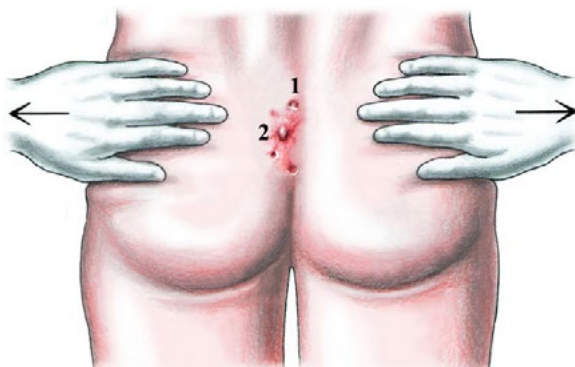


Pilonidalsinus-Operation

Bei der Steissbeinzyste (Pilonidalsinus) handelt es sich um eine akut oder chronisch verlaufende Entzündung im Unterhautfettgewebe der Gesässspalte (Rima ani), bedingt durch nach innen wachsenden Haare und entsprechenden Fistelbildungen in diesem Bereich.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein

Die betroffenen Patienten sind zwischen 20 und 40 Jahre alt, weshalb eine chirurgische Sanierung aus gesundheitlichen Gründen praktisch immer möglich ist. Die Chancen für einen Erfolg sind am besten, wenn keine akute Entzündung vorhanden ist. In akuten Fällen wird lediglich die abszedierende Entzündung eröffnet, um den Eiter abfliessen zu lassen. Für eine definitive Sanierung des Pilonidalsinus ist es von Vorteil, wenn gar keine Entzündung vorhanden ist. Bei einer chronischen Entzündung mit immer wiederkehrender Sekretion aus den Fisteln (Hautöffnungen) schlage ich eine präoperative Behandlung mit Antibiotika vor.



Beim chronisch entzündeten Pilonidalsinus zeigen sich nebst normalen reizlosen Hautöffnungen (Pori) oft auch Fistelöffnungen (2) im Bereich der Rima ani, aus welchen entzündliches Sekret austritt.

Was passiert vor der Operation

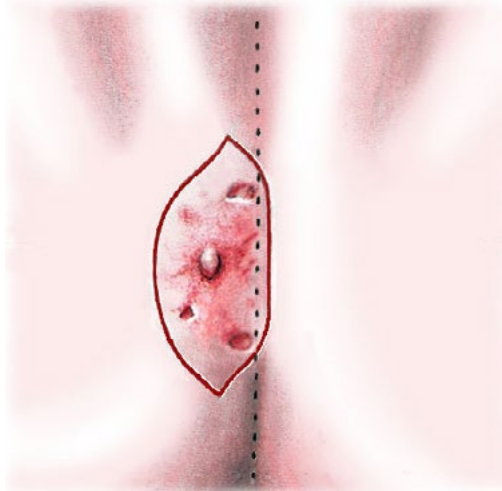
Die Patienten treten in der Regel am gleichen Tag in das Spital ein. Eine besondere Vorbereitung ist nicht nötig. Die Operation kann entweder in rückenmarksnaher Anästhesie oder auch in einer Vollnarkose durchgeführt werden. Für alle Narkosetechniken darf 6 Stunden vor der Operation nicht mehr gegessen und getrunken werden. Der Magen muss aus Sicherheitsgründen absolut leer sein.

Was wird bei der Operation genau gemacht

Bei der definitiven Operation wird eine umfassende Exzision der Fistelgänge mitsamt dem entzündeten Gewebe angestrebt. Wenn immer möglich, versuche ich nach der Exzision die Wunde primär zu verschliessen. Beim primären d.h. nicht voroperierten Pilonidalsinus wende ich die Technik nach Karydakis an. Bei sekundären oder Rezidiv-Pilonidalsinus kommt die Schwenklappenplastik nach Dufourmentel zur Anwendung.

