

**الجيب الشعري العش
المظاهر السريرية والعلاجية**
(بصدد 29 حالة)

F. SABBAH, A. EHIRCHIOU, S. BAROUDI, M. AHALLAT, A. HRORA, M. RAISS, A. BENAMER, K. HOSNI,
M. OUDANANE, A. M'JAHER, A. HALHAL, A. TOUNSI.

ملخص : يعتبر الجيب الشعري العش مرضا قليل التردد، حميدا وذو تموضع عجسي سببه غير واضح أما تشخيصه فهو سهل على العموم في الأشكال النمطية : سيلان قيحي عن طريق فتحة موجودة على مستوى أخدود بين الآلية ومحتوية على شعرات. معرفة بعض الفخاخ التشخيصية الثانوية لتموضعات شاذة ضرورية. يبقى الاستئصال الجراحي مع التندب هو العلاج الاختياري. لهذا الصدد نقدم تقريرا حول 29 حالة من الجيب الشعري العش التي تم علاجها بواسطة هذه الطريقة ما بين 1990 و 1999. يحتل هذا المرض الرتبة الرابعة من بين الأمراض الشرجية. 75٪ من المرضى هم شباب تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 40 سنة هيمنة جنس الذكور واضحة بمعدل 1.9 . السيلان القيحي المزمن هو المتلازمة الوئيسية المتواجدة في 83.2 ٪ من الحالات. بعد تراجع يتراوح ما بين سنة و 10 سنوات تم ملاحظة حالة انتكاسية واحدة خاطئة تم علاجها بنجاح باستئصال ثان.

Résumé : Le sinus pilonidal est une affection peu fréquente, bénigne et à localisation souvent sacro-coccygienne. Son étiopathogénie est encore mal élucidée. Le diagnostic est généralement facile dans les formes typiques : écoulement purulent par un orifice siégeant au niveau du sillon interfessier et contenant des poils. Certains pièges diagnostiques secondaires à des localisations aberrantes doivent être connus. L'excision chirurgicale à ciel ouvert et cicatrisation de seconde intention est le traitement de choix. A ce propos nous rapportons 29 cas de sinus pilonidal opérés par cette méthode entre 1990 et 1999. Cette pathologie occupe la 4ème place des affections proctologiques. 75% des patients sont jeunes avec un âge compris entre 20 et 30 ans. La prédominance masculine est nette avec un sexe ratio H/F = 1,9. L'écoulement purulent chronique est le maître symptôme retrouvé dans 82,2% des cas. Après un recul allant de 1 à 10 ans, 1 cas de fausse récurrence est survenu traité avec succès par une 2ème excision et cicatrisation de seconde intention.

Mots-clés : sinus pilonidal.

Abstract : Pilonidal sinus is a bit frequent benign disease, with a localization often sacrococcygian. Its etiopathogenesis is still badly clarified. Diagnosis is generally easy in typical forms: purulent flow by an opening situated at the level of inter gluteal furrow and containing some hairs. Some diagnosis traps secondary to aberrant localizations should be known. Open surgical excision and cicatrization is the choice treatment. To this effect, we report 29 cases of pilonidal sinus operated on by this method between 1990 and 1999. This pathology occupies the fourth place of proctological diseases 75% of the patients are young, aged between 20 and 40 years. Male predominance is clear with a sex ratio H/F= 1,9. Chronic purulent flow is the main symptom found in 82,23 of the cases. After a retreat of one to 10 years, a case of fake recurrence has been noted down. A second resection without closure has been successfully done.

INTRODUCTION

Le sinus pilonidal est une affection bénigne à localisation souvent sacro-coccygienne. Il atteint principalement l'adulte jeune de sexe masculin, brun et à pilosité souvent abondante. Son étiopathogénie est encore mal connue expliquant que les procédés thérapeutiques proposés sont très variés. Le but de ce travail est de présenter les résultats de l'excision à ciel ouvert avec cicatrisation de seconde intention réalisée chez 29 patients.

