

Sinus pilonidalis. Trattamento ambulatoriale in anestesia locale

M. BIFFONI, P. SCIPIONI, N. MACRINA, M.I. AMABILE, S. GARRITANO,
A. MATURO, M. MONTI

RIASSUNTO: Sinus pilonidalis. Trattamento ambulatoriale in anestesia locale.

M. BIFFONI, P. SCIPIONI, N. MACRINA, M.I. AMABILE, S. GARRITANO,
A. MATURO, M. MONTI

Gli Autori descrivono la tecnica impiegata per la terapia chirurgica di escissione del sinus pilonidalis. La metodica proposta ha i suoi punti qualificanti nell'anestesia locale e nella chiusura per prima.

I risultati sono stati estremamente confortanti con rapida guarigione e percentuali di complicanze e recidive minori rispetto a quelle riscontrate con l'anestesia generale.

Fermo restando il ruolo importante dell'habitus costituzionale e delle abitudini igieniche del paziente nella genesi delle recidive, è opinione degli Autori che proprio la modifica di tali abitudini (controllo del peso corporeo, accurata igiene della regione) possa produrre ulteriori miglioramenti dei risultati. L'anestesia locale per il trattamento del sinus pilonidalis si è dimostrata una scelta valida sia dal punto di vista clinico che economico.

SUMMARY: Pilonidal sinus. outpatient treatment with local anaesthesia.

M. BIFFONI, P. SCIPIONI, N. MACRINA, M.I. AMABILE, S. GARRITANO,
A. MATURO, M. MONTI

The Authors describe their surgical technique for pilonidal sinus outpatient total excision with local anaesthesia and primary repair of surgical wound.

The results for recurrences and off work short time are good. Fewer complications and recurrences are observed in comparison to patients treated with general anaesthesia.

For decreasing recurrence rate, the Authors stress the importance of body weight control and correct local hygiene. Local anaesthesia is safe and cost-effectiveness for outpatient treatment of the pilonidal sinus.

KEY WORDS: Sinus pilonidalis - Chirurgia - Trattamento ambulatoriale - Anestesia locale - Follow-up.
Sinus pilonidalis - Surgery - Outpatient - Local anaesthesia - Follow-up.

Premessa

Il sinus pilonidalis, impropriamente definito cisti pilonidale, rappresenta la più frequente lesione benigna della regione sacro-coccigea nei giovani adulti. Compare solitamente dopo la pubertà con maggior frequenza nei maschi (1). La sua etiologia è tuttora sconosciuta. Sempre minore credito hanno le ipotesi 'congenite' (2-3), a favore di quelle 'acquisite', sulla base di importanti riscontri anatomopatologici,

quali, ad esempio: l'assenza di follicoli piliferi nella parete della neoformazione (4); la presenza di peli nel suo contesto, dimostrata peraltro soltanto nella metà dei casi (5); l'evidenza di follicoli piliferi interglutei con orifizi slargati e ostruiti da detriti cutanei e peli, potenzialmente in grado di favorire l'infezione, l'assessualizzazione e la successiva formazione del sinus (5).

L'incertezza etiopatogenetica si è riflessa nella molteplicità di trattamenti chirurgici di volta in volta proposti a partire dal primo descritto nel 1847 (6): dall'accurata toilette locoregionale, con sbrigliamento e *brushing* dei tramiti (metodo conservativo) alla asportazione del sinus, con guarigione della ferita chirurgica per seconda intenzione (metodo aperto) o chiusura immediata per strati, o ancora alla sua incisione e zaffatura con garza iodofornica (metodo 'semichiuso') (1). Una tecnica semplice è quella pro-

posta da Leichtling (7), che prevede l'escissione in anestesia generale del sinus pilonidalis, la sutura lungo la linea mediana della ferita chirurgica e la sua compressione con un cilindro di garza sterile adeguatamente ancorato alla fascia sacrale.

La possibilità di effettuare l'intervento chirurgico in regime ambulatoriale e in anestesia locale ha stimolato la messa a punto di una procedura che, oltre alla risoluzione della patologia, garantisce una precoce ripresa della normale attività lavorativa. Il presente studio si propone di valutare i risultati a breve e lungo termine della tecnica di Leichtling realizzata con personali modifiche in regime ambulatoriale.

