

## La malattia pilonidale sacrococcigea. Il trattamento con metodo "aperto" e "chiuso": esperienza personale

V. BIANCO, C. BASILE, M. TORTORELLA

**RIASSUNTO:** La malattia pilonidale sacrococcigea. Il trattamento con metodo "aperto" e "chiuso": esperienza personale.

V. BIANCO, C. BASILE, M. TORTORELLA

*Gli Autori presentano la loro esperienza in materia di trattamento della malattia pilonidale a localizzazione sacrococcigea, confrontando i risultati ottenuti con il metodo aperto con quello chiuso.*

*Pur essendo i risultati in termini di complicanze e recidive sovrapponibili, viene data la preferenza alla tecnica chiusa che permette un più rapido ritorno all'attività lavorativa.*

*Alla luce dei nuovi orientamenti di economia sanitaria viene proposto un trattamento modulato della patologia.*

**SUMMARY:** Sacrococcygeal pilonidal sinus disease. Treatment by "open" and "closed" technique: personal experience.

V. BIANCO, C. BASILE, M. TORTORELLA

*The Authors report their own experience concerning the treatment of the sacrococcygeal pilonidal sinus disease. Results obtained with the "open" and "closed" techniques were compared.*

*Although results were similar in terms of complications and relapses, the closed technique is to be preferred, because it allows a more rapid return to working activities.*

*In the light of the new trends of sanitary economy a modulated treatment of the disease is suggested.*

KEY WORDS: Malattia pilonidale - Tecnica chirurgica - Recidiva.  
Pilonidal disease - Surgical technique - Recurrence.

### Premessa

La malattia pilonidale, pur nella sua semplicità, rappresenta ancora oggi motivo di discussione sia a riguardo della etiologia che per la terapia. Infatti, anche se l'origine acquisita – fondata essenzialmente sull'assenza di anomalie embriologiche – sembra essere condivisa dalla maggior parte degli Autori (1, 2), il riscontro di tali anomalie nei preparati istologici di altre casistiche (3) indurrebbe a riconsiderare l'origine congenita della malattia.

Anche la clinica mostra aspetti variabili condizionati dalla sovrapposizione di eventi infiammatori che rendono ragione dell'acuzie con cui la malattia spesso si manifesta e del gemizio purulento continuo o alternato a periodi di remissione che rappresenta la manifestazione della sua cronicizzazione (4).

L'incidenza di tale patologia, che interessa prevalentemente i maschi, è di circa 1,1% (5); la sede presacrale non è assoluta avendo riscontro anche in sedi diverse come quella perianale (osservazione personale), fra le dita, sui monconi di amputazione (6).

Regione Calabria AS 1  
Ospedale Civile di Cetraro  
U.O. Chirurgia Generale  
(Direttore: Dott. G. Iannello)  
Unità di Colon-Proctologia  
(Coordinatore: Dott. V. Bianco)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma

In questo lavoro viene riportata l'esperienza degli Autori relativamente al trattamento, capitolo anche questo controverso giacché l'incidenza sovrapponibile di recidive (7, 8) per i due metodi – "aperto" e "chiuso" – più comunemente utilizzati, non permette una scelta terapeutica di principio.

### Pazienti e metodi

Dal gennaio 1993 al dicembre 2000 nella nostra Unità di Colonproctologia sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per malattia pilonidale 168 pazienti, 122 maschi e 46 femmine, di età compresa fra i 15 ed i 62 anni.

Nei primi quattro anni – in 92 pazienti – è stata utilizzata la tecnica con guarigione per seconda intenzione; l'intervento è stato condotto in anestesia locale utilizzando una miscela di bupivacaina e lidocaina somministrata mediante una placca a cinque aghi simile a quella utilizzata in mesoterapia. Al fine di evidenziare i tramiti fistolosi, sono stati iniettati a pressione pochi millilitri di bleu di metilene. L'incisione è stata effettuata mediante bisturi elettrico e, facendo attenzione a non sottominare i bordi cutanei, si è costantemente arrivati alla fascia presacrale.

Le medicazioni per la prima settimana sono state giornaliere, quindi a giorni alterni con collagene eterologo.

