

*PRZEMYSŁAW CIESIELSKI, PAWEŁ DUTKIEWICZ

Wieloetapowe leczenie powikłanej torbieli pilonidalnej z użyciem opatrunków podciśnieniowych – opis przypadku

The multi-stage, vacuum dressings treatment of complicated pilonidal sinus – a case report

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy w Wołominie
Ordynator Oddziału: dr n. med. Krzysztof Ł. Górnicki

Summary

There are several methods of pilonidal cyst surgery described in the literature. These treatments relates only to typical localization or complicated cysts with the single skin fistula. In many available publications authors emphasizes the positive effect of negative-pressure wound therapy system in reducing the inflammatory infiltration, pain and time of hospital stay. This work presents a case of 25 year old male patient with pilonidal sinus and many distant skin fistulas occurring due to the spread of the inflammation on the buttocks and crotch and as a results of multiple incisions of abscesses. The patient were treated in phases with combined technique (abscess drainage, vacuum therapy followed by Karadakis surgery). The authors also point the diagnostic difficulties caused by the spread of the disease in different directions at once and when the exit of the fistula are faraway the source of disease such as in the case described in this publication. Treatment of complicated cases require a multi-stage proceedings with the involvement of different treatments. The combination of surgery and negative-pressure therapy exhibits a reduction of pain, shortening hospitalization and is well tolerated by the patient. Negative-pressure wound therapy compare to gravity drainage seems to be more effective method for reducing infiltration of tissue inflammatory process in anatomically difficult areas.

Keywords

pilonidal cyst, vacuum dressing

WSTĘP

Torbiel pilonidalna (łac. *cystis pilonidalis*, cysta włosa-wa) występuje najczęściej w formie choroby ostrej – ropnia okolicy krzyżowo-ogonowej lub przewlekłej przetoki skórnej z sączącą treścią ropną. Czynniki ryzyka wystąpienia torbieli są: płeć męska, bogate owłosienie, ciemna karnacja skóry oraz wzmożona potliwość. Leczeniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny. W przypadku ropnia szybka interwencja chirurgiczna ma decydujące znaczenie i ogranicza postęp choroby. W przypadku postaci przewlekłej – z wykształconą przetoką skórą – nie ma tendencji do progresji tak długo, jak przetoka pozostaje otwarta (aktywna). Okresowe zarastanie ujścia przetoki sprzyja szerzeniu się procesu zapalnego w tkance podskórnej we wszystkich możliwych kierunkach, przyjmuje tym samym formę złożonej choroby obejmującej jednocześnie występujące ropnie, przetoki i guzowate nacieki w tkance podskórnej i skórze. Leczenie chirurgiczne tego

typu powikłanych torbieli pilonidalnych staje się wyzwaniem głównie z powodu rozległości zmian. Pokrycie ubytków skórnych powstałych po wycięciu choroby jest trudne i obciążone częstszymi powikłaniami i nawrotami choroby. Częstość nawrotów po operacjach złożonych lub nawrotowych torbieli oceniana jest na 19-21% (1).

OPIS PRZYPADKU

25-letni chory został przyjęty do Oddziału Chirurgii w trybie ostrego dyżuru z powodu nawrotowych ropni pośladka lewego z naciekiem zapalnym pośladka i okolicy krocza. Z dokumentacji dostarczonej przez pacjenta wynikało, że chory był poddany operacji nacięcia ropni odbytu i zropiałej torbieli pilonidalnej około 10 dni wcześniej. Postępowanie wdrożone w ośrodku, w którym chorego poprzednio hospitalizowano, oparte było na podejrzeniu ropnia odbytu jako wyjściowej choroby i polegało na trzykrotnych nacięciach nacieczonych

zapalnie tkanek. W ranach pozostawiono dreny. Posiewy uzyskane w trakcie przeprowadzonej procedury wykazały obecność metycylino-opornego *Staphylococcus haemolyticus*. Włączono antybiotykoterapię Linezolid i Wankomycynę zgodnie z antybiogramem. Chory bez cech ropnia, z ranami zaopatrzonymi drenami, z naciekiem zapalnym potwierdzonym w badaniu klinicznym i w USG TR, wypisany został do dalszej opieki ambulatoryjnej.

