



# Publicazione 70

## Le fistole anali

L. SUCCI, A. RACALBUTO, R. BLANDINO, T. PONTILLO, G. RANDAZZO, M. DI BLASI,  
S.A. CARNAZZO, D. RUSSELLO

La fistola anale, come già affermava Eisenhammer nel 1954, e da considerarsi l'evoluzione naturale di un ascesso nella sua fase di cronicizzazione.

Nella maggior parte dei casi, la "sepsi anale" si origina localmente quale conseguenza di una infezione delle ghiandole perianali che, evolvendo in una raccolta purulenta negli spazi intermuscolari dell'apparato sfinteriale, determina la formazione di un tramite flogistico che sfocia nel lume dell'ano o del retto e/o sulla cute perianale.

Per la classificazione, si è cercato un denominatore comune, questo è rappresentato dall'apparato sfinteriale perianale e dalle ghiandole poste nello spazio fra i due sfinteri interno ed esterno.

Furono Milligan e Morgan (1934) i primi che svilupparono il concetto dei due cilindri muscolari che circondano concentricamente il canale anale. Successivamente Eisenhammer (1958) mise in rilievo l'importanza dello spazio esistente tra le due strutture muscolari (sfintere interno e sfintere esterno), sede delle ghiandole perianali che dando origine all'ascesso

primitivo causano la "sepsi anale" (Teoria cripto - ghiandolare).

Queste ghiandole descritte da Chiari nel 1878 situate nello spazio intersfinterico, circondano il canale anale in numero variabile da sei a dieci e comunicano con un breve e tortuoso tragitto attraverso le fibre dello sfintere interno con le cripte anali della linea dentata.

Sulla base delle numerose osservazioni personali e della notevole casistica del St. Mark's Hospital, Alan Parks (1976) ha impostato con chiarezza e semplicità la moderna classificazione degli ascessi e delle fistole anali.

Egli pone in rilievo che il micro ascesso intersfinterico è da considerarsi il punto di partenza di tutta la patologia settica perianale e la fistola la sua evoluzione naturale.

La propagazione della sepsi nello spazio intersfinterico dà origine:

- a) verso il basso all'ascesso perianale o marginale;
- b) verso l'alto all'ascesso intraparietale o intermuscolare;
- c) nello spazio fra il sacco peritoneale e il muscolo elevatore all'ascesso pelvirettale o sopra elevatore;
- d) all'ascesso ischio-rettale che, superando la barriera dello sfintere esterno, invade il cellulare lasso della loggia ischio-rettale.

Gli ascessi oltre che longitudinalmente

possono svilupparsi anche in senso circonferenziale, attraverso gli spazi pelvirettali, intersfinterici e soprattutto ischiorettali, dando luogo alla formazione degli "ascessi a ferro di cavallo".

Occorre sottolineare che l'eziologia di circa il 10% degli ascessi perianali differisce dalla classica origine ghiandolare, per cui non è possibile poterli raggruppare nosograficamente.

Spesso queste fistole sono la manifestazione di malattie come la tubercolosi, il M. di Crohn, la colite ulcerosa o la risposta tissutale per la presenza di corpi estranei, di cisti epidermoidali o desmoidi poste negli spazi retrorettali, ed infine complicanze di sepsi originatesi su organi pelvici (salpingiti, diverticoliti, appendiciti ecc.).

Puntualizzate topograficamente le sedi più frequenti delle sepsi perianali ed accettata la teoria criptoghiandolare, i vari Autori sono concordi nell'affermare che l'impossibile guarigione spontanea riconosce, oltre la medesima noxa che aveva causato l'iniziale ascesso, anche altri meccanismi, quali la possibilità di continue reinfezioni attraverso la medesima via d'ingresso e le pressioni esistenti nel canale anale che ne impediscono la chiusura e la cicatrizzazione.

### Classificazione delle fistole anali

Come già visto per gli ascessi, anche le fistole si possono classificare in base ai rapporti che contraggono con le formazioni anatomiche della regione perianale.

Alan Parks nella sua classificazione dà grande rilievo alla sede primitiva dell'ascesso (lo spazio intersfinterico) e alla muscolatura striata volontaria dello sfintere esterno e del puborettale. Questo inquadramento topografico permette di

stabilire un rapporto preciso tra il tramite fistoloso e il tessuto muscolare sfinteriale così da stabilire la tattica chirurgica più corretta.

A. Parks suddivide infatti le fistole perianali in: a) intersfinteriche, b) transsfinteriche, c) soprasfinteriche, d) extrasfinteriche.

