

Behandling af pilonidalsygdom

Pilonidalsygdom (PS) i crena ani er en almindeligt forekommende tilstand med en incidens på 26 pr. 100.000 pr. år. Der er bred enighed om behandlingen af den akutte sygdom med lateral incision og drænage, hvorimod behandlingen af kronisk/kompliceret PS er mere kontroversiel og vil blive diskuteret her.

Ætiologien er fortsat usikker, men der er enighed om, at kompromitterede hårfollikler med epiteliiserede sinusåbninger i midtlinjen er omdrejningspunktet. Traditionelt har man opfattet hele området omkring crena som sygt og derfor baseret den kirurgiske behandling på vid excision med primær lukning eller åben, sekundær opheling. Denne behandling må anses for at være obsolet, da den er præget af dårlig heling, kompliceret postoperativt forløb og recidiver [1].

En nyere opfattelse af patologien er, at de kompromitterede hårfolliklers sinusåbninger invaderes af anaerobe bakterier fra det hypoksiske miljø i bunden af crena ani, hvilket forårsager infektion og okkluderende ødem. Folliklens efterfølgende brist ud i subcutis fører til dannelsen af den pilonidale absces. Hår, debris og luft suges ind i absceskaviteten efterfølgende og danner fistelgange sekundært hertil [2].

Den dybe crena anii og sinusåbningerne i midtlinjen opfattes således som ligeværdige og væsentligste faktorer i udvikling og vedligehold af PS. Behandlingen bør rette sig mod både den aktuelle manifestation og profylakse af recidiv, hvorfor begge faktorer bør eradikeres.

Der findes forskellige *off midline closure*-teknikker, der sigter mod netop dette. Det drejer sig om Y-V- eller Z-plastikker, Limbergklappen, Karydakis' *advancement flap* eller Bascoms *cleft lift* (BCL). I randomiserede studier har man fundet lavere recidivfrekvens, hurtigere heling og færre sårinfektioner ved brug af disse teknikker. Ingen af dem er de andre signifikant overlegen målt på ovennævnte parametre [3]. Plastikkerne er komplekse og kræver plastikkirurgisk erfaring, hvorfor de regelrette lateraliseringsteknikker (Karydakis og Bascom) har fundet større anvendelse. BCL har i denne sammenhæng den fordel frem for Karydakis, at kun epidermis, fistler og indhold excideres, hvorefter en 7-8 mm stor hudlap løftes over midtlinjen, og man gendanner crena i et højere niveau, med rigeligt understøttende væv.

I Danmark blev resultaterne af den første undersøgelse med 59 patienter, der blev behandlet med BCL for PS, publiceret i 2008 [4]. I 2010 publiceredes en spørgeskemaundersøgelse om behandlingen af PS på offentlige hospitaler og private klinikker i Danmark. Her fandt man, at man på 54% af afdelingerne på de offentlige sygehuse og 74% af de private klinikker stadig gennemførte midtlinjekirurgi i visse tilfælde. Endvidere fandt man en signifikant sammenhæng mellem kirurger med sparsom erfaring inden for pilonidalkirurgi og antallet af kirurger på en afdeling [5].

Der var således behov for oprettelse af dedikerede team og ensretning af behandlingen af PS, og på denne baggrund indførte man fra september 2010 nye retningslinjer i Region Midtjylland: Ved recidiv, manglende postoperativ heling efter to måneder eller ekstensiv manifestation af PS er det muligt at få vurdering med henblik på rekonstruktiv kirurgi ad modum BCL på Regionshospitalet Randers, hvor man har samlet kirurgien regionalt med resultater på internationalt niveau. Det er således vores erfaring, at der er en væsentlig gevinst ved denne form for organisering.

Vi anbefaler derfor Sundhedsstyrelsen at centralisere behandlingen af patienter med kompliceret PS ved at gøre det til en regionsfunktion.

LITTERATUR

1. McCallum IJ, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:868-71.
2. Bascom J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum* 1983;26:800-7.
3. Enriquez-Navascues JM, Empananza JI, Alkorta M et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. *Tech Coloproctol* 2014;18:863-72.
4. Bertelsen CA, Jørgensen LN. Bascoms operation for pilonidal cyste. *Ugeskr Læger* 2008;170:26-32.
5. Fabricius R, Petersen LW, Bertelsen CA. Treatment of pilonidal sinuses in Denmark is not optimal. *Dan Med Bull* 2010;57:A4200.

LEDER

Susanne Haas &
Allan Gorm Pedersen

Ugeskr Læger
2015;177:V66945

KORRESPONDANCE:

Allan Gorm Pedersen,
Kirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet Randers,
Skovlyvej 1,
8930 Randers NØ. E-mail:
allan.gorm@randers.rm.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på Ugeskriftet.dk