

## Le kyste pilonidal

**Le kyste pilonidal représente environ 15 % des suppurations périanales et 68 % des suppurations indépendantes de l'anorectum. Siégeant dans les tissus sous-cutanés du sillon interfessier, cette cavité infectée occupée par une touffe de poils communique avec la peau par un ou plusieurs orifices le plus souvent médians. Cliniquement, le tableau est tantôt aigu à type d'abcès, tantôt chronique sous la forme d'un écoulement persistant du sillon interfessier. Il représente à l'heure actuelle un défi chirurgical. L'échec du traitement et la récurrence de la maladie sont fréquents. Une gestion réussie dépend de l'adhésion à des principes chirurgicaux bien décrits basés sur la connaissance de la pathogenèse et la présentation du patient. S'il existe un consensus de la plupart des équipes sur l'exérèse complète du sinus pilonidal, des divergences demeurent entre adeptes de la cicatrisation dirigée et de la fermeture cutanée directe ou par plastie.**

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

*Mots clés* - chirurgie conservatrice ; cicatrisation ; exérèse large ; exérèse-suture ; kyste pilonidal

Valentina LA TORRE  
MD, PhD, PHC

Service de chirurgie générale,  
plastique et ambulatoire,  
Hôpital Cochin,  
27, rue du Faubourg Saint-  
Jacques, 75014 Paris, France

**Pilonidal cyst.** The pilonidal cyst represents around 15% of perianal suppurations and 68% of suppurations independent of the anus-rectum. Occurring in the sub-cutaneous tissues of the gluteal cleft, this infected cavity occupied by a tuft of hair communicates with the skin through one or several orifices, usually midline. Clinically, the condition is either acute with an abscess, or chronic in the form of a persistent discharge along the gluteal cleft. It remains a surgical challenge. The failure of the treatment and the recurrence of the disease are common. Successful management depends on the adherence to clearly defined surgical principles based on the knowledge of the pathogenesis and the presentation of the patient. While there is consensus among most teams regarding the complete excision of the pilonidal sinus, differences remain between those who favour second intention healing and others who advocate direct or surgical closure.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

*Keywords* - conservative surgery; excision-suture; pilonidal cyst; wide excision; wound healing

**L**e kyste ou sinus pilonidal correspond à une cavité pseudo kystique contenant des poils, localisée le plus souvent au niveau du sillon inter-fessier.

Étymologiquement le terme *pilonidal* est formé des racines latines *pilus* (poil) et *nidus* (nid).

En fait, ce terme a été utilisé pour la première fois en 1880 par Hodges pour désigner un kyste se formant au sein d'un follicule pileux [1].

Il se manifeste sous la forme de maladie pilonidale, infection aiguë ou chronique intéressant le plus souvent la région sacrococcygienne (d'où l'ancienne dénomination de kyste sacro-coccygien).

Sa bénignité contraste avec l'importance de sa morbidité, occasionnant des douleurs et une altération de la qualité de vie avec retentissement socio-professionnel et de son risque de récurrence.

À ce jour, il n'existe encore aucun traitement idéal, malgré la diversité des techniques proposées.

### Étiopathogénie

Il s'agit d'une affection fréquente, représentant le 15 % des suppurations de la région anopérinéale et 68 % des suppurations indépendantes de l'anus et du rectum [2].

Cette affection touche 7 000 personnes par an en France et elle concerne l'adolescent et l'adulte

jeune. Cette maladie a une prévalence masculine, atteignant 1 % de la population masculine et 0,1 % de la population féminine.

L'âge moyen de sa survenue se situe entre 19 et 29 ans [3]. Les différences raciales retrouvées correspondent en fait aux variations raciales de la quantité et de la distribution des poils [4], prédominant chez les sujets à peau blanche avec une pilosité importante et étant rare chez les sujets d'origine africaine et asiatique [5].

Il n'existe pas d'hypothèse étiopathogénie univoque concernant l'origine de cette pathologie mais deux théories sont discutées : la congénitale et l'acquise.

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
valentina.la-torre@aphp.fr  
(V. La Torre).

### Théorie congénitale

Le sinus résulterait d'anomalies de fermeture du tube neural au 5<sup>e</sup> mois de la vie fœtale entraînant l'apparition d'un sinus communiquant avec son origine par un trajet fistuleux ou ayant perdu toute communication avec l'extérieur. Des anomalies de formation du tissu sous-cutané dérivé des feuillettes neuroblastiques au niveau du rafe médian seraient à l'origine des fossettes coccygiennes.

