

# Pilonidalsinus i naveln – ovanlig diagnos eller stort mörkertal?

## KONSERVATIV BEHANDLING MISSLYCKADES – KIRURGI BLEV NÖDVÄNDIG

**Rehan Chakari**, leg läkare, VO plastikkirurgi och käkkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
 ● rehan.chakari@gmail.com

**Dan Razavi**, överläkare, plastisk- och allmänkirurgi, kirurgkliniken, Lasarettet i Enköping

**Fredrik Huss**, docent, överläkare, VO plastikkirurgi och käkkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Ordet **pilonidalsinus** härstammar från latin, pilus (hår) och nidus (bo) [1]. Den exakta patofysiologin vid formation av pilonidalsinus är inte kartlagd. Det spekuleras kring att pilonidalsinus uppstår när hår penetrerar epidermis och ger upphov till en främmandekroppsreaktion i huden med formation av en sinus som omges av granulationsvävnad [2]. Det är vanligast förekommande i sakrokoccygealregionen men förekommer även på andra lokaler, som armhålan, perineum, suprapubisområdet, fotsulan, på en amputationsstump till en extremitet och i naveln [3]. Incidensen av pilonidalsinus är ca 26 per 100 000 invånare och år [2].

Man tror att håravfall från bröst eller buk penetrerar huden i navelfördjupningen och orsakar en inflammatorisk främmandekroppsreaktion. Det inflammatoriska svaret med ödembildning orsakar i sin tur en förträngning av navelöppningen med en resulterande cystkavititet. Vid tillkomst av infektion bildas en varansamling med en böld/abscess som följd [4].

### »Pilonidalsinus i naveln ses oftast bland män, unga individer med hårig kropp, åtsittande kläder, djup navel eller dålig personlig hygien ...«

Pilonidalsinus i naveln ses oftast bland män, unga individer med hårig kropp, åtsittande kläder, djup navel eller dålig personlig hygien [4, 5]. Den vanligaste predisponerande faktorn är hirsutism. Patienter med pilonidalsinus besväras ofta av smärta och blodig eller purulent sekretion från naveln [1, 5]. Vid feber, lokal ömhet och rodnad ska man misstänka abscessbildning [3]. Diagnosen ställs kliniskt med en tydlig anamnes enligt ovan och undersökning med god belysning där huden i naveln retraheras för att visualisera framträdande håransamling i djupet av kaviteten [6]. Eftersom de flesta läkare inte är medvetna om diagnosen finns det sannolikt ett stort mörkertal [3].

Differentialdiagnoser är navelbräck, endometriosis (hos kvinnor), metastaserande tumörer (Sister Mary Joseph's nodule), urakusrest, pyogent granulom och upprepade omfalliter [1, 4, 5].

Behandlingen är inte helt kartlagd, och det finns inga kliniska riktlinjer. De flesta studier/fallbeskrivningar rekommenderar i första hand konservativ be-

handling med personlig hygien samt rakning av hår runt omkring naveln för att förhindra återfall. Vid återfall förordas total kirurgisk excision av navelregionen inkluderande pilonidalsinus/-cysta och rekonstruktion av naveln i senare skede [1, 3-5, 7].

### Fallbeskrivning

En tidigare frisk 18-årig man remitterades till kirurgmottagningen från vårdcentralen då han i ett halvår haft besvär med blodtillblandat, guldfärgat, illaluktande sekret från naveln och periodvis förvärring med tilltagande sekretion, svullnad och smärta. Under dessa perioder hade han behandlats med upprepade antibiotikakurer, både flukloxacillin och cefadroxil, utan vidare effekt. Sårödling hade endast visat växt av hudflora.

Vid klinisk undersökning på kirurgmottagningen retraherades huden, och det växte rikligt med hår ur en liten öppning. Löst hår avlägsnades med pincett, och man kunde skymta en rosaaktig granulationsvävnad under. Patienten var magerlagd och väl behårad på bålen. En misstanke om pilonidalsinus väcktes. Patienten fick strikta instruktioner om att hålla området hårfritt och rengöra det dagligen. Trots detta återkom patienten till mottagningen upprepade gånger under en 6-månadersperiod för såromläggning. Han genomgick även en skiktröntgen med kontrast, där man endast kunde säkerställa ökad densitet i navelregionen och utesluta alternativa diagnoser.

