ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΒΑΜΒΑΚΑΣ MD PhD - ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
ΑΝ.ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤ/ΘΕΙΣ ΣΕ ΙΤΑΛΙΑ(CISANELO) & ΗΠΑ (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL-HARVARD)
ΙΑΤΡΕΙΟ: ΛΕΩΦΟΡΟΣ ΚΗΦΙΣΙΑΣ 40, ΤΗΛ.2107702249 & 6932710721 *e-mail: p.vamvakas@gmail.com*

ΚΥΣΤΗ ΚΟΚΚΥΓΑ Η ΤΡΙΧΟΦΩΛΕΑΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ

Γενικά

Με τον όρο Κύστη Κόκκυγα, που αφορά μία από τις πιο συχνές χειρουργικές παθήσεις. εννοούμε την ύπαρξη κύστης ή τη δημιουργία φλεγμονής και συριγγίων στον υποδόριο ιστό και το δέρμα ανάμεσα στους γλουτούς στην περιοχή του κατώτερου τμήματος του ιερού οστού και του κόκκυγα. Συνήθως εκεί, σχηματίζονται οξέα ή χρόνια υποτροπιάζοντα αποστήματα με συριγγώδεις πόρους που δημιουργούνται από την εξέλιξη της φλεγμονής. Οι θεωρίες για την αιτιολογία της πάθησης αυτής είναι πολλές και όχι απόλυτα επιβεβαιωμένες. Πέρα από τη θεωρία ότι πρόκειται για εμβρυικό υπόλειμμα, δημιουργία δηλαδή κατά την εμβρυική ζωή, η πλέον αποδεκτή άποψη είναι ότι η μόλυνση των τριχοφόρων θυλάκων της μεσογλουτιαίας πτυχής δημιουργεί απόστημα (συλλογή από πύον). Στην αποστηματική αυτή κοιλότητα, στους μισούς περίπου ασθενείς έλκονται και εγκλωβίζονται τρίχες της περιοχής από την τριβή των γλουτιαίων μυών κατά τη βάδιση. Από τον εγκλωβισμό των τριχών, η κατάσταση αποδίδεται σωστότερα με τον όρο «Τριχοφωλεακό Συρίγγιο». Δηλαδή συρίγγιο στο οποίο φωλιάζουν τρίχες. Σοβαροί προδιαθετικοί παράγοντες είναι η καθιστική ζωή, η μη καλή καθαριότητα της περιοχής και η παχυσαρκία. Επειδή η εμφάνιση στις γυναίκες συμβαίνει σε αναλογικά νεαρότερη ηλικία θεωρείται, ότι μέχρις ενός σημείου πιθανόν και ο ορμονικός παράγοντας να παίζει κάποιο ρόλο λόγω της πρωιμότερης έναρξης της εφηβείας σε αυτές.
Κατά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο η κατάσταση αποκαλούνταν περιπαικτικά **Jeep Bottom** λόγω της ενδημικής σχεδόν παρουσίας σε οδηγούς στρατιωτικών οχημάτων που ήταν αναγκασμένοι να οδηγούν ακατάπαυστα πάνω σε σκληρά καθίσματα και υπό μη ικανοποιητικές συνθήκες υγιεινής. Οι περιπτώσεις τότε υπολογίσθηκαν σε 80 000-100000 περίπου.
Η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και εμφανίζεται κυρίως σε δασύτριχους παχείς ασθενείς, σπάνια πριν την εφηβεία ή μετά την ηλικία των 40. Η συχνότητα εμφάνισης της κύστης κόκκυγα είναι περίπου 0,7% και οι άνδρες επηρεάζονται 3 φορές συχνότερα από τις γυναίκες.

Κλινικη εικόνα – Συμπτωματα

Τα συμπτώματα είναι πολλά και διαφορετικά και **εξαρτώνται από την χρονιότητα της φλεγμονής**. Μπορεί σε κάποιους ασθενείς να εμφανιστεί μια μικρή διόγκωση στην περιοχή, ενώ σε άλλους όπου η φλεγμονή έχει προχωρήσει να εμφανιστεί ένα φλεγμονώδες απόστημα. Η συμπτωματολογία της νόσου καθορίζεται από το αν αυτή βρίσκεται σε χρόνια ή σε οξεία φάση. Η κύστη μπορεί να παραμένει για πολύ καιρό, ακόμα και χρόνια χωρίς ιδιαιτέρα ενοχλήματα, εκτός ίσως από λίγο πόνο ή ένα

