

Richtlijn sinus pilonidalis 2022 onder de loep

P. Quataert*

Achtergrond

Sinus pilonidalis komt regelmatig voor in Nederland. Jaarlijks vinden er ongeveer 8000 operaties plaats. De presentatie van de aandoening is zeer uiteenlopend van een beperkt aantal openingen in de middellijn van de bilnaad met geen of beperkte klachten (foto 1) tot een complexere vorm met uitgebreide ontsteking met fistelopeningen buiten de middellijn. Vaak wordt na genezing een recidief gezien. Er bestaat in Nederland nog geen classificatiesysteem voor sinus pilonidalis, laat staan een daarop afgestemde behandeling.



Foto 1. Pits mediaal.

Op initiatief van de Federatie Medisch Specialisten is de richtlijn Sinus pilonidalis in 2022 gepubliceerd (1). De richtlijn gaat over de diagnostiek (classificatie), behandeling en nazorg van patiënten met een sinus pilonidalis. Op 21 maart 2023 werd de richtlijn in samenwerking met V&VN Wondexpertise gepresenteerd tijdens een druk bezocht symposium in Zeist.

Classificatie

Hoe is sinus pilonidalis (SP) te onderscheiden van hidradenitis suppurativa (HS) (foto 2)?

In tegenstelling tot HS komen er bij SP geen recidiverende

Tabel 1: Classificatie sinus pilonidalis

Overweeg onderstaande stadiëring te gebruiken, totdat er een classificatiesysteem is ontwikkeld en gevalideerd in Nederland.

Stadium	Definitie
Simpele sinus pilonidalis	
Type I: Ia	Een of meer pits in het midden van de bilnaad zonder klachten.
Ib	Een of meer pits in het midden van de bilnaad met klachten.
Type II:	Acuut pilonidaal abces
Complexe sinus pilonidalis	
Type III:	Type Ib + een of meer sinusopeningen lateraal van de bilnaad. Deze sinusopeningen bevatten meestal granulatieweefsel, bloed en/of pus. Ze zijn meestal eenzijdig maar kunnen zich ook bilateraal presenteren.
	Overweeg de mogelijkheid van hidradenitis suppurativa als er meerdere laterale sinusopeningen zijn.
Recidiverende sinus pilonidalis	
Type IV:	Recidief sinus pilonidalis na eerdere chirurgische behandeling (exclusief drainage van abces)
Chronische niet genezende wond	
Type V:	Chronische (meestal hypergranulerende) niet genezende wond in het midden van de bilnaad na eerdere chirurgie



Foto 2. Hidradenitis.

ontstekingen voor in onder andere oksels en liezen. Belangrijk is hier naar te vragen bij alle patiënten die zich presenteren met een SP. Een positief antwoord hierop duidt op HS. Verwijs dan altijd naar de dermatoloog voor medebehandeling. Uit onderzoek blijkt dat bij 26% van de patiënten met HS tevens sinus pilonidalis voorkomt (1). Hoe vaak HS voorkomt bij sinus pilonidalis is echter onbekend omdat de diagnose HS vaak wordt gemist. Dit leidt tot een vertraging in het stellen van de diagnose van gemiddeld 7,2 jaar en daardoor tot een inadequate behandeling (1).

Chirurgische behandeling

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen asymptomatische en een symptomatische SP.

Asymptomatische sinus pilonidalis

Bij een asymptomatische SP, geen of zeer geringe klachten, is er geen reden om chirurgisch in te grijpen maar preventieve maatregelen te adviseren. Verder in dit artikel leest u hier meer over.

Symptomatische sinus pilonidalis

In de behandeling van SP heeft primaire wondgenezing voordelen en aanzien van secundaire wondgenezing, met

name voor de duur van de wondgenezing en de tijd tot hervatting van dagelijkse activiteiten. Het sluiten van een wond in de middellijn moet achterwege gelaten worden omdat dit in veel gevallen leidt tot infectie of dehiscentie van de wond en een hoog recidiepercentage. Overweeg bij patiënten met een simpele, niet geabce-deerde, symptomatische SP een minimaal invasieve behandeling zoals minimale incisie onder lokale verdoving. Indien hierna geen wondgenezing plaatsvindt wordt in Nederland ook regelmatig fenolisatie of laserbehandeling (foto 3) toegepast.

Overweeg bij patiënten met een complexe of recidiverende symptomatische SP een verschuivingsplastiek toe te passen. Er zijn diverse verschuivingsplastieken ontwikkeld om de wond primair te sluiten buiten de middenlijn met als doel de genezing van de wond na een operatie te optimaliseren. Binnen de beschreven technieken van verschuivingsplastieken wordt er onderscheid gemaakt tussen een incisie die het midden van de bilnaad doorkruist ('crossing the midline') (foto 4a en 4b) en een incisie die paramediaan van de bilnaad blijft ('off midline'). Het is de vraag of primaire wondgenezingstechnieken waarbij de incisie de middenlijn doorkruist ook meer risico op wondgenezingsstoornissen en recidieven hebben dan technieken die helemaal uit de middenlijn blijven.



Foto 3. Laser sinus pilonidalis.



Foto 4a. Crossing midline.



