

## How I do it: Sinus pilonidalis

Der Sinus pilonidalis ist eine akut oder chronisch verlaufende Entzündung im subkutanen Fettgewebe, überwiegend im Bereich der Steißbeinregion. Die Häufigkeit betrug in Deutschland im Jahre 2012 48/100.000 Einwohner (2000: 30/100.000 Einwohner). Das Krankheitsbild tritt meist im 2. bis 3. Lebensjahrzehnt auf, vorwiegend bei Männern.



A. Ommer, Essen

Es werden drei Erscheinungsbilder des Pilonidalsinus unterschieden: die asymptomatische, die akut abszedierende und die chronische Form.

Während ein asymptomatischer Sinus pilonidalis keinerlei Therapie bedarf, sollte bei der akuten Abszedierung eine zeitnahe Inzision und Drainage durchgeführt werden. Diese kann sowohl in lokaler Vereisung als auch in Narkose ambulant erfolgen. Aus Sicht des Alters sollte auf eine radikale Exzision verzichtet werden: zum einen ist wegen des entzündlichen Geschehens eine primäre Naht mit einer hohen Rate an Wundheilungsstörungen assoziiert und zum anderen erfordert eine offene Wundbehandlung eine aufwendige Versorgung und hat meist eine lange Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Die definitive Versorgung sollte deshalb immer erst nach Abklingen der lokalen Inflammation und Überführung in einen chronischen Sinus pilonidalis erfolgen.

**Autor:**  
A. Ommer  
Essen

Der chronische Pilonidalsinus stellt grundsätzlich eine elektive OP-Indikation dar. Dieses ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass v.a. junge Menschen im arbeitsfähigen Alter betroffen sind und somit im Gegensatz zum Abszess eine problemlose Planung des besten Zeitpunktes für den Eingriff erfolgen kann.



Abb. 1: Postoperativer Situs nach Karydakia-Operation

In Deutschland werden kommen insbesondere folgende Operationsverfahren zum Einsatz:

1. Minimal-invasive lokale Exzision (Pit Picking)
2. Offene Wundbehandlung
3. Primäre Mittelliniennaht
4. Operation nach Karydakia
5. Operation nach Limberg

Die offene Wundbehandlung ist mit einer langen Wundheilung von bis zu drei Monaten verbunden, in denen die Betroffenen meist auch arbeitsunfähig sind. Nach der Literatur ist die Rezidivrate nicht deutlich niedriger als nach Verschluss, so dass dieses Verfahren nur in Ausnahmen zu empfehlen ist.

Bezüglich eines primären Verschlusses in der Mittellinie konnten mehrere auch randomisierte Studien eine deutlich erhöhte Rezidivrate gegenüber den konkurrierenden Verfahren (offene Wundbehandlung bzw. plastischer lateraler Verschluss) nachweisen, so dass dieses Verfahren als obsolet anzusehen ist.

### Pit picking

Dieses Verfahren wurde insbesondere durch die Publikationen des amerikanischen Chirurgen Bascom bekannt [1]. Es erfolgt unter Lokalanästhesie oder bei empfindlichen Patienten auch in Narkose eine knappe Exzision der Pits, wobei ein Hautsaum von <3mm mit exzidiert wurde. Bei lateraler Ausbreitung des Befundes (chronische Abszesse, Fistelgänge lateral der Rima etc.) wird lateral eine Gegeninzision angelegt. Die Fistelgänge werden mit einem scharfen Löffel debridiert. Die erste Veröffentlichung in deutscher Sprache von Iesalnieks et al. [2] beschreibt eine Rezidivrate von 20-30%.

Aus Sicht des Autors ermöglicht das Pit-picking - Verfahren bei ausgewählten Patienten eine problemlose

Behandlung von kleineren Befunden, wobei die Rezidivrate von bis zu 30% mit dem Patienten besprochen werden muss.

