



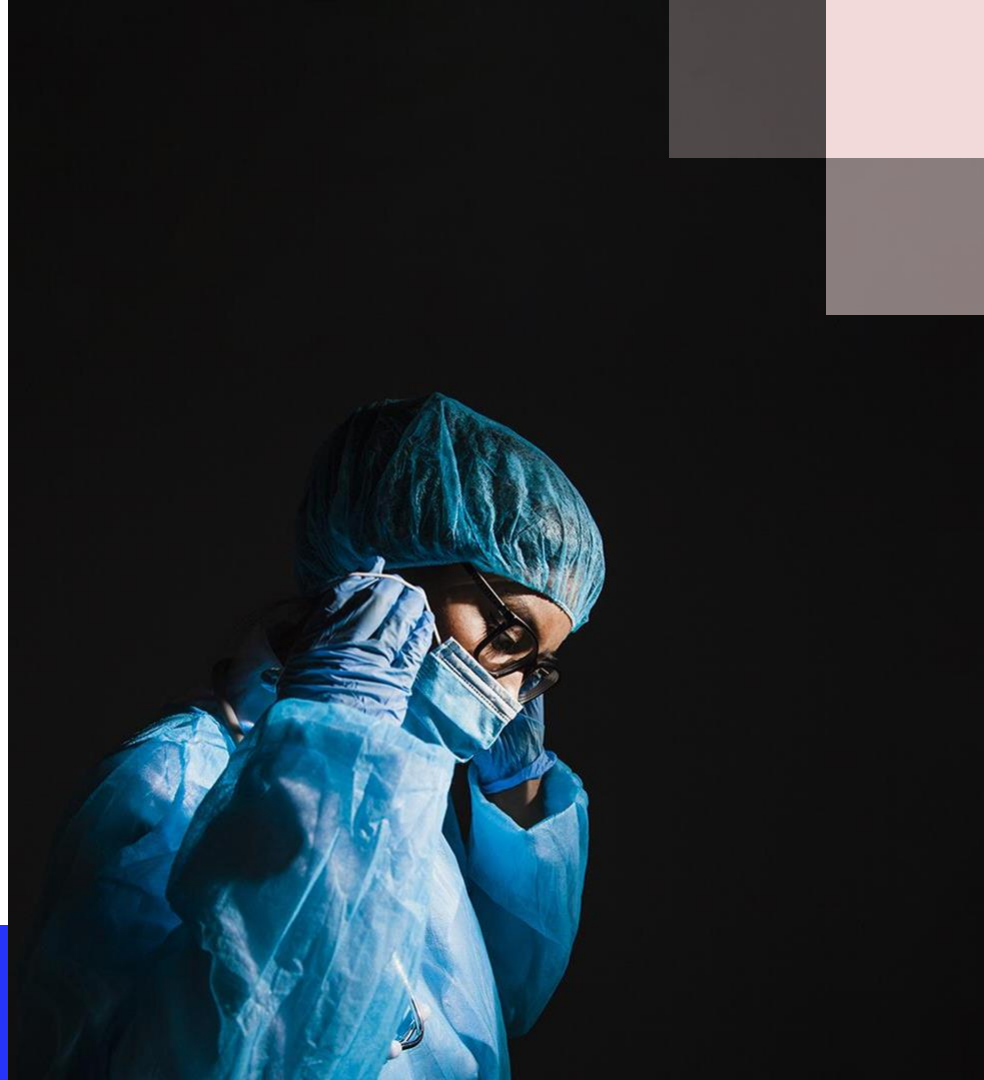
# Sinus Pilonidal

## Du diagnostic au traitement



Dr Y. HENNI

Chirurgien Clinique El Abrar –Oran-



# INTRODUCTION

-Maladie pilonidale ou kyste pilonidal : une infection aiguë ou chronique de la région sacrococcygienne.

-**Suppurations de la région anale**, peut être **confondue** avec une **fistule anale**, bien qu'elle **n'atteigne jamais le canal anal**.

-**On y trouve habituellement des poils dans la cavité kystique**.