MATERIEL D'ETUDE ET METHODES

Entre 1990 et 1999, 29 malades sont opérés au service pour sinus pilonidal à localisation sacro-coccygienne dont deux de seconde main. Il s'agit de 19 hommes et 10 femmes âgés en moyenne de 35 ans (15-65 ans) dont 21 malades (75%) sont âgés entre 20 et 30 ans. La notion de microtraumatisme est notée chez un malade et la station assise prolongée chez 14 malades. Les manifestations cliniques révélatrices sont : l'écoulement purulent chronique chez 24 malades, les douleurs chez 6, le prurit de la région sacro-coccygienne dans 3 cas. Un malade diabétique est opéré en urgence pour un sinus pilonidal révélé au stade d'abcès aigu compliqué de cellulite lombo-sacrée. Le délai moyen de consultation est de 31 mois (4 mois-14 ans). Le traitement chirurgical a consisté en une excision à ciel ouvert et cicatrisation de seconde intention. Le malade est en décubitus ventral, on injecte le bleu de méthylène à travers l'orifice pilonidal et à défaut on explore au stylet le ou les trajets aberrants. On emporte au bistouri à main toute la zone cutanée où se trouvent les orifices puis on excise au bistouri électrique la totalité des tissu pathologiques et les éventuelles trajets aberrants colorés par le bleu de méthylène jusqu'à arriver à l'aponévrose sacrée postérieure. L'hémostase est faite de façon soignée et la plaie est laissée ouverte. La cicatrisation est obtenue en seconde intention, elle se fait de la profondeur vers la surface et des bords vers le centre. Cette excision a été associée dans un cas à une incision, lavage et drainage de la cellulite. Des soins quotidiens sont prodigués aux patients, le malade présentant la cellulite a subi en plus une oxygénothérapie hyperbare. L'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse a confirmé dans tous les cas le diagnostic de sinus pilonidal.

La mortalité et la morbidité opératoires sont nulles. Le délai moyen de cicatrisation est de 83 jours (60-95 j). Après un recul allant de 1 à 9 ans, un cas de récurrence est noté au 14ème mois traité par une réexcision et cicatrisation de seconde intention.

DISCUSSION

Le sinus pilonidal est connue depuis de longues dates, déjà en 1847 Anderson l'a décrit sous le terme « Hair extracted

from an ulcer » en raison des poils retrouvés dans la cavité kystique et c'est en 1880 que *Hodges* a proposé le terme de sinus pilonidal qui sera ensuite admis par tous les auteurs (1, 2). La fréquence de cette affection est variable selon les auteurs. Elle est de 3,6% pour *Rignault* (3) et 15,6% pour *Arnos* (4). Dans notre série, cette fréquence est estimée à 0,3% et occupe la 4ème place des affections proctologiques après les fistules anales, les hémorroïdes et les fissures. Elle survient essentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune de sexe masculin, en effet, 62,9% à 90,6% des malades sont de sexe masculin âgés de 20 à 40 ans (1,5,6).

Il existe deux grandes hypothèses étiopathogéniques, l'une congénitale et l'autre acquise (2,7). En fait aucune de ces théories n'est complètement satisfaisante et la réalité semble être mixte (8,9). C'est la présence de poils et l'infection secondaire qui en résulte qui sont à l'origine de la pathogénie du sinus pilonidal. Les poils pénètrent d'une façon inversée soit au niveau d'une fossette congénitale sous-cutanée, d'origine embryologique, soit directement dans le tissu cellulaire sous cutané créant une cavité par réaction à corps étranger. Certains facteurs anatomiques et mécaniques vont favoriser la maladie : La fossette coccygienne ou « glabella coccygea » est une petite fossette située au dessous de la première pièce coccygienne au niveau de laquelle siège souvent l'orifice du sinus pilonidal. Un sillon interfessier étroit et profond facilite la rétention des poils et leur macération qui serait favorisée par une peau moite et grasse, l'obésité, la sédentarité et le manque d'hygiène.

La station assise prolongée avec microtraumatismes répétés dans la région sacro-coccygienne expliquerait la fréquence de la maladie chez les conducteurs d'engins "jeep's disease", les utilisateurs de bicyclettes et de chevaux "maladie du cavalier".

