

## Ascessi perianali / fistole anali.

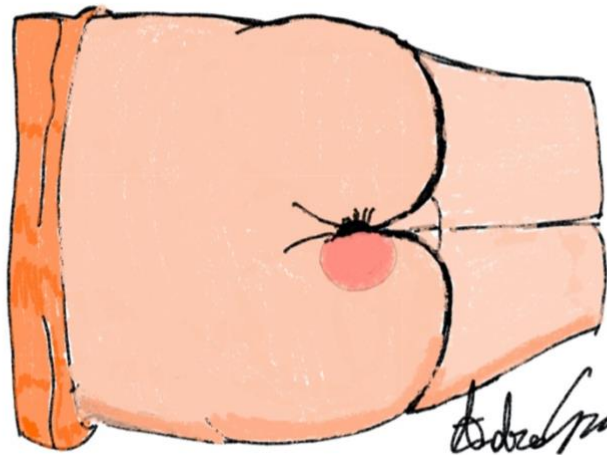


Figura 1. Ascesso perianale

Ho dolore nella regione perianale (nei pressi dell'ano), un dolore che aumenta sempre di più. Ho una zona rossa, dolente al tocco, calda e forse mi sento anche la febbre... Sono questi i sintomi dell'ascesso perianale.

### Che cosa è l'ascesso perianale e quali sono le sue cause?

Un ascesso è una cavità che contiene pus e si forma a seguito dell'infezione di una zona del nostro corpo. Solitamente i fattori scatenanti sono tagli, punture, tutte quelle evenienze che mettono in comunicazione il tessuto sottocutaneo con germi esterni. Oppure una ghiandola (struttura a forma di calice, che secerne delle sostanze utili al nostro organismo) si ostruisce nella sua parte terminale e gonfiandosi di secreto si infetta e diviene un ascesso. Possiamo dire che anche a livello anale la regola viene rispettata, però non serve necessariamente una lesione, bensì si pensa al secondo meccanismo. Ecco che si verifica una tumefazione (pallina), arrossata e dolente nei pressi dell'ano è altamente probabile che si sia in presenza di un ascesso perianale (Figura 1)

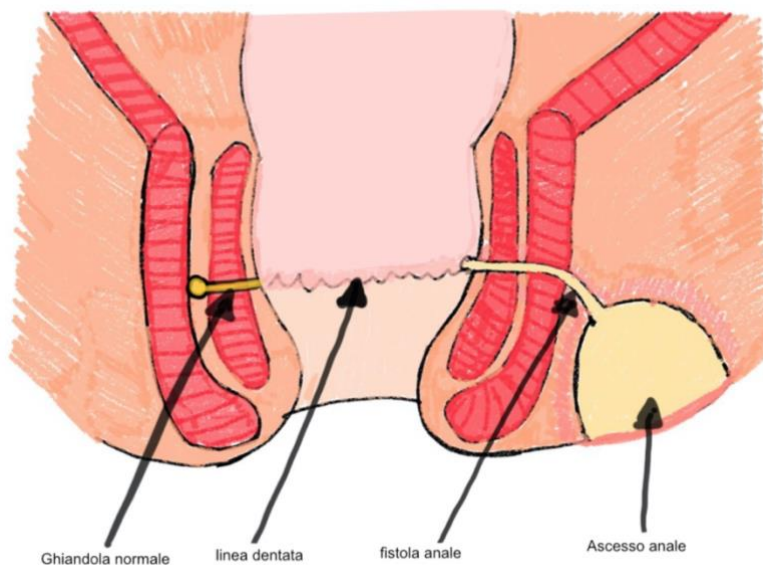


Figura 2. Canale anale. Visione di una ghiandola del canale anale e di una sua trasformazione in fistola e ascesso.

Le cause sono state indagate nel 1900 dal dot. Sir Alan Park, padre fondatore della proctologia inglese. Egli ha scoperto l'esistenza di ghiandole situate nel canale anale con la funzione di lubrificare quest'ultimo per facilitare la defecazione.

Se queste ghiandole si occludono ecco che può iniziare un processo infettivo che si espanderà verso l'esterno (la regione perianale) dove le resistenze e la pressione è minore. (Figura 2).

## Come si tratta l'ascesso perianale?

Già Ippocrate diceva “Ubi pus, ibi evacua”, dove c'è pus evacua. Ecco, che l'unica terapia per l'ascesso perianale è l'incisione facendo fuoriuscire il pus e dando subito beneficio al paziente (Figura 3).

