
LE SINUS PILONIDAL

Le sinus ou kyste pilonidal est la manifestation d'une suppuration aiguë ou chronique en réaction à l'accumulation de poils ayant pénétré dans le derme .La localisation la plus fréquente concerne la région sacro-coccygienne (d'où l'ancienne dénomination de kyste sacro-coccygien) .



Figure : Sinus pilonidal.

PATHOGENIE

La zone de pénétration des poils libres se situe dans des « fossettes » du sillon inter fessier . Les poils migrent sous la peau, créant ainsi un trajet fistuleux le plus souvent médian et céphalique puis latéralement. Ces poils se comportent comme des corps étrangers et déclenchent une réaction inflammatoire à fin de les lyser et de les éliminer. Le granulome inflammatoire prend la forme d'un pseudokyste (sans paroi propre). Ce kyste sous cutané peut rester simplement inflammatoire jusqu'au jour où il s'infecte. L'évolution se fait alors soit vers l'abcédation aiguë, soit vers la fistulisation chronique à la peau.

La maladie pilonidale a été décrite sous le nom de « jeep disease » du fait de sa fréquence chez les jeunes soldats américains au cours de la deuxième mondiale et la guerre de Corée. Le pic de fréquence de cette maladie concerne l'adulte jeune, avec une nette prédominance masculine (75%). L'incidence globale dans la population générale est estimée à 26/100000.

Les facteurs prédisposant seraient la présence de « fossettes » congénitales dans le sillon inter fessier (constaté chez 1% des étudiants américains et 4,5% des soldats de l'armée turque, de façon asymptomatique), une pilosité ou duvet post-pubère (rôle d'un facteur hormonal sur les follicules pileux) et souvent des phénomènes de friction / macération (conducteurs d'engin).

PIEGES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic de kyste pilonidal repose sur l'identification d'un ou plusieurs orifices inflammatoires (ou fossettes) situés dans le sillon inter fessier (plus facile à examiner sur un patient en position genu pectorale et éventuellement après rasage).

Il est ainsi le plus souvent aisé de différencier le sinus pilonidal des autres causes fréquentes de suppuration locale telles que la maladie de Verneuil (multiples trajets fistuleux), une fistule anale (en particulier lorsque le sinus pilonidal se dirige vers la marge anale se qui impose une anoscopie)

Dans sa forme chronique, kystique, non fistulisée, et en l'absence de fossette inflammatoire, il faut savoir évoquer des tumeurs très rares d'origine vestigiale ou secondaires à une anomalie du tube neural. Un examen IRM du cône terminal et de la région sacro coccygienne précisera le diagnostic en cas de doute clinique.

La dégénérescence épidermoïde d'un kyste pilonidal, qui peut concerner toute suppuration chronique, est exceptionnelle.

ASPECTS CLINIQUES

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.

TRAITEMENTS

A la phase aiguë d'abcès : l'incision, le plus souvent en ambulatoire permet d'évacuer le pus, éventuellement de poser un drainage par séton mais ne réalise pas le traitement en soi de la maladie pilonidale car il y a plus de 50% de récurrence à court terme.

A la phase chronique, le traitement chirurgical du sinus pilonidal doit répondre à quatre niveaux d'exigence :

- Obtenir une guérison sans récurrence
- Grâce à un geste opératoire simple et reproductible
- Au prix d'une interruption minimale des activités scolaires, sportives ou professionnelles
- Avec à terme une cicatrice discrète et confortable

La multiplicité des techniques proposées traduit la difficulté de répondre à tous ces critères en même temps. En effet, l'éventail thérapeutique va du geste conservateur local à la l'exérèse avec lambeau de recouvrement en passant par l'excision lay open avec cicatrisation dirigée.

LES TRAITEMENTS CONSERVATEURS consistent à exciser les orifices d'entrée et à cureter et abraser les trajets fistuleux. Ces geste sont réalisés sous anesthésie locale, en ambulatoire avec suivi régulier en consultation pour réitérer le geste si besoin. La cicatrisation est obtenue en moyenne en six semaines. Le risque d'échec ou de récurrence varie de 5% à 20% selon les équipes.

LE TRAITEMENT PAR EXCISION LAY OPEN : c'est l'intervention la plus pratiquée en France. Son principe repose sur l'excision complète des fossettes inflammatoires et des trajets fistuleux en se limitant strictement aux tissus pathologiques. La plaie est ensuite laissée en cicatrisation dirigée sur une durée de six à huit semaines. Cette intervention est habituellement réalisée sous anesthésie générale en hospitalisation ambulatoire ou de très courte durée. Le principe d'une d'excision limitée, la réalisation d'incision de décharge sous les berges pour éviter toute mise en tension, l'utilisation de pansements non compressifs (hydrocolloïdes ou hydrofibres) et non adhésifs, ont amélioré le confort postopératoire des patients. La reprise des activités normales peut être envisagée après une à deux semaines. La contrainte des soins infirmiers et des consultations chirurgicales jusqu'à cicatrisation, doit être très bien expliquée au patient. C'est la garantie d'une cicatrisation complète, linéaire, dans le sillon inter fessier, un peu plus fibreuse mais s'assouplissant dans le temps avec un taux de récurrence estimé à moins de 5% dans ces conditions. Cette technique s'adapte à toutes les formes de présentation clinique de sinus pilonidal chronique.

LES TRAITEMENTS CHIRURGICAUX AVEC FERMETURE IMMEDIATE :

- La technique d'excision avec fermeture médiane d'emblée ne peut plus être recommandée car le risque de complication et d'échec est trop élevé.
- Les techniques d'excision avec fermeture paramédiane correspondent à deux types de plastie :

- d'une part les plasties visant à translater le sillon inter fessier : les fossettes sont excisées et éventuellement refermées et le sillon est décalé grâce à un décollement sous cutané à partir d'une contre-incision paramédiane (technique de Karidakis ou de Bascom)
- d'autre part les plasties avec fermeture dite asymétrique : la zone d'excision losangique du kyste est comblée par un lambeau découpé dans le derme fessier le plus souvent selon un schéma de chirurgie plastique en LLL. Les résultats de ces plasties sont très bons à condition qu'aucune extrémité des cicatrices ne se retrouve à l'emplacement du sillon médian. Ces interventions sont réalisables sur des sinus d'extension limitée et peu infectés. Leur avantage est celui d'une cicatrisation en deux semaines. Il faut cependant prévenir le patient de la modification esthétique liée à une raie des fesses brisée en Z et surtout de la gravité potentielle en cas de complication. En effet une complication septique ou ischémique précoce ou une récurrence à distance sous le lambeau rend cette pathologie bénigne initiale beaucoup plus compliquée à résoudre. Ces plasties trouvent leur meilleure indication dans le cas des sinus récidivés malgré une prise en charge initiale bien menée.

CONCLUSION

Le sinus pilonidal du sillon inter fessier est une pathologie assez fréquente et embarrassante de l'adulte jeune. Son traitement est chirurgical. La proposition thérapeutique doit être adaptée au sinus lui-même, en exposant les avantages et les contraintes des différents procédés. L'adhésion du patient à une surveillance très régulière est un élément majeur de guérison définitive.

Mise à jour : décembre 2008