Foto 4b. Midline gesloten met drain.

Verwijs de patiënt door naar een centrum met expertise indien de ervaring in de eigen instelling ontbreekt. Bespreek de voor- en nadelen van de beschikbare technieken met de patiënt om samen tot een behandelkeuze te komen.

Wat is de plaats van laserontharing na operatie voor een sinus pilonidalis (foto 5)?



Foto 5. Laserbehandeling.

Momenteel is het onduidelijk of laserontharing na een operatie voor SP een recidief voorkomt. Daartegenover zijn er aanwijzingen dat een SP kan ontstaan door afgeknipte hoofdhaaren wat laserontharing mogelijk minder zinvol maakt. Een bijkomend advies aan patiënten met een SP of een in het verleden doorgemaakt SP is om na kappersbezoek de bilnaad goed schoon te douchen. Door het weinig wetenschappelijke bewijs is er variatie tussen ziekenhuizen in adviezen over deze methode van secundaire preventie.

Gezien de onzekerheid over de etiologie van een SP, de zeer lage kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek over effectiviteit van ontharing na een operatie en de kosten van laserontharing is de werkgroep van mening dat men terughoudend moet zijn met laserontharing na een operatie voor SP. Het valt te overwegen om laserontharing te adviseren aan patiënten die meermaals een recidief hebben gehad en een behaarde bilnaad hebben.

Behandeling niet genezende hypergranulerende wond



Foto 6. Hypergranulatie.

In de huidige praktijk zien we regelmatig dat wonden die ontstaan zijn na een operatie voor een SP moeizaam genezen en er hypergranulatie (foto 6) vormen. Momenteel is er een variatie in wondbehandeling voor dit specifieke ziektebeeld. Veel wonden worden gedebrideerd op operatiekamer of polikliniek. Maar ook niet-chirurgische wondbehandelingen met zalven en/of wondverbanden worden toegepast. Momenteel is er onduidelijkheid over wat de beste wondbehandeling is voor de niet genezende SP.

Aanbevelingen voor wondbehandeling zijn:

- Behandel een niet genezende SP bij voorkeur samen met een chirurg en een wondverpleegkundige.
- Behandel een niet genezende SP als andere complex genezende wond (foto 7a en 7b).
- Overweeg een verschuivingstechniek indien geen wondgenezing.

Primaire en secundaire preventie

Welke primaire en secundaire preventieve adviezen kunnen gegeven worden aan de patiënt, rekening houdend met de ontstaanswijze en risicofactoren van een sinus pilonidalis?

Primaire preventie

Overweeg de volgende adviezen voor primaire preventie te geven aan patiënten die een asymptomatische SP hebben, een symptomatische SP hebben zonder behandelingswens, en/of waarbij SP veel in de familie voorkomt:

- verwijder losse haren na kappersbezoek en na lichaamsontharing,
- scheer de bilnaad niet,
- houd de bilnaad schoon,
- reduceer gewicht bij obesitas,
- stop met roken



Foto 7a. Sinus pilonidalis 2 nov 22.



Foto 7b. Bijna genezen sinus pilonidalis 7 dec 22.

Conclusie

De richtlijn Sinus pilonidalis geeft een goede weergave over de (secundaire) preventie en behandeling van een patiënt met een SP. Er is nog een groot gebrek aan wetenschappelijk bewijs, zowel over de preventie als over de behandeling. Een mooi startpunt om meer bewijs te vinden is het gebruik van het classificatiesysteem naar de ernst van de sinus pilonidalis. Belangrijk is het onderscheid te maken tussen SP en HS om zodoende vertraging in wondgenezing te voorkomen. Bij SP met asymptomatische klachten wordt een chirurgische interventie afgeraden, preventieve adviezen staan voorop. Bij een SP met symptomatische klachten, niet bij een acuut abces, is het streven naar primaire wondgenezing het uitgangspunt. Wondbehandeling van een niet genezende met regelmaat hypergranulerende SP is identiek aan andere complex genezende wonden. Bij geen wondgenezing moet gedacht worden aan een verschuivingsplastiek uit te voeren in een specialistisch centrum. Laserbehandeling dient enkel te worden overwogen bij meermaals een recidief en bij behaarde billen. Er zijn aanwijzingen dat hoofdhaar ook (mede)oorzaak kan zijn van een SP. Preventie is dan ook belangrijk, deze bestaat uit goede hygiëne van de bilnaad, reductie van gewicht bij obesitas, stoppen met roken en voorkomen van langdurig zitten.

Literatuur

1. Richtlijn sinus pilonidalis **Startpagina - Sinus Pilonidalis - Richtlijn - Richtlijnen database**

** Peter Quataert, verpleegkundig specialist AGZ, wondexpertisecentrum ZorgSaam, Terneuzen lid WCS Commissie Decubitus*

voorkom langdurig zitten.

Secundaire preventie

Overweeg de volgende adviezen voor secundaire preventie adviezen te geven aan patiënten die een chirurgische procedure (exclusief incisie en drainage van een abces) voor een symptomatische SP (hebben) ondergaan:

Preoperatief

- stop met roken,
- reducereer gewicht bij obesitas.

Postoperatief

- identiek als bij asymptomatische SP.