



# Publicazione 58

---

# IDROSADENITE SUPPURATIVA INGUINO PERINEO ANALE O MALATTIA DI VERNEUIL

*Principi di trattamento*

A. RACALBUTO - B. SCILLETTA - L. SUCCI - D. RUSSELLO  
A. PRIVITERA - T. PONTILLO - G. LA GRECA - A. LICATA

*Istituto di I Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica dell'Università degli Studi di Catania*  
*Direttore: Prof. G. Rodolico*

---

## SUMMARY

### **Perineo-anal hidradenitis suppurativa or Verneuil disease.**

The Authors briefly describe the traits of hidradenitis suppurativa. They report their experience in eight patients and on the basis of the latest news in literature, suggest the correct treatment of the various stages of the disease, especially surgical techniques.

## INTRODUZIONE

L'idrosadenite suppurativa è una malattia infiammatoria ad evoluzione cronica del tessuto cutaneo che riconosce il suo momento iniziale in una alterazione delle ghiandole sudoripare apocrine contenute negli strati più profondi del derma. I pazienti che ne sono affetti soffrono di infezioni ricorrenti in certe aree cutanee ove tali ghiandole sono elettivamente distribuite quali la nuca, le ascelle, le areole mammarie, la regione periombelicale, l'inguine, il perineo, i genitali esterni, l'ano e la regione perianale, i glutei (5). La localizzazione nella regione inguino-perineo-anale venne descritta per la prima volta dal chirurgo francese A. Verneuil (1854) (8,9) che riprese e rettificò precedenti osservazioni del Velpeau (1839) (7) che aveva studiato in precedenza solo la localizzazione ascellare. La malattia nel suo decorso classico si manifesta inizialmente in maniera acuta con un nodulo teso, dolente, che in pochi giorni si risolve spontaneamente con l'emissione di materiale purulento ed immediato sollievo del sintomo dolore, salvo poi a ripresentarsi in fasi successive con la riesacerbazione nella stessa sede, la formazione di altre lesioni, fino alla creazione di diversi

---

Giunto in Redazione: 02-05-1989.

tramiti fistolosi che periodicamente si infettano. La evoluzione esasperatamente cronica e recidivante dell'affezione, con alternanza fra periodi di remissione ed altri di estensione dei processi suppurativi, può finire per essere estremamente penosa per il paziente con incidenza non indifferente sulla attività lavorativa e sulla vita di relazione, comportando a volta pesanti problemi psicologici.

Essa può richiedere pertanto un notevole impegno per il trattamento, soprattutto nei casi con lesioni più avanzate.

Sulla scorta della nostra esperienza e facendo riferimento alla letteratura più recente intendiamo tracciare le linee per una puntualizzazione sul corretto ed adeguato trattamento della malattia nelle sue diverse fasi.

#### PAZIENTI E METODI

Sono giunti recentemente alla nostra osservazione otto casi di idrosadenite suppurativa con localizzazione perineo-anale e glutea. Tutti i pazienti erano di sesso maschile con età compresa tra i 23 e i 45 anni. La malattia interessò, nel periodo in cui i pazienti rimasero sotto la nostra osservazione, anche altre zone quali l'ascella (2 pazienti), la mammella (1 paziente), l'orecchio esterno (1 paziente). Tutti i nostri pazienti sono stati trattati chirurgicamente. L'estensione e la gravità delle lesioni ha richiesto in cinque casi un'ampia escissione di tessuto per l'interessamento sia di vaste zone perianali (3 casi) (fig. 1 a) con notevole estensione nel perineo fino alla borsa scrotale (1 caso) sia di larghi tratti delle regioni glutee (1 caso) (fig. 2 a). Negli altri tre pazienti le lesioni, tutte circoscritte alla regione perianale e di modesta estensione, richiesero solo una incisione e successivo drenaggio. L'exeresi è stata condotta in tutti i casi

