

## Il lembo di rotazione romboide nel trattamento chirurgico radicale delle fistole sacrococcigee: note di tecnica

P. F. SALVI, G. MIDIRI, G. TUCCI<sup>1</sup>, A. LOMBARDI, M. COPPOLA, S. CONTE, G. MARINO, A. MILILLO, C. MONTANA MONTANA, M. PEZZATINI

**RIASSUNTO:** Il lembo di rotazione romboide nel trattamento chirurgico radicale delle fistole sacrococcigee: note di tecnica.

P. F. SALVI, G. MIDIRI, G. TUCCI, A. LOMBARDI, M. COPPOLA, S. CONTE, G. MARINO, A. MILILLO, C. MONTANA MONTANA, M. PEZZATINI

*Gli Autori descrivono la tecnica plastico/ricostruttiva mediante lembo romboide di rotazione cutaneo/sottocutaneo prefasciale dopo asportazione radicale di fistole sacrococcigee.*

*Tale tecnica, che può essere effettuata in regime di day hospital o di overnight, preferibilmente in anestesia spinale, è di semplice esecuzione e deve comunque essere riservata a lesioni ampie o recidive.*

**SUMMARY:** Rhomboid flap in radical surgical treatment of sacrococcygeal fistulas: technical notes.

P. F. SALVI, G. MIDIRI, G. TUCCI, A. LOMBARDI, M. COPPOLA, S. CONTE, G. MARINO, A. MILILLO, C. MONTANA MONTANA, M. PEZZATINI

*The Authors report their experience in surgical management of sacrococcygeal fistulas treated by radical excision and subcutaneous/cutaneous rhomboid flap.*

*This is a simple, safe surgical technique and the patients can be treated in day surgery by spinal anesthesia.*

**KEY WORDS:** Fistole sacrococcigee - Trattamento chirurgico - Lembo romboide di rotazione.  
Sacrococcygeal fistulas - Surgical treatment - Rhomboid flap.

### Premessa

Le fistole sacrococcigee sono assai frequenti nella popolazione maschile (1,1% contro 0,11% del sesso femminile) in giovane età (mediana 25 anni) (1).

Si è oggi concordi nel ritenere tale lesione come una evoluzione flogistica della cisti sacrococcigea, rappresentando un momento patogenetico di una unica malattia che viene comunemente denominata sinus pilonidalis (nido di peli) (3). Pertanto ci sembra che possa ormai definitivamente essere abbandonata l'ipotesi etiogenetica congenita di tipo disembrionogenico

o malformativa a favore di una origine acquisita per la presenza di abbondanti follicoli piliferi, in regione coccigea o comunque in sede interglutea, con orifizi assai ampi (4). L'abbondante deposito all'interno dei follicoli di sebo o detriti sia biologici sia ambientali, conseguente per lo più a scarsa igiene, ne favorirebbe l'ostruzione e quindi la formazione di lesioni di tipo cistico.

Le pareti di tali cisti sono spesso di tipo fibrotico-connettivale. La frequente ascessualizzazione è la conseguenza evolutiva di ripetuti eventi flogistici con formazione di tragitti fistolosi unici o multipli, semplici o complessi e tortuosi, con orifizi esterni più o meno distanti dalla sede primordiale ed eventuale formazione di ulteriori piccole sacche asessuali lungo il loro decorso (5). Il processo interessa comunque soltanto i tessuti cutanei e sottocutanei e risparmia di solito la fascia presacrale.

Riteniamo assai discutibile un primitivo interessamento del coccige, come segnalato in passato, e di conseguenza l'indicazione all'ablazione del terzo ter-

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"  
Il Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Chirurgia Generale  
(Responsabile: Prof. L. Angelini)

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma 2 "Tor Vergata"  
Dipartimento di Chirurgia  
(Direttore: Prof. A.M. Farinon)

By grant Fondi di Ateneo 60%: G. Tucci

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

minale del tessuto osseo coccigeo come sicuro criterio di radicale asportazione della lesione.

Sul piano della metodologia diagnostica la lesione non pone particolari problematiche. Un attento esame clinico con specillazione dei tramiti fistolosi è di solito sufficiente per porre una corretta diagnosi. Radiografia del coccige, ecografie di superficie o risonanza magnetica nucleare vanno riservati a quei rarissimi casi in cui vi sia il sospetto di neoplasia coccigea (cordoma), che peraltro non si associa alla formazione di fistole bensì di infiltrazioni dei tessuti superficiali e presenta pertanto le caratteristiche cliniche peculiari di un evento neoplastico di tipo infiltrante.