δυσάρεστο ενόχλημα στην περιοχή, όταν ο ασθενής κάθεται σε σκληρή επιφάνεια. Έντονα ενοχλήματα εμφανίζονται όταν υπάρξει μόλυνση και στην οξεία αυτή φάση που η κύστη μετατρέπεται σε απόστημα, υπάρχει πολύ έντονος έως αφόρητος πόνος, μεγάλη διόγκωση-πρήξιμο, ερυθρότητα και ίσως πυρετός. Συχνά η εικόνα αυτή είναι και η πρώτη εκδήλωση της πάθησης στον ασθενή που ίσως νωρίτερα να μην είχε κανένα ενόχλημα. Στην περίπτωση που το απόστημα σκάσει μόνο του ή ανοιχτεί με χειρουργική παρέμβαση (που είναι απαραίτητη και η μόνη αντιμετώπιση σε αυτή τη φάση), τότε συνήθως έχουμε τη δημιουργία συριγγίου. Αυτό είναι ένας μικρός πόρος που ξεκινάει από την κύστη και τελειώνει σε μια μικρή τρύπα στο δέρμα πάνω η κοντά στην κύστη. Όσο είναι ανοιχτό το συρίγγιο, υπάρχει χρόνια εκροή μικρής ποσότητας υγρού ή πύου, η κύστη αδειάζει και ο ασθενής νιώθει ελάχιστα ενοχλήματα. Βέβαια, συχνά υπάρχει ενοχλητική φαγούρα και το εσώρουχο λερώνεται από το οροαιματηρό υγρό ή το πύον που βγαίνει και έχει πολύ άσχημη μυρωδιά. Αν φράξει το συρίγγιο, τότε το πύον μαζεύεται στην κύστη και αυτή μετατρέπεται ξανά σε απόστημα. Όχι σπάνια, υπάρχουν και περισσότερα από ένα συρίγγια στην περιοχή από τα στόμια των οποίων προβάλλουν τρίχες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν είναι η επέκταση της κοιλότητας, η δημιουργία πολλαπλών συριγγίων και πολύ σπάνια η ανάπτυξη επικίνδυνης νεκρωτικής φλεγμονής καθώς και κακοήθους εξαλλαγής (καρκίνος). Η κακοήθης εξαλλαγή είναι πολύ σπανιότερη και πρόκειται για καλά διαφοροποιημένο επιδερμοειδές καρκίνωμα που αντιμετωπίζεται με ευρεία τοπική εκτομή.

Πρόληψη

Η πρόληψη αφορά τοπική καθαριότητα και ξύρισμα των τριχών της περιοχής.

Διάγνωση

Η διαγνωστική προσέγγιση της κύστης κόκκυγα είναι προφανής για τον γιατρό αν και υπάρχουν κάποιες σπάνιες περιπτώσεις που θέτουν διαγνωστικά ερωτήματα και απαιτούν εμπειρία στη διάγνωση. Τέτοιες είναι τα κρυπτοκοκκιώδη αποστήματα, η διαπυητική ιδρωταδενίτιδα, ο δοθιήνας, η ακτινομυκητίαση, τα περιπρωκτικά συρίγγια, το φυματιώδες κοκκίωμα και η οστεομυελίτιδα της περιοχής με χρόνιους παροχετευτικούς πόρους.

Πώς αντιμετωπίζεται η πάθηση - Θεραπεία

Η θεραπεία είναι ΠΑΝΤΑ χειρουργική και θέλει για την αντιμετώπισή της χειρουργική αίθουσα. Η επέμβαση σε κάθε περίπτωση, <u>είναι μία</u> (καταστροφή ή αφαίρεση της κύστης και των συριγγίων της) με διάφορες τεχνικές και τα χωρίς νυστέρι, χωρίς πόνο, χωρίς αίμα, χωρίς χειρουργείο κλπ αποτελούν κορώνες διαφήμισης και δεν έχουν σχέση με την άσκηση της χειρουργικής

Στην **οξεία φάση**, ο χειρουργός, υπό τοπική αναισθησία, προχωρά σε διάνοιξη και ευρεία παροχέτευση του αποστήματος, με καθαρισμό της φλεγμονώδους περιοχής. Επίσης, χορηγεί αντιβιοτικά και παυσίπονα, ενώ πραγματοποιούνται καθημερινές αλλαγές στο τραύμα. Σε **δεύτερη φάση**, όταν ηρεμήσει η φλεγμονή, ο ασθενής πρέπει να προχωρήσει σε κάποια χειρουργική μέθοδο αντιμετώπισης της κύστης αλλά και του ή των συριγγίων που πιθανώς έχουν αναπτυχθεί.

