

Sakrokoksigeal Pilonidal Sinüs Genç Erkeklerde Kilo Fazlalığı, Yüksek Vücut Kitle İndeksi ve Ten Rengi ile İlişkilidir

Sacrococcygeal Pilonidal Disease is Associated with Increased Body Weight, High Body-Mass Index and Skin Color in Young Men

MEHMET YILMAZ¹, MEHMET FATİH CAN¹, MERT MAHSUNİ SEVİNÇ¹, GÜVEN YİĞİT¹, ÖZCAN KESKİN²

¹ Ardahan Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ardahan

² Ardahan Asker Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, Ardahan

ÖZET

Amaç: Sakrokoksigeal pilonidal sinüs (SPS) genç erkekler ve özellikle genç askerler arasında toplumun geri kalanından daha yüksek insidansa sahiptir. Bu çalışmanın amacı hastalığın görülme olasılığı diğerlerinden daha yüksek olan bireyleri tespit etmeye yarayabilecek göstergeleri araştırmaktır.

Yöntem: Cerrahi polikliniğine üç aylık süre içinde başvuran ve primer SPS tanısı alan ardışık erkek hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Başka nedenlerle aynı dönemde polikliniğe başvuran ve SPS bulunmayan ardışık 76 erkek hasta kontrol grubunu oluşturdu. Her hasta için yaş ve cilt rengi kaydedildi. Boy, kilo, intergluteal sulkus derinliği ile kalça çevresi ölçüldü ve vücut kitle indeksi hesaplandı. İki grubun verileri Student's *t* ve Ki-kare testleri kullanılarak karşılaştırıldı. Sonuçlar cilt rengi hariç Ortalama±Standart Hata olarak sunuldu.

Bulgular: Çalışma grubunda primer SPS'li toplam 86 hasta yer aldı. Gruplar arasında yaş, boy ve kalça çevre-

si açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. İntergluteal sulkus ortalama derinliği çalışma grubunda anlamlı olarak fazlaydı (kontrol grubundaki 4.5±0.8 cm'ye karşılık 5.2±0.8, $p<0.001$). Çalışma grubundaki hastalar kontrol grubundakilere göre daha kilolu (74±0.9 ve 71.1±1.0 kg, $p=0.04$) ve daha yüksek ortalama vücut kitle indeksine sahip idi (24.5±0.3 ve 23.6±0.3, $p=0.027$). Çalışma grubunda esmer ten rengine sahip bireylerin oranı daha fazla idi.

Sonuç: Kilolu, yüksek vücut kitle indeksine sahip olan ve esmer bireyler SPS gelişimine daha yatkın olabilir. Biz bu bireylerin hastalık gelişimini önlemek için uygulanabilecek koruyucu yaklaşımlardan fayda görebileceğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Pilonidal sinüs, etiyoloji, obesite, vücut kitle indeksi, kalça çevresi, ten rengi

ABSTRACT

Purpose: Sacrococcygeal pilonidal sinus (SPS) has a higher incidence among young males, especially among army recruits than in the rest of the population. The purpose of this study was to investigate measures that could determine individuals who have a higher probability of having the disease than others.

Method: The study was conducted during a period of

✉ M.Fatih CAN, Ardahan Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, ARDAHAN
E-mail: mfcana@superonline.com

three months. All male patients with primary SPS who were consecutively admitted to our ambulatory care facility constituted the study group. The control group included 76 consecutive male patients who had no SPS and reported unrelated complaints during the same period. For each patient; age, skin color, height, weight, depth of the natal cleft and hip circumference were recorded, and body-mass index calculated. The data were compared between the two groups using Student's *t* test and Chi-square test. The results except skin color data are given as Mean±SEM.

Results: A total of 86 patients with primary SPS were included in the study group. There were no significant differences between the two groups in terms of age, height and hip circumference. The mean depth of the natal cleft

was significantly increased in the study group (5.2±0.8 vs 4.5±0.8 cm in the controls, $p<0.001$). When compared with subjects in the control group, patients with SPS also had a higher mean body weight (74±0.9 vs 71.1±1.0 kg, $p=0.04$) and a higher mean body-mass index (24.5±0.3 vs 23.6±0.3, $p=0.027$). The study group included a higher proportion of dark skinned individuals as compared to controls.

Conclusion: Those subjects who are overweight and/or have an increased body-mass index, and who are dark skinned may be at risk for the development of SPS. We suggest that these subjects may benefit from preventable measures.

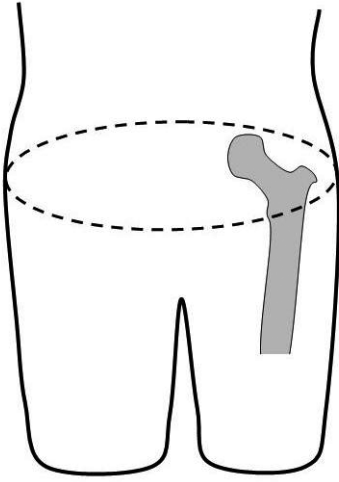
Key words: Pilonidal sinus, etiology, obesity, body-mass index, hip circumference, skin color