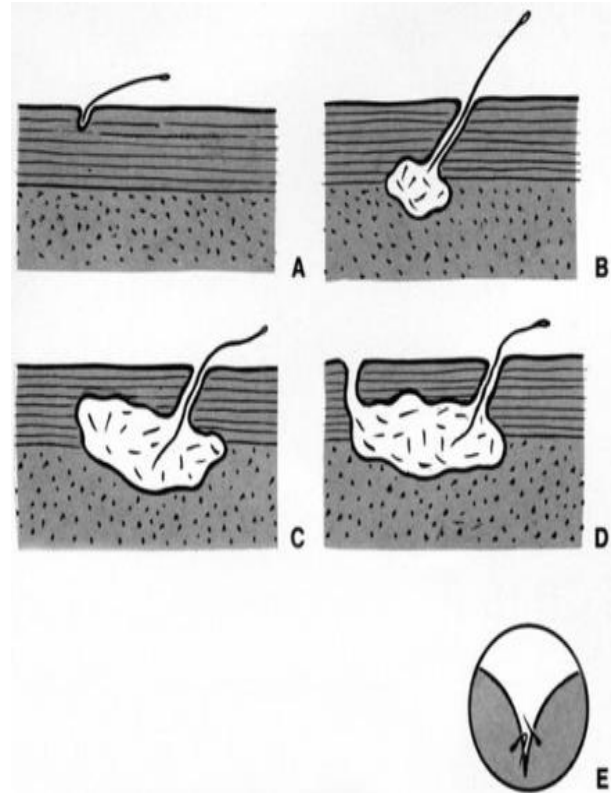
-**Affection de l'adolescent et de l'adulte jeune. rare après 40 ans ; essentiellement chez l'homme**.

-Elle se voit habituellement chez **les patients hirsutes** et **les différences raciales** que l'on a pu retrouver sont dues en fait aux **variations raciales de la quantité** et surtout de **la distribution des poils**.

- atteignant **1 % de la population masculine** et **0,1 % de la population féminine**.

# ETIOLOGIES

- A. Pénétration cutanée de l'extrémité d'un poil.
- B. Constitution d'une cavité dans le tissu cellulaire sous-cutané.
- C. La cavité sous-cutanée s'agrandit et contient de nombreux fragments de poils.
- D. Fistulisation secondaire de cette cavité.
- E. Le pli interfessier. Son angulation et sa profondeur sont responsables de l'agression cutanée par le poil.



# CLINIQUE

- Le diagnostic de kyste pilonidal repose sur l'identification d'un ou plusieurs orifices inflammatoires (ou fossettes) situés dans le sillon inter fessier
- Il est ainsi le plus souvent aisé de différencier le sinus pilonidal de la maladie de Verneuil (multiples trajets fistuleux), d'une fistule anale (en particulier lorsque le sinus pilonidal se dirige vers la marge anale se qui impose une anoscopie).
- **La forme aiguë** est retrouvée dans un peu plus de la moitié des cas : apparition plus ou moins rapide d'une tuméfaction douloureuse, rouge, chaude, siégeant dans le sillon inter fessier ou légèrement latéralisée; il peut y avoir évacuation spontanée du pus par les fossettes ou par un ou des orifices externes.
- **La forme chronique** succède à la phase aiguë ou peut survenir d'emblée: sécrétion purulente ou séro-purulente, indolore mais pouvant engendrer gênes et démangeaisons, s'évacuant par une fossette ou un orifice secondaire latéralisé

# TRAITEMENT

- De **très nombreuses modalités thérapeutiques** ont été proposées montrant à l'évidence **la fréquence des échecs et des récives.**
- **Anesthésie, installation :**
- **l'anesthésie générale**, mais **l'anesthésie locale est toujours possible, même pour des suppurations aiguës.**
- **L'installation** du malade est **capitale** ; il doit être à **plat ventre, cuisses écartées, fesses écartées.**
- **Si l'anesthésie locale** a été préférée, en cas **d'abcédation aiguë**, l'anesthésie doit être réalisée de façon **très périphérique** par rapport à **la zone inflammatoire**, de manière à **n'être pas douloureuse.**
- L'utilisation de **Xylocaïne® adrénalinée, tamponnée**, offre la possibilité de **traiter toute manifestation d'un kyste pilonidal de manière ambulatoire.**

# TRAITEMENT abcès aigu

Après incision linéaire de 2 à 3 cm de long ou excision d'une pastille cutanée, le pus est évacué et la cavité kystique est lavée et curetée soigneusement.

