

DARIA MARCINKOWSKA, \*SŁAWOMIR GLINKOWSKI

# Miejsce operacji sposobem Suchorskiego we współczesnym leczeniu rozległych torbieli włosowych – przegląd piśmiennictwa

The place of the Suchorski method in the contemporary treatment of extensive pilonidal sinus disease – a literature review

Department of General and Oncologic Surgery in Tomaszów Mazowiecki Health Center

## Streszczenie

Zatoka włosowa jest schorzeniem, którego istotę stanowi przewlekły stan zapalny okolicy krzyżowo-ogonowej. Częściej dotyczy mężczyzn, głównie w 2. i 3. dekadzie życia. W wielu przypadkach pierwszą oznaką choroby jest powstanie ropnia tej okolicy. W takich sytuacjach konieczne są nacięcie i drenaż ropnia. Jedynym sposobem skutecznego leczenia torbieli pilonidalnej jest postępowanie operacyjne. Istnieje wiele metod operacji, z których każda ma określone wskazania. Niezależnie od metody operacji istotą każdej z nich powinno być przesunięcie i wypłaszczenie szpary międzypośladowkowej, aby zapobiec nawrotowi dolegliwości.

Metoda Suchorskiego, w piśmiennictwie określana również jako wycięcie skośne, jest metodą o udowodnionej wysokiej skuteczności i małym odsetku nawrotów. Szczególnym wskazaniem do jej zastosowania są przypadki, w których ujście zewnętrzne znajduje się blisko kanału odbytu. W takich przypadkach pozwala ona na wycięcie całości torbieli z zachowaniem ciągłości mięśni zwieraczy odbytu.

W artykule przedstawiamy prace na temat skuteczności metody Suchorskiego na tle innych metod. Ze względu na bardzo dobre wyniki leczenia pacjentów operacja sposobem Suchorskiego wydaje się być wciąż metodą niedocenianą.

## Summary

Pilonidal sinus disease (PSD) is a chronic inflammation of the sacrococcygeal area. It is more prevalent among men, mainly those in their 20s and 30s. Many patients develop an abscess in this region as the first sign of the disease. In such cases, abscess incision and drainage are necessary. Surgery is the only effective treatment for pilonidal cyst. Many surgical techniques have been developed, with each of them having specific indications. Regardless of the surgical strategy, the essence of each method should be to lift and flatten the gluteal cleft to prevent recurrence.

The Suchorski method, which is also referred to as oblique excision in the literature, is a method with proven high efficiency and low recurrence rates. Cases where the external opening remains in close proximity to the anal canal are a particular indication for this technique. In such cases, it allows for the total excision of the cyst, while maintaining sphincter continuity.

In this paper, we review papers on the efficacy of the Suchorski method compared to other techniques. Despite excellent treatment outcomes, the Suchorski technique still seems to be an underestimated method.

## Słowa kluczowe

torbiel pilonidalna, operacja sposobem Suchorskiego, zatoka włosowa

## Keywords

pilonidal cyst, Suchorski method, pilonidal sinus disease

## WSTĘP

Torbiel pilonidalna, nazywana również zatoką włosową, jest przewlekłą chorobą zapalną rozwijającą się w okolicy krzyżowo-ogonowej. W starszych opracowaniach opisywana jest jako torbiel lub przetoka nadguziczna włosowa (1, 2). Ze względu na częstość występowania wśród żołnierzy armii amerykańskiej w trakcie II wojny światowej nazywana była również chorobą amerykańską lub chorobą jeepa. Stanowiła bowiem wówczas trzecią najczęściej występującą chorobę po przepuklinie pachwinowej oraz ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Istnieje wiele teorii tłumaczących rozwój choroby. Wśród najczęstszych jej przyczyn wymienia się: siedzący tryb życia, otyłość, nieodpowiednią higienę, obfite owłosienie tej okolicy, nadmierną potliwość. Choroba częściej dotyczy mężczyzn, zwłaszcza w 2. i 3. dekadzie życia. Aktualnie etiopatogenezę choroby upatruje się w ułożeniu oraz budowie szpary międzypośladowej. Podczas ruchu, zwłaszcza podczas siadania, zmienia się ustawienie mięśni pośladowych względem siebie i dochodzi do pogłębiania szpary międzypośladowej, w trakcie którego do otwartych porów w skórze zasysane są włosy. Obecność bakterii doprowadza do powstania stanu zapalnego, który z czasem może spowodować ropień w przebiegu zatoki włosowej lub rozwój przetoki skórnej w wyniku otorbenia obecnych tam włosów (3).

