

Guz pośladka pierwszym objawem rozgałęzionej torbieli pilonidalnej z przetoką okołodbytową – opis przypadku

Gluteal protuberance as a first symptom of branched pilonidal sinus with anal fistula – case report

General Surgery Ward, Health Care Center, District Hospital in Sochaczew
Ward Head: Szymon Głowacki, MD, PhD

Streszczenie

Autorzy prezentują przypadek pacjenta operowanego z powodu rozgałęzionej torbieli pilonidalnej z odgałęzieniem do zwieraczy odbytu oraz zbiornikiem ropnym w pośladku lewym. Zmiana została zdiagnozowana przypadkowo. Głównymi dolegliwościami pacjenta były niespecyficzne bóle pośladka od kilku miesięcy, do których dołączyły się okresowe stany gorączkowe. Zaplanowano i przeprowadzono zaawansowaną diagnostykę tej okolicy. Zakwalifikowano chorego do operacji sposobem Bascoma II z jednoczesnym wycięciem kanału przetoki do odbytu oraz otwarciem zbiornika płynowego pośladka lewego. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Kontrola po 2 miesiącach nie wykazała wznowy. Autorzy w pracy podkreślają fakt, że zmiany okolicy szpary pośladkowej są zmianami trudnymi diagnostycznie, rozpoznawanymi późno, często przebiegającymi bezobjawowo. Prawidłowa diagnostyka i właściwa technika operacyjna pozwalają na całkowite wyleczenie.

Słowa kluczowe

torbiel pilonidalna, przetoka odbytu, operacja Bascoma II

Summary

The authors present the case of a patient who underwent a surgery due to a branched pilonidal sinus with branching to anal sphincters and a purulent cistern in the left buttock. The lesion was diagnosed accidentally. The patient's main ailments were non-specific buttock pains experienced for several months, which were followed by periodic febrile states. Advanced diagnostics of this region was planned and carried out. The patient was qualified for Bascom II procedure with simultaneous excision of the anal fistula tract and opening of the left buttock fluid cistern. No complications were observed in the postoperative course. The follow-up after 2 months showed no recurrence. The authors emphasize the fact that the lesions of the gluteal cleft are difficult to diagnose, diagnosed late and often asymptomatic. Proper diagnostics and proper surgical technique allow for complete cure.

Keywords

pilonidal sinus, anal fistula, Bascom II procedure

WSTĘP

Zmiany okolicy szpary pośladowej to najczęściej torbiele pilonidalne. Zwykle są zmianami związanymi z wrastaniem włosów pod skórę, gdzie wywołują stan zapalny, tworząc torbiel. Z powodu lokalizacji często są bezobjawowe. Dolegliwości są niecharakterystyczne, nierzadko mylone z wieloma innymi schorzeniami tej okolicy, jak dyskopatia, choroby proktologiczne: przetoki odbytu, choroba Verneuil'a, choroba Leśniowskiego-Crohna (1, 2). Zdarza się, że przebieg choroby jest gwałtowny. Wiąże się to z zakażeniem torbieli, przypadkowym urazem z uszkodzeniem ściany i wskutek tego powikłaniami miejscowymi. Chociaż rozpoznanie torbieli włosowej wydaje się proste, to powierzchowna diagnostyka może doprowadzić do przeoczenia odgałęzień idących w kierunku zwieraczy odbytu. Jeśli choroba obejmuje również okolicę zwieraczy, to leczenie operacyjne jest trudne i stanowi wyzwanie dla lekarza (3, 4).

OPIS PRZYPADKU

Autorzy przedstawiają przypadek 34-letniego mężczyzny uskarżającego się na niespecyficzne dolegliwości ze strony pośladka lewego z okresowymi stanami gorączkowymi. Objawy nasiliły się w ostatnim miesiącu, uniemożliwiając wykonywanie pacjentowi pracy kierowcy.