Nella maggior parte dei pazienti il trattamento di questa situazione acuta finisce.

Poi si lancia una monetina: il paziente potrà guarire per sempre oppure si manifesterà una fistola perianale.

Infatti, il tragitto fistoloso, che ha originato e superficializzato l'ascesso, può guarire da solo in circa il 50% dei casi.

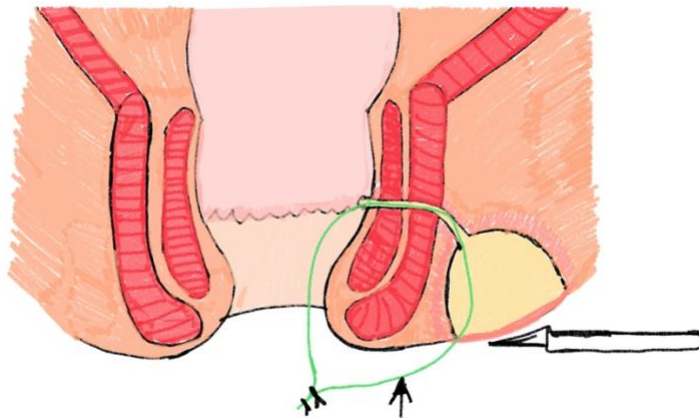


Figura 3. Canale anale con ascesso. Incisione di ascesso, eventuale rilievo di fistola perianale e cerchiaggio.

## Fistola perianale, cos'è, sintomi?

La fistola è una comunicazione tra l'interno del canale anale e l'esterno (cute perianale, anche distante dall'orificio anale). Essa è costituita da un orificio interno, il foro presente nel canale anale, un tragitto o tramite e un orificio esterno cioè il foro presente nella cute perianale.

Il tragitto fistoloso percorre e attraversa i muscoli del canale anale, lo sfintere anale interno e lo sfintere anale esterno, che sono parte delle strutture deputate a mantenere la continenza fecale.

Questa condizione patologica è mantenuta dalla differenza di pressione che persiste tra l'interno del canale intestinale e l'esterno, oltre che per la comunicazione con un ambiente “sporco”.

I sintomi sono solitamente:

- Bruciore o fastidio perianale
- Secrezioni purulente o sierose o siero ematiche o fecali
- Secrezioni nella biancheria intima simile a quelle di un incontinente
- Dolore nel caso si formi un nuovo ascesso
- Disconfort psicosociale

## I tipi di fistola perianale

Le fistole non sono tutte uguali.

La prima classificazione adottata è quella di Parks egli divide le fistole a secondo del loro decorso in superficiali, intersfinteriche, transfinteriche, sovrastfinteriche ed extrasfinteriche (Figura 4). Questo elenco è in ordine di complessità di trattamento. Infatti, le fistole più facili da trattare sono le superficiali e le più difficili le extrasfinteriche. Si consideri anche che nelle fistole transfinteriche (le più frequenti) il livello di complessità nella gestione aumenta quanto più “alto” (cioè distante dal margine anale) è l'orificio interno.

Esiste un'altra classificazione che divide questa patologia in fistola anale semplice e complessa. Una fistola anale semplice ha un tragitto lineare, è singola e non ramificata, è di prima insorgenza e solitamente ha l'orificio interno vicino al margine anale.