GİRİŞ

Sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı (SPS), perifer hastanelerinin cerrahi kliniklerinde tedavi edilen hasta popülasyonunun önemli bir yüzdesini oluşturur. Toplumda 26-700/100.000 gibi yüksek bir insidansa sahip olan hastalığa özellikle genç erkekler arasında sık rastlanmaktadır.¹ Bu oranın genç askerler arasında artarak %8.8'e kadar çıktığı rapor edilmiştir.² Bu durum, hasta popülasyonunda genç askerlerin oranının daha yüksek olduğu hastanelerde SPS nedeniyle cerrahi polikliniğine başvuru sıklığını gözle görülür biçimde artırmaktadır. Ancak bu grup hastaneler için en az bu kadar önemli bir diğer konu da, kendisinde SPS bulunmamakla beraber hastalık gelişimi açısından risk altında olan bir topluma hizmet veriyor olmalarıdır. Hastalığın bir kez ortaya çıkması durumunda küratif tedavisi genellikle cerrahi girişim gerektirmektedir. SPS tedavisinde kullanılan yöntemler başvuru sırasında hastalığın paterni ile ilişkilidir. Sinüs orifislerinin tıkanması veya kapanması ile içeride enfekte materyalin kaldığı apse formasyonunda apse drenajı veya unroofing ile kombine edilen küretaj tercih edilen tedavi yöntemidir.³ Belirgin apse oluşumu gözlenmeyen, ancak definitif işlem öncesi antibiyotik tedavisinin başarısız olduğu enfekte sinüslerde eksizyon ve marsupializasyon iyi bir seçenek olabilir.^{4,5} Kronik, semptomatik ancak non-infektif SPS tedavisi için

bugüne kadar önerilmiş çok sayıda yöntem mevcuttur. Bunlar intrakaviter fenol uygulaması veya sinotomi ve küretaj gibi minimal invaziv yöntemlerden,^{6,7} eksizyon ve primer kapama,⁸ Karydakis tekniği,^{1,9} Limberg ve modifiye Limberg flep rekonstrüksiyonu¹⁰⁻¹² ve hatta komplike vakalarda arteriyel pediküllü flep¹³ transpozisyonlarına kadar geniş bir yelpaze oluştururlar. Günümüzde pilonidal sinüsün enblok eksizyonu sıklıkla tercih edilen sağaltım yöntemidir; tartışma konusu ise eksizyon alanının hangi yöntemle kapatılmasının daha doğru olacağı üzerinedir. Çünkü tercih edilecek kapatma yönteminin nüks gelişimi üzerinde doğrudan etkisi olduğuna inanılmaktadır.

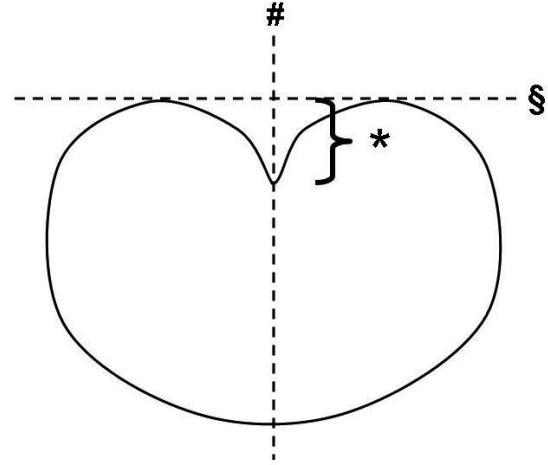
Hangi şekilde olursa olsun, oluşmuş bir pilonidal sinüsün tedavisi cerrahi girişim gerektirmekte, predispozisyonu olan popülasyonda yüksek insidans nedeniyle sağlık harcamalarının artışına yol açmakta, komplikasyon ve nüks gelişimi ise hasta konforu, hastane personeli iş yükü ve maliyetler açısından sorun teşkil etmektedir. Bu nedenlerle hastalığı henüz ortaya çıkmadan önleyecek tedbirlerin alınması oldukça makul ve yararlı görünmektedir. Ancak bunun için, hastalığın gelişimine predispozisyon oluşturan faktörlerin belirlenmesi ve yüksek risk grubundaki bireyler için koruyucu tedbirlerin alınması gerekmektedir. Biz de bu çalışma ile hastalığın görülme olasılığı diğerlerinden daha yüksek olan bireyleri tespit etmeye yarayabilecek göstergeleri araştırmayı amaçladık.



Resim 1. Kalça çevresi ölçümü. Transvers planda her iki trokanter major ve her iki gluteus üzerinden geçen maksimum çevre uzunluğu kalça çevresi olarak kaydedilmiştir (kesikli çizgi).

Hastalar ve Yöntemler

Çalışma üç aylık bir dönem içinde (01 Ağustos 2007 – 30 Ekim 2007) hastanemiz Genel Cerrahi Polikliniğinde gerçekleştirildi. Polikliniğine ayaktan başvuran ve primer SPS tanısı alan ardışık erkek hastalar çalışma grubunu oluşturdu. Pilonidal sinüs ile ilişkili olmayan şikayetlerle aynı dönemde polikliniğe başvuran ve eş zamanlı pilonidal hastalığının bulunmadığı teyit edilen ardışık erkek hastalar ise kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan her hastaya çalışmanın amacı, yararları, yöntemi ve yapılacak işlemler ile ilgili detaylı bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalara onam formu imzalatıldı. Özel olarak hazırlanmış bir kayıt formuna her hastanın yaşı ve cilt rengi kaydedildi. Hastaların boy, kilo, intergluteal sulkus derinliği ve kalça çevresi ölçümleri yapıldı ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplandı. Kalça çevresi ve intergluteal sulkus derinliği ölçümü için aşağıdaki yöntem kullanıldı: kalça üzerinde transvers planda her iki trokanter major ve gluteuslar üzerinden geçen maksimum çevre uzunluğu kalça çevresi olarak kaydedildi (Resim 1). Aynı transvers kesit üzerinde her iki gluteusun en yüksek noktalarını birleştiren hattın orta noktasından intergluteal sulkus tabanına inen dik çizginin uzunluğu ise intergluteal sulkus derinliği olarak kaydedildi (Resim 2). Bayan hastalar, daha önce SPS nedeniyle cerrahi tedavi görmüş olanlar,



