

گزارش موارد سینوس پیلونیدال نافی تحت جراحی در بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم در طی

سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۵

چکیده

زمینه و هدف: واکنش گرانوماتوز نسبت به نفوذ شفت مو از خارج به داخل اپیدرم، سینوس پیلونیدال نافی نامیده می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به سینوس پیلونیدال نافی هرگز تحت اقدامات تهاجمی قرار نمی‌گیرند و بنابراین در بسیاری از موارد، از بیماران نمونه پاتولوژی اخذ نمی‌شود. مک‌کلنتان (۲۰۰۰)، مشاهده کلافه مو را یکی از روشهای تشخیص بالینی این بیماری عنوان می‌کند. مطالعه حاضر به گزارش مواردی که به صورت پاتولوژیک یا بالینی با تشخیص سینوس پیلونیدال نافی مطابقت داشتند و طی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۲ در بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم تحت جراحی قرار گرفته بودند، اختصاص دارد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت گذشته‌نگر انجام شد و طی آن سینوس پیلونیدال نافی به صورت بالینی و بر پایه گزارش خروج کلافه مو توسط بیمار (در تاریخچه بالینی) و یا مشاهده کلافه مو توسط جراح (طی معاینه بالینی یا حین عمل) تشخیص داده شد. داده‌های دموگرافیک (سن، جنس، شغل و محل سکونت)، بالینی (نوع علائم و طول مدت علائم) و درمانی (نوع بیهوشی و طول مدت بستری) ۵۶ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال نافی که در بین سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۲ در بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم تحت جراحی قرار گرفته بودند، بررسی شدند.

یافته‌ها: محدوده و میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران به ترتیب ۴۰-۱۲ سال و ۴/۷±۲۴ سال بود. شایع‌ترین علائم بیماران به ترتیب شامل ترشح از ناف (۹۴/۷٪)، درد (۵۰/۹٪) و خونریزی (۴۳/۹٪) بود. طول مدت بستری بیماران، ۱ تا ۱۰ روز بود.

نتیجه‌گیری: مطرح نمودن تشخیص بالینی سینوس پیلونیدال نافی احتمالاً می‌تواند به تشخیص موارد بیش‌تری از بیماران مبتلا به این بیماری کمک کند. به نظر می‌رسد که این اقدام خواهد توانست تا شیوع واقعی این بیماری را بیش‌تر از تصور قبلی مشخص کند.

کلیدواژه‌ها: ۱- سینوس پیلونیدال نافی ۲- سینوس پیلونیدال ۳- بیماری گرانولوماتوز ۴- ناف

دکتر فرزاد پناهی I

*دکتر شروین آثاری II

دکتر حسنعلی محبی III

دکتر محسن جهانشاهی IV

تاریخ دریافت: ۸۴/۵/۲۲، تاریخ پذیرش: ۸۴/۸/۹

مقدمه

سینوس پیلونیدال نافی یکی از علل التهاب مزمن و عود کننده ناف (Omphalitis) را تشکیل می‌دهد^(۱) و تشخیص‌های افتراقی آن شامل علل دیگر ترشح ناف از جمله دستکاری یا ضربه به ناف، باز ماندن مجرای نافی از دوران جنینی، اپیتلیوم ترانزیشنال اکتوپیک، اندومتریوز (زنان)، تومورهای

سینوس پیلونیدال نافی (Umbilical pilonidal sinus)، واکنش گرانولوماتوز (Granulomatous reaction) به شفت موئی است که از خارج به داخل اپیدرم ناف نفوذ کرده باشد.^(۱) این بیماری، پیلونیدال گرانولومای ناف و بیماری ناف آرایشگران نیز نامیده می‌شود.^(۱)

(I) استادیار و متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...، تهران، ایران.

(II) پزشک عمومی، مؤسسه پژوهشگران طب و توسعه بهداشت، خیابان کامرانیه جنوبی، خیابان دژم‌جو، بن‌بست راز، تهران، ایران (*مؤلف مسئول).

