

# Stratégie de prise en charge et de suivi du sinus pilonidal sacrococcygien

## Healthcare strategies and monitoring for sacrococcygeal pilonidal sinus

A. Senéjoux

© Springer-Verlag 2009

**Résumé** Le sinus pilonidal est une affection fréquente chez le sujet jeune. Il n'existe actuellement pas de consensus sur le traitement chirurgical de cette pathologie. À l'hôpital Léopold-Bellan, comme dans de nombreux centres en France, nous préférons l'excision « à ciel ouvert », suivie d'une cicatrisation dirigée attentivement surveillée afin de limiter les récurrences.

**Mots clés** Sinus pilonidal · Excision *lay open* · Cicatrisation

**Abstract** Pilonidal sinus is a frequent pathology in young people. No consensus has been made for the surgical treatment of this disease. At the Leopold-Bellan hospital, as in many centers in France, we prefer lay open excision followed by controlled healing which is carefully monitored to limit recurrences.

**Keywords** Pilonidal sinus · Lay open excision · Healing

### Introduction

Le sinus pilonidal se localise avant tout au niveau sacrococcygien (Fig. 1), les autres localisations restant plutôt anecdotiques (localisation périnéale antérieure, sillons interdigitaux chez les coiffeurs, localisation thoracique chez les tondeurs de moutons, etc.). La physiopathologie de la maladie pilonidale est discutée, mais la théorie d'une affection acquise prévaut à l'heure actuelle : l'accumulation de poils libres au niveau de fossettes du sillon interfessier entraîne une inflammation et une réaction à corps étranger, source de la suppuration [1]. C'est une affection fréquente chez l'adulte jeune, les facteurs de risque associés à cette pathologie sont, outre un âge jeune, le sexe masculin, une forte pilosité et la surcharge pondérale. Dix-huit mille

interventions chirurgicales sont réalisées, en France, chaque année pour cette pathologie selon les données du PMSI. Seules les formes symptomatiques doivent être traitées. En effet, il est fréquent de découvrir fortuitement, à l'examen clinique, des fossettes au niveau du sillon interfessier, mais l'histoire de la maladie n'est pas connue, et aucune donnée n'existe sur le taux de surinfection de ces lésions qui n'est pas constant et rare après 40 ans. La maladie pilonidale peut se manifester, de façon aiguë, par un abcès douloureux du sillon interfessier ou, de façon chronique, par un écoulement purulent et des douleurs intermittentes de la région.

Il n'existe pas actuellement de consensus concernant la prise en charge thérapeutique de cette affection. De très nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites [2] (Tableau 1), certaines sont peu diffusées en France. Le but du traitement du sinus pilonidal est de supprimer la suppuration et d'éviter les récurrences en conciliant, si possible, ce traitement aux activités professionnelles ou scolaires des patients.

L'objet de cet article est la stratégie de prise en charge du sinus pilonidal dans l'unité de proctologie de l'hôpital Léopold-Bellan.



**Fig. 1** Sinus pilonidal

A. Senéjoux (✉)  
Hôpital Léopold-Bellan, 19-21, rue Vercingétorix,  
F-75014 Paris, France  
e-mail : agnes.senejoux@bellan.fr

**Tableau 1** Principales techniques proposées pour le traitement du sinus pilonidal

Excision lay open	Excision fermeture	Techniques conservatrices
Sans marsupialisation	Avec fermeture médiane	Curetage du trajet avec ou sans excision des fossettes
Avec marsupialisation	Exérèses asymétriques avec fermeture paramédiane (techniques de Karydakis, de Bascom)	Phénolisation Cryothérapie
	Avec plastie par lambeau de recouvrement	Encollage

### Quelle conduite à tenir en phase d'abcès ?

À la phase d'abcès, le but du traitement est de soulager rapidement le patient. L'antibiothérapie ne peut, à elle seule, suffire, elle est néanmoins utile chez les malades immunodéprimés. Une incision en urgence est indiquée, le plus souvent elle peut être réalisée en consultation, après anesthésie locale de la peau. Si ce geste soulage souvent, à lui seul, le malade, une récurrence est fréquente, estimée à 50 % des cas environ ce dont le patient doit être informé. L'incision en phase d'abcès permet de programmer l'intervention chirurgicale radicale à froid et, bien souvent, de limiter la taille de la plaie opératoire.

### Quelle intervention chirurgicale privilégier ?

Notre préférence va à l'excision *lay open*. Pour conforter ce point de vue, notons que deux tiers des sinus pilonidaux sont opérés de cette façon en France, selon les statistiques du PMSI. Les essais randomisés comparant la technique ouverte à la technique fermée ne montrent pas de différence en termes de douleur postopératoire entre les deux techniques [3]. La morbidité des techniques fermées est supérieure (infections, séromes, hématomes), leur délai de cicatrisation moindre mais leur taux de récurrence plus important [3]. D'un point de vue esthétique, certaines plasties peuvent être discutables (toutes celles visant, notamment, à transposer le sillon interfessier), alors qu'après excision *lay open*, la cicatrice est le plus souvent discrète, peu visible dans le sillon interfessier.

