

INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO CHIRURGICO PER SINUS PILONIDALIS

1. **Natura e caratteristiche della malattia:** *Il sinus pilonidalis (detto anche cisti e/o fistola pilonidale o sacro-coccigea) è una malattia comune, causata da anomalie della crescita dei peli, con dilatazione dei follicoli piliferi e conseguente possibilità di infezione batterica (formazione di ascessi, anche distanti dalla cisti originaria, e di tragitti fistolosi multipli).*
*Possiamo distinguere **tre fasi** del sinus pilonidalis [indicare quella da cui è affetta la persona da trattare]:*
 - a. [] **Cisti:** *piccola tumefazione situata sulla linea mediana, a livello dell'osso coccige, in genere asintomatica o lievemente dolente spontaneamente e alla palpazione. A volte la sua presenza è suggerita da piccoli orifizi sulla cute, dai quali possono affiorare peli. La cisti può rimanere silente per anni oppure andare incontro alle fasi successive.*
 - b. [] **Ascesso:** *è un'inflammazione purulenta, esito dell'infezione batterica della cisti pilonidale, caratterizzata da una tumefazione dolorosa e arrossata, che può provocare anche febbre e malessere generalizzato. A volte l'ascesso può aprirsi spontaneamente all'esterno; più spesso dev'essere inciso e svuotato chirurgicamente. Allo svuotamento (spontaneo o chirurgico) del pus, cremoso e maleodorante, anche commisto a sangue, segue immediato sollievo; all'ascesso residua in genere la fistola.*
 - c. [] **Fistola:** *è caratterizzata da sottili canali di comunicazione tra la cisti che aveva suppurato e uno o più orifizi cutanei, posti anche a distanza da essa, che continueranno a secernere un liquido siero-purulento di colore giallastro; la loro chiusura darà luogo alla recidiva dell'ascesso. In tal modo, qualora non venga trattato chirurgicamente, il sinus continuerà ad espandersi localmente potendo arrivare fino all'ano, con notevole danno anatomico (potrà risultare difficile distinguerlo da una fistola anale) e maggiore difficoltà di trattamento.*
2. **Procedura chirurgica:** *è influenzata dal quadro clinico preoperatorio e intraoperatorio [indicare la malattia da cui è affetta la persona da trattare]:*
 - a. **Ascesso coccigeo:** *il trattamento chirurgico ne prevede incisione e il drenaggio (= svuotamento della cavità dal pus in essa contenuto). L'intervento definitivo per sinus non può essere effettuato in urgenza (cioè quando sia presente l'ascesso).*
 - a. **Fistola coccigea: Intervento di Bascom-Gips:** *è una tecnica mini-invasiva messa a punto di recente, che comporta l'utilizzo di piccole lame circolari (Trefine) che asportano sia la cisti pilonidale che i tragitti fistolosi che da essa si diramano. Il risultato finale sarà costituito dalla presenza di un numero variabile di forellini del diametro di alcuni millimetri e comunicanti con cunicoli che corrispondono ai tragitti fistolosi a mano a mano individuati e asportati. Questa tecnica favorisce una rapida guarigione e un ritorno precoce del paziente alle normali attività. Il trattamento mini-invasivo è indicato anche nelle recidive, evitando così escissioni ampie di difficoltosa chiusura.*
N.B.: Il trattamento chirurgico prevedeva fino a pochi anni fa esclusivamente l'asportazione della cisti e dei tragitti fistolosi a essa connessi, insieme a un'ampia fascia di tessuto sano circostante, sia lungo i margini laterali, sia in profondità. In questo modo si veniva a creare una vasta cavità residua, che veniva trattata con due varianti:
 - **tecnica aperta:** *prevedeva la guarigione spontanea ("per seconda intenzione") della ferita, con necessità di numerose medicazioni successive (fino a oltre due mesi);*
 - **tecnica chiusa:** *indicata per i casi più semplici e più confortevole per il paziente, prevedeva la sutura della ferita e l'applicazione di un drenaggio; la guarigione era più rapida (comunque poteva richiedere anche diverse settimane). Dopo asportazioni particolarmente estese veniva indicata la successiva ricostruzione dei tessuti utilizzando lembi cutanei.*
3. **Opportunità dell'intervento chirurgico:** *la cura del sinus pilonidale è esclusivamente chirurgica, non esistono alternative alla chirurgia e un trattamento non chirurgico non è risolutivo.*
4. **Vantaggi dell'intervento chirurgico:** *lo scopo del trattamento è identificare tutti i tragitti fistolosi che si dipartono dalla cisti pilonidale e curare la fistola, talvolta in più tappe. I vantaggi della tecnica chirurgica mini-invasiva si possono così riassumere:*