W trakcie leczenia w domu nie uzyskano spodziewanej poprawy. Chory z wyciekami ropnym z ran pooperacyjnych oraz z masywnym naciekiem zapalnym obejmującym niemal cały pośladek lewy, okolicę krzyżowo-ogonową, krocze i okolicę pachwinową lewą został przyjęty do wołomińskiego Oddziału Chirurgii (ryc. 1).

Przy przyjęciu chory gorączkował do 39°C z objawami SIRS (ang. *systemic inflammatory response syndrome* – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej): HR – 110/min, RR – 90/50, WBC 11,2 G/l, RBC – 3,6 T/l, oraz przesunięciem w kierunku neutrocytów w rozmazie (83%). Pozostałe badania biochemiczne nie odbiegały od stanu prawidłowego. Z powodu braku skuteczności leczenia antybiotykami według wyjściowego posiewu i antybiogramu zdecydowano o włączeniu antybiotykoterapii empirycznej (Biofuroxym i Metronidazol *i.v.*), zakwalifikowano chorego do operacji w trybie pilnym. Wykonano szerokie nacięcie tkanek zapalnie zmienionych okolicy pośladka, krocza i okolicy ogonowej, uzyskując niewielki wyciek treści ropnej, którą pobrano na posiew. Z uwagi na niejasny obraz nacieku pobrano również wycinki do badania histopatologicznego. Przebieg operacji był niepowikłany. Za punkt wyjścia procesu zapalnego przyjęto powikłanie torbieni pilonidalnej ze schodzącą do pośladka i krocza przetoką skórną będącą przyczyną powstałych w tej okolicy ropni (ryc. 2).

W przebiegu pooperacyjnym obserwowano stopniowo ustępujący nacieki. Jednak w trakcie kolejnych opatrunków z powodu braku postępu w leczeniu do rany założono dren łączący jamy po ropniach okolicy krocza ze zropiałą torbielą pilonidalną, przez którą płukano ranę. Wynik kolejnego posiewu wykazał wzrost *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Enterobacter cloacae*, włączone przed operacją antybiotyki pokrywały spektrum zidentyfikowanych bakterii. Wynik badania histopatologicznego wykazał jedynie obecność tkanek z ropnym naciekiem zapalnym na całej grubości skóry i tkanki podskórnej. W trakcie pobytu u chorego pojawiły się objawy zapalenia



Ryc. 1. Nacieki zapalne pośladka lewego z drenami w miejscach po nacięciu ropni



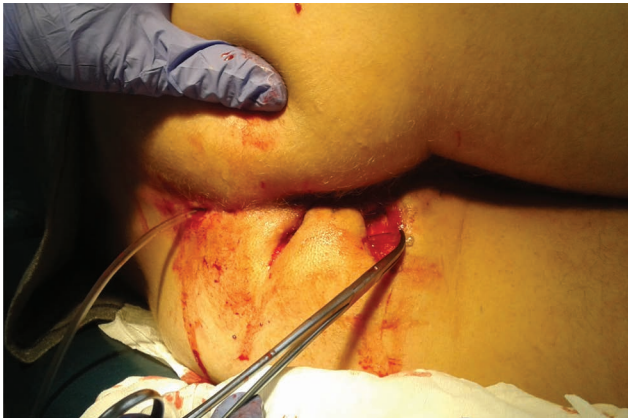
Ryc. 2. Poszerzenie nacięć skórnych w obrębie nacieku zapalnego lewego pośladka

gardła, z tego powodu był konsultowany przez laryngologa. Chorego wypisano po 7 dobach do dalszej opieki ambulatoryjnej. Z powodu obrazu klinicznego – twarde nacieki pośladka, pomimo braku podejrzenia nowotworu w badaniu histopatologicznym chorego konsultowano również z onkologiem, który wykluczył nowotworowe podłoże opisanych zmian.