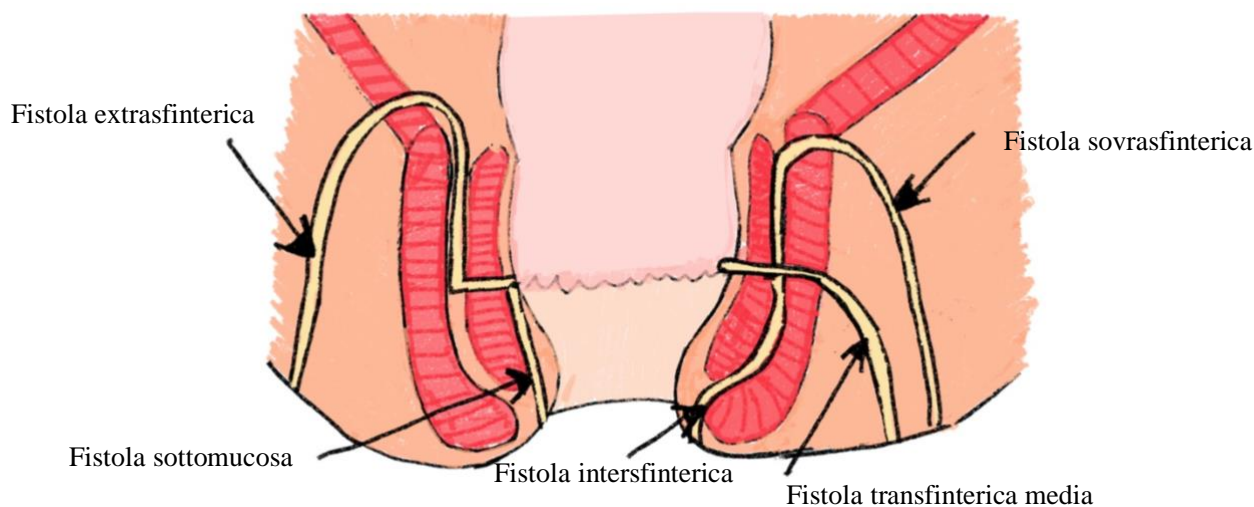


Figura 4. Tipi di fistola perianale

La fistola anale complessa, invece, presenta ramificazioni, è recidiva o è presente in un paziente con una malattia infiammatoria intestinale cronica oppure è alta (orificio interno distante dal margine anale).

### Diagnosi della fistola perianale.

Il sospetto e la diagnosi di questa patologia sono clinici.

Il paziente nota i disturbi sopraelencati.

Il medico invece verifica:

- la presenza di un orificio esterno attraverso l'ispezione,
- la presenza, se visibile, di un orificio interno mediante l'anoscopia,
- può iniettare una sostanza liquida al suo interno (es. un colorante) e conferma la presenza se quest'ultima esce dall'ano.

Il colonproctologo può arrivare anche a **cerchiare la fistola** cioè a circondarla con uno specillo (strumento metallico a forma di sottile bacchetta) e successivamente a posizionarvi un setone (un filo che può essere di diversi materiali e circonda come in figura tutto il tragitto della fistola favorendo il suo consolidamento ed evitando la formazione di nuovi ascessi o l'infiammazione (Figura 5).

In caso di dubbi o di fistole particolarmente è possibile sia richiesta l'esecuzione di:

- **Ecografia transrettale**: permette di individuare il percorso della fistola e caratterizzare le caratteristiche delle strutture che attraversa, è purtroppo operatore dipendente.
- **RM pelvica**: presenta un migliore grado di definizione dell'ecografia soprattutto per le fistole perianali complesse
- **Manometria anorettale**: misura le caratteristiche contrattili e di sensibilità dell'unità anorettale permettendo di orientare il trattamento.

## Trattamento della fistola perianale?

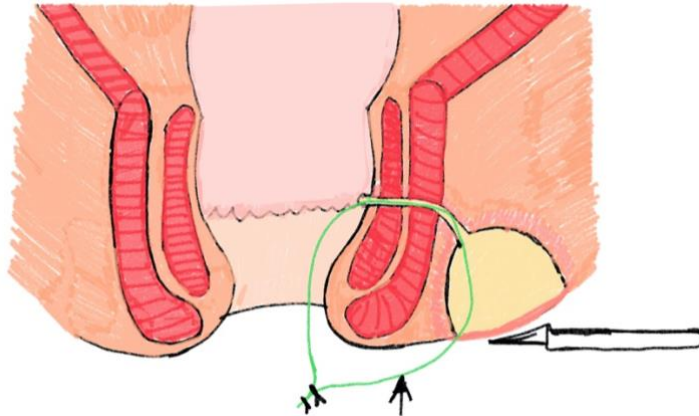


Figura 5. Cerchiaggio di una fistola. La freccia indica il setone posto a percorrere tutto il percorso della fistola.

La fistola è una patologia da trattare con estrema attenzione. Può guarire dopo il primo approccio terapeutico o può diventare una patologia cronica.

Uno dei primi approcci è quello di cerchiarla, posizionando il setone, e quindi definire il suo percorso, far sì che i tessuti si sfiammino e la fistola si consolidi.

