

GANGRENA PERIANALE



La gangrena perineale (GP) è una infezione acuta sinergica delle parti molli del perineo da parte di germi aerobi ed anaerobi che evolve in modo improvviso ed imprevedibile di solito a partire da una lesione suppurata urogenitale o anorettale.

Rimane una patologia rara, ma la prognosi resta tuttora grave (mortalità 30-50%), per via delle infezioni sinergiche delle parti molli da germi aerobi ed anaerobi a partire da un focolaio infettivo iniziale (urinario o colo-proctologico) che evolve poi improvvisamente verso:

- cellulite necrotizzante e mionecrosi
- fascicolite necrotizzante

COSA E' NECESSARIO PER AFFRONTARLA:

- tripla antibioticoteraapia standard (ampio spettro SUBITO) e poi mirata (esame colturale),
- U.O. di rianimazione a disposizione,
- ripetute sedute operatorie per escissione delle parti infette,
- sbrigliamenti e drenaggio in sede,
- colostomia immediata,
- derivazione urinaria,
- eventuale ossigenoterapia iperbarica

Questo protocollo terapeutico multidisciplinare aggressivo verrà progressivamente adattato all'evoluzione clinica

Fattori prognostici negativi:

- età superiore a 60 anni,
- estensione lombo-addominale o crurale,
- shock settico,
- emocoltura positiva
- La mancanza o il ritardo nella confezione della colostomia

Fattori di rischio:

- età,
- disturbi della circolazione capillare che facilitano l'ischemia tissutale e quindi la necrosi (arterite, sindromi mieloproliferative)
- tutte le malattie responsabili di una depressione immunitaria:
 - cirrosi,
 - diabete,
 - cancro,
 - emopatia,
 - infezione da virus dell'immuno-deficienza acquisita umana (HIV)



L'intervallo medio tra i primi segni e il primo intervento chirurgico è di 5-7 giorni.

Sono state osservate delle GP dopo **tutti i tipi di intervento a carico del perineo:**

- riparazioni perineali,
- chirurgia ginecologica,
- riparazioni dell'ano e del retto (trattamento di emorroidi, di fistole anali, biopsie rettali),
- interventi a carico degli organi genitali esterni dell'uomo (circoncisione, terapia dell'idrocele, interventi su testicolo ed uretra),
- interventi sulla vescica e della prostata (adenomiectomia, resezioni trans-uretrali, ago-biopsie della prostata)
- forme post-traumatiche
- come complicanza di ustioni chimiche o termiche del perineo, ferite ano-perineali, corpi estranei del retto o dell'uretra, avulsione scrotale, morso di cane

Tutte le suppurazioni locoregionali possono evolvere verso una GP :

- ascessi di origine anale o peri-anale (in particolare i voluminosi ascessi della fossa ischio-rettale),
- orchi-epididimiti e prostatiti acute,
- lesioni veneree,
- complicazioni di stenosi ureterali,
- fistolizzazioni di tumori vescicali e rettali,
- diffusionsi di ascessi retroperitoneali da perforazione appendicolare o sigmoidea,
- radionecrosi

Il concetto di «gangrena fulminante idiopatica» descritto da Fournier nel 1884 è stato abbandonato e deve essere sistematicamente cercata e trattata una lesione causale.

I germi in causa sono tipici di infezioni urinarie e colo-proctologiche :

- bacilli Gram negativi
- enterobatteri(Escherichia coli, Proteus, Klebsiella, ecc),
- streptococchi
- enterococchi,
- eccezionalmente stafilococchi

La loro virulenza viene potenziata dalla sinergia con anaerobi obbligati,

- Clostridium perfringens
- Bacteroides fragilis

I prelievi batteriologici possono essere negativi a causa dell'antibioticoterapia iniziale o per errori nel prelievo e nella coltura, soprattutto nel caso degli anaerobi.

