

الناصور العصعصي : دراسة مقارنة بين الطريقة المغلقة والطريقة المفتوحة في التدبير الجراحي للنواسير العصعصية

د. جمال سليمان*

(تاريخ الإيداع 28 / 3 / 2021. قُبِلَ للنشر في 12 / 5 / 2021)

□ ملخص □

الهدف: المقارنة بين نتائج التقنية الجراحية المفتوحة والمغلقة في تدبير النواسير العصعصية. **مكان وفترة الدراسة:** مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية - شعبة الجراحة العامة- في الفترة الممتدة بين 2018/1/1 و 2020/12/31 **نوع الدراسة:** دراسة تجريبية عشوائية مضبوطة **المواد والطرق:** تمت دراسة 65 مريضاً يعانون من ناسور عصعصي مزمن في شعبة الجراحة العامة . تم أخذ قصة مرضية كاملة مع الفحص السريري العام مع التركيز على منطقة النواسير العصعصية بالإضافة إلى الفحوص المخبرية. تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: تمت معالجة المرضى في المجموعة الأولى بالطريقة المفتوحة وتم التعامل مع المرضى في المجموعة الثانية بالطريقة المغلقة. تم طلب جميع المرضى للمراجعة في فترة 1 و 6 و 12 و 18 و 24 شهراً للتحقق من النكس والمضاعفات. تم إدخال البيانات على SPSS 22.0 للتحليل. **النتائج:** تم تضمين 65 مريضاً يعانون من الناسور العصعصي المزمن في الدراسة. حصل انتان الجرح والتقرز في 0.76 % من المرضى الذين تم علاجهم بالطريقة المغلقة وفي 5.17 % من المرضى تم التعامل معهم بالطريقة المفتوحة. وبالمثل ، تم العثور على معدل نكس في بالطريقة المغلقة أكثر من 12.06% بينما في الطريقة المفتوحة فقط في 03.44%. **الخلاصة:** إن تدبير النواسير العصعصية بشكل تحدٍ جراحي. كلتا الطريقتين فعالتان ولكن الطريقة المفتوحة هي الخيار الأفضل مقارنة بطريقة الإغلاق بسبب معدل النكس المنخفض ومعدل تقرز الجرح.

* مدرس - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Pilonidal Sinus: A Comparative Study of Open Versus Closed Methods of Surgical Approach

Dr. Jamal Suleiman*

(Received 28 / 3 / 2021. Accepted 12 / 5 / 2021)

□ ABSTRACT □

Study Objective: To compare the outcomes of open and closed technique in surgical management of Pilonidal Sinus.

Place and Duration of Study : Tishreen University Hospital,Lattakia,General Surgery Depatement from 1/1/2018 to31/12/2020.

Study Design: Randomized control trial.

Materials and Methods: A total of 65 patients with Pilonidal Sinus presented at general surgery Department were included Detailed history, general physical and systemic examination especially sinus area were done along with laboratory investigations. The patients were divided into two groups; patients in group I were managed by open technique and those in Group II were managed by closed technique. All patients were called for review at 01, 06, 12, 18 & 24 months interval to check for the recurrence and complications.

The data was entered on SPSS 22.0 for analysis.

Results: A total of 65 patients with Pilonidal Sinus disease were included in the study. Wound infection and dehiscence was found in 0.76% patients managed with close technique and in 5.17% patients managed with open technique. Similarly Recurrence rate in close technique were also found more i-e 12.06%while in Open technique only in 03.44%.

Conclusion: The management of Pilonidal sinus is a surgical challenge. Both techniques are effective but the open technique is better option as compared to close technique because of low recurrence and wound dehiscence rate

* Assistant Professor - Faculty of Human Medicine - Tishreen University - Lattakia - Syria.