in profondità fino al limite tra derma e sottocute con necessità in un caso di raggiungere il piano fasciale e mantenendosi nel tessuto sano ad una distanza di almeno 2 cm dall'area compromessa. Alla fine degli interventi rimanevano allo scoperto ampie superfici (figg. 1 b, 2 b, 3 b) per il trattamento delle quali abbiamo seguito tecniche diverse. Così in tre casi si trattarono le aree cruentate mediante lavaggi quotidiani con clorexidina a partire dal 3° giorno e zaffature con garze medicate con la stessa sostanza. A partire dal 7° giorno, con un tessuto ben deterso e ben granuleggiante, si è coperta la ferita mediante una spugna di silastic ottenuta da una miscela di una soluzione base + catalizzatori in proporzioni fisse e riempimento della cavità con la stessa fino al suo consolidamento (2-3 min). Per ottenere una spugna di forma conveniente a riprodurre in maniera adeguata la zona cruentata si sono adottate delle procedure particolari come il posizionamento del paziente in Trendelemburg o il modellamento delle parti esuberanti del tessuto spugnoso prima del suo definitivo consolidamento. La successiva medicazione prevedeva il lavaggio a giorni alterni della spugna di silastic con soluzione fisiologica prima e con clorexidina poi, ed il suo ri-posizionamento in situ dopo la detersione della ferita. Dopo 15 giorni si provvedeva al confezionamento di una nuova spugna, confacente alle ridotte dimensioni della ferita. Nel caso che richiese l'exeresi del sottocute fino al piano fasciale venne posta in atto una plastica cutanea mediante trasposizione di un lembo pedunculato dopo due settimane di trattamento della zona cruentata con spugna di silastic medicata (fig. 2 c) e con laser nella fase immediatamente precedente all'intervento definitivo. In un quinto paziente (fig. 3 a) la netta demarcazione dell'area patologica dalla cute

