



CHIRURGIA PLASTICA ANO-PERINEALE PER LE PATOLOGIE BENIGNE

A cura del Dr. Diego Segre (www.diegosegre.it)

A cosa serve?

Il chirurgo coloproctologo si avvale di tecniche proprie della chirurgia plastica in alcuni interventi sulla regione ano-retto-perineale per facilitare la ricostruzione anatomica della parte operata, favorire una più rapida guarigione dei tessuti e limitare il più possibile le alterazioni funzionali conseguenti all'intervento.

In cosa consiste?

Nella preparazione di **lembi** costituiti da mucosa e muscolo che servono a ricoprire ed a rimodellare le aree operate, di **innesti** cutanei che accelerano la guarigione dopo asportazione di estese lesioni perianali e nella esecuzione di **plastiche di allargamento** soprattutto utilizzate per riparare gli esiti di precedenti interventi che abbiano comportato il restringimento del calibro del canale anale.

Quando si utilizza?

Le tecniche derivate dalla chirurgia plastica possono essere utilizzate negli interventi per particolari casi di **fistole anali complesse** allo scopo di evitare di sezionare una porzione eccessiva di muscolatura sfinteriale, creando così problemi di continenza alle feci ed ai gas.

In questi casi, se la situazione anatomica lo permette, il chirurgo preparerà ed abbasserà un lembo di mucosa e muscolatura rettale utilizzandolo per ricoprire e chiudere l'area dove è stata asportata la fistola, evitando in questo modo la sezione del muscolo (1).

Un lembo costituito da un piccolo muscolo, il bulbo-cavernoso, che decorre nella donna a lato delle grandi labbra, può essere utilizzato negli interventi eseguiti nei casi di **fistole retto-vaginali** particolarmente ampie e quindi difficili da chiudere con la semplice sutura. Il muscolo, dopo essere stato adeguatamente mobilizzato ed isolato, può essere inserito tra le due suture, vaginale e rettale, migliorando la vascolarizzazione dei tessuti (2). In alternativa è possibile utilizzare, sempre per interposizione, il "muscolo gracile" situato sulla faccia interna della coscia. Tale muscolo può essere mobilizzato ed utilizzato senza comportare menomazioni funzionali (3). Nella **ragade anale cronica**, quando esiste un rischio elevato di incontinenza, un lembo cutaneo preparato e portato a ricoprire l'area residua all'asportazione della ragade può mettere al riparo delle conseguenze che possono derivare dall'intervento standard in cui si seziona la parte distale dello sfintere interno (4).

Ampia applicazione delle tecniche plastiche-ricostruttive si ritrova nella chirurgia delle **fistole sacrococcigee**: infatti la possibilità di ricostruire mediante lembi cutanei di vari tipi l'anatomia della regione sacro-coccigea dopo aver asportato porzioni in alcuni casi molto estese di tessuto, riduce notevolmente i tempi di guarigione ed il periodo di invalidità lavorativa dei pazienti rispetto al metodo "aperto" che richiede spesso oltre due mesi di medicazioni quotidiane (5).

In casi più rari il coloproctologo ricorre alle metodiche ricostruttive nella chirurgia delle **emorroidi** (emorroidectomia ricostruttiva sec. Parks) :si tratta di situazioni molto avanzate con estensione circolare dei gavoccioli emorroidari, in cui le tecniche classiche possono non essere sufficienti ad asportare tutto il tessuto prolassato senza compromettere gravemente l'architettura anatomica della parte.

L'applicazione forse più importante della chirurgia plastica-ricostruttiva in proctologia si ritrova negli interventi effettuati per una complicanza tardiva, forse la più temuta, degli interventi sulla regione anale: la **stenosi anale** cioè il restringimento cicatriziale del canale anale.



Tale complicanza sopravviene più frequentemente dopo interventi di emorroidectomia se il chirurgo ha asportato tessuto in eccesso senza mantenere adeguati “ponti” di cute e mucosa da cui possa ripartire il processo di guarigione. Altre cause di restringimento comprendono la chiusura eccessivamente rapida delle ferite e l’abuso di lassativi, che il paziente sovente continua ad assumere per lungo tempo nel timore del dolore alla defecazione.

