

DE LIMBERG PLASTIEK: EEN GOED ALTERNATIEF BIJ UITGEBREIDE SINUS PILONIDALIS – BESCHRIJVING VAN EEN TECHNIEK

J.M. van Buijtenen, G.M.P. Diepenhorst, J.W.D. de Waard, D.J.A. Sonneveld*

Dit artikel is eerder gepubliceerd in het NTvH (2010;19; 269 -71) en is met toestemming van auteurs en redactie overgenomen.

INLEIDING

Sinus pilonidalis is een veel voorkomende afwijking met een hoge morbiditeit en een relatief grote kans op recidief na chirurgische behandeling. Na excisie van de onderliggende haarnestcyste kan men besluiten de wond geopend te laten en per secundam te laten genezen of deze primair te sluiten. Voor het primair sluiten zijn verschillende operatietechnieken beschreven waaronder zwaailaptechnieken als de Limberg plastiek met transpositie van een ruitvormige, fasciocutane flap. Een snellere wondgenezing en lagere morbiditeit zijn beschreven bij deze zwaailaptechniek in vergelijking tot het primair, mediaan sluiten van de wond (1). De Limberg plastiek lijkt met name geschikt voor het bedekken van grotere wondoppervlakken zoals na excisie van uitgebreide fistelcomplexen bij sinus pilonidalis. Dit artikel beschrijft de Limberg zwaailaptechniek aan de hand van een fotocasus (foto 1-4).

ACHTERGROND

Sinus pilonidalis kent een incidentie

van 26 per 100.000 en komt met name voor onder jong-volwassenen (2). In 1833 beschreef Herbert Mayo een haarbevattende sinus en in 1880 introduceerde Hodge voor het eerst de term pilonidalis (Latijn: pilus = haar en nidus = nest) (3). Over de exacte oorzaak bestaat nog onduidelijkheid, hoewel wordt aangenomen dat deze multifactorieel bepaald is. Factoren als de diepte van de intergluteale sulcus (waardoor haren ten gevolge van vacuümwerking de huid kunnen penetreren), beharingpatroon, overgewicht en de gevoeligheid van de huid dragen mogelijk bij aan het ontstaan van een sinus pilonidalis (4,5). Bij presentatie is er vaak reeds sprake van een uitgebreid fistelcomplex dat niet direct uitwendig zichtbaar is. De behandeling van een sinus pilonidalis bestaat uit radicale excisie van het onderliggende fistelcomplex met meenemen van de haarnestcyste. In de literatuur schat men de recidiefkans na het primair sluiten van de wond in de mediaanlijn op 7% tot 42% (4). Teneinde de kans op recidief te verkleinen bestaat ook de mogelijkheid om de wond na

excisie geopend te laten en deze zodoende secundair te laten genezen (6). Nadeel hiervan is echter de aanzienlijke morbiditeit: gemiddeld bedraagt de duur tot complete wondgenezing tenminste 6-8 weken waarbij vaak een intensieve wondverzorging noodzakelijk is. Na excisie van de haarnestcyste is het ook mogelijk de wond primair te sluiten om wondgenezing te bespoedigen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het in de mediaanlijn sluiten van de wond en lateralisierend sluiten (6). Om de wond lateralisierend te sluiten zijn verschillende plastieken beschikbaar zoals bijvoorbeeld de Limberg- of Bascom plastiek (5-8). Het gemeenschappelijke kenmerk van deze verschillende technieken is dat het proximale deel van de intergluteaal sulcus wordt geëgaliseerd. Hierdoor zal de vacuümwerking uitgaande van de bilspleet alsmede de kans op lokale infecties veroorzaakt door bacteriën uit dit vochtige milieu, verminderd worden (5-8).

Verschillende studies hebben aangetoond dat het primair sluiten van de wond na excisie leidt tot een snellere wondgenezing, kortere opnameduur, minder pijnklachten en ziekteverzuim en daardoor minder kosten (6-8). Het nadeel van primair sluiten van de wond is dat het een grotere kans op recidief met zich meebrengt (4,6). Desalniettemin toonde een recente meta-analyse aan dat lateralisierend sluiten een significant lager recidiefpercentage (1,4%) geeft in vergelijking tot mediaan sluiten (10,3%). Bovendien was na lateralisierend sluiten sprake van minder complicaties (met name wondinfecties) en een snellere wondgenezing dan bij het mediaan sluiten van de wond (6).

Schema 1.

De fistels in de mediaanlijn worden ruitvormig geëxciëerd waarna de wond spanningsloos gesloten wordt met een gelijkvormige zwaailap. De gemarkeerde punten (*) worden naar elkaar toe gebracht.

