Titel: Huidige behandeling van sinus pilonidalis in Nederland: een landelijke enquête onder chirurgen en chirurgen in opleiding.

Auteurs:

H.A. Galema MD, PhD kandidaat afdeling Heelkunde en KNO-heelkunde, Erasmus MC

Adres: Doctor Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam

W.J. Vles MD, PhD, Gastro-intestinaal chirurg, Ikazia ziekenhuis

Adres: Montessoriweg 1, 3083 AN Rotterdam

M.P. Gosselink MD, PhD, Gastro-intestinaal chirurg, Dr. Horacio E. Oduber Hospitaal

Adres: Dr. Horacio E. Oduber Hospital Boulevard 1, Oranjestad, Aruba

R. Schouten MD, PhD, Gastro-intestinaal chirurg, Flevoziekenhuis

Adres: Hospitaalweg 1, 1315 RA Almere

R.M. Smeenk MD, PhD, Gastro-intestinaal chirurg, Albert Schweitzer ziekenhuis

Adres: Albert Schweitzerplaats 25, 3318 AT Dordrecht

B.R. Toorenvliet MD, PhD, Gastro-intestinaal chirurg, Ikazia ziekenhuis

Adres: Montessoriweg 1, 3083 AN Rotterdam

Corresponderend auteur: H.A. Galema, tel nr: 06-40362022, e-mail: h.galema@erasmusmc.nl

Introductie

Sinus pilonidalis is een frequent voorkomende aandoening die veel ziektelast en -verzuim kan geven. Een groot aantal chirurgische technieken is beschreven in de literatuur. De hypothese is dat er in Nederland veel praktijkvariatie is.

Methode

Een online enquête werd gestuurd naar alle 1684 actieve leden van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Respondenten werden gevraagd naar hun huidige behandeling van sinus pilonidalis, hun tevredenheid met de huidige behandeling en of zij een richtlijn noodzakelijk achten.

Resultaten

In totaal werden 595 complete responses verkregen. Excisie met secundaire wondgenezing wordt het meest toegepast voor alle vormen van sinus pilonidalis (42%). Een verscheidenheid aan off-midline en minimaal invasieve technieken wordt in mindere maten toegepast. Van de respondenten verklaart 22.5% volledig tevreden te zijn met de huidige behandeling en heeft 82.4% behoefte aan een richtlijn.

Conclusie

Er heerst in Nederland veel praktijkvariatie voor de behandeling van sinus pilonidalis. De grote meerderheid van de huidige chirurgen (in opleiding) is op dit moment niet volledig tevreden met de huidige behandeling en heeft behoefte aan een richtlijn.

Introductie

Sinus pilonidalis is een veel voorkomende aandoening met een incidentie van ongeveer 8000 patiënten per jaar in Nederland1. Het is aandoening met een grote ziektelast bij een veelal jonge patiëntenpopulatie2.

Voor de behandeling van een symptomatische sinus pilonidalis wordt bijna altijd een vorm van chirurgie toegepast. In de literatuur zijn zeer veel chirurgische technieken beschreven. Deze technieken variëren van minimaal invasieve behandeling tot excisie technieken met primaire- of secundaire wondgenezing. Van oudsher wordt een ‘standaard’ excisie van de sinus toegepast, gevolgd door sluiten van de wond in de middellijn of secundaire wondgenezing. Omdat uit diverse klinische studies bleek dat sluiten in de middellijn slechte uitkomsten geeft3 werden zogenaamde ‘off-midline’ technieken beschreven. Met deze technieken wordt door middel van een verschuivingsplastiek de wond buiten de middellijn van de bilnaad gelegd. De meest onderzochte voorbeelden van deze off-midline technieken zijn de Karydakis, Limberg/Dufourmentel en Bascom 2 (Cleft Lift) plastieken. Recenter is er een aantal minimaal invasieve chirurgische technieken in opkomst. Hierbij wordt de sinus via de pits gecuretteerd (pit picking). Aanvullend kan laser- of fenol therapie toegepast worden. Na pit picking kan de sinus vanuit de diepte genezen zonder dat een grotere excisie nodig is. Ook de Bascom 1 techniek en deroofing worden geschaard onder de minimaal invasieve behandelingen.