Misslyckandet med konservativ behandling resulterade i att man började diskutera kirurgiska lösningar med patienten. Man beslutade sig för att endast ta bort sinus efter kartläggning med sond.

Vid återbesöket efter operation kvarstod patientens besvär med illaluktande sekretion och blodtillblandning. Fallet diskuterades i kollegiet tillsammans med plastikkirurg. Litteraturen granskades, och man före-

### HUVUDBUDSKAP

- Pilonidalsinus i naveln är en ovanlig diagnos och lätt att missa.
- Tillståndet kännetecknas av utväxande hår och sekretion från navelregionen.
- Vid rätt diagnos hjälper konservativ behandling med såromläggningar och personlig hygien i de flesta fall.
- Om konservativ behandling misslyckas kan kirurgi med excision av navelregionen och primär förslutning bli nödvändig.



**Figur 1.** Under operationen ritade man ut en stor ovalär excision med 2 cm marginal på vardera sida om naveln.



**Figur 2.** Excisionen gick ned till muskelhinnan och inkluderade navelrafe och hela pilonidalcystan.

slog total excision av navelregionen inkluderande kvarvarande pilonidalsinus.

Under operationen ritade man ut en stor ovalär excision med 2 cm marginal på vardera sidan om naveln (Figur 1). Excisionen gick ned till muskelhinnan och inkluderade navelrafe och hela pilonidalcystan (Figur 2). Hudlambåerna förslöts med 3-0 Vicryl enkla suturer i Scarpas fascia och 3-0 Monocryl intrakutant. Preparatet eftergranskades, och PAD visade bild som vid pilonidalsinus.



**Figur 3.** Patienten var på återbesök efter 2 månader och var då helt besvärsfri.

Figur 3 visar patienten på återbesök efter 2 månader, och han var då helt besvärsfri. Uppföljande telefonsamtal hölls 6 månader postoperativt och patienten var fortsatt besvärsfri.

### »Vid återfall förordas total kirurgisk excision av navelregionen inkluderande pilonidalsinus/-cysta ...«

Uppföljningstiden 6 månader är dock för kort för att utvärdera långtidsresultat. Tidigare studier som publicerats har haft uppföljningstider på 12-34 månader utan noterade återfall [4, 6, 7]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2023;120:23082*

#### REFERENSER

1. Coşkun A, Buluş H, Faruk Akıncı Ö, et al. Etiological factors in umbilical pilonidal sinus. *Indian J Surg.* 2011;73(1):54-7.
2. Oueidat D, Rizkallah A, Dirani M, et al. 25 years' experience in the management of pilonidal sinus disease. *Open J Gastroenterol.* 2014;4(1). doi: 10.4236/ojgas.2014.41001.
3. Eryılmaz R, Şahin M, Okan I, et al. Umbilical pilonidal sinus disease: predisposing factors and treatment. *World J Surg.* 2005;29(9):1158-60.
4. Meher S, Mishra TS, Sasmal PK, et al. Umbilical pilonidal sinus: a report of two cases and recent update of literature. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(9):PD20-2.
5. Akkapulu N, Tanrikulu Y. Umbilical pilonidal sinus: a case report. *J Med Cases.* 2011;2(6):272-4.
6. Al-Kadi AS. Umbilical pilonidal sinus. *Int J Health Sci (Qassim).* 2014;8(3):307-10.
7. Fazeli MS, Lebaschi AH, Adel MG, et al. Evaluation of the outcome of complete sinus excision with reconstruction of the umbilicus in patients with umbilical pilonidal sinus. *World J Surg.* 2008;32(10):2305-8.

## SUMMARY

### Umbilical pilonidal sinus – a rare disease?

Umbilical pilonidal sinus is a rare diagnosis which is characterized by an inflammatory granulomatous reaction to hair shafts penetrating the epidermis. It is most often seen in adolescent male with a hairy abdomen. The patients often present with a history of pain and umbilical discharge. Conservative treatment with hair extraction and personal hygiene is prioritized and surgery is only recommended in recurrent cases. Here one such case is presented, which was resistant to conservative treatment and where surgical excision and primary repair was indicated. No recurrence was observed 6 months postoperatively.