مقایسه پیش آگهی اعمال جراحی سینوس پیلونیدال در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۳

مجتبی احمدی نژاد[۱]، یونس عزیزپورفرد[۲]، الهام سنیسل بچاری[۳]

۱- استادیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۳- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۳ / تابستان ۹۲ / مسلسل ۵۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۱۵ ، پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۲۵

* **مقدمه:** بیماری پیلونیدال شیوع رو به افزایشی دارد (۲۶نفر از هر ۱۰۰۰۰۰) و عمدتا محدوده سنی ۴۰-۱۸سالگی را درگیر می کند. با توجه به اینکه محدوده سنی مذکور بهینه ترین زمان فعالیت اجتماعی و اقتصادی افراد می باشد، برآن شدیم که بـه ارزیـابی پـیش آگهی بیماران تحت جراحی سینوس پیلونیدال بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۸۳ بپردازیم.

* **مواد و روش‌ها:** در قالب مطالعه همگروهی تاریخی ابتدا با مراجعه به واحد بایگانی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد و دریافت پرونده و شماره تماس بیماران مذکور تحت اعمال جراحی سینوس پیلونیدال (به سه روش مطرح) ، متغیرهایی چون سن، جنس، شغل، سابقه ابتلا به بیماریهای مشابه، روش جراحی به کار رفته، عوارض پس از درمان صورت گرفته و ... مورد بررسی و تحلیـل آمـاری قـرار خواهند گرفت .

* **یافته‌ها:** تمامی بیماران تحت درمان با روش بسته با درن و یا بخیه در مقایسه با روش باز(حدود ۵۰ درصد) رضایت بـالا را مطـرح کردند($P=۰/۰۴$ در بیماران مونث و$P=۰/۰۰۲$ در بیماران مذکر). همچنین شایعترین عارضه مطرح در روشهای درمانی بسته، خـونریزی از موضع بود. در حالی که در جراحی باز عمده بیماران از درد طولانی مدت موضع و در ادامه به ترتیب از عفونت موضع، خـونریزی و عـود سینوس پیلونیدال شاکی بوند($P=۰/۰۲۴$ در بیماران مونث و$P=۰/۰۰۰$ در بیماران مذکر).

* **بحث و نتیجه‌گیری:** در پایان مطالعه گزارش گردید که بیشترین عوارض پس از درمان سینوس پیلونیدال ،مربوط به روش جراحـی باز بوده است. منجر به فاصله گرفتن بیش از حد بیمار از فعالیت های اجتماعی و اقتصادی نیز می گردد.

* **واژه‌های کلیدی:** سینوس پیلونیدال، پیش آگهی، عوارض .

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهدای عشایر

پست الکترونیک: Dr_ts_ahmadinejad @yahoo.com

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

مقدمه

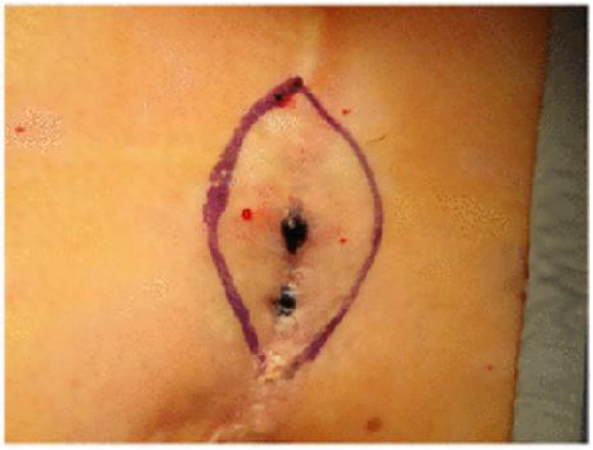
کیست پیلونیدال یا سینوس پیلونیدال یک کیسه کوچک پوستی حاوی مو در قسمت پایین کمر است. این بیماری در جنگ جهانی دوم به نام بیماری رانندگان جیپ معروف بود. این کیست به صورت یک منفذ پوستی کوچک نمایان شده و گاهی چیزی بیش از یک فرورفتگی حاوی چند موی پیچیده نیست(۲و۱). این بیماری در مردان شایع‌تر است. عفونت کیست معمولاً در اوایل بزرگسالی (۴۰-۱۸ سال) آغاز می‌شود.

