

## A sacrococcygealis sinus pilonidalis a katonarorvosi gyakorlat tükrében

Hazánkban az általában használatos kézikönyvek „dermoid cysta” néven említik a sacrococcygealis régióban előforduló sipolyozó, gyakran tályogot képező megbetegedést. Az angolszász nyelvterületen sinus pilonidalis (továbbiakban: s. p.) néven ismertetik a kórképet.

Az elnevezés körüli vita nemcsak etimológiai jelentőségű, hanem egyéb konzekvenciákat is von maga után. Ugyanis a „dermoid cysta” néven is leírt és ismert megbetegedés az esetek döntő többségében nem veleszületett tömlős elváltozás (dermoid cysta), hanem szerzett megbetegedés; szövettanilag fertőzőes idegentest-granuloma, melyben az idegentest szerepét többnyire szőrszálak alkotják. Előfordul ugyan szövettanilag identifikált dermoid cysta ebben a régióban, azonban rendkívül ritkán. *A kétfajta kórkép közé nem lehet egyenlőségi jelet tenni (Lux és Török).*

Az s. p.-t először *H. Mayo* írta le 1833-ban, bár az elnevezést *Hodges* használja először 1880-ban. *Patey* és *Scarff* 1946-ban borbélyok kezének interdigitalis redőjében sipolyozó, szőrszálakat tartalmazó idült lobosodást mutató elváltozásról számolt be, mely szövettanilag s. p.-nak felelt meg. A szőrszálakat azonosították a borbélyok valamelyik vendégének hajával. Azóta számos közlemény jelent meg hasonló észlelésekről (*Currie* és mts.-ai, *Downing*, *Goebel* és *Rupec*). *Becker* fejőnők kezén levő sinusban tehénszőrt, *Matheson* birkanyróknál birkagyapjút talált.

*Patey* és *Scarff* a hasonló szövettani kép alapján azonosságot tételezett fel a borbélyok kezén levő elváltozás és a sacrococcygealis régióban levő s. p. keletkezési módja között. Ez a megállapítás döntő jelentőségű az s. p. aetológiájában.

### HOGYAN KELETKEZIK A S. P.?

A pubertás után az interglutealis redőben levő izzadság- és faggyúmirigyek aktiválódásával, a fizikai megterhelések fokozódásával a raphe vékony bőre könnyen felpállik. A megerősödött kemény szőrszálak (nőknél a tarkótájérről lehullott hajszálfragmentumok) a farpofák dörzsölő hatása révén összesodródhatnak és ezáltal a fellazult hámat könnyen penetrálják (*Hueston*). *Brearley* kísérletei szerint a subcutan szövetekben negatív nyomás keletkezik (főleg sorozatos rázódás, pl. gépkocsi ülésén), mely elősegíti az előbb említett szőrszálak mélybe történő penetrációját, illetve növését. Kapu nyílik a kórokozók számára és kialakul a fertőzőes idegentest — granuloma. A hám kívülről bekúszva részben kibéleli a járatokat (*Davage*).

Nagyjából hasonló mechanizmus alapján létrejöhet a s. p. egyéb testtájakon is. *Pinkus* az arc bőrén, *Aird* a hónaljban, *Bervar* a penisen, *Palmer* a clitorison talált s. p.-t.

Érdekes a megbetegedés földrajzi előfordulása is. *Raffmann* szerint másfélszer annyi beteget észleltek a mediterrán és sémita népeknél, mint az amerikai fehérek között. Az észak-amerikai indiánoknál gyakorlatilag nem fordul elő és extrém ritkaság a New Yorkban élő kínaiaknál. Relatív ritka Észak-Olaszországban, de gyakori délen, mint pl. Nápolyban és Szicíliaiban, valamint az arabok között (*Mehrez* és *Amr*). Ausztrál katonarorvosok (*Davies* és *Starr*) szerint hazájukban szintén

gyakori. *Franckowiac* és *Jackman* a s. p. irodalmában 100-nál kevesebb néger esetet talált.

A nemek szerinti megoszlás *Hueston* szerint 3:1 a férfiak „javára”. Életkor tekintetében: leggyakrabban a 17—24 életévek között fordul elő.