مقدمة:

كلمة ناسور عصصي ، كيس شعري ، كيسات عصصية أو النواسير مترادفة وهي مشتقة من كلمة لاتينية تعني عش الشعر. حيث يتألف من جيب يحتوي على الشعر في المسافة خلف العجز وبين الايتين وإن سبب هذا الداء غير واضح تماما وقد يكون خفياً او مكتسباً بألية ميكانيكية نتيجة تساقط قصيصات الشعر بين ثنيات الايتين او نتيجة شعرة غير نامية في المنطقة ويعتبر أكثر شيوعاً في سن المراهقة مع هيمنة للذكور وقد يكون وحيداً او له امتدادات متعددة وقد لا تكون الفوهة الظاهرة مرئية بشكل دائم ولكنها عادة على الخط المتوسط على بعد 5سم تقريبا من الشرج وتشكل الالم والتورم والنز الاعراض الرئيسية.

يصيب الناسور الشعري حوالي 0.7% من تعداد السكان

الجراحة هي العلاج النهائي للمرض.

هناك طريقتان للجراحة ؛ المفتوحة والمغلقة.

تتضمن الطريقة المفتوحة استئصال الناسور دون إغلاق أولي و

الشفاء يحدث بالمقصد الثاني ، في الطريقة المغلقة يتم استئصال الناسور مع الإغلاق البدئي المباشر أو الإغلاق ببعض الطرق الأخرى المصممة ل تجنب جرح الخط الناصف مثل شريحة Z، تقنية كاريدياكيس ،تقنية باسكوم.

في دراسات تحليلية ل Jain وآخرون في 12 تجربة وجد أن الجروح تشفى بسرعة أكبر بعد الإغلاق الأولي على حساب زيادة خطرالنكس.

وجد R.Dudink في التحليل المقارن ل 63 مريضا أن

التقنية المغلقة أفضل من التقنية المفتوحة. التدبير الاولي

يجب أن يتم بالطريقة المغلقة. حيث يجب تجنب الطريقة المفتوحة مع استئصال موضعي واسع.

قام لوران وآخرون بإجراء تجربة عشوائية مضبوطة على 80 مريضا ووجدت أن النواسير العصصية ونتائج الإغلاق الأولي المباشر أسرع شفاء من المفتوحة، لكن لا فرق في معدل الشفاء بعد 1 سنة.

استخدم Bariş Saylam et al 4 عمليات جراحية مختلفة

لعلاج الناسور الشعري تضمنت: الاستئصال الكامل + الإغلاق الأولي ، D-flap ، Karydakis ،شريحة Limberg. خلصوا منها انه لا توجد دلالة إحصائية من حيث معدلات نكس الجرح.

أجرى BarişSevinç et al تجارب على 150 مريض ووجدوا أن عدم إغلاق الخط الناصف ذو معدلات شفاء ونكس أفضل من إغلاق الخط الناصف

Calikoglu وآخرون أجروا دراسات مقارنة لاستخدام حقن الفينول و الاستئصال مع شفاء الجروح بالمقصد الثاني. حيث لاحظوا أن حقن الفينول هو الخيار الأفضل من حيث التئام الجروح مقارنة بالطريقة المفتوحة لكنهم لم يدرسوا معدلات النكس.

تم استخدام تقنيات مختلفة ل تدبير هذا المرض مثل استخدام صمغ الفيبرين، الاستئصال بمساعدة الفيديوالمرئي المصغر ل الناسور الشعري ، استخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية .

لا يوجد حتى الآن رأي عالمي موحد لإجراء واحد ليكون معتمدا في التدبير ، لكل إجراء مميزاته وعيوبه .

الناسور العصصي شائع جدا في مجتمعنا وحتى وقتنا هذا لا يوجد دراسات نوعية معتبرة بشأن التوصية الجراحية المختارة لهذه الآفة المرضية. نتائج دراستنا قد تفيد في التوصيات المستقبلية للتدبير وستساعد الجراحين حيث ان الهدف الرئيسي مقارنة نتائج الطريقتين المفتوحة والمغلقة من حيث معدلات الشفاء، النكس، الانتان والتفزر.

طرائق البحث ومواده:

هذه التجربة العشوائية المستقبلية باستخدام تقنية أخذ العينات المتتالية العشوائية أجريت على 65 مريضا في شعبة الجراحة العامة في مشفى تشرين الجامعي في اللاذقية في الفترة الممتدة بين 2018/1/1 الى 2020/12/31 . بدأت الدراسة بعد موافقة اللجنة الأخلاقية بالمستشفى.

