

ASCESSI E FISTOLE PERIANALI

Gli ascessi anali rappresentano la fase acuta di un'infezione che prende origine dalle ghiandole microscopiche secernenti muco presenti tra gli sfinteri ossia tra i muscoli che circondano e chiudono l'ano. Le fistole anali rappresentano la fase cronica di tale infezione. Ascesso e fistola sono dunque due stadi di una stessa malattia.

Quando le ghiandole presenti tra gli sfinteri si infiammano, quasi sempre per il passaggio di germi dalle feci, si forma una raccolta di pus (ascesso anale) che si fa strada verso la cute che riveste l'ano e che può fuoriuscire spontaneamente o richiedere un'incisione chirurgica per essere evacuato. Il canale attraverso cui il pus è passato può persistere e l'orifizio esterno vicino all'ano rimanere aperto (fistola anale).

Per trattare con successo queste patologie fondamentale una profonda conoscenza dell'anatomia del retto e del canale anale ed in particolare dell'esistenza di potenziali **spazi anorettali**:

- Lo **spazio perianale** è localizzato a livello dell'orifizio anale. Si continua con il grasso ischioanale lateralmente mentre in alto si continua nello spazio intersfinterico
- Lo **spazio ischio-rettale (o ischio-anale)** si estende dall'elevatore dell'ano al perineo
- Lo **spazio intersfinterico** si trova tra i due sfinteri, interno ed esterno; si continua in basso con lo spazio perianale e in alto con la parete del retto
- Lo **spazio sopraelevatorio** (o pelvirettale di un tempo) è limitato superiormente dal peritoneo, lateralmente dalla parete pelvica, medialmente dalla parete rettale e inferiormente dal muscolo elevatore dell'ano
- Lo **spazio post-anale profondo** è situato al davanti dell'apice del cocchige, sotto l'elevatore dell'ano e sopra il rafe ano-coccigeo

ASCESSO PERIANALE

L'ascesso è una raccolta di pus in uno spazio ano-rettale. Il 90% di tutti gli ascessi ano-rettali origina da infezione aspecifica delle ghiandole anali di Hermann e Desfosses (origine cripto-ghiandolare). L'ostruzione del dotto della ghiandola provoca stasi, infezione e formazione di un ascesso: la persistenza di epitelio ghiandolare in parte del tragitto tra la cripta e la parte bloccata del dotto dà luogo alla formazione di una fistola.

- Fattori predisponenti: diarrea e trauma (bolo fecale duro)
- Fattori associati: ragade anale, infezione di un ematoma, M. Crohn

Nonspecifiche :	Cripto-ghiandolari
Specifiche :	IBD (Inflammatory bowel disease: M. Crohn, RCU)
	Infezioni
	Tubercolosi
	Actinomicosi
	Linfogranuloma venereo
	Traumi
	Impalamento
	Corpi estranei
	Chirurgia
	Episiotomia
	Emorroidectomia
	Prostatectomia
	Neoplasie
	Carcinoma
	Leucemia
	Linfomi
	Esiti attinici

A seconda della sede sono classificati:

1. sopraelevatorio
2. intersfinterico basso
3. intersfinterico alto
4. sottomucoso
5. perianale
6. ischio-rettale (o ischio-anale)

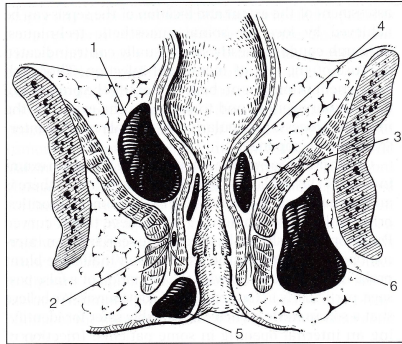


Figure 11.6 Classification of anorectal sepsis. The following anatomical sites are recognised: (1) supralelevator abscess; (2) low or (3) high intersphincteric abscess; (4) submucosal abscess; (5) perianal abscess; (6) ischio-rectal abscess.

Keighley M.R.B, Williams N.S. "Surgery of the colon, rectum and anus" - 2008

L'ascesso perianale è il tipo più frequente. La diffusione del pus può avvenire circonfenzialmente dando così luogo alla formazione di un "ascesso a ferro di cavallo".