De hypothese is dat er veel praktijkvariatie is in Nederland, terwijl de impact van deze behandelingen op de kwaliteit van leven van de patiënt sterk kan verschillen. Het doel van deze enquête is om de huidige chirurgische praktijk en tevredenheid voor de behandeling van sinus pilonidalis in Nederland in kaart te brengen.

Methode

Een online enquête werd opgesteld met gebruik van https://surveymonkey.com. De volgende kenmerken van de respondenten werden verzameld: functie, chirurgische differentiatie, regio van huidig ziekenhuis, en het aantal jaarlijks uitgevoerde operaties voor sinus pilonidalis per chirurg en per ziekenhuis.

Er werden 12 vragen gesteld over het peri-operatieve beleid voor sinus pilonidalis. De te kiezen chirurgische technieken waren: 1. excisie van de sinus met secundaire wondgenezing 2. excisie van de sinus met primair sluiten in de middellijn 3. Bascom 2 (Cleft Lift) 4. Karydakis 5. Limberg/Dufourmentel 6. excisie van de sinus met sluiten buiten de midline (niet nader omschreven) 7. pit picking 8. pit picking met fenolisatie 9. pit picking met laser 10. Bascom 1 (pit picking met laterale drainage) 11. deroofing. Behandelingen 1 en 2 vormen de groep ‘excisie technieken’, behandelingen 3 t/m 6 vormen de groep ‘off-midline technieken’ en behandelingen 7 t/m 11 vormen de groep ‘minimaal invasieve technieken’. Tot slot werden respondenten gevraagd naar hun tevredenheid met de huidige behandeling, de noodzaak van een richtlijn voor sinus pilonidalis en de noodzaak voor een classificatie systeem.

De enquête werd per e-mail verspreid onder alle chirurgen (in opleiding). Er waren op dat moment 1684 actieve leden van de NVvH, waarvan 1343 chirurgen en 341 chirurgen in opleiding. Exclusie criteria waren: incomplete responses, responses door gepensioneerde chirurgen en responses door chirurgen actief in het buitenland.

Verkregen data werd geanalyseerd met gebruik van IBM SPSS statistics (Armonk, New York, Verenigde staten) versie 24.0. Beschrijvende statistiek werd toegepast.

Resultaten

In totaal werden 799 responses verkregen (35.3% respons ratio). Op basis van een incomplete reactie werden 186 reacties geëxcludeerd, 26 reacties omdat de respondent aangaf niet praktiserend te zijn en 10 omdat de respondent aangaf in het buitenland werkzaam te zijn. Zo werden 595 responses geïncludeerd voor verdere analyse. Tabel 1 toont alle kenmerken van de respondenten.

Een asymptomatische sinus pilonidalis wordt door een klein deel van de respondenten chirurgisch behandeld. De aanwezigheid van infectie of pus (80.1%), een laterale sinus (61.6%) en de vermoedelijke grootte van de sinus (61.1%) zijn eigenschappen die volgens veel respondenten belangrijk zijn voor de inschatting van de ernst van ziekte. Tabel 2 toont alle vragen en antwoorden van de respondenten omtrent het peri-operatieve beleid voor de behandeling van sinus pilonidalis.

Van de respondenten maakt 54% gebruik van een excisie techniek (figuur 1: blauwe tinten), 24% van een off-midline techniek (figuur 1: groene tinten) en 22% van een minimaal invasieve behandeling (figuur 1: oranje tinten). Binnen de excisie technieken past meer dan drie kwart secundaire wondgenezing toe en de rest sluit in de middellijn. De helft van de chirurgen die een off-midline techniek toepast, specificeert niet welke techniek ze gebruiken. Binnen de groep minimaal invasieve behandelingen maakt de helft gebruik van pit picking met fenolisatie.