Po kolejnych 7 dniach chorego przyjęto ponownie do Oddziału Chirurgii z powodu utrzymującego się nacieku zapalnego z wyciekami ropnym z okolicy operowanej oraz braku spodziewanej regresji zmian zapalnych. Dodatkowo stwierdzono uaktywnienie przetoki skórnej w okolicy pachwinowej lewej połączonej z uprzednio leczonymi zmianami. Przy przyjęciu chory nie gorączkował, bez cech uogólnienia stanu zapalnego, zgłaszał utrzymujące się dolegliwości bólowe okolicy operowanej. Parametry zapalne uległy normalizacji: CRP – 3,4 mg/l, WBC – 7,5 G/l. Zdecydowano o włączeniu leczenia opatrunkami podciśnieniowymi. Z uwagi na trudności ze szczelnym zaopatrzeniem układu podciśnieniowego spowodowane bliskością odbytu i rozległością zmian nacięcia sięgały od okolicy krzyżowej przez lewy pośladek do krocza, opatrunki zmieniano co drugi dzień (ryc. 3 i 4).

Terapię podciśnieniową kontynuowano przez kolejne dni, uzyskując znaczne zmniejszenie nacieku zapalnego, wycieku z rany i dolegliwości bólowych. Drenaż odbierał około 60-100 ml treści ropnej/dobę. W trakcie pobytu chory nadal był leczony z powodu zapalenia gardła i ucha wewnętrznego lewego antybiotykami doustnymi (cefalosporyną III generacji) pod opieką konsultującego laryngologa. Przy wypisie stan chorego znacznie się poprawił. Opatrunki ssące zamieniono na drenaż grawitacyjny z zaleceniem płukania roztworami 0,25% azotanu srebra i 1% neomycyny.

Dalsze leczenie ambulatoryjne – zmiany opatrunku i płukanie ran – doprowadziły do wycofania się nacieku zapalnego z lewego pośladka. Przetoki skórne w okolicy krzyżowo-ogonowej, w miejscach po nacięciu ropni pośladka sączyły niewielką ilością treści surowiczokrwistej. Przetoka w okolicy pachwinowej zamknęła się samoistnie. Z uwagi na rozległe



Ryc. 3. Zakładanie opatrunku podciśnieniowego – dren przeprowadzony od torbieli pilonidalnej przez przetoki na pośladku



Ryc. 4. Opatrunek podciśnieniowy

blizny deformujące okolice anorektalną u chorego utrzymywały się objawy wysiłkowego nietrzymania gazów. Wszystkie opisane powyżej zmiany wraz z wciągnięciem mięśnia zwieracza w naciek związany z przebytą chorobą oraz bliznami pooperacyjnymi zostały potwierdzone w ultrasonograficznym badaniu transrektalnym. Wykluczono również współistnienie przetoki odbytu. Chorego zakwalifikowano do planowego leczenia operacyjnego z intencją wycięcia torbieli pilonidalnej wraz z kanałami przetok skórnych na pośladku i w pachwinie z jednoczesową plastyką ubytków (ryc. 5 i 6).

Osiem tygodni później chorego powtórnie zoperowano. W trakcie operacji chory wymagał przełożenia z pozycji na brzuchu do pozycji litotomijnej w celu jednoczesowego usunięcia wszystkich zaplanowanych zmian. Torbiel pilonidalną wycięto, stosując plastykę sposobem Karadakisa, pozostałe kanały przetok na pośladku i w pachwinie wycięto, a powstałe ubytki zaopatrzone przez zeszytanie skóry. Przebieg operacji był niepowikłany.

Dalszy przebieg leczenia powikłany był rozejściem rany w okolicy pachwinowej na odcinku około 1 cm. Rana wygoiła się wtórnie przez ziarninowanie w cztery tygodnie od zabiegu. Pozostałe rany zagoiły się przez rychłozrost bez powikłań. Ustąpiły również całkowicie objawy niewydolności zwieraczy zgłaszane przez pacjenta przed zabiegiem. Chorego wypisano

do domu w 5. dobie pobytu. Rany w 2. i 6. tygodniu po operacji przedstawiono na rycinach 7 i 8.