Le diagnostic est généralement facile quand il s'agit d'un ou de plusieurs orifices siégeant au niveau du sillon interfessier, sur la ligne médiane et contenant des poils libres ou agglutinés responsables de suppuration chronique et de prurit (fig 1 et 2). Certains pièges diagnostiques liés

Fig. 1



Orifice sacrococcygien purulent

Fig. 2



Piece d'exérèse : poils à l'intérieur de l'orifice

aux formes à topographie aberrante doivent être connus, en effet, ces orifices peuvent siéger en zone latéro-anale, inter ano-scrotale, vulvaire ou être associés à d'autres affections proctologiques (fistules, hémorroïdes, fissures, maladie de verneuil) (10). D'où l'intérêt de l'injection systématique de colorant par l'un des orifices et de la fistulographie qui prouvent l'absence de communication anale.

Le traitement a pour but de supprimer la fistule gênante par sa présence et ses complications et d'éviter la récurrence. Le traitement médical ne fait que préparer le malade à l'intervention. Il consiste en une désinfection locale et une prescription d'antibiothérapie et/ou d'anti-inflammatoires par voie générale. La chirurgie conservatrice (Curetage phénolisation, incision simple avec drainage, intervention de lord et Millar) n'est que rarement utilisée (8,11) car la morbidité et la récurrence sont fréquentes oscillant respectivement entre 15 et 35% et entre 50 et 92% (8;12,13,14) et le recours aux soins locaux post opératoires est intense. L'excision à ciel ouvert et cicatrisation de seconde intention reste la méthode la plus pratiquée (4, 6). Elle consiste à injecter le bleu de méthylène à la recherche de poches et de trajets secondaires à réaliser une incision elliptique passant latéralement à 1 cm de l'orifice pilonidal et à tout réséquer jusqu'à arriver à l'aponévrose rétro-sacro-coccygienne. C'est une technique simple, efficace avec guérison définitive dans 95% des cas. La durée d'hospitalisation est courte et le taux de récurrence est faible (tableau n° I) mais elle

comporte l'astreinte pour l'opéré de pansements quotidiens et présente l'inconvénient d'un temps de cicatrisation long pouvant aller jusqu'à 90 jours (6,10,15,16). L'excision et fermeture immédiat est peu utilisée (17,18). Elle consiste à réséquer le sinus jusqu'à l'aponévrose rétro-sacro-coccygienne, suivie d'une suture de la plaie. Cette suture peut être simple, appuyée ou avec plastie. Elle a pour avantage, la courte durée de cicatrisation avec reprise précoce de l'activité professionnelle. Ses inconvénients sont le risque de lâchage de sutures, le risque d'infections et un taux élevé de récurrence supérieur à 15% (15,19).

Récurrences de la maladie

Quelque soit la méthode utilisée, une surveillance régulière s'impose pour détecter les retards de cicatrisation et les récurrences.

Le retard de cicatrisation est une plaie qui ne se ferme pas avec persistance de l'écoulement ou réapparition d'un nouveau suintement. Ces retards de cicatrisation peuvent être dus à une exérèse insuffisante, à la création d'un néosinus par fermeture hermétique de la plaie opératoire et formation d'un hématome, à une désunion partielle des sutures et à la pose d'un drain qui va laisser après son ablation un trajet profond favorisant la reprise de la maladie. Les récurrences surviennent généralement au delà de la première année après guérison complète. Pour certains auteurs la récurrence s'explique par la réapparition de conditions locales favorisant le développement d'un sinus pilonidal (pilosité excessive, station assise prolongée, hygiène locale déficiente), d'où la suggestion de recommandations prophylactiques au patient. L'adoption des règles d'hygiène strictes avec rasages réguliers de la région sacro-coccygienne et du pli interfessier, l'éviction des micro-traumatismes et de la station assise prolongée, pouvant nécessiter un reclassement professionnel. La dégénérescence maligne est exceptionnelle mais possible : 44 cas sont décrits dans la littérature jusqu'à présent (20).