Nel 25% dei casi il sintomo di esordio è costituito dalla comparsa di una tumefazione con le caratteristiche della flogosi suppurativa saccata. Questo fatto pone a differenziare trattamenti chirurgici da effettuarsi in fase di acuzie da trattamenti in elezione. Preferiamo parlare di elezione e non di fase cronica della malattia in quanto, come già detto, la presenza di fistole anche multiple non è espressione di cronicizzazione della malattia ma ne rappresenta una fase patogenetica.

Da quando venne descritto da Anderson nel 1847 il primo trattamento chirurgico sistematico di escissione completa di tale lesione, sono state proposte numerose soluzioni con varianti di tecnica; ma il problema resta sostanzialmente ancora aperto per quanto attiene sia il tempo di scelta del trattamento che le modalità dell'approccio (10).

Recentemente la confezione di un lembo romboide di rotazione nella fase plastico/ricostruttiva, susseguente al trattamento chirurgico di tipo radicale delle fistole sacrococcigee, sembra poter essere un approccio di elezione per la cura di tale patologia

È pertanto nostro intendimento, dopo una attenta disamina della letteratura sull'argomento, proporre delle note di tecnica da noi sperimentate e documentate in iconografia.

## **Note di tecnica**

Qualunque tecnica di escissione si impieghi per il trattamento chirurgico delle fistole sacrococcigee, per asportazione radicale si deve intendere la certa, completa escissione della lesione fino alla fascia sacrale, lasciando in sede solo tessuto sano.

Circa il trattamento chirurgico da effettuare in fase acuta, l'incisione ed il drenaggio della sacca ascessuale formatasi nella sede della cisti pilonidale è sicuramente quello di scelta. Il paziente dovrà essere opportunamente edotto della natura della sua malattia e della opportunità di un secondo intervento con caratteristiche di radicalità. L'incisione dovrà essere quanto più ampia possibile ed il courettage della sacca ascessuale il più

completo. Di solito in due tre settimane la ferita tende a riepitelizzarsi ma non raramente residuano tramiti fistolosi proprio in corrispondenza dell'incisione chirurgica (12).

Il trattamento d'elezione deve a nostro avviso essere praticato al più presto e comunque non oltre due mesi dall'azione chirurgica praticata in fase di acuzie, poiché, ad un apparente stato di assenza di malattia, seguono assai spesso fasi di riacutizzazione o di fistolizzazione anche a breve periodo.

Elementi assolutamente non trascurabili sono l'estensione della lesione e la sua esatta localizzazione. Infatti, a cisti di piccolo diametro o fistole di piccole dimensioni localizzate in sede perfettamente mediana, in regione coccigea o interglutea, non raramente si contrappongono localizzazioni decentrate e di diametro fino a otto centimetri, con tragitti fistolosi i cui orifizi sboccano lateralmente in regione dorsale inferiore o glutea superiore. Talvolta, infine, lesioni perfettamente mediane si estendono distalmente verso la regione anale, tanto da far porre almeno apparentemente problemi diagnostici differenziali con le fistole anali.

I trattamenti chirurgici di elezione possono essere suddivisi in aperti e chiusi e questi ultimi in diretti o indiretti (9). A nostro avviso, il trattamento aperto deve ormai essere abbandonato in quanto non riteniamo che siano riscontrabili situazioni in cui non sia possibile effettuare una ricostruzione diretta o una ricostruzione plastica mediante il confezionamento di uno o più lembi di rotazione.

Per ciò che invece attiene ai trattamenti chiusi, è ovvio che, in presenza di cisti o fistole di piccole dimensioni, specie se con tragitti brevi ed orifizi sormontanti la cisti, perfettamente in sede interglutea - ed ancora ove si possa con certezza escludere la presenza di lesioni satelliti o di tragitti fistolosi in fieri e sia quindi possibile effettuare una corretta completa asportazione del tessuto patologico fino alla fascia presacrale e, quindi, sottominare margini sicuramente indenni per effettuare una chiusura per prima intenzione senza particolare trazione - il metodo chirurgico chiuso di tipo diretto è certamente da preferirsi (11). Tali casi, cosiddetti ideali, costituiscono però soltanto circa il 30% di tutte le lesioni osservate e quindi in tutti gli altri casi deve essere preferito un approccio plastico/ricostruttivo (7).