Resim 2. İntergluteal sulkus derinliği ölçümü. Her iki gluteus üzerinden geçen transvers kesit şematize edilmiştir.

#: Sagittal planda orta hat.

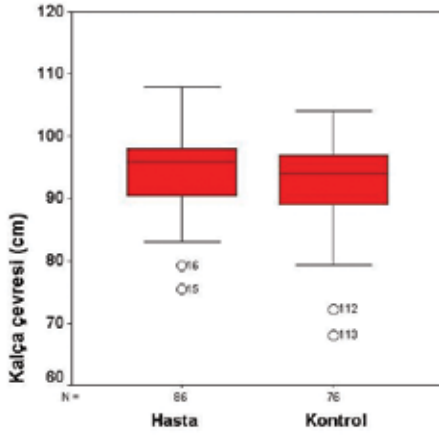
§: Her iki gluteusun tepe noktası üzerinden geçen çizgi.

*: İntergluteal sulkus derinliği.

orta hatta pilonidal apse nedeniyle intergluteal sulkus derinliği ölçümü sağlıklı yapılamayan hastalar ve çalışmaya katılmayı istemeyen bireyler çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analizlerde iki grubun yaş, boy, kilo, intergluteal sulkus derinliği ve VKİ verileri Student's *t* testi kullanılarak karşılaştırıldı. Cilt rengi ile ilgili karşılaştırmada Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar Ortalama ± Standart Hata olarak verildi.

Bulgular

Üç aylık süresi içerisinde çalışma grubuna uygun bireylerden araştırmaya katılmaya gönülsüz hasta olmadı. Dahil edilme kriterlerine uyan toplam 86 primer SPS'li hasta çalışmada yer aldı. Kontrol grubuna uygun bireylerden 8 hasta çalışmaya katılmak istemediklerini belirttiler. Bu grupta çeşitli nedenlerle polikliniğe başvurmuş ve dahil edilme kriterlerine uyan toplam 76 hasta yer aldı. Yapılan istatistiksel çalışmada gruplar arasında yaş, boy ve kalça çevresi açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla *p* değerleri: 0.881, 0.824 ve 0.186) (Resim 3). İntergluteal sulkus ortalama derinliği çalışma grubunda anlamlı olarak fazlaydı (kontrol grubundaki 4.5 ± 0.8 cm'ye karşılık 5.2 ± 0.8 , $p < 0.001$) (Resim 4). Çalışma grubundaki hastalar kontrol grubundakilere göre daha kilolu (74 ± 0.9 vs 71.1 ± 1.0 kg, $p = 0.04$) ve daha yüksek ortalama vücut kitle indeksine sahip idi (24.5 ± 0.3 vs 23.6 ± 0.3 , $p = 0.027$) (Resim 5). Çalışma grubunda es-

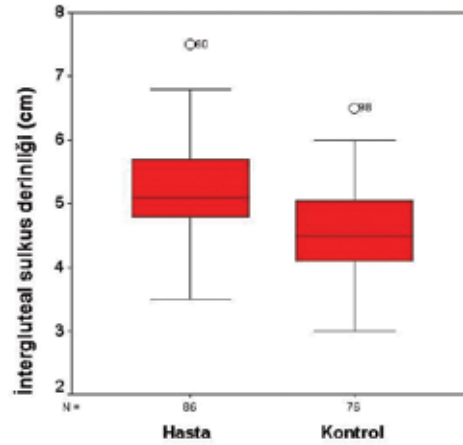


Resim 3. Kalça çevresi uzunlukları. O: uç değerler.

mer ten rengine sahip bireylerin sayısı 60 iken, kontrol grubunda bu sayı 26 idi ($p < 0.001$) (Resim 6).