CONCLUSION

Le sinus pilonidal est une affection peu fréquente dont l'étiopathogénie reste encore discutée. Il atteint le sujet jeune de sexe masculin. Les malades consultent souvent au stade de fistule pilonidale chronique dont le diagnostic est facile par l'examen attentif de la région sacro-coccygienne à la recherche d'une cavité ou d'un orifice fistuleux centré par un poil ou une touffe de poils. Le traitement de choix est l'exérèse à ciel ouvert et la cicatrisation de seconde intention. Ce procédé opératoire reste sans doute le plus sûr pour obtenir la guérison sans récurrence.

Tableau I

Auteurs	Nombre	Récurrence %
Isbester (6)	311	3,8%
Pradel et Rodier (10)	69	3 (4%)
Karl sondenaar (15)	60	3 (5%)

Récurrence de la maladie après excision à ciel ouvert

RÉFÉRENCES

- 1- T Schoeller, MD Gottfried Wechselberger et Coll** Définitive surgical treatment of complicated recurrent pilonidal disease : Surgery volume 121, Number 3. 1997. P : 258-263.
- 2- MC Marti, A Froidevaux et JN Cox** : Les sinus pilonidaux sacro-coccygiens. Lyon. Chir. 1977. 73 : 33 – 37.
- 3 - Rignault, Brillac, Pailler**, Traitement des fistules pilonidales sacro-coccygiennes par phénokisation. Nouvelle presse médicale; Vol 5, n°2, P 1423-1425, 1976.
- 4- J Arnous, J Denis, Th Dupuy Mouthbrun** : Concours médical 1980 ; 102, 12, p : 1715-1729. Les suppuration anales et périanales (6500 cas).
- 5 - I Matter, J Kunin et Coll** : Total excision versus non-resectional methods in the treatment of acute and chronic pilonidal disease. British Journal of Surgery 1995, 82, 752-753.
- 6- WH Isbister, J Prasad**. Pilonidal disease. Australien and New Zealand. Journal of Surgery. 1995. Aug, 65 : 561-563.
- 7- JA Surrella** : Pilonidal disease Surgical clinics of North Americas, 1994 Dec, 74 (6), 1309-1315
- 8- A Berger, P Frileux**: Sinus pilonidal, Annales de chirurgie 1995, 49 n°10, 889-901.
- 9- W Chamberlain, GF Vawter** : The congenital origin of pilonidal sinus, J Ped Surg 1974, 9 : 441-444
- 10- E Pradel, B Rodier** : Les pièges de la maladie pilonidale à localisation sacro-coccygienne. Ann Chir, 1978, 32, (3-4), 255.258.
- 11- BA Maurice, RK Green Wood** : A conservative treatment of pilonidal sinus, Br J Surg 1964, 51, 510-512.
- 12- P Goodal** : The etiology and treatment of pilonidal sinus Br J Surg 1961, 49, 212-218.
- 13- CA Mc laren** : Partial closure and other techniques in pilonidal surgery Br J Surg 1984, 71, 561-592.
- 14- JM Mueller, ER Rcthenbuehler, KF Frede** : Kyste sacro-coccygien, opération de Lord Millar représente-t-elle une alternative à l'excision ?
- 15- K Sondenaa, E Andersen JA Sorcide** : Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial. Eur. J. Surg 1996 : 162 : 237-240
- 16- M Malafosse** : le sinus pilonidal. Revue du praticien, 1978, 28, 5, 359-361.
- 17- E Clarence, MD Zimmerman** : Outpatient excision and primary closure of pilonidal cysts and sinues : the American Journal of Surgery. volume 136, novembre 1978, p : 640-642.
- 18- J Armstrong**, Pilonidal sinus disease : The conservative approach. Arch surg/ vol 129, sep 1994 , p : 914-919
- 19- HS Khaira, JH Brown** : Excision and primary suture of pilonidal sinus annal of the Royal college of surgeons of England, 1995 Jul 77 (4) : 242-244.
- 20- KA Davis, CN Mock, A Versaci, P Lentricchia** : Malignant degeneration of pilonidal cysts : American surgeon 1994 mar, 60, 200-204.