



LE FISTOLE PERIANALI

A cura di: **Dott. Diego Segre** (www.diegosegre.it), **Dott. Guido Tegon** (guidotegon@tin.it)

CHE COSA SONO?

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.

COME SI FORMANO?

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).

QUALI SONO I SINTOMI?

Nella fase ascessuale:

1. gonfiore, rossore e calore della pelle,
2. intenso dolore anale, anche notturno,
3. spesso modico rialzo febbrile,
4. talvolta difficoltà ad urinare.

La fistola si manifesta invece con una secrezione continua o intermittente di siero-pus attraverso l'orifizio esterno situato vicino all'ano, che non ha tendenza a cicatrizzare.

COME SI STUDIANO?

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.

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.

POSSONO DEGENERARE?

Quando una fistola persiste per molti anni, senza essere eliminata con un intervento chirurgico, può degenerare, anche se molto raramente, in tumore maligno. L'infiammazione cronica presente nei tessuti per molto tempo può infatti predisporre alla trasformazione neoplastica.

COME SI CURANO?

L'ascesso anale, se non si apre spontaneamente, richiede una piccola incisione di drenaggio effettuabile anche ambulatoriamente in anestesia locale. Gli antibiotici non devono essere utilizzati neanche in fase acuta, se non nei pazienti anziani o negli immunodepressi. Nel caso all'ascesso consegua la formazione di una fistola, questa andrà operata, in genere in anestesia loco-regionale o generale, in uno o più tempi a seconda che i muscoli anali siano interessati più o meno profondamente dalla fistola. Un chirurgo coloretale esperto non deve essere né troppo aggressivo per non rischiare di sezionare una parte eccessiva dello sfintere provocando incontinenza alle feci, né troppo cauto per non rischiare di asportare in modo incompleto la "radice" della fistola, favorendone la recidiva.

L'obiettivo è quindi di guarire la fistola conservando la continenza. La gran maggioranza degli operati per fistola mantiene una perfetta continenza: solo nell'8-11% dei pazienti il trattamento chirurgico delle fistole complesse può comportare incontinenza di vario grado ai gas ed alle feci liquide.

Per tale motivo nelle fistole alte, e soprattutto nelle fistole situate anteriormente nella donna, a maggior rischio di incontinenza postoperatoria, può essere effettuata la tecnica del "lembo di avanzamento" in cui, senza sezionare la componente esterna del muscolo, dopo aver asportato il focolo interno di origine della fistola, si provvede a ricoprire l'area con un lembo formato da mucosa e fibre del muscolo interno che cicatrizza gradualmente chiudendo il tramite fistoloso; il "lembo di avanzamento" può essere anche costituito da un lembo cutaneo dell'area perianale.

Negli ultimi anni, per il trattamento delle fistole "alte" o "complesse", sono state proposte due 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:

-INIEZIONE DI COLLA DI FIBRINA NEL TRAMITE FISTOLOSO

Tale tecnica utilizza l'attivazione della trombina per formare un coagulo di fibrina che chiude meccanicamente il tramite fistoloso. Va preceduta dal posizionamento nel tramite di un "setone" consistente in uno o più fili di seta o sintetici che drenano e "ripuliscono" la fistola eliminando gradualmente eventuali recessi contenenti pus. Il "setone" va mantenuto in sede per alcuni mesi e rimosso prima dell'iniezione della colla di fibrina. In circa il 50% dei casi con tale metodica la fistola si chiude senza bisogno di altri interventi. In caso di insuccesso non vengono pregiudicati successivi approcci chirurgici.

-INSERIMENTO DI UN "TAPPO BIOLOGICO" NEL TRAMITE FISTOLOSO

Tale "tappo", che misura circa 2 cm x 3, è costituito da sottomucosa liofilizzata dell'intestino di maiale. Confezionato in forma conica viene inserito nel tramite fistoloso dopo opportuno periodo di drenaggio mediante "setone". Non si comporta da corpo estraneo e viene integrato nei tessuti del paziente nell'arco di circa tre mesi. I risultati favorevoli variano, a seconda delle casistiche, tra il 40 ed il 60% dei casi trattati.

Un giudizio obiettivo sull'utilizzo di queste due nuove tecniche potrà comunque essere emesso solo tra alcuni anni dopo aver controllato a distanza un maggior numero di casi trattati. La scarsa invasività di entrambe le metodiche compensa attualmente il loro carattere ancora "sperimentale".

BIBLIOGRAFIA:

1. Lombard-Platet J, Barth X., Anderegg V. *Suppurations de la région anale. Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales. Généralités-Appareil digestif, 40-690, 1993.*
2. Denis J, Ganansia J, Puy-Montbrun T *Proctologie pratique. Fistule anale. pp 59-68. 4a ed. Masson, Paris 1999. –*
3. Zmora O, Neufeld D, Ziv H et al. *Prospective, multicenter evaluation of highly concentrated fibrin glue in the treatment of complex cryptogenic perianal fistulas. Dis Colon Rectum 2005;48:2167-2172.*
4. Corman ML *The surgisis AFP anal fistula plug: report of a consensus conference. Colorectal Disease 2008;10:17-20.*