

L'uso del drenaggio nel trattamento "per primam" delle cisti pilonidali recidive

G. BENFATTO*, G. ZANGHI, F. CATALANO, S. BENFATTO*, V. LICARI*, G. PPE BASILE,
L. TENAGLIA**, R. FANCELLO, G. CATANIA**

RIASSUNTO: L'uso del drenaggio nel trattamento "per primam" delle cisti pilonidali recidive.

G. BENFATTO, G. ZANGHI, F. CATALANO, S. BENFATTO,
V. LICARI, G. PPE BASILE, L. TENAGLIA,
R. FANCELLO, G. CATANIA

Il trattamento delle fistole sacrococcigee recidive è tuttora controverso, in quanto tutte le metodiche più comunemente attuate determinano disagi non indifferenti per i pazienti (metodi "aperti") o sono gravate da un'alta incidenza di ulteriori recidive.

Sulla base di tale constatazione, gli Autori hanno proceduto ad una revisione della loro casistica comprendente 27 pazienti con fistole recidive, selezionati con precisi criteri e trattati con escissione "en bloc" di tutto il tessuto patologico e successiva chiusura "per primam" della ferita, previa apposizione di un drenaggio aspirativo successivamente rimosso in seconda o terza giornata.

L'uso routinario del drenaggio, la copertura antibiotica sino alla sesta-settima giornata dopo l'intervento e l'accurata disinfezione della ferita e della cute circostante, condotta giornalmente sino alla rimozione dei punti, ci hanno permesso di registrare incoraggianti risultati.

SUMMARY: Aspirative drainage useful in the treatment "per primam" of the recurrent pilonidal cysts.

G. BENFATTO, G. ZANGHI, F. CATALANO, S. BENFATTO,
V. LICARI, G. PPE BASILE, L. TENAGLIA,
R. FANCELLO, G. CATANIA

Recurrent pilonidal sinus treatment is still controversial, as more and more frequently methods used determine unpleasant discomforts to the patients ("open" method) or increase recurrences rate.

According to this consideration, the Authors have made a review of their cases (27 patients with recurrences), selected by standardized criteria and treated by "en bloc" excision of all pathologic tissue and following closure "per primam" of the wound, previously placing an aspirative drainage, then removed after 2 or 3 days.

Ordinary use of the drainage, antibiotic prophylaxis extended to postoperative sixth or seventh day and daily careful disinfection of the wound and surrounding skin until suture removal got them excellent results.

KEY WORDS: Cisti pilonidali - Drenaggio aspirativo - Chiusura "per primam".
Pilonidal cystis - Aspirative drainage - Closure "per primam".

Premessa

Il 'sinus pilonidalis' è una lesione di natura benigna prevalentemente localizzata a livello della regione sacrococcigea. Il termine di cisti per indicare tale patologia è controverso, in quanto l'esame istologico della lesione non sempre dimostra un rivestimento epiteliale malpighiano con annessi pilosebacei, anzi alcuni Autori (10) negano del tutto la presenza di tale rivestimento per cui sarebbe più corretto considerarla una pseudocisti. I differenti aspetti anatomo-patologici

ci attraverso cui può manifestarsi comprendono: cisti clinicamente silenti, fistole non suppurative, forme ascessuali acute, fistole croniche ascessualizzate.

La storia biologica naturale di tale patologia è caratterizzata da fasi di riacutizzazione che conducono alla formazione di nuovi tralci fistolosi; tali tralci assumono direzione cefalica nel 93% dei casi e caudale nel 7% (4).

Tale decorso evolutivo determina oggettive difficoltà nella strategia terapeutica. La scelta del trattamento chirurgico più opportuno è stata ed è a tutt'oggi oggetto di infinite controversie (9).

Qualsiasi tecnica venga utilizzata comporta comunque una incidenza di recidive variabili, secondo dati della letteratura (2-11), da una media del 6% col metodo "aperto" a una media del 18% con le metodiche che prevedono la chiusura "per primam" della ferita. Inoltre, l'efficacia di ogni procedura chi-

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Chirurgia Generale ed Oncologica
(Direttore: Prof. F. Basile)
*Cattedra di Chirurgia Geriatrica
(Titolare: Prof. G. Benfatto)
** Cattedra di Chirurgia Generale
(Titolare: Prof. G. Catania)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Cavo residuo dopo asportazione della cisti pilonidale e scheletrizzazione del cocchige.