Badanie proktologiczne

Chory w pozycji Simsa – ułożenie na lewym boku z podciągniętymi kolanami, miał wyczuwalny opór w tylnym spoidle w połowie zwieraczy z palpacyjnie wyczuwalnym kanałem przetoki ciągnącym się do zmiany płynowej pośladka i do szpary pośladowej. W trakcie oglądania szpary pośladowej uwidoczono drobny otwór, który wyraźnie komunikował się w badaniu fizykalnym z wyczuwalnymi przetokami. W pośladku lewym zbiornik płynowy, bez cech chełbotania, ruchomy względem powięzi mięśniowej. W badaniu ultrasonografii przezodbytniczej stwierdzono rozległą rozgałęzioną torbiel pilonidalną z odgałęzieniem w postaci kanału przetoki dochodzącym do zwieraczy odbytu. Kolejne kanały przetok dochodziły do zbiornika w pośladku lewym, a główny kanał do skóry w szparze pośladowej. W badaniach obrazowych bez cech nacieku nowotworowego. Kontynencję oceniono u pacjenta badaniem proktologicznym, polecając zaciśnięcie zwieraczy i oceniając zwartość odbytu oraz stosując skalę Wexnera (tab. 1). Pacjent miał pełną kontynencję gazów i stolca. Chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Zmianę wycięto jednocześnie w całości w zakresie kanału głównego, zbiornika płynowego oraz wszystkich odgałęzień przetok (ryc. 1a-i). Przebieg pooperacyjny bez powikłań, chory w stanie dobrym bez cech inkontynencji, wypisany został do dalszej kontroli ambulatoryjnej.

Wynik badania histopatologicznego

Badanie wykazało w obrazie mikroskopowym „Torbiel pilonidalna wycięta doszczętnie”.

INTRODUCTION

Pilonidal sinuses are the most common lesions of the gluteal cleft region. They are usually lesions associated with the growth of hair under the skin causing inflammation by forming a cyst. Due to their location they are often asymptomatic. The complaints are atypical, often mistaken for many other diseases of this region, such as discopathy, proctological diseases: anal fistulas, Verneuil's disease, Crohn's disease (1, 2). The course of the disease happens to be rapid. It is associated with a cyst infection, accidental trauma with wall damage and consequential local complications. Although the diagnosis of a hair cyst seems to be simple, due to superficial diagnostics, branches towards anal sphincters may be omitted. If the disease also involves the sphincter region, surgical treatment is difficult and challenging for a physician (3, 4).

CASE STUDY

The authors present a case of a 34-year-old male patient complaining about non-specific ailments of the left buttock with periodic febrile states. The symptoms intensified in the last month preventing the patient from performing driver's work.

Rectal examination

The patient is placed in a Sims position – positioned on the left side with his knees pulled up, a resistance in the rear commissure in the middle of the sphincters was palpable, with a palpable fistula tract to the gluteal fluid lesion and gluteal cleft. During the examination of the gluteal cleft, a minor hole was visible, which clearly communicated with palpable fistulas during physical examination. The fluid cistern in the left buttock demonstrated no signs of fluctuation, it was movable against the muscle fascia. The rectal ultrasound revealed an extensive branched pilonidal sinus with a branch in the form of a fistula tract reaching anal sphincters. Subsequent fistula tracts reached the cistern in the left buttock and the main tract reached the skin in the gluteal cleft. No neoplastic infiltration characteristics were observed in the imaging. The patient's continence was evaluated by rectal examination recommending sphincter clamping and evaluating anus compactness and using the Wexner scale (tab. 1). The patient had full continence of gases and stool. The patient was qualified for surgical treatment. The lesion was simultaneously completely excised within the scope of the main tract, fluid cistern, and all branches of fistulas (fig. 1a-i). The postoperative course was without complications, the patient in good condition without the signs of incontinence was discharged for further outpatient check-up.

Histopathological examination result

The examination revealed a “completely excised pilonidal sinus” in microscopic image.