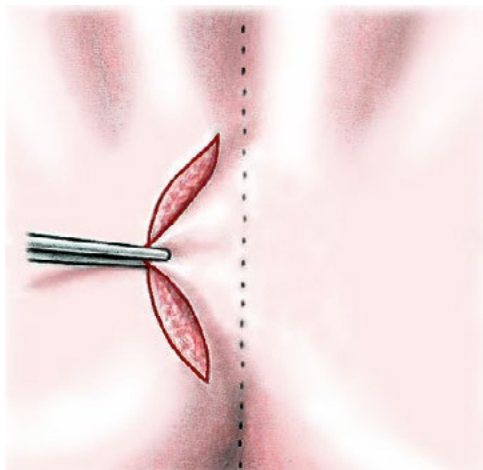
Pilonidalsinusexzision und Defektdeckung mittels asymmetrischer Lappenplastik nach Karydakis

Für die Pilonidalsinus-Exzision liegt der Patient auf dem Bauch, das Gesäss ist leicht angehoben, die Gesässbacken werden mit breiten Klebestreifen auf die Seite gehalten. Die Rima ani wird gründlich rasiert. Nach Desinfektion und sterilem Abdecken wird mit blauem Farbstoff (Methylenblau) der eine oder andere Porus (Fistelöffnung) punktiert und der Pilonidalsinus mit blauer Farbe gefüllt. Dies erleichtert die spätere radikale Exzision. Die Schnittführung wird mit einem sterilen Filzstift angezeichnet. Ziel der Operation ist es, die spätere Narbe aus der Rima ani wegzubringen.



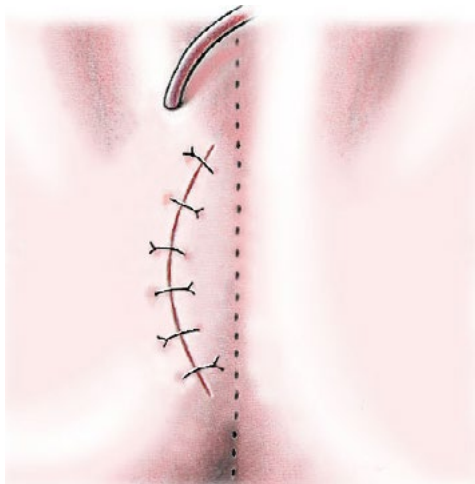
Die Haut um den Pilonidalsinus wird sparsam umschnitten. Je nach Lage des Befundes wird mehr nach links oder mehr nach rechts geschnitten, um die spätere Narbe von der Rima ani fernzuhalten.

Dies gelingt durch die asymmetrische Exzision mit knapper Schnittführung auf der einen Seite. Auf der anderen Seite wird der Pilonidalsinus grosszügiger umschnitten. Von der Mittellinie wird nach seitlich ein Hautlappen präpariert, mit dem der Defekt verschlossen werden kann. Die Narbe kommt am Schluss so auf die Seite der Rima ani zu liegen. Zudem wird die Gesässspalte deutlich abgeflacht, was einer erneuten Ausbildung eines Pilonidalsinus vorbeugen soll.



Nach radikaler Exzision des Pilonidalsinus wird der Hautlappen auf Ebene des Unterhautfettgewebes beweglich gemacht und auf die Gegenseite gezogen.

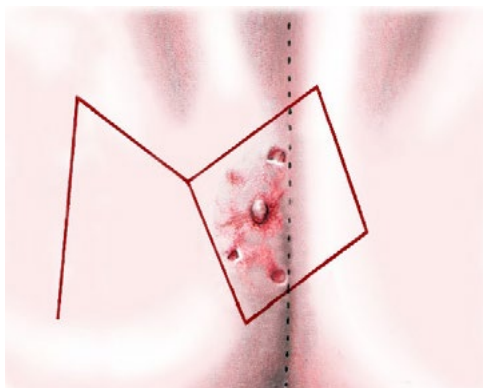
Nach radikaler Exzision des Pilonidalsinus und Bilden des Hautlappens wird eine Redon-Drainage eingelegt. Nach Vorlegen und schliesslich Knüpfen der tiefen Nahtreihe wird allenfalls ein zweites Redon eingelegt. Danach wird erneut eine Naht im Unterhautfettgewebe (Subkutannaht) angelegt oder direkt die Haut verschlossen. Die Wundnaht wird entweder mit sichtbaren Einzelknopfnähten oder aber mit einer versteckten Intrakutannaht durchgeführt.