Fig. 2 - Drenaggio e chiusura "per primam" di un paziente trattato per malattia pilonidale recidiva.

rurgica varia, ma tutte le metodiche portano approssimativamente alla stessa percentuale significativa di fallimenti (8, 13).

Scopo di questo studio è di riportare la nostra esperienza nel trattamento di escissione e chiusura "per primam" delle fistole sacrococcigee recidive, dimostrando come l'uso di principio di un drenaggio aspirativo riduca in maniera significativa l'incidenza di complicanze e di ulteriori recidive.

Pazienti e metodi

Dal gennaio 1999 al dicembre 2001 abbiamo trattato con metodo chiuso 27 pazienti affetti da *sinus pilonidalis* recidivo. Per una valutazione oggettiva dei risultati tutti i pazienti oggetto del nostro studio sono stati scelti secondo precisi criteri e trattati secondo un protocollo standardizzato.

Sono stati esclusi tutti i pazienti al di sopra dei 40 anni, quelli con sbocchi fistolosi localizzati a più di 3 cm lateralmente alla linea interglutea e quelli con peso corporeo superiore al 50% di quello ideale.

Dei pazienti oggetto del nostro studio, 19 (70,5%) erano maschi e 8 (29,5%) femmine. L'età media era di 24 anni per i maschi e 20 anni per le femmine, con un range di 14-40 anni. Il follow-up medio è stato di 12 mesi. Complessivamente 20 pazienti (74%) si presentavano alla nostra osservazione alla prima recidiva, dopo precedente intervento con intenti di radicalità, mentre 7 (26%) erano stati trattati due o più volte.

Durante il controllo preliminare un solo tragitto fistoloso è stato indentificato in 18 (66,5%) pazienti, 2 o più tragitti in 9 pazienti (33,5%). In 12 (44,5%) di essi, la presenza di una raccolta ascessuale ha reso necessario un drenaggio chirurgico preliminare.

Nella settimana precedente l'intervento i pazienti sono stati sottoposti a regime dietetico leggero e a detersione ogni 12 ore della regione sacrococcigea con acqua e sapone di Marsiglia. La sera prima dell'intervento è stato effettuato un clistere di pulizia. Prima di entrare in sala operatoria è stata eseguita una tricotomia accurata ed estesa della regione, seguita da una disinfezione con Iodopovidone soluzione saponosa, e praticata profilassi antibiotica (Ceftazidime 1 g, 1 f im).

Il paziente viene posto sul lettino operatorio in posizione prona con una spezzatura di circa 30°. La regione interglutea viene divaricata da cerotti adesivi applicati sulle natiche e si procede, quin-

di, ad abbondante disinfezione con Iodopovidone (3) e soluzione saponosa. Si esegue anestesia locoregionale con una soluzione in parti uguali di Bupivacaina (0,5%) e Lidocaina tamponata con bicarbonato di sodio. Dopo incisione a losanga della regione sacrococcigea, l'escissione della cisti e dei tragitti fistolosi viene condotta sino al piano fasciale, con accurata asportazione del tessuto adiposo peri-lesionale, e caudalmente sino alla punta del cocchige che viene accuratamente scheletrizzata. Il cavo residuo ha forma di cono tronco la cui base corrisponde al piano fasciale (Fig. 1); particolare attenzione prestiamo ai margini cutanei, che devono essere regolari e non sottominati. L'emostasi viene attuata con l'elettrocoagulazione (3) evitando, se possibile, di utilizzare legature.

La ricostruzione del piano profondo, una volta rimossi i cerotti di trazione dalle natiche, viene eseguita con punti staccati in materiale riassorbibile (Vicryl 0), ancorando i punti al piano fasciale allo scopo di ridurre al minimo il cavo residuo. Viene quindi posizionata un drenaggio aspirativo (tubo al silicone Blake, piatto, con scanalature complete, da 7 mm, con trocar da 3/16 in 4,8 mm), la cui fettuccia interna viene posta all'interno della cavità per tutta la sua lunghezza e sino alla punta del cocchige, al di sotto dei punti di Vicryl non ancora annodati. La porzione esterna del drenaggio viene fissata alla cute mediante seta 2/0. Lo strato superficiale della ferita viene chiuso con punti in seta 0 evertenti, comprendenti la cute e la porzione sottostante del sottocute; viene posizionato un rotolo di garza sterile, confezionato a "sigaretta", fissato utilizzando la seta di alcuni dei nodi dello strato superficiale appositamente lasciati lunghi e ciò allo scopo di esercitare una modica compressione, assorbire eventuali secrezioni sieromatriche e diminuire la trazione sulle suture da parte dei glutei (Fig. 2).

