

Sinus pilonidal



Dr Christine Casa

Définitions

Suppuration aiguë ou chronique de la région sacrococcygienne

1833

Maladie pilonidale, sinus pilonidal

Eviter KSC.....!!!

Pilus=poil, nidus=nid



Epidémiologie

7000 patients / an

Adultes **jeunes** (2^{ème} décade)

Prédominance **masculine** (1% des H, 0,1% des F)

Peau blanche

Facteurs favorisants

Obésité

Pilosité

Manque hygiène

Frottements répétés

Hormones



Etiopathogénie

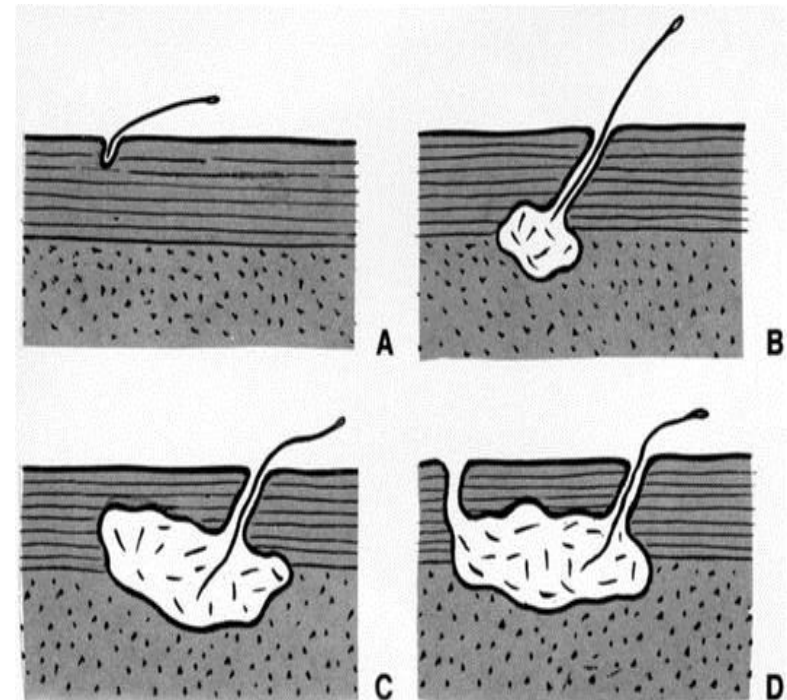
Théorie **congénitale**

- Fossettes : cicatrices embryologiques.
- Cavité : Défaut de coalescence du raphé médian.
- Reliquats embryonnaires

Théorie **acquise**

- Pénétration de poils dans l'épaisseur du pli interfessier.
- Mécanisme :
 - Pénétration cutanée de l'extrémité d'un poil.
 - Constitution d'une cavité sous cutanée.
 - Agrandissement de la cavité.
 - Fistulisation secondaire.

Mixte ?



Anatomopathologie

Cavité **pseudokystique** à bords granulomateux

Sous cutanée, dans le sillon interfessier

Poils libres **sans** follicules

4 à 8 cm > marge anale

1 ou plusieurs trajets

1 orifice primaire médian

+ ou – 1 ou plusieurs orifices latéraux IIaires

Clinique

Forme aiguë : **abcès** pilonidal

Inaugural (30 à 50 %)

Forme chronique : sinus **fistulisé** et récidivant

1 ou plusieurs **orifices** primaire et secondaires

Poussées

Asymptomatique (3,2 %)



Dg différentiels : Abcès de marge anale, abcès de fesse

Evolution

Jamais de guérison spontanée

Chirurgie **toujours !**

Techniques conservatrices

Mise à plat

En période **aigüe** uniquement

Incision 2-3 cm sous AG (ou AL)

Cicatrisation dirigée (soins IDE quotidiens)

Récidive > 50%

Impose un **2^{ème} temps** (> ou = 30 jours)



Techniques conservatrices (abandonnées)

Drainage filliforme



Lord Millard

Elargissement des orifices, curetage, plusieurs séances, AL

Exérèses (technique)

DL ou DV

Excision **large** (sinon 40% de récives)

Bleu de Méthylène

Jusqu'à l'aponévrose pré sacrée

AG (ou rachi)

Ambulatoire



Exérèses (et suture)

Suture directe > 30 % **échecs immédiats**

NON

Exérèses (et cicatrisation)

Cicatrisation dirigée (2 à 3 mois) ou **TPN** (en HAD)



Taux de récidence **faible** (5,3 % à 3ans, 3,4 % à 12 ans)