In caso di lesione non in fase acuta, quindi non infetta, anche se recidiva o complicata, ma in cui non sia possibile una escissione cutanea limitata con affrontamento dei piani cutanei senza eccessiva tensione, raccomandiamo quindi un intervento chirurgico di ampia escissione dei piani cutaneo e sottocutaneo, sede della lesione, fino a raggiungere il piano della fascia sacrale, che va risparmiata, utilizzando per la ricostruzione una plastica mediante lembo di rotazione rom-

boide cutaneo/sottocutaneo e modificando in parte la tecnica descritta da Dufourmentel (6), anche recentemente impiegata con successo da alcuni Autori (2, 8). Ciò consente il trattamento chirurgico dei pazienti in regime di day surgery o al massimo *overnight* ed in anestesia preferibilmente spinale.

La corretta esecuzione della procedura impone di seguire scrupolosamente alcuni tempi tecnici che ci pare opportuno sottolineare anche in iconografia, descrivendo il caso particolare di un giovane uomo di 25 anni affetto da fistole sacrococcigee non recidive mediane interglutee, con orifizi esterni a breve distanza (2,5 cm) dal margine anale, ma soprattutto tragitti fistolosi con orifizi laterali, per una lesione di 8x8 cm di diametro complessivo.

In fase preoperatoria bisogna cercare di precisare accuratamente l'entità della asportazione e quindi, conseguentemente, limiti e dimensioni del lembo romboide di rotazione che si intende trasporre, non esitando eventualmente a modificare e l'una e l'altra determinazione in caso di riscontro di tessuto patologico più abbondante di quello valutato in fase diagnostica (Fig 1).

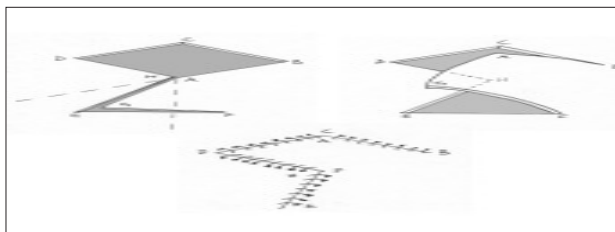


Fig. 1 - Determinazione dell'entità del tessuto patologico da asportare e del lembo di rotazione da trasporre (modificato da originale - ref. 6).

Bisogna quindi effettuare la completa asportazione della lesione sul piano cutaneo e sottocutaneo, sulla guida di un tracciante colorato iniettato nei tramiti fistolosi, fino alla fascia sacrale che, come già detto, viene risparmiata.

Per la corretta confezione di un lembo romboide cutaneo/sottocutaneo si impone un preciso scollamento tessutale prefasciale; si procede quindi alla rotazione dopo essersi assicurati della buona vascolarizzazione e quindi della vitalità del lembo e dopo aver effettuato una emostasi quanto più accurata possibile. La completa rotazione del lembo e la perfetta corrispondenza con i margini della soluzione di continuo creatasi con la asportazione del sinus faranno sì che la sutura avvenga senza tensione.

È certamente utile lasciare in situ un drenaggio in aspirazione continua per 48 ore.

Il risultato finale comporta sul piano estetico il sacrificio quasi completo del solco intergluteo (Fig. 2).



Fig. 2 - Risultato finale con ablazione del solco intergluteo.

## Discussione

Si è ritenuto per molto tempo che l'asportazione di un sinus pilonidalis ancora in fase di cisti riducesse le recidive. Si è invece osservato che non è tanto la fase in cui viene espletato il trattamento chirurgico quanto la effettiva radicalità del trattamento stesso a condizionare la possibile formazione di una recidiva. Infatti, pur essendovi ovviamente accordo nell'indicare nel trattamento chirurgico l'unica possibilità di guarigione del processo, l'alta e variabile incidenza di recidive nelle varie casistiche (dal 7 al 33%) giustifica le divergenze sulla tecnica da attuare (7). D'altro canto a tutt'oggi non è stato descritto alcun trattamento chirurgico che offra sicure garanzie di prevenzione della recidiva.