Nel post-operatorio, per 6-7 giorni, il paziente, quando allattato, viene invitato a decubere in posizione supina. Le medicazioni vengono effettuate giornalmente, con disinfezione ampiamente estesa alla cute circostante; il rifacimento del vuoto nella scatola del drenaggio viene effettuato dopo 24 ore e la rimozione del tubo dopo 48 o 72 ore a seconda della quantità di liquido siero-ematico presente nella scatola. Le medicazioni vengono effettuate giornalmente e la "sigaretta" viene rimossa in IV giornata e i punti di sutura cutanea fra l'XI ed la XII giornata.

Manteniamo la copertura antibiotica (Ceftazidime 1gr, 1 fl, im ogni 12 ore) sino alla VII giornata.

Risultati

In 22 casi (81,5%) l'intervento è stato condotto in regime di "day hospital", in 5 (18,5%) casi con rico-

vero ordinario e una degenza media di 48 h. In 2 pazienti (7,5%) abbiamo riscontrato una deiscenza parziale della sutura che ha prolungato i tempi di guarigione. Ciascun paziente è stato sottoposto ad un primo controllo 10 giorni dopo la rimozione dei punti e successivamente ogni 3 mesi. Il tempo medio in cui i pazienti hanno ripreso le attività usuali è stato di 18 giorni dalla data dell'intervento. In un follow-up a tre mesi dall'intervento effettuato su tutti i pazienti, abbiamo riscontrato una sola recidiva che abbiamo rioperato con la stessa tecnica; a sei mesi si sono presentati al controllo 24 pazienti, compreso il paziente rioperato, e nessuno di questi presentava recidive. Un follow-up di 12 mesi è maturato sino ad oggi per 19 pazienti (70,5%): nessuno di essi ha presentato recidive.

Discussione e conclusioni

Il trattamento è l'aspetto più controverso della malattia pilonidale-sacroccigea, specialmente delle recidive. Nella fase acuta si rende necessario il drenaggio delle raccolte ascessuali, provvedimento che in ogni caso non può prescindere da un intervento con intenti di radicalità (6).

Difficile è individuare una tecnica che possieda tutti i requisiti del trattamento ideale: rapida guarigione, minimo disagio per il paziente, assenza di complicanze infettive della ferita, bassa o nulla incidenza di nuove recidive.

Attualmente, le procedure chirurgiche impiegate anche nelle recidive sono:

1. l'escissione radicale, lasciando aperta la ferita;
2. l'escissione radicale, con chiusura parziale della ferita;
3. l'escissione radicale, con chiusura "per primam" della ferita;
4. la chiusura con plastiche speciali (plastica a Z, a W, sutura mediante "flap" romboidale utilizzo di "flap" miocutaneo) (3).

La tendenza più comune è quella di preferire la chiusura "per primam" nelle forme non infette e non acute e di eseguire il trattamento aperto quando l'infezione è in atto. L'escissione radicale con chiusura "per primam" della ferita rappresenta sicuramente la modalità terapeutica che comporta minori disagi per il paziente e che permette una più precoce ripresa delle attività usuali. Di contro è gravata da un'incidenza di recidive tre volte maggiore rispetto alla metodica cosiddetta "open" (2).

L'apposizione di principio di un drenaggio aspirativo nel trattamento con metodo chiuso delle cisti e fistole pilonidali, riduce, in base alla nostra espe-

rienza maturata anche in casi trattati per la prima volta, l'incidenza di complicanze e recidive.