Sintomatologia

È rappresentata da dolore, tumefazione, febbre: un intenso dolore rettale accompagnato da sintomi urinari (disuria, ritenzione urinaria) può essere suggestivo della presenza di un ascesso intersfinterico o sopraelevatorio. All'esame obiettivo si può rilevare: iperemia, tumefazione (talora con fluttuazione). A volte si può osservare il drenaggio spontaneo di pus. In assenza di obiettività esterna in un paziente con intenso dolore bisogna sospettare la presenza di un ascesso intersfinterico o sopraelevatorio! Un dato suggestivo può essere il riscontro di un certo grado di beanza anale. In questi casi la esplorazione rettale, se possibile, permette di apprezzare una tumefazione ("bombé") dolente.

Terapia

Il trattamento consiste nella incisione e drenaggio (in anestesia locale in ambulatorio o in S.O. in narcosi).

La osservazione sotto copertura antibiotica è inefficace e può permettere la progressione del processo suppurativo con formazione di raccolte più estese o più complesse, potendo causare danno sfinteriale.

Raramente il ritardo diagnostico e terapeutico può causare una cellulite necrotizzante pericolosa per la vita.

Una terapia con antibiotici a largo spettro che comunque non esime dal trattamento indicato (incisione e drenaggio) è indicata in pazienti portatori di malattia valvolare o protesi valvolari cardiache, **diabetici, immunodepressi** (chemioterapia, pazienti trapiantati, AIDS, terapia steroidea...) o in presenza di estesa cellulite o sepsi.

Nel caso di ascessi a ferro di cavallo sono necessarie contro-incisioni in ciascuna fossa ischio-rettale per permettere adeguato drenaggio dell'ascesso. Anche in caso di ascesso intersfinterico alto o sopraelevatorio è indispensabile il trattamento in SO, che permette una preliminare valutazione sotto anestesia.

Se possibile (senza creare ritardo diagnostico) la esecuzione di una Ecografia endoanale (eventualmente una Tac pelvica/RMN pelvica) possono aiutare nella localizzazione di ascessi alti.

Recidiva

Dopo incisione e drenaggio di un ascesso ischio-rettale o intersfinterico si può avere sviluppo di ascesso recidivo o fistola fino all'89%.

Le cause sono costituite soprattutto da presenza di una fistola sottostante, omesso drenaggio di infezione spazi adiacenti/incompleto drenaggio del cavo ascessuale.

In taluni casi vi possono essere cause extra-anali alla base della genesi ascessuale (M. Verneuil, M. Crohn...)

Incontinenza

Può derivare da danno iatrogeno agli sfinteri, da prolungata azione del materiale purulento sugli sfinteri (ritardo diagnostico!) ed essere favorita da una condizione di incontinenza borderline preoperatoria.

FISTOLA PERIANALE

La fistola perianale consiste in un tramite anomalo comunicante con il retto o il canale anale che si manifesta con una secrezione continua o intermittente di siero-pus attraverso l'orifizio esterno situato vicino all'ano, che non ha tendenza a cicatrizzare.

Presenta:

- un orifizio interno o primitivo
- un tramite fistoloso (o tragitto)
- un orifizio secondario in genere esterno (rari i casi di orifizio secondario interno come per fistole intramurali del retto)

A seconda del tipo di tragitto sono classificate (classificazione di Parks):

1. Intersfinteriche 70 %
2. Transfinteriche 23 %
3. Sovrasfinteriche 5 %
4. Extrasfinteriche 2 %

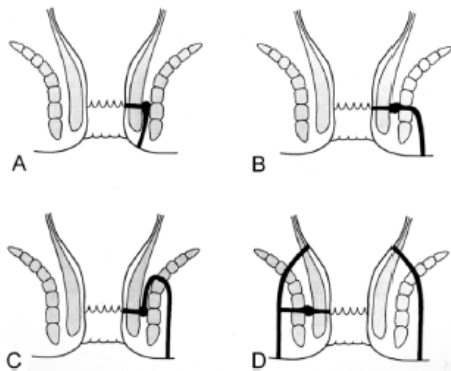


FIGURE 13-9. Classification of fistula-in-ano. A Intersphincteric. B Transsphincteric. C Suprasphincteric. D Extrasphincteric.

