

LE KYSTE PILONIDAL EN 5 QUESTIONS : EXCISION OU LASER (SILAT)

Par le Docteur Julienne à la Clinique Turin Paris 8ème

1) QU'EST-CE QU'UN KYSTE PILONIDAL ?

Lors de la formation embryonnaire, au bas de la colonne vertébrale, au niveau du sillon interfessier, de la peau s'est refermée sur elle-même, créant une poche ou sinus pilonidal ou kyste pilonidal ou kyste sacro-coccygien.

Le kyste situé sous la peau contient des poils avec leurs annexes pilosébacés qui secrètent du sébum. Ce sébum peut sortir à travers la peau par un petit trou de 1 à 2 millimètres de diamètre qui signe la présence du kyste sous-jacent et permet l'extériorisation des sécrétions. Le kyste peut également se rompre et se fistuliser à distance entraînant inflammation et infection.



Figure 1 KYSTE AVEC ORIFICE

2) EST-CE QUE C'EST GRAVE ?

Disons-le tout de suite, c'est une pathologie :

- Fréquente (20000 patients opérés en France chaque année)
- Bénigne (Il n'y a jamais de cancer sur les pièces d'ablation de kystes pilonidaux opérés).

La gravité relative est liée à l'infection possible quand l'évacuation des sécrétions du kyste par un orifice cutané ne se fait pas.

Il peut alors se produire un abcès voire une extériorisation spontanée du pus à quelques centimètres de l'orifice du kyste traduisant une fistule à distance.



Figure 2 Kyste infecté avec pus

3) COMMENT LE RECONNAITRE ?

A partir de l'adolescence, le plus souvent chez le garçon (3 fois sur 4).

En aucun cas, il ne s'agit d'un manque d'hygiène (question souvent posée).

Avant toute complication, il se traduit par une gêne, des douleurs, un gonflement intermittent au niveau du sillon interfessier voire l'extériorisation par l'orifice de sécrétions ou de poils.

L'examen du sillon interfessier retrouve strictement sur la ligne médiane l'orifice ou pertuis du kyste qui signe le diagnostic.

Au moment de l'infection, il s'agira d'un abcès, c'est-à-dire d'une tuméfaction rouge, chaude, douloureuse avec parfois de la fièvre survenue en 2, 3 jours qui va imposer une prise en charge chirurgicale en urgence.

Si l'évolution infectieuse a été plus lente, l'infection peut s'extérioriser à la peau par un orifice à distance traduisant une fistule.

Ces trois temps de l'évolution du kyste sont des indications opératoires. Idéalement, au stade de l'orifice simple sans manifestation infectieuse.

4) EN QUOI CONSISTE LE TRAITEMENT CHIRURGICAL : EXCISION OU LASER (SILAT) ?

C'est une chirurgie courte (une vingtaine de minutes), sous anesthésie générale et sous couverture antibiotiques à visée anti-staphylococcique.

L'EXCISION :

Elle va enlever en totalité le kyste en passant à distance du kyste en tissu sain.

Pour se faire, un marquage au carmin indigo injecté par l'orifice du kyste va le tatouer entièrement en bleu et permettre l'exérèse chirurgicale sans laisser de la paroi du kyste qui pourrait être à l'origine de récurrences. Le passage en profondeur va toujours jusqu'à l'aponévrose qui recouvre le sacrum. S'il existe une fistule, elle est marquée par le bleu qui a diffusé dans le kyste et est enlevée en même temps. L'intervention se termine par un méchage avec une mèche préférentiellement composée de fibres d'alginate de calcium pur.

Dans le cas d'un volumineux abcès, il peut être préférable dans un premier temps d'inciser simplement l'abcès pour ne pas faire d'exérèse trop importante et de pratiquer l'ablation du kyste 10 jours plus tard.

LE LASER OU SILAT :

A la différence de l'excision, la technique n'enlève pas le kyste mais en détruit la paroi. Par un ou plusieurs orifices cutanés de 5mm de diamètre, le chirurgien introduit successivement une curette pour enlever le matériel et les poils du kyste puis une fibre laser qui vient détruire la coque du kyste et provoquer une obturation de la cavité par un accolement des parois. Là encore pansement avec mèches d'alginate de calcium en regard du ou des petits orifices et pansement compressif.

LE CHOIX ENTRE EXCISION ET LASER :

- En cas d'excision, le taux de récurrence est inférieur à 5% si l'exérèse a été totale, ce qui est noté sur l'examen anatomopathologique de la pièce qui a été examinée et si le méchage a toujours été fait jusqu'au fond de la plaie.
- En cas de technique laser, la réelle légèreté des soins de suite est un peu contrebalancée par un taux de récurrence de 15 à 25% selon les études et quelques hématomes ou infections plus fréquents dans les suites.
- L'indication sera discutée avec le chirurgien lors de la consultation préopératoire. Il existe certaines contre-indications au laser comme une obésité, l'absence de fossette dans le sillon interfessier ou plusieurs orifices secondaires...

5) QUELS GÊNES, CONTRAINTES ET TRAITEMENTS POSTOPÉRATOIRES ?

- L'intervention sera faite en ambulatoire
- Une antibiothérapie de 2 jours après une excision ou de 8 jours si le kyste a été opéré au stade d'abcès ou avec la technique laser.
- Des antalgiques à la demande selon la gêne douloureuse.
- Un arrêt de travail de 7 jours après laser, ou 2 semaines voire 3 ou 4 après excision selon la largeur de l'exérèse et la profession exercée.
- Un méchage quotidien après nettoyage de la plaie au sérum physiologique fait par une infirmière près de son domicile ou de son lieu de travail. On peut compter quelques jours pour la technique laser et plutôt 8 semaines pour l'excision.
- La douche peut être prise si l'infirmière refait le pansement juste après ou mieux en utilisant des films collants étanches que l'on colle au-dessus du pansement le temps de la toilette.
- La cicatrisation complète avec épidermisation demande en moyenne 2 mois pour l'excision et l'inconfort de vie se limite en règle à 1 semaine pour le laser et aux 3 premières semaines pour l'excision.
- Aucune séquelle esthétique quel que soit la technique car la cicatrice est souvent peu large malgré l'étendue de la résection et située dans le sillon interfessier.

EN CONCLUSION :

Le kyste pilonidal est une affection fréquente, bénigne dont le traitement doit être fait idéalement au stade peu symptomatique du début avec un simple petit orifice dans le sillon interfessier qui en signe la présence.

L'exérèse peu large ou la technique laser permettent une cicatrisation rapide et un inconfort postopératoire discret et court.

Docteur Patrick JULIENNE
Clinique TURIN, PARIS 8^{ème}
Tel Secrétariat : 01.40.08.88.07

Vous pouvez consulter la vidéo suivante :

<https://www.youtube.com/watch?v=0sJpeNaoyBk&t=6s>