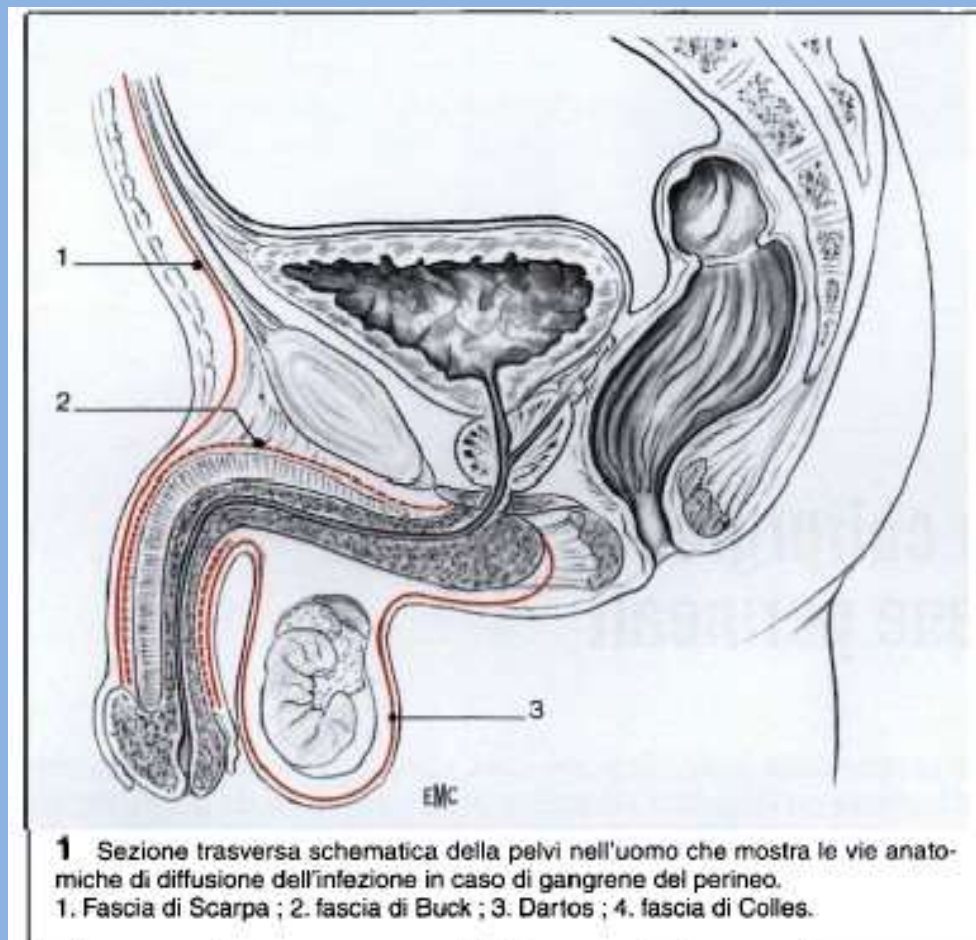
L'associazione più frequente è : **bacillo Gram negativo-streptococco D-anaerobio**

Questi dati batteriologici permettono di iniziare un'antibioticoterapia efficace prima ancora di possedere i risultati delle colture

La particolarità delle GP rispetto alle altre gangrene e fasciti necrosanti è dovuta all'anatomia della regione, dove un abbondante tessuto cellulare lasso e suddiviso da setti aponeurotici inestensibili. L'edema scatenato dalla reazione infiammatoria comporta una compressione dei vasi e quindi un'ischemia con conseguente necrosi.

L'infezione progredisce in seguito in modo esplosivo lungo i setti aponeurotici o connettivali (fascia di Colles e di Buck, Dartos) **secondo una logica anatomica che permette di prevedere le zone di incisione e di escissione.**

Gli organi che hanno fonti di irrorazione arteriosa differenziate, come i testicoli, i corpi cavernosi e l'ano-retto, **vengono in genere preservati dall'evoluzione necrosante.**



Diagnosi clinica

- **odore** tipico della necrosi tessutale infettiva,
- ispezione del perineo (associazione variabile di lesioni rosse, nere e verdi):
 - **lesioni necrotiche**, nere e non dolenti, associate a scollamenti cutanei con flittene e ad un aspetto cartonaceo dei tessuti sottostanti in caso di mionecrosi.
 - **lesioni verdastre** corrispondono a zone di coliquazione purulenta
- Le zone cutanee rosse, con infiltrato sottocutaneo spesso, edematoso che **trasuda**, molto **doloroso** al tocco, corrispondono ad un classico aspetto da cellulite
- Il **crepitio** è presente solo nel 30 % dei casi

Nessun esame strumentale sarà necessario per porre la diagnosi.

Cmq...

- esami ematochimici (leucocitosi, dismetabolismo, insufficienza renale, ipossia)
- Emocoltura
- urinocoltura
- Radiografie dei tessuti molli → bolle di gas.
- tomografia computerizzata (o la risonanza magnetica) **ma non ritardare il trattamento d'urgenza.**

Trattamento iniziale

Rianimazione medica + trattamento chirurgico + ossigenoterapia iperbarica in urgenza.

- posizionamento di **CVC**,
- mantenimento della volemia ed equilibrio idro-elettrolitico, e glicemico,
- **nutrizione parenterale totale**,
- trattamento dello shock settico e delle sue conseguenze (intubazione e ventilazione controllata in caso di insufficienza respiratoria acuta, dialisi in caso di insufficienza renale acuta),
- trattamento anticoagulante
- sieroprevenzione antitetanica
- **L'antibioticoterapia iniziale tre antibiotici:**
 - 1) **penicillina G** → 30-50 milioni di unità/die oppure **amoxicillina clavulanata** 3 g/die),
 - 2) **metronidazolo** 1,5 g/die
 - 3) **aminoglicoside** tipo la netilmicina che può essere sostituito dalla fosfomicina in caso di insufficienza renale.

Chirurgia

Il primo intervento viene eseguito in urgenza, in anestesia generale, (controindicate anestesi loco-regionali ripetute in caso di sepsi).

L'intervento inizia con una valutazione visiva e palpatoria delle lesioni.

Tracciare un disegno schematico quotidiano delle lesioni serve come mezzo di comunicazione con i colleghi dei servizi di rianimazione e di medicina iperbarica.

Eeguire prelievi per esami batteriologici eseguiti ad ogni seduta operatoria perché i germi variano al variare delle fasi evolutive con la comparsa secondaria, in particolare, di Pseudomonas aeruginosa.

Praticare incisioni verticali per il drenaggio delle fosse ischio-rettali, longitudinali sugli arti, oblique sulle pliche dorsali, ecc) seguire le fasce e permettere degli ampi scollamenti sottocutanei (eseguiti col dito o con uno strumento lungo e smusso quale una clamp aortica → **(in modo da mettere in comunicazione le incisioni tra loro, drenandole con delle lamine in caucciù di Delbet.**

In caso di mionecrosi, soprattutto se a livello crurale, praticare **ampie fasciotomie longitudinali** sia per resecare che per drenare i settori devitalizzati.



La garza grassa risulta controindicata per le sedute di ossigenoterapia, utile Betadine.

La derivazione fecale è obbligatoria al fine di eliminare la contaminazione da fistola e per un rapido ritorno ad un'alimentazione enterale.

La colostomia deve essere confezionata nel corso del primo intervento di sbrigliamento.

La sede ideale sarà quindi l'ipocondrio sinistro, confezionando una colostomia escludente sul trasverso su bacchetta.

Il contenuto fecale del segmento colico a valle viene lavato ed aspirato. L'esclusione del segmento a valle viene realizzata con l'applicazione di una suturatrice meccanica lineare che ne realizza la chiusura.

La derivazione urinaria viene realizzata al meglio con una cistostomia

Ossigenoterapia iperbarica:

contrastare lo sviluppo di altri batteri anaerobi, di migliorare l'ossigenazione tissutale e di accelerare la cicatrizzazione

RIASSUMENDO:

Non appena posta la diagnosi, la sequenza terapeutica ottimale deve comprendere

- inizio immediato dell'antibioticoterapia,
- intervento in anestesia generale per sbrigliamento con confezione di colostomia
- prima sessione di ossigenoterapia iperbarica.

Nelle forme abituali il trattamento è di **intensità massima nei primi 5 giorni**:

- due sessioni quotidiane di ossigenoterapia iperbarica che precedono e seguono il quotidiano intervento chirurgico per le resezioni, gli sbrigliamenti reiterati e la terapia rianimativa intensiva.
- Le medicazioni verranno poi eseguite ogni due giorni, associate ad una singola sessione di ossigenoterapia iperbarica quotidiana, regime che continuerà sino alla comparsa del tessuto di granulazione.

Nei casi favorevoli, gli interventi operatori di medicazione vengono semplificati ed eseguiti sempre in sala operatoria ma senza anestesia generale ed in seguito al letto del malato.

... Nei sopravvissuti:

- rimozione del dispositivo di drenaggio urinario **dopo studio delle basse vie urinarie** per scoprire l'eventuale presenza di una stenosi uretrale e per trattarla ;
- trattamento mediante fistolectomia delle fistole anali ;
- copertura delle perdite di sostanza cutanee a livello del perineo, dello scroto e del pene con tecniche di innesto cutaneo o di mobilizzazione di lembi
- trattamento specifico delle escare da decubito che compaiono spesso a carico di questi pazienti allettati a lungo in rianimazione.
- Il ripristino della continuità digestiva solo dopo completa guarigione delle lesioni perineali