Η **θεραπεία / αντιμετώπιση της κύστης κόκκυγος** συνίσταται στη ριζική **αφαίρεση** της κύστης κόκκυγος με **laser (λέιζερ) ή ηλεκτροδιαθερμία** , ώστε να περιορίζεται ο μετεγχειρητικός πόνος και να επιτυγχάνεται καλή αιμόσταση κατά την επέμβαση. Η ριζική αφαίρεση της κύστης κόκκυγα μαζί με ολόκληρο το δίκτυο των συριγγωδών πόρων είναι επιβεβλημένη. Ο χειρουργός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός κατά την επέμβαση, ώστε να μην παραβλέψει και αφήσει στην περιοχή κάποιο συρίγγιο ή τμήμα αυτού. Σε περίπτωση μη ριζικής αφαίρεσης, αυξάνεται κατακόρυφα το ποσοστό επανεμφάνισης (υποτροπής) της νόσου στο μέλλον. Σήμερα εφαρμόζονται διάφορες τεχνικές (π.χ. έγχυση στο δίκτυο των συριγγίων ειδικού χρωστικού υγρού -μπλε του μεθυλενίου, που χρωματίζει τα συρίγγια) που επιτρέπουν με τη σωστή χρήση τους από έναν έμπειρο χειρουργό τη σίγουρη αναγνώριση (**χαρτογράφηση**) της πορείας των συριγγίων κατά το χειρουργείο κύστης κόκκυγος. Στο τέλος της επέμβασης προκύπτει μια τραυματική επιφάνεια, η οποία είτε αφήνεται ανοιχτή να επουλωθεί με καθημερινές αλλαγές (ανοιχτή μέθοδος), είτε ράβεται (κλειστή μέθοδος). Ο πόνος είναι απολύτως ανεκτός, καθώς οι νευρικές απολήξεις του τραύματος είναι καυτηριασμένες από το laser ή την ηλεκτροδιαθερμία. Έχουν επινοηθεί κατά καιρούς πολλές τεχνικές αντιμετώπισης της κύστης κόκκυγος ακόμα και με επικάλυψη της περιοχής με δερματικό κρημνό οι οποίες πλέον έχουν εγκαταλειφθεί. Σήμερα συνεχίζουν να εφαρμόζονται οι ακόλουθες τεχνικές

Κλασσικές Θεραπευτικές μέθοδοι

1. Ανοικτή Μέθοδος. Αφαίρεση της κύστης και των συριγγωδών πόρων αφού ελεγχθούν, χαρτογραφηθούν και εντοπιστούν επιμελώς. Το τραύμα παραμένει ανοιχτό, γίνονται συχνές αλλαγές μέχρι την πλήρη επούλωση. Οι υποτροπές είναι οι λιγότερες στην διεθνή βιβλιογραφία, γιαυτό και αποτελεί την πιο καθιερωμένη επέμβαση σε όλα τα μεγάλα νοσοκομεία της Ευρώπης και της Αμερικής. Στα πλεονεκτήματά της συμπεριλαμβάνεται το μικρό κόστος για τον ασφαλιστικό φορέα και για τον ασθενή αλλά και η σιγουριά των χιλιάδων εφαρμογών της επέμβασης καθημερινά σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο. Τα μειονεκτήματα της είναι ο σχετικά μεγάλος χρόνος αποθεραπείας που μπορεί να κυμανθεί αναλόγως των περιπτώσεων, που σχετίζονται με το μέγεθος και την βαρύτητα της πάθησης, από 3 έως έξι εβδομάδες. Στο διάστημα αυτό ο ασθενής είναι πλήρως κινητοποιημένος και εργάζεται κανονικά. Το μεγάλο κέρδος της μεθόδου είναι η ριζική εκτομή και η μικρότερη από όλες τις εφαρμοζόμενες μεθόδους πιθανότητα επανεπέμβασης λόγω υποτροπής της νόσου

2. Κλειστή Μέθοδος. Αφαίρεση όπως και στην προηγούμενη περίπτωση, το τραύμα ράβεται με σκοπό να επουλωθεί πολύ πιο γρήγορα σε διάστημα περίπου μιάμισης