## KLINIKAI KÖRLEFOLYÁS

A betegek kórelőzményükben elmondják, hogy farpofájuk között fájdalmas „csomó” keletkezett, mely lüktető — égő jellegűvé vált, nem ritkán láz, hidegrázás kísérte, nehezükre esik a járás és az ülés. A betegek általában előrement egyszerű traumára vezetik vissza betegségük kezdetét. Gyakran megesisik, hogy fehéreneműjüket megfestő váladékozásra figyelnek fel, minden különösebb heveny tünet nélkül. A pubertás előtt hasonló panaszt nem észleltek. A betegek egy része többszöri tályognyitásról, vagy radikális műtéti kísérletről tesz említést.

Vizsgálatkor acut esetben bőrpírt, oedemás udvarral körülvett fluctuáló terimenagyobbodást találunk, esetleg gennyes áttörés jeleivel. Gyakran a tályogtól távolabb, nedvező sipolynylásokat észlelünk. Saját megfigyeléseink szerint a rendszeresen elvégzett leoltások alkalmával *Staphylococcus albus* és *aureus*, *Streptococcus*, *Pseudomonas*, és *E. Coli* tenyésztett ki, mely kórokozók a különböző antibiotikumokkal szemben váltakozó resistenciát mutattak. Eredményeink megegyeznek más szerzők tapasztalataival (*Davies és Starr, Goswitz, Hueston*).

Igen gondos vizsgálattal a farpofák erőteljes széthúzása során megtaláljuk a primaer sipolynylásokat, melyek a középvonalban az anus felett gyakran füzérszerűen helyezkednek el. Ezekre jellemző, hogy többnyire színesgombostüfejnji nagyságúak, tölcészerűen behúzódnak, lumenükben gyakran láthatók összesodródott szőrszálak. Váladék általában nem komprimálható belőlük. Beolvadás esetén a tályog sűrű gennyében gyakran szőrszálfragmentumokat észlelhetünk. A spontán gennyes áttörés, illetve az incisio után az általános és helyi tünetek nagyjából visszafejlődnek, többnyire azonban nedvező sipolyok (secundaer sipolyok) maradnak vissza, vagyis idültté válik a betegség.

Az eddig ismert és alkalmazott radicalis műtéti megoldások után gyakran következik be korai, vagy ún. késői recidiva. A recidivák irodalmi adatok, valamint saját régebbi tapasztalataink szerint 15—25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban fordulnak elő (*Abramson, Close, Hamilton* és mts-ai, *Rains*). A korai recidiva a sebgyógyulástól számított 6 héten, a későbbi 2 éven belül következik be (*McCaughan*). A recidivák klinikailag hasonlóak a primaer megbetegedéshez.

A körkép ismertetése után rátérünk a megbetegedés jelentőségére. Említettük már, hogy a s. p. főleg fiatal férfiakon fordul elő. A fizikai megterhelések következtében, különösen a katonai szolgálat alatt halmozódik a megbetegedés (*Goswitz, Hirshowitz és Wezler, Raffman*). Angolszász katonasebészek hívták fel a figyelmet arra, hogy a II. világháború során a nyilvánvalóan rosszabb higiénias körülmények mellett főleg gépkocsizó alakulatoknál szinte epidemiaszerűen jelentkezett a megbetegedés acut formában („jeep-disease”), mely harc képtelenné tette a katonákat (*Goswitz, Davies és Starr, Hueston*).

Alakulatoknál járva, többízben találtunk s. p.-os betegeket, akiknél egy vagy több incisio történt. A csapatorvos részéről chronicusnak minősítve a

folyamatot, hosszabb-rövidebb ideig fektette és kezelte a betegeket gyógyulásukra várva, mely azonban a legtöbb esetben nem következett be. Végül is bekerültek a katonák valamelyik honvédkórházba végleges ellátásra. A végleges ellátás gyakorlatilag a kóros terület kiirtásából, primaer vagy secundaer zárásából, tamponos nyitvakezeléséből, esetleg marsupialisálásból állt. Saját, valamint más sebészek tapasztalata alapján állíthatjuk, hogy a s. p. nemcsak a betegeknek és csapatorvosoknak, hanem a kórházi osztályok számára is gondot okoz a *hosszantartó kezelés, a rossz gyógyeredmény* (kiterjedt, fájdalmas hegek) és nem utolsó sorban a *kiújulási hajlam* miatt. (Close, Freilinger és Zängl, Goswitz, Hirshowitz és Weaxler, Kluge, Hamilton, McCaughan, Rains.)