Pierwszą oznaką choroby może być zaczerwienienie oraz nadmierne ucieplenie skóry nad formującym się zbiornikiem płynowym – ropniem (4). W dalszym etapie pojawia się gorączka, a podczas badania wyczuwalny jest chęłboczący guz. Leczenie zazwyczaj w takich przypadkach obejmuje nacięcie i drenaż ropnia, w przypadku chorób współwystępujących, np. cukrzycy czy otyłości, dołączana jest antybiotykoterapia. Szacuje się, że ok. 50% wszystkich torbieli pilonidalnych przebiega w początkowym okresie jako ropień (5, 6).

## METODY LECZENIA

Jedynym skutecznym sposobem leczenia torbieli pilonidalnej jest leczenie operacyjne polegające na wycięciu całości zmiany z przesunięciem oraz wypłaszczeniem szpary międzypośladowej. Istnieje wiele różnorodnych metod leczenia zatoki włosowej. Największe znaczenie w doborze metody odgrywają: rozległość zmiany, obecność dodatkowych kanałów oraz doświadczenie i preferencje chirurga. W każdym przypadku zasadne wydaje się podanie barwnika do otworów w skórze celem odnalezienia wszystkich kanałów i odgałęzień torbieli, a poprzez to wycięcie całości tkanek objętych procesem zapalnym. Pozostawienie jakiegokolwiek kanału spowoduje nawrót dolegliwości.

Część chirurgów nadal decyduje się na wycięcie zmiany z marsupializacją. Największą wadą tej metody jest długie leczenie rany, trwające ok. 3 miesiące. Inni decydują się na zeszywanie rany, jednak bez przemieszczania szpary międzypośladowej. W tym wypadku czas gojenia jest krótszy, jednak zwiększone jest ryzyko nawrotów – częstość występowania nawrotów szacowana jest nawet na 1/3 pacjentów poddanych operacji. W tym przypadku nie dochodzi bowiem do usunięcia przyczyny choroby.

## INTRODUCTION

Pilonidal sinus disease (PSD), also known as pilonidal cyst, is a chronic inflammatory condition that develops in the sacrococcygeal region. In older scientific papers, it was also referred to as a supracoccygeal pilonidal cyst or fistula (1, 2). Due to its high prevalence among American soldiers during World War II, it was also nicknamed the 'jeep driver's disease' or 'jeep disease'. At that time, it was the third most common disease after inguinal hernia and acute appendicitis.

There are many theories accounting for PSD aetiology. The most common aetiological factors include a sedentary lifestyle, obesity, inadequate hygiene, excessive hair in this area, and excessive sweating. The disease is more common in men, especially those in their 20s and 30s. It is currently believed that the etiopathogenesis of the disease is associated with the position and structure of the intergluteal cleft. During movement, especially when sitting down, the gluteal muscles change their position in relation to each other, with deepening of the intergluteal cleft, during which hair can be sucked into open skin pores. The presence of bacteria contributes to inflammation, which over time can develop into an abscess in the course of PSD or a cutaneous fistula as a result of encapsulation of the hair in this region (3).

Red and excessively warm skin in the region of forming fluid reservoir (an abscess) may be the first sign of the disease (4). At a later stage, fever develops and a fluctuant mass is palpable during examination. Treatment in such cases usually involves abscess incision and drainage, with supportive antibiotic therapy in patients with comorbidities, such as diabetes or obesity. It is estimated that approximately 50% of all pilonidal cysts initially present as an abscess (5, 6).

## TREATMENT STRATEGIES

Total surgical excision of the lesion with advancement flap and flattening of the intergluteal cleft is the only effective strategy for pilonidal cyst. Many different therapeutic approaches have been proposed for PSD. The most important factors to be considered when choosing an appropriate treatment option include the extent of the lesion, the presence of additional tracts, as well as the surgeon's experience and preferences. In each case, it seems reasonable to apply a dye to the openings in the skin to identify all tracts and branches of the sinus, and thus excise all the inflamed tissues. Leaving any tract will lead to recurrence.