εβδομάδας. Οι υποτροπές στατιστικά είναι περισσότερες και οφείλονται περισσότερες φορές σε δημιουργία μικρού συριγγίου. Όταν υπάρξει διαπύηση, τα ράμματα αφαιρούνται και η αντιμετώπιση μετατρέπεται όπως στην ανοικτή μέθοδο. Πλεονέκτημα της μεθόδου το μικρό διάστημα αποθεραπείας. Δεν εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις

3. Ημίκλειστη μέθοδος Αποτελεί συνδυασμό των προηγούμενων και εφαρμόζεται σπάνια, ανάλογα με το μέγεθος του χειρουργικού τραύματος. Δεν είναι αποδεκτή από πολλούς χειρουργούς και αρκετοί την μπερδεύουν με τη Μαρσιποποίηση.

4. Μαρσιποποίηση. Η τεχνική είναι απλή, με διάνοιξη όλων των συριγγίων, καθαρισμό από το σαθρό φλεγμονώδες περιεχόμενο και τρίχες, αφαίρεση τυχόν αλλοιωμένου δέρματος της οροφής του συριγγίου και στη συνέχεια συρραφή (με λεπτό απορροφήσιμο ράμμα)του πίσω τοιχώματος του συριγγίου το οποίο είναι πια ελεύθερο, με το δέρμα. Οι αλλαγές που απαιτούνται είναι λιγότερες, δεν απαιτείται αφαίρεση ραμμάτων και ο χρόνος πλήρους επούλωσης είναι μικρότερος από την ανοιχτή μέθοδο. Αποτελεί παραλλαγή της ανοιχτής μεθόδου και εφαρμόζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις

5. Σε απλές κυρίως περιπτώσεις κύστης κόκκυγος (χωρίς ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο συριγγίων) είναι δυνατή και η **ενδοσκοπική επέμβαση**, η μέθοδος **FiLaC** ή η μέθοδος **EPSiT**. Με τις τεχνικές αυτές καυτηριάζεται το εσωτερικό των συριγγίων (χωρίς αυτά να αφαιρούνται).Συγκεκριμένα, κατά τη μέθοδο **FilLaC** (Fistula Laser Closure) χρησιμοποιείται ένας από τους ήδη υπάρχοντες δερματικούς πόρους των συριγγίων, ή δημιουργείται μια μικρή τομή του 1 εκατοστού. Μέσω του μικρού αυτού ανοίγματος εισέρχεται (μετά από χαρτογράφηση και καθαρισμό της κύστης από τρίχες) μια οπτική ίνα **laser**, με την οποία καυτηριάζεται το εσωτερικό των συριγγίων. Η καυτηρίαση από την θεραπευτική ενέργεια του laser έχει ως στόχο την καταστροφή του φλεγμονώδους ιστού και την έναρξη μιας διαδικασίας ουλοποίησης, με απώτερο αποτέλεσμα την επούλωση των συριγγίων και της κύστης κόκκυγος.Η μέθοδος **EPSiT** (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) αποτελεί μια παραλλαγή της προαναφερθείσας μεθόδου, καθώς χρησιμοποιείται μια μικροκάμερα, η οποία εισέρχεται πάλι μέσω της μικρής οπής που περιγράφηκε. Συνεπώς, με τη βοήθεια της εικόνας στην οθόνη ακολουθείται η πορεία των συριγγίων και καθαρίζεται το περιεχόμενο (τρίχες και νεκρώσεις) των συριγγίων και της κύστης με ειδικά λεπτά εργαλεία. Στη συνέχεια καυτηριάζεται επίσης το εσωτερικό των συριγγίων με μια **μορφή ενέργειας** (π.χ. **laser** ή **ραδιοσυχνότητες RF**), ώστε να επουλωθούν τα συρίγγια και η κύστη. Τα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπικής μεθόδου είναι η απουσία μεγάλης τραυματικής επιφάνειας, ο μικρός μετεγχειρητικός πόνος, η γρήγορη ανάρρωση και η απλοποίηση της διαδικασίας αλλαγών. Τα μακροπρόθεσμα βέβαια αποτελέσματα, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα, είναι ακόμα υπό παρακολούθηση και δεν φαίνεται να υπερέχουν στα ποσοστά υποτροπών. Σε περίπτωση δε εκτεταμένου δικτύου συριγγίων συνεχίζει να θεωρείται πιο σίγουρη η ανοιχτή μέθοδος αφαίρεσης με το laser ή την ηλεκτροδιαθερμία. Τα μειονεκτήματα των ενδοσκοπικών μεθόδων είναι ότι η τεχνική δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους ασθενείς, το κόστος είναι αρκετά υψηλό, δεν αντιμετωπίζεται η πάθηση ανάλογα με τη φυσική της εξέλιξη και επομένως τα αποτελέσματα είναι συζητήσιμα. Μέχρι

