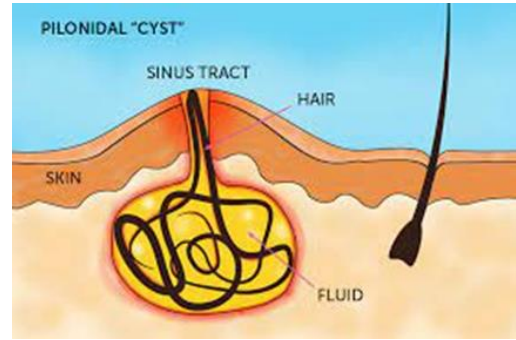
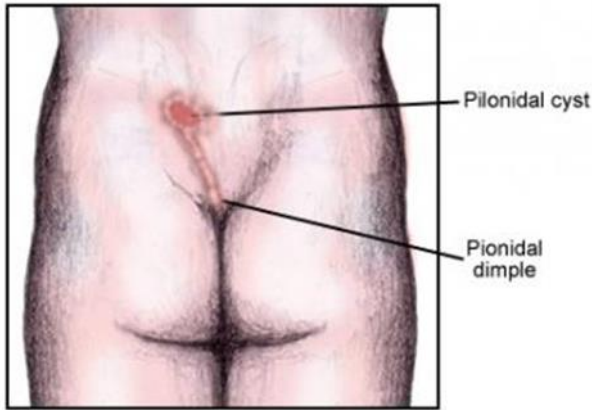


# Pilonidal hastalık (kıl dönmesi)

## Tarihçe;

- 1833 YILINDA ilk kez tanımlandı
- Bu gün Pilonidal Hastalık olarak bilinir
  - İçi kıl dolu belirtisiz kistten, semptomatik apse'ye kadar farklı bulunur
  - 19 ve 20.yy başlarında doğumsal olduğu ileri sürüldü
  - II.Dünya Savaşı'ndan sonra hastalığın sonradan meydana geldiği anlaşıldı
  - Birlikte son derece sık nüks etme karakteri de bildirildi



## Sıklığı, görünürlüğü;

- Sıklığı → 26/100.000 kişidir.
- Erkek/Kadın oranı → 3/1 yada 4/1 dir.
- 15-30 yaşları arasında sıktır
- Ayrıca,
  - Aile hikayesinden
  - Sedanter (hareketsiz-oturarak) yaşam biçiminin etkisinden
  - Obezitenin (şişmanlık) → hastalık oluşumunda %34-50 oranında etkili olduğunu bildirilmiştir.

## Görüldüğü yerler;

- Vucudun pek çok alanında görülebilir
- Sıklıkla sakrokoksigeal (arkada kalça üzerinde) alanda bulunur.
  - Sakrokoksigeal alanda orta hat üzerinde sinüs orifis açılımları görülür
  - Sık olarak birden fazla açılan orifis orta hat üzerinde bulunur.
  - Sinüs traktı kaviteye erişir, kavite içerisi granülasyon dokusu ve kıllar ile doludur.



## Hastalık olmasında etkili faktörler faktörler;

- Obezite (şişmanlık)
- Sedanter (hareketsiz) yaşam biçimi ve çok oturarak iş yapma
- Derin natal kleft (gluteal çöküntü) olması
- Pilonidal hastalık aile hikayesi
- Aşırı terleme durumu
- Kötü kişisel hijyen
- Lokal trauma (Şoför meslek hst.)

## **Klinik olarak hastada ortaya çıkanlar;**

- Arkada anüsün üst tarafında-kalçalar arasındaki bölgede yumuşak ve ağrılı kitle olarak ilk belirir
- Ağrı ve Apse-pürülan mayi gelmesi önemli iki bulgudur.
- Bölgede iltihap gelen orifisin görülmesi ve cilt altında apsenin (ağrılı şişlik) fark edilmesi ile tanı konulur.
- Sinus traktı his edebilir ve sıklıkla üst tarafa doğru ilerlemektedir.
- Anal fistül ve hidradenit ile bulguları zaman zaman benzeşir

## **Tanınması;**

- Hastalığın, fizik muayene ve hasta hikayesi ile tanısı kolayca konulur.
- Bazen sinüs traktı anal orifise yakın halde olur. O zaman da Anal fistül ile karıştırılabilir.
- Rutin laboratuvar Testleri hastalık tanısı için gerekli değildir. Ameliyat edilecek ise gerekebilir.
- Görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç yoktur. Çok nadir olarak diğer ciddi hastalıklar ile birlikte olur.

## **Tedavi yaklaşımı;**

- Hastalığı 3 farklı evrede incelemek doğru olur
  - **Akut pilonidal apse**
  - **Kronik pilonidal hastalık**
  - **Kompleks veya tekrarlayan pilonidal hastalık**
- Her üç kategori içinde cerrahi tedavide amaç aynıdır. (Fakat cerrahi hastaya göre ayarlanarak yapılmalıdır). Amaç;
  - Küçük bir yinleme riski ile yaranın iyileşmesi
  - Kısa süreli hastanede yatış
  - Hasta konforunun artırılması
  - Düşük yan etki görülmesidir.

## **Medikal (bir çeşit) tedavi yaklaşımı;**

- Hijyenik önlem olarak kalçalar arası bölgenin traşlanması
- Phenol enjeksiyonu /yada kristalize fenol uygulaması yapılabilir.
- Yeni bir yaklaşım; sinüs kürete edildikten sonra fibrin “glue” sıkılmasıdır
- Radiofrekans Ablasyonu (RFA): ağrıyıda azalttığı için uygulanabilir.

## **Cerrahi tedavi yaklaşımı;**

- Akut pilonidal apse;
  - İnsizyon, drenaj ve küretaj uygulanır (lokal anestezi altında)
  - Sinüs kavitesi her gün ya yıkanmalı ya da hasta oturma banyosu yapmalıdır.
  - Kıl kesimi düzenli devam etmelidir.
- Kronik pilonidal hastalık
  - Bu hastalar bir kez drene edilmiş ama apse devam edenlerdir
  - Cerrahi ve açık bırakma işlemleri uygulanabilir
  - Asimetrik insizyon uygulanan tedavi yöntemlerindedir
- Pilonidal Hastalık (kompleks)
  - Tedavisi oldukça uzun ve komplekstir. Birden fazla ameliyat gerekebilir. Yine de nüks edebilir.

