



Tout savoir sur le kyste pilonidal

SPINDLER Lucas



Hôpital Paris
Saint-Joseph



MAG
MALADIES ANOGÉNITALES



SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître la physiopathologie et l'épidémiologie
- Connaître son histoire naturelle
- Savoir qui et quand ne pas opérer
- Connaître les techniques chirurgicales classiques et leurs résultats
- Connaître la place des traitements mini-invasifs

CONFLITS D'INTERET

- Biolitec (interventions, invitations, vidéos pédagogiques)

Epidémiologie

- Pathologie fréquente (0,7% de la population, incidence de 25 à 56/100 000)
- Nette prédominance masculine (sex-ratio 2-3/1)
- Adulte jeune (21 ans chez les hommes et 19 ans chez les femmes)
- Altération de la qualité de vie

Principaux facteurs de risque

Pilosité marquée

Surpoids/obésité (37%)

Frottements répétés, station assise prolongée

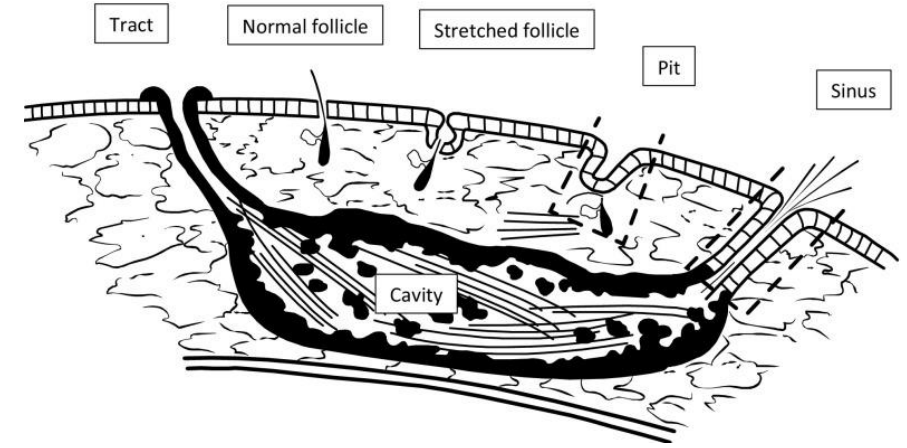
Pli interfessier profond

Défaut d'hygiène/peau grasse

Antécédents familiaux (38%)

Physiopathologie

- Imparfaitement comprise
- Pathologie congénitale vs acquise
- **Acquise** = « maladie du poil »