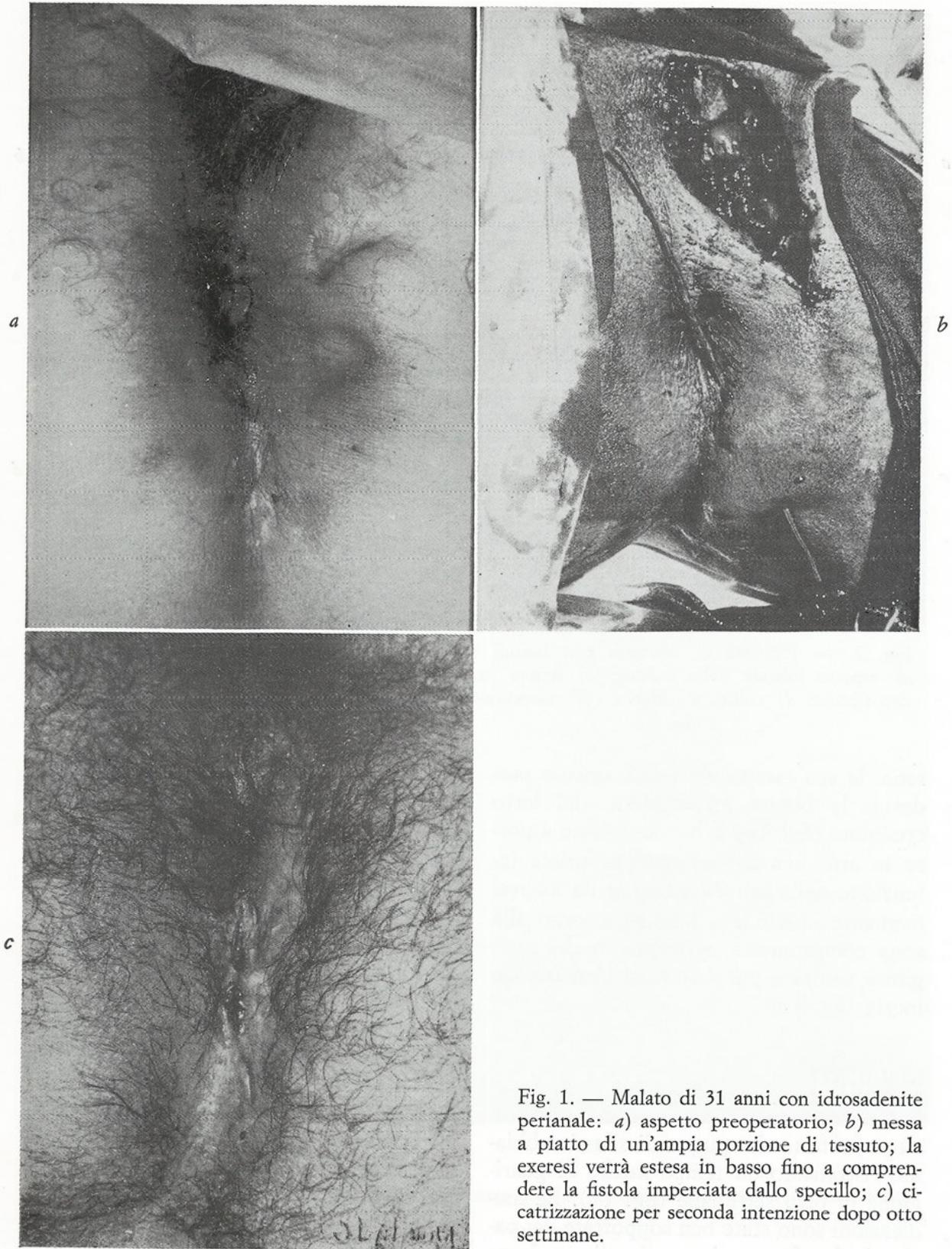


Fig. 1. — Malato di 31 anni con idrosadenite perianale: *a*) aspetto preoperatorio; *b*) messa a piatto di un'ampia porzione di tessuto; la exeresi verrà estesa in basso fino a comprendere la fistola imperciata dallo specillo; *c*) cicatrizzazione per seconda intenzione dopo otto settimane.