Pazienti e metodo

Nel periodo compreso tra gennaio 2006 e dicembre 2007 sono stati trattati, presso la UOC di Chirurgia Generale e Ricostruttiva (direttore: prof. M. Monti) del Policlinico Umberto I di Roma, 45 pazienti affetti da sinus pilonidalis, dei quali 39 maschi e 6 femmine, di età compresa tra i 18 ed i 39 anni (età media 24 anni). In 3 di essi (6%) il sinus era recidivo. Non è stata fatta alcuna selezione preliminare dei casi trattati.

Nella quasi totalità dei pazienti il sinus si sviluppava in maniera predominante su un emilato rispetto alla linea mediana. L'anestesia locale è stata effettuata mediante infiltrazione diretta della regione sacrococcigea tutto intorno alle lesioni, prima superficiale poi profonda fino alla fascia di rivestimento sacrale, con ago da 27 Gauge, iniettando 10-20 cc di mepivacaina al 2%. Si è proceduto con un'incisione a losanga longitudinale con l'estremo prossimale incurvato lateralmente (Fig. 1), a centrare la porzione prevalente della neoformazione. I pazienti sono stati quindi sottoposti ad escissione completa del sinus, previa iniezione di iodio nei tramiti fistolosi con il duplice scopo di portarvi la disinfezione e di rendere possibile il controllo della completezza dell'escissione stessa, esaminando il preparato operatorio con le tracce della iodizzazione. Ultimato il tempo demolitivo, si è proceduto con sutura per strati alla oblitterazione della cavità residua secondo la tecnica di Leichtling. I tempi chirurgici possono essere così riassunti: 1) escissione cutanea di una stretta losanga comprendente gli orifizi fistolosi e asportazione *en bloc* del sinus e del sottocutaneo sino alla fascia sacrale; 2) controllo dell'emostasi con diatermocoagulazione; 3) chiusura della cavità residua con punti che prendono la fascia sottocutanea di un lato, attraversano la fascia sacrale e quindi caricano la fascia sottocutanea del lato opposto, con filo di sutura in materiale riassorbibile 3-0 e ago cilindrico 5/8 di cerchio, che favorisce il passaggio attraverso lo spessore dei tessuti e consente di comprendere più agevolmente nella sutura la fascia sacrale, garantendo una buona tenuta; 4) sutura della cute con punti staccati da materassoio in nylon 2-0, con un primo passaggio a largo spessore di tessuto e uno superficiale, a qualche millimetro dai margini dell'incisione (Figg. 1 e 2), evitando l'introffessione e facendo passare il filo, in corrispondenza delle anse, su sottili cilindri di garza o di silicone ai lati dell'incisione, per prevenire il decubito e favorire un migliore accollamento della cute al piano profondo. La medicazione finale è modicamente compressiva, tale da impedire movimenti impropri ed eccessive trazioni sulla sutura. Si posiziona infine un drenaggio in aspirazione da togliere in III giornata, mentre la rimozione dei punti di sutura è effettuata di regola in XII-XIV giornata postoperatorie.

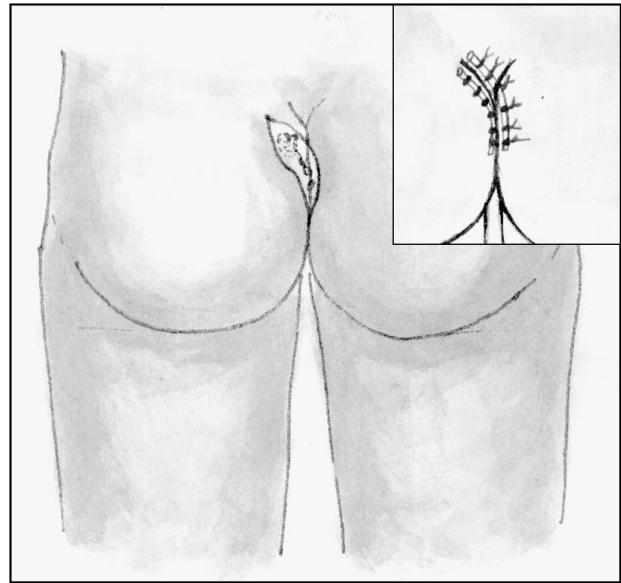


Fig. 1 - L'incisione ellittica comprende gli eventuali orifizi fistolosi sulla linea mediana e si incurva prossimalmente, a centrare la porzione prevalente della neoformazione. Nell'insero la sutura su tubicino di silicone al termine dell'intervento.