Il presupposto razionale dell'uso del drenaggio aspirativo si basa sulla constatazione che anche un'emostasi accurata non impedisce la formazione di raccolte sierose-ematiche. Tali raccolte, anche se modeste, sono particolarmente soggette ad infettarsi a breve termine, determinando complicanze precoci quali arrossamento cutaneo, edema, ascessi, deiscenza della ferita, o a medio termine, rappresentando in questo caso il momento patogenetico della maggior parte delle recidive. Tali complicanze sono più frequenti e di maggiore entità nei soggetti obesi (7). Nel primo caso si avrà un prolungamento dei tempi di guarigione, nel secondo caso un ritorno della malattia e la necessità di nuovi provvedimenti terapeutici; nell'un caso e nell'altro disagio per i pazienti e risvolti economici negativi in termine di incremento della spesa sanitaria e perdita di giornate lavorative.

Per quanto riguarda la copertura antibiotica, uno studio relativamente recente (12) ha dimostrato come, nei confronti di colture di batteri isolati da fistole pilonidali, gli antibiotici comunemente usati nella pratica chirurgica si dimostrano generalmente efficaci. La Cefotazidime, molecola che noi abbiamo adoperato nel nostro protocollo, contrasta validamente i Gram-negativi, gli anaerobi e gli Stafilococchi. Un trattamento *short-term* non è comunque sufficiente a prevenire le complicanze infettive che sono spesso legate ad una contaminazione della ferita dall'esterno. Tale evenienza è estremamente realistica considerata la vicinanza dell'ano e la condizione di fisiologica umidità della plica interglutea, pabulum ideale per la proliferazione batterica. Per questo motivo estendiamo la copertura antibiotica, a dosaggio pieno, per 6-7 giorni dopo l'intervento e mettiamo in atto giornalmente un'accurata disinfezione della ferita e della cute circostante sino alla rimozione dei punti.

In conclusione l'uso del drenaggio aspirativo nell'escissione delle fistole pilonidali trattate con metodo chiuso ci ha permesso di ridurre in maniera significativa le complicanze precoci e le recidive.

La metodica da noi proposta è di semplice esecuzione ed è adattabile alla maggior parte dei casi, ad eccezione di fistole complesse e/o con lesioni estese alla regione glutea. In questi casi sono indicati interventi più impegnativi, che prevedono plastiche cutanee o muscolo-cutanee e che richiedono competenze specifiche. Dai dati ricavati dalla Letteratura (1-5), l'80% delle recidive si osserva entro il primo anno dall'intervento; consideriamo pertanto incoraggianti i risultati nel nostro follow-up.

Bibliografia

1. Al-Hassan H, Francis I, Neglén P: Primary closure or secondary granulation after excision of pilonidal sinus? *Acta Chir Scand*, 1990; 156: 695.
 2. Allen-Mersch TG.: Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990; 77:123.
 3. Bozkurt MK, Tezel E: Management of pilonidal sinus with the Limberg Flap; *Dis Colon Rectum*, 1998; 775.
 4. Froideaux A, Marti MC: Kystes sacrococciens étude de 422 cases. *Lyon Chir* 1976; 72:408.
 5. Goodall P: The aetiology and treatment of pilonidal sinus. A review of 163 patients. *Br J Surg* 1961; 49:212.
 6. Jensen SL, Harling H: Prognosis after simple incision and drainage for a first-episode acute pilonidal abscess. *Br J Surg* 1998; 75:60.
 7. Kudaka M: Surgical treatment for polionidal sinus: a fourteen year experience. The 45th Annual Congress of ICS-JS. Tokyo, 6 Nov. 1999.
 8. Manterola C, Barroso M, Araya JC, Fonseca L: Pilonidal disease: 25 cases treated by the Dufourmentel technique. *Dis Colon Rectum*; 1991; 34:649.
 9. Muller XM, Rothenbuhler J.M., Frede KE: Kistesacroccigien: techniques opératoires et resultants. *Helv Chir Acta* 1991; 58:889.
 10. Palmieri B, Gozzi G, Rossi A: Cisti pilonidale. Stato dell'arte ed esperienze personali. *Minerva Chir* 1994; 49:377.
 11. Rosato L, Fornero G, Realis Luc A, Clerico G: Il trattamento radicale della cisti pilonidale sacrococcegea. *Minerva Chir* 1997; 52:1277.
 12. Sodenaa K, Nesvik I, Gullaksen FP, Furnes A, Harbo SO, Weyessa S, Soreide JA: The role of cefoxitine prophylaxis in chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. *J Am Coll Surg* 1995; 180:157.
 13. Surrell JA: Pilonidal disease. *Surg Clin North Am* 1994; 37:1232.
-