Some surgeons still opt for excision with marsupialization. However, long-term healing process of about 3 months is the largest limitation of this method. Other clinicians decide to close the wound with sutures, but without lifting the intergluteal cleft. In this case, the healing time is shorter, but the risk of recurrence increases, with recurrence rates estimated at up to 1/3 of patients undergoing surgery, as the cause of the disease is not eliminated. Currently, the most commonly performed surgical procedures include (7):

Obecnie do najczęściej współcześnie wykonywanych operacji zaliczają się (7):

- operacja sposobem Bascoma II,
- operacja sposobem Suchorskiego – wycięcie skośne,
- operacja sposobem Karydakisa,
- operacja sposobem Limberga,
- operacja z plastyką skóry „V-Y”, „Z”.

Każda z tych metod ma określone wskazania, a linia prowadzenia cięcia powinna być dobrana do rozległości przetoki.

Wszystkie wymienione metody mają cechy wspólne, które obejmują:

- wycięcie całości zmiany w granicach zdrowych tkanek,
- szczelne, warstwowe zeszyte tkanek bez napięcia,
- przesunięcie płata skórno-śluzówkowego umożliwiające przesunięcie szpary międzypośladowkowej poza linię środkową ciała.

Operacja sposobem Bascoma II jest dedykowana do leczenia niezbyt rozległych torbieli. Głównym założeniem jest wykonanie cięcia okalającego całość zmiany, które z jednej strony przebiega równoległe do linii pośrodkowej ciała, a z drugiej przybiera postać owalną. Oba wierzchołki rany znajdują się poza linią pośrodkową, po jednej stronie szpary pośladowkowej. Po zagojeniu skutkuje to wypłaszczeniem szpary międzypośladowkowej i przesunięciem jej poza linię pośrodkową ciała.

Operacja sposobem Suchorskiego, określana również jako wycięcie skośne, polega na wycięciu całości zmiany poprzez poprowadzenie cięcia w kształcie litery „S”. Znajduje ona zastosowanie w torbielach, w których jedno z ujść zewnętrznych znajduje się w większej odległości od głównej torbieli oraz w zatokach, w których ujście znajduje się w małej odległości od odbytu (8). Umożliwia ona objęcie najbardziej oddalonego ujścia w jeden z końców litery „S”. Ze względu na przeciwległe ułożenie końców rany dochodzi do przemieszczenia rany poza linię pośrodkową ciała.

Operacja sposobem Karydakisa jest dedykowana szczególnie do nawrotowych, rozległych torbieli. Polega ona na wykonaniu wrzecionowatego cięcia przesuniętego względem szpary międzypośladowkowej na jedną stronę.

Operacja sposobem Limberga jest dość trudnym technicznie zabiegiem. Polega na wycięciu całości zmiany podczas poprowadzenia cięcia romboidalnego z przesunięciem płata w kształcie rombu. Jest to metoda zalecana w przypadku rozległych torbieli obejmujących oba pośladki. W tym przypadku konieczne jest dokładne wymierzenie płatów, a także odpowiednia grubość płata przesuniętego celem prawidłowego jego ukrwienia.

Plastyki „V-Y”, „Z” polegają na wykonaniu rozległych cięć, które mają na celu usunięcie całości zmiany oraz przesunięcie płata. Z tego względu rany powstałe po tych operacjach skutkują rozległymi bliznami, dlatego też zwykle dedykowane są trudnym, nawrotowym zatokom włosowym, gdzie niemożliwym jest uniknięcie deformacji skórnych.

Odrębny sposób leczenia operacyjnego stanowi leczenie laserowe, które w ostatnich latach ulega nieustannemu rozwojowi (9-12). Oczywiście, jak w przypadku każdej innej metody, istnieją zwolennicy oraz przeciwnicy takiego leczenia. Metoda polega na wprowadzeniu przez widoczne na skórze ujście zewnętrzne przetoki światłowodu lasera o długości

- Bascom II procedure,
- Suchorski method (oblique excision),
- Karydakis procedure,
- Limberg flap procedure,
- Surgery with V-Y, Z-plasty.

Each of these methods has specific indications, with the incision line to be adjusted to the size of the fistula.