تم ادخال جميع المرضى من كلا الجنسين مع الأعراض التي توحى بوجود ناسور عصصي مزمن (ألم متقطع وتورم ونز عند نهاية العمود الفقري) ، والتي أكدتها الفحوص السريرية .

تم اختيار المرضى للدراسة بشكل عشوائي.

تتكون الدراسة من مجموعتين : المجموعة الأولى من المرضى

يتم تدبيرها بالطريقة المفتوحة بينما تضم المجموعة الثانية

المرضى الذين تم تدبيرهم بالطريقة المغلقة.

تم استبعاد مرضى النواسير العصصية الحادة أو الناكسة أو الذين رفضوا أن يكونوا جزءاً من هذه الدراسة أو فقدان المتابعة معهم أو وجود بعض الأمراض الأخرى

بعد القبول ، وإجراء التحضير للعمل الجراحي تم إجراء عملية جراحية للمرضى على قائمة منظمة.

تم وضع المرضى في وضعية الاضطجاع البطني / Jack-knife

تحت التخدير الموضعي في معظم الحالات والتخدير القطني في بعض الحالات. عند وجود أكثر من مجرى او فتحة للناسور كان يتم تقييم أحد المسالك بوساطة مسبار غير حاد.

في مرضى المجموعة الأولى شق ببيضاوي حول الخط الناصف يصل إلى اللفافة العجزية. الاستئصال الكلي وعند العثور على بعض الأنسجة المتبقية ، كان يتم استكمال الاستئصال.

وبالمثل في المرضى من المجموعة الثانية الاستئصال البيضاوي المناسب (أخذ هوامش من النسيج الطبيعي) حول الناسور العصصي.

في مرضى المجموعة الأولى تم إبقاء الجرح مفتوحاً بينما في مرضى المجموعة الثانية تم إغلاق الجرح البدي.

تم إجراء جميع العمليات الجراحية من قبل نفس الكادر الجراحي

تم تخريج المرضى على المسكنات والصادات الحيوية في اليومين التاليين للعملية مع النصيحة بتبديل الملابس اليومية لمرضى المجموعة الأولى.

تم اخبار المرضى للمراجعة بفترات زمنية 01 و 06 و 12 و 18 و 24 شهراً للتحقق من النكس والمضاعفات.

في البداية تم إدخال جميع البيانات في ملف ثم تطبيق الاختبارات الاحصائية المناسبة للوصول الى النتائج و تحليلها.

النتائج والمناقشة:

النتائج:

في دراستنا تم تضمين 65 مريضاً يعانون من مرض الناصور العصصي .
 49 (75.38%) كانوا من الذكور و 16 (24.62%) من النساء كانت نسبة الذكور للإناث 3.06 : 1.
 كان متوسط العمر لمرضى المجموعة الأولى 25.3 مع مدى من 19 إلى 33 سنة بينما كان متوسط عمر مرضى المجموعة الثانية 24.1 بمدى من 21 إلى 32 سنة.
 المجموعة الأولى (طريقة مفتوحة) تتألف من 33 مريضاً والمجموعة الثانية (طريقة مغلقة) من 32 مريضاً.
 ظهرت على معظم المرضى أعراض (ألم متقطع وتورم ونز من فتحة الناصور) مع شفاء متقطع.
 63 (96.92%) لديهم فتحة ناسور مفردة بينما مريضين (3.07%) لديهم فتحات متعددة وذلك من كلا المجموعتين.
 كل المرضى (100%) لديهم فتحة ناسور على الخط الناصف.
 تم العثور على 15 (23.07%) من المرضى (بمساعدة المسبار) لديهم امتدادات جانبية من المسار الرئيسي ويشمل 09 (27.27%) من مرضى المجموعة الأولى و 06 (18.75%) من مرضى المجموعة الثانية.
 كان متوسط زمن الشفاء للمجموعة الأولى 20.46 يوماً (المدى 17 - 28 يوماً) و 13.50 يوماً (من 10 إلى 15 يوماً) للمجموعة الثانية.
 تم التعامل مع الجروح التي لم تلتئم بالضمادات اليومية. تم استدعاء المرضى للمتابعة في 1 و 06 و 12 و 18 و 24 شهراً بعد العملية (إجمالي 5 زيارات) لتحقيق النكس ، التئام الجروح والانتان.
 كان متوسط المتابعة 29.50 ± 5.30 شهراً.
 6 (10.76%) مرضى من المجموعة الثانية مصابون بانتان الجروح والتفزز 7 (12.06%) مرضى نكس مقارنة بـ 03 (5.17%) و 2 (3.44%) مرضى من المجموعة الأولى والتي كانت ذات دلالة إحصائية $P < 0.005$.
 جدول يوضح النتائج الجراحية للمجموعة الأولى (المفتوحة) والمجموعة الثانية (المغلقة):