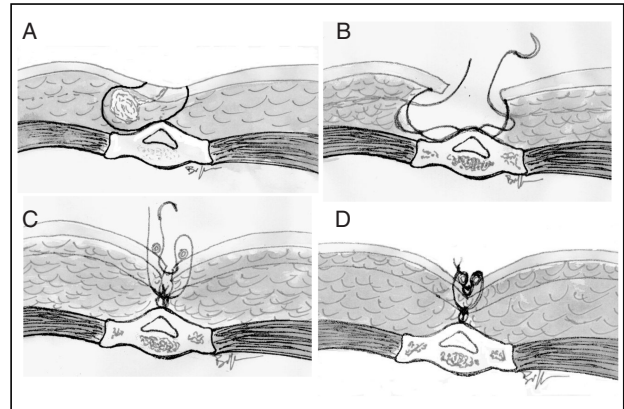


Fig. 2 - A: escissione chirurgica; B: passaggio del primo strato della sutura in materiale riassorbibile che, fissando il sottocutaneo profondo alla fascia sacrale, determina l'oblitterazione completa della cavità residua; C: passaggio della sutura cutanea con punti da materassoio su tubicini in silicone; D: risultato a sutura completata: non residuano spazi morti e non vi è tensione che favorisca lo 'scollamento' della cute dai piani profondi.

La profilassi antibiotica è stata realizzata somministrando 1 g di amoxicillina più acido clavulanico per os circa tre ore prima dell'intervento chirurgico, quindi a 12 ore, per poi proseguire con la stessa posologia nei 5 giorni successivi. Al paziente è stata sottolineata l'importanza, ai fini di un buon risultato, di una corretta igiene locale e del controllo del peso corporeo.

I pazienti si sono sottoposti a visite ambulatoriali di follow-up a 3 e 9 mesi dall'intervento chirurgico. Il periodo medio di follow-up è stato di 12 mesi.

Risultati

Non sono state osservate gravi complicanze pre e postoperatorie anestesiolgiche o chirurgiche. In un solo caso (1/45) si è verificato un episodio lipotimico al momento di riassumere la posizione ortostatica, peraltro subito risolto spontaneamente. In 5 pazienti (7%) è stata osservata una lieve infiammazione della ferita: ciò non ha pregiudicato il buon esito del processo di cicatrizzazione, grazie anche all'applicazione locale di pomata antibiotica (8).

In due casi si è dovuto procedere alla riapertura della ferita chirurgica e la guarigione è avvenuta per seconda intenzione: in uno di questi si trattava di una fistola plurirecidiva. Un'altra recidiva si è verificata in un soggetto in sovrappeso.

I pazienti non hanno lamentato dolore né intrane postoperatorio; quando necessario esso è stato facilmente controllato con paracetamolo.

Nei casi non complicati la completa guarigione chirurgica si è avuta entro la XIV giornata postoperatoria e tutti i pazienti hanno ripreso le proprie attività entro 10 giorni dall'intervento chirurgico.

Discussione

Le metodiche chirurgiche proposte per il trattamento del sinus pilonidalis si distinguono in conservative e radicali. Le prime prevedono l'asportazione incompleta del sinus con eventuale zaffatura della cavità residua con garza iodoformica e guarigione per seconda intenzione. Tuttavia, soltanto la cauterizzazione della cavità sembra ridurre sensibilmente la percentuale di recidive, ma essa risulta gravata dalla necessità di medicazioni e visite ambulatoriali quotidiane oltre che da lunghi tempi di guarigione (oltre un mese).