All these treatment options share common features such as:

- excision of the entire lesion with healthy tissue margin,
- tight, layered suture closure without generating tension,
- using an advancement flap to lift the gluteal cleft off the midline.

Bascom II procedure is dedicated for less extensive cysts. Its main assumption is to make an incision around the entire lesion, which on the one hand runs parallel to the midline, and on the other takes an oval shape. Both wound apices are off midline, on one side of the gluteal cleft. After healing, this results in flattening of the gluteal cleft and placing it off the midline.

The Suchorski method, also referred to as oblique excision, consists in the resection of the entire lesion by making an S-shaped incision. It is used for pilonidal sinuses where one of the external openings is located at a greater distance from the main cyst or close to the anus (8). It makes it possible to include the most distant opening in one of the ends of the letter “S”. Due to the opposite setting of the wound ends, the wound is kept off the midline.

Karydakis procedure is intended particularly for recurrent, extensive PSD. It consists in making a spindle-shaped incision that runs closer to one side in relation to the intergluteal cleft.

Limberg flap procedure is technically relatively difficult. It involves a total resection of the lesion by making a diamond-shaped incision with a rhomboid flap. This technique is recommended for extensive pilonidal cysts affecting both sides of the buttocks. In this case, it is necessary to precisely measure the flaps, as well as to ensure proper thickness of the advanced flap, allowing for its proper blood supply.

V-Y, Z-plasty involves making extensive incisions to remove the entire lesion followed by the use of advancement flaps. For this reason, wounds after these procedures leave extensive scars, which is why they are usually dedicated to difficult, recurrent PSD, where it is impossible to avoid skin deformities.

Laser treatment, which has been continuously developing in recent years, is another invasive approach (9-12). Obviously, as with any other method, there are supporters and opponents of such treatment. The technique consists in introducing a 1470 nm laser through the external tract opening that is visible on the skin, which is then gradually withdrawn, thereby obliterating the fistulous tract. The next step is to curettage the tract, with the procedure repeated as many times as necessary. The width of the fistulous tract is the main limitation of the method, which is usually used for small pilonidal cysts.

fali 1470 nm, który następnie jest stopniowo wycofywany, obliterując kanał przetoki. Kanał jest następnie łyżeczkowany, a procedura powtarzana wielokrotnie w zależności od potrzeby. Głównym ograniczeniem metody jest szerokość kanału przetoki. Jest ona stosowana zazwyczaj w niewielkich torbielach.

### **MIEJSCE METODY SUCHORSKIEGO WE WSPÓŁCZESNYM LECZENIU TORBIELI WŁOSOWEJ**

Analizując miejsce metody Suchorskiego na tle innych stosowanych w leczeniu torbieli pilonidalnych metod, zauważa się, że metoda ta, nazywana częściej w piśmiennictwie zagranicznym wycięciem skośnym, wymieniana jest z mniejszą częstotliwością.

Ze względu na dużą różnicę w rozległości zmian w przebiegu zatoki włosowej brak jest jednego zalecanego sposobu leczenia operacyjnego pacjentów. Dobór metody zależy zawsze od rozległości zmiany, jej ułożenia względem szpary międzypośladowkowej oraz odbytu, a także doświadczenia chirurga w stosowaniu konkretnej metody.

Dostępne metaanalizy porównujące skuteczność, częstotliwość wykonywania procedur w przebiegu zatoki włosowej nie zawsze bywają zgodne. Wśród najczęściej wymienianych metod operacji torbieli włosowej znajdują się: metoda Bascoma, Limberga oraz Karydakisa. Jedną z prac odnoszącą się do skuteczności operacji sposobem Suchorskiego jest artykuł z 2006 roku porównujący wyniki leczenia 493 pacjentów, z czego 490 stanowili mężczyźni (13). Badanie zostało przeprowadzone w okresie od stycznia 1999 do grudnia 2001 roku. Średnia wieku pacjentów wyniosła 23,48 roku, z zakresem wieku 15-51 lat. Wszyscy pacjenci zostali zoperowani z powodu pierwotnej lub nawrotowej zatoki włosowej, a następnie poddawani kontroli. Badania kontrolne zostały wykonane w 6. tygodniu po operacji, a następnie po 3, 6, 12 oraz 18 miesiącach. Po zakończeniu obserwacji łączny odsetek nawrotów wyniósł 5,6%. Autorzy przedstawili dwa główne wnioski w podsumowaniu pracy, zgodnie z którymi operacja zatoki włosowej powinna być prosta i efektywna, a wycięcie skośne powinno być rozważane jako metoda spełniająca te kryteria, charakteryzująca się niskim odsetkiem nawrotów dolegliwości.