στιγμής έχει εφαρμογή κυρίως σε αθλητές που δεν επιθυμούν ορατό τραύμα στην περιοχή του κόκκυγα(γιατί στην ουσία τραυματική/εγκαυματική επιφάνεια υπάρχει εντός του συριγγίου και της κύστεως), έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Στην ουσία αποτελεί «σύγχρονη» παραλλαγή με χρήση των νεότερων μορφών ενέργειας, μιας παλαιάς μεθόδου που απέτυχε να καθιερωθεί ευρέως, και κατά την οποία εισαγόταν μικρό βουρτσάκι μέσα στους συριγγώδεις πόρους, τους οποίους καθάριζε και έτσι υποβοηθούνταν μέχρις ενός βαθμού η σύγκλειση των συριγγίων

Μετά τα όσα αναφέρθηκαν, εμείς μετά από πολύχρονη εμπειρία (από το 1993) σε περισσότερους από 100 νεαρούς ενήλικες ασθενείς το χρόνο(κυρίως στρατεύσιμοι νέοι με νόσο των Jeep) και σε σύνολο πάνω από 2000 ξεχωριστές περιπτώσεις σε βάθος 20ετίας, **προτείνουμε ανεπιφύλακτα την ανοιχτή μέθοδο** και επισημαίνουμε τα πλεονεκτήματα:

1. Εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις, από τις πιο μικρές έως τις πιο πολύπλοκες επανεπεμβάσεις και το κυριότερο είναι ασφαλής μέθοδος.
2. Γίνεται με τοπική αναισθησία και είναι γρήγορη(15-20 λεπτά) και σχετικά ανώδυνη(σαν την αφαίρεση δοντιού)
3.Οι ασθενείς την ίδια μέρα, μπορούν να πάνε στο σπίτι τους (Day Surgery)
4.Γίνεται εύκολη, επαρκής και ουσιώδης χαρτογράφηση των συριγγίων με το μπλε του μεθυλενίου και η αφαίρεση τους αποτελεί εύκολη διαδικασία
5. Έχει μικρό και εύκολα αντιμετωπίσιμο χειρουργικό τραύμα από όλες τις βαθμίδες των ιατρών ή νοσηλευτών αλλά και από το επαρκώς ενημερωμένο περιβάλλον του ασθενούς μετεγχειρητικά.
6. Δεν είναι αναγκαία η αφαίρεση φυσιολογικού ιστού.
7. Η υποτροπή της πάθησης, είναι η μικρότερη δυνατή.
8. Ο χρόνος αποθεραπείας δεν επιφέρει καμία ποιοτική μεταβολή στην φυσιολογική ζωή του ασθενούς(ο ασθενής εκτελεί την καθημερινή του ρουτίνα σχεδόν όπως και πριν) και του διασφαλίζει με την ορθότητα της εφαρμογής των χειρουργικών αλλαγών την μικρότερη δυνατή υποτροπή.
9. Δεν απαιτείται προεγχειρητική φροντίδα ούτε ιδιαίτερα δύσκολη μετεγχειρητική
10. Δεν παρατηρούνται συμφύσεις, ακινησία ή επώδυνο δέρμα όπως σε κλειστές τεχνικές.
11. Άμεση επιστροφή στην εργασία αλλά και σε κάθε είδους κοινωνικές και στις περισσότερες αθλητικές εκδηλώσεις.
12. Έχει το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
13. Δεν απαιτεί οποιαδήποτε απεικονιστική εξέταση (μαγνητική τομογραφία ή υπερηχογράφημα)
14. Εφαρμόζεται στην συντριπτική πλειοψηφία των καλύτερων νοσηλευτηρίων και ιδρυμάτων του εξωτερικού τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική που δεν φείδονται υλικοτεχνικού εξοπλισμού αιχμής αλλά προέχει η ασφάλεια του ασθενούς και τα δοκιμασμένα αποτελέσματα