Wanneer wordt gecategoriseerd voor ernst van ziekte blijft een excisie techniek de behandeling van voorkeur. Off-midline technieken worden met name toegepast bij recidief ziekte en minimaal invasieve behandeling met name bij milde ziekte (tabel 3).

Twee en twintig procent (22.5%) van de respondenten is volledig tevreden met de huidige behandeling van sinus pilonidalis (figuur 2). Meer dan 80% (82.4%) van de respondenten heeft behoefte aan een Nederlandse richtlijn voor de behandeling van sinus pilonidalis. Meer dan 50% (51.4%) van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan een classificatie voor sinus pilonidalis. Momenteel gebruikt bijna geen enkele ondervraagde chirurg of chirurg in opleiding (0.5%) een classificatie systeem om de ernst van ziekte in te schatten.

Discussie

Deze landelijke enquête betreffende de behandeling van sinus pilonidalis in Nederland toont aan dat er veel praktijkvariatie bestaat. De enquête werd op basis van het aantal responses en de eigenschappen van de respondenten representatief geacht.

 Ongeacht de ernst van de sinus pilonidalis, bleek excisie met secundaire wondgenezing de meest toegepaste behandeling. De operatie is snel, gemakkelijk uit te voeren en de leercurve is kort. Het percentage recidieven is 16.5% na vijf jaar4. De tijd tot wondgenezing is gemiddeld zeventig dagen3, waarbij de tijd toeneemt met de grootte van de excisie. Deze lange tijd wordt als zeer invaliderend ervaren vanwege de pijn en het ongemak tijdens liggen, zitten en sporten. Het is daarom opmerkelijk dat deze techniek nog steeds zo populair is. Wat opvalt is dat juist bij ernstige sinus pilonidalis vaker voor deze behandeling wordt gekozen, waarbij het vaak ook om een groter gebied gaat. Hierbij zal de wondgenezing dus nog langer duren, en daardoor nog meer invaliderend zijn.

De andere excisie techniek, excisie met sluiten in de middellijn, wordt door 12% van de respondenten toegepast. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze techniek slechte resultaten geeft. Zo geeft het twee keer meer recidieven dan secundaire wondgenezing. Tevens treden drie tot vier keer meer wondinfecties op dan bij off-midline technieken3,4,5. Primair sluiten in de middellijn wordt daarom in de meest recente Duitse en Amerikaanse richtlijn afgeraden6,7. Ook in Nederland zou deze behandeling onzes inziens niet meer moeten worden toegepast.

Off-midline technieken worden in minder dan een kwart (24%) van de behandelingen toegepast en met name bij ernstige (24.7%) en recidief (31.2%) sinus pilonidalis. De helft gebruikt een techniek die niet nader is omschreven. De andere helft maakt gebruik van de Karydakis, Limberg/Dufourmentel of Bascom 2 techniek. Opvallend is dat deze chirurgische technieken minder worden toegepast dan excisie met secundaire wondgenezing. De wondgenezing van off-midline technieken is namelijk aanzienlijk korter (gemiddeld 43 dagen), waardoor patiënten sneller hun dagelijkse bezigheden kunnen hervatten5. In tegenstelling tot secundaire wondgenezing, neemt bij off-midline technieken de tijd tot wondgenezing niet toe bij een meer uitgebreide sinus. Het percentage recidieven ligt na vijf jaar rond de 10%4. Off-midline technieken lijken dus beter te zijn dan excisie met secundaire wondgenezing. Een recente Duitse review adviseert deze behandelingen daarom voor uitgebreide en recidief ziekte8. Het beperkt toepassen van deze behandelingen in Nederland is mogelijk vanwege de relatieve onbekendheid bij de chirurgen. Wellicht dat er binnen de opleiding tot chirurg meer aandacht besteed dient te worden aan deze technieken. Sinus pilonidalis heeft namelijk een grote ziektelast, waarbij patiënten mogelijk gebaat zijn bij een chirurg die bekend is met meer technieken dan alleen excisie.