Die am häufigsten angewendeten plastischen Verfahren, deren Besonderheit darin besteht, dass die Naht lateral der Rima ani („off-midline“) zu liegen kommt, stellen die Karydakia- und die Limberg - Plastik dar. Letztere ist technisch aufwendiger, invasiver und kosmetisch schlechter bei gleichen Ergebnissen in der Literatur, so dass vom Autor klar das Verfahren nach Karydakia bevorzugt wird.

### Plastischer Verschluss nach Karydakia

Die Operation, die 1973 von dem griechischen Heeresarzt Karydakia [3] beschrieben wurde, zielt auf eine Abflachung der Rima ani und Schaffung einer Narbe lateral der Rima. Dies wird durch eine asymmetrische, ovale Exzision der Haut unter Mitnahme der Fisteln in der Mittellinie erreicht (siehe Abbildung). Es folgte die Mobilisation eines subkutanen Lappens, der subcutan auf die Gegenseite genäht wird. Darüber erfolgen eine zweite Adaptation des Subcutangewebes und ein Hautverschluss mit Rückstichnähten. Vom Autor wird immer eine 8 Char Easy-flow-Drainage eingelegt.

Die Rezidivrate nach Karydakia-Plastik ist mit 0-6% niedrig. Der primäre Wundverschluss erlaubt eine schnellere Rückkehr der jungen Patienten in das berufliche Leben. Der Krankenhausaufenthalt beträgt meist 2-3 Tage, die Arbeitsunfähigkeit maximal bei unkompliziertem Verlauf 2-3 Wochen.

Probleme und Grenzen dieses Verfahrens finden sich aus Sicht des Autors insbesondere bei analnahen Läsionen. Hier gelingt zum einen die Lateralisation nur eingeschränkt und die Rate an Wundheilungsstörungen ist deutlich erhöht. In einigen Fällen

finden sich persistierende Wunden, die durch eine starke Behaarung noch zusätzlich offen gehalten werden. In diesen Fällen ist ein individuelles Vorgehen mit Enthaarung und ggf. lokaler Wundanfrischung mit dem Patienten zu besprechen.

In der Praxis des Autors richtet sich das Vorgehen nach dem Befund und der Beschwerdesymptomatik. Während bei kleineren Befunden (2-3 Öffnungen, keine relevante Entzündung, kein Rezidiv) vorrangig minimal-invasiven Vorgehen unter ambulanten Bedingungen zur Anwendung kommen, empfiehlt sich bei größeren Befunden ein plastisches Verfahren unter stationären Bedingungen.

#### Fazit für die Praxis

Aus der Sicht des Autors stellt das vorgestellte Konzept eine sinnvolle Option zur Behandlung des Sinus pilonidalis dar. Es beinhaltet ein minimal-invasives Vorgehen bei kleineren Befunden und ein plastisch-rekonstruktives Verfahren in der Technik nach Karydakis bei größeren und rezidivierenden Befunden. Eine offene Wundbehandlung sollte vermieden werden. Eine Bewertung der vorhandenen Verfahren auf dem Boden der Literatur wurde vom Autor 2014 im Rahmen der deutschen S3-Leitlinien vorgenommen [4; 5] ■

#### Literaturverzeichnis

1. Bascom J (1980) Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery*. 87: 567-72
2. Iesalnieks I, et al. (2011) [Pit-picking surgery for pilonidal disease]. *Chirurg*. 82: 927-31
3. Karydakis GE (1973) New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet*. 2: 1414-5
4. Ommer A, et al. (2014) S3-Leitlinie: Sinus pilonidalis. *coloproctology*. 36: 272-322
5. Ommer A, et al. (2014) S3-Leitlinie: Sinus pilonidalis. *CHAZ*. 15: 457-468

#### Korrespondenzadresse:

Dr. A. Ommer  
End- und Dickdarm-Zentrum Essen  
Rüttenscheider Strasse 66  
45130 Essen  
E-Mail: aommer@online.de