L'intervention chirurgicale a lieu le plus souvent sous rachianesthésie, en décubitus ventral, les hanches du patient étant surélevées à l'aide d'un billot.

L'exérèse est guidée par l'injection de colorant au niveau du ou des orifices suppurants. L'incision débute à 2 cm de la fossette la plus basse, la dissection se poursuit au bistouri électrique, en pentes douces jusqu'à l'aponévrose sacrée qui doit être respectée. Le choix du bistouri électrique est conforté par un essai randomisé récent, démontrant sa supériorité par rapport au bistouri à lame en termes de durée de l'intervention et de douleur postopératoire [3]. Toutes les fossettes doivent être emportées, vers le haut l'exérèse se prolonge jusqu'à 1 ou 2 cm au-dessus de la fossette la plus



**Fig. 2** Excision *lay open*, aspect des berges de la plaie en pente douce

haute. Une attention toute particulière est donnée à l'inclinaison des berges de la plaie qui ne doit pas être abrupte de façon à permettre une bonne cicatrisation (Fig. 2).

La durée d'hospitalisation est de 24 à 48 heures. Un arrêt de travail est nécessaire, sa durée peut varier selon l'activité du patient et la taille du sinus pilonidal, en moyenne trois à quatre semaines.

### Quels sont les soins postopératoires ?

Des soins infirmiers sont nécessaires quotidiennement au départ, puis ils peuvent être espacés tous les deux ou trois jours lorsque l'on utilise certains pansements modernes. La plaie est rincée à l'eau claire (à la douchette), les antiseptiques ne sont pas nécessaires, une toilette à l'eau savonneuse est suffisante. Un rasage des bords de la plaie est réalisé régulièrement. Cette attitude est confortée par un travail émanant d'une équipe suédoise [4]. Selon les habitudes personnelles, les pansements sont réalisés à la phase de détersion et de bourgeonnement avec des alginate, des hydrofibres ou du tulle gras. En cas d'infection de la plaie, le recours aux pansements à l'argent pendant sept à dix jours permet de reprendre une cicatrisation satisfaisante. À la phase d'épithélialisation, une plaque hydrocellulaire peut être appliquée. En cas de bourgeonnement excessif, un nitratage des plaies est réalisé. Enfin, lors de l'étape d'épidermisation, en fin de cicatrisation, un hydrocolloïde peut être prescrit, mais souvent une simple application de crème Biafine® est préconisée. L'utilisation de pansements hydrocolloïdes semble

diminuer la douleur et améliorer le confort postopératoire [5]. Le coût des nouveaux pansements ne paraît, cependant, pas contrebalancer la fréquence moindre des pansements nécessaires avec ce type de dispositif [6] qui ne raccourcit pas le délai de cicatrisation variant de deux à trois mois.

La plaie opératoire doit être surveillée toutes les deux à trois semaines afin de dépister un accolement des plaies en surface pouvant être pris à tort pour une cicatrisation de qualité, alors qu'en profondeur persiste une plaie persistante source de récurrence. Ces accolements doivent être prévenus par l'écartement des plaies lors des soins infirmiers ; ils peuvent être traités en consultation sous anesthésie locale par une réouverture en surface de la plaie aux ciseaux ou au bistouri électrique.

Il est important de suivre le patient jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

### Que faire en cas de récurrence ?

En cas de récurrence, nous choisissons à nouveau l'excision *lay open* qui offre le risque le plus faible de récurrences (4 %).

Afin de limiter les récurrences, chez les malades à forte pilosité, une dépilation du sillon interfessier pendant une durée de six mois à un an est conseillée en l'absence toutefois de donnée factuelle validant cette attitude.

### Références

1. Karydakis GE (1992) Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 62:385–389
2. Lee PJ, Raniga S, Biyani DK, et al (2008) Sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Dis* 10:639–650 (Discussion 651–652)
3. Duxbury MS, Blake SM, Dashfield A, et al (2003) A randomised trial of knife versus diathermy in pilonidal disease. *Ann R Coll Surg Engl* 85:405–407
4. al-Hassan HK, Francis IM, Neglen P (1990) Primary closure or secondary granulation after excision of pilonidal sinus? *Acta Chir Scand* 156:695–699
5. Viciano V, Castera JE, Medrano J, et al (2000) Effect of hydrocolloid dressings on healing by second intention after excision of pilonidal sinus. *Eur J Surg* 166:229–232
6. Ubbink DT, Vermeulen H, Goossens A, et al (2008) Occlusive versus gauze dressings for local wound care in surgical patients: a randomized clinical trial. *Arch Surg* 143:950–955