Cette théorie apparaît aujourd'hui peu vraisemblable pour plusieurs arguments ; entre autres :

- les malformations neurologiques sont plus fréquentes dans la région lombaire ;
- aucun vestige cellulaire, embryologique ou ectodermique n'est habituellement mis en évidence dans les kystes pilonidaux ;
- cette théorie n'explique pas la présence des poils dans la cavité pilonidale ;
- l'exérèse complète de la lésion n'empêche pas la récurrence.

### Théorie acquise

Cette théorie, proposée par Patey et Scarff en 1946 [6] suggère que des poils libres, cassés pénètrent dans le tissu cellulaire sous-cutané suite à des microtraumatismes répétés (frottement du sillon interfessier). Ces poils migrent sous la peau, créant ainsi un trajet fistuleux qui part en profondeur, et s'étend le plus souvent vers le haut du sillon interfessier. Une fois prisonniers sous la peau dans ce trajet fistuleux, ces poils, dont l'extrémité se dirige vers la profondeur de la cavité, se comportent comme des corps étrangers et déclenchent une réaction inflammatoire.

Le granulome inflammatoire prend la forme d'un pseudokyste (sans paroi propre) [7]. Ce pseudokyste sous-cutané communique avec l'extérieur par un ou plusieurs orifices sur la ligne médiane ou, parfois, par des orifices secondaires

latéraux et correspondant à des extensions suppurées de la cavité primaire. Il peut rester peu inflammatoire et donc quasiment invisible ou aller jusqu'à s'infecter.

L'infection dans le pseudokyste peut aboutir à un abcès aigu et à la formation d'un orifice cutané fistuleux quand il se perce à la peau.

### Facteurs favorisants

Les facteurs favorisant le kyste pilonidal sont :

- l'obésité, la pilosité, la pression ;
- le manque d'hygiène ;
- les frottements répétés ;
- le sillon interfessier profond.

### Clinique

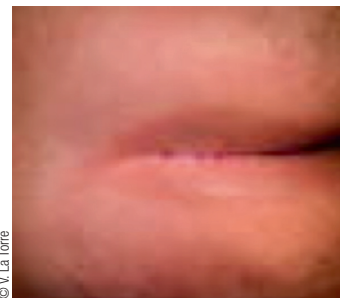
La maladie pilonidale peut se présenter sous forme asymptomatique dans 3,2 % des cas, se révéler sous la forme d'un abcès aigu dans 29,6 % ou se manifester sous la forme d'une suppuration chronique dans 67 % (8).

La forme asymptomatique est caractérisée par l'apparition d'un ou plusieurs pertuis ou fossettes non inflammatoires localisés au niveau du sillon interfessier à 4-8 cm au-dessus de la marge anale (figure 1). La suppuration aiguë se manifeste par l'apparition, en quelques jours, d'une tuméfaction inflammatoire et douloureuse, qui peut siéger sur la ligne médiane du pli interfessier ou sous forme d'extension latérale et toujours accompagnée par une ou plusieurs fossettes médianes.

La forme aiguë est inaugurale dans 45 à 50 % des cas (figure 2).

La collection sous-cutanée peut s'évacuer spontanément par un orifice secondaire de drainage avec soulagement partiel du malade.

Dans la forme chronique, l'examen clinique met en évidence une ou plusieurs fossettes médianes sur le pli interfessier par lesquelles s'écoulent des sérosités ou du pus. Des orifices secondaires et latéraux peuvent communiquer avec une des fossettes médianes. Une



© V. La Torre

Figure 1. Kyste pilonidal avec plusieurs fossettes.



© V. La Torre

Figure 2. Kyste pilonidal surinfecté.

suppuration chronique intermittente du pli interfessier peut se manifester soit d'emblée soit au décours d'une forme aiguë non traitée.

Dans 74 % des cas on retrouve des douleurs et dans 78 % un écoulement tandis que le saignement est plus rare.

L'exploration de ces trajets à l'aide d'un stylet met en évidence leur caractère extra-anal, même si dans 7 % des cas le kyste peut fuser en direction de l'anus sans jamais communiquer avec le canal anal.

Devant une récurrence après traitement, il peut s'agir soit d'une persistance de la maladie dans la première année, soit d'une nouvelle maladie pilonidale à plus long terme.

### Techniques opératoires

Le traitement du sinus pilonidal est essentiellement chirurgical, l'antibiothérapie ne se concevant qu'en prophylaxie péri-opératoire.

### Méthodes conservatrices

#### La mise à plat

L'indication chirurgicale de la mise à plat ne concerne que les sinus en phase d'abcédation aiguë.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8925868>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8925868>

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