

CURA RADICALE AMBULATORIALE DELLA FISTOLA PILONIDALE CON OSSIGENO-OZONO-TERAPIA

Argomento di questa relazione è una metodica di cura della fistola pilonidale sacrococcigea (FPS), con impiego, per uso topico, di una miscela di ossigeno-ozono, a varie concentrazioni. La fistola, o seno pilonidale, dal latino pilus e nidus, nido di peli, è una lesione flogistica, da corpo estraneo, della cute e del sottocutaneo, di tipo granulomatoso, aperta all'esterno e soggetta ad ascessualizzazioni acute e recidivanti. I corpi estranei sono rappresentati da peli corporei liberi, dello stesso soggetto. La sede più comune della fistola pilonidale, in genere, è quella sovracoccigea, ed è di questa che tratteremo, anche se la metodica terapeutica con ossigeno-ozono è valida per qualsiasi fistola pilonidale, in qualunque sede essa si trovi. Sedi non frequenti ed insolite possono essere: l'ombelico, l'ascella, il capezzolo, la regione presternale, ecc. Colpisce, in genere, giovani dai 17 ai 25 anni.

Molteplici sono le teorie circa l'origine della FPS: a) origine congenita, con ipotesi neurodermica, b) inclusione ectodermica con l'ipotesi della dermoide da sequestrazione o da trazione, c) l'origine acquisita, negli ultimi tempi la più affermata, è, a nostro avviso, la più

convincente, e confermata dalle manifestazioni cliniche. I peli, infatti, sono sempre liberi nel tramite fistoloso e questo non presenta mai follicoli piliferi nel rivestimento epiteliale. Circa le modalità di penetrazione dei peli nel sottocutaneo, esistono due teorie: 1) il pelo perfora la pelle con la punta e, divenuto libero, procede nel sottocute; 2) la seconda teoria è basata, al contrario, sulla progressione dei peli liberi, non con la punta, ma con la parte bulbare, come le spicole di orzo selvatico, introdotte nella manica, che procedono verso l'ascella, noto come scherzo tra campagnoli. Comunque non viene esclusa, come causa iniziale della penetrazione dei peli dall'esterno, in alcuni casi, quella depressione anatomica, a cute più sottile, che, congenitamente, può formarsi nel solco intergluteo, per retrogressione dell'abbozzo caudale.

Vari fattori convergono a provocare l'insorgenza di un FPS: 1) la preesistenza normale di una depressione cutanea, nel solco intergluteo, 2) l'esistenza di una anomalia del rivestimento cutaneo di tale depressione, congenita o acquisita, come le minuscole soluzioni di continuo da microtrauma, o macerazione da sudorazione, 3) la cattiva igiene, 4) i movimenti di confricamento a livello del solco intergluteo.

Gli aspetti patologici sono quelli di una lesione flogistica, costituita da una cavità sottocutanea, più o meno irregolare e anfrattuosa e da uno o più tramiti fistolosi, che la fanno comunicare con l'esterno, riempiti da tessuto di granulazione infetto e da peli liberi e variamente affastellati.

Il quadro clinico della malattia pilonodale si può sintetizzare come una successione di episodi di flogosi purulenta ascessualizzata, che si accendono su una base di infiammazione cronica granulomatosa, fistolizzata.

Nella fase acuta, i sintomi ed i segni della suppurazione sono quelli di un qualsiasi ascesso, in qualsiasi sede. Nella fase di remissione, il dolore locale e la febbre sono minimi o assenti, ma, di solito, si osserva una secrezione sierosa, torbida, più che purulenta, continua o intermittente, da uno o più orifizi fistolosi.

Una FPS presenta, in genere, il seguente diagramma: a) orifizi fistolosi mediani, b) cavità ascessuale sottostante ad essi, c) tramite fistoloso secondario verso l'alto, d) orifizio esterno della fistola, secondario, rivolto in genere in su.

Il trattamento della FPS è rimasto controverso, perché non esiste un provvedimento che sia stato provato universalmente efficace ed applicabile. La nostra metodica si aggiunge alle molteplici sperimentate, per la cura della

PFS, senza pretesa di essere la migliore e la più sicura, ma certamente la più semplice, la più pratica, che non crea problematiche, come la necessità di un ricovero e medicazioni per lunghi periodi di tempo e, quindi, l'allontanamento dalla famiglia e dal lavoro. A tal proposito, occorre ricordare, in breve, la metodica chirurgica classica, di escissione in blocco della lesione sacrococcigea, con la lesione di continuo lasciata aperta a granuleggiare, con guarigione per seconda intenzione, mediante medicazioni quotidiane con zaffo di garza, guarigione che avviene, per lo più, anche dopo vari mesi, cui residua una cicatrice deturpante.