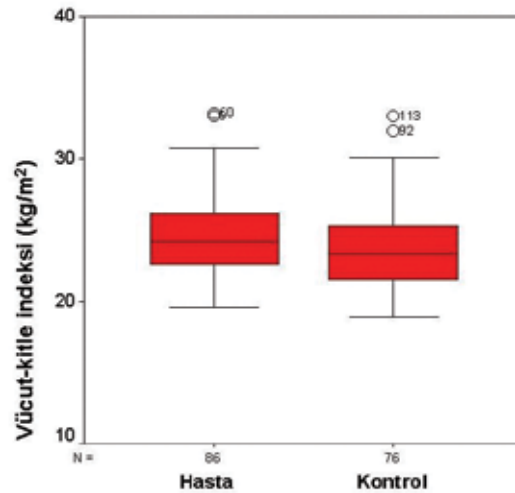
İrdeleme

İlk kez Mayo¹⁴ tarafından 1833 yılında tanımlanan, ancak "pilonidal" terimi kullanımının 1880'de Hodges¹⁵ tarafından önerildiği sakrokoksigeal pilonidal sinüs hastalığı, genç erişkinlerin sıkça karşılaşılan ve yaşam konforunu bozan problemlerinden birisidir. Hastalığın etiyojisi geçmişte önemli bir tartışma konusu olmuş ve kimi araştırmacılar etiyojide konjenital kaynaklı faktörleri öne sürmüşlerdir. Böylece hastalığın nöral kanalın kaudal kalıntısından, sekestre olmuş epitelyal yapıların oluşturduğu dermal inklüzyonlardan ya da embriyo gelişimi sırasında kuyruk involusyonunun oluşturduğu dermal traksiyondan kaynaklanabileceği yönünde görüşler ortaya atılmıştır.¹⁴ Ancak hastalığın sakrokoksigeal bölgede görülürken dorsal vertebral sütunun daha üst kısımlarında (torakal ve servikal) ortaya çıkmaması, erkeklerde ve adolesan dönemde daha sık gözlemlenmesi, bazı meslek gruplarındaki (şoförler, askerler ve berberler gibi) yatkınlık, vücudun cilt kıvrımlarına sahip diğer bölgelerinde de (koltuk altı ve parmak arası gibi) görülmesi ve sinüs duvarında içerisinde kıl folliküllerinin bulunmaması konjenital gelişim teorilerinin terk edilmesine neden olmuştur.^{14,16} Günümüzde, SPS oluşumunda edinsel faktörlerin asıl rolü oynadığı kabul edilmekte olup, etiyojisi ve etiopatogenez açısından en akla yatkın kuramı Karydakıs geliştirmiştir.¹⁷ Karydakıs hastalığın temelinde üç temel faktörün yer aldığını



Resim 4. Intergluteal sulkus derinliği. O: uç değerler.

belirtmiştir: 1) bölgede dökülmüş kıl ve kıl yumaklarının varlığı, 2) kılları epidermis üzerinde penetrasyonuna zorlayan bir gücün varlığı ve 3) vücut bölgesinin kılların girişine yatkınlık arz etmesi. Karydakıs'ın bu önerisi ile hastalık patogenezinde edinsel gelişimin varlığı netlik kazanmıştır. Ancak patogenezinde diğer olası edinsel faktörlerin de yer alabileceği düşüncesi ile çeşitli etkenler üzerinde araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bizim çalışmamız da hastalık gelişiminde etkili olabileceği varsayılan faktörlerin araştırılması amacıyla taşımaktadır. Bu konu üzerinde yapılmış ve yapılmakta olan çalışmaların nihai amacı, bu faktörlere sahip bireylerin hastalık henüz ortaya çıkmadan

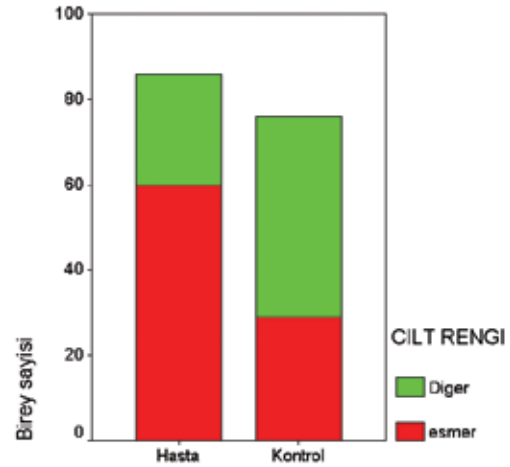


Resim 5. Vücut-kitle indeksi. O: uç değerler.

tespit edilmesi ve yatknılığın mümkün olduğunca azaltılması amacını taşımaktadır. Böylece ileride SPS gelişimi görülebilecek birçok kişide hastalığın oluşması önlenmiş olacaktır. Hastalığın yüksek insidansı da dikkate alındığında bu çabaların tedavi maliyetleri açısından önemi daha çok belirginleşmektedir.

Çalışmamızda SPS ile intergluteal sulkus derinliği, kilo, VKİ ve cilt rengi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğunu tespit ettik. İntergluteal sulkus derinliği ile pilonidal sinüs arasındaki tartışmasız ilişki iyi biliniyor olmasına rağmen,^{14,17} bu ölçümün rutin pratikte uygulanması kolay olmadığından, yatknılığı bulunan bireylerin bu yolla tespiti ve bu kişilere hastalığı önlemekte yardımcı önerilerde bulunulması makul değildir. Bunun yanında, SPS gelişim riski açısından intergluteal sulkus derinliği ilgili bir cut-off değeri vermek de çok mümkün görünmemektedir. Bizim çalışmamızda da incelenen parametreler içinde en belirgin gruplar arası fark intergluteal sulkus derinliğinde elde edilmiştir; ancak yukarıdaki nedenlerle, çalışmada bu ölçümü yapmaktaki amacımız sadece durum tespitine yönelik olmuştur. Böylece incelenen diğer parametrelerle ilgili elde edilecek olası farkların anlamlılık dereceleri konusunda fikir edinilmeye çalışılmıştır.