Le fistole intersfinteriche, che costituiscono circa il 45% della totalità, nella loro forma semplice (34%) si originano nello spazio intersfinterico a livello della linea dentata, discendono lungo le fibre longitudinali e fuoriescono sul margine della mucosa anale.

E' necessario però considerare le sue possibili varianti; infatti un tramite secondario, dirigendosi verso l'alto, può terminare a fondo cieco nello spessore della parete del retto (3,7%) o nello spazio pelvirettale (3,5%) o aprirsi nel lume dell'ampolla rettale (2,2%) senza comunicare con la cute perineale (fistole intersfinteriche alte).

A questo gruppo va aggiunta la fistola intersfinterica alta senza apertura nel perineo, (0,5%) causata da sepsi originatesi in organi pelvici (salpingiti, appendiciti e M. di Crohn).

Le fistole transsfinteriche (29% sec. Parks) si formano quando il processo flogistico, attraversando le fibre dello sfintere esterno, interseca lo spazio ischiorettale e termina sulla cute perineale; se si considera quale punto di riferimento l'anello muscolare del puborettale le possiamo classificare in *basse, medie e alte*.

Si classificano basse quelle fistole i cui tragitti intersecano lo sfintere nella sua porzione superficiale e sottocutanea e si aprono sulla cute perineale (transsfinteriche basse e medie). Alte sono le fistole i cui tragitti secondari, così come avviene per le intersfinteriche, sono estesi verso gli

spazi pelvirettali o nello spessore del retto, si pongono a cavaliere del muscolo puborettale e dirigendosi ancora verso il basso intersecano lo spazio ischiorettale raggiungendo la cute perineale.

Queste sono classicamente chiamate fistole soprasfinteriche (3%). Questo gruppo peraltro raro, è fra i più difficili da trattare poiché la vicinanza agli elevatori può indurre a gravi errori chirurgici così da compromettere la continenza.

Ultimo gruppo della classificazione di Parks e quello delle *fistole extrasfinteriche* che traggono origine da sepsi pelviche.

Il tramite si presenta in queste fistole all'esterno dei cilindri muscolari e per il loro trattamento si impone spesso la defunzionalizzazione del retto.

Questo tipo di fistole per la loro differente eziologia non dovrebbero rientrare nel gruppo delle fistole anali classicamente descritte.

La classificazione proposta da Parks deve essere tuttavia completata, infatti vi sono alcune fistole che per il loro decorso trasversale descritto da Goodsall - Salmon assumono un aspetto caratteristico.

Infatti esse si propagano nella semicirconferenza anteriore e posteriore del canale anale.

Le prime hanno nella maggioranza dei casi un decorso rettilineo che le fa sfociare in una porzione di cute perfettamente corrispondente alle cripte poste sullo stesso raggio.

Le seconde presentano gli orifici cutanei sulla semicirconferenza posteriore ed hanno un decorso curvilineo, giacché gli orifici primitivi non corrispondono alla zona di raggio con cui si presentano sulla cute.

La causa di questo differente comportamento e da ricercare negli ostacoli che il processo settico incontra nel raggiungere

la superficie cutanea, infatti dalla sua sede di origine (la cripta posteriore 67% dei casi), la diffusione della flogosi è ostacolata a livello della zona mediana dalla muscolatura longitudinale così da deviarne il decorso a destra o a sinistra o da ambedue i lati ed originare la cosiddetta fistola "a ferro di cavallo", che può decorre su piani differenti, quali lo spazio intersfinterico, pelvirettale o ischiorettale.

Vengono infine denominate "ad ali di pipistrello" quelle fistole a "ferro di cavallo" la cui sepsi, superata la linea trasversale dell'ano, si prolunga anteriormente o superiormente fino a raggiungere il piano degli elevatori.

#### **Trattamento delle fistole perianali**

La terapia delle fistole perianali è da quanto precedentemente esposto, necessariamente chirurgica e deve essere radicale ed accurata. L'obiettivo che ci si propone affrontando questa patologia è l'asportazione completa del tramite. La ferita residua deve essere sufficientemente ampia e detersa così da garantire la riepitizzazione e la completa guarigione.

Individuare l'orificio interno ed esterno è fin dall'inizio indispensabile al fine di raggiungere un risultato ottimale. Se vi è un problema sfinteriale che possa compromettere la continenza come afferma Arnous "è necessario che il chirurgo che non ha l'esperienza sufficiente, passi la mano ad un proctologo più allenato".

Il successo dell'intervento dipende quindi dalla radicalità completa, nel rispetto dell'integrità dell'apparato sfinteriale e dell'architettura del canale anale.

I metodi per reperire l'orificio interno sono molteplici. Si può utilizzare semplicemente aria o del colorante introdotti con

la siringa dall'orificio cutaneo, ma se l'orificio interno è parzialmente ostruito, questa metodica non è sufficiente.