- L'hémostase, le méchage de la cavité
- Les antibiotiques sont tout à fait inutiles.
- des pansements fréquents,
- des rasages réguliers de la périphérie de la plaie : poursuivi pendant 6 mois
- délai de 4 à 8 semaines; guérison définitive dans 50 à 60 % des cas.
- augmenté si au simple drainage de l'abcès on associe le curetage soigneux de la cavité ; le taux de récurrence passerait alors à 10 %.



# TRAITEMENT des suppurations chroniques

- On est en présence **d'un ou plusieurs orifices primaires sur la ligne médiane postérieure dans le pli interfessier** et dont l'exploration montre l'intercommunication.
- Il peut exister **des orifices secondaires, latéraux**, témoins de **suppurations aiguës ou chroniques**, qui correspondent **toujours avec un orifice médian**.
- Les notions **d'installation, d'anesthésie, de rasage** sont **les mêmes** que pour les **suppurations aiguës**.
- **Après anesthésie**, qui sera **plus volontiers locale que générale**, l'exploration au **stylet** à partir **des orifices primaires et secondaires** permet de **rechercher** et de **délimiter la cavité principale** et l'existence éventuelle de **trajets secondaires**.

# TRAITEMENT des suppurations chroniques

- Excision en bloc du kyste pilonidal
- Elle peut se faire au **bistouri à main** ou au **bistouri électrique**.
- Elle **emporte toute la zone cutanée** où se trouvent les **orifices primaires** et les **éventuels orifices secondaires**, ne pénètre jamais l'**aponévrose sacrée postérieure**.
- L'**hémostase** est toujours **nécessaire** et doit être **soigneuse**.
- L'**exérèse** peut être le **seul geste chirurgical**
- Ou être suivie d'une **fermeture immédiate**



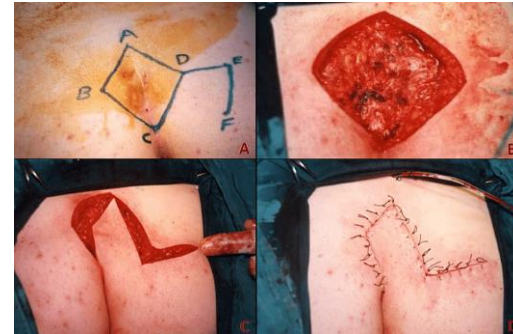


# TRAITEMENT des suppurations chroniques

- Plasties cutanees
- Pour faire disparaître les conditions anatomiques locales tenues pour responsables de l'apparition du kyste pilonidal, c'est-à-dire le pli interfessier, il a été proposé après extirpation du kyste de réaliser une fermeture par lambeau cutané selon divers types (LLL, W, rhomboïdal, plastie en Z) ; ces différents types de plasties cutanées auraient, pour leurs promoteurs, d'excellents résultats à long terme.



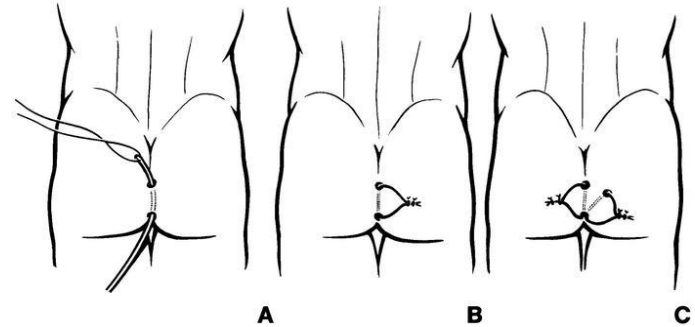
Figure 3: Z-plasty Incision Line After an Operation