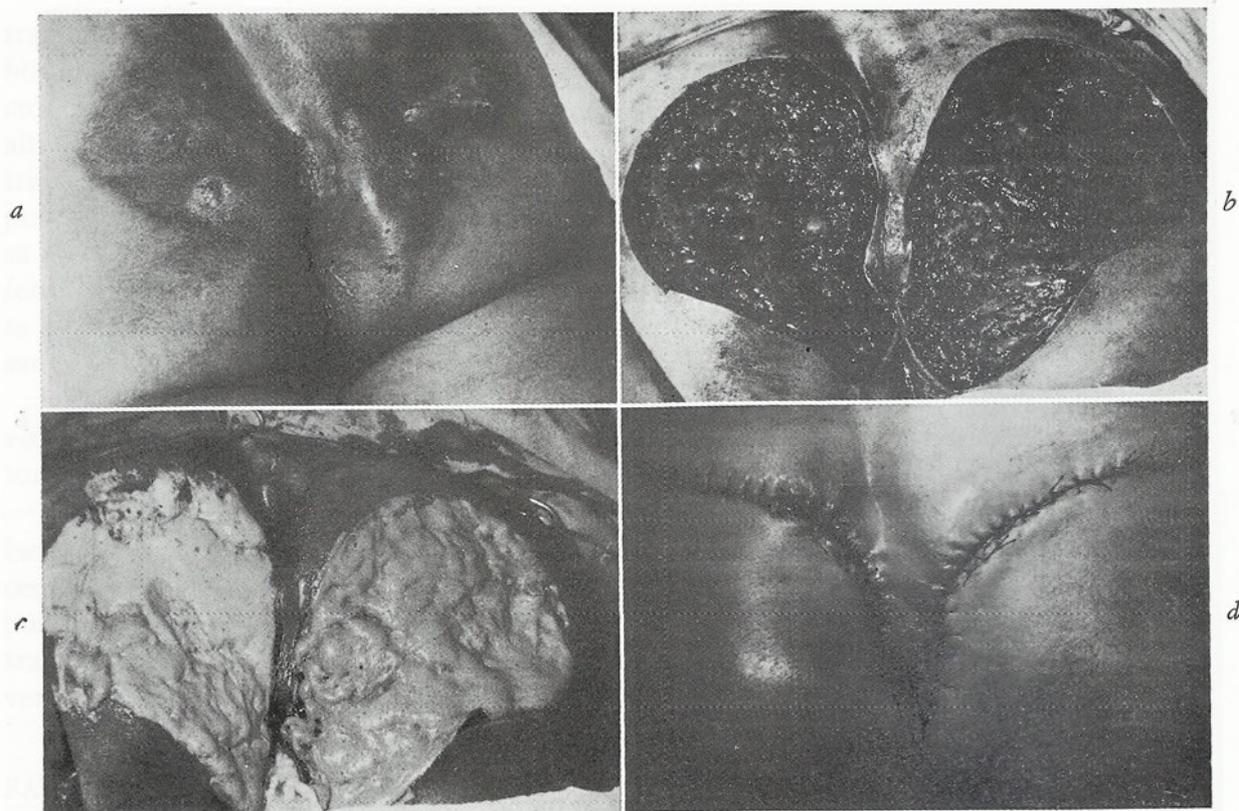


Fig. 2. — Paziente di 45 anni con lesioni interessanti ampie zone glutee bilateralmente: a) aspetto iniziale delle lesioni; b) ampia exeresi di tessuto compromesso; c) trattamento con silastic; d) chiusura differita con trasposizione di lembi.

sana, la sua estensione relativamente modesta, la buona preparazione del letto cruentato (fig. 3 b) ci hanno indotto a porre in atto una riparazione per prima intenzione nella immediatezza della exeresi mediante incisione a losanga attorno alla zona compromessa, scorrimento dei margini e sutura a punti staccati in materiale inerte (fig. 3 c).

#### RISULTATI

Nel trattamento condotto con medicazioni protette da spugna di silastic abbiamo riscontrato un tempo medio di guarigione di otto settimane (fig. 1 c). Le medicazioni sono state ben sopportate dai pazienti che furono in grado di condurre

una normale vita di relazione durante tutto il periodo di cure.

La frequenza delle medicazioni si andò riducendo da quella a giorni alterni delle prime due settimane a due volte la settimana nelle sei successive. Nella seconda fase del trattamento, dopo due settimane di ospedalizzazione, i pazienti furono in grado di provvedere personalmente alle medicazioni nel proprio domicilio. Nel trattamento con trasposizione differita di lembi cutanei la guarigione è avvenuta complessivamente in cinque settimane con medicazioni assolutamente indolori e con la perfetta restitutio ad integrum (fig. 2 c). Nel caso infine in cui si è tentata la sutura diretta della ferita dopo scorrimento dei margini di sezione nell'immediatezza