Kolejną pracą przedstawiającą wyniki leczenia operacyjnego poprzez wycięcie skośne jest artykuł z 2009 roku (14). Prezentuje wyniki leczenia 278 pacjentów, którzy zostali zoperowani na przestrzeni 10 lat (styczeń 1997-styczeń 2007). Jako kryterium kwalifikujące pacjentów do tej metody operacji autorzy przedstawiają niewielkie zajęcie mięśni pośladowkowych. W żadnym przypadku autorzy nie zastosowali drenażu, a odsetek nawrotów wyniósł tylko 0,7%. Czas hospitalizacji nie przekroczył 24 godzin. Średni czas kontroli pooperacyjnej wyniósł 66 ± 32 miesiące. Jako najistotniejsze zagadnienie autorzy przedstawiają problem wycięcia całości zmiany chorobowej z pozostawieniem jak najmniejszej blizny, a jednocześnie uniknięciem pozostawienia obszarów zajętych procesem chorobowym, aby nie dopuścić do nawrotu choroby. Technika wycięcia skośnego przedstawiana jest jako metoda skuteczna, prowadząca do wypłaszczenia szpary

### **THE PLACE OF THE SUCHORSKI METHOD IN THE CONTEMPORARY TREATMENT OF PSD**

When considering the place of Suchorski method among other modalities used for PSD, it can be noticed that this method, more commonly referred to as the oblique excision in foreign literature, is mentioned less frequently.

Due to the large variation in the extent of pathological changes in the course of pilonidal cyst, there is no single recommended surgical strategy. The choice of the method always depends on the extent of the lesion, its location in relation to the intergluteal cleft and the anus, as well as the surgeon's experience in using a particular technique.

The available meta-analyses comparing the efficacy and the frequency of performing procedures for PSD are not always consistent. Bascom, Limberg and Karydakis procedures are among the most commonly mentioned surgical strategies for pilonidal cyst. One paper on the effectiveness of the Suchorski procedure, which was published in 2006, compared treatment outcomes in 493 patients, of whom 490 were men (13). The study was conducted from January 1999 to December 2001. The mean age of the patients was 23.48 years (15-51 years). All patients were operated on for primary or recurrent PSD and then followed up. Follow-up examinations were performed at 6 weeks, and then at 3, 6, 12 and 18 months postoperatively. At the end of follow-up, the overall recurrence rate was 5.6%. The authors presented two main conclusions, according to which PSD surgery should be simple and effective, and oblique excision should be considered as a method that meets these criteria due to low recurrence rates.

Another paper presenting the outcomes of oblique excision was published in 2009 (14). It presents treatment outcomes in 278 patients who were operated on over a period of 10 years (January 1997-January 2007). Patients with minor gluteal involvement were qualified for this treatment method. No drainage was performed on any of the patients, and the recurrence rate was only 0.7%. Hospital stay did not exceed 24 hours. The mean postoperative follow-up was 66 ± 32 months. The authors pointed to the problem of excision of the entire lesion, leaving the smallest possible scar, and at the same time avoiding leaving areas affected by the disease process in order to prevent the recurrence of the disease as the most important issue. The oblique excision technique is presented as an effective method that allows for flattening the gluteal cleft, with excision of the entire lesion, and at the same time preventing excessive damage or unnecessary excision of healthy tissue, including the gluteal muscles.

An interesting approach was presented in a study from 2014, which compared treatment outcomes between two groups of patients (15). The total group was comprised of 128 patients, including 109 men (85.1%) and 19 women (14.9%). The mean age was 27 years (14-39 years).

międzypośladowej, z wycięciem całości zmiany, a jednocześnie zapobiegająca nadmiernemu uszkodzeniu lub wycięciu zdrowych tkanek, w tym mięśni pośladowych.

