

Fistola e ascesso perianale

Le fistole perianali sono piccoli tunnel che mettono in comunicazione la cute intorno all'ano (orifizio esterno) con l'interno del canale anale (orifizio interno). In genere sono precedute da un ascesso perianale e cioè da una suppurazione della cute perianale che si apre all'esterno, spontaneamente o tramite incisione chirurgica. In genere non guariscono spontaneamente anche se esiste la possibilità di guarigione senza intervento (10-15 % dei casi).

Il percorso che mette in comunicazione i due orifizi può essere molto vario: può essere 1) "superficiale" o sottomucoso, 2) intersfinterico, 3) transfinterico, interessando entrambi i muscoli del complesso sfinteriale (interno ed esterno). Le fistole che coinvolgono più del 30% dello sfintere anale esterno vengono definite fistole complesse.

Gli accessi invece si distinguono in 1-perianale, 2- ischiorettale, 3-intersfinterico, 4-sopraelevatorio, a seconda della sede anatomica colpita.

Cause

Non completamente chiarite. Forse la causa primitiva é una infezione delle ghiandole del canale anale che vanno incontro ad ascessualizzazione per cause sconosciute. Dall' ascesso alla fistola il passo é breve, in quanto il pus cerca una via di uscita all'esterno attraverso la cute intorno all'ano.

Sintomi

L'ascesso, come detto é la fase iniziale. Il paziente avverte un dolore in sede anale che aumenta gradatamente. Nel giro di ore o giorni si forma , vicino all'ano, una zona arrossata, dura e molto dolente accompagnata quasi sempre da febbre alta.

La fistola é la fase seguente, quando l'ascesso si rompe, spontaneamente o tramite incisione.

I sintomi sono:

-

Secrezione di pus o sangue da un piccolo forellino situato vicino all'ano.

-

Prurito

-

Dolore e febbre quando la fistola si infetta e provoca nuovamente un ascesso.

Cosa fare

Appena si forma l'ascesso rivolgersi ad un chirurgo, meglio se **proctologo**, perché il trattamento può non rivelarsi semplice e privo di rischi. . L'ascesso deve essere drenato, tramite un'incisione praticata in anestesia locale o sedazione. Quando ormai la fistola si è formata si deve ricorrere all'intervento chirurgico, previa effettuazione di una ecografia transanale con sonda rotante a 360°, con strumentazione specifica e dedicata. Tale esame ha una accuratezza diagnostica dell' 80-89%. Se si adopera l'acqua ossigenata come contrasto l'accuratezza sale oltre il 90%. La cosiddetta Fistulografia è ormai in disuso. Per le fistole **sottomucose**

e quelle che coinvolgono una piccola porzione dello sfintere (intersfinteriche, transfinteriche basse) l'intervento consiste nella Fistulectomia, asportazione del tramite fistoloso in blocco, o nella Fistulotomia, incisione e messa a piatto del tramite fistoloso. Ne consegue un certo numero di medicazioni e controlli post-operatori. Intervento poco gradito dai pazienti.

Al contrario, le fistole che coinvolgono una grossa quota di sfintere anale, le cosiddette fistole **transfinteriche**

“alte” e le extrasfinteriche, vengono trattate in più tempi, poiché il trattamento in un tempo avrebbe come conseguenza il danneggiamento dello sfintere anale e quindi l'incontinenza fecale. Dunque il proctologo posiziona un drenaggio o setone nella fistola e lo mette in tensione ad intervalli di tempo al fine di sezionare lentamente lo sfintere anale permettendo la guarigione graduale della fistola senza sacrificare l'apparato sfinteriale (cutting seton). Il trattamento con setone dura alcuni mesi. Scarso gradimento da parte del paziente.

Esiste la possibilità di trattare le fistole con dispositivi chiamati PLUG. I risultati non sono eccezionali in termini di recidiva ma l'intervento è molto “confortevole” per il paziente. Consiste

nel posizionare una candeletta di materiale biocompatibile all'interno della fistola e per tutta la sua lunghezza, così da provocarne la chiusura, senza il bisogno di praticare alcun tipo di incisione o sezione di tessuti e/o muscoli, con totale assenza di rischi sulla continenza sfinteriale. Di conseguenza, nei casi di insuccesso, il paziente torna allo stato iniziale e può essere sottoposto a qualsiasi altro tipo di trattamento, senza aver pregiudicato la situazione iniziale in senso peggiorativo. E' un trattamento che si effettua in mani esperte ed in centri qualificati. I risultati, comunque, in termini percentuali sono diversi a seconda delle varie casistiche ma si attestano intorno al 50-60%. Bisogna comunque tener conto anche del costo elevato dei materiali da impiantare.