DYSKUSJA

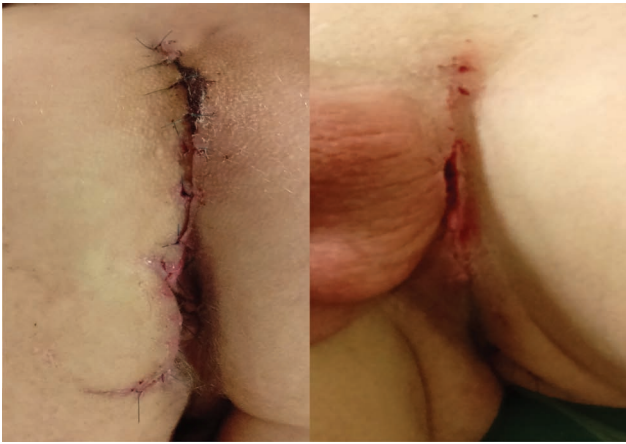
W piśmiennictwie opisanych jest kilkanaście metod operacji torbieli pilonidalnej. Zabiegi te jednak odnoszą się do



Ryc. 5. Przetoki skórne okolicy pośladków i pachwinowej lewej po leczeniu podciśnieniowym. Niewydolny zwieracz odbytu w wyniku deformacji okolicy anorektalnej spowodowanej bliznami po ropniach i przebytych operacjach



Ryc. 6. Kolejne etapy wycięcia torbieli pilonidalnej sp. Karadakisa oraz wycięcia przetok skórnych na pośladku i w okolicy lewej pachwiny z plastyką skóry i jednoczesowym zamknięciem ran



Ryc. 7. Rany pooperacyjne w 2. tygodniu po zabiegu. Zwieracz uprzednio zniekształcony bliznami powrócił do pełnej sprawności



Ryc. 8. Miejsca operowane 6 tygodni po operacji

typowo zlokalizowanych zmian lub powikłanych jedynie pojedynczymi kanałami przetok skórnych. W zależności od rozmieszczenia ujść przetok, a tym samym od płaszczyzny, w jakiej szerzy się choroba (płaszczyzna poprzeczna lub strzałkowa), zalecane są różne modele operacji (2).

Brak jest jednak doniesień o kompleksowym leczeniu przypadków powikłanych szerzeniem się choroby w różnych płaszczyznach na raz, czy w przypadku gdy ujście skórne przetoki zlokalizowało się bardzo daleko od źródła choroby – jak w opisanym przypadku. Podobne sytuacje mogą nastręczać trudności diagnostycznych. Przyodbytowa lokalizacja ujścia przetoki skórnej w przebiegu torbieli często wymaga różnicowania z przetoką odbytu. Ujścia zlokalizowane w pachwinach lub na pośladkach wymagają wykluczenia choroby Vernuliego jako wyjściowej przyczyny zapalenia. Kluczowe dla właściwego rozpoznania jest ultrasonograficzne badanie transrektalne oraz przekroczone (3).

Pomocna dla zlokalizowania wyjściowego źródła choroby może okazać się identyfikacja flory bakteryjnej z ropni. Cha-

rakterystyczne dla torbieli pilonidalnej bakterie to ziarniaki G(+) koagulazoujemne metycylinowrażliwe (MSCNS) będące saprofitami stanowiącymi fizjologiczną florę skórną (4). Nieprawidłowa wstępna diagnoza co do wyjściowej przyczyny stanu zapalnego okolic pośladków i krocza często opóźnia leczenie i może stać się przyczyną progresji choroby. Drenaż ropni i nacieczonych tkanek jest prawidłowym postępowaniem w ostrej fazie choroby, jednak z powodu braku właściwego drenażu torbieli jako choroby podstawowej nie udało się ograniczyć zapalenia i nacieku w oczekiwany po leczeniu czasie. Dopiero wprowadzenie opatrunków podciśnieniowych z właściwym odprowadzeniem wydzieliny z okolicy krzyżowo-ogonowej w znacznym stopniu ograniczyło nacieki i pozwoliło na zaplanowanie dalszego leczenia przyczynowego. W wielu dostępnych w piśmiennictwie pracach podkreśla się pozytywny wpływ leczenia podciśnieniowego na zmniejszenie nacieku zapalnego, ograniczenie dolegliwości bólowych i skrócenie hospitalizacji, bez wpływu jednak na czas potrzebny do pełnego wygojenia rany (5, 6). W przypadku powikłanych torbieli zachodzi konieczność łączenia metod leczenia jak w opisanym przypadku, podobna technika polegająca na łączeniu leczenia operacyjnego z terapią podciśnieniową została wdrożona i opisana przez chińskich badaczy. Wyniki leczenia wykazały ograniczenie dolegliwości bólowych, skrócenie hospitalizacji i były dobrze tolerowane przez pacjenta (7).