## How I do it: Sinus pilonidalis

Vor allem junge Männer betrifft die häufig auftretende Erkrankung der Rima ani, die durch zumeist chronische Fistulierung und Ausbildung von Granulationsgewebe gekennzeichnet ist und vielfach mit abszedierender Entzündung einhergeht. Karydakis und Bascom konnten in ihren histologischen Studien (1,2) zeigen, dass der Sinus Pilonidalis keine Zyste darstellt, welche sinngemäß ja mit Epithelgewebe ausgekleidet sein sollte, sondern lediglich der Eintrittsbereich der Primärfistel, der als „Porus“ oder „Pit“ bezeichnet wird, von kutanem Epithel bedeckt ist und somit keinen spontanen Verschluss der Fistel zulässt. Rupturierte Haarfollikel, Haare und Granulationsgewebe im Inneren üben einen chronischen Reiz aus und führen zu bakterieller Superinfektion und Abszessbildung.

Je nach Ausdehnung und Lokalisation des Pilonidalsinus bieten wir an unserer Abteilung mehrere chirurgische Behandlungsstrategien an, die nach Abklingen der Akutphase und nur selten unter Anwendung der Vakuumtherapie zum Ziel haben, den Sinus in Toto zu exzidieren und mittels Lappenplastik zu decken.(3) Wir versuchen die primäre Exzision mit Mittellinienverschluss wegen der hohen Rezidivraten von 17–45 % weitestgehend zu vermeiden.(4,6) Andererseits zeigt die traditionelle mediane Excisionschirurgie und nachfolgend offener Wundbehandlung eine hohe Erfolgsrate bei offener Ausgranulation der kleinen, nicht infizierten Sinus, sodass die Anwendung der plastischen Verfahren in diesen Fällen subjektiv als „overtreatment“ erscheint. Neuere „minimal invasive“ Methoden zeigen aber ebenfalls beachtliche Erfolge mit der umgekehrten Behandlungsstrategie, die chirurgische Wundfläche möglichst klein zu halten, nur die Primär-

poren zu entfernen und eine kleine Entlastungsinzision zu setzen, ohne den Sinus großflächig zu debridieren.(5) Vorteil der sogenannten „Pit-Picking“ Operation ist die ambulante Durchführung in Lokalanästhesie, die kleine chirurgischen Wunde und die rasche Arbeitsfähigkeit des Patienten ohne aufwändige ambulante Verbandswechsel. Die stadiengerechte und auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Therapie mit eingehenden Aufklärung über die Erfolgsraten, die Rezidivwahrscheinlichkeit und die beeinflussenden Komorbiditäten sind Grundpfeiler unserer Behandlung.

#### Pit Picking

Indikation ist der kleine Sinus Pilonidalis (< 3 cm) ohne Läsionen lateral der Mittellinie – keine Abszesse, Fisteln oder Narben. Rezidivraten 20–25 %.(6)

Der Eingriff erfolgt bei ausgewählten Patienten ambulant und in Bauchlage. Unter Injektion von Lokalanäs-

thetikum (Xylocain® 1 %) sowie mit spitzem (Einweg)Skalpellen oder einer Hautstanze werden die epithelialisierten Pits unter Ausschneiden eines Hautkonus von 1–2 mm Breite sowie 3–5 mm Tiefe entfernt. Mittels einer kleinen Gegeninzision wird die Sinushöhle zu Drainagezwecken eröffnet jedoch nicht exzidiert. Haare werden mittels Klemmchen entfernt, der Sinus selbst nicht forciert debridiert, um die Wundfläche möglichst klein zu halten. Ein trockener Wundverband komplettiert die Behandlung, die Belastung für den Patienten ist minimal, die kleinen Wunden heilen in der Regel nach 1–2 Wochen im Erfolgsfall komplett aus. Ambulante Abschlusskontrolle erfolgt in der Regel 3 Wochen nach Mikroexzision.

#### Spaltung

Indikation ist der ausgedehnte Sinus Pilonidalis mit Inflammation, Abszedierung und Fluktuation. Bei ausgedehntem Befund und im stationären Setting erfolgt die



Martina M. Lemmerer,  
Graz

#### AutorInnen:

Martina M. Lemmerer,  
S. Uranitsch,  
M. Mitteregger,  
A. Szyszkowitz,  
A. Berger; Graz