Facteurs génétiques



Facteurs hormonaux

Microbiome cutané

Présentation clinique

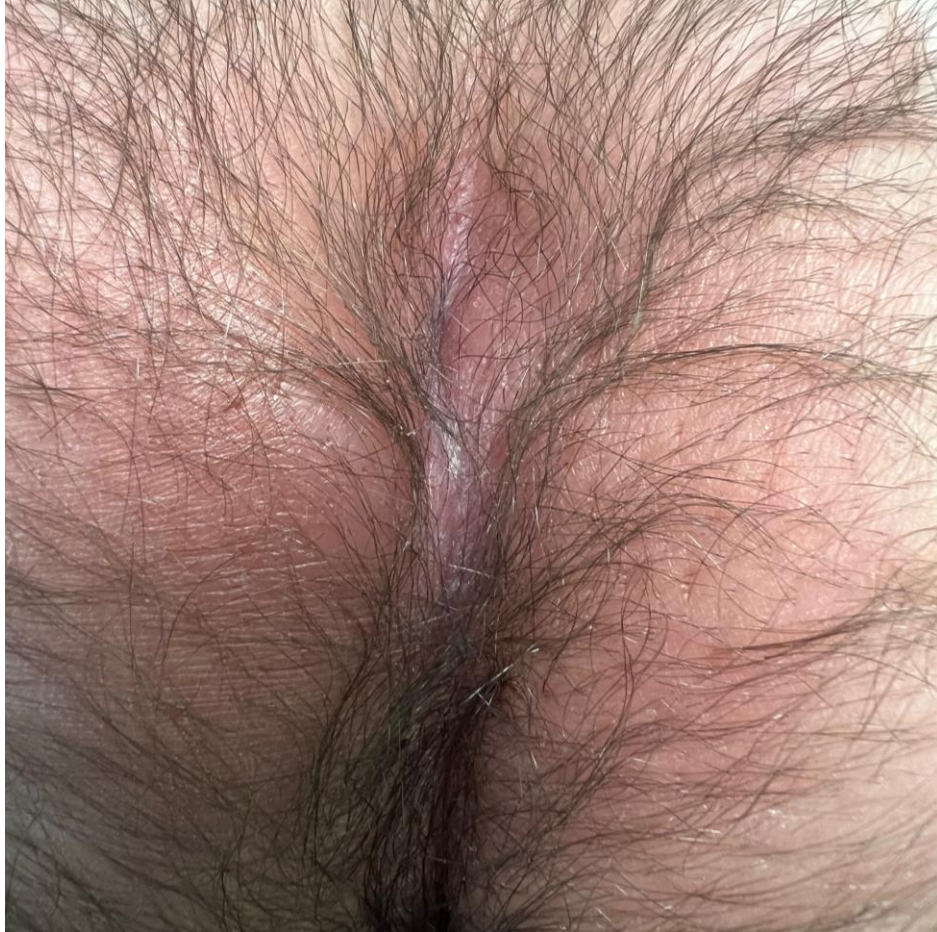
Fossette(s) pilonidale(s) asymptomatique(s)



Dr N. Fathallah

Présentation clinique

Abcès aigu (50%)



Dr V. de Parades

Présentation clinique

Infection chronique



Dr N. Fathallah

Histoire naturelle

- Pathologie bénigne chronique
- Alternance poussées inflammatoires et rémissions
- Complications : cellulite, ostéite
- Exceptionnels cas de dégénérescence (carcinome épidermoïde) :
 - inflammation chronique
 - immunosuppression

Diagnostic

- Clinique : **fossettes pilonidales** (visualisation parfois difficile)
- Imagerie inutile (\neq fistule anale)
- Histologie rarement nécessaire (présentation atypique, patient âgé)

Principaux diagnostics différentiels

Folliculite/furoncle

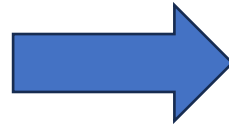
Maladie de Verneuil (extensions latérales)

Fistule anale (extension marginale)