A hosszantartó kezelésen túlmenően a *ráfordított költségek, a katonai szolgálatból való időleges vagy végleges kiesés* jelentőssé teszik ezt a megbetegedést.

Ha figyelembe vesszük a hadsereg technikai fejlődését, a gépkocsizás általánossá válását, valamint azt a tényt, hogy mai körülmények között 1—1 katona kiképzése mennyi időbe, fáradságba és pénzbe kerül, joggal felvetődik a gondolat, hogy a katona ilyen megbetegedés miatti kiesése és tartós harcképtelenné válása, milyen komoly kárt okozhat. Éppen ezért javasoljuk a sorozó és csapatorvosok figyelmének felhívását ezen megbetegedés jelentőségére, az a froid stadiumban levő diszkrét elváltozásokra, nevezetesen a primaer sipolynyílásokra. A betegséget felismerve, a sorköteleseket még a bevonulásuk előtt a megfelelő szakintézetekbe küldhetnék szanációs műtétre. Véleményünk szerint *nincs értelme megvárni a folyamat acuttá válását*, vagyis a tályogképződést. Az időben elvégzett szanációval elejét vehetnénk a katonai szolgálat alatt később jelentkező problémáknak.

Az irodalomból ismert számos műtéti eljárást alkalmazva, nem sikerült maradéktalan gyógyulást elérnünk, ezért másfél évi műtéti kísérletezés során egy megfelelő új műtétet dolgoztunk ki (Orvosi Hetilap, 31, 1967, 1452), melyet két és fél év óta rutinszerűen alkalmazunk.

1966. áprilisától 1968. október 15-ig 81 beteget operáltunk meg. Katona-betegeink többnyire a 10-ik postoperatív napon pp. gyógyult sebbel távoztak és általában a 13 nap szolgálatmentesség után eredeti beosztásukban feladatukat el tudták látni. A rendszeres és szigorú kontroll vizsgálataink tanúsága szerint valamennyien panaszmentesek, *recediva egyetlen esetben sem fordult elő*. Beteganyagunk egy része polgári személyekből állt, akiknél hasonló eredményt értünk el. Új műtétünkkel operált katonabetegeink közül *egyét sem szereltünk le*.

Műtéti eljárásunkat néhány sebészeti intézet átvette. Végleges eredményeink megítélése természetesen csak a nagy számok tükrében és hosszú évek elteltével lehetséges. Összevetve azonban az irodalomban ismertetett műtéti megoldásokkal, eddigi tapasztalataink birtokában feljogosítva érezzük magunkat műtétünk ajánlására. Itt szeretnénk megjegyezni, hogy betegeink egy negyedénél más intézetekben többszöri — egyik esetünkben kilenc alkalommal — radicalis műtéti kísérlet történt eredménytelenül. Ezek a betegek is zavartalan gyógyulás után tühet és panaszmentesek.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Szerzők ismertetik a sacrococcygealis sinus pilonidalis aetiológiáját, pathomechanizmusát, klinikai kórlefolását. Élesen elhatárolják a ritkán előforduló congenitalis dermoid cystától. A szerzett megbetegedésnek tartott sinus pilonidalis katonaoorvosi jelentőségét az elváltozás gyakoriságában, elhúzódó kórlefolásában látják, mely tartósan harc képtelenné teszi a katonákat. Felhívjuk a figyelmet, hogy a sorozások kapcsán, célt vizsgálatlal felismert diszkrét elváltozások alapján, időben kerüljenek a betegnek szanációs műtétre. Végül ajánlják új műtéti eljárásukat, mellyel két és fél év óta jó eredményeket értek el.