Tab. 1. Ocena zaawansowania nietrzymania stolca według Wexnera

Typ nietrzymania stolca	Częstość				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Stolec stały	0	1	2	3	4
Stolec płynny	0	1	2	3	4
Gazy	0	1	2	3	4
Konieczność noszenia pampersa	0	1	2	3	4
Zmiana stylu życia	0	1	2	3	4

Nigdy – 0

Rzadko – < 1 raz na tydzień

Czasami – ≤ 1 raz na tydzień

Często – < 1 raz na dobę

Zawsze – ≥ 1 raz dobę

Wynik: 0 pkt – doskonała kontrola nad oddawaniem stolca

Tab. 1. Evaluation of progression of stool incontinence according to Wexner

Stool incontinence type	Frequency				
	Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Always
Solid stool	0	1	2	3	4
Loose stool	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Need to wear a diaper	0	1	2	3	4
Change of a life style	0	1	2	3	4

Never – 0

Rarely – < 1 once a week

Sometimes – ≤ 1 once a week

Frequent – < 1 once a day

Always – ≥ 1 once a day

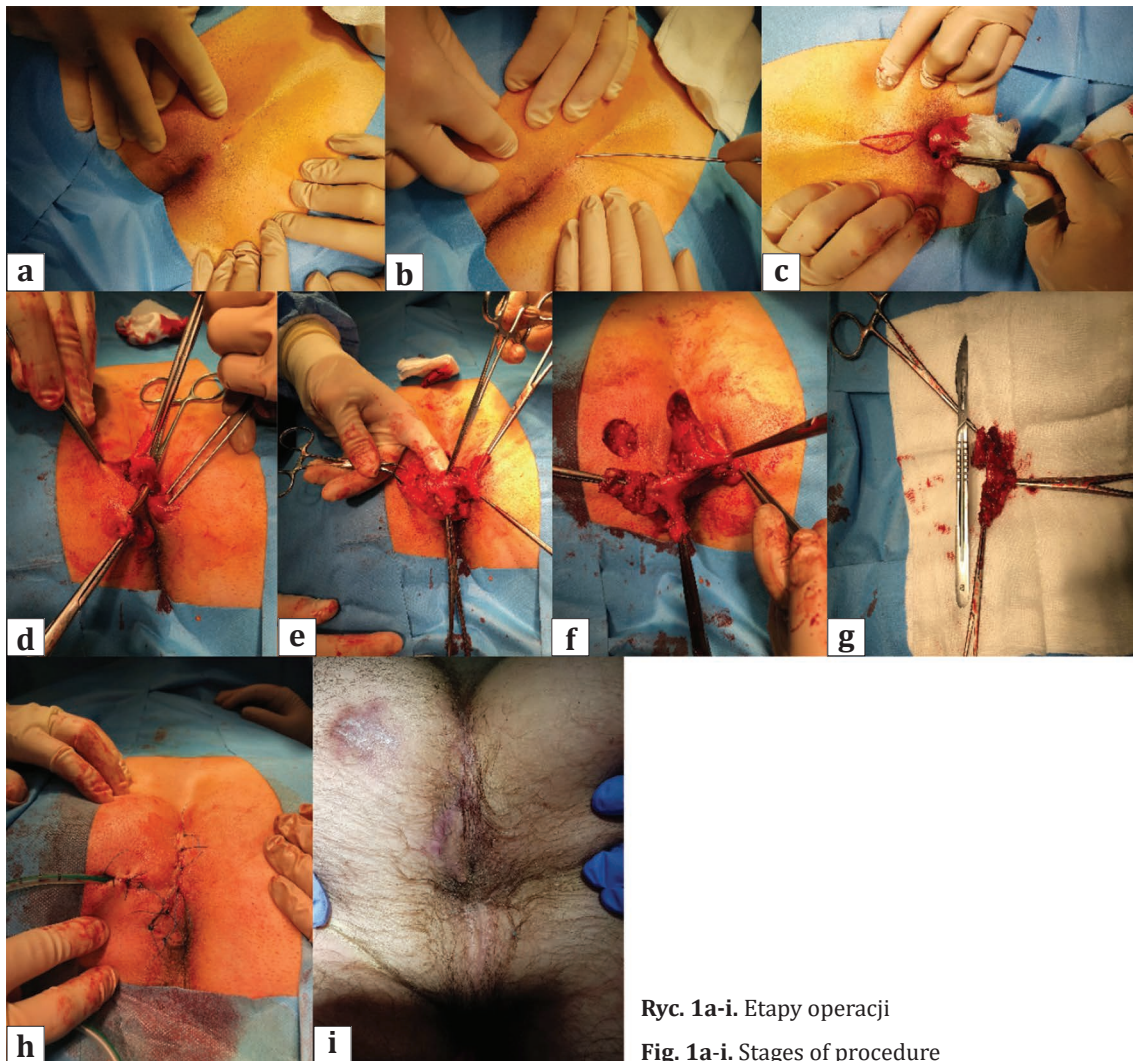
Result: 0 point – excellent control over defecation