Una fistola può rimanere cerchiata per diversi mesi (fino anche ad un anno). Da qui si procederà alla scelta della terapia più adatta a seconda del tipo di paziente e delle caratteristiche della fistola.

Il principio di trattamento dipende dalla percentuale di muscolo sfintere interno ed esterno coinvolti al di sotto del percorso della fistola. Minore (se meno di 1/3) è la proporzione di muscolo coinvolto più facile è il trattamento perché il rischio di incontinenza è minore e quindi il trattamento può essere radicale.

### Complicanze del trattamento della fistola perianale:

Le complicanze di questa chirurgia sono:

- **Riduzione della continenza.** È una complicanza possibile ma abbastanza rara soprattutto perché difficilmente si manifesta come una vera e propria incontinenza. La continenza è influenzata anche dalla forza muscolare degli sfinteri anali. Se questi vengono sezionati per trattare la patologia fistolosa, che li attraversa, la forza di trattenere le feci diminuisce.
- **Rettorragia.** Legata al primo periodo dopo l'operazione per l'infiammazione dei tessuti, solitamente sono episodi autolimitanti
- **Recidiva con ricomparsa di ascesso o di fistola.** Legata soprattutto ai trattamenti conservativi della continenza perché non potendo essere radicali possono portare ad una formazione di una nuova suppurazione.

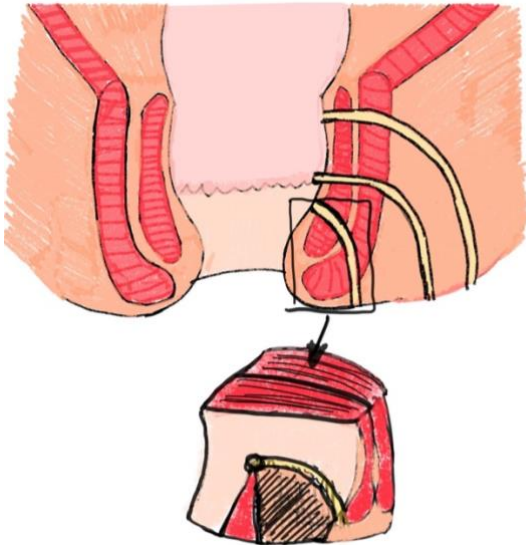
## I vari tipi di trattamento.

Se la fistola è semplice e bassa, cioè è caratterizzata da un percorso lineare e coinvolge poca porzione muscolare si può optare per uno di questi due trattamenti:

### a) SETONE TRAENTE

Il setone viene trazonato ogni 20-30 giorni “stringendo” il suo decorso e attraverso una lenta sezione permettendo la superficializzazione della fistola fino a che viene sezionata la cute.

### b) FISTULOTOMIA



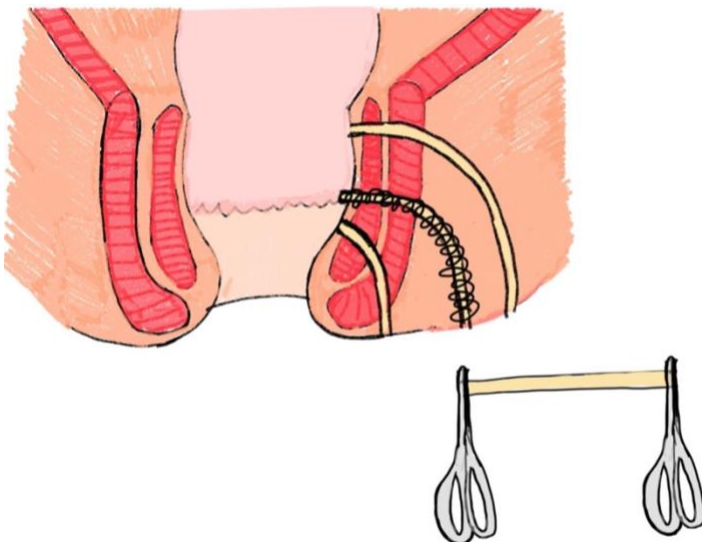
In ambulatorio o in sala operatoria si circonda la fistola e la si apre a libro verso l'esterno sezionando tutti i tessuti che si trovano tra di essa e la rima anale. Rimane un'incisione a cuneo in cui sono sezionate mucosa anale, gli sfinteri e la cute esterna come raffigurato in Figura 6.