I metodi radicali prevedono l'escissione ampia del sinus fino alla fascia sacrale e vengono distinti in aperti, chiusi e 'semichiusi' in base al trattamento della cavità residua. Tra le varie tecniche di sutura non esistono sostanziali differenze nei tempi di guarigione e nelle percentuali di complicanze precoci (sepsi, deiscenza); differenze significative si riscon-

trano invece per le complicanze tardive (recidive), che risultano minori nelle suture con lembo cutaneo, il cui confezionamento in questi casi appare, dal nostro punto di vista, eccessivo (11). A riguardo, riteniamo che i risultati incoraggianti ottenuti con metodiche di chirurgia plastica siano espressione, oltre che dell'attenzione e della precisione dell'atto operatorio, di un'accurata selezione dei pazienti.

La maggior parte degli autori ritiene l'escissione completa del sinus pilonidalis e la sutura della cavità residua il trattamento di prima scelta che meglio soddisfa le esigenze dei malati. Le modifiche da noi apportate nella tecnica classica di Leichtling (7), quali la riduzione al minimo dell'escissione di cute interglutea e di tessuto sottocutaneo, l'attenzione ad evitare traumatismi dei tessuti, l'incisione a losanga con asse maggiore incurvato all'estremità prossimale, oltre all'uso routinario della profilassi antibiotica e all'anestesia locale, hanno consentito ottimi risultati (tasso di recidive 4,4%), che ci hanno incoraggiato ad adottare la metodica come tecnica standard. Non l'abbiamo modificata neanche nel trattamento delle recidive poiché la nostra esperienza conferma che la loro comparsa è fortemente condizionata da fattori indipendenti dall'atto chirurgico, quali, fra gli altri, le abitudini igieniche dell'operato e, più in generale, il suo stile di vita nel postoperatorio (6, 9, 10).

Conclusioni

Il trattamento chirurgico del sinus pilonidalis rappresenta ancora un problema di non facile soluzione.

Non esiste una tecnica ideale. Se da un lato il metodo 'aperto' ancor oggi per molti rappresenta la scelta migliore, in grado di garantire la guarigione, dall'altro esso è piuttosto mal tollerato dai pazienti. Tra i metodi radicali 'chiusi', quello di Leichtling è il più facilmente attuabile e il più efficace. Per garantire il risultato riteniamo fondamentale non lasciare spazi morti tra i piani tissutali, evitando in particolare che la cute si scollì, per così dire, da quelli profondi.

La possibilità di un intervento chirurgico sicuro in anestesia locale e in regime ambulatoriale soddisfa le aspettative dei malati ed evita i costi di un ricovero.

Bibliografia

1. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990;77:123.
2. Haworth JV, Zachary RB. Congenital dermal sinuses in children - their relation to pilonidal sinus. *Lancet* 1995; ii:10.
3. Chamberlain JW, Vawter GF. The congenital origin of pilonidal sinus. *J Pediatric Surg* 1974;9:441.
4. Raffman RA. A re-evaluation of pathogenesis of pilonidal sinus. *Ann Surg* 1959;150:895.
5. Bascom J. Pilonidal disease: long-term result of follicle re-

- moval. *Dis Colon Rectum* 1983;26:800.
6. Coda A, Ferri F. Sinus pilonidalis: escissione e sutura primaria con drenaggio aspirativo. *Chirurgia* 1990;3:433.
 7. Leichtling JJ. Simple primary closure for sacrococcygeal pilonidal disease. *Am J Surg* 1967;113:441.
 8. Sondena K, Nesvik I, Gullaksen FP, Furnes A, Harbo SO, Weyessa S, Soreide JA. The role of antibiotic prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. *J Am Coll Surg* 1995;180:157.
 9. Bascom J. Repeat pilonidal operations. *Am J Surg* 1987; 154: 118.
 10. Salvati EP. Pilonidal disease. *Can J Surg.* 1985; 28: 225.
 11. Nessar G, et al. Elliptical rotation flap for pilonidal sinus. *Am J Surg* 2004;187:300.
-