Si esplorano allora delicatamente i recessi delle cripte con una sonda o uno specillo facendo attenzione a non arrecare ulteriori danni praticando false strade. Risolto questo primo fondamentale problema che deve sempre essere eseguito con il paziente anestetizzato, valutata la posizione e il tragitto della fistola, si programma il tipo di intervento o gli interventi necessari, giacché le fistole per quanto nosograficamente classificabili, sono simili ma mai uguali le une alle altre e si presentano con problemi tali da mettere a dura prova l'esperienza dell'operatore che assume un ruolo fondamentale.

Il tipo più frequente come abbiamo visto nella classificazione proposta da A. Parks è la fistola intersfinterica. Con un tragitto basso essa trova una facile soluzione nell'asportazione della porzione bassa dello sfintere interno contenente il tramite fistoloso, la fistulectomia così eseguita e radicale e la ferita lasciata sempre aperta riepitelizza in due tre settimane. Se il tragitto è alto ed a fondo cieco, il trattamento consiste nell'incisione dello sfintere interno fino al recesso ed è necessario in questo caso assicurare un drenaggio sufficiente, giacché una riepitelizzazione precoce potrebbe determinare una recidiva.

Se la fistola ha un tramite alto aperto nell'ampolla rettale è possibile praticare la fistulotomia. In questo tipo vi è la possibilità che il tramite attraversi lo sfintere esterno e risalga verso l'alto; l'operatore per non essere ingannato sulla reale posizione del tramite può individuare il tragitto posizionando lo specillo e delicatamente dirigersi verso il cul di sacco posto più a monte. Se la manovra crea dei dubbi, introdotto lo strumento, si può valutare il

tipo di parete muscolare attraversata servendosi della punta di un elettromiografo. I tessuti posti lateralmente ai tramiti fistolosi daranno una risposta contrattile se si tratta di muscolatura striata e quindi di fistola sicuramente intersfinterica; la risposta invece sarà nulla in caso di fistola extrasfinterica giacché l'elettrodo posto a contatto con il tessuto adiposo rimarrà inerte.

Le fistole con tragitto alto senza apertura sulla cute perineale necessitano di una ampia fistulectomia seguita da un'incisione dello sfintere interno così da drenare all'esterno il primitivo ascesso, anche se nella sua porzione bassa la loggia intersfinterica appare indenne. Questo tipo di fistole sono infatti la fase acuta ascessualizzata di fistole intersfinteriche.

In caso di una fistola intersfinterica con apertura sulla parete rettale il trattamento consiste in un ampio drenaggio nel retto con fistulotomia lungo tutto il decorso nel canale anale.

Ultima varietà di fistole intersfinteriche sono quelle secondarie a malattie pelviche dove è necessario il trattamento della patologia di base ed il semplice courage del tramite fistoloso.

Nella classificazione di A. Parks le fistole transfinteriche sono al secondo posto in ordine di frequenza.

Se il tramite attraversa la porzione bassa dello sfintere esterno e sufficiente la fistulectomia, incidendo lo sfintere interno e la porzione sottocutanea dello sfintere esterno interessato.

Se il tramite fistoloso attraversa il muscolo nella sua porzione profonda è necessario porre il setone di drenaggio nella porzione di sfintere interessato, e sezionare le fibre dello sfintere interno con la porzione sottocutanea dello sfintere esterno.

Le fistole transfinteriche con un cul di

sacco alto sono tra le più pericolose e complicate da trattare, infatti un'errata manovra chirurgica può aprire un orificio secondario nel retto, trasformandole in fistole extrasfinteriche o il mancato riconoscimento del piano muscolare alto, potrebbe produrre una grave incontinenza fecale. Chiarito ciò è necessario con una ampia incisione cutanea drenare il profondo cul di sacco ed isolare repertando con il setone la porzione alta dei muscoli così da stimolare la fibrosi. Spesso infatti è necessario un secondo intervento allorché accertata la formazione di un discreto tessuto fibrotico si possano sezionare le fibre muscolari residue. A questo proposito ci sentiamo di suggerire la metodica di Arnoux, che reperta e seziona lentamente le fibre muscolari stringendo progressivamente attorno ad esse dei comuni elastici.

Le fistole soprasfinteriche sono le più complesse e lunghe nel tempo da trattare, esse necessitano sempre di adeguato ed ampio drenaggio, l'apposizione nel tramite fistoloso del setone che va sostituito più volte finché non si è certi che grazie alla fibrosi reattiva l'incisione del muscolo non determini la temuta incontinenza. Occasionalmente questa manovra non è necessaria e si può così ottenere un ottimo risultato preservando completamente lo sfintere. Anche in questo tipo di fistole la tecnica proposta da Arnoux si dimostra di grande utilità.