I lunghi tempi di guarigione, il notevole impegno di tempo per le medicazioni da parte sia del chirurgo sia dei pazienti, l'osservazione che in letteratura i dati relativi alle recidive nei confronti del metodo chiuso erano praticamente sovrapponibili ci hanno indotto dal 1997 (76 pazienti) ad adottare la guarigione per sutura diretta previo posizionamento di drenaggio in aspirazione. Gli interventi sono stati condotti in anestesia spinale e/o

generale. Non è stato utilizzato il bisturi elettrico e l'emostasi è stata effettuata con compressione o con legature in catgut. Quest'ultimo materiale (2/0) è stato utilizzato anche per il sottocute mentre la cute è stata suturata in seta 2/0. La terapia antibiotica è stata somministrata per sei giorni; il drenaggio è stato rimosso in IV giornata.

In ambedue i gruppi non sono stati adottati particolari accorgimenti dietetici ad eccezione di blandi lassativi e la deambulazione è stata immediata nel primo gruppo, il giorno successivo nel secondo.

## Risultati

Novantasette pazienti (42 appartenenti al primo gruppo e 55 al secondo) sono stati ricontrollati con un follow-up variabile da sei a quarantotto mesi).

Nel primo gruppo si sono registrate due recidive ed una ritardata guarigione per la creazione di un ponte granulomatoso fra i margini della ferita che ha richiesto un reintervento ambulatoriale.

Nel secondo gruppo, in un caso è stato necessario drenare parzialmente la ferita per evacuare un ematoma formatosi per il cattivo funzionamento del drenaggio. In questo gruppo si sono registrate tre recidive. In cinque pazienti è stato necessario posizionare un Foley la sera dell'intervento.

I risultati sono stati sottoposti al test del  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ). Il test è risultato non significativo sia considerando le sole recidive ( $\chi^2 = 0,04$ ) sia sommabile alle complicanze ( $\chi^2 = 1,1$ ) (Tab. 1).

TABELLA 1 - RISULTATI.

	Successo	Insuccesso	Complicanze
I Gruppo (42 casi)	39 (93%)	2 (5%)	1 (2%)
II Gruppo (55 casi)	46 (84%)	3 (5%)	6 (11%)

L'entità del dolore misurata tramite VAS (1-10) nel primo giorno post operatorio è stata mediamente di 2,5 (range 0-5) e 4 (range 1-10).

Il tempo medio di guarigione nel primo gruppo è stato di 58,8 giorni (range 38-62) mentre nel secondo di 15,1 (range 12-19).

La ripresa dell'attività lavorativa è avvenuta in media rispettivamente dopo 72,4 giorni (range 40-70) e 21 giorni (range 18-30).

## Discussione

Le diverse opzioni chirurgiche riservate al trattamento della malattia pilonidale non sembrano allo stato godere di una certezza di risultati che permettano una scelta di principio di una tecnica rispetto ad un'altra.

Questa considerazione, ormai nota e condivisa da quasi tutti gli Autori, scaturisce dalla diversità di risultati che si evidenziano in letteratura, dove le diverse tecniche sono gravate da percentuali di insuccessi variabili dall'1% (9, 10) al 5% di Sondenaa (11) ed al 16% di Mueller (12).

D'altra parte l'estrema variabilità di questi dati ci induce a ritenere che sugli stessi possano incidere notevolmente, oltre che la mancata accuratezza delle medicazioni e dei controlli postoperatori, una non corretta esecuzione dell'intervento, che spesso viene affidato al termine delle sedute operatorie ai chirurghi più giovani. Quest'ultimo atteggiamento dovrebbe comunque essere riconsiderato alla luce della giovane età dei pazienti, dell'elevato costo sociale della malattia e non ultimo – anche se raro – del rischio dello sviluppo di un carcinoma (13).

La nostra esperienza, seppur schematica nelle sue scelte ed esigua nei numeri, non si discosta di molto da quanto riportato in letteratura. Comunque, fra i parametri valutativi presi in considerazione, il minor dolore post operatorio, il tempo di guarigione più breve, la ripresa più precoce dell'attività lavorativa – pur non essendo statisticamente differenti fra i due gruppi – ci hanno indotto a preferire il metodo chiuso che, allo stato, utilizziamo costantemente.