Il tasso di guarigione è del 100% e segue un periodo postoperatorio con alcune medicazioni durante le quali si controlla il buon percorso di guarigione per seconda intenzione: dal fondo della fistola verso l'esterno.

Figura 6. Fistulotomia

Se la fistola è alta o complessa, allora è necessario adottare tutte quelle tecniche che cercano di risparmiare il più possibile la preservazione degli sfinteri, ma sono prone ad un alto tasso di recidiva che va dal 20-40%:

### c) FISTULECTOMIA



Consiste nel carotare tutto il tragitto fistoloso cercando di asportare tutto il tessuto malato e facendo una incisione muscolare più piccola possibile. Successivamente il piano muscolare viene suturato e l'orificio interno viene chiuso.

Figura 7. Fistulectomia

#### d) Lembo rettale di scorrimento

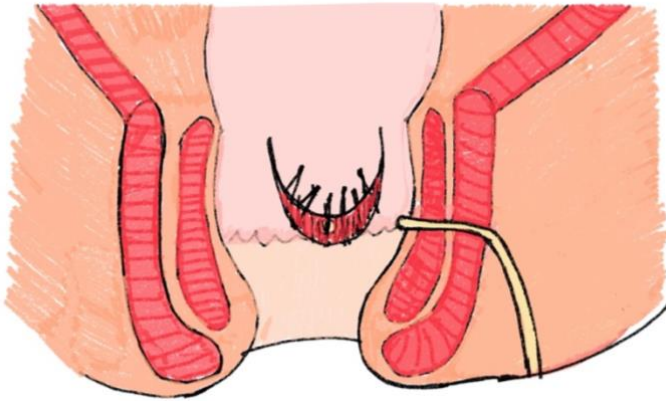


Figura 8: Lembo di scorrimento

Si basa sull'idea che a mantenere la fistola sia la pressione all'interno del canale anale e il materiale fecale per cui, senza trattare il percorso della fistola all'interno del piano muscolare (evitando una lesione del muscolo) si provvede a asportare l'orificio interno e a chiuderlo con uno strato di mucosa e un po' di muscolature proveniente dal retto o dalla parte superiore del canale anale. La parte della fistola esterna può venire o meno asportata.

#### e) LIFT

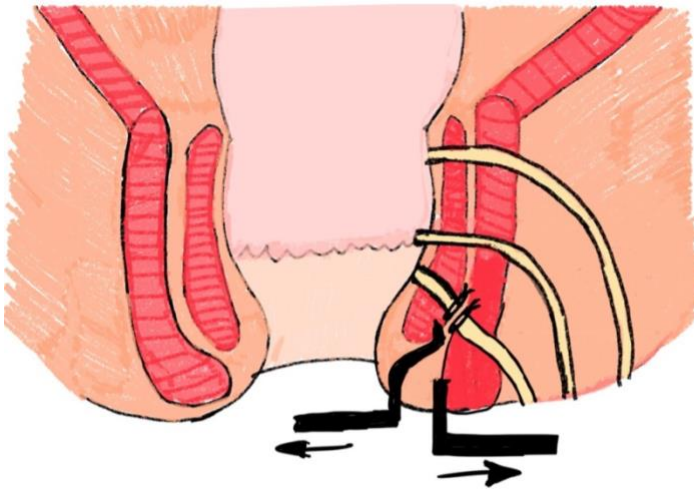


Figura 9. LIFT

Prende origine dalla stessa teoria su cui è basato il lembo. Questa volta però si interrompe il percorso fistoloso tra lo sfintere anale interno ed esterno.

Si esegue un'incisione nella cute perianale tra gli sfinteri e si raggiunge dal basso la fistola, che viene isolata, sezionata e legata separando la parte verso il canale anale e quella esterna.

