

CONSENSO INFORMATO

ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI CISTI PILONIDALE

LA CISTI PILONIDALE (sinus pilonidalis) è una lesione cronica del tessuto cutaneo di forma rotondeggiante; si può formare nella regione del sacro-coccige, poco sopra il solco intergluteo: per questo motivo viene spesso chiamata anche cisti sacro-coccigea circondata da una reazione infiammatoria del sottocute. Per fistola (sacro-coccigea o pilonidale) si intende una complicanza, che si verifica durante un processo di ascessualizzazione, con successiva apertura all'esterno.

Cause: In passato si riteneva che la permanenza di tessuto embrionario fosse la causa prima della comparsa di una cisti sacro-coccigea. Oggi si preferisce accreditare l'ipotesi che questa derivi dall'azione di sfregamento dei glutei con il conseguente incarnamento dei peli, che penetrano nei pori delle ghiandole sebacee e sudoripare, forma i "nidi" nel sottocute. Ne deriva una reazione infiammatoria. Dopo i ripetuti traumi si potrà formare un ascesso contenente pus che tenderà a farsi strada verso l'esterno formando così un tragitto chiamato fistola. La scarsa igiene può favorire questi processi.

Sintomi: Possiamo distinguere tre fasi:

1. La prima fase è caratterizzata dalla cisti, piccola tumefazione a forma di "pallina", lievemente dolente e dolorabile alla palpazione; a volte sono presenti piccoli orifizi sulla cute, dai quali affiorano ciuffi di peli. Può rimanere silente per anni oppure andare incontro alle fasi successive.
2. Se i batteri cutanei causano l'infiammazione della cisti si forma una raccolta di pus chiamata ascesso. La tumefazione in questo caso è più grande e comporta maggior dolore e presenza di arrossamento con febbre e malessere generalizzato. A volte l'ascesso può rompersi spontaneamente all'esterno, con emissione di pus cremoso e maleodorante: lo svuotamento dell'ascesso (spontaneo o chirurgico) provoca sempre immediato sollievo, ma se non viene trattato il processo non si arresta e il pus continua a formarsi.
3. La terza fase è caratterizzata dalla fistola, un piccolo canale di comunicazione tra la cisti ascessualizzata e un orifizio cutaneo. Talvolta le fistole sono più di una, ciascuna con un differente sbocco all'esterno. La fistola che rimane aperta continuerà a secernere un liquido siero-purulento di colore giallastro; se invece si chiude darà luogo ad ascessi ricorrenti. Qualora non venga trattata chirurgicamente, la malattia pilonidale continuerà ad espandersi localmente potendo arrivare fino all'ano, con notevole danno anatomico e renderà ancora più difficile l'intervento tanto che in alcuni casi potrà risultare difficile distinguerla da una fistola che invece origina dal canale anale.

Terapia: La terapia è esclusivamente chirurgica. L'anestesia generale è poco utilizzata, in quanto la posizione supina che si deve far assumere al paziente aumenta i rischi connessi con l'intubazione oro-tracheale; si può invece operare agevolmente in anestesia locale, per lo più anche in regime di Day Surgery, con ricovero ospedaliero di un giorno.

La tecnica chiusa prevede l'asportazione in blocco dei tessuti malati, ma la ferita viene chiusa immediatamente con punti di sutura. La guarigione è molto più rapida, i punti vengono rimossi dopo 12-15 giorni. E' indicata senz'altro per i casi più semplici ma, poiché comporta un post-operatorio più rapido molto meno doloroso e meglio accettato dal paziente, è preferibile utilizzarla come prima scelta ogni volta che vi siano sufficienti garanzie per il buon esito finale. L'intervento definitivo con una delle suddette metodiche non può comunque essere effettuato in urgenza (cioè nella fase di ascessualizzazione), anche perché l'anestetico locale non sarebbe efficace: in questi casi si deve dunque prima praticare un'incisione per drenare l'ascesso e successivamente procedere all'asportazione



Casa di Cura Torina

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
CISTI PILONIDALE

dell'intera parte malata con una delle tecniche appena descritte. Solo dopo asportazioni particolarmente estese potrà essere indicata la successiva ricostruzione dei tessuti utilizzando lembi a "Z" o di rotazione: in questi casi sarà necessario sottoporre il paziente ad anestesia generale.

Prevenzione: I pazienti con apparato pilifero particolarmente sviluppato possono prevenire il sinus pilonidalis utilizzando creme depilatorie, allo scopo di evitare la caduta e il deposito dei peli nel solco intergluteo. Lo stesso consiglio può essere utile a chi si è già sottoposto ad intervento chirurgico, al fine di diminuire il pericolo di recidive.

E' inoltre molto importante curare l'igiene locale e l'aerazione della regione. E' infine buona norma prediligere l'utilizzo di indumenti comodi, nonché evitare, per quanto possibile, lo sfregamento dei tessuti e i microtraumi.