

617.55-002.3-089.166:616.5-007.1

POZNATKY Z LÉČBY SAKRÁLNÍCH DERMOIDŮ A SINUS PILONIDALIS

MUDr. Petr DOMINIK

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, Plzeň
(náčelník: plk. MUDr. Odřich Smola)**Úvod**

Teorie o příčinách pilonidálních sinů a cyst v oblasti sakrální krajiny jsou četné a neprokázané. Při afekcích v této krajině způsobených poruchou v embryonálním vývoji bez komunikace se zevnějškem mluvíme o sakrálním dermoidu, v druhém případě, kdy jde o chobot z krátkého ligamentum caudale, o sinus coccygealis. Onemocnění samo není nijak závažné, způsobuje jen nevelkou tlakové bolesti v sakrální krajině či nevelkou sekreci. Proto většinou až po vytvoření abscesu přivádí nemocné k lékaři. Tato epizoda se řeší incizí a drenáží, jen výjimečně prvotní excizí. Jako prevence recidivy abscesu je indikována totální excize celého ložiska, avšak ne dříve než 4 týdny po akutní fázi. Operační výkon spočívá v odstranění celého patologického ložiska včetně bočních chodbiček, kdy řez zasahuje až k fascii. Nejproblematictější je další postup. Nejpoužívanější je primární uzávěr rány, a to buď jednovrstevný podle Lundy či Laporeta v různých modifikacích, nebo dvouvrstevný, jako např. steh podle Holmanna, eventuálně s přídatnou Monroovou Z plastikou. U menšího počtu nemocných se používá metoda hojení per. granulationem nebo marzupializace. A právě špatné hojení rány způsobuje velmi často zdlouhavé léčení a neschopnost, zvláště u mladých lidí, kde je onemocnění nejčastější, což nás vedlo ke sledování léčby této choroby.

Vlastní sestava

V letech 1982–1986 jsme provedli 261 operací pro sakrální dermoid či pilonidální sinus. Ve sledovaném roce 1986 jsme provedli operaci pro výše uvedená onemocnění u 60 pacientů. Z tohoto počtu bylo 56 mužů a 4 ženy. Průměrný věk byl 24,2 roku s hranicí 19–36 let. Doba od prvních příznaků do operace činila 1–5 měsíců s maximem 17–25 let. U 2 nemocných byla provedena marzupializace. 38krát byla provedena jednovrstevná sutura silonem a 20krát dvouvrstevná s kombinací catgutem a silonem. Rána byla drénována u 33 nemocných Redonovým drénem, u 22 kulatým gumovým drénem, 5krát nebyl drén vůbec použit, z toho 2krát u marzupializovaných. Histologicky byl prokázán ve 35 preparátech sakrální dermoid, ve 25 sinus pilonidalis. Hojení u jednovrstevného stehu probíhalo u 25 nemocných per primam, u 11 per secundam. U dvouvrstevného stehu bylo u 20 primární hojení a 2 per secundam. Průměrná doba hospitalizace činila 15,6 dne. U jednovrstevného stehu 16,75 a dvouvrstevného 10,8 dne. U marzupializace byla 53 dnů.

Rozprava

Převaha mužů nad ženami v naší sledované skupině, která neodpovídá literárním údajům, je způsobena charakterem naší nemocnice. Průměrný věk

však je již v souladu s jinými soubory. Velký výskyt vojáků v případě pilonidálních sinů podporuje teorii „džípové nemoci“. Mnoho let se na našem pracovišti používala prakticky jediná metoda jednovrstevného stehu ve spojení s drenáží trubičkovým gumovým drénem, kterou v posledních letech u některých nemocných vystřídal Redonova drenáž. Časté komplikace nás vedly k tomu, že jsme začali používat techniku dvouvrstevného stehu spojenou zásadně s Redonovou drenáží. Operační výkon v poloze na břiše zahajujeme, je-li přítomna píštěl, sondáží, která nás informuje o rozsahu ložiska. Je to výhodné proto, abychom pokud možno excidovali patologický útvar vcelku. Nástrík barvivy nepoužíváme. Je nutné však pečlivě zkontrolovat, zda nezůstaly boční chodbičky, které, pokud se tak stane, způsobují vždy recidivu. Krvácení stavíme elektrokoagulací jemně a cíleně, abychom předešli tvorbě větších nekrotických okrsků. Na drobnější krvácení používáme vkládání čtverce gázy smočeného v oxidu vodíku. Zavádíme Redonův drén a zakládáme první vrtvu stehů silným catgutem, které na rozdíl od Lundy zabíráme celou vrstvou podkoží se zakotvením do fascie, bez podminování n. gluteus max. Po založení všech stehů je postupně uzlíme. Steh kůže provádíme jemnými silonovými Donatiho stehy. Redonův drén odstraňujeme obvykle po 48 hodinách, kdy začínáme i s koupelemi s následnou dezinfekcí rány.

Závěr

Naše zkušenosti a celkem dobré výsledky nás vedly k několika zásadám:

- K operaci přistupujeme po maximálně možném zvládnutí sekrece z píštělí.
- Je nutné odstranění všech patologických struktur, pokud možno z jedné excize.
- Pečlivé, ale šetrné stavění krvácení bez použití cizího materiálu.
- Použití Redonovy drenáže, která na rozdíl od klasického gumového drénu nemůže zanechat reziduální kanálek.
- Použití dvouvrstevného stehu, který zamezuje ischemizaci kůže s následnou velmi častou nekrotizací v okolí stehů.

Souhrn

Probraná problematika sakrálních dermoidů a sinus pilonidalis. Na vlastní sestavě 60 nemocných v roce 1986 vyhodnocena prospěšnost dvouvrstevného stehu operační rány.

Literatura

1. NOVÁK, J.: Základy proktologie. Avicenum 1985. 272 s.
2. ZIMMERMANN, C. E.: Outpatient excision and primary Closure or Pilonidal Cyst and Sinus. Am. J. Surg., 148, 1984, s. 658-659.
3. TOUBANAKIS, G.: Treatment of Pilonidal Sinus Disease with the Z-plasty Procedure. Am. Surg., 52, 1986, s. 611-612.
4. MARKS, J. et al.: Pilonidal Sinus excision. Healing by open granulation. Br. J. Surg., 72, 1985, s. 637-640.
5. MAREK, L. - VONDRÁČEK, L.: Naše zkušenosti s chirurgickou léčbou sakrokokcygeálních dermoidů. Rozhl. Chir., 62, 1983, s. 284-285.

Klíčová slova: Sakrální dermoid; Sinus pilonidalis; Operace.