Nach Bilden des Hautlappens wird dieser auf die Gegenseite gezogen und mit zwei Nahtreihen verschlossen. Vorgängig wird eine Drainage eingelegt, um das Wundwasser und altes Blut abzusaugen zu können. Wichtig bei dieser Technik ist der asymmetrische Wundverschluss. Damit kann erreicht werden, dass die Narbe nicht in der Rima ani zu liegen kommt.

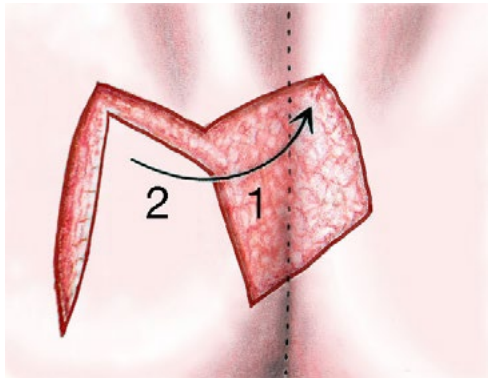
Pilonidalsinusexzision und asymmetrische Transpositionsplastik nach Dufourmentel

Die Vorbereitung und die Lagerung des Patienten entsprechen exakt dem Vorgehen der vorgängig erwähnten Operation. Die Transpositionsplastik wird vor allem bei Rezidiv-Pilonidalsinus angewendet, d.h. bei einem Pilonidalsinus, der bereits einmal operiert werden musste. Der Befund wird grosszügig in Form eines Rhomboids (leicht verzogenes Viereck) exzidiert. Die Wunde hat dann die Form eines ausgezogenen Vierecks, das schräg zur Rima ani zu liegen kommt. Die Hautinzisionslinien werden exakt angezeichnet und ausgemessen. Entsprechend wird auch der spätere Transpositions-lappen vorgezeichnet. Von der Exzisionsstelle wird nach links oben ein spitzwinkliges Dreieck ausgeschnitten, das später als Schwenklappen dient.

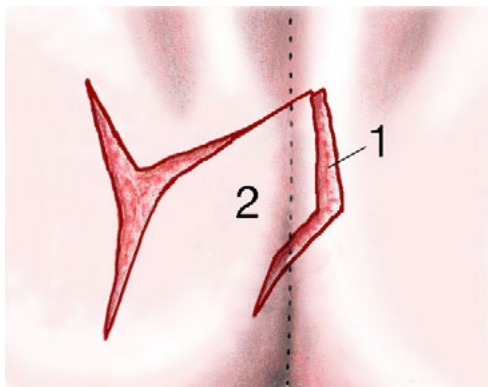


Die Schnitfführung wird vor Beginn der Operation genau angezeichnet. Der Pilonidalsinus wird in einem leicht verzogenen und schräg gestellten Viereck ausgeschnitten. Die Erweiterung des Hautschnittes nach links oben und unten führt zum späteren Haut-Subkutis-Lappen der zur Deckung der Wunde verwendet wird.

Die Wundränder werden in der Tiefe ausgedehnt mobilisiert, so dass ein gut durchbluteter Haut-Subkutis-Lappen zur Deckung des Defektes herübergezogen werden kann. Der Transpositions- oder Schwenklappen wird nach rechts gedreht und in die Hauptwunde eingenäht. Bedingt durch die spezielle Technik ist es möglich, dass die Entnahmestelle des Schwenklappens recht gut und ohne grössere Spannung verschlossen werden kann. Am Schluss der Operation resultiert eine grössere und abgewinkelte Narbe, die aber nach vollständiger Abheilung später kaum mehr sichtbar sein wird.