Cicatrice fine et souple
fragile pendant 1 an



Cicatrisation dirigée et soins

Pansement **quotidien**

Alginate au début, puis **hydrocellulaires**

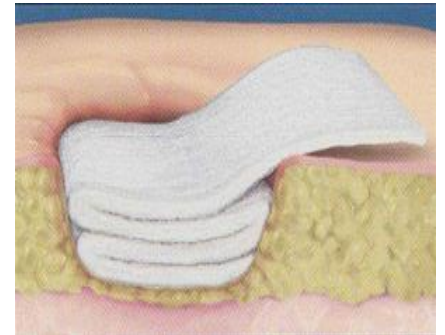
Les mèches doivent **dépasser largement**



Eviter pansements occlusifs (qui ne respirent pas)

Bien **écarter** les berges

Rasage régulier des berges



Cicatrisation de la **profondeur** à la superficie
et de l'**extérieur** vers l'intérieur

Suivi chir tous les **15-21 jours**

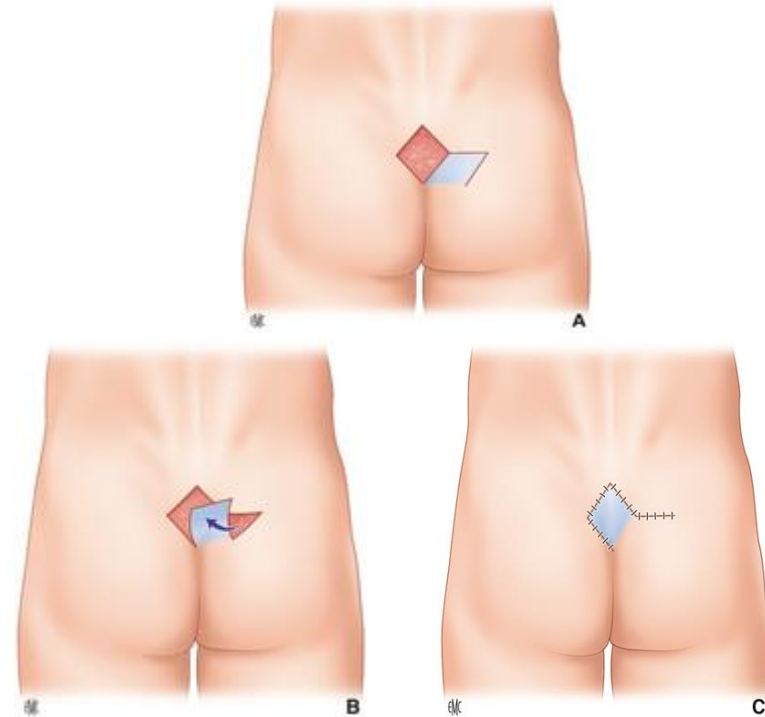
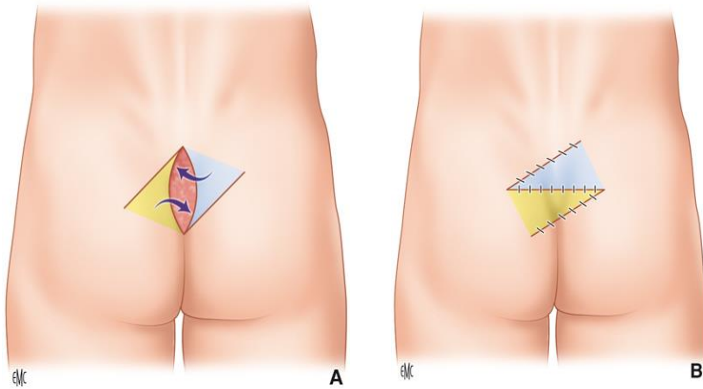


Exérèses et plasties

Fermeture par lambeaux cutanés de rotation

(plastie en Z, rhomboidal, VY....)

Privilégie une suture latérale



Drainage (= non ambu)

Cicatrisation en 10-15 jours

Résultats **idem**

Indications

Abcès

Incision et prévoir 2^{ème} temps

Chronique

Exérèse + Cicatrisation dirigée

TPN si très étendu ?

Plastie si RCD ?

Recommandations

Pas d'ATB

Arrêt d'activités **au moins 15 jours**

Eviter vêtements serrés (6 à 12 mois)

Pas de bains

Epilation (définitive ?)



Conclusions

Pathologie fréquente

Adulte jeune

Chirurgie **toujours**

Bénin mais récidivant

Cicatrisation longue

