

„Cleft lift“-Eingriff (Abflachung der Nates) bei sakrokokzygealem Sinus pilonidalis

Für Sie gelesen:

Tezel E, Bostanci H, Anadol A et al (2009) Cleft lift procedure for sacrococcygeal pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 52:135–139

Fragestellung und Hintergrund. Die chirurgische Behandlung eines sakrokokzygealen Sinus pilonidalis ist sehr unterschiedlich. In dieser Studie wird über die Ergebnisse einer „cleft lift“-Operation in Kombination mit einer „pit excision“ (Ausschälung der Fistelöffnung) sowohl beim primären Sinus pilonidalis als auch beim Rezidiv berichtet.

Patienten und Methodik. Insgesamt 76 konsekutive Patienten mit primärem oder rezidivierendem Sinus pilonidalis, die zwischen März 2005 und Mai 2007 in der Klinik der Autoren eine „cleft lift“-Operation oder einen kombinierten Eingriff („cleft lift“-Operation mit „pit excision“) erhielten, wurden prospektiv untersucht. Primäre Ergebnisse waren die Raten an postoperativen Komplikationen und Rezidiven.

Ergebnisse. Der mittlere Nachuntersuchungszeitraum betrug 16,4 Monate (Standardabweichung 7,0, 5–34 Monate). Die häufigsten frühen postoperativen Komplikationen waren kleinere Wunddehiszenzen (11 Patienten, 14,5%), gefolgt von Infektionen (10 Patienten, 13,2%) und kompletten Wunddehiszenzen (4 Patienten, 5,3%). Während der Nachuntersuchungszeitraums wurde ein Rezidiv (1,3%) beobachtet.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse der aktuellen Studie stützen die Annahme, dass die „cleft lift“-Operation die Anforderungen an einen idealen Eingriff bei Sinus pilonidalis erfüllt. Bei der „cleft lift“-Operation handelt es sich um ein relativ einfaches Verfahren, das leicht zu lernen, zu lehren und unter spinaler oder lokaler Anästhesie durchzuführen ist. Der Eingriff kann ambulant vorgenommen werden und ist mit niedriger postoperativer Morbidität, akzeptabler Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und einer geringen Rezidivrate verbunden.

Kommentar

Die prospektive Studie aus der Chirurgischen Abteilung der Gazi-Universität in Ankara, Türkei, berichtet über die Ergebnisse nach „cleft lift“-Operation bei symptomatischem Sinus pilonidalis wie von Bascom & Bascom 2002 beschrieben [1]. Hierbei wird nach einer spindel-förmigen Exzision des Befunds neben der Rima ani und entsprechendem Débridement ein kontralateraler Hautverschiebelappen mobilisiert, sodass eine Abflachung der Rima ani resultiert. Die Naht liegt dabei außerhalb, aber parallel zur Mittellinie. Im Unterschied zur Methode nach Karydakis wird auf eine tiefe Exzision bis zur sakrokokzygealen Faszie verzichtet, was die Notwendigkeit zur Drainage der Wunde verringert [2]. Es wurden 76 Patienten operiert und lediglich ein Rezidiv nach einem mittleren Beobachtungszeitraum von 16,4 Monaten nachgewiesen. Die Autoren beschreiben eine komplette Heilung der Wunden im Schnitt nach 11 Tagen, andererseits wird

eine mit 33% hohe Rate an partiellen und kompletten Wunddehiszenzen sowie Infekten beschrieben. Die Schlussfolgerung, dass es sich bei der „cleft lift“-Operation um eine nahezu ideale Versorgungsform sowohl des symptomatischen als auch des ausgeprägten und rezidivierten Sinus pilonidalis handelt, erscheint dann doch etwas hoch gegriffen, wenn man berücksichtigt, dass von den beiden letztgenannten Stadien nur 2 bzw. 8 Patienten im Gesamtkollektiv operiert wurden. Erst im hinteren Teil der Resultatanalyse taucht dann auch der Satz auf, dass „entzündete oder aktiv purulente Sinusstadien nicht therapiert wurden“. Insgesamt scheint hier ein Kollektiv mit relativ blanden Befunden operiert worden zu sein, wobei die Rezidivquote niedrig war, die Rate an postoperativ auftretenden Wundkomplikationen sich jedoch mit 33% als hoch erwies.

Zusammenfassend bringt diese prospektive Kohortenstudie keine neuen Erkenntnisse zum Thema „Operative Versorgung des Sinus pilonidalis“ außer der bekannten Tatsache, dass ein gut selektioniertes Krankengut auch gute Behandlungsergebnisse erbringen kann.

Es bleibt also bei der bestehenden Evidenz aus der neuesten Cochrane-Analyse und anderen Studien zum Thema „Chirurgische Therapie des Pilonidalsinus“:

1. Nach primärem Wundverschluss ist die Heilungszeit kürzer, die postoperative Infektionsrate aber im Vergleich zum offenen Vorgehen identisch.
2. Die Rezidivrate ist bei offener Wundheilung niedriger.
3. Wenn man sich für einen primären Wundverschluss entscheidet, soll-

te dieser wie bei der „cleft lift“-Methode und beim „Karydakis-Flap“ außerhalb der Mittellinie vorgenommen werden, da das eine schnellere Wundheilungszeit sowie eine niedrigere Infektions- und Rezidivrate ermöglicht [3, 4, 5].