(III) استادیار و فوق تخصص جراحی توراکیس، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... الاعظم، تهران، ایران.

(IV) پزشک عمومی.

مبنی بر قرار دادن تشخیص بالینی، در طی سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۵ انجام گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه مشاهده‌ای (گذشته‌نگر)، ۵۶ بیمار مبتلا به سینوس پیلونیدال نافی که در بین سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۲ در بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم تحت جراحی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری، سرشماری بود. مبنای تشخیص سینوس پیلونیدال (Inclusion criteria) در این تحقیق، بالینی یا پاتولوژی بود. تشخیص بالینی شامل گزارش خروج کلافه مو از ناف، توسط بیمار و یا مشاهده مستقیم کلافه مو در عمق ناف، توسط جراح (در معاینه بالینی یا حین جراحی) بود.^(۳) تشخیص پاتولوژی به صورت گزارش شفت مو در داخل درم^(۱) به همراه یکی از یافته‌های التهاب گرانولوماتوز جسم خارجی، فیروز، سلول‌های التهابی مزمن و یا سلول غول‌آسای جسم خارجی (Foreign body giant cell) بود.^(۲) داده‌های دموگرافیک (سن، جنس، شغل و محل سکونت)، علایم بالینی (ترشح، بوی بد، توده، قرمزی، تورم، درد، خونریزی، خارش، خروج مو و طول مدت علایم) و متغیرهای درمانی (نوع بیهوشی و طول مدت بستری) از پرونده بیماران استخراج گردید.

داده‌های پس از ورود به کامپیوتر، با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. متغیرهای کیفی با استفاده از آمار توصیفی (جداول فراوانی و فراوانی نسبی) و متغیرهای کمی با استفاده از شاخص‌های پراکندگی (میانگین، انحراف معیار و ...) آنالیز شدند.

یافته‌ها

از تعداد ۵۶ بیمار مورد بررسی، ۵۲ نفر (۹۳٪)، مرد و ۴ نفر (۷٪)، زن بودند. محدوده سنی، ۴۰-۱۲ سال و میانگین (انحراف معیار) سن برابر $24 \pm 4/7$ سال بود. ۳۷ نفر (۶۶٪)، سرباز؛ ۴ نفر (۷٪)، کارمند؛ ۳ نفر (۵٪)، خانه‌دار و ۳ نفر (۵٪)، دانش‌آموز بودند و یا شغل آزاد داشتند. ۴۷ نفر

خوش‌خیم یا بدخیم و آبسه است.^(۳ و ۱) این بیماری به دلیل احتمال انتشار عفونت به پریتون، در مقایسه با موارد سینوس پیلونیدال ساکروکوکسیژیال، بیماری جدی‌تری محسوب می‌شود و دقیق‌تر مورد درمان و پیگیری قرار می‌گیرد.^(۱)

سوزانه و همکاران، موردی را گزارش کردند که به دنبال انتشار عفونت به داخل پریتون، مو در حفره پریتون یافت شده بود.^(۱) اطلاعات موجود پیرامون سینوس پیلونیدال نافی به گزارش مورد یا موارد این بیماری محدود می‌شود. تصور کلی بر نادر بودن این بیماری است. توچی (Tocchi) و همکاران^(۴)، دیگسیت (Dixit) و همکاران^(۵)، اسکولچ (Schoelch) و همکاران^(۱)، سوزانه (Suzanne) و همکاران^(۱) و کولاپینتو (Colapinto) و همکاران^(۲) هر کدام تنها ۱ مورد از بیماری را گزارش کردند. موارد بیش‌تر به ابی (Eby) و همکاران^(۶)، گوپتا (Gupta) و همکاران^(۷)، مک‌کلنتان (McClenathan) و همکاران^(۳) و عبدالنور (Abdelnour) و همکاران^(۸) مربوط می‌شود که به ترتیب ۲، ۲، ۵ و ۲۷ مورد مبتلا را گزارش کردند. بیماری، معمولاً با توده نافی^(۳)، ترشح بدبو یا بی‌بو^(۱)، خونریزی^(۱)، درد^(۱)، تندرینس^(۳)، اریتم و گرمی^(۲) تظاهر می‌کند.