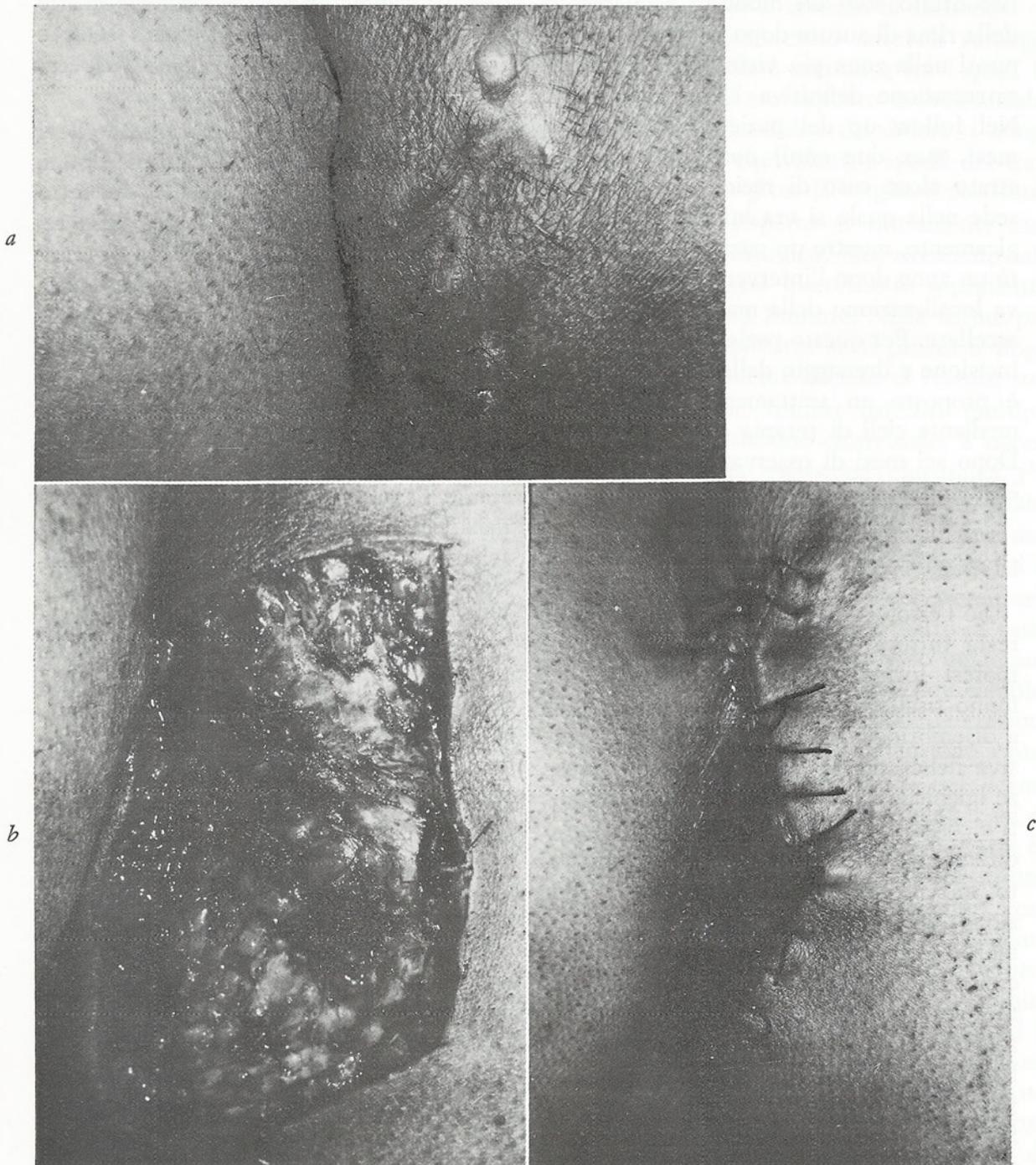


Fig. 3. — Malato di 36 anni trattato con chiusura diretta per prima intenzione: a) prima dell'intervento; b) exeresi; c) sutura immediata.

del primo intervento di exeresi, abbiamo riscontrato solo un modesto scollamento della rima di sutura dopo la rimozione dei punti nella zona più vicina all'ano con cicatrizzazione definitiva 15 gg. più tardi. Nel follow up dei pazienti (minimo sei mesi, max due anni) non abbiamo registrato alcun caso di recidiva nella stessa sede nella quale si era intervenuti chirurgicamente, mentre un paziente si ripresentò un anno dopo l'intervento con una nuova localizzazione della malattia in regione ascellare. Per questo paziente, trattato con incisione e drenaggio della zona infetta, si è proposto un trattamento di profilassi mediante cicli di terapia con isotretinoin. Dopo sei mesi di osservazione il paziente è indenne da nuove localizzazioni.