## IRODALOM

- Abramson, D. J.: Ann. Surg. 151. 1960. 261. — Aird, I.: Brit. med. J. 1. 1952. 902. — Becker, E.: Chirurg 2, 1930, 708. — Bervar, M., Manojlovič, D., Ceramilač, A.: Vojnosanit. Pregl. 25, 1968, 199. — Brearley, R.: Brit. J. Surg. 43, 1955, 62. — Close, A. S.: Ann. Surg. 141, 1955, 523. — Currie, A. R., Gibson, T., Goodall, A. I.: Brit. J. Surg. 41, 1953, 278. — Davage, O. N.: Am. J. Path. 30, 1954, 1191. — Davies, I. S., Starr, K. W.: Surg. Gynec. Obstet. 81, 1945, 309. — Downing, J. G.: J.A.M.A. 148, 1952. 1501. — Franckowiac, J. J., Jackman, R. — Freilingner, G., Zängl, A.: Wiener Klin. Wschr. 41/42, 1963, 728. — Goebel, M., Rupec, M.: Dermatologische Wschr. 13, 1967, 341. — Goswitz, J. T.: Arch. Surg. 90, 1965, 890. — Hamilton, J. E., Stephens, G., Clausus, C. E.: Surg. 54, 1963, 597. — Hirshowitz, B., Wexler, M. R.: Plast. and Reconstruct. Surg. 34, 1964, 521. — Hueston, J. T.: Brit. J. Surg. 43, 1955, 62. — Kluge, D. N.: Surg. 57, 1965, 244. — Lux O., Török Z.: Orvosi Hetilap 108, 1967, 1452. — McCaughan, J. S.: Surg. Gynec. Obstet. 121, 1965, 316. — Mehrez, I., Amr, M. A.: Kasr-El-Aini J. Surg. 3, 1962, 629. — Palmer, E.: Am. J. Surg. 93, 1957, 133. — Patey, D. H., Scarff, R. W.: Lancet 2, 1946, 484. — Patey, D. H., Scarff, R. W.: Lancet 2, 1948, 13. — Raffman, R. A.: Ann. Surg. 150, 1959, 895. — Rains, A. J. H.: Brit. med. J. 2, 1959, 171.

O. Лукс, майор м/сл.—З. Терек, д-р:

### КРЕСТЦОКОПЧИКОВЫЙ ПИЛОНИДАЛЬНЫЙ СИСУС В ПРАКТИКЕ ВОЕННОГО ВРАЧА

Авторы сообщают об этиологии, патомеханизме и клиническом течении крестцокочикового пилонидального синуса. Решительно отделяют болезнь от редко встречающейся врожденной дермоидной кисты. По авторам, военно-медицинское значение приобретенного пилонидального синуса заключается в частоте и в затяжном течении болезни, которая на долгое время выводит военнотружущего из строя. Обращают внимание на то, чтобы больные — на основании дискретных изменений, распознанных при наборе в результате целенаправленных исследований — были во время оперированы. В заключении авторы предлагают новый способ операции, с помощью которого ими были достигнуты хороших результатов.

Dr. O. Lux, Major d. Med. D., Dr. Z. Török:

### DER SACROCCYGEALE SINUS PILONIDALIS IN DER MILITÄRÄRZTLICHEN PRAXIS

Verfasser erörtern die Ätiologie, den Pathomechanismus und den klinischen Verlauf des sacrococcygealen Sinus pilonidalis. Es wird von der selten vorkommenden kongenitalen Dermoidzyste scharf abgegrenzt. In einem militärärztlichen Hinblick kommt dem als eine erworbene Krankheit befassten Sinus pilonidalis

wegen Häufigkeit der Veränderung sowie wegen des verschleppenden Krankheitsverlaufs eine Bedeutung zu, denn er die Soldaten dauerhaft kampfunfähig macht. Verfasser lenken die Aufmerksamkeit darauf hin, dass aufgrund der diskreten Veränderungen, die während der Stellung mit gezielten Prüfungen erdeckt werden können, sollen die Kranken rechtzeitig unter Sanierungseingriff geraten sein. Zum Schluss erörtern Verfasser ihr neues Operationsverfahren, womit sie seit zweiundhalb Jahre wohl gute Erfolge erzielen.

# ACIGOXIN

## injekció és tableta

Elsősorban a tachycardiával járó keringési elégtelenség tartós kezelésében javallt készítmény, mely a gyomor-bélrendszerből igen jól felszívódik, kifejezetten csökkenti az ingerképzést.

---

ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (2 ml) 0,2 mg acetyldigitoxint,  
1 tableta 0,2 mg acetyldigitoxint tartalmaz.

MEGJEGYZÉS:

FORGALOMBA KERÜL:

Társadalombiztosítás	5×2 ml ampulla	8,50 Ft
terhére	100×2 ml ampulla	128,— Ft
szabadon rendelhető	40 tableta	11,— Ft
	250 tableta	49,60 Ft

FORGALOMBA HOZZA:

**KÓBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR  
BUDAPEST X.**