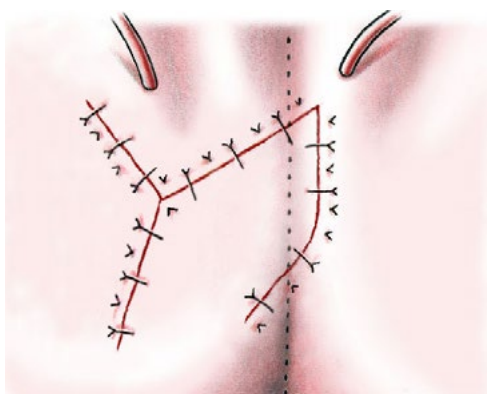


Der Schwenklappen (2) wird derart mobilisiert, dass er ohne grössere Spannung in die Wunde nach Pilonidalsinusexzision (1) transportiert werden kann.



Der Transpositionsflappen (2) wird in die entstandene Wunde (1) geschwenkt und vernäht.

Auch hier hat die aufwändige Operation das Ziel, die Rima ani abzuflachen und die verbleibende Narbe seitlich des Gesässspaltes zu platzieren. Damit kann einem Rezidiv bestmöglich vorgebeugt werden.



Vor dem endgültigen Wundverschluss werden zwei Redon-Drainagen eingelegt, die nach der Operation das Wundsekret kontinuierlich absaugen. Die Hautränder werden meist in Einzelknopftechnik adaptiert.

Was passiert nach der Operation

Die Patienten bleiben in der Regel 4-5 Tage hospitalisiert. Dabei kriegen sie gelockerte Bettruhe verordnet, d.h. sie dürfen nur für die notwendigsten Verrichtungen aufstehen. Die bereits vor der Operation etablierte Antibiotikatherapie wird weitergeführt. Die eingelegten Drainagen werden erst dann entfernt, wenn sie kein Wundsekret mehr fördern.

Nach jedem Toilettengang und insbesondere nach dem Stuhlgang muss das Pflegepersonal verständigt werden. Vor allem bei sehr nahe am After gelegenen Wunden ist es wichtig, eine Verschmutzung durch Exkremente zu verhindern. Deshalb ist es ratsam, nach dem Stuhlgang den Verband zu kontrollieren und allenfalls zu wechseln.

Leider kann es immer zu einer Serombildung oder zu Hämatomen kommen. Bei einem Wundinfekt müssen gelegentlich die Hautfäden entfernt und somit die Wunde offengelassen werden. Die Wunde wird dann der sekundären Wundheilung überlassen. Gelegentlich kommt hier die sog. Vakuum-Therapie zu Anwendung.

Wie muss man sich zu Hause verhalten

Nach dieser Operation sollte man nicht lange sitzen und vor allem spreizende Bewegungen vermeiden. Auch sollte man sich nicht unnötig bücken. Während zwei Wochen sind das Betreiben von Sport und das Baden untersagt. In heiklen Fällen kann es sinnvoll sein, während insgesamt 4 Wochen sich konsequent zu schonen.

Im Falle einer Intrakutannaht entfällt eine Fadenentfernung. Bei Einzelknopfnähten werden die Hautfäden nach zwei Wochen entfernt. Die erste Nachkontrolle und die Fadenentfernung führe ich immer selbst durch, um die Wundheilung überprüfen zu können.

Bei Wiedereröffnen der Wunde und bei sekundärer Wundheilung bestellen wir die Patienten häufiger ein. Zur professionellen Nachbetreuung von offenen Wundbehandlungen schicken wir die Patienten in das Wundambulatorium der Klinik Beau-Site oder die Spitex übernimmt die Nachbehandlung.

Wie sieht der Langzeitverlauf aus

Nach erfolgter Wundheilung sollte man sich wieder normal bewegen können. Leider ist es nicht ausgeschlossen, dass sich später wieder ein Pilonidalsinus ausbilden kann. Nach den beiden oben beschriebenen Operationstechniken sollte dies aber selten der Fall sein, zumal auch die Narbe nicht mehr in der Rima ani befindet und diese deutlich abgeflacht worden ist. Beides sind Faktoren, wie man annimmt, die einer erneuten Pilonidalsinus-Erkrankung vorbeugen können.