



## Ascessi e fistole perianali

Gli ascessi anali rappresentano la fase acuta di un'infezione che prende origine dalle ghiandole 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 momenti di una stessa malattia. Quando le ghiandole presenti tra gli sfinteri si infettano, 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 – circa il 50% dei casi**).

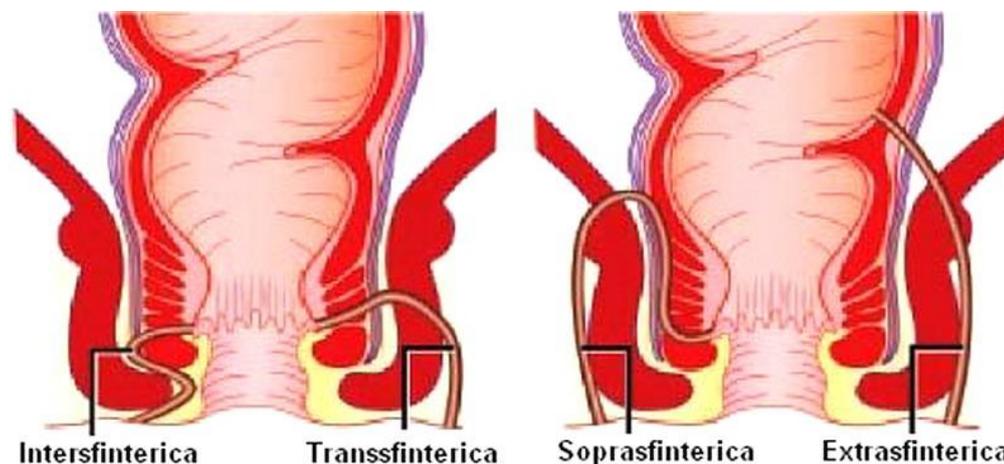
### TIPOLOGIA DELLE FISTOLE (Classificazione di Parks)

Il processo suppurativo può disporsi in vario modo intorno e attraverso i muscoli della regione perianale.

A seconda del tipo di tragitto, cioè del modo in cui attraversano gli sfinteri, le fistole sono classificate in:

- Intersfinteriche (70%)
- Transsfinteriche (23%)
- Sovrasfinteriche (5%)
- Extrasfinteriche (2%)

I tramiti (o tragitti) principali possono avere, a loro volta, diramazioni secondarie.



## SINTOMI

Nella fase ascessuale:

- gonfiore, rossore e calore della pelle,
- intenso dolore anale,
- spesso modico rialzo febbrile,
- 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 CURANO

**L'ascesso anale**, se non si apre spontaneamente, richiede un'incisione di drenaggio eseguibile anche ambulatorialmente in anestesia locale nei casi in cui l'ascesso sia localizzato nei piani superficiali. Se l'ascesso interessa gli spazi perianali profondi è consigliabile procedere al drenaggio in anestesia generale od in anestesia regionale. Gli antibiotici non devono essere utilizzati neanche in fase acuta, se non nei pazienti anziani o defedati e negli immunodepressi. Questo poiché l'antibiotico contribuisce ad arrestare l'infezione ma non ottiene una completa risoluzione come invece avviene con un adeguato drenaggio chirurgico.

Nel caso all'ascesso consegua la formazione di una **fistola**, questa andrà operata, in genere in anestesia loco-regionale o generale. Nelle fistole più superficiali (70-80% dei casi) che attraversano nel loro decorso solo la porzione più distale dello sfintere questo potrà essere sezionato senza problemi di continenza per eseguire una **fistulotomia** (sezione del tragitto fistoloso) od una **fistulectomia** (asportazione completa del tragitto fistoloso). Nelle fistole a decorso più profondo si deve invece spesso ricorrere ad un trattamento in 2 o più tempi chirurgici, che si rendono necessari per non effettuare una sezione troppo importante dei muscoli dell'ano (sfinteri) con il conseguente rischio di incontinenza anale postoperatoria. Nel 1° tempo chirurgico verrà apposto nel tramite fistoloso un **setone**, consistente in uno o più fili di seta o sintetici, che serve a ripulire gradualmente la fistola dall'infezione preparando il successivo intervento di sezione muscolare. Nel 2° tempo chirurgico, che va eseguito non prima di 10 settimane dal 1° intervento, il chirurgo dovrà valutare in base alla propria esperienza se l'azione del setone ha reso possibile senza rischio eccessivo la sezione muscolare necessaria per la fistulotomia.

Anche nelle mani degli specialisti più esperti la possibilità che la fistola operata non guarisca e che siano necessari uno o più reinterventi per arrivare ad una guarigione definitiva si aggira sul 10% dei casi, soprattutto nelle fistole di maggiore complessità.

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 prevalentemente 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, come variante alla fistulotomia, la tecnica del **"lembo di avanzamento"** in cui, senza sezionare la componente esterna del muscolo, dopo aver asportato il focolaio 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 dieci anni, per il trattamento di **casi selezionati di fistole "alte" o "complesse"**, sono state proposte nuove tecniche conservative che hanno anch'esse come comune obiettivo, oltre all'eradicazione della fistola, il mantenimento della continenza evitando la deformazione cicatriziale postoperatoria.

Esse sono:

- iniezione di colla di fibrina nel tramite fistoloso
- inserimento di un "tappo sintetico bioassorbibile" nel tramite fistoloso
- tecnica "VAAFT" (Video Assisted Anal Fistula Treatment)
- tecnica "FiLaC" (Fistula Laser Closure)

Firma del paziente per presa visione.....

Cantù,.....

<b>NUMERI UTILI</b>	
REPARTO DI CHIRURGIA	031.799.468
DAY-WEEK SURGERY	031.799.232
SERVIZIO CENTRALIZZATO PRERICOVERI	031.799.476
CENTRALINO TELEFONICO OSPEDALE DI CANTU'	031.799.111