DYSKUSJA

Zmiany przestrzeni szpary pośladowej i krocza są zmianami najczęściej o charakterze torbieli lub przetok. Najczęściej w szparze pośladowej rozpoznajemy torbiel pilonidalną, którą należy różnicować przede wszystkim z chorobą Verneuil'a, przetoką odbytu, kaszakiem, zmianą nowotworową o charakterze raka podstawnokomórkowego lub płaskonabłonkowego oraz chorobą Leśniowskiego-Crohna (1, 2, 4, 5). Szacowana zapadalność wynosi 26 na 100 tys. osób, torbiel włosowa częściej występuje u mężczyzn w średnim wieku w stosunku 3:1 (2). Potwierdzony jest związek choroby z kilkoma cechami, takimi jak: wzmożone owłosienie, ciemna karnacja, nadmierna potliwość. Obserwacje te potwierdzają się u opisywanego pacjenta. W przedstawionym przypadku torbiel w swoim typowym położeniu nie dawała objawów, a głównym problemem okazał się kanał przetoki dochodzący do zwieraczy oraz zbiornik płynowy poślodka lewego. Opierając się na danych z prac

DISCUSSION

Lesions of gluteal cleft and perineum spaces are usually lesions of sinus or fistula nature. Most often in the gluteal cleft a pilonidal sinus is diagnosed, which should undergo differentiation particularly from Verneuil's disease, rectal fistula, atheroma and neoplastic lesions of basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma nature or Crohn's disease (1, 2, 4, 5). The estimated incidence rate is 26 per 100,000 people, a hair cyst is more common in middle-aged men in the 3:1 ratio (2). The association of the disease with several signs such as increased hair, dark complexion, and excessive sweating, is confirmed. These observations are confirmed for the described patient. In the presented case, the sinus was asymptomatic in its typical location, and the main issue was the fistula tract reaching the sphincters and the fluid cistern of the left buttock. Based on the data from the studies available in the PubMed service, it should be emphasized the rarity of the case when the



Ryc. 1a-i. Etapy operacji

Fig. 1a-i. Stages of procedure

dostępnych w serwisie PubMed, należy podkreślić rzadkość przypadku, kiedy torbiel łączy się ze zwiercami, tworząc przetokę odbytu. W dostępnym piśmiennictwie opisywanych jest tylko kilka przypadków (6-8), we wszystkich postępowanie operacyjne było jednoczesne. Właściwe postawienie diagnozy wymaga doświadczenia klinicznego. Zmiany te są bardzo trudne do rozpoznania. Podstawowe w diagnostyce są: badanie palcem podczas badania proktologicznego, anoskopia oraz dokładne zbadanie szpary pośladkowej. Bez badań obrazowych nie można jednoznacznie określić charakteru zmiany ani zaplanować techniki operacyjnej. Badaniami zalecanymi, które pozwalają określić cechy, o których mowa powyżej, są tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz ultrasonografia transrektalna (9-11). Pozwalają one na ocenę topografii torbieli w relacji do narządów sąsiednich oraz naczyń i nerwów. Użytkujemy informację o możliwych cechach sugerujących złośliwy charakter. Świadczą o tym przede wszystkim: naciekanie ściany odbytnicy czy naciekanie na kość krzyżową, gęstość płynu wewnątrz torbieli oraz grubość ściany. USG transrektalne jest według większości autorów badaniem podstawowym, dlatego zostało ono wykonane również w przypadku opisywanego

sinus connects with sphincters to form an anal fistula. Only a few cases are described in the available literature (6-8). In all cases, the surgical procedure was simultaneous. Proper diagnosis requires clinical experience. These lesions are very difficult to diagnose. The basic examination is digital rectal examination, anoscopy and careful gluteal cleft examination. The nature of the lesion may not be clearly identified or the surgical technique may not be planned without imaging. The recommended examinations that allow identification of the signs mentioned above include computed tomography, magnetic resonance imaging and transrectal ultrasonography (9-11). Through these examinations, the topography of sinuses can be evaluated in relation to adjacent organs, vessels and nerves. Information on possible signs suggesting malignant nature is obtained. This is evidenced by: rectal wall infiltration or sacral bone infiltration, fluid density inside the sinus and wall thickness. According to most authors, transrectal ultrasound is the basic examination, therefore, it was also carried out in the case of the patient described. The positive clinical and economic aspects of this study are emphasized (9). Some authors believe that MRI is the golden