A questa tecnica, noi contrapponiamo la metodica che prevede l'impiego di miscela di Ossigeno-Ozono per uso topico, previa cruentazione della fistola stessa, mediante l'impiego di curette o cucchiali di Wolkman.

In breve, ricordiamo le varie metodiche di cura della PFS:

1) metodi conservativi, eseguibili in ambulatorio, senza anestesia generale e senza ricovero ospedaliero, come la tecnica incruenta dell'uso del fenolo; incisione e coagulazione diatermica; marsupializzazione diatermica di ogni tramite fistoloso; spazzolamento dei tramiti con rasoio elettrico o simili.

2) metodi radicali chirurgici, come il metodo aperto o il metodo chiuso, con sutura, che il più delle volte vanno incontro a deiscenza, per cui la guarigione per seconda intenzione, che ne deriva, è lenta, dolorosa, invalidante e spesso deturpante. La principale e frequente complicazione delle operazioni di escissioni in blocco è l'infezione e deiscenza della ferita. Le recidive possono essere precoci (entro un anno), o tardive (entro dieci anni), con riapertura delle ferite e la presenza di peli nella cavità; peli liberi, penetrati attraverso la cicatrice sottile ed ancora fresca nel solco intergluteo; da qui la necessità di una accurata depilazione, con rasatura periodica, meglio ancora se con elettrocoagulazione.

La semplicità della nostra metodica, con Ossigeno-Ozono-Terapia, rispetto al metodo di escissione, è evidente nei tempi chirurgici meno cruenti e più celeri, propri di una tecnica ambulatoriale, con semplice anestesia locale e con conseguente minor tempo per la cicatrizzazione della soluzione di continuo, derivata dalla toilette e cruentazione dei tramiti e della cavità della PFS. Con detta metodica, abbiamo trattato fistole primitive e recidive ad intervento chirurgico classico e recidive alla nostra stessa metodica. Infatti, si sono avute recidive precoci con la nostra terapia, per i seguenti motivi: 1) mancato curettage di un tramite fistoloso secondario, 2) macerazione, per

sudorazione, del tessuto cicatriziale, 3) rapida crescita di peli irti e loro penetrazione nel tessuto cicatriziale ancora fresco. Ma una attenta toilette di tutti i tramiti fistolosi, l'applicazione quotidiana di una garza sterile, nel solco intergluteo, per un lungo periodo dopo la guarigione, una elettrocoagulazione del solco intergluteo, hanno scongiurato le recidive.

I tempi e i metodi della nostra tecnica sono così riassunti:

a) rasatura della zona sacro-coccigea, b) accurata disinfezione c) infiltrazione con anestetico locale, d) specillazione, per individuare i vari tramiti fistolosi, e) asportazione di eventuali corpi estranei, come ciuffi di peli, e) curettage con cucchiali di Wolkman dei tramiti fistolosi, con asportazione del materiale di granulazione, facendo sanguinare abbondantemente la parte, g) immissione di miscela di ossigeno-ozono a 63 mcg/ml, avente azione sterilizzante, con siringa da 60cc ed ago bottonuto. Per un totale, alla prima seduta, di 180cc. Segue zaffo di garza e bendaggio. Il paziente va rivisto dopo 2-3 giorni, con asportazione dello zaffo ed immissione di altri 180 cc di miscela ossigeno-ozono, a dosaggio più basso, per facilitare la cicatrizzazione, zaffo e bendaggio. Continuare di seguito ogni 2-3 giorni, per 5-6 volte, riducendo sempre più la concentrazione della miscela gassosa (fino a 12 mcg) per sfruttarne il potere

riepitelizzante dell'ossigeno-ozono a basse concentrazioni.
Porre sempre attenzione alla detersione del solco
intergluteo e alla depilazione,per evitare le recidive!!

Ps: tale trattamento è stato applicato,ormai
comunemente,per accelerare e garantire la guarigione di
cicatrici chirurgiche,di soggetti operati per cisti o per altre
patologie,che altrimenti sarebbero andate incontro a
recidive o a tempi lunghi di difficile guarigione.

Dott. RINALDO CONSIGLIO Primario Chirurgo USL BA/4 Trani