# TRAITEMENT des suppurations chroniques

## Drainage filiforme par setons

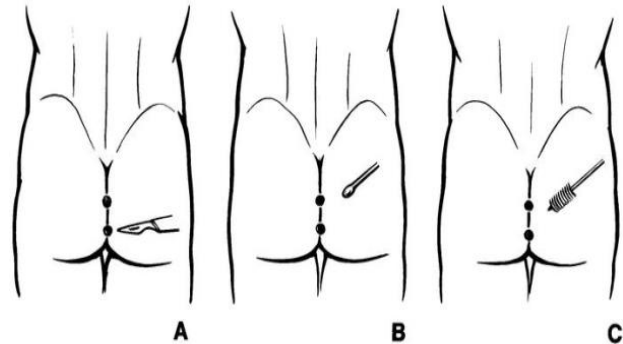
- C'est un lien élastique qui va permettre **la réduction de volume de la cavité kystique, sa superficialisation** et, éventuellement, **son épithélialisation** ;
- elle n'entraîne qu'une **gêne modérée** et **n'entrave aucunement l'activité**. Il est **laissé en place de 6 à 8 semaines**.
- Cette mise à plat est réalisée sous **anesthésie locale** avec **excision d'une tranche cutanée** de manière à **laisser la cavité largement ouverte**. Le **fond du kyste est cureté** ; l'**hémostase est réalisée**.
- **Peut nécessiter des curetages répétés du fond du kyste**.
- Cette technique **très utilisée** dans **certains pays anglo-saxons** a également l'**avantage** de **raccourcir la période de cicatrisation** et de s'accompagner d'un **faible taux de récurrence**.



# TRAITEMENT des suppurations chroniques

## Méthodes conservatrices : technique de Lord-Millard

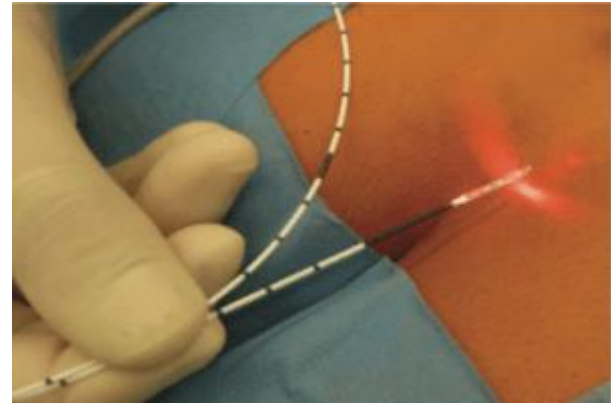
- le ou les orifices cutanés sont agrandis par excision d'une collerette de peau. Puis la cavité est curetée et éventuellement brossée pour évacuer totalement tous les débris et tous les poils, et les orifices sont laissés largement ouverts.
- La cicatrisation en 3 ou 4 semaines et le taux de récurrence évalué à environ 10 %.
- A cette technique de curetage et de brossage.
  - peut adjoindre une phénolisation d'acide phéniqué, ce qui rend le curetage ultérieur plus efficace.
  - Le temps de guérison est là aussi de 3 à 6 semaines et le risque de récurrence aux alentours de 10 % la 1<sup>ère</sup> année mais elle augmente à 20 % la 2<sup>e</sup> année.



# TRAITEMENT des suppurations chroniques

## LE LASER OU SILAT :

- nouvelle technique mini-invasive pour le traitement du sinus pilonidal infecté.
- Il consiste à obturer le sinus par une application radiale sur 360° d'une énergie laser.
- La cicatrisation est rapide, autour d'un mois et le taux de guérison à un an supérieur à 80 %.
- très bien toléré et réalisé en ambulatoire, les suites postopératoires sont simples et peu ou pas douloureuses.
- La seule précaution d'utilisation est de s'assurer de l'absence d'abcès aigu qui nécessiterait une incision de drainage au préalable.
- Cette technique peut être proposée à tout type de sinus pilonidal infecté et même en cas de récurrence après une chirurgie antérieure ou d'échec d'un premier traitement laser.



# TRAITEMENT des suppurations chroniques

## Choix du procédé opératoire :

- Il faut rappeler qu'il s'agit d'une **collection suppurée toujours située dans le tissu cellulaire sous-cutané** et que **les buts du traitement** doivent être :
- **l'efficacité avec le moins de récurrence possible avec le traitement le moins invalidant possible ;**

C'est pour cela que la préférence va à :

- **l'usage extensif de l'anesthésie locale,**
- **la mise à plat d'emblée pour l'abcès aigu avec curetage du fond de la cavité,**
- **et, dans les fistules chroniques, à la mise à plat secondaire après drainage filiforme.**
- **Les procédés de plastie sont probablement efficaces, mais entre des mains très expérimentées en chirurgie plastique et réparatrice, alors que le kyste sacrococcygien peut être traité utilement, et avec sécurité, par le chirurgien généraliste.**

**Merci pour votre attention**