Wolff B.G., e Coll. "The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery" Springer 2007

La fistola viene definita complessa nei seguenti casi:

- Transfinteriche alte
- Soprasfinteriche
- Extrasfinteriche
- A ferro di cavallo
- Anteriore alta nelle donne
- Associate a IBD, esiti attinici, neoplasie, preesistente incontinenza, diarrea

Sintomatologia

Il paziente può riferire secrezione corpuscolata persistente, con piccolo "brufolo" perianale, talora dolore alla defecazione (e riduzione del dolore con la secrezione), può esser presente una tumefazione. A volte vi può essere sanguinamento (dal tessuto di granulazione).

In alcuni casi in anamnesi vi è il dato di un ascesso perianale già drenato chirurgicamente o spontaneamente.

Esame obiettivo

Nella valutazione clinica escludere presenza di sintomi addominali associati (es. M. Crohn, RCU, ca. ano-rettale...) o di sintomi sistemici (HIV, linfoma...).

All'Esame Obiettivo si riscontra la presenza di un orifizio esterno (o secondario), talora con aspetto di bottone di granulazione secernente pus.

La palpazione può permettere di apprezzare cordone fibroso sottocutaneo a direzione dall'orifizio fistoloso verso l'ano. Talora la sede dell'orifizio interno può esser sospettata da riscontro di un indurimento o una fossetta apprezzabile digitalmente alla ER.

Legge di Godsall (non sempre valida!) : rispetto ad una linea trasversale del perineo

- Orifizio esterno posteriore → orifizio interno sulla linea mediana posteriore (decorso arciforme della fistola)
- Orifizio esterno anteriore → orifizio interno nella cripta più vicina (decorso rettilineo della fistola)

Valutare anche le condizioni del perineo: presenza di cicatrici (episiotomia, pregressi interventi) o deformità, distanza anovaginale (se ridotta verosimili esiti ostetrici), condizioni sfinteri (pressione a riposo e in contrazione).

Accertamenti diagnostici

- Anoscopia
- Rettoscopia
- Colonscopia
- Manometria Anorettale
- Imaging: - Ecografia endoanale
 - RMN
 - TAC
 - Fistolografia

Attualmente esistono alcune indagini preoperatorie che permettono al chirurgo di avere un quadro preciso della complessità della fistola e quindi delle possibili difficoltà tecniche legate all'intervento.

L'ecografia endoanale con sonda rotante è in grado di visualizzare con precisione le diramazioni dell'infezione in rapporto agli sfinteri. Per lo studio morfologico della fistola può essere anche utilizzata la RMN.

La manometria ano-rettale misura le pressioni ai vari livelli del canale anale ed è utile per valutare il rischio di incontinenza sia negli interventi su fistole complesse che nei pazienti già operati all'ano o con precedenti traumatismi perineali causati dal parto.

Gli altri accertamenti permettono di escludere altre patologie associate (rettoscopia, colonscopia, TAC). La fistolografia è attualmente caduta in disuso.

Trattamento

Obiettivi:

- Eliminare la fistola
- Prevenire la recidiva

Preservare la continenza la corretta identificazione del tragitto e soprattutto dell'orifizio primario, sezionando la minor quantità possibile di muscolo o (v. tecniche successive) non sezionandolo affatto.

Opzioni terapeutiche :

- Fistulotomia
- Posizionamento di setone (con possibilità di intervento in 2 tempi o ricorso ad altra tecnica)
- Anorectal advancement flap
- LIFT
- Miscellanea :
 - colla di fibrina
 - anal plug
 - FiLaC

Fistulotomia

Consiste nella messa a piatto del tramite fistoloso. E' indicata nelle fistole basse (intersfinteriche o transfinteriche inferiori). Non ci sono indicazioni precise su quanto muscolo si può sezionare in sicurezza. Con accurata selezione dei pazienti tasso successo 92-97%. Alti tassi di recidive invece in caso di

- fistole complesse
- mancata identificazione orifizio interno
- M. Crohn

Descritte alterazioni postoperatorie della continenza: 0-73% (variabilità di definizione di continenza, di follow-up, del grado di disturbo).