#### f) VAAFT

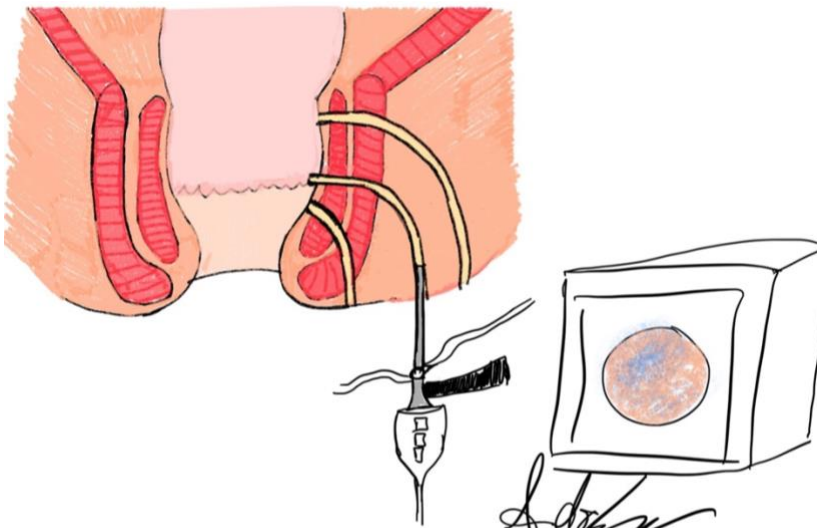
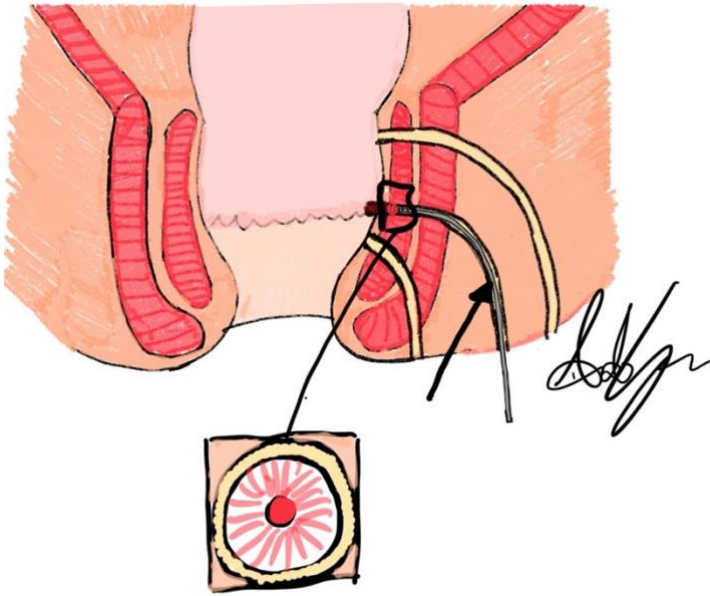


Figura 10. VAAFT

È una tecnica sia **diagnostica** che **terapeutica**. Si serve di un **fistuloscopio**, che è uno strumento cilindrico a cui è collegata una telecamera che permette di vedere l'interno della fistola dopo averlo disteso con una soluzione salina.

Con esso si può determinare se una fistola è semplice o complessa e **trattare** la patologia attraverso la **coagulazione** e quindi la coartazione (restringimento) **delle pareti** interne effettuata con un elettrobisturi introdotto in un piccolo canale del fistuloscopio.

**g) FILAC (uso del laser)**



Stesso principio della VAAFT, solo che per “chiudere” su se stessa la fistola viene usata la forza di una fibra laser, che è fatta scorrere lungo tutto il decorso fistoloso.

*Figura 11. FILAC. Con la freccia è indicata la fibra laser, che viene man mano sfilata e che lascia dietro di sé le pareti della fistola "bruciate" e collabite su sé stesse.*

**BIBLIOGRAFIA**

Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS; Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2022 Aug 1;65(8):964-985.

Gordon P. Anorectal abscesses and fistula-in-ano. In: Gordon PH, Nivatvong S, editors. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. St. Louis: Quality Medical Publishing; 1999. p. 241–86.

Herold, A. (2017). Anorectal Abscess and Fistula. In: Herold, A., Lehur, PA., Matzel, K., O'Connell, P. (eds) *Coloproctology. European Manual of Medicine*. Springer, Berlin, Heidelberg.

Jacob TJ, Perakath B, Keighley MR. Surgical intervention for anorectal fistula. *Cochrane Database Syst Rev* (Online). 2010:CD006319.

Johnson, E.K., Bernier, G. (2022). Cryptoglandular Abscess and Fistula. In: Steele, S.R., Hull, T.L., Hyman, N., Maykel, J.A., Read, T.E., Whitlow, C.B. (eds) *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. Springer, Cham.

Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1976;63:1–12.

Williams JG, Farrands PA, Williams AB, et al. The treatment of anal fistula: ACPGIBI position statement. *Colorectal Dis*. 2007;9 Suppl 4:18–50.