Zaburzenia funkcji zwieraczy w przebiegu powikłań torbieli pilonidalnej nie były do tej pory opisywane poza pojedynczym przypadkiem atypowej lokalizacji torbieli w kanale odbytu (8).

Długi czas leczenia w opisanym przypadku wynikał z poszczególnych etapów postępowania, które podyktowane były aktualnym stanem chorego. Zgodnie z zasadą ograniczenia ropni i nacieków zapalnych w pierwszej kolejności wykonano nacięcia, drenaż, aż wreszcie leczenie podciśnieniowe. Dopiero po wygaszeniu stanu zapalnego wykonano operację, która przyniosła spodziewany efekt. Czas leczenia liczony jako okres od operacji planowej (po wygojeniu stanu ostrego) do wygojenia ran w opisanym przypadku był porównywalny do czasu potrzebnego na wygojenie chorych operowanych z powodu skomplikowanych torbieli zaawansowanymi metodami (9).

Zbyt krótki okres obserwacji w opisanym przypadku nie pozwala na ocenę odległą efektu leczenia. Jednak bezpośrednio pooperacyjny wynik jest zadawalający.

WNIOSKI

1. Powikłane przypadki torbieli pilonidalnej mogą być przyczyną pomyłek diagnostycznych.
2. Leczenie powikłanych przypadków wymaga wieloetapowego postępowania z zaangażowaniem różnych metod leczenia.
3. Terapia podciśnieniowa w porównaniu do drenażu grawitacyjnego jest skuteczną metodą ograniczenia nacieku zapalnego tkanek w okolicach trudnych anatomicznie.

Adres do korespondencji

*Przemysław Ciesielski
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Powiatowy w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin
tel.: +48 (22) 763-31-16
e-mail:
drprzemyslawciesielski@gmail.com

nadesłano: 16.10.2015
zaakceptowano do druku: 12.11.2015

Piśmiennictwo

1. Mackowski A, Levitt M: Outcomes of the house advancement flap for pilonidal sinus. ANZ J Surg 2015 Mar 19. 2. Ciesielski P, Skoczylas J: Metody leczenia operacyjnego torbieli pilonidalnej z pierwotnym zamknięciem rany i przemieszczeniem szpary pośladowej. Nowa Medycyna 2014; 1: 10-13. 3. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I, Wilczyńska A, Bierca J: Utility of transperineal and anal ultrasonography in the diagnostics of hidradenitis suppurativa and its differentiation from a rectal fistula. Postepy Hig Med Dośw 2012; 66: 838-842. 4. Dutkiewicz P, Ciesielski P, Gorajska M: Ocena spektrum mikrobiologicznego materiału pobranego z torbieli pilonidalnej u chorych z niepowikłaną chorobą. Nowa Medycyna 2014; 4: 135-137. 5. Biter LU, Beck GM, Mannaerts GH et al.: The use of negative-pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative-pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision. Dis Colon Rectum 2014 Dec; 57(12): 1406-1411. 6. Banasiewicz T, Bobkiewicz A, Borejsza-Wysocki M et al.: Portable VAC therapy improve the results of the treatment of the pilonidal sinus – randomized prospective study. Pol Przegl Chir 2013 Jul; 85(7): 371-376. 7. Wang C, Yao Y, Cao Y: The integrative method “suture dragging and simplified vacuum assisted therapy” for complex pilonidal sinus disease. Case Rep Surg 2014; 2014: 425497. 8. Aggarwal K, Jain BK, Sharma N, Goel S: Pilonidal sinus of anal canal: a possible unique diagnosis. ANZ J Surg 2015 Sep; 85(9): 693-694. 9. Saydam M, Ozturk B, Sinan H et al.: Comparison of modified Limberg flap transposition and lateral advancement flap transposition with Burow's triangle in the treatment of pilonidal sinus disease. Am J Surg 2015 Oct; 210(4): 772-777.