بیشترین رده سنی بین ۱۶ تا ۲۶ می‌باشد. از نظر آماری از هر ۱۰۰ هزار نفر ۲۶ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند. این کیست مستعد عفونت است و در افراد سفید پوست شایع‌تر است(۴و۳). این بیماری در بالغین بیشتر در ناحیه ساکروکاکسیجیال دیده می‌شود. دیواره سینوس را اپی‌تلیوم می‌پوشاند و تغییرات طبق بدخیمی در آن نادر است. ولی تا کنون چند موردSCC [1] گزارش شده است(۶و۵). این بیماری بیشتر در افراد پر مو دیده می‌شود و بیشتر شامل حال کسانی است که شغل‌های نشسته دارند به همین علت به آن بیماری رانندگان نیز گفته می‌شود(۷).

بیشتر بیماران هنگامی مراجعه می‌کنند که مو وارد بدن شده و یک عفونت موضعی ایجاد کند و به فولیکولیت تبدیل شده و بعد از آن به مرور زمان بصورت یک آبسه در می‌آید و موجب درد و توده پشت (بالای شکاف باسن) می‌گردد. بیمار موقع نشستن درد دارد. در این مرحله که فاز حاد بیماری است، آبسه باید تخلیه شود و این کار با بی‌حسی موضعی و شکاف روی آن و خارج کردن ترشحات و چرک صورت می‌گیرد و بیمار با دستور شستشوی روزانه مرخص می‌شود. بعد از چند هفته، بیمار باید جهت جراحی اصلی مراجعه نماید(۹و۸). روش‌های مختلف ترمیمی از قبیل دوختن زخم و فلاپ‌های پوستی جراحی پلاستیک وجود دارد که با یا بدون درد انجام می‌شود و احتمال عود آن کمتر یا برابر روش باز است. همچنین در روش باز عوارض بعد از عمل بیشتر است و بیمار چند هفته‌ای موقع نشستن درد دارد و دائم باید پانسمان شود ولی در روش بسته احتمال پانسمان مکرر وجود نداشته و بیمار زودتر به سر کار و زندگی روزمره باز می‌گردد (۱۰).

اکسیزیون زمینه‌ای و ترمیم اولیه زخم برای بیماری پیلونیدال یک روش ساده است، اگرچه این روش با عفونت و افزایش دوره بهبودی همراهی دارد(۱۱). به نظر می‌رسد این روش برای سینوس‌های پیلونیدالی که بغرنج نیستند مقرون به صرفه می‌باشد(۱۲). مشکل بیماران در جراحی باز، پانسمان‌های مکرر می‌باشد که باید به این مسئله دقت شود و یک روز در میان و گاهی روزانه محل زخم باید شستشو داده شده و پانسمان شود.

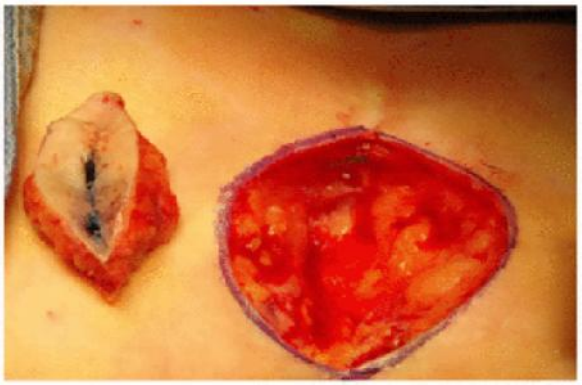
بعد از یک هفته شستشو توسط نرمال سالین، بیمار می‌تواند به هنگام اجابت مزاج روزی چند بار پشت خود را با آب ساده شستشو داده و با گاز تمیز پانسمان کند. امروزه با توجه به اهمیت زمان و برگشت سریع به کار و زندگی برای افراد بهترین روش جراحی، درمان به روش فلپ پایه‌دار است که دیگر نیازی به حتی کشیدن بخیه و تعویض پانسمان دردناک روزانه را ندارد. و بیمار بعد از ۷ تا ۱۲ روز به طور کامل بهبود می‌یابد(۱۳).