Vücut ağırlığı ve VKİ ile SPS gelişimi arasındaki ilişki, konu ile ilgili başka araştırmacılar tarafından da incelenmiştir. Çubukçu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada pilonidal sinüsü olan hastaların ortalama VKİ'lerini 26 olarak kaydetmişler, kontrol grubunda bu oranın 25.6 olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁸ Araştırmacılar bu sonuçlara dayanarak obesitenin tek başına SPS gelişiminde rolü bulunmadığını belirtmişlerdir. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar bu verilerle uyumlu değildir. Esasen Karydakıs'ın hastalık gelişimi için önerdiği üç ana faktör açısından bakılırsa, primer SPS gelişimi ile cerrahi tedavi sonrası nüks gelişiminin benzer yollarla olduğundan bahsedilebilir. Yine Çubukçu ve arkadaşlarının bir başka çalışmasında nüks pilonidal sinüsle başvuran hastaların ilk ameliyatlarından önceki VKİ'lerinin 29.3 olduğu belirtilmiş ve obesitenin SPS cerrahisi sonrası nüks gelişiminde önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Aynı şekilde her iki grupta 173'er bireyin yer aldığı ve SPS bulunan hastaların ve sağlıklı gönüllülerin karşılaştırdığı bir çalışmada, erkek popülasyonu için gerek obesitenin gerekse VKİ yüksekliğinin pilonidal sinüs oluşumu



Resim 6. Hasta ve kontrol grubunda bireylerin cilt rengi.

üzerinde etkili bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁰ SPS nedeniyle tedavi edilen 249 hastanın demografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada ise VKİ>25 olan hastalarda sinüs orifisi sayısının normal VKİ'ye sahip bireylere nazaran daha fazla olduğu tespit edilmiştir.²¹ Obesitenin, sadece hastalığın gelişimi değil, aynı zamanda pilonidal cerrahi sonrası yüksek komplikasyon ve nüks oranları ile de ilişkili olabileceği kimi araştırmaların sonucunda öne sürülen bir görüştür. Sakr ve arkadaşlarının²² çalışmasında Karydakıs metodu ile cerrahi tedavi uygulanan hastalardan yüksek VKİ'ye sahip olanlarda komplikasyon oranının belirgin şekilde artmış olduğu gözlenmiştir. Arda ve arkadaşları²³ ise yüksek VKİ'nin adolesanlarda gerek hastalık gelişimi gerekse postoperatif komplikasyon ve nüks açısından risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacıların konu ile ilgili ortaklaşa benimsedikleri bir nokta ise, obesitenin olumsuz etkisini büyük olasılıkla intergluteal sulkus derinliğini artırarak oluşturduğu şeklindedir.

Çalışmamızda SPS bulunan hastalar arasında esmer ten rengine sahip olma oranı kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Bu noktada ten renginin ara tonlarının hangi grupta yer aldığı sorusu önem arz etmektedir. Çalışma sırasında bu konuda ikilemde kaldığımız durum çok sayıda olmasa da, gerektiğinde bu ayırımın yapılabilmesi için ilave olarak kıl rengini değerlendirmeye aldık. Esasen bir çok kaynak gözlemsel bilgi olarak SPS'nin daha çok esmer, bol miktarda kalın ve koyu renk kılları olan

bireylerde görüldüğünü belirtmektedir,^{7,15,20,23} ancak çalışmamızın sonuçları bu gözlemi istatistiksel olarak teyit eder niteliktedir. Düşüncemize göre bu bilgi de hastalık gelişimine yatkınlığı bulunan bireylerin seçimi ve koruyucu önlemler konusunda bilgilendirilmesi hususunda hekime yardımcı olabilecektir.

Obesitenin kalça çevresi uzunluğunu artırarak SPS gelişimi için risk oluşturabileceği düşüncesi ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada SPS bulunan hastaların kalça çevresi, kontrol grubundaki bireylere oranla belirgin olarak fazla bulunmuştur.²⁴ Bizim çalışmamızda ise hasta ve kontrol grupları arasında kalça çevresi bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde bu konu ile ilgili bilgiler oldukça sınırlıdır. Demirel ve arkadaşlarının²⁵ yapmış olduğu bir çalışmada benzer şekilde demografik bilgiler ve antropometrik ölçümler kullanılarak hasta ve kontrol grupları karşılaştırılmış, gruplar arasında kalça çevresi bakımından farklılık bulunmamış, ancak bel çevresi/boy oranı, ailesel yatkınlık ve sedanter yaşam hususlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Gerçekten de kalça çevresinin, özellikle bizim çalışmamızda olduğu gibi erkek popülasyonda, kişinin kilo durumunu doğru yansıtması olasılığı düşüktür. Kalça çevresi ve bunu etkileyen etmenlerden biri olan gluteal yapı konusunda, kilo dışında anatomik ve kalıtsal özellikler de belirleyici olmaktadır. Biz sunduğumuz çalışmada daha kilolu oldukları saptanan SPS'li hastaların kalça çevrelerinin kontrol grubundaki bireylerden farklı olmamasının bu şekilde açıklanabileceğini ve bu yöntemin koruyucu önlemlerin önerileceği hastaları seçmede kullanılamayacağını düşünüyoruz.