NEW: trattamento con PERMACOL

Trattasi di un materiale a derivazione dal derma porcino, sotto forma di pasta (tipo dentifricio) che si inietta nell'orifizio esterno della fistola e va ad incorporarsi ed a riempire tutti gli spazi morti stimolando la guarigione e facendo da supporto alla rigenerazione tissutale. È la meno invasiva delle tecniche essendo l'ultima arrivata e sembra avere una percentuale di guarigione maggiore del 50 % che in tema di fistole é un buon risultato. Potrebbe essere un ottimo primo step non chirurgico demandando le tecniche maggiormente invasive ai pazienti non responders.

Tecniche chirurgiche innovative

VAAFT

Video assisted anal fistula treatment. Tecnica innovativa che prevede l'endoscopia del tramite fistoloso con un piccolo fistuloscopio dedicato, cui segue la cauterizzazione della fistola dal suo interno e la chiusura dell'orifizio interno per via transanale. L'ideatore della tecnica e la ditta che produce lo strumentario spingono molto per dimostrare la bontà della metodica ma, partecipando ad almeno tre congressi nazionali all'anno, non mi sembra che l'opinione dei colleghi sia molto positiva. Per quanto mi riguarda non sono favorevole alla metodica e non la pratico, salvo ricredermi davanti ad eventuali ed improbabili casistiche future.

LIFT

Ligation of intersphincteric fistula tract. Tecnica innovativa che prevede fondamentalmente l'apertura chirurgica dello spazio intersfinterico, la legatura e sezione del tramite fistoloso a ridosso dell'orifizio interno per via intersfinterica, la sutura della breccia operatoria. Tecnica sostenuta da molti centri a livello nazionale cui si associa il sottoscritto. L'intervento viene preceduto dal posizionamento di un setone lasso, non trazionato, al fine di creare una buona demarcazione del tramite fistoloso così che possa essere ben evidenziato intraoperatoriamente. vedi foto intraoperatorie in gallery

La metodica salvaguarda l'integrità degli sfinteri anali interno ed esterno che vengono delicatamente divaricati e sintetizzati a fine intervento.

FilaC, laser

metodo laser: successo, no dolore, no incontinenza, no incisioni, no sutura. gold standard. La fibra ottica viene introdotta nel tramite fistoloso. L'energia laser a 1470 nm emessa radialmente è assorbita selettivamente dalla parete fistolosa. non c'è danno sullo sfintere in tal modo. Ciò provoca il collabimento per denaturazione dei tessuti ed il loro assorbimento con conseguente guarigione. in caso di fallimento non vi è danno sugli sfinteri.

Biomateriali

la fistola può essere trattata con il posizionamento di biomateriali come il Permacol, favorendone la guarigione con un processo rigenerativo tissutale. in caso di fallimento, non vi è danno sugli sfinteri.

Considerazioni finali

La chirurgia delle fistole anali alte (intersfinteriche e transsfinteriche) è complessa e gravata da un alto tasso di insuccessi ossia di recidiva, con qualsiasi metodica venga affrontata. La finalità di un buon approccio alla patologia deve essere comunque la salvaguardia della funzionalità sfinteriale anche a scapito della percentuale di successo.

Una recidiva della malattia, o meglio, una persistenza di malattia, può essere oggetto di un ulteriore trattamento, anche ripetuto più volte se occorre. Viceversa la lesione sfinteriale con l'incontinenza fecale che ne consegue, è un evento molto più temibile della fistola ed inoltre il suo trattamento è molto più complesso e gravato da insuccessi.

In definitiva il trattamento della fistola perianale deve essere eseguito da mani esperte che sappiano in primis rispettare l'integrità dell'apparato sfinteriale nel tentativo di ottenere comunque il migliore dei risultati.

Insomma PRIMUM NON NOCERE.

VEDI GALLERIA FOTOGRAFICA