#### DISCUSSIONE

Se l'eziologia della malattia di Verneuil resta tuttora sconosciuta (fra le svariate ipotesi formulate ricordiamo quelle che fanno risalire la malattia a cure ormonali, a disembrionogenesi, alla macerazione eccessiva della cute di certi soggetti, a carenze igieniche, all'uso eccessivo di deodoranti e cosmetici, alla depilazione etc.), non è difficile peraltro ipotizzarne come momento iniziale una alterazione nella produzione del secreto ghiandolare con un aumento della densità del prodotto di secrezione. Questo conduce infatti facilmente a stasi, ostruzione del dotto escretore, rottura dello stesso, infezione ed ascessualizzazione dell'intera ghiandola e della zona cutanea circostante e successivo sconfinamento del processo infiammatorio nel contiguo tessuto sottocutaneo. La suppurazione ed il drenaggio spontaneo degli ascessi ghiandolari conduce così alla formazione di tramiti fistolosi multipli accompagnati da processi di granulazione ed intensi fenomeni riparativi con fibrosi della

cute e del sottocute. La cronicità del processo infiammatorio ed il coinvolgimento in fasi successive di un numero sempre crescente di ghiandole spiegano l'aspetto dell'area colpita.

Nelle fasi iniziali o nei casi più lievi le uniche alterazioni sono rappresentate da noduli di pochi millimetri di diametro visibili o palpabili nel sottocute della regione perianale, solitari o più spesso multipli, dolenti e ricoperti da cute iperemica, che hanno la tendenza a risolversi in pochi giorni con o senza l'emissione all'esterno di materiale purulento particolarmente maleodorante. Nei casi più gravi, in seguito al ripetersi degli episodi ascessuali, l'ispessimento e l'edema della cute circostante il margine anale conduce alla formazione di un esteso piastrone indurito, sclerocicatrizziale, con tramiti fistolosi multipli e numerosi orifici cutanei anche distanti tra loro. A volte, come ci è capitato di osservare personalmente in un paziente, l'impianto di un ceppo batterico particolarmente virulento e/o di anaerobi di origine fecale in un'area già infetta piuttosto estesa può condurre alla formazione di un processo infiammatorio di tipo flemmonoso o addirittura alla gangrena della zona perineo genitale (gangrena di Fournier) con rischio di shock settico e pericolo di vita per il paziente. Un'altra complicanza nei casi perduranti da più lungo tempo può essere rappresentata da una degenerazione in epiteloma spinocellulare. In realtà solo 12 casi sono stati recensiti nella letteratura mondiale<sup>(10)</sup> e quindi come regola generale la malattia di Verneuil deve essere considerata una malattia infettiva benigna. La localizzazione perianale impone una precisa diagnosi differenziale per escludere altri processi infiammatori quali la foruncolosi e l'antrace, che presentano caratteristiche cliniche diverse, le cisti pilonidali che sono localizzate elet-

tivamente solo nel rafe posteriore, l'acne e soprattutto, le fistole anali e gli ascessi acuti perianali. Queste ultime possono fra l'altro coesistere con l'idrosadenite.

L'idrosadenite suppurativa può essere trattata con terapia medica solo nelle fasi iniziali o prodromiche, allorché il paziente manifesta intenso prurito ed iperidrosi in un'area elettiva nella quale con l'esame obiettivo è possibile rilevare solo la presenza di qualche nodulo sottocutaneo. Si utilizzeranno in questi casi disinfettanti locali (fra tutti la clorexidina), si consiglieranno norme igieniche tendenti a favorire la traspirazione, e nei casi con flogosi più spiccate si somministreranno antibiotici per via parenterale. Quando si formano raccolte purulente di modeste dimensioni, isolate nel contesto di un tessuto non ancora compromesso, sono indicati piccoli interventi di incisione e drenaggio, salvo poi a trattare il paziente con terapia conservativa (norme igieniche già citate, cicli di terapia antibiotica mirata o vaccinoterapia) e recentemente terapia con isotretinoin<sup>(3)</sup>. Si tratta di un farmaco già utilizzato nella cura dei soggetti affetti da gravi lesioni acneiche in quanto in grado di ridurre del 70-90 % l'attività delle ghiandole sebacee con un'azione terapeutica inducente una diminuzione della secrezione di sebo, una modificazione dei lipidi cutanei, una diminuzione delle dimensioni e della struttura delle ghiandole sebacee.