تصویر ۱. ناحیه مبتلا به سینوس پیلونیدال

1. Squamous cell carcinoma

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]



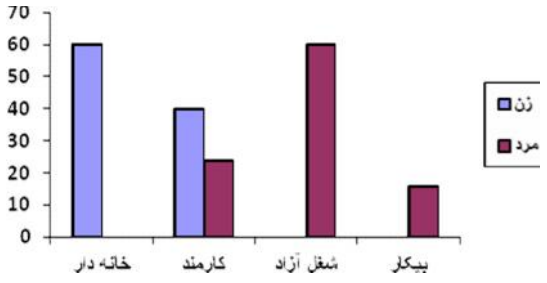
تصویر۲. اکسیزیون زمینه ای محل درگیر

مواد و روش‌ها

در این مطالعه هم‌گروهی تاریخی، ابتدا با مراجعه به واحد بایگانی بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد و دریافت پرونده و شماره تماس بیماران مذکور بیماران تحت اعمال جراحی سینوس پیلونیدال (به سه روش مطرح) بستری شده در بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۳، در صورت تمایل و رضایت بیماران مبنی بر شرکت در مطالعه مذکور به روند کاری خود ادامه داده و در قالب مشاوره حضوری و تلفنی اطلاعاتی در زمینه متغیرهایی چون سن، میزان تحصیلات بیمار، شغل، میزان درآمد خانواده، شاخص توده بدنی، سابقه شخصی ابتلا به بیماری‌های قبلی، مصرف دارو، سابقه ابتلا به بیماری‌های مشابه سینوس پیلونیدال، مکان نشستن و خوابیدن، وضعیت قاعدگی بانوان، تشخیص اولیه و نهایی بیماران، روش جراحی به کار رفته، تعداد و مدت پانسمان اعمال شده و عوارض پس از درمان بررسی شده و در ادامه اطلاعات به دست آمده در قالب پرسشنامه و مشاوره‌های صورت گرفته با استفاده از نسخه ۱۷ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت.

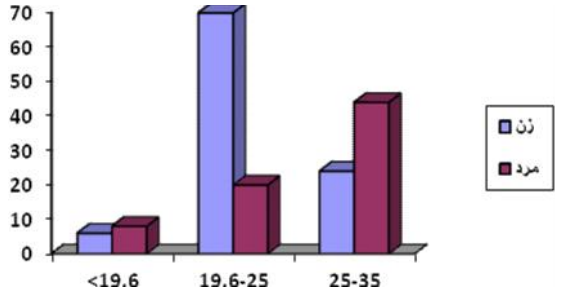
یافته‌ها

مطالعه مذکور ۱۰۰ بیمار مونث و ۲۰۰ بیمار مذکر تحت ارزیابی قرار گرفتند، به گونه‌ای که بیشترین فراوانی سنی بیماران مونث به ترتیب۳۰-۲۰ سال(۸۰٪)،۲۰-۱۰ سال (۱۳٪)،۴۰-۳۰ سال(۷٪) و بیشترین فراوانی بیماران مذکر نیز به ترتیب به رده‌های سنی۳۰-۲۰سال(۷۲٪)،۴۰-۳۰سال (۲۴٪) و رده سنی۵۰-۴۰ سال(۴٪)گزارش گردید. ۶۰٪ زنان مبتلا خانه‌دار و۴۰٪ کارمند بودند، در حالی که ۱۶٪ بیماران مذکر بیکار، ۲۴٪ کارمند و ۶۰٪کار آزاد داشتند (۵۵٪ راننده).



