



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

L'analyse histologique du sinus pilonidal a-t-elle un intérêt ? Analyse rétrospective de 731 exérèses[☆]

G. Boulanger^a, E. Abet^{a,*}, A.G. Brau-Weber^a,
F. Leclair^b, F. Denimal^a, M.H. Jean^a, B. de Kerviler^a,
M. Comy^a

^a Service de chirurgie digestive, centre hospitalier départemental de Vendée, Les Oudairies, 85000 La-Roche-sur-Yon, France

^b Service d'anatomie et cytologie pathologiques, centre hospitalier départemental de Vendée, Les Oudairies, 85000 La-Roche-sur-Yon, France

MOTS CLÉS

Sinus pilonidal ;
Histologie ;
Récidive ;
Exérèse ;
Chirurgie

Résumé

Introduction. — Le sinus pilonidal (SP) est une pathologie fréquente. Son traitement consiste en une exérèse chirurgicale de celui-ci. De nombreux chirurgiens continuent à envoyer de manière systématique ce SP en analyse histologique. L'objectif de notre étude rétrospective a été d'évaluer l'intérêt de cette analyse histologique systématique.

Méthodes. — L'analyse rétrospective des patients opérés d'une exérèse de SP a été faite entre le 01 janvier 2006 et le 31 décembre 2014. Les critères d'évaluation étaient la présence d'une pathologie maligne sur la pièce opératoire, les marges de résection par rapport au temps de cicatrisation de la plaie et le taux de récurrence.

Résultats. — Sept cent trente et un patients ont été analysés. Il n'existait aucune lésion maligne. Pour 323 patients l'analyse histologique ne décrivait pas les marges de résection. Deux cent quatre-vingt-cinq patients avaient une résection complète et 38 étaient incomplètes. Vingt-quatre patients ont présenté une récurrence (7 %). Il n'existait pas de différence significative entre ceux ayant eu une résection complète et incomplète. La durée de cicatrisation était de 61 jours.

Conclusion. — Nous ne recommandons pas l'envoi de la pièce opératoire en analyse histologique de manière systématique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2017.10.013>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant. Les Oudairies 85000, La-Roche-sur-Yon, France.
Adresse e-mail : emeric.abet@chd-vendee.fr (E. Abet).

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.02.005>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pilonidal sinus;
Histology;
Recurrence;
Excision;
Surgery

Summary

Introduction. – The pilonidal sinus (SP) is a common pathology. The treatment is a surgical excision. Many surgeons continue to systematically send this SP in histological analysis. The objective of our retrospective study was to evaluate the interest of this systematic histological analysis.

Methods. – The retrospective analysis of patients undergoing surgery was performed between 1 January 2006 and 31 December 2014. The primary observation was the presence of a malignant disease on the surgical specimen. Secondary observations were the wound healing time and the rate of recurrence.

Results. – Seven hundred and thirty-one patients were analyzed. There was no malignant lesion. For 323 patients, the histological analysis did not describe the resection margins. Two hundred and eighty five patients had complete resection and 38 were incomplete. Twenty-four patients had recurrence (7%). There was no significant difference between those who had complete and incomplete resection. The healing time was 61 days.

Conclusion. – We do not recommend to send the surgical specimen in systematic histological analysis.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le sinus pilonidal (SP) est une affection fréquente des tissus sous-cutanés de la région sacrococcygienne et plus particulièrement du haut du sillon interfessier. Décrit dans les années 1830 [1], la forme aiguë ou abcédée est la plus fréquente avec l'existence d'une suppuration collectée, la forme chronique, plus rare, se manifeste par l'existence d'un écoulement douloureux intermittent par un ou plusieurs orifices fistuleux. Son incidence est estimée à 25/100 000, avec un pic entre l'âge de 15 à 40 ans [2]. Les facteurs de risques les plus fréquemment admis sont le sexe masculin (3/1), le type caucasien, un surpoids et une pilosité marquée [3].

Le traitement du SP symptomatique est préférentiellement l'exérèse chirurgicale, les techniques conservatrices (phénolisation) exposant à taux de récurrence trop élevée sont rarement proposées [4]. Dans la forme abcédée, un premier temps de drainage de la collection est souvent nécessaire avant l'exérèse. Dans un second temps, l'exérèse chirurgicale est réalisée pour prévenir la récurrence. Pour autant, même en cas d'exérèse du SP, il peut récidiver avec des taux très variables (de 3 à 20 %) en fonction des séries [5–7]. La prise en charge chirurgicale impose le plus souvent des soins postopératoires prolongés, 2 mois en moyenne [8], et un coût social non négligeable en termes d'hospitalisation, d'examen complémentaire et d'arrêt de travail.

L'analyse histologique montre une formation pseudo-kystique à bord granulomateux dans le tissu sous-cutané de la région sacrococcygienne, contenant des débris pilaires. Même en cas de SP typique, la majorité des chirurgiens envoie en analyse histologique la pièce opératoire, afin de ne pas méconnaître une lésion maligne, d'apprécier la qualité de la résection (complète ou non).

Le but de cette étude a été d'analyser l'intérêt de l'examen histologique systématique du SP pour l'incidence du diagnostic de lésions malignes et l'impact de la qualité de la résection sur la prise en charge du SP.

Patients et Méthodes

Patients

Du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2014, tous les patients pris en charge chirurgicalement dans notre centre et ayant bénéficiés d'une excision de SP ont été inclus rétrospectivement dans notre étude. Pour cela, nous avons extrait dans la base de données PMSI, les patients avec le code CCAM QBFA007 (excision de sinus périnéo-fessier). Le diagnostic préopératoire était clinique. Les patients avec une erreur de codage ont été exclus après relecture des dossiers, de même l'absence d'analyse histologique excluait les patients. Pour chaque patient, les données anthropométriques ont été recueillies : âge, sexe, poids (kg), taille (m) et IMC (kg/m²).

Concernant les données de l'analyse histologique, 3 critères ont été retenus : l'existence d'une lésion maligne, la taille (le plus grand diamètre de la résection) et la qualité de la résection (complète, incomplète ou non renseignée).

Les principales données de prise en charge ont été analysées : existence d'un drainage chirurgical préalable (1^{er} temps), le délai entre la prise en charge initiale et l'exérèse (2nd temps), la durée de suivi de cicatrisation après 2nd temps et la survenue d'une récurrence et son délai d'apparition.

Techniques opératoires

Les patients inclus ont tous été opérés par des chirurgiens digestifs seniors du service. Quand un premier temps chirurgical était réalisé, il consistait en un drainage chirurgical de l'abcès (mise à plat de la collection), effondrement des logettes et méchage. Lors de la consultation postopératoire, il était vérifié la présence ou non d'un pertuis au niveau du sillon interfessier. Si un pertuis existait alors, un deuxième temps était proposé (exérèse de SP). Le second temps consistait en l'exérèse proprement dite, complète, guidée ou non par l'injection d'un colorant vital type bleu patenté.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728723>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728723>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)