.05.2015

✉ Dr. Burhan Hakan Kanat

Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ - Türkiye

Tel: 0532.5790810

e-mail: ku318@mynet.com

Kolon Rektum Hast Derg 2015;25:75-77

Doğru ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir.⁴ Yazıda ise ilk kez 1970'li yıllarda İngiltere'deki Ipswich Hastanesi'nde iki cerrah tarafından uygulandığı belirtilmiştir. Litertürdeki diğer verilerle birlikte ele alındığında buradaki çelişkinin açıklığa kavuşturulması gerektiğine inanıyorum.

2. Konu ile ilgili olarak literatürdeki diğer yazılar incelendiğinde tek kür başarı oranları %60-70 arasında verilmiştir ve çalışmalarda bazı olgularda 8 kez uygulamalar dahi bildirilmiştir.^{5,6} Bu çalışmada ise 3 uygulamadan sonra iyileşmeyen olgular başarısız sayılmıştır. Oysaki diğer çalışmalarda 3'ten fazla uygulamalarda da iyileşmeler bildirilmiştir. Bu açıdan 3 uygulama sonrası iyileşmeme başarısızlık sayılmalı mı yoksa tedaviye devam etmeli mi? Burada akla gelen soru aslında şudur: 'Nereye kadar fenol uygulanmalı?' İyileşene kadar mı? Hasta istemeyene kadar mı? ... böyle devam eden bir sürü soru. Bence buna bir standart gelmeli. Bunun için prospektif geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak literatür incelendiğinde büyük hasta grubunun 3 ya da daha az uygulamada yüksek oranda ve kabul edilebilir oranda kür sağlandığı görülmektedir. Bu açıdan yazarların sınır almış olduğu 3 uygulama bana göre de makul bir sınırdır.

3. Literatürde kristalize fenol uygulamasının bir takım komplikasyonları tariflenmiştir. Bunlar; cerrahi yöntemlere göre daha minör ve hem hasta hem de cerrah açısından daha tolere edilebilir sıkıntılardır. Lokal anestezinin yan etkileri olabilmekle birlikte kristalize fenol uygulamasına özgü komplikasyonlar da mevcuttur. Bunlar daha çok lokal yan etkilerdir. Uygulama sırasında cilt eğer yeteri düzeyde korunmaz ise exfoliation oluşmaktadır. Ayrıca enfeksiyon ve hematoma görülebilir. Literatürde exfoliation oranı %8,3 olarak bildirilmiştir.⁷ Enfeksiyon ve hematoma oranları ise sırayla %8 ve %4 olarak rapor edilmiştir.⁸ Acaba yazarlar herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmışlar mı? Bu konunun yazılması literatüre katkı sağlayacaktır.

4. Yazarların hasta takiplerinde nüks tespit edip etmediklerini belirtmeleri de literatüre veri katması açısından önemli olacaktır.

5. Kristalize fenol ile ilgili bir diğer belirsizlik ise hangi hastalara uygulanması gerekliliğidir. Orifis sayısı, orifislerin konumu, orta hattan uzaklığı vb gibi kriterler önemli mi? Yazarlar ardışık hastalara uygulamışlardır. Acaba bu hastalarda kür oranını artıran faktörler belli midir? Bu açıdan yazarların tecrübeleri nelerdir? Bu konunun irdelenmesi kristalize fenolün hangi hastalara uygulanması gerektiğini ve hasta seçimine faydası olabileceği kanaatindeyim.

6. Pilonidal sinüs tedavisinde konservatif yöntemlerin ön planda düşünülmesi gerektiğini savunan bir cerrah olarak ben de kristalize fenol tedavisinin çoğu zaman ilk düşünülmesi gerektiğine inanmaktayım. Ancak hasta seçimi veya tedavi yönteminin seçimi açısından ise en önemli faktörün cerrahın tecrübesi olduğunu düşünmekteyim. Özellikle konservatif tedavilerde sinüs sayıları, yerleşimleri ve önceki tıbbi durum dikkate alınmalıdır. Uygun olan tedavi yöntemi veya yöntemleri hasta ile paylaşılmalı, bunun sonucunda karar verilmelidir. Hastaya ve hastalığın durumuna göre tedavi planlanmalıdır. Hastada tedavi yönteminin iyi seçilmesiyle; konservatif yöntemle tedavi edilebilecek hastada gereksiz cerrahi operasyon önenebilir ve aynı şekilde cerrahi yapılması gereken hasta konservatif yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılmayıp zaman ve iş gücü kaybı önlenmiş olur. Bu nedenle ardışık hastalara, hasta seçimi yapılmaksızın uygulanmasının başarı oranını düşüreceği inancındayım. Ben kristalize fenolün seçilmiş hastalara uygulandığında daha yüksek hasta memnuniyetinin ve kür şansının olacağını düşünmekteyim.

7. Sakrokoksigeal pilonidal sinüs tedavisinde altın bir standart yoktur. Tedavi yöntemi; hastaya, hastalığın durumuna ve cerrahın tecrübesine göre belirlenmelidir. Cerrahi tedavi ile aynı oranda kür şansı ve yine benzer nüks oranlarına sahip olan konservatif yöntemler; uygun vakalarda mutlaka düşünölmeli ve hastalara bu şans tanınmalıdır. Kristalize fenol bence de cerrahi tedavi yöntemlerine ciddi bir alternatiftir. Ancak kanaatimce sadece uygun vakalarda birinci basamak tedavi yöntemi olarak düşünölmelidir. Bu açıdan yazarlarla aynı fikirde değilim.

Kaynaklar

1. Attaallah W, Coşkun Ş, Coşkun M, Solmaz A, Yeğen C, Gençosmanoğlu R. Sakro-Koksigeal Yerleşimli Pilonidal Sinüs Hastalığının Tedavisinde Kristalize Fenol Uygulaması: Gerçekten Başarılı mı? Kolon Rektum Hast Derg 2015;25:28-33.
2. Maurice BA, Greenwood RK; A conservative treatment of pilonidal sinus. Br J Surg., 1964;51:510-512.
3. T. J. Stewart and M. Bell. The treatment of pilonidal sinus by phenol injection. Ulster Med J. 1969 Summer; 38(2):167-171. PMID: PMC2385015
4. Dogru O, Camci C, Aygen E, Girgin M, Topuz O. Pilonidal sinus treated with crystallized phenol: an eight-year experience. Dis Colon Rectum. 2004;47:1934-8.
5. Girgin M, Kanat BH. The results of a one-time crystallized phenol application for pilonidal sinus disease. The Indian journal of surgery 2014;76(1):17-20.
6. Girgin M, Kanat BH, Ayten R, Cetinkaya Z, Kanat Z, Bozdağ A *et al.* Minimally invasive treatment of pilonidal disease: crystallized phenol and laser depilation. Int Surg 2012;97(4):288-92.
7. Aygen E, Arslan K, Dogru O, Basbug M, Camci C. Crystallized phenol in nonoperative treatment of previously operated, recurrent pilonidal disease. Dis Colon Rectum. 2010 Jun;53(6):932-5. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181d8283b.
8. Akan K, Tihan D, Duman U, Özgün Y, Erol F, Polat M. Pilonidal sinüs tedavisinde cerrahi Limberg flep yöntemi ile kristalize fenol uygulamasının retrospektif karşılaştırılması. Ulusal Cer Derg 2013;29:162-166.