نمودار ۱. بیماران به تفکیک شغل

۶٪ از مبتلایان مونث از نظر شاخص توده بدنی در محدوده کمتر از kg/m^2 ۱۹/۶، ۷۰٪ در محدوده kg/m^2 ۲۵-۱۹/۶ و ۲۴٪ نیز در محدوده kg/m^2 ۳۵-۲۵ و در مقابل ۸٪ از بیماران مذکر در محدوده اندکس توده بدنی کمتر از kg/m^2 ۱۹/۶ و ۲۰٪ در محدوده kg/m^2 ۲۵-۱۹/۶، ۷۲٪ شاخص توده بدنی kg/m^2 ۳۵-۲۵ داشتند.



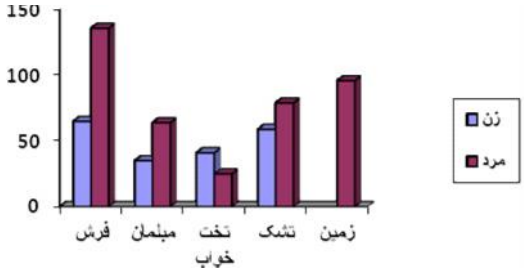
نمودار ۲. بیماران به تفکیک شاخص توده بدنی

از میان بیماران مونث تنها ۶ نفر سابقه دیابت ملیتوس و ۴ نفر نیز سابقه هیپرتانسیون را داشتند و در این زمینه تحت درمان

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

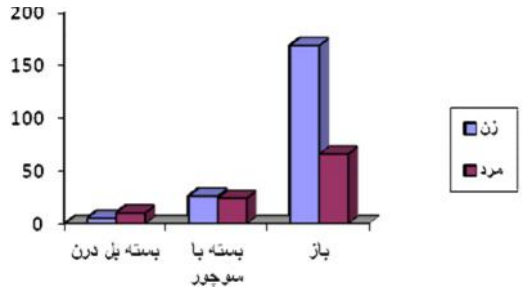
با داروهای خوراکی کاهنده قند خون و فشارخون بالا بودند، همچنین ۲۱ بیمار مذکور نیز تحت درمان با داروهای خوراکی جلوگیری از بارداری قرار داشتند. در مقابل حدود ۱۶بیمار مذکر سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمنی چون دیابت ملیتوس، هیپرتانسیون، بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی را داشتند. ۳۹ بیمار مذکر نیز تحت مصرف بیش از یک ماه داروهای نیروزا در باشگاه‌های ورزشی بودند در ادامه حدود ۹بیمار مونث و ۱۶ بیمار مذکر سابقه درگیری‌های مشابه قبلی از نظر سینوس پیلونیدال را نیز می‌دادند.

سابقه خانوادگی مثبت درجه اول نیز در ۱۳بیمار مونث و ۶۵ بیمار مذکر دیده شد. از نظر الگوی نشستن و خوابیدن ، ۶۵ بیمار مونث عمدتاً از فرش جهت نشستن و ۳۵ بیمار نیز از مبلمان و ۱۳۶بیمار مذکر از فرش و ۶۴ بیمار دیگر نیز از مبلمان استفاده می‌کردند و ۴۱ بیمار مونث و ۲۵ بیمار مذکر استفاده از تخت خواب و ۵۹ بیمار مونث و ۷۹ بیمار مذکر استفاده از تشک و نهایتاً ۹۶ بیمار مذکر خوابیدن روی زمین را ترجیح می‌دادند.