Ciekawe podejście przedstawia praca porównawcza z 2014 roku, w której porównano wyniki leczenia pacjentów podzielonych na dwie grupy (15). Całość grupy stanowiło 128 pacjentów, w tym 109 mężczyzn (85,1%) oraz 19 kobiet (14,9%). Średnia wieku wyniosła 27 lat, przedział wiekowy 14-39 lat. U wszystkich pacjentów z grupy rozpoznano ropień w przebiegu zatoki włosowej. Grupę A stanowili pacjenci, u których wykonano nacięcie i drenaż ropnia. W grupie B wykonano pierwotne wycięcie skośne całości patologii z zamknięciem rany (m. Suchorskiego). Wszystkie zabiegi przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym z zastosowaniem lidokainy oraz epinefryny. Pacjenci przedoperacyjnie oraz 7 dni po operacji otrzymywali cefazolin w dawce 1 g. W grupie A znalazło się 69 pacjentów, w grupie B – 59. Średni czas przeprowadzania follow-up wyniósł 24 miesiące (przedział 18-30 miesięcy). Nawrót dolegliwości w grupie A wystąpił u 41 pacjentów (78,8%), natomiast w grupie B u 3 pacjentów (6,6%). Średni czas gojenia wyniósł 18 dni w grupie A (13-32 dni), w grupie B – 22 dni (15-27 dni), średni czas powrotu do pracy w grupie A wyniósł 25 dni (17-30 dni), w grupie B – 27 dni (18-39 dni). Podsumowując, w grupie A, czyli grupie, w której wykonano nacięcie i drenaż ropnia, nastąpił znacznie wyższy odsetek nawrotów, jednak czas gojenia i czas powrotu do pracy był krótszy. Natomiast w grupie B odsetek nawrotów był znacznie mniejszy, pomimo dłuższego czasu gojenia i powrotu do pracy.

## WNIOSKI

Istnieje niewiele publikacji odnoszących się do skuteczności leczenia zatoki włosowej poprzez wykonywanie operacji sposobem Suchorskiego. Na podstawie dostępnych metaanaliz, w których porównywano duże grupy pacjentów, można stwierdzić, że metoda ta jest niezwykle skuteczna i wydaje się niedoceniana. Dzięki prowadzeniu skośnego cięcia możliwe jest wycięcie odległych rozgałęzień przetoki, szczególnie w przypadku ujść zlokalizowanych w pobliżu odbytu, bez nadmiernego wycinania zdrowych tkanek. Cięcie pozostawia niewielką, akceptowalną kosmetycznie bliznę. Interesujące podejście przedstawili autorzy, którzy zastosowali metodę w celu pierwotnego leczenia zatoki włosowej na etapie ropnia (15). Również w tym przypadku uzyskali bardzo satysfakcjonujące wyniki oraz odnotowali niewielki odsetek nawrotów.

Podsumowując:

1. Operacja Suchorskiego powinna być rozważana w każdym przypadku zatoki włosowej z ujściem zewnętrznym położonym daleko względem głównego kanału zatoki, a także gdy ujście zewnętrzne zlokalizowane jest blisko kanału odbytu.
2. W każdym przypadku leczenia zatoki włosowej powinno się dążyć do wypłaszczenia i przesunięcia szpary międzypośladowej celem uniknięcia nawrotów dolegliwości. Operację sposobem Suchorskiego charakteryzuje bardzo niski odsetek nawrotów. Dodając do tego dobry efekt kosmetyczny, wydaje się być to metoda niedoceniana.

All patients were diagnosed with PSD. Group A consisted of patients who underwent abscess incision and drainage. In group B, total primary oblique excision was performed with wound closure (Suchorski method). All procedures were performed under local anaesthesia with lidocaine and epinephrine. Patients received cefazolin at 1 g preoperatively and 7 days after surgery. There were 69 patients in group A and 59 in group B. The mean follow-up time was 24 months (18-30 months). Symptom recurrence was observed in 41 patients (78.8%) in group A, and 3 patients (6.6%) in group B. The mean healing time was 18 days in group A (13-32 days) and 22 days (15-27 days) in group B. The mean time to resume work was 25 days (17-30 days) in group A and 27 days (18-39 days) in group B. To conclude, significantly higher recurrence rates, yet shorter healing and work resumption time were observed in group A, in which abscess incision and drainage was performed. On the other hand, much lower recurrence rates were reported in group B despite longer time to heal and return to work.

