

# CHIRURGISCHE HERAUSFORDERUNGEN IM BERNER OBERLAND

Die Therapie des Sinus pilonidalis hat heute bei den jüngeren Patienten in Anbetracht ihrer Erwartungshaltungen einen schweren Stand. Dazu kommen die Ansprüche der modernen Chirurgie, die sichere Eingriffe ohne Komplikationen und Rezidive inklusive einfache und schmerzarme Nachsorge zur Rückkehr ins gewohnte Berufs- und Alltagsleben postulieren. Ganz wichtig ist es, den Patienten aktiv in die Verfahrenswahl der Therapie einzubeziehen.

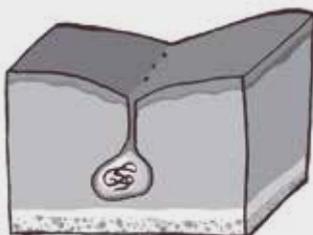
Erschwerend zur Therapie in dieser Tabuzone kommt hinzu, dass sie minimal invasiv und minimal traumatisierend sein soll, mit dem Resultat einer ästhetischen Narbe. Wir wissen zwar heute, dass die subkutanen Haar-Nester im Gesässspalt keine embryologischen Residuen sind; sondern erworbene Strukturen. Abgebrochene und eingewachsene Haare rufen durch Mikrotraumata und eine Fremdkörperreaktion Fistelgänge und schliesslich akute oder chronische Entzündungen hervor. Die Therapiewahl ist jedoch nicht so eindeutig wie die Anamnese. Jedes Verfahren birgt Risiken, potenzielle Komplikationen, Einschränkungen im Alltag und potentielle Rezidive. Diese sind jedoch bei den heute verfügbaren Therapie-Verfahren und ihren Kombinationen sehr unterschiedlich. Es lohnt sich somit, den Patienten und seinen Alltag aktiv in die Verfahrenswahl miteinzubeziehen.

Grundsätzlich stehen dem Chirurgen 4 Operationsansätze in verschiedenen Varianten und Abhängigkeiten zur Verfügung:

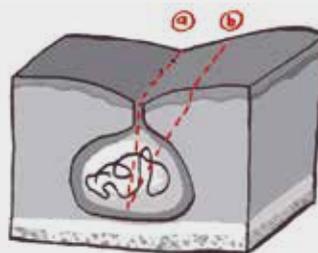
Eingriff	Akut	Subakut	Chronisch	Vorteil
Inzision	+	-	-	Einfacher, schneller Eingriff
Exzision mit offener Wundbehandlung	+	+	+	Geringste Patientenabhängigkeit
Exzision mit plastischer Deckung	(+)	+	+	Keine offene Wundbehandlung
Sinus-Fistulektomie	-	(+)	+	Minimales Operationstrauma

Ein Sinus pilonidalis kann sich klinisch wie folgt präsentieren:

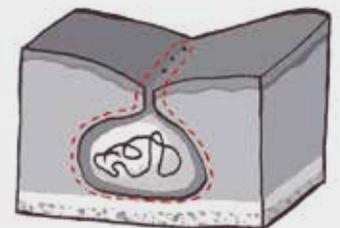
- Asymptomatischer Sinus
- Akut abszedierender Sinus pilonidalis
- Offene Wunde mit subakuter Entzündung nach Inzision (oder spontaner Entleerung)
- Chronisch sezernierende Fistel



1. Asymptomatischer Sinus (keine Therapie)



2. Inzision des akut entzündeten Pilonidalis  
a) Bevorzugt in der Mittellinie bei geplanter Exzision  
b) Bevorzugt seitlich bei vorgesehener späteren Sinus-Fistulektomie



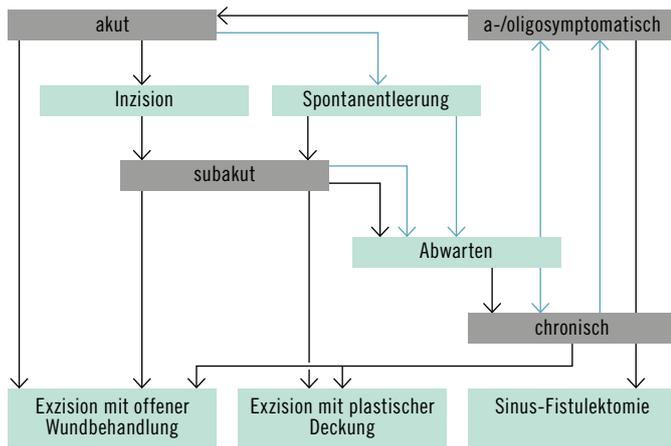
3. Exzision des Sinus pilonidalis bis auf die Faszie