متغيرات الدراسة	المجموعة 1	المجموعة 2	قيمة P
النزف الدموي(مل)	15.50±95 مل	25±105 مل	0.045
متوسط مدة الاستشفاء	1.84±4.74 يوم	1.52±3.64 يوم	0.005>
مدة الجراحة(دقيقة)	20.5±63.5 د	32.5±74.8 د	0.025
مدة الشفاء(يوم)	20.46(17-28)	13.50(10-15)	0.005>
انتان وتفزز الجرح	3(5.17%)	6(10.76%)	0.005>
معدل النكس	2(3.44%)	7(12.06%)	0.005>

المناقشة:

لا تزال جراحة النواسير العصبية موضع خلاف موجود لاستخدام تقنية الفتح أو الإغلاق. التقنية المفتوحة لها مزاياها وعيوبها والعكس صحيح للتقنية المغلقة.
 الهدف من العلاج في الناصور العصصي هو شفاء الناصور في أقرب وقت ممكن وتجنب النكس والمضاعفات أخرى.

في دراستنا قمنا بتقسيم المرضى إلى قسمين، لمعرفة نتيجة كل إجراء. المزايا الرئيسية للطريقة المفتوحة هي أقل معدل نكس ، وقت جراحي أقل ، انخفاض معدل تفزر الجرح والانتان كما لوحظ في دراستنا. ومع ذلك فإن عيوبها هي ضماداتها اليومية ، وزمن الشفاء الطويل وامكانية الحاجة لفترة اقامة مشفوية اطول.

أجرى شهيدة وآخرون دراسة على 40 مريض حيث وجدوا فروق إحصائية هامة من حيث فترة الإقامة في المستشفى والنتام الجروح ونكسها بين المجموعتين ، على غرار النتائج التي توصلنا إليها. ومع ذلك ، فإن متوسط وقت الشفاء في دراستنا للطريقة المفتوحة كان من 17 إلى 28 يوماً و10-15 يوماً للإغلاق وفي دراستهم كان الوقت مع التقنية المفتوحة 22-42 يوماً ومع التقنية المغلقة (9-11 يوم). أوقات الشفاء هذه أطول بكثير من النتائج التي توصلنا إليها. وبالمثل كانت نسبة الإصابة بانتان الجروح ومعدل نكسها 10% و 11.11% التي كانت مشابهة تقريباً لدراستنا.

أجرى مهيما فوزون وآخرون دراسة مقارنة على 110 المرضى وجدوا أن الإقامة في المستشفى أطول في المرضى الذين تم التعامل معهم بالطريقة المغلقة. وبالمثل التهاب الجرح ومعدل النكس لم يكن كبيراً بين كليهما.

أنيس نايل وآخرون أجروا دراسة مقارنة على 60 مريضاً ووجدت أن الإقامة في المستشفى مع مجموعة مفتوحة أقل مقارنة بالمجموعة المغلقة. ومن حيث المضاعفات مثل انتان الجرح، الشفاء والنكس في كلا المجموعتين كان على غرار النتائج التي توصلنا إليها.

وجد محمود صقر وآخرون أن المضاعفات ليست بسبب نوع الاجراء الجراحي لكن السمنة هي سبب رئيسي.

أجرى إيان مكالم دراسات تحليلية ولم يجد فرقاً كبيراً بين المجموعتين.