- *Minimo impatto chirurgico*
 - *Trattamento anche ambulatoriale*
 - *Netta riduzione del dolore postoperatorio*
 - *Ripresa precoce dell'attività lavorativa*
 - *Netta riduzione del numero di medicazioni postoperatorie*
 - *Assenza di vaste cavità residue*
 - *Diminuzione delle recidive rispetto alle tecniche tradizionali di asportazione del sinus*
 - *Ripetibilità della stessa procedura in caso di recidiva.*
5. **Possibilità di una modifica intraoperatoria** del programma preventivamente stabilito, che può rendersi necessaria:
- *se si constatino difficoltà a eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta;*
 - *se si riscontrino alterazioni non evidenziate preoperatoriamente;*
 - *se sopravvenga un pericolo imminente e/o un danno grave alla persona da operare, non altrimenti evitabile.*
- In queste circostanze verranno poste in atto tutte le pratiche idonee a scongiurare o limitare pericoli o danni ed eventualmente a portare a termine l'intervento chirurgico in tutta sicurezza.*
6. **Tipo di anestesia** da eseguire: **anestesia loco-regionale** (spinale o epidurale = iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata se necessario a sedativi. In alternativa e in situazioni particolari (come negli interventi di ricostruzione dei tessuti utilizzando lembi cutanei) sarà necessario impiegare l'**anestesia generale**.
7. Qualche giorno prima del ricovero, la persona da operare effettuerà presso il <Nome del Centro> il **pre-ricovero** (prelievo di sangue a digiuno, informazioni su eventuali malattie di cui abbia sofferto o di cui soffra e sui farmaci regolarmente assunti, visita cardiologica con elettrocardiogramma, radiografia del torace, visita dell'Anestesista, cui potrà chiedere informazioni sul tipo di anestesia, sui rischi a essa connessi e sul trattamento del dolore postoperatorio).
8. **Il ricovero** avverrà in genere lo stesso giorno dell'intervento. **Prima del ricovero** sono previsti:
- il **digiuno** dalla mezzanotte per gli interventi eseguiti al mattino;
 - oppure una **colazione con soli liquidi** in caso di intervento pomeridiano.
9. **Dopo l'intervento:**
- la persona operata sarà seguita non solo dal Dr. <Nome del Medico>, ma anche da un *team* di medici ed infermieri esperti che lavorano nel <Nome del Centro> e sono coinvolti quotidianamente in questo tipo di chirurgia; ogni problema che possa presentarsi potrà così essere rapidamente valutato e trattato nel modo appropriato;
 - un catetere venoso (= sottile tubo di plastica inserito in una vena di in arto superiore e collegato a una sacca di liquidi) servirà per l'idratazione post-anestesia e la terapia antibiotica e del dolore;
 - si potrà bere dopo qualche ora e mangiare, in genere, il mattino successivo (tranne in caso di comparsa di nausea e vomito);
 - sarà possibile muoversi e alzarsi dal letto, con l'aiuto dagli infermieri, quando saranno riprese la sensibilità e la motilità degli arti inferiori; per alcune ore la persona operata dovrà porre attenzione alla sensazione (ostacolata dall'anestesia) di vescica piena di urina e urinare rimanendo a letto, chiedendo agli infermieri il pappagallo o la padella;
 - la dimissione avverrà entro alcune ore, in assenza di complicanze; è opportuno che, alla dimissione, la persona operata venga accompagnata da un adulto;
 - alla dimissione sarà prescritta la terapia opportuna e fornite istruzioni su controlli e medicazioni e sul corretto regime igienico;
 - nel primo periodo dopo l'operazione sarà necessario osservare il riposo, non prendere decisioni importanti né intraprendere lunghi viaggi; potrebbe essere necessaria una sostituzione frequente delle medicazioni, anche con l'aiuto dei familiari;
 - la persona operata potrà riprendere una normale attività, compreso il lavoro, entro pochi giorni e