Il farmaco sembrerebbe avere la stessa efficacia nella cura della idrosadenite suppurativa soprattutto nella bonifica e nella prevenzione dei focolai suppurativi di modeste dimensioni. La tossicità del farmaco e la necessità di cure prolungate rendono tuttavia l'isotretinoin poco maneggevole e i risultati a distanza sono ancora da verificare. Altrettanto recente<sup>(2)</sup>

è l'utilizzazione nel trattamento della malattia del Laser al diossido di carbonio.

Gli AA. denunciano notevoli vantaggi nell'uso di questa metodica fra i quali la possibilità del trattamento ambulatoriale, i limiti di tollerabilità del dolore, i tempi di guarigione equivalenti a quelli del trattamento chirurgico, la migliore restituitio ad integrum rispetto ai trattamenti conservativo e chirurgico. Noi riteniamo tale prospettiva assai interessante soprattutto nelle forme più limitate. Nelle forme più avanzate, soprattutto se il processo flogistico è estesamente diffuso al tessuto sottocutaneo, con tramiti fistolosi multipli e zone di retrazione cicatriziale, è necessaria un'ampia escissione chirurgica<sup>(1)</sup>. La idrosadenite suppurativa deve infatti essere considerata fin dall'inizio una malattia chirurgica del tessuto cutaneo ed il suo corretto trattamento deve essere quello di una completa messa a piatto di tutta la zona interessata dal processo infiammatorio. L'intervento deve asportare completamente l'area interessata dalle alterazioni strutturali facendo però attenzione a preservare le aree più profonde del derma contenenti gli elementi epiteliali capaci di rigenerare il tessuto cutaneo asportato. Si tratta in definitiva di una decorticazione (« scalping » degli aa. anglosassoni) condotta attraverso una accurata e paziente dissezione che deve essere estesa in profondità ma che si deve fermare al limite tra gli strati più profondi del derma ed il tessuto sottocutaneo; i margini della sezione inoltre devono cadere nel tessuto sano ad almeno due centimetri di distanza dal tessuto compromesso. Questo tipo di trattamento chirurgico è secondo noi il più corretto perché mira alla eliminazione di quelle ghiandole apocrine che sono all'origine della malattia preservando tessuto vitale utile per il buon successo dei processi riparativi. Bisogna tuttavia osser-

vare che spesso la stretta contiguità delle ghiandole apocrine con il tessuto sottocutaneo ed il facile grave coinvolgimento di quest'ultimo nel processo infettivo e nel conseguente rimaneggiamento strutturale costringe ad una exeresi più profonda con la necessità di raggiungere il piano fasciale. Le superfici cruentate necessitano quindi di un trattamento per la restitutio ad integrum che deve essere flessibile perché deve essere capace di proporre soluzioni diversificate per ogni situazione. L'obiettivo è sempre quello di favorire in tutti i modi il processo di riparazione e a seconda delle preferenze individuali si possono utilizzare medicazioni asettiche con l'ausilio o meno di spugne di silicone<sup>(6)</sup>, o innesti a rete di cute (mesh graft), o quando il caso lo richieda innesti totali o trasposizione di lembi cutanei<sup>(4)</sup>. I problemi più delicati nella riparazione delle vaste perdite di sostanza dopo la chirurgia radicale si pongono soprattutto nella localizzazione perianale della malattia ove la possibile contaminazione batterica di origine fecale del tessuto di granulazione può determinare un notevole ritardo nei tempi di guarigione. Proprio per questi motivi le tecniche di trattamento con mesh graft o con innesti o lembi cutanei sono secondo noi da proscrivere quando l'area contaminata è troppo vicina all'ano. Troppe condizioni sfavorevoli quali l'immobilizzazione del paziente, la necessità della costipazione, l'alto rischio di infezioni della plastica cutanea, rendono non conveniente questo trattamento e preferibile la via di guarigione per seconda intenzione che noi siamo soliti condurre mediante medicazione con silastic.