SPS gelişimi açısından risk grubunu oluşturan bireylerin basit önemlerden ve konservatif yaklaşımlardan

yarar görebileceği ve hastalığın oluşumunun önlenilebileceği düşüncesi, literatürde hem primer hastalığın tedavisi,²⁶ hem de tedavi sonrası nüks hastalık oluşumu ihtimalinin azaldığının gösterilmesi nedeniyle akla yatkın görünmektedir.²⁷ Biz natal kleft ve perineal bölgede hijyene özel dikkat gösterilmesi ve bölgenin düzenli aralıklarla kıllardan arındırılması gibi basit yöntemlerin kullanılması ile yatkınlığı olan kişilerin bir kısmında SPS oluşumunun önlenilebileceğini düşünüyoruz. Armstrong ve arkadaşlarının²⁶ çalışmasında bu tarzda konservatif yöntemlerin cerrahi tedavi ihtiyacını belirgin şekilde azaltabildiği gösterilmiştir. Araştırmacılar merkezlerinde 2 yıllık bir süre içinde toplam 229 hastaya pilonidal cerrahi uyguladıklarını, ancak konservatif bakım ve tedavi yöntemlerini uygulamaya başladıktan sonraki 17 yıl içerisinde sadece 23 olguda eksizyonel operasyona ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar basit yöntemlerle hastalığın ilerlemesi ve komplike hale gelmesinin önüne geçilebileceğini göstermektedir. Ancak bu yöntemlerin henüz SPS bulunmayan bireylerde hangi oranda hastalığı önleyebileceğini ortaya koyabilmek için uzun takip süreli ve geniş hasta gruplarından oluşmuş karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak çalışmamız sakrokoksigeal pilonidal sinüslü erkek hastaların pilonidal hastalığı bulunmayan bireylere göre daha fazla kiloya sahip olduğunu, VKİ'lerinin daha yüksek olduğunu ve daha esmer cilt rengine sahip olduklarını göstermiştir. Bu fiziksel özelliklere sahip bireylerin pilonidal sinüs hastalığı oluşumu için yatkınlıklarının bulunduğu konusunda bilgilendirilmesi ve sakrokoksigeal bölge temizlik ve bakımı ile ilgili koruyucu önlemlerin önerilmesinin yararlı olabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Can MF, Sevinc MM, Yılmaz M. Comparison of Karydakakis flap reconstruction versus primary midline closure in sacrococcygeal pilonidal disease: results of 200 military service members. *Surg Today* 2008 (in press).
2. Akinci OF, Bozer M, Uzunkoy A, Duzgun SA, Coskun A. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg* 1999;165: 339-42.
3. Hosseini SV, Bananzadeh AM, Rivaz M, *et al.* The comparison between drainage, delayed excision and primary closure with excision and secondary healing in management of pilonidal abscess. *Int J Surg* 2006;4: 228-31.
4. Aldemir M, Kara IH, Erten G, Taçyıldız I. Effectiveness of collagenase in the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Surg Today* 2003;33: 106-9.
5. Koçak S, Bumin C, Kesenci M, *et al.* Pilonidal sinüs ve cerrahi tedavisi: 6 yıllık klinik deneyimin değerlendirilmesi. *Kolon Rektum Hast Derg* 1994;4: 66-9.
6. Kotan Ç, Sönmez R, Çıkmak Ö, *et al.* Kronik pilonidal sinüsün lateral insizyon ile evokasyonu "Baskom operasyonu" Erken dönem sonuçlarımız. *Kolon Rektum Hast Derg* 2000;10: 118-20.
7. Kaymakcioglu N, Yagci G, Simsek A, *et al.* Treatment of pilonidal sinus by phenol application and factors affecting the recurrence. *Tech Coloproctol* 2005;9: 21-4.
8. Terzi C, Canda AE, Unek T, Dalgic E, Fuzun M. What is the role of mechanical bowel preparation in patients with pilonidal sinus undergoing surgery? Prospective, randomized, surgeon-blinded trial. *World J Surg* 2005;29:1465-71.
9. Çetinkaya Z, Bülbüller N, Doğru O, *et al.* Pilonidal sinüsün cerrahi tedavisinde Limberg flep ile Karydakakis flep yöntemlerinin karşılaştırılması. *Kolon Rektum Hast Derg* 1999;9: 26-9.
10. Menten BB, Leventoglu S, Cihan A, *et al.* Modified Limberg transposition flap for sacrococcygeal pilonidal sinus. *Surg Today* 2004;34: 419-23.
11. Cihan A, Menten BB, Tatlicioglu E, *et al.* Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgery. *ANZ J Surg* 2004;74: 238-42.
12. Dadacı AH, Okuş A, Memişoğlu K, *et al.* Limberg flep tekniği uygulanan pilonidal sinüs hastalığında dren kullanımının etkinliği. *Kolon Rektum Hast Derg* 2007;17: 145-50.
13. Özmen S, Kandal S, Fındıkçıoğlu F, Menteş B. Superior gluteal arter perforator flebi: Komplike pilonidal sinüs tedavisinde bir alternatif. *Gazi Medical Journal* 2006;17: 176-8.
14. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol* 2003;7: 3-8.
15. Öngel K, Katırcı E, Ak C, Sarıkan İ. Birinci basamakta pilonidal hastalığa yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14: 48-51.
16. Gençosmanoğlu R, Şad O, İnceoğlu R, Küllü S. Perianal ve skrotal pilonidal sinüs: pilonidal hastalığın nadir lokalizasyonları. *Kolon Rektum Hast Derg* 2000;10: 121-24.
17. Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *ANZ J Surg* 1992;62:385-9.
18. Cubukçu A, Çarkman S, Gönüllü NN, *et al.* Lack of evidence that obesity is a cause of pilonidal sinus disease. *Eur J Surg* 2001;167: 297-8.
19. Cubukçu A, Gönüllü NN, Paksoy M, *et al.* The role of obesity on the recurrence of pilonidal sinus disease in patients who were treated by excision and Limberg flap transposition. *Int J Colorectal Dis* 2000;15: 173-5.
20. Oğuz B. Pilonidal sinüs hastalığının etiolojisinde cinsiyet ve farklı yaşam dönemlerindeki obesitenin rolü ve etkisi. Bülent Oğuz, Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
21. Aygen E, Ayten R. Pilonidal sinüs hastalığında body mass index (BMI) göre demografik özellikler ve klinik durum farklı mı? *Fırat Tıp Dergisi* 2003;8: 92-5.
22. Sakr M, El-Hammadi H, Moussa M, Arafa S, Rasheed M. The effect of obesity on the results of Karydakakis technique for the management of chronic pilonidal sinus. *Int J Colorectal Dis* 2003;18: 36-9.
23. Arda IS, Güney LH, Sevmiş S, Hiçsönmez A. High body mass index as a possible risk factor for pilonidal sinus disease in adolescents. *World J Surg* 2005;29: 469-71.
24. Engin Ö, Bayburtlu M, Engin C, Solmazgöl E. Pilonidal sinüslü hastalar ile normal kişilerin kalça çevresi ve intergluteal sulkus ölçülerinin karşılaştırılması. *Taksim Hastanesi Tıp Dergisi* 2001;31: 47-50.
25. Demirel AH, Koken A, Ongoren AU. Role of obesity, familial tendency & sedentary occupation in the etiology of Pilonidal sinus. *Pakistan Journal of Surgery* 2006;22: 187-90.
26. Armstrong JH, Barcia PJ. Pilonidal sinus disease. The conservative approach. *Arch Surg* 1994;129: 914-7.
27. Conroy FJ, Kandamany N, Mahaffey PJ. Laser depilation and hygiene: preventing recurrent pilonidal sinus disease. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007 Jul 28; [Epub ahead of print]