Setone

I pazienti con fistole complesse possono essere trattati con posizionamento di **setone** nel tramite fistoloso. Il materiale di cui è composto il setone può essere costituito da silicone, filo di sutura, ...Il setone può essere lasciato in sede per tempi lunghi.

Lo scopo del setone è di mantenere drenata la fistola, indurre la fibrosi dei tessuti circostanti in modo da ridurre al minimo il gap muscolare in caso di successiva sezione - il muscolo si retrae se sezionato -. Può essere attuato come primo atto in attesa successivo trattamento (fistulotomia differita, confezione di advancement flap, LIFT, colla, plug) . In caso venga attuata una fistulotomia differita si possono avere alterazioni della continenza: 0-54%

Anorectal advancement flap :

Tecnica utilizzata per fistole alte o retto-vaginali. Si possono confezionare 2 tipi di flap:

- 1) costituito da mucosa sottomucosa e parte distale sfintere interno
- 2) costituito da muscosa sottomucosa

Vantaggi: non vi è sezione dello SAE, il dolore è minimo. Ha un tasso di recidiva tra il 13% e 56%. E' comunque riportata una lieve incontinenza nel 7-38% dei casi.

LIFT (Ligation of the intersphincteric fistula tract)

Dopo aver lasciato in sede un setone per 8 o più settimane (→ fibrosi) si procede a identificazione, legatura, sezione del tramite fistoloso tra i due sfinteri (nel piano intersfinterico), possibilmente con chiusura dell'orifizio interno, lasciando aperta una breccia a livello dell'orifio esterno per drenaggio.

Tecnica di recente introduzione, con riportati tassi di chiusura del 62% a 12 mesi, con il vantaggio di non provocare alterazioni della continenza.

I dati sono ancora troppo preliminari per una raccomandazione da parte di Practice parameters

Negli ultimi anni sono state proposte nuove tecniche conservative che hanno anch'esse come comune obiettivo, oltre all'eradicazione della fistola, il mantenimento della continenza evitando la deformazione cicatriziale che fatalmente consegue alla fistulotomia e che spesso compromette l'architettura anatomico-funzionale dell'ano. Esse sono:

Colla di fibrina

Terapia attraente perché non invasiva, evita il rischio incontinenza e può esser ripetuta in caso di insuccesso. Il tasso di chiusura riportato è ~ 15%. Cause di recidiva: inadeguato currettagge del tramite, presenza di un tramite breve, presenza di una cavità ascessuale (controindicato!)

Protesi biologiche ("anal plug")

Vari prodotti (Surgisis, Gore...).

Il Surgisis è di forma conica, a coda di topo, ricavata dalla sottomucosa dell'intestino del maiale, trattata in modo da renderla acellulare e garantirne la biocompatibilità. Funziona da sostegno per la riparazione da parte del tessuto del paziente. I tassi di guarigione inizialmente segnalati molto buoni, attualmente sono stati ridimensionati (< 50%). Successi comunque più bassi nei follow-up più lunghi.

FiLaC (Fistola-tract Laser)

Si basa sull'utilizzo di una sonda laser che libera energia radialmente distruggendo il rivestimento epiteliale della fistola e permettendone la chiusura. Dopo aver tenuto in sede il setone si procede a trattamento dell'orifizio interno e trattamento del tramite con la sonda, mentre viene lasciata breccia per drenaggio a livello dell'orifizio esterno. Dati preliminari.

Bibliografia

Beck D.E., Wexner S.D.
Anorectal surgery
Saunders 1998

Keighley M.R.B, Williams N.S.
Surgery of the colon, rectum and anus
Saunders 2008

Steele S.R. e Coll.
Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano
Dis Colon Rectum 2011; 54, 1465

Testut L., Jacob O.
Trattato di anatomia topografica
Utet 1968

Wolff B.G., e Coll.
The ASCRS Textbook of colon and rectal surgery
Springer 2007

* ASCRS American Society of Colon and Rectal Surgeons