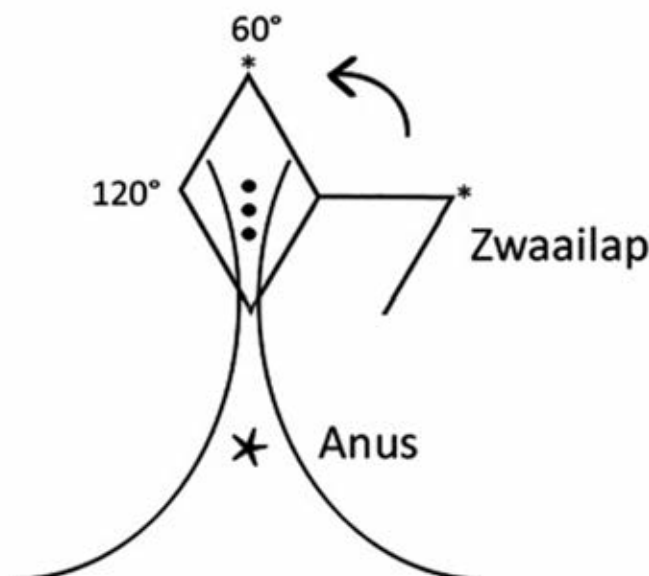




Foto 1. 31-jarige man met een reeds 7 jaar bestaand, ulcerend fistelcomplex. Bij lichamelijk onderzoek werd een uitgebreid chronisch ulcererend gebied geconstateerd met meerdere primaire en secundaire pilonidale fistelopeningen. MRI toonde een uitgebreid hoefijzervormig fistelcomplex van 12 bij 15 cm. De ruitvormige excisie en zwaailap links-lateraal hiervan zijn preoperatief afgetekend.



Foto 2. Wond na excisie van het fistelcomplex. De nog te mobiliseren zwaailap is nog net links te zien.



Foto 3. Resultaat na inhechten van de Limberg zwaailap. De zwaailap kon vrijwel spanningsloos worden ingehecht met achterlaten van twee drains. Postoperatief bleef de huidflap vitaal. Na 14 dagen werden de agraves verwijderd.



Foto 4. Het resultaat na 2 maanden. Er deed zich tot op heden geen recidief voor.

TECHNIEK

De Limberg zwaailaptechniek werd voor het eerst in 1946 beschreven door de Russische professor Alexander A. Limberg (1894 – 1974) in “Mathematical principles of local plastic procedures on the surface of the human body” (9). De techniek werd vooral ingezet bij maligniteiten van de huid die in het gelaat gelegen waren. Hoewel er verschillende modificaties van de Limberg plastiek zijn beschreven is de hedendaagse methode nagenoeg identiek aan de oorspronkelijk beschreven versie. De Limberg plastiek is door de jaren heen een betrouwbare en eenvoudig te leren techniek gebleken en geschikt voor de behandeling van (uitgebreidere) fistelcomplexen bij sinus pilonidalis. De wond wordt na ruitvormige excisie van het fistelcomplex, lateralisierend gesloten door transpositie van een gelijkvormige, fasciocutane zwaailap waarbij de intergluteale sulcus deels wordt opgeheven (schema 1). De zwaailap dient spanningsloos ingehecht te worden. Aangeraden wordt om drains achter te laten bij grotere plastieken ter voorkoming van accumulatie van seroom.

CONCLUSIE

Lateraliserende technieken zoals de Limberg plastiek gaan gepaard met een snelle wondgenezing, weinig complicaties en een laag recidiefpercentage. Indien na excisie van een uitgebreid sinus pilonidalis complex

gekozen wordt voor het primair sluiten, is een lateralisierende zwaailap-techniek volgens Limberg dan ook een goed alternatief (6). De Limberg plastiek kan ook bij een sinus pilonidalis met minder uitgebreide fistelcomplexen en recidieven worden overwogen.

LITERATUUR

1. Mahdi T. 2008; **surgical treatment of the pilonidal disease: primary closure or flap reconstruction after excision.** Dis Colon Rectum. 51: 1816–1822.
2. Søndenaa K, Andersen E, Nesvik I, Soreide JA. 1995; **patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease.** Int J Colorectal Dis. 10: 39–42.
3. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. 2003; **sacroccygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options.** Tech Coloproctol. 7: 3–8.
4. Akca T, Colak T, Ustunsoy B, Kanik A, Aydin S. 2005; **randomized clinical trial comparing primary closure with the Limberg flap in the treatment of primary sacroccygeal pilonidal disease.** Br J Surg. 92: 1081–1084.
5. Cihan A, Ucan BH, Comert M, Cesur A, Cakmak GK, Tascilar O. 2005; **superiority of asymmetric modified**

Limberg flap for surgical treatment of pilonidal disease. Dis Colon Rectum. 49: 244–249.

6. McCallum IJD, 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.
7. Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlandt TP, Ludwig K. 2002; **primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches.** Dis Colon Rectum. 45: 1458–67.
8. Bascom J, Bascom T. 2002; **failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures.** Arch Surg. 137: 1146–51.
9. Limberg AA. 1946; **mathematical principles of local plastic procedures on the surface of the human body.** Leningrad, Medgis.

***Jesse van Buijtenen, AIOS chirurgie, G. Diepenhorst, AIOS chirurgie, J.de Waard, chirurg, D. Sonneveld, chirurg, afdeling chirurgie, Westfriesgasthuis, Hoorn.**