Behandlung des Pilonidalsinus mit Phenolapplikation und ursächliche Faktoren der Rezidiventstehung

Kaymakcioglu N, Yagci G, Simsek A, et al. Treatment of pilonidal sinus by phenol application and factors affecting the recurrence. Tech Coloproctol 2005;9:21–4.

Fragestellung und Hintergrund: Die Phenolinjektion, eine weniger invasive Methode, ist für die Behandlung des Sinus pilonidalis immer beliebter geworden. Es wird berichtet, dass Rezidivraten nach der Anwendung von Phenol geringer sind als nach anderen operativen Methoden.

Patienten und Methode: In dieser Studie wurde 80%iges Phenol bei 143 Patienten mit Sinus pilonidalis eingesetzt. Zur Ermittlung von Rezidiven wurden die Patienten 1, 3, 6, 12 und 24 Monate nach der Phenolanwendung reevaluiert. Alter, Geschlecht, Hautfarbe, Beruf, Haarverteilung, Beschwerden, makroskopische Beurteilung der Veränderungen, Pouch-Volumen, mikrobiologische Resistenz, Komplikationen der Phenolinjektion, Heilungsdauer und Rezidive wurden bestimmt.

Ergebnisse: Die mittlere Dauer des Follow-up betrug 24 Monate mit einer Rezidivrate von 8,3% (zwölf von 143 Patienten). Das Volumen des Gangsystems und die Anzahl der Gangöffnungen wurden als die Faktoren bestimmt, die sich signifikant auf das Auftreten von Rezidiven auswirken ($p < 0,05$).

Schlussfolgerung: Die Injektion von 80%igem Phenol ist ein idealer Ansatz für die konservative Behandlung des Sinus pilonidalis. Diese Studie bestätigt, dass dies eine effektive und preiswerte Methode mit geringer Rezidivrate ist.

Kommentar

Die Autoren berichten, dass nach Phenolapplikation in einen Pilonidalsinus die Rezidivrate mit 8,3% geringer ist als die nach operativen Methoden. Die Methode wurde erstmals 1938 von Block beschrieben [1] und 1964 von Maurice und Greenwood wieder entdeckt [5]. Das Phenol zerstört die Epithelauskleidung und das Granulationsgewebe durch Verätzung. Hegge et al. sahen eine Rezidivquote von 6,3% [3], Shorey von 10% [7], Vara-Thorbeck et al. von 16,1% [8], während Schneider et al. Rezidive in 40% der Fälle ermittelten [6]. Letztere Arbeit wird von den Autoren leider nicht zitiert. Außerdem ist anzumerken, dass wegen der hohen Toxizität des Phenols und einer möglichen Resorption diese Methode heute obsolet ist. Die Aufbereitungsmonografie der Kommissionen B7 beim Bundesgesundheitsamt (vom 22.04.1991) schreibt über Phenol: „Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand ist die Verwendung von Phenol zu therapeutischen Zwecken, z.B. zur Haut- und Wunddesinfektion, nicht gerechtfertigt. In Anbetracht des relativ hohen toxikologischen Potenzials darf Phenol nicht als Wirkstoff verwendet werden“ [2].

Insgesamt ist also festzuhalten, dass bei der Phenolmethode die Rezidivquote je nach Autor zwischen 6,3 und 40% schwankt. Über die Rezidivraten nach operativem Vorgehen haben wir

jüngst eine Übersichtsarbeit publiziert [9]. Wir fanden insgesamt vier randomisierte kontrollierte Studien, in denen die Rezidivquoten nach Operation mit sekundärer und primärer Wundheilung verglichen wurden. Die Rezidivquote nach Exzision mit primärer Naht ist doppelt so hoch wie nach Exzision mit sekundärer Wundheilung. Die geringste Rezidivquote von 0 bis 13% wird bei Exzisionen und sekundärer Wundheilung erzielt. Es muss jedoch erwähnt werden, dass bei diesem Verfahren eine längere, unter Umständen mehrmonatige Heilungsdauer mit entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten toleriert werden muss [4].

Als Fazit ist zu konstatieren: Bei der Phenolmethode liegt die Rezidivrate zwischen 6,3 und 40%, bei der Exzision mit sekundärer Wundheilung beträgt sie 0 bis 13%. Die von den Autoren geäußerte Meinung, erstere Methode bedinge weniger Rezidive als die zweite, ist so nicht aufrechtzuerhalten.

Literatur

1. Block LH. Pilonidal sinus: sclerosing method treatment. Arch Surg 1938;37:112–4.
2. Bundesanzeiger Nr. 102 vom 07.06.1991.
3. Hegge HG, Vos GA, Patka P, et al. Treatment of complicated or infected pilonidal sinus disease by local application of phenol. Surgery 1987;102:52–4.
4. Kronberg O, Christensen K, Zimmermann-Nielson C. Chronic pilonidal disease: a randomized trial with a complete 3-year follow-up. Br J Surg 1985;72:303–4.
5. Maurice BA, Greenwood RK. A conservative treatment of pilonidal sinus. Brit J Surg 1964;51:510–2.
6. Schneider IH, Thaler K, Köckerling F. Treatment of pilonidal sinuses by phenol injection. Int J Colorectal Dis 1994;9:200–2.
7. Shorey BA. Pilonidal sinus treated by phenol injection. Br J Surg 1975;62:407–8.
8. Vara-Thorbeck R, Mekinassi K, Berchid S: Phenol treatment of pilonidal sinuses. Zentralbl Chir 1990;115:777–80.
9. Wienert V. Knowledge-based therapy of the pilonidal sinus. Eur Surg 2004;36:166–7.

Univ.-Prof. Dr. med. Volker Wienert, Aachen