CURRENT CONCEPTS AND CONTRVERSIES IN COLORECTAL CANCER

KOLOREKTAL CERRAHİDE GÜNCEL KAVRAMLAR VE TARTISMALI KONULAR 2008

&

Radiomicrosphere Therapy and Laparoscopic Colorectal Surgery Workshops



SIRTeX

21-22 MART 2008

SHERATON OTEL VE KONFERANS MERKEZİ
Ankara, TÜRKİYE



BİLİMSEL KURUL

Dr. Ethem Geçim (Konferans Direktörü)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Dr. Seza A. Güleç (Konferans Direktör Yardımcısı)

Goshen Kanser Merkezi, Indiana, ABD

Dr. Hakan Akbulut

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Dr. Tark Akçal

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Ömer Alabaz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye

Dr. Karim Alavi

Minnesota Üniversitesi, ABD

Dr. Adil Baykan

Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Dursun Buğra

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Dr. Yuman Fong

Memorial Sloan Kettering Kanser Merkezi, New York, ABD

Dr. Mehmet Füzün

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

Dr. Tobias Jacobs

Ludwigs Maximilian Üniversitesi, Münih, Almanya

Dr. Laura Lambert

M. D. Anderson Kanser Merkezi, Houston, Texas, ABD

Dr. Richard Hostetter

Goshen Kanser Merkezi, Indiana, ABD

Dr. Münci Kalayoglu

Memorial Hastanesi İstanbul, Türkiye

Dr. Kaan Karayalçın

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Dr. Bülent Menteş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Dr. Kenneth Pennington

Goshen Kanser Merkezi, Indiana, ABD

Dr. Marcia Prenguber

Goshen Kanser Merkezi, Indiana, ABD

Dr. Riad Salem

North Western Üniversitesi, Chicago, IL, ABD

Dr. Cem Terzi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

Dr. Omer Ugur

Hacettepe University Medical Center, Ankara, Turkey

Dr. David Urbach

Toronto Genel Araştırma Enstitüsü, Kanada

Dr. Şuayip Yalcın

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Türkiye

Dr. Abdullah Zorluoğlu

Bursa Acıbadem Hastanesi, Bursa, Türkiye

Konferans Dili

Konferans dili Türkçe ve İngilizcedir.

Simultane tercüme sağlanacaktır.

Konferans Web Sitesi

www.turkishcolorectal.com

Yaka Kartı

Sadece ön kayıtlı katılımcılara verilecektir.

Konferans sonuna kadar saklanması gereklidir.

Ön kayıt ve e-davetiye dışında katılım yer sınırlılığı nedeniyle kabul edilmeyecektir.