chorego. Podkreśla się pozytywne aspekty kliniczne i ekonomiczne tego badania (9). Część autorów uważa, że złotym standardem diagnostycznym okolicy okołoodbytowej jest rezonans magnetyczny (10). Ze względu na jednoznaczny opis USG i badanie fizykalne autorzy nie wykonali u opisanego pacjenta rezonansu magnetycznego. W dostępnych publikacjach spotykamy się z doniesieniami o zmianach w tej okolicy będącymi rakiem podstawnokomórkowym czy rakiem płaskonabłonkowym (12, 13). Możliwość wystąpienia tych nowotworów potwierdza rolę badań obrazowych oraz konieczność weryfikacji histopatologicznej wyciętej zmiany.

Chorego zoperowano sposobem Bascoma II, a kanał przetoki do odbytu został wypreparowany i wycięty w sposób typowy z cięcia promienistego w stosunku do kanału odbytu. Brak jest jednej metody dedykowanej dla tego typu schorzeń. Wielu autorów zaleca techniki minimalnie inwazyjne, endoskopowe (14). Obecnie, u większości pacjentów z torbielą włosową metoda Bascoma II jest metodą z wyboru, gdyż działa na przyczynę choroby, wypłaszczając szparę pośladową i powodując jej asymetrię, dając tym samym znikomy odsetek nawrotów. Porównywalny mały odsetek nawrotów daje wycięcie cysty z gojeniem rany na otwarcie, niemniej metoda ta wiąże się z uciążliwym dla pacjenta wielotygodniowym okresem gojenia (3, 15, 16). Nie zaleca się również wykonywania biopsji. Całościowe wycięcie zmiany i badanie histopatologiczne wyciętego preparatu są postępowaniem z wyboru (17).

Również w przypadku opisywanego pacjenta zmiana została wycięta w całości i zbadana histopatologicznie. Potwierdzono zmianę łagodną. W kontroli po 2 miesiącach nie wykazano wznowy miejscowej. W badaniu fizykalnym bez cech inkontynencji. Kontynencję oceniono według skali Wexnera (18). Mnogość patologii okolicy kości guzicznej oraz ich niecharakterystyczny przebieg kliniczny świadczą o złożoności zagadnienia diagnostyki i leczenia tych zmian.

WNIOSKI

1. Zmiany okolicy szpary pośladowej, okołoodbytowe i kroczą są zmianami trudnymi diagnostycznie, rozpoznawanymi późno, często przebiegającymi bezobjawowo.
2. Prawidłowa diagnostyka i właściwa technika operacyjna pozwalają na całkowite ich wyleczenie.

diagnostic standard of the rectal region (10). Due to the clear description of ultrasound and physical examination, the authors did not carry out MRI scans in the described patient. In the available publications, reports may be found regarding the lesions in this region that are basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma (12, 13). The occurrence of these tumors confirms the role of imaging examinations and the need for histopathological verification of the excised lesion.

The patient underwent Bascom II procedure and the rectal fistula tract was dissected and excised typically from a radial excise against the rectal tract. There is no single method that is dedicated to this type of disease. Many authors recommend minimally invasive, endoscopic techniques (14). Today, in the most cases of patients with a hair cyst, the Bascom 2 method is the method of choice as it works on the cause of the disease by flattening the gluteal cleft and causing its asymmetry, thus resulting in a negligible percentage of recurrences. A comparable small percentage of recurrences is reached with a sinus excision and open wound healing, however, this method is associated with an uncomfortable, several weeks' healing period (3, 15, 16). Biopsy is also not recommended. Complete excision of the lesion and histopathological examination of the excised specimen is the procedure of choice (17).