اگر چه مک‌کلنتان تشخیص بالینی این بیماری را پیشنهاد می‌کند و عنوان می‌کند که در صورت مشاهده کلافه مو در عمق ناف، روشهای تشخیصی دیگری به منظور تأیید تشخیص ضروری نخواهد بود، اما به نظر می‌رسد که محدود بودن موارد گزارش بیماری به منحصر ماندن تشخیص این بیماری بر پایه تأیید هیستوپاتولوژی مربوط باشد.

عنوان شده است که سهم قابل توجهی از این بیماری به منطقه خاورمیانه مربوط می‌گردد^(۳)، انتظار می‌رود که کشور ما نیز از جمله مناطق درگیر باشد. با این وجود، تاکنون کمتر مطالعه‌ای به گزارش موارد سینوس پیلونیدال نافی در کشور ما اختصاص داشته است. این مطالعه به هدف توصیف موارد تحت جراحی به دلیل سینوس پیلونیدال نافی در بیمارستان بقیه‌ا... الاعظم، با

تمامی این مطالعات و چند مطالعه دیگر^(۷، ۸) بر بیش‌تر بودن شیوع کیست پیلونیدال نافی از آنچه تصور و گزارش می‌شود، دلالت دارد. تشخیص اشتباه پزشکان نیز در این زمینه، حایز اهمیت است.^(۹) اکثریت بیماران مطالعه حاضر را، مردان جوان (سربازان) تشکیل می‌دادند که این یافته با مطالعات دیگر همخوانی دارد.^(۳)

در مطالعه حاضر، شایع‌ترین شکایات به ترتیب شامل ترشح ناف، بوی بد و خونریزی بود. مک کلنتان مشاهده نمود که از ۵ مورد مبتلا، ۴ مورد درد، ۴ مورد ترشح و ۲ مورد خونریزی داشته‌اند^(۳) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر، مبنای تشخیص سینوس پیلونیدال نافی، هیستوپاتولوژی بود. از آنجا که لامها توسط چند متخصص پاتولوژی گزارش شده بودند و در برخی از موارد، به لام و بلوک هیستوپاتولوژی دسترسی وجود نداشت، لذا یافته‌های هیستوپاتولوژی این بیماران در این مطالعه گزارش نگردید. طول مدت بستری در مطالعه حاضر، ۱-۱۰ روز بود. در برخی مطالعات دیگر نیز، بیماران بیش از ۴ روز بستری شده‌اند.^(۳) این شواهد از تحمیل هزینه توسط درمان جراحی دلالت دارد، که توصیه می‌شود در مطالعات دیگری، اثرات و هزینه آن با روشهای درمان دارویی (سرپایی) بیماران مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

در نهایت، نگارندگان این مطالعه نیز همچون مک کلنتان، مطرح کردن تشخیص سینوس پیلونیدال نافی را به صورت بالینی توصیه می‌کنند و در این موارد، انجام بررسی‌های تشخیصی بیش‌تر را برای تشخیص ضروری نمی‌دانند. بر این اساس، تایید هیستوپاتولوژیک تنها در مواردی توصیه می‌شود که تشخیص بالینی مورد شک باشد.

فهرست منابع

1- Schoelch SB, Barrett TL. Umbilical pilonidal sinus. *Cutis Chatham* 1998 Aug; 62: 282-3, 83-4.

2- Colapinto ND. Umbilical pilonidal sinus. *Br J Surg* 1977; 64(7): 494-5.