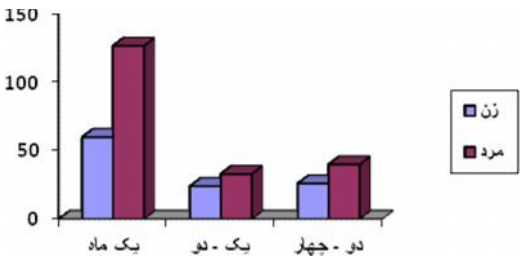
نمودار ۳. بیماران به تفکیک الگوی نشستن و خواب

در ارزیابی‌های دقیق‌تر بیماران مونث گزارش گردید که ۸۷٪ بیماران الگوی منس نرمال داشتند. در ادامه اکثریت بیماران(۸۰٪) با تشخیص اولیه سینوس پیلونیدال کاندید ارزیابی‌های تکمیلی شدند. روش‌های درمانی جراحی به کار رفته در بیماران مذکر در روش‌های بسته با جایگذاری درن یا سوچور و نهایتاً روش باز به ترتیب ۵ ، ۲۶ و ۱۶۹ مورد و همچنین در میان بیماران مونث به ترتیب ۱۰ ، ۲۴ و ۶۶ مورد گزارش گردید.



نمودار ۴. بیماران به تفکیک نوع عمل جراحی

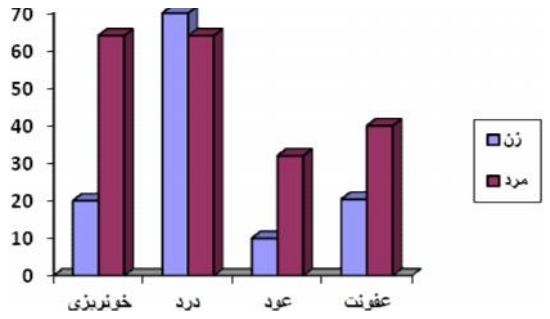
فراوانی تعداد پانسمان‌های مربوطه در دو زیر گروه کمتر از دوبار و بین ۶-۳ بار در میان بیماران مونث به ترتیب ۱۶۰ و۴۰ مورد و در میان بیماران مذکر نیز به ترتیب ۶۰ و۴۰ مورد و همچنین فراوانی کمی مدت زمان پانسمان در قالب زیر گروه‌های ۱ماه ، ۲-۱ماه و ۴-۲ماه، در میان بیماران مذکر ۱۲۷ ، ۳۳و ۴۰ مورد و در میان بیماران مونث نیز ۶۰ ، ۲۴ و ۲۶ مورد گزارش گردید.



نمودار ۵. بیماران به تفکیک مدت زمان پانسمان پس از عمل

پس از اتمام جراحی، به ترتیب ۲۰ ،۷۰و۱۰ بیمار مونث دچار عوارض خونریزی، درد موضع و عود بیماری و همچنین ۶۴ ، ۶۴ ، ۳۲ و۴۰ بیمار مذکر نیز به ترتیب دچار عوارضی چون خونریزی از محل، درد ناحیه، عود بیماری و عفونت موضع شده بودند.

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]



نمودار ۶. بیماران به تفکیک عوارض پس از عمل جراحی

از میان بیماران مونث کاندید روش درمانی بسته با جایگذاری درن ۶۰٪ دچار خونریزی و۴۰٪ دچار درد پس از مداخله شدند در حالی که در گروه تحت درمان به روش بسته باسوچور ۵۸/۳٪ دچار خونریزی و مابقی بیماران نیز دچار عود سینوس پیلونیدال شدند. در گروه روش جراحی باز نیز، عمده بیماران از درد طولانی مدت موضع شاکی بودند و نهایتاً باتوجه به$P=۰/۲۴$ ارتباط معناداری میان روش جراحی به کار برده شده و نوع بروز عوارض مطرح گردید. به گونه‌ای که شایعترین عارضه در روش‌های درمانی بسته خونریزی از موضع و شایعترین عارضه در روش باز، درد طولانی مدت موضع بود.