In the case of the presented patient, the lesion was excised in its entirety and examined histopathologically. The mild lesion was confirmed. After 2 months follow-up, no local recurrence was observed. Physical examination revealed no signs of incontinence. Continence was evaluated according to the Wexner scale (18). The multitude of pathologies of the coccygeal bone region and their atypical clinical course prove the complexity of the diagnostics and treatment of these lesions.

CONCLUSIONS

1. Lesions of the gluteal cleft, anal and perineal region are the lesions difficult to diagnose, diagnosed late and often asymptomatic.
2. Proper diagnostics and proper surgical technique allow for complete cure.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Piśmiennictwo/References

1. Dutkiewicz P, Ciesielski P: Torbiel pilonidalna – historia, epidemiologia i patofizjologia. *Nowa Med* 2015; 1: 24-27.
2. Doll D, Orlik A, Maier K et al.: Impact of geography and surgical approach on recurrence in global pilonidal sinus disease. *Sci Rep* 2019; 9(1): 15111.
3. Dutkiewicz P, Ciesielski P, Kołodziejczak M: Results of surgical treatment of pilonidal sinus in 50 patients operated using Bascom II procedure – prospective study. *Pol Przegl Chir* 2019; 91(5): 21-26.
4. Kober MM, Alapati U, Khachemoune A: Treatment options for pilonidal sinus. *Cutis* 2018; 102(4): E23-E29.

Adres do korespondencji
Correspondence

*Szymon Głowacki
Oddział Chirurgii Ogólnej
Zespół Opieki Zdrowotnej
„Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie
Batalionów Chłopskich 3/7,
96-500 Sochaczew
szymon.glowacki@onet.pl

nadesłano/submitted:
7.10.2019

zaakceptowano do druku/accepted:
28.10.2019

5. Hap W, Frejlich E, Rudno-Rudzińska J et al.: Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Pol Przegl Chir* 2017; 89(1): 68-75.
6. Garg P: Anal fistula and pilonidal sinus disease coexisting simultaneously: An audit in a cohort of 1284 patients. *Int Wound J* 2019; 16(5): 1199-1205.
7. Kleiner SB: Pilonidal sinus simulating anal fistula. *Trans Am Proctol Soc* 1947; 45: 596-601.
8. Accarpio G, Davini MD, Fazio A et al.: Pilonidal sinus with an anal canal fistula. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(12): 965-967.
9. Puranik CI, Wadhvani VJ, Vora DM: Role of transperineal ultrasound in infective and inflammatory disorders. *Indian J Radiol Imaging* 2017; 27(4): 482-487.
10. Balci S, Onur MR, Karaosmanoğlu AD et al.: MRI evaluation of anal and perianal diseases. *Diagn Interv Radiol* 2019; 25(1): 21-27.
11. Johnson AR, Ros PR, Hjermsstad BM: Tailgut cyst: diagnosis with CT and sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1986; 147(6): 1309-1311.
12. Salih AM, Kakamad FH, Rauf GM: Basal cell carcinoma mimicking pilonidal sinus: A case report with literature review. *Int J Surg Case Rep* 2016; 28: 121-123.
13. Michalopoulos N, Sapalidis K, Laskou S et al.: Squamous cell carcinoma arising from chronic sacrococcygeal pilonidal disease: a case report. *World J Surg Oncol* 2017; 15(1): 65.
14. Velotti N, Manigrasso M, Di Lauro K et al.: Minimally Invasive Pilonidal Sinus Treatment: A Narrative Review. *Open Med (Wars)* 2019; 14: 532-536.
15. Ciesielski P, Skoczylas J: Metody leczenia operacyjnego torbieli pilonidalnej z pierwotnym zamknięciem rany i przemieszczeniem szpary poślądkowej. *Nowa Med* 2014; 1: 10-14.
16. Ciesielski P, Dutkiewicz P: Wieloetapowe leczenie powikłanej torbieli pilonidalnej z użyciem opatrunków podciśnieniowych – opis przypadku. *Nowa Med* 2015; 22(4): 115-119.
17. Merchea A, Larson DW, Hubner M et al.: The value of preoperative biopsy in the management of solid presacral tumors. *Dis Colon Rectum* 2013; 56: 756-760.
18. Jorge JMN, Wexner SD: Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.