(۸۴٪)، مجرد و ۹ نفر (۱۶٪)، متاهل بودند. محل سکونت در ۴۲ نفر (۷۵٪)، تهران و در ۱۳ نفر (۲۳٪)، شهرستان بود. از تعداد ۵۶ بیمار، ۳۲ مورد (۵۷٪)، مربوط به سالهای ۸۱-۸۲ بوده است.

مبنای تشخیص در ۲۹ مورد (۵۱٪)، تشخیص جراح؛ در ۷ مورد (۱۲/۳٪)، تاریخچه بالینی؛ در ۱۸ مورد (۳۱/۶٪)، یافته‌های حین عمل جراحی و در ۱۰ مورد (۱۷/۵٪)، هیستوپاتولوژی بود.

وجود ترشح از ناف در ۵۴ بیمار (۹۶٪)، درد در ۲۹ بیمار (۵۱٪)، خونریزی در ۲۵ بیمار (۴۴٪)، بوی بد در ۲۱ نفر (۳۷٪)، خروج مو در ۱۰ بیمار (۱۷/۵٪)، تورم در ۸ بیمار (۱۴٪) و خارش در ۳ بیمار (۵/۳٪) ثبت شده بود. طول مدت بستری ۱ تا ۱۰ روز بود. ۳۲ نفر، ۲ روز بستری گردیدند. روش بیهوشی در ۴۰ نفر (۷۰/۲٪)، عمومی و در ۱۶ نفر (۲۸/۱٪)، موضعی بود.

بحث

مرور منابع نشان می‌دهد که اکثر جراحان تایید هیستوپاتولوژی را جزء لازم و ضروری برای تشخیص سینوس پیلونیدال نافی می‌دانند. با توجه به آنکه بسیاری از بیماران، تحت اقدامات تشخیصی و یا درمانی تهاجمی قرار نمی‌گیرند، تایید هیستوپاتولوژی برای تشخیص، امکان‌پذیر نخواهد بود. به نظر می‌رسد که این موضوع یکی از دلایل اعتقاد فعلی جراحان پیرامون نادر بودن این بیماری می‌باشد.

طبق پیشنهاد مک کلنتان^(۳)، این مطالعه، معیار تشخیص این بیماری را نه تنها تایید پاتولوژی، بلکه تشخیص بالینی توسط جراح (معیانه بالینی و یا حین عمل جراحی) قرار می‌دهد. شروجه (Sroujeh)، ۲۴ بیمار مبتلا به ترشحات نافی را بررسی نمود و مشاهده کرد که در ۲۱ نفر از آنها علایم، مشابه کیست پیلونیدال بوده است و در بیوپسی آنان نیز مو مشاهده شده است.^(۹) ال باکی (EL Bakry)، ۴۴ بیمار مبتلا به ترشحات نافی را بررسی کرد که تشخیص در اکثر آنان، کیست پیلونیدال نافی بوده است.^(۱۰)

- 3- McClenathan JH. Umbilical pilonidal sinus. *Can J Surg* 2000; 43(3): 225.
- 4- Tocchi A. The Umbilical pilonidal cyst: A case report. Comments on its, etiopathogenesis and treatment. *G Chir* 1994; 15(1-2): 33-6.
- 5- Dixit SP. Pilonidal sinus of the umbilicus. *Can J Surg* 1977; 64(7): 494-5.
- 6- Eby CS, Jetton RL. Umbilical pilonidal sinus. *Arch Dermatol* 1972; 106(6): 893.
- 7- Gupta S, Sikora S, Singh M, Sharma L. Pilonidal disease of the Umbilicus: A report of two cases. *Jpn J Surg* 1990; 20(5): 590-2.
- 8- Abdelnour A. Conservative surgical treatment of 27 cases of umbilical pilonidal sinus. *J Med Liban* 1994; 42(3): 123-5.
- 9- Sroujeh AS, Dowoud I. Umbilical sepsis. *Br J Surg* 1989; 76(7): 687-8.
- 10- EL Bakry AI. Discharging umbilicus. *Saudi Med J* 2002; 23(9): 1099-100.