Per le soprasfinteriche con recesso alto si adotta la medesima tecnica delle precedenti, esse sono spesso bilaterali per cui è richiesto un drenaggio altrettanto ampio nella zona di cute perineale corrispondente.

Il trattamento della fistola extrasfinterica va considerato tenendo presente la loro svariata patogenesi. Le fistole extra-

sfinteriche causate dalla sepsi delle ghiandole anali nello spazio intersfinterico, si formano a causa della pressione esistente nell'ampolla rettale. Il sottile spessore che li separa, lacerandosi mette così in comunicazione la zona intersfinterica con l'ampolla rettale. Se la flogosi si propaga oltre lo sfintere esterno, il tessuto ischiatico e la cavità rettale attraverso il piano degli elevatori comunicheranno fra di loro e avremo così le vere fistole extrasfinteriche. Il trattamento di queste gravi fistole consiste in un ampio drenaggio dello spazio ischio-rettale, nella chiusura dell'orificio con il retto utilizzando materiale non riassorbibile ed una colostomia temporanea. Se la fistola è secondaria a trauma si esegue una accurata pulizia della lesione con ampio drenaggio, chiusura della ferita traumatica e confezionamento di colostomia temporanea.

La presenza di malattie pelviche come il M. di Crohn o di un carcinoma, trovano indicazione nella proctectomia.

Gli ascessi causati da flogosi di organi pelvici richiedono la cura della malattia di base e la detersione del tramite.

Altro delicato argomento è il trattamento delle fistole a "ferro di cavallo". Nell'intervenire chirurgicamente si deve infatti tener conto dei rapporti che esse contraggono con l'apparato sfinteriale.

Se l'origine endoanale del tramite fistoloso, quasi sempre posteriore ha interessato solo lo sfintere interno, la fistolectomia e l'ampio drenaggio sono sufficienti, se ha interessato l'apparato sfinterico esterno si rende necessario l'uso del setone o mediante la tecnica di Arnoux la lenta sezione di muscoli.

L'esposizione fin qui fatta pone in risalto come il problema delle fistole anali, la classificazione e il loro trattamento siano affidate più che ad un rigido schematismo,

all'esperienza, alla prudenza e alla competenza dell'operatore.

L'eccessiva prudenza non risolve, ma allunga se non a volte aggrava la malattia, così da rendere sempre più ardua per il chirurgo, dolorosa e sconcertante per il paziente, la guarigione.

Le fistole si presentano nelle forme più svariate, l'esecuzione e la risoluzione di ognuna di esse arricchiscono l'esperienza dell'operatore, che deve avvalersi di una buona conoscenza anatomica e della problematica che questa patologia presenta.

Le varie scuole chirurgiche hanno a volte una loro tattica operatoria differente l'una dall'altra, ma in esse è presente un dato comune: la salvaguardia di una funzione, quella sfinteriale che più di tutto preme preservare e la guarigione della malattia, la quale, afferma Arnous non è mortale, ma determina in chi ne è affetto disagio e sofferenza.

Considerando come al giorno d'oggi sia importante la piena validità di un individuo inserito nel tessuto sociale e quanto sia importante la sua "valetudo", la tera-

pia della fistola anale, deve essere presa in seria considerazione e mai sottovalutata.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 - Arnous J., Parnaud E., Toupet A. - *Chirurgie anale* - Librairie Maloine S.A. Editeur, 1970.
- 2 - Dodi G. - *Colonproctologia ambulatoriale* - Piccin Editore Padova 17: 315, 1986.
- 3 - Eisenhammer S.A. - *A new approach to the anorectal fistulous abscess on the high intramuscular lesion* - Surg. Gynecol. Obstet., 106: 595, 1958.
- 4 - Goligher J.C. - *Surgery of the anus, rectum and colon* - Bailliere Tindall London 1984.
- 5 - Gordon P.H. - *Management of fistula in ano* - Annals of the Royal College of Surgeons of England, 10, 1983.
- 6 - Hardcastle J.D. - *The classification of fistula in ano* - Annals of the Royal College of Surgeons of England, 7, 1983.
- 7 - Nicholls J. - Glass R. - *Coloproctology* - Springer, Verlag Berlin Heidelberg, 1985.
- 8 - Rosa G., Rossi C., Gagni G., Sannini I. - *Fistole anali-attuali orientamenti di terapia chirurgica* - Piccin Editore Padova, 1979.
- 9 - Sarles J.CI., Copé R. - *Proctologie* - Masson Ed., 1990.