در ادامه در ارزیابی بیماران مذکر در زیرگروه روش بسته با جایگذاری درن و زیرگروه روش بسته با سوچور عمده شکایت تمام بیماران از خونریزی پس از جراحی بود در حالی که در زیرگروه روش باز عمده بیماران از درد و پس از آن به ترتیب از عفونت و عود سینوس پیلونیدال شاکی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

از میان بیماران تحت پوشش مطالعه فوق ۱/۳ بیماران مونث و ۲/۳ بیماران، مذکر بودند. عمده بیماران دارای محدوده سنی ۳۰-۲۰سال بودند. عمده بیماران مونث در محدوده شاخص توده بدن ۲۵-۱۹/۶ kg/m^2 و عمده بیماران مذکر نیز در محدوده ۳۰-۲۵ سال قرار داشتند. بررسی شغلی مطالعه با نتایج مطالعه آیدد[1] و همکاران مبنی بر شیوع بیشتر سینوس پیلونیدال در افراد دارای شغل‌های نشسته همچون رانندگان و یا کارمندهای ادارات همخوانی دارد(۱۶-۱۴).

بررسی عوارض انواع جراحی نیز با مطالعه کاریداکیس[2] که به شیوع کمتر عوارض پس از درمان در بیماران تحت جراحی‌های بسته خصوصاً در صورت جایگذاری درن نیاز به پانسمان‌های کمتر و بازگشت سریعتر به جریان کار و زندگی اشاره داشت، همخوانی دارد(۱۰).

همچنین در مطالعه پتل[3] و همکاران، شیوع بالاتر عوارض پس از درمان در بیماران تحت جراحی باز مورد تائید قرار گرفته است به گونه‌ای که در روش‌های جراحی باز نیاز به پانسمان‌های طولانی‌تر می‌باشد و مسلماً احتمال بروز عفونت افزایش یافته و منجر به فاصله گرفتن بیش از حد بیمار از فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی نیز می‌گردد(۱۱).

از میان بیماران مذکر نیز ۲/۵٪ بیماران کاندید روش بسته با درن ۱۳٪ کاندید روش بسته با سوچور و نهایتاً ۸۴/۵٪ بیماران مذکر کاندید روش جراحی باز شدند تمامی بیماران زیر گروه روش‌های جراحی بسته از خونریزی موضع شاکی بودند اما در عین حال همگی رضایت بالای پس از جراحی را ذکر کردند اما در زیر گروه روش جراحی باز به ترتیب بیماران از عوارضی چون درد موضع(۳۷/۸٪) عفونت موضع(۲۳/۶٪) خونریزی از مکان(۱۹/۵٪) و عود بیماری سینوس پیلونیدال(۱۸/۹٪)شاکی بودند به عبارت دیگر عمده شکایت بیماران زیر گروه جراحی باز از درد طولانی مدت موضع می‌باشد که خود منجر به فاصله گرفتن بیشتر فرد از فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی می‌باشد که مسلماً به صلاح جامعه و نیروی کاری نمی‌باشد و با نتایج مطالعه

1. Aydede
2. Karydakis
3. Patel

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

سناپاتی[1] و همکاران، مبنی بر نیاز به استراحت طولانی مدت(به طور میانگین حدود ۴ هفته) بیماران تحت روش جراحی باز به صورت اکسیزیون وسیع با ترمیم ثانویه همخوانی دارد. ضمناً در مطالعه اخیر به شیوع بیشتر عفونت موضع و احتمال عود بیش از روش‌های بسته اشاره شده است(۱۷). همچنین در مطالعه ماسکرا[2] و همکاران به این نکته اشاره شده که در بیماران تحت جراحی باز به صورت اکسیزیون وسیع به همراه ترمیم اولیه احتمال عود و عفونت موضع بیش از اکسیزیون وسیع به همراه ترمیم ثانویه می‌باشد، هر چند که احتمال ترمیم زخم در روش اکسیزیون وسیع به همراه ترمیم اولیه بیشتر و نیاز به زمان کمتری دارد(۱۸).

