

---

## SUITES OPERATOIRES DE LA MALADIE PILONIDALE

---

La maladie pilonidale se manifeste sous la forme d'une réaction inflammatoire ou infectieuse au niveau du sillon inter-fessier. Cette réaction est secondaire à la pénétration de poils dans des orifices situés sur le sillon lui-même et à leur migration sous la peau. Cette migration constitue des trajets dans le derme se ramifiant sous le sillon le plus souvent vers le haut et latéralement. Une tuméfaction rouge inflammatoire se constitue à la sortie du trajet. Celle-ci laisse tôt ou tard sourdre un liquide infecté de façon souvent intermittente, traduisant une suppuration chronique. L'infection peut être plus brutale et se manifester par un abcès.

Le traitement a deux objectifs : le premier est de supprimer cette inflammation ou suppuration ce qui nécessite l'excision des tissus inflammatoires et infectés au contact des poils qui se comportent comme des corps étrangers. Le deuxième est d'empêcher la réentrée des poils sous la peau et donc la rechute (récidive) par la destruction ou l'obturation du ou des orifices d'entrée.

### LE TRAITEMENT EST CHIRURGICAL

En cas d'abcès, l'incision en urgence sous anesthésie locale (ou mieux une petite excision elliptique), soulage immédiatement le patient. Après des soins locaux, le traitement chirurgical du sinus pilonidal est programmé à distance. Il est parfois possible d'exciser d'emblée la fossette d'entrée si elle est suffisamment proche, traitant ainsi la maladie et sa complication.

Le plus souvent, la maladie pilonidale s'exprime par une suppuration chronique.

L'intervention de référence est une excision de tous les tissus pathologiques depuis les orifices d'entrée jusqu'aux orifices de sortie. La plaie est laissée ouverte et des pansements réguliers permettent d'obtenir le comblement (bourgeonnement) et la couverture cutanée (épithélialisation) en 6 semaines à 4 mois. Il s'agit de "l'excision - lay open". La cicatrice est linéaire et fibreuse empêchant la réentrée des poils.

Les autres techniques opératoires sont plus complexes et visent à refermer la plaie d'emblée.

La fermeture directe, bord à bord, ne doit plus être pratiquée car le risque de lâchage et de récurrence est important.

Pour éviter une suture sous tension, on propose donc des interventions de reconstruction plastique. Leur but est d'aplanir et de modifier le sillon inter-fessier afin que la friction à la marche ou les phénomènes de macération ne permettent plus aux poils libres de migrer dans une seule direction que représente le creux médian inter-fessier.

On décrit deux procédés, chacun comportant des variantes :

Le premier consiste à exciser le sinus pilonidal et à le combler en faisant glisser ou tourner un lambeau de derme adjacent selon des règles de techniques de chirurgie plastique dites en Z, LLL ou VY.



Le deuxième procédé consiste à exciser les orifices d'entrée de façon asymétrique en se décalant du côté du trajet. Un décollement sous le derme permet de translater le sillon interfessier en suturant la plaie en paramédian (interventions de Karidakis et de Bascom).

## QUELLES SONT LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES DE L'INTERVENTION DE REFERENCE : L'EXCISION-LAY OPEN ?

Cette intervention avait la réputation d'être douloureuse. La douleur postopératoire était liée aux excisions très profondes pratiquées jusqu'à l'aponévrose en avant du coccyx et du sacrum, les mettant presque à nu. L'intervention était également souvent réalisée au moment de l'abcès, laissant place à une grande cavité.

Actuellement, l'origine de la maladie pilonidale étant reconnue comme un problème concernant le derme, l'excision est limitée aux tissus pathologiques, les trajets fistuleux étant repérés par des colorants (bleu de méthylène). Un décollement limité dans la graisse sous cutanée, au pourtour de la zone excisée, évite les sensations de tension douloureuses en postopératoire. mobiliser les berges de la plaie ce qui permet de limiter les phénomènes de tension sur la cicatrice.. De plus le contrôle très soigneux du saignement peropératoire permet d'éviter les pansements compressifs. Actuellement on dispose de mèches ou compresses ayant des propriétés hémostatiques (alginate de calcium) et adsorbantes (hydrocolloïde ou hydrofibre) qui n'adhèrent pas à la plaie ni au bourgeon de cicatrisation. L'ensemble de ces mesures limite la douleur postopératoire.