Il metodo di ricostruzione plastica che utilizza un lembo di rotazione può essere eseguito con varie tecniche. Sono state infatti descritte plastiche con lembo cutaneo/sottocutaneo laterale ad U o con doppio lembo di rotazione a Z. Meno impiegata, in quanto ritenuta piuttosto invasiva, è la tecnica di plastica ricostruttiva fasciale-cutanea ad Y descritta da alcuni Autori (13).

La tecnica qui descritta prevede la confezione di un lembo di rotazione romboide cutaneo/sottocutaneo prefasciale. Tale tecnica, seguendo scrupolosamente i vari tempi previsti, pur non garantendo in maniera assoluta l'assenza di recidive, consente una asportazione ampia dei tessuti malati, con rapidi tempi di guarigione, ridotto periodo di ospedalizzazione, scarsa o assente sintomatologia dolorosa postoperatoria e soprattutto brevi periodi di difficoltà funzionale e quindi recuperi sociali e lavorativi assai precoci. Venti giorni dopo il trattamento, il soggetto da noi trattato ha ripreso a lavorare e, contro il nostro parere, ad andare anche in motocicletta.

Resta certamente da informare il paziente, in fase di consenso informato, del danno estetico che tali scelte ricostruttive inevitabilmente prevedono e che consiste nella scomparsa pressoché totale del solco intergluteo. Tale situazione viene ovviamente accettata assai

malvolentieri dai soggetti di sesso femminile.

Temibile, ma infrequente complicanza è l'infezione o la necrosi del lembo in tutto o in parte, che impone la rapida rimozione di alcuni punti di sutura o, seppur raramente, dell'intero lembo con guarigione per seconda intenzione di una soluzione di continuo assai vasta.

In conclusione riteniamo che, ove possibile, il trat-

tamento chirurgico delle fistole sacrococcigee, ovviamente sempre rispettando i criteri di radicalità descritti, debba prevedere il metodo chiuso con ricostruzione diretta. In tutti gli altri casi, ed in particolare in presenza di recidive, deve a nostro avviso essere preferita una ricostruzione mediante lembo romboide di rotazione cutaneo/sottocutaneo prefasciale.

## **Bibliografia**

1. Allen-Mersh TG. Pilonidalis sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990; 77: 123.
2. Arumugam PJ, Chandrasekaran TV, Morgan AR, Beynon J, Carr ND. The rhomboid flap for pilonidal disease. *Surgeon* 2006; 4: 7.
3. Bascom J. Pilonidalis disease: long term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum* 1990; 3: 433.
4. Chamberlain JW, Vawter GF. The congenital origin of pilonidalis sinus. *J Pediatr Surg* 1974; 9: 441.
5. Coda A, Ferri F. Sinus pilonidalis: escissione e sutura primaria con drenaggio aspirativi. *Chirurgia* 1990; 3: 433.
6. Dufourmentel C, Mouly R. *Chirurgie Plastique*. Ed. Medicales Flammarion, Paris, 1959.
7. Hegele A, Strombach FJ, Schonbach F. Reconstructive surgical therapy of infected pilonidal sinus. *Asian J Surg* 2005; 28: 198.
8. Katsoulis IE, Hibberts F, Carpeti FA. Outcome of treatment of primary and recurrent pilonidal sinuses with the Limberg flap. *Surg Today* 2004; 34: 419.
9. Massaioli N, Bonazzi G, Bacino A. Patologia del sinus pilonidalis. Cisti e fistole sacro coccigee. In *Nuovo trattato di tecnica chirurgica*. Ed. Utet Torino 2002; vol. 4(2): pp 845 e seg.
10. McDonald PJ, Rasheed S, Boella ML. Patologia ano-rettale acuta. In *Chirurgia d'urgenza*. Ed. Masson Milano 2005, pp 230 e seg.
11. Mercuri M, Romagnoli A, Crovaro M, Di Stefano M, Butti A, Destito C, Wiel Marin A. Trattamento ambulatoriale in anestesia locale del sinus pilonidalis con tecnica di escissione e chiusura. *La nuova stampa medica italiana* 1998; 1: 17.
12. Rossi P, Russo F, Gentileschi P, Quintigliano D, Cicardo G, Nasrollah N, Bacoro D, Paganelli C, Gentileschi G. The pilonidal sinus its surgical treatment, our experience and a review of literature. *Int J Colorectal Dis* 1998; 13: 113.
13. Singh R, Pavithran NM. Adipo-fascio-cutaneous flaps in the treatment of pilonidal sinus: experience with 50 cases. *Surgeon* 2005; 3: 73.