Minimaal invasieve behandelingen worden in 22% van de gevallen toegepast. Het gaat in deze groep meestal om pit picking, eventueel met aanvullende behandeling zoals laser- of phenoltherapie. Met name voor de milde sinus pilonidalis wordt deze behandeling toegepast (37.2%), waarschijnlijk omdat meer invasieve technieken zoals excisie niet wenselijk worden geacht voor beperkte ziekte. Het voordeel van deze technieken is de kortere duur van wondgenezing en sneller hervatten van dagelijkse bezigheden. Het aantal recidieven ligt mogelijk wel hoger4. Toch worden minimaal invasieve behandelingen steeds meer gebruikt en lijken ze met name een plaats te hebben in de behandeling van de mildere sinus pilonidalis. Off-midline technieken zouden achter de hand gehouden kunnen worden voor patiënten waarbij een minimaal invasieve behandeling heeft gefaald.

Meer dan 20% van de respondenten behandelt een asymptomatische sinus pilonidalis chirurgisch. Er is echter geen bewijs dat dit nodig is en derhalve wordt dit afgeraden in buitenlandse richtlijnen6,7. Definitieve ontharing wordt door 75% van onze respondenten aangeraden aan hun patiënten, waarvan het grootste deel met laser. Het scheren van de bilnaad wordt door ongeveer de helft van de respondenten aanbevolen na succesvolle genezing. Uit diverse studies blijkt echter dat scheren het risico op een recidief juist verhoogt en dat scheren daarom zou moeten worden afgeraden9,10. Ook een recente systematic review van Nederlandse collega’s toonde een lager percentage recidieven na ontharing met laser (9.3%) dan na scheren (23.4%)9.

Het is opvallend dat minder dan een kwart (22.5%) van de Nederlandse chirurgen en AIOS op dit moment volledig tevreden is met hun huidige behandeling van de sinus pilonidalis. De meerderheid (82.4%) geeft aan behoefte te hebben aan een richtlijn en de helft (51.4%) geeft aan een classificatie systeem te willen gebruiken. Recent is een werkgroep opgericht die is begonnen met de vormgeving van een richtlijn. Een richtlijn en een classificatiesysteem zouden houvast kunnen geven voor de keuze van behandeltechniek, gebaseerd op de uitgebreidheid van de ziekte. In de internationale literatuur zijn een aantal classificaties voor sinus pilonidalis beschreven. Echter is geen enkele classificatie ooit gevalideerd voor gebruik11. Er zal dus consensus bereikt moeten worden over welke ziekte karakteristieken een ernstiger beloop voorspellen, en welke sinus pilonidalis dus agressiever behandeld dient te worden.

In conclusie, de praktijkvariatie voor de behandeling van sinus pilonidalis in Nederland is op dit moment groot. Minimaal invasieve behandelingen, die veelbelovend lijken, worden in Nederland op kleine schaal toegepast. Ook de verschillende off-midline technieken worden weinig gebruikt. Excisie van de hele sinus met open laten van de wond is nog steeds de meest gebruikte behandeling, waarbij we ons moeten afvragen of er in veel gevallen geen beter alternatief is. Er is op dit moment veel behoefte aan een Nederlandse richtlijn voor de behandeling van sinus pilonidalis. Recent is begonnen met de vormgeving hiervan. Mogelijk dat door de ontwikkeling van deze richtlijn, inclusief een geschikt classificatie systeem, de trends van behandeling verder zullen verschuiven richting behandelingen met een sneller herstel, minder recidieven en derhalve betere kwaliteit van leven voor patiënten.