الاستنتاجات والتوصيات:

إن الطريقة المفتوحة لعلاج الناسور العصعصي هي الخيار الأفضل من حيث معدلات إنتان الجرح ، التفزر ومعدل النكس بالمقارنة بالطريقة المغلقة. العيب الذي يكاد يكون الاكثر أهمية هو فترة الشفاء الطويلة ، والتي يمكن التغاضي عنها بالنظر إلى مزاياها.

Reference:

1. Shabbir J, Chaudhary BN, Britton DC. Management of sacrococcygeal pilonidal sinus disease: a snapshot of current practice. *Int J Colorectal Dis.* 2011; 26: 1619—20.
2. Kareem TS. Surgical treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus. Open method versus primary closure. *Saudi Med J.* 2006; 27: 1534-7.
3. McCallum IJ, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. *bmj.* 2008; 336: 868- 71.
4. Dudink R, Veldkamp J, Nienhuijs S, Heemskerk J. Secondary healing versus midline closure and modified Bascom natal cleft lift for pilonidal sinus disease. *Scandinavian Journal of Surgery.* 2011; 100: 110-3.
5. Lorant T, Ribbe I, Mahteme H, Gustafsson UM, Graf W. Sinus excision and primary closure versus laying open in pilonidal disease: a prospective randomized trial. *Diseases of the Colon & Rectum.* 2011; 54: 300-5.

6. Saylam B, Balli DN, Düzgün AP, Özer MV, Coşkun F. Which surgical procedure offers the best treatment for pilonidal disease?. *Langenbeck's archives of surgery*. 2011; 396: 651-8.
7. Sevinç B, Karahan Ö, Okuş A, Aksoy N, Şimşek G. Randomized prospective comparison of midline and offmidline closure techniques in pilonidal sinus surgery. *Surgery*. 2016; 159: 749-54.
8. Calikoglu I, Gulpinar K, Oztuna D, Elhan AH, Dogru O, Akyol C, et al. Phenol Injection Versus Excision With Open Healing in Pilonidal Disease: A Prospective Randomized Trial. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2017; 60: 161-9.
9. Kayaalp C, Ertugrul I, Tolan K, Sumer F. Fibrin sealant use in pilonidal sinus: Systematic review. *World journal of gastrointestinal surgery*. 2016; 8: 266-73.
10. Milone M, Fernandez LM, Musella M, Milone F. Safety and efficacy of minimally invasive video-assisted ablation of pilonidal sinus: a randomized clinical trial. *JAMA surgery*. 2016; 151: 547-53.
11. Mohammadi S, Nasiri S, Mohammadi MH, Mohammadi AM, Nikbakht M, Mahdi Panah MZ, et al. "Evaluation of platelet-rich plasma gel potential in acceleration of wound healing duration in patients underwent pilonidal sinus surgery: A randomized controlled parallel clinical trial." *Transfusion and Apheresis Science*. 2017; 56: 226-32.
12. Wani MA, Shah M, Wani KA, Malik AA. Excision and primary closure of sacrococcygeal pilonidal sinus using suction drain. *International Surgery Journal*. 2016; 3: 837-40.
13. Luedi MM, Kauf P, Evers T, Sievert H, Doll D. Impact of spinal versus general anesthesia on postoperative pain and long term recurrence after surgery for pilonidal disease. *Journal of clinical anesthesia*. 2016; 33: 236-42.
14. Sahsamani G, Samaras S, Mitsopoulos G, Deverakis T, Dimitrakopoulos G, Piniadis D. Semi-closed surgical technique for treatment of pilonidal sinus disease. *Annals of Medicine and Surgery*. 2017; 15: 47-51.
15. Khanna A, Rombeau JL. Pilonidal disease. *Clin Colon Rectal Surg*. 2011; 24: 46-53.
16. Marzouk DM, Abou-Zeid AA, Antoniou A, Haji A, Benziger H. Sinus excision, release of coccytaneous attachments and dermal-subcuticular closure (XRD procedure): a novel technique in flattening the natal cleft in pilonidal sinus treatment. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008; 90: 371-6.
17. Khatoun S, Junejo A, Memon M, Arif M. Pilonidal Sinus: Excision with Primary Midline Closure versus Open Method. *JLUMHS*. 2010; 9: 9-11.