L'intervention peut être réalisée en ambulatoire ou au cours d'une hospitalisation de très courte durée, le premier pansement étant réalisé à la 24ème ou à la 48ème heure. Une prescription d'antalgiques *per os* suffit . Une antibiothérapie n'est pas justifiée.



**Figure** : Phase de bourgeonnement après excision d'un sinus pilonidal.

## COMMENT SE DERoule LA CICATRISATION DE LA PLAIE OPERATOIRE ?

La cicatrisation passe par trois phases. La première phase dite de détersion dure de huit à quinze jours. La durée de la deuxième phase dite de bourgeonnement dépend de la taille de la cavité et de l'absence de surinfection locale. La troisième phase dite d'épithélialisation correspond à la progression concentrique du revêtement épidermique.

Les pansements à base d'hydrofibres ou d'hydrocolloïdes sont renouvelés toutes les 24 ou les 48 heures selon la productivité de la plaie. Celle-ci est nettoyée au sérum physiologique, en évitant les antiseptiques qui risquent de sélectionner des germes en détruisant l'écosystème local. Ces pansements non douloureux autorisent une reprise d'activité dès la phase de bourgeonnement.

Le résultat doit être une cicatrice quasi linéaire, rosée puis blanchâtre, un peu plus fibreuse et résistante que le sillon d'origine, plane et régulière. Elle est en général obtenue entre la sixième semaine et le quatrième mois.

---

## QUELLE EST LA SURVEILLANCE MEDICALE DE LA CICATRISATION ?

L'accompagnement médical est la meilleure garantie d'un résultat définitif. En effet, le risque de récurrence est plus souvent le fait d'une cicatrisation incomplète que d'une véritable rechute sur un orifice d'entrée nouveau ou non repéré lors de l'intervention initiale. Il est nécessaire de bien expliquer au patient l'intérêt de cette contrainte dans la durée.

Une consultation tous les huit à quinze jours permet de corriger les complications : en cas d'infection, avec plaie souvent malodorante, on peut améliorer la détersion avec des pansements au charbon et aux ions argent, voire utiliser du sucre en poudre directement dans la cavité pendant quelques jours.

En cas de bourgeonnement excessif, on ralentit la cicatrisation avec des pansements contenant de la cortisone et/ou par des nitrages réguliers.

En cas de plaie atone, on peut stimuler la cicatrisation par des hydrogels. En cas d'épidermisation incomplète, on protège la plaie avec une plaque hydrocolloïde de façon prolongée.

Tout au long de la cicatrisation on procède à un rasage minutieux des berges de la plaie. Une consultation à distance, vérifie la qualité de la cicatrice. C'est dans ces conditions que le risque de récurrences peut être inférieur à 5%.

---

## QUELLE EST LA PLACE DES INTERVENTIONS AVEC FERMETURE D'EMBLEE ?

L'avantage évident des interventions de plastie du sillon inter-fessier est d'obtenir une cicatrisation en 15 jours. On peut cependant leur reprocher plusieurs inconvénients :

- La multiplicité des techniques montre qu'il n'y a pas de consensus sur un traitement idéal et reproductible ;
- La comparaison des différents résultats rapportés est difficile ;

- Les complications (10% des cas) (hématomes - infection - nécrose - désunion de cicatrice) transforment une pathologie simple en une situation complexe ;
- Le résultat esthétique est très inférieur à celui d'une cicatrisation dirigée. Ces interventions laissent une grande cicatrice en zig zag ou provoquent une déformation de la symétrie des fesses dont il faut prévenir le patient ;
- La survenue d'une récurrence sous une plastie est plus délabrante qu'après une intervention d'excision « lay open ».

Ces critiques doivent être pondérées par le fait qu'entre des mains rompues à une technique les résultats peuvent être très satisfaisants. L'analyse de l'ensemble des études effectuées sur ce sujet (1) permet de conclure d'une part que la cicatrisation est plus rapide après fermeture immédiate qu'après cicatrisation dirigée et d'autre part qu'en cas d'option chirurgicale avec fermeture d'emblée, la suture doit être en dehors de la ligne médiane pour une meilleure cicatrisation et pour diminuer le risque de récurrence.

Les interventions de plasties sont plutôt indiquées lorsque les trajets fistuleux sont courts et peu infectés et plus particulièrement en cas d'échec de cicatrisation ou de récurrence après une technique d'excision « lay-open ».

(1)McCalum IJD, King PM, Bruce J . Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. Brit Med J 2008;336:868-71

Mise à jour : décembre 2008