Diese Erkenntnisse finden sich bereits in den zuletzt 2008 überarbeiteten AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

In Hannover bevorzugen wir im eigenen Vorgehen die „offene Methode“ mit zugegebenermaßen langen Wundheilungszeiten, aber sehr niedriger Rezidivquote. Die kosmetischen Ergebnisse sind dabei aufgrund der erhaltenen Medianposition der Rima ani und weiter bestehender Symmetrie der Regio sacrococcygea zufriedenstellend.

Korrespondenzadresse

Dr. C. Tamme

edh · End- und Dickdarmzentrum Hannover
Hildesheimer Str. 6, 30169 Hannover
Carsten.Tamme@googlemail.com

Literatur

1. Bascom J, Bascom T (2002) Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures. Arch Surg 137:1146–1150; discussion 1151
2. Karydakis GE (1973) New approach to the problem of pilonidal sinus. Lancet 2:1414–1415
3. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J (2010) Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev 1:CD006213
4. McCallum IJ, King PM, Bruce J (2008) Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. BMJ 336:868–871
5. Nordon IM, Senapati A, Cripps NP (2009) A prospective randomized controlled trial of simple Bascom's technique versus Bascom's cleft closure for the treatment of chronic pilonidal disease. Am J Surg 197:189–192

coloproctology 2010 · 32:239–240 · DOI 10.1007/s00053-010-0110-y
Online publiziert: 25. Juni 2010 · © Urban & Vogel 2010

F. Aigner

Department für Operative Medizin, Universitätsklinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck

Dopplergesteuerte Hämorrhoidalarterienligatur, „rectoanal repair“, Nahthämorrhoidopexie und minimale mukokutane Exzision bei Hämorrhoiden III. und IV. Grades

Eine multizentrische prospektive Studie über Sicherheit und Wirksamkeit

Für Sie gelesen:

Theodoropoulos G, Sevririanios N, Papaconstantinou J et al (2010) Doppler-guided haemorrhoidal artery ligation, rectoanal repair, sutured haemorrhoidopexy and minimal mucocutaneous excision for grades III–IV haemorrhoids: a multicenter prospective study of safety and efficacy. Colorectal Dis 12:125–134

Fragestellung und Hintergrund. Es wurde eine prospektive Untersuchung durchgeführt, um die Ergebnisse der dopplergesteuerten Hämorrhoidalarterienligatur (DGHAL) in Kombination mit ergänzenden Eingriffen zu evaluieren.

Die isolierte Anwendung der DGHAL kann bei fortgeschrittenen Hämorrhoiden (Grad III und IV) erfolglos sein. Die Nahthämorrhoidopexie („suture hemorrhoidopexy“, SHP) und Mukopexie mittels „rectoanal repair“ (RAR) resultieren in einer Reposition und Fixierung der Hämorrhoiden.

Patienten und Methodik. Die Studie umfasste 147 Patienten mit Hämorrhoiden (männliche Patienten: 102; Grad III: 95, Grad IV: 52), die sich mit Blutung (73%) und Prolaps (62%) vorstellten.

Ergebnisse. Bei den Hämorrhoiden IV. Grades waren mehr Ligaturen notwendig als bei Hämorrhoiden III. Grades (10,7+2,8 gegenüber 8,6+2,2; $p < 0,001$). SHP (28 Patienten) und RAR (18 Patienten) an ein bis vier Positionen wurden bei 46 Patienten (31%) als notwendig erachtet. Bei 23 Patienten wurde eine minimale (muko)kutane Exzision (MMCE) angeschlossen. Eine SHP/RAR wurde häufiger bei Hämorrhoiden IV. Grades (60% gegenüber 16%; $p < 0,001$) angewandt. Bei Patienten, die keine MMCE erhielten, wurde eine SHP/RAR in 57% der Grad-IV-Fälle ergänzt ($p < 0,001$). Die Komplikationen umfassten persistierende Prolapse ($n=10$; davon in 2 Fällen Reoperation), Blutungen ($n=15$; davon in 2 Fällen eine zweite DGHAL), Thrombosen ($n=4$), Fissuren ($n=3$) und Fisteln ($n=1$). Folgende Schmerztherapie war bei den Patienten erforderlich: keine (30%), am 1.–3. Tag (31%) bzw. nach 4–7 Tagen (16%) und >7 Tagen (14%). Eine SHP/RAR war mit größeren Beschwerden assoziiert (17% gegenüber 6%; $p < 0,001$). Es wurden keine Unterschiede zwischen SHP und RAR gefunden. Bei einem durchschnittlichen Nachbeobachtungszeitraum von 15 Monaten waren 96% der Patienten asymptomatisch und 95% zufrieden.