تشکر و قدردانی

از همکاری خالصانه کلیه پرسنل واحد بایگانی بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد و سایر همکاران و نیز بیمارانی که در انجام طرح مذکور با ما همکاری نمودند، همچنین واحد تحقیقات بالینی بیمارستان شهدای عشایر خانم الهام شیخی، نهایت تشکر و سپاسگزاری را به عمل می‌آوریم .

1. Senapati
2. Mosquera M

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

References

1. Kelli M. Bullard Dunn, MD.Colon, Rectum, and Anus. Brunicardi Ch,Schwartz S Principle of Surgery. 9th Edition, ,New York, McGraw-Hill, 2010, 2032
2. Price M, Grifiths W. Normal body hair. Clin Exp Dermatol. 1985;10:87–97
3. Clothier P, Haywood I. The natural history of the postanal(pilonidal) sinus. Ann R Coll Surg Engl. 1984;66:201–3
4. Kooistra H. Pilonidal sinuses. Review of the literature and report of three hundred and fifty cases. Am J Surg. 1942;55:3–1
5. Akin M, Leventoglu S, Mentes B. B, Bostanci H, Gokbayir H, Kilic K, et al.comparison of the Classic Limberg Flap and Modified Limberg Flap in the treatment of pilonidal sinus disease A retrospective analysis of 416 patients. Surgery Today.2010;40:757-762
6. Nessar G, Kayaab C, Seven C. Elliptical rotation flap for pilonidal sinus. Am J Surg. 2004;187:300–3
7. Spivak H, Brooks V, Nussbaum M, Friedman L. Treatment of chronic pilonidal disease. Dis Colon Rectum. 1996;39:1136–9.
8. Sondenaa K, Anderson E, Soreide J. Morbidity and short term results in a randomised trial of open compared to closed treatment of chronic pilonidal sinus. Eur J Surg. 1992;158:351–5
9. Bissett I, Isbister W. The management of patients with pilonidal disease. Aust NZ J Surg. 1987;57:939–42
10. Karydakis G. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust NZ J Surg. 1992;62:385–9
11. Popeskou S, Christoforidis D, Ruffieux Ch , Demartines N. Wound Infection After Excision and Primary Midline Closure for Pilonidal Disease: Risk Factor Analysis to Improve Patient Selection. World Journal of Surgery. 2011;35:206-211
12. Gilani S. N, Furlong H, Reichardt K, Nasr A.O, Theophilou G, Walsh T.N. Excision and primary closure of pilonidal sinus disease: worthwhile option with an acceptable recurrence rate. Irish Journal of Medical Science. 2011;180:173-176
13. Patel H, Lee M, Bloom I, Allen-Mersh T. Prolonged delay in healing after surgical treatment of pilonidal sinus is avoidable. Colorect Dis. 1999;1:107–10
14. Aydede H, Erhan Y, Sakarya A, Kumkumoglu Y. Comparison of three metods in surgical treatment of pilonidal disease. Aust NZ J Surg. 2001;71:362–4
15. Khaira H, Brown J. Excision and primary suture of pilonidal sinus. Ann R Coll Surg Engl. 1995;77:242–4
16. Iesalnieks I, Furst A, Rentsch M, Jauch K. Primary midline closure after excision of a pilonidal sinuses associated with a high recurrence rate. Chirurg. 2003;74:461–8
17. Senapati A, Cripps N, Thompson M. Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. Br J Surg. 2000;87:1067–70
18. Mosquera D, Quayle J. Bascom's operation for pilonidal sinus. J R Soc Med. 1995;88:45–6

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]