- dovrà contattare il Dr. <Nome del Medico> se avrà notato uno dei seguenti problemi:
 - *Dolore in aumento, rossore, gonfiore o perdite*
 - *Sanguinamento importante*
 - *Difficoltà nella minzione (= svuotamento della vescica)*
 - *Febbre oltre i 38°C o con brividi*
 - *Nausea o vomito.*
- 10. **Esito** del trattamento: *le prospettive di guarigione dopo l'intervento sono generalmente buone. Dopo l'asportazione del sinus, i sintomi scompaiono il più delle volte rapidamente. Se curate bene e regolarmente controllate dal medico, le ferite guariscono rapidamente.*
- 11. Possibili **sequele**: *esiti cicatriziali e inestetismi di estensione variabile in funzione delle particolari caratteristiche della malattia e delle attitudini cicatriziali della persona da operare; una guarigione prolungata costituisce un'eventualità rara che potrebbe richiedere un nuovo intervento. Il trattamento delle ferite chirurgiche aperte, con guarigione per seconda intenzione, è disagiata poiché richiede numerose medicazioni ambulatoriali e lunghi tempi di cicatrizzazione.*
- 12. Possibilità di **recidive**: *la percentuale di recidiva utilizzando la tecnica mini-invasiva è del 10%. Tecnica aperta: percentuale di recidiva del 15-25%; tecnica chiusa: percentuale di recidiva del 20-25%.*
- 13. **Problematiche connesse alle condizioni cliniche** della persona da operare, **alle terapie** da essa seguite e **agli eventuali rischi e complicanze**, anche non strettamente correlate all'intervento, che si possono presentare nel corso dell'intervento o successivamente ad esso.

Complicanze immediate o tardive (in genere rare):

- **sanguinamento post-operatorio**: se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica, anche in sala operatoria, per effettuare l'emostasi (= tecniche per arrestare l'emorragia);
- **dolore post-operatorio**, in genere lieve o moderato e controllabile con i comuni analgesici;
- **dermatite** reattiva, **prurito**;
- **infezione della ferita**, che può richiedere diversi tipi di trattamento.

Si tenga comunque presente che a qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica possono seguire **complicanze generiche**, talvolta molto gravi e potenzialmente mortali: lesione di vasi e nervi, lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, reazioni allergiche, complicanze a carico del sistema cardio-circolatorio (flebiti e trombosi venose con possibili embolie, alterazioni del ritmo cardiaco, occasionalmente infarto cardiaco, insufficienza cardio-circolatoria), dei polmoni (ditelectasie, cioè collasso di piccole aree polmonari con aumento del rischio di broncopolmonite, insufficienza respiratoria), dei reni e delle vie urinarie (insufficienza renale, infezioni delle vie urinarie), del fegato (insufficienza epatica), dell'encefalo (disturbi del circolo cerebrale, reazioni psicotiche), ecc., soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (cardiopatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (immunodepressione, diabete mellito, obesità, turbe della coagulazione, deperimento organico, tabagismo, ecc.).

Il trattamento di queste complicanze può prolungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche un nuovo intervento chirurgico; il <Nome del Centro> è dotato di adeguate attrezzature per la pronta rianimazione del paziente e di struttura autonoma di terapia intensiva postoperatoria.