**Silvio Gujer** | silvio.gujer@spitalfmi.ch  
 Spitäler fmi AG, Chefarzt Chirurgie Frutigen  
 Facharzt FMH Allgemeinchirurgie und Traumatologie

### Daraus entstehen mögliche Behandlungspfade

(blau = Spontanverläufe ohne Behandlung)

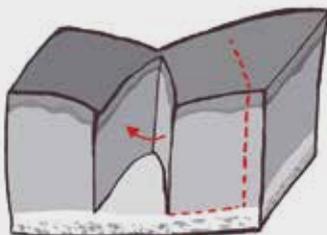


### Hier einige Überlegungen, die helfen, im Patientengespräch den optimalen Therapieansatz zu finden:

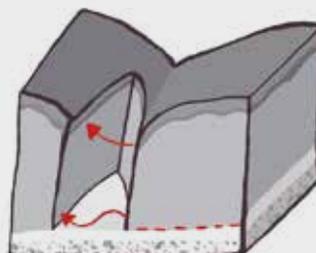
- Grundsatz gegenüber einer unrealistischen Erwartungshaltung des Patienten: Beim infizierten Pilonidalsinus kann es auch zu prolongierten Verläufen kommen.
- Einfache Inzisionen oder Spontanentleerungen führen langfristig zu einem chronischen Sinus pilonidalis, den jedoch die Patienten subjektiv durchaus als oligosymptomatisch wahrnehmen können.
- Die Arbeitsunfähigkeit wird initial durch die postinterventionellen Schmerzen verursacht. Anschliessend sind es vor allem die operationsspezifischen

Einschränkungen (z. B. Sitzverbot für 2–4 Wochen bei Lappenplastiken, tägliches Ausduschen), welche die Arbeitsunfähigkeit bedingen.

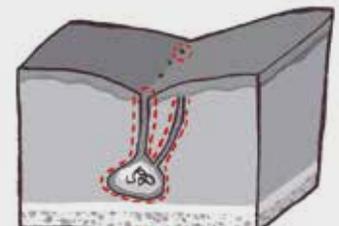
- Die plastischen Verfahren vermeiden zwar die langwierige (6–8 Wochen) offene Wundbehandlung, bedingen jedoch eine gute Compliance (auch im beruflichen Alltag).
- Plastische Verfahren benötigen meistens eine präemptive antibiotische Therapie für 5–7 Tage nach der plastischen Deckung.
- Die etablierten plastischen Deckungen (Naht ausserhalb der Mittellinie) haben unter anderem das Ziel (den erwünschten Nebeneffekt), die Tiefe der Gesässfalte zu vermindern, was unter Umständen zu einer signifikanten Änderung der Gesässkontur führt und die subjektive Gesäss-Wahrnehmung beeinträchtigen kann.
- Die offene Pilonidalsinus-Wunde ist ein «UN-Ding»: UNGewohnt und UNangenehm aber absolut UNgefährlich und UNkompliziert durch den Patienten selbst behandelbar.
- Die häufigste subjektive «Sinus-Erstmanifestation» ist ein akut entzündeter Sinus pilonidalis.
- Ein Termin zum «Therapie-Coaching» des Patienten für die Selbsttherapie bei offenen Wunden und für die Compliance bei Plastiken zwischen dem 3.–7. Tag postoperativ lohnt sich.
- Für alle Eingriffe sind die Monatshygieneprodukte des Detailhandels (Binden und Slip-Einlagen) in der Selbstpflege ab dem ersten Verbandswechsel einfacher als die meisten Medizinalprodukte.
- Die Rezidiv-Rate ist in der Literatur streng genommen nicht definiert. Kein Verfahren behandelt die Rezidiv-Gefahr so zuverlässig, wie das Älterwerden.



4. Plastische Deckung durch Limberg-Lappen nach Exzision des Pilonidalsinus



5. Plastische Deckung nach Karydakia



6. Sinus-Fistulektomie im chronischen Stadium