Non abbiamo esperienza in merito alle tecniche di ricostruzione plastica (lembo di Karydaki, di Limberg) che, trovando indicazioni in casi particolari, rimangono tecnicamente più impegnative, richiedendo una curva di apprendimento più lunga e presentando complicanze (14-16) alle quali riteniamo di non dover esporre i nostri pazienti.

## Conclusioni

I risultati della nostra casistica, proprio perché sovrapponibili teoricamente non ci consentirebbero una scelta di principio fra le due tecniche adottate. D'altro canto, il notevole impegno nel trattamento postchirurgico dei pazienti trattati con metodo aperto, l'esigenza di una rapida guarigione e di una ripresa quanto più precoce dell'attività lavorativa, ci hanno indotto a preferire il metodo chiuso.

Il tentativo sempre più incalzante di ridimensionamento della spesa sanitaria, ed in particolare l'introduzione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il sempre vivo interesse da parte dei chirurghi nei confronti della malattia pilonidale ispirano una semplice considerazione conclusiva: sarebbe interessante verificare statisticamente un comportamento eclettico guidato da alcune variabili, come lo stato di acuzie, la durata della malattia, il tipo ed il numero dei tralci. In considerazione di ciò, i casi più semplici potrebbero essere trattati con interventi conservativi (5), riservando l'ospedalizzazione e l'intervento chirurgico vero e proprio ai casi più complessi.

## **Bibliografia**

1. Lombard-Plateta: Sinus pilonidaux. Traitment ambulatoire de la maladie pilonidale. *Bul Franc Colo Proctologie* 1994; 7: 2.
  2. Sarles JCI, Copé R: *Malattia pilonidale proctologia*. Masson Ed Milano 1993; 129.
  3. Taiana A, Chiurazzi D, Piro D: La malattia pilonidale: considerazioni su 254 casi. *It J Col* 1999; 18, 47: 87.
  4. Palmieri B, Gozzi G, Rossi A: Cisti pilonidali: stato dell'arte ed esperienze personali. *Minerva Chir* 1994; 49: 377.
  5. Cola B, Berardi M, Mandrioli M, et al.: Trattamento della malattia pilonidale: Principi generali. *Riv Ital Coloproct* 1996; 15: 45.
  6. Dwight RW, Maloy JK: Pilonidal sinus-experience with 449 cases *N Engl J Med* 1953; 29: 926.
  7. Denis J, Ganasia R, Puy-Montbbrn T: *Proctologie pratique*. Masson E 1999; 74.
  8. Di Bella F, Giordano M, Torelli I, et al: Trattamento delle fistole pilonidali con metodo aperto. *Analisi critica su 258 interventi*. *Riv Ital Coloproct* 1995; 14: 13.
  9. Wood RAB, Williams RHP, Hughes LE: Foam elastomer dressing in themanagement of open granulating wounds: experience with 250 patiets. *Br J Surg* 1977; 64: 55.
  10. Solla JA, Rothemberger DA: Cronic pilonidal disease: an assessment of 150 cases. *Dis Col Rectum* 1990; 33: 758.
  11. Sondenaa K, Pollard ML: Histology of chronic pilonidal sinus. *APMIS* 1995; 103: 267.
  12. Mueller X, Rothenbuehler JM, Frede KE: Kyste sacro coccygien. L'operation de Lord Millar représente-t-elle une alternative à l'exicision? *J Chir* 1991; 128: 487.
  13. Alver O, Kayabbasi B, Ozcan M, Tortum O: The complete rhombic excision of pilonidal sinus with primary closure by the use of fasciocutaneous Limberg flap. *Contemp Surg*, 1994; 60: 200.
  14. Lee MKK, Eu KU, Seow-Choen F: Results of Dufoumental flap tecnique for pilonidal disease. *Techniques in Coloproctol* 1996; 4: 130.
  15. Kapan M, Kapan S, Pekmezci S, Durgun V: Sacrococcygeal pilonidal sinus disease with Limberg flap repair. *Tech Proctol* 2002; 6: 27.
  16. Bostanci EB, Ozden A, Ozer S, Tetkik C, Nessar M: Pilonidal sinusun tedavisinde Limberg flep yontemi ile fenol tedavisinin karsilastirilmasi. *Kolon ve Rectum Hastaliklari Dergisi* 1999; 7: 110.
-