

LO SPECCHIO DELLA SALUTE

a cura di Sandro Spinsanti

Una cisti molto dolorosa

Una nuova cura chirurgica, radicale, per evitare le ricadute.

Tra le patologie di cui si sente parlare poco, sebbene siano piuttosto frequenti e alquanto fastidiose, una menzione particolare merita la cisti pilonidale (dal latino *nidus pili*, per il suo caratteristico aspetto di groviglio di peli). Si tratta di una patologia che colpisce la regione sacrococcigea (da cui il nome, forse più conosciuto, di cisti sacrococcigea) e di cui ci si accorge solo quando si manifesta la sua complicazione suppurativa: la fistola cutanea. In questo caso il paziente interpella il curante perché dalla fistola fuoriesce una secrezione a base di

materiale giallastro o purulento. Si evidenzia allora una lesione della cute, il più delle volte a livello del solco che separa i glutei, circondata da cute tesa e dolente.

La raccolta purulenta tende a vuotarsi spontaneamente attraverso la cute. Se questo non accade è il medico che deve procedere all'incisione. Dopo lo svuotamento il dolore regredisce con gli altri segni d'infiammazione acuta, ma l'infezione è a volte cronicizzata e piuttosto frequenti sono le recidive di carattere acuto, per cui si formano nuovi ascessi e nuove fistole.

La malattia colpisce di preferenza, ma non esclusivamente, il sesso maschile, si manifesta raramente prima della pubertà e predilige l'età compresa fra i venti e i trent'anni. La causa non è certa: attualmente si pone l'ipotesi di un'origine congenita (legata alla persistenza anomala di cellule formatesi durante lo sviluppo embrionale) oppure acquisita (le fistole deriverebbero dal-



la penetrazione di peli nel sottocutaneo con successiva infezione).

Da alcuni anni c'è una particolare metodica chiusa che garantisce rapidità di guarigione e ottimo livello di radicalità, asportando in modo completo tutti i tessuti infiammati oltre alle fistole e alle cisti e a una parte di tessuto sano, spingendosi fino alla fascia sacrale. In questo modo tutti i tessuti patologici vengono sicuramente asportati in blocco, anche se con maggiore sacrificio di materiale cutaneo e sottocutaneo. Poiché non sarebbe possibile chiudere la ferita direttamente perché troppo estesa, è prevista la rotazione di un lembo cutaneo dal vicino gluteo. Tutti gli interventi sono eseguibili in anestesia locale e in regime di day-hospital, senza permanenza notturna in ospedale. Tutti i pa-

zienti sino a oggi trattati con questa metodica non hanno presentato recidiva e la guarigione completa della ferita è stata ottenuta in un tempo massimo di 15 giorni, riducendo in modo eccezionale i tempi di riabilitazione.

Massimo Mongardini
Chirurgo generale e d'urgenza
Policlinico Umberto I - Roma

DOVE & COME

Malattia rara e grave

Chi è colpito da una malattia rara e grave, come l'ipertensione arteriosa polmonare, va incontro a serie difficoltà. Non si tratta solo delle conseguenze, pure gravose, della malattia in sé. Molteplici svantaggi derivano anche dalla scarsa considerazione in cui vengono tenute quelle malattie, che non incoraggiano investimenti nella ricerca da parte di case farmaceutiche né inducono, nelle istituzioni, la mobilitazione che si riscontra per le patologie ad ampia diffusione. Per questo è ancora più importante ricordare e sostenere associazioni come l'Amip (Associazione malati ipertensione polmonare). L'indirizzo è: Amip - Via Adolfo Apolloni 19 - 00189 Roma. Telefono 06/55.28.24.11.

PAROLE PER CAPIRE

La difficile scelta in chirurgia

Le cisti sacrococcigee costituiscono, in chirurgia, una tipica situazione in cui al chirurgo spettano decisioni non facili. Le soluzioni tradizionali non sono infatti esenti da problemi: il metodo aperto (caratterizzato dalla non sutura della ferita, che viene fatta guarire molto lentamente) comporta infatti lunghi tempi di guarigione e dolorose medicazioni, anche per più mesi. Chiudere la breccia per prima intenzio-

ne (metodo chiuso), suturando direttamente, può creare altri problemi: spesso la ferita chirurgica "tira" troppo e può riaprirsi. Anche asportare il minimo indispensabile non risolve sempre il problema: le recidive sono sempre in agguato. Né si ottengono certezze con il metodo semichiuso (blando accostamento della ferita con alcuni punti), che può dar luogo alle complicazioni di entrambe le metodiche.

RISPOSTE AI LETTORI

Dopo il tumore al seno...

■ Ho subito l'asportazione di entrambi i seni, per neoplasia. I linfonodi erano indenni, e non ho quindi fatto chemioterapia. Mi hanno tuttavia prescritto, dopo il secondo intervento, una cura con tamoxifene (terapia ormonale). A che scopo, visto che non ho più ghiandole mammarie?

Francesca O. - Sassari

La terapia ha un preciso significato. Il tamoxifene può infatti risultare importante nel bloccare eventuali micrometastasi particolarmente rispondenti allo stimolo estrogenico. Circa il rischio che la terapia estrogenica possa costituire un fattore di rischio per altri tumori, il discorso varia a seconda degli organi considerati: il rischio è praticamente nullo per l'ovaio, mentre è bene tenere sotto controllo l'endometrio uterino, che può subire uno stimolo di crescita (iperplasia) con susseguente rischio degenerativo.