In tali casi solo le plastiche di allargamento (tipo V-Y) od i lembi cutanei di avanzamento possono ricostituire un adeguato calibro del canale anale risolvendo problemi funzionali talvolta drammatici (6).

Nei casi di maggior estensione dell’ **hydradenite suppurativa perianale (malattia di Verneuil)**, infezione cronica che interessa le ghiandole sudoripare perianali, **innesti cutanei** ottenuti dalla faccia dorsale della coscia ed applicati 2-3 settimane dopo l’asportazione radicale delle lesioni, sono in grado di accelerare i tempi di riepitelizzazione delle ampie ferite operatorie e di ridurre la deformazione cicatriziale (7).

Le tecniche derivate dalla chirurgia plastica possono venire in aiuto del chirurgo coloproctologo anche per risolvere particolari problematiche che talvolta si presentano dopo interventi demolitivi di asportazione del retto eseguiti per malattie infiammatorie croniche dell’intestino (**rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn**). Infatti in alcuni casi i pazienti lamentano la mancata chiusura, anche dopo 6 mesi-1 anno, del cavo perineale residuo all’asportazione del retto con conseguenti molteplici disturbi invalidanti (secrezioni, dolore, infezioni e dispareunia). Per favorire la chiusura e riepitelizzazione del cavo perineale il chirurgo potrà utilizzare sia “**lembi fascio-cutanei**” ricavati da cute, sottocute e fascia della stessa regione perineale sia “**lembi muscolo-cutanei**” costituiti, a seconda dei casi, dal muscolo gracile della coscia, dal muscolo grande gluteo o da uno od ambedue i muscoli retti dell’addome. Tali muscoli vengono opportunamente preparati chirurgicamente per poter essere mobilizzati e quindi trasposti fino al cavo perineale favorendone la graduale chiusura (8).

Da chi vengono eseguiti tali interventi ?

Molti chirurghi coloretali sono in grado di porre correttamente le indicazioni ed effettuare in modo ottimale i lembi, gli innesti e le plastiche che possono essere richiesti negli interventi di chirurgia ano-perineale. Nei casi più complessi, di fronte alla necessità di eseguire demolizioni più estese, è importante poter collaborare con il chirurgo plastico soprattutto nella fase ricostruttiva dell’intervento (9).

BIBLIOGRAFIA

1. Miller GV & Finan PJ (1998) *Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula*. Br J Surg 85:108-110
2. Reisenauer C, Huebner M, Wallwiener D (2009) *The repair of rectovaginal fistulas using a bulbocavernosus muscle-fat flap*. Arch Gynecol Obstet 27:919-22
3. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Golman G, Klausner JM, Rabau M (2006) *Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina*. Dis Colon Rectum 49:1316-21
4. Hancke E, Rikas E, Suchan K, Volke K (2010) *Dermal flap coverage for chronic anal fissure: lower incidence of anal incontinence compared to lateral internal sphincterotomy after long-term follow-up*. Dis Colon Rectum 53:1563-1568
5. Kitchen PRB (1996) *Pilonidal sinus: experience with the Karydak flap*. Br J Surg 8:1452-556. Keighley MRB (1999) *Management of anal stenosis*. In: Keighley MRB, Williams NS (eds) *Surgery of the anus, rectum and colon*. Saunders, London, pp 412-417
7. Bocchini SF, Habr-Gama A, Kiss DR, Imperiale AR, Araujo A (2003) *Gluteal and perianal hidradenitis suppurativa. Surgical treatment by wide excision*. Dis Colon Rectum 46:944-949
8. Farhadi J, Ross DA *The role of plastic surgery in the management of perineal wounds*. In: *Anorectal and Colonic Diseases* (eds Givel JC, Mortensen N, Roche B). Berlin: Springer Verlag, 2010. pp.783-97
9. Ross DA, Faiz O (2016) *Coloplastics: a new surgical sub-specialty*. Colorectal Dis 18:335-336