KONFERANS BAŞKANI

Prof. Dr. Ethem GEÇİM

Adres : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Sıhhiye, Ankara-TURKİYE

Telefon : +90 312 467 00 44 e-posta : ferda@kubaba.com.tr

KONFERANS ORGANİZASYONU VE ÖN KAYITLAR İÇİN

Ferda Ümit AR - Kubaba Turizm ve Seyahat Acentası



Adres : Güniz Sok. No: 32/1-2 06700 Kavaklıdere, Ankara- TÜRKİYE

Telefon : +90 312 467 00 44 Faks : +90 312 467 00 46

e-posta : ferda@kubaba.com.tr

BİLİMSEL PROGRAM

21. Mart 2008. Cuma

1. OTURUM 09:00

09:00 – 09:15

Hoşgeldiniz, Kolorektal Kanselerde 2008 in Gerçekleri ve Rakamları

ETHEM GECİM

09:15 – 10:00

Rektum Kanseri Multimodal Tedavi Yaklaşımı

RICHARD HOSTETTER

10:00 – 10:30

Rektum Kanserinin Evrelemesi ve Evrelemenin Klinik Etkilerine Bakış

ADIL BAYKAN

10:30 – 11:00

PET/BT Rehberliğinde Tedavi Planlaması ve Girişimler:

Görüntüleme Yeni Ufuklar

SEZA GULEC

11:00 – 11:30

Nüks Rektum Kanseri Yaklaşım

LAURA LAMBERT

11:30 – 12:00

Özetleme ve Tartışma

ABDULLAH ZORLUOĞLU-TARIK AKCAL-CEM TERZİ

12:00 – 12:30

ÖĞLE YEMEĞİ

2. OTURUM 13:00

13:00 – 13.30

Yeni Sistemik Tedavi Protokolleri

KENNETH PENNINGTON

13:30 – 14:00

İntegratif Tıp:Gerçekler ve Masallar

MARCIA PRENGUBER

14:00 – 14:30

Bölgesel Tedaviler:

Sitoredüktif Girişimlerin Biyolojik ve Entellektüel Temelleri

YUMAN FONG

14:30 – 15:00

Peritonektomi ve İntraperitoneal Kemoterapi

LAURA LAMBERT

15:00 – 15:15 ARA

15:15 – 15:45

Hedeflendirilmiş Tedaviler

SUAYIP YALCIN

15:45 – 16:15

Yeni Kemo ve Hedeflendirilmiş Tedavilerin Cerrahi Açılan

Riskleri

HAKAN AKBULUT

16:15 – 16:45

Kolorektal Kanseri Karaciğer Metastazlarında Natüropatik Tıp

MARCIA PRENGUBER

16:45 – 17:15

Özetleme ve Tartışma

MEHMET FÜZÜN-BÜLENT MENTEŞ-ÖMER ALABAZ

22. Mart 2008. Cumartesi

1. OTURUM 09:00

09:00 – 10:00

Laparoskopik Kolorektal Cerrahi:Medialden laterale veya Lateralden Mediale Gerçekten Fark Var mıdır?

Hand Assisted Tekniğin Avantajları

[Video Presentation]

Laparoskopik Rezeksiyonlar: Kolon Kanseri

Laparoskopik Cerrahinin Sonuçları Açık Cerrahiden Daha iyidir

KARIM ALAVI

10:00 – 10:30

Modern Kolon Cerrahisi Teknikleri ve Perioperatif Bakıma Karşın

Laparoskopik Cerrahi Hiçbir Avantaj Sağlamaz

DAVID URBACH

10:30 – 11:00

Laparoskopik Rezeksiyonlar: Tedavi edilebilir Rektal Kanseri

Ameliyatlarında Laparoskopik Cerrahi Seçilmiş Vakalarda Tercih

Edilebilir.

KARIM ALAVI

11:00 – 11.30

Laparoskopik Cerrahinin Yetersizlikleri: Dokunma Hissinin

Olmayışı, Yeterli TME Yapılamaması

DAVID URBACH

11:30 – 12:00

Özetleme ve Tartışma

DURDUN BUĞRA-CEM TERZİ-ETHEM GEÇİM

12:30 – 13.00

ÖĞLE YEMEĞİ

2. OTURUM 13:00

METASTATİK KARACİĞER HASTALIĞINDA TEDAVİ VE RADYOMİKROSFER TEDAVİ ÇALIŞTAYI

13:00 – 13:30

Kolorektal Kanseri Karaciğer Metastaz Biyolojisi ve Karaciğere

Yönelik Tedaviler

YUMAN FONG

13:30 – 14:00

Karaciğer Rezeksiyon Tekniklerinde Yeni Yaklaşımlar

KAAN KARAYALCIN

14:00 – 14:30

Ablatif Tedaviler: Eski ve Yeni

RICHARD HOSTETTER

14:30 – 14:45

Rezeke edilemez Metastaz Karaciğer Hastalıklarında Beta-Knife:

Radyomikrosfer Tedavisi, Tarihi Notlar, Görüşler ve Son Durum

SEZA GULEC

14:45 – 15:15

Radyomikrosfer Tedavisi: Esaslar ve Prensipler

TOBIAS JACOBS

15:15 – 15:30

ARA

15:30 – 16:00

Kolorektal Kanseri Karaciğer Metastazlarında Rodyomikrosfer

Tedavisi, Kemo-SIRT Yaklaşımı

SEZA GULEC

16:00 – 16:30

HCC, NET ve non HCC/non NET Hastalıklarında Radyomikrosfer

Tedavileri

RIAD SALEM

16:30 – 17.00

Girişim Planı: Anjiyografik Anatomi ve Stratejiler

TOBIAS JACOBS

17:00 – 17:30

Özet ve Tartışma

MUNCI KALAYOĞLU, OMER UGUR

17:30 **Sonuç ve Kapanış**