Del resto questo tipo di trattamento offre risultati eccellenti (tempo medio di guarigione nei nostri pazienti sette settimane) consentendo tra l'altro al paziente

di provvedere da sé agevolmente alle medicazioni e di riprendere in tempi brevi una normale vita di relazione.

Riteniamo d'altra parte che un trattamento con innesti o lembi peduncolati possa essere indicato nelle vaste superfici cruentate poste ad una distanza di sicurezza dall'ano, come avviene qualche volta nelle localizzazioni glutee della malattia anche se è preferibile ricorrere, ove possibile, alle più semplici e sicure tecniche di trasposizione di lembi che nella nostra esperienza, seppur limitata, hanno dato ottimi risultati. In conclusione possiamo affermare che benché l'eziologia della malattia di Verneuil resti tuttora sconosciuta, è possibile oggi trattarla con successo purché essa venga considerata fin dall'inizio una malattia chirurgica e quindi venga affrontata in maniera radicale. Una volta eliminati i guasti indotti dalle lesioni già stabilizzate, e solo allora, il paziente va affidato alle cure mediche con buone probabilità, soprattutto se recenti esperienze avranno il conforto dei risultati a distanza, di controllare la malattia e di pervenire quindi le sue manifestazioni più gravi e destruenti.

#### RIASSUNTO

Gli Autori, dopo aver tratteggiato brevemente le caratteristiche principali della idrosadenite suppurativa inguino perineo anale, sulla scorta della loro esperienza su otto casi e facendo riferimento alla letteratura più recente, tracciano le linee per un corretto trattamento della malattia nelle sue diverse fasi, con particolare riguardo per le tecniche chirurgiche.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Broadwater J. R., Bryant R. L., Petrino R. A., Maby C. D., Westbrook K. C., Caroli R. E.: « Advanced Hidradenitis Suppurativa. Review of Surgical Treatment in 23 patients ». *Am. J. Surg.*, 144, 668, 1982.

- 2) Dalrympe J.C., Monaghan J.M.: « Treatment of Hidradenitis suppurativa with the carbon dioxide laser ». *Br. J. Surg.*, 74, 420, 1987.
- 3) Dicken C.H., Powell S.T., Spear K.L.: « Evaluation of isotretinoin treatment of hidradenitis suppurativa ». *J. Am. Acad. Dermatol.*, 11, 500, 1984.
- 4) Kassab S., Servant J.M., Banzet P.: « Hidrosadenitis suppurees perineo-fessieres ». *La Presse Medicale*, 17, 33, 1689, 1988.
- 5) Morgan W.P., Hughes L.E.: « The distribution, size and density of the apocrine glands in hidradenitis suppurativa ». *Br. J. Surg.*, 66, 853, 1979.
- 6) Morgan W.P., Harding K.G., Richarddson G., Hughes L.E.: « The use of Silastic foam dressing in the treatment of advanced hidradenitis suppurativa ». *Br. J. Surg.*, 67, 277, 1980.
- 7) Velpeau A.: « Dictionnaire de Medicin, un Repertoire General des Sciences Medicales sous la Rapport. The origine et Pratique ». 2nd ed. Bechet, Jeune 2, 91; 3, 304; 19, 1; 1839.
- 8) Verneuil A.: « Etudes sur le tumeurs de la peau de quelques maladies des glandes sudoripares ». *Acc. Gen. Med.*, 94, 447, 693, 1854.
- 9) Verneuil A.: « De l'hidrosadenite phlegmonneuse et des abces sudoripares ». *Acc. Gen. Med.*, 114, 537, 1864 et 115, 327; 437; 1865.
- 10) Zachary L.S.: « Squamous cells carcinoma occurring in hidradenitis suppurativa ». *Ann. Plast. Surg.*, 18, 71, 1987.