Rarement kyste dermoïdes/épidermoïdes, méningocèle sacrée antérieure

Traitement

Abcès aigu



Traitement = **DRAINAGE** ± Antibiothérapie

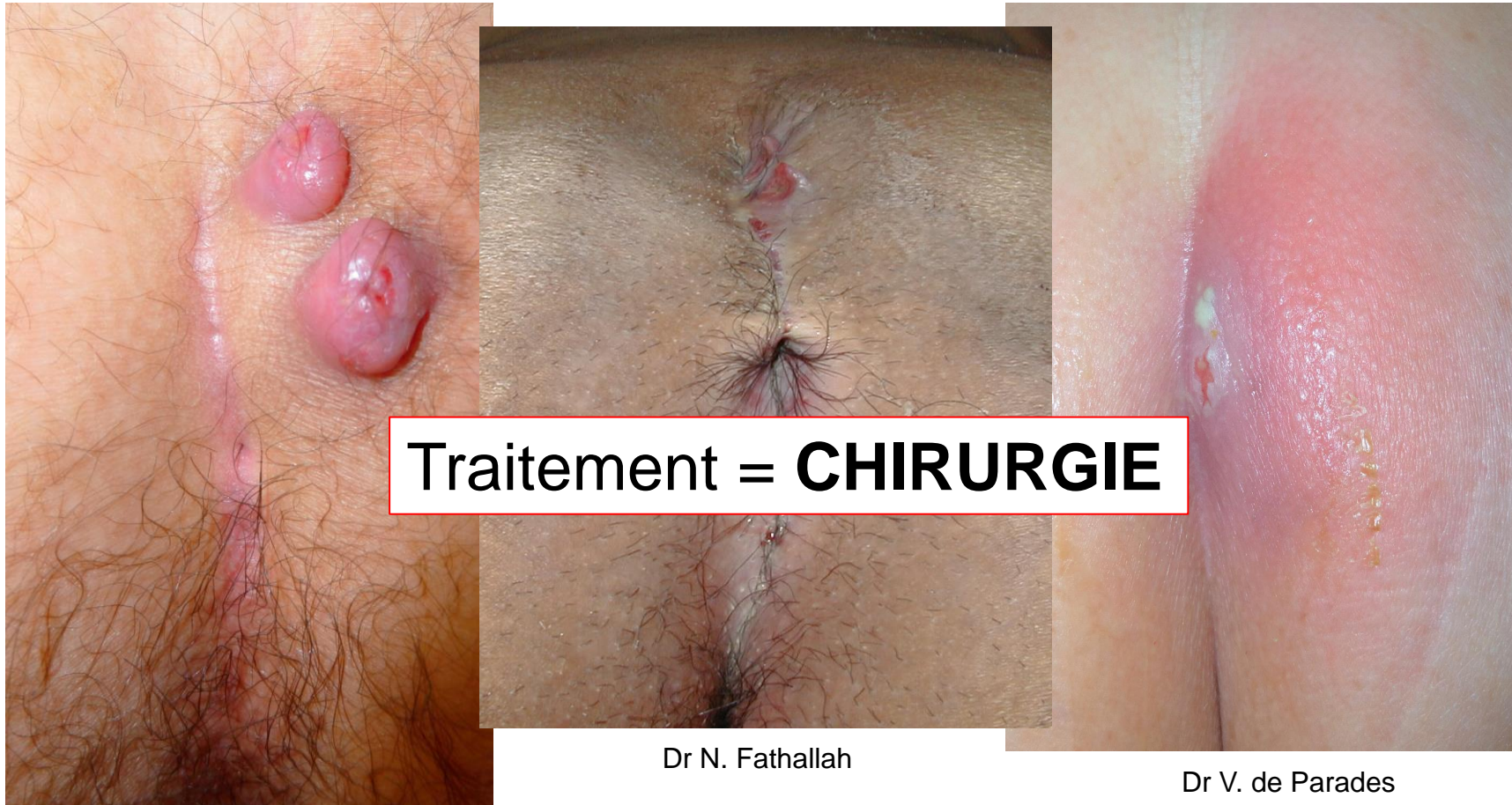
- Guérison ± 60% si 1^{er} épisode
- Récidive 15 à 40%

Dr V. de Parades

Dr N. Fathallah

Traitement

Infection chronique



Dr N. Fathallah

Dr V. de Parades

Traitement

- Formes symptomatiques **UNIQUEMENT**
- Traitement chirurgical



➔ Éradiquer la suppuration et limiter le risque de récurrence

- Pas de consensus sur le traitement « idéal »

The most appropriate surgical treatment of chronic PD sinus is controversial (1B)

Quelle chirurgie ?

Traitements chirurgicaux « classiques » :

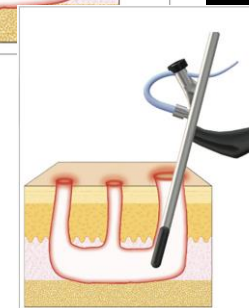
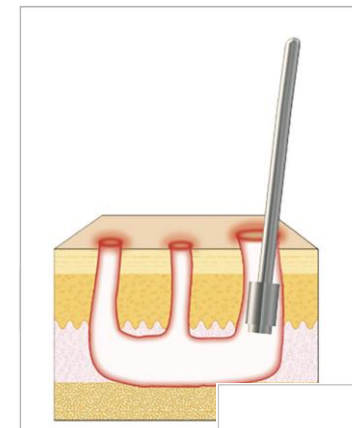