## CONCLUSIONS

Publications assessing the efficacy of the Suchorski procedure in the treatment of PSD are sparse. It can be concluded based on the available meta-analyses comparing large groups of patients that this method is extremely effective and seems to be underestimated. Oblique incision allows for the resection of distant fistulous branches, especially in the case of perianal openings, without unnecessary excessive resection of healthy tissues. The incision leaves a small, cosmetically acceptable scar. An interesting approach was presented by the authors who used the method for the primary treatment of PSD at an abscess stage (15). Also in this case, they achieved very satisfactory outcomes with low recurrence rates.

Tu sum up:

1. Suchorski procedure should be considered in any case of PSD with an external opening located far from the main sinus tract or close to the anal canal.
2. In each case of PSD treatment, efforts should be made to flatten and relocate the intergluteal cleft to avoid symptom recurrence. Suchorski procedure is characterised by a very low recurrence rate. Combined with good cosmetic effect, this method seems to be underestimated.

**Konflikt interesów**  
**Conflict of interest**

Brak konfliktu interesów  
None

**Adres do korespondencji**  
**Correspondence**

\*Sławomir Glinkowski  
Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej  
Tomaszowskie Centrum Zdrowia  
ul. Jana Pawła II 35,  
97-200 Tomaszów Mazowiecki  
tel.: +48 608-177-914  
drsg@wp.pl

**nadesłano/submitted:**

6.10.2022

**zaakceptowano do druku/accepted:**

27.10.2022

**Piśmiennictwo/References**

1. Tylicki M: Operacje proktologiczne. PZWL, Warszawa 1973: 56-59.
2. Tylicki M: Zarys proktologii klinicznej. PZWL, Warszawa 1984: 72-75.
3. Murphy CD, Merson J: Pilonidal disease. JAAPA 2022; 35(10): 54-55.
4. Mahjoubi MF, Ben Latifa M, Karoui Y et al.: Radical versus conservative methods in one-stage pilonidal abscess surgery: the experience of a Tunisian Center. Arq Bras Cir Dig 2022; 19: 35.
5. Bascom J: Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. Dis Colon Rectum 1983; 26: 800-807.
6. Allen-Mersh TG: Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. Br J Surg 1990; 77: 123-132.
7. Kołodziejczak M, Ciesielski P: Choroby proktologiczne. Diagnostyka i leczenie. PZWL, Warszawa 2022: 153-163.
8. Karaman K, Ozturk S, Tugmen C et al.: S-shaped wide excision with primary closure for extensive chronic pilonidal sinus disease. Case Rep Surg 2014; 2014: 451869.
9. Dessily M, Charara F, Ralea S et al.: Pilonidal sinus destruction with a radial laser probe: technique and first Belgian experience. Acta Chir Belg 2017; 117(3): 164-168.
10. Georgiou GK: Outpatient Treatment of Pilonidal Disease with a 1470 nm Diode Laser; Initial Experience. Int J Surg Surgical Porced 2016; 1: 103.
11. Liagos G, Papaioannou Ch, Mpalamou E: Minimally invasive treatment of pilonidal sinus using the new Infinite Ring Fiber. A case series. Ann Ital Chir 2022 Nov 14: S0003469X22037629.
12. Zubaidi AM, Alali MN, Al Shammari SA et al.: Outcomes of Sinus Laser Therapy in Sacrococcygeal Pilonidal Sinus Disease: A Single-Center Experience. Cureus 2022; 21(14): 9.
13. Mentis O, Bagci M, Bilgin T et al.: Management of pilonidal sinus disease with oblique excision and primary closure: results of 493 patients. Dis Colon Rectum 2006; 49(1): 104-108.
14. Krand O, Yalt T, Berber I et al.: Management of pilonidal sinus disease with oblique excision and bilateral gluteus maximus fascia advancing flap: result of 278 patients. Dis Colon Rectum 2009; 52(6): 1172-1177.
15. Ciftci F, Abdurrahman I, Tosun M, Bas G: A new approach: oblique excision and primary closure in the management of acute pilonidal disease. Int J Clin Exp Med 2014; 7(12): 5706-5710.