

# **SINUS PILONIDALIS:**

(appunti tratti dall'Enciclopedia)



## **DEFINIZIONE**

“Cavità pseudocistica sviluppatasi nella regione sacro-coccigea, tra lo strato adiposo sottocutaneo e la fascia muscolare. Può contenere peli formati, abbozzi dentari, tessuto tegumentario. “

Tale suppurazione della regione anale, può essere confusa con:

- fistola anale
- ascesso gluteo-perianale

E' una patologia **dell'adolescente e del giovane adulto**, rara dopo i 40 anni; l'incidenza è **prevalentemente maschile** (1%); solamente l'0,1% nelle donne.

E' più verosimile che si tratti di una malattia acquisita.

Talvolta il sinus pilonidalis si riforma dopo essere stato completamente asportato chirurgicamente: il meccanismo patogenetico proposto può essere legato alla azione di **sfregamento dei glutei con conseguente intrappolamento dei peli**. Queste cisti, sottoposte a microtraumi continui come nella posizione seduta finiscono con l'andare incontro ad una infiammazione cui può seguire la formazione di un ascesso.

## **SINTOMI**

- presenza di un piccolo avvallamento fino ad una grande tumefazione dolorosa.
- Secrezione di liquido che può essere chiaro (sieroso), corpuscolato (purulento) od ematico



L'infezione può anche causare febbre e malessere generale.

## PATOGENESI

I peli si invaginano nel derma a livello della plica interglutea creando una reazione infiammatoria che si propaga al tessuto cellulare sottocutaneo, a livello del quale si forma allora una cavità.

la cavità della cisti è costituita unicamente da tessuto di granulazione nel quale non esiste alcun follicolo pilifero e nessun elemento cutaneo, la cisti comunica con l'esterno tramite uno o più orifizi che si trovano scaglionati sulla linea mediana, a 4-8 cm dal margine anale.

Accanto a questi orifizi posti sulla linea mediana, e cioè nella piega interglutea, **possono esistere orifizi secondari**, laterali rispetto alla linea mediana e corrispondenti a delle ramificazioni suppurate della cavità cistica primaria.

La tumefazione può aver sede sulla linea mediana, nella plica interglutea, o presentarsi essenzialmente con delle ramificazioni laterali, che non debbono essere confuse né con un ascesso gluteo, né perianale.

**La forma acuta è la forma d'esordio nel 45-50% dei casi.**

Al contrario, la cisti pilonidale può presentarsi sotto forma di una **suppurazione cronica** intermittente della piega interglutea.

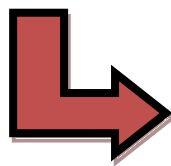
L'esame obiettivo mette allora in evidenza uno o più orifizi primari a livello del solco intergluteo, oppure, a volte, delle suppurazioni a livello di uno degli orifizi. Nel caso in cui si tratti di recidiva dopo trattamento:

- se essa compare **entro un anno** dall'intervento, si tratta di un'**evoluzione**,
- se è più tardiva si può parlare di una nuova **malattia pilonidale**

Si può tentare di tenere sotto controllo la condizione semplicemente tenendo la zona pulita e priva di peli, ma **la terapia è esclusivamente chirurgica.**

## PASSAGGI FONDAMENTALI

- **tricotomia** della zona suppurata e di quella circostante,
- **anestesia locale** → eseguita perifericamente alla zona infiammatoria, in modo da non risultare dolorosa



- **xilocaina-adrenalina tamponata con bicarbonato**
- esplorazione accurata dei tramiti fistolosi con **specillo** e/o con coloranti (**blu di metilene**)
- incisione lineare di 2-3 cm di lunghezza, o dopo escissione di una losanga
- asportazione completa, in blocco, di tutta la parte malata contenente la cisti e le fistole
- lavaggio e curettage
- emostasi
- zaffaggio

Si consiglia al paziente di **riposare steso sul dorso**, in modo da realizzare un'emostasi per compressione

**Gli antibiotici sono del tutto inutili**, dato che si tratta della suppurazione di una raccolta superficiale. Utili invece **medicazioni frequenti e curettaggi**. Delle rasure regolari della ferita per 6 mesi circa, almeno una volta al mese, dopo la guarigione della ferita. Bisognerà attendere un intervallo di 6-8 settimane per ottenere la cicatrizzazione che porterà alla guarigione definitiva nel 60% dei casi.

## CHIRURGIA

La maggior parte dei chirurghi preferisce **non intervenire nella fase di ascessualizzazione** perché l'infiammazione e l'infezione vanificherebbero gli effetti dell'anestesia locale e costringerebbero ad un allargamento dei margini di asportazione.

Eventuali **ampie suture in corrispondenza della linea mediana posteriore per motivi meccanici tendono, quasi sempre, ad aprirsi**, e qualora fosse necessario una detersione dei piani tissutali più profondi questi vanno raggiunti attraverso una incisione laterale, che, invece, tende a guarire con estrema semplicità.



Incisione tradizionale

### **Tecnica tradizionale:**

Escissione in blocco della cisti pilonidale che si trova immersa nel tessuto cellulare e non penetra mai l'aponeurosi sacrale posteriore.

La ferita resta aperta e la guarigione viene ottenuta per seconda intenzione. Tali metodiche comportano un lento recupero funzionale e delle attività lavorative, con necessità di lunghe medicazioni, spesso per più di un mese.

**Teoria di J. Bascom (1980):** la cisti pilonidale è una malattia acquisita squisitamente “dermatologica”, essa come tale va trattata, con escissioni e suture multiple ma di pochi millimetri (a “chicco di riso”) dei piccoli orifizi cutanei esterni situati sulla linea mediana posteriore della regione sacro-coccigea.

**L'intervento di Bascom:**

eseguito ambulatorialmente ed in anestesia locale, con una ripresa delle normali attività molto più rapida rispetto agli interventi "demolitori", senza alcun dolore e senza la necessità di lunghe e fastidiose medicazioni.



**Tecnica di Gips: (Israele)**

introdotta in Italia dal Dott. Di Castro. Questa consiste nell'utilizzo di lame circolari (trefine o currettes per biopsia “punch”) che asportano sia il tessuto malato che il contenuto della cisti o della fistola e che non prevede incisioni collaterali ("fistulectomia").

Non si avrà quindi un taglio come nella tecnica di Bascom originale, ma la sola presenza di piccoli forellini del diametro di pochi (solitamente 2-3) millimetri, che arriveranno subito a guarigione consentendo, generalmente il giorno successivo all'intervento, di riprendere la normale attività senza o con pochissimo dolore.

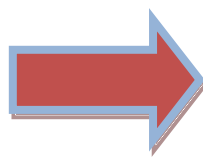


### **Tecnica EPSIT od Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment:**

Variante (più costosa) ideata dal Dr. Piercarlo Meinero, è una tecnica video assistita per il trattamento chirurgico della cisti pilonidale (o cisti sacro coccigea) e delle sue recidive. Avendo ottenuto eccellenti risultati con la VAAFT per il trattamento delle fistole perianali, si è deciso di applicare gli stessi principi alla cura delle cisti sacro coccigee (o pilonidali), sia semplici sia complicate da fistole, processi suppurativi o nei casi di recidiva dopo tecniche tradizionali. Il significato di questa nuova tecnica mini-invasiva deriva dal concetto che, operando endoscopicamente e rimuovendo l'intera area infetta, si ottiene una completa guarigione mediante una o due piccole incisioni di circa mezzo centimetro di diametro, evitando ampie ferite chirurgiche e soprattutto lunghe e dolorose convalescenze.



Anche in caso di malattia plurirecidiva è indicato il trattamento mini invasivo; non sembrano più indicate ampie escissioni o plastiche a "Z".



**Incisione a "z"**

### **Drenaggio con setone :**

Può essere applicato altrettanto bene alle forme acute suppurate che alle forme croniche e che riproduce la tattica chirurgica spesso impiegata nelle fistole anali. Si introduce uno specillo attraverso l'orifizio primitivo o comunque uno degli orifizi e viene fatto fuoriuscire in corrispondenza della parte più declive della cisti, sulla linea mediana. Si passa quindi un setone che si mantiene parecchie settimane, dopo allargamento degli orifizi cutanei. Se sono presenti degli orifizi secondari, si possono posizionare altri drenaggi. Questo drenaggio con setone, che per noi è rappresentato da una fettuccia elastica, permette la riduzione del volume della cavità cistica, la sua superficializzazione e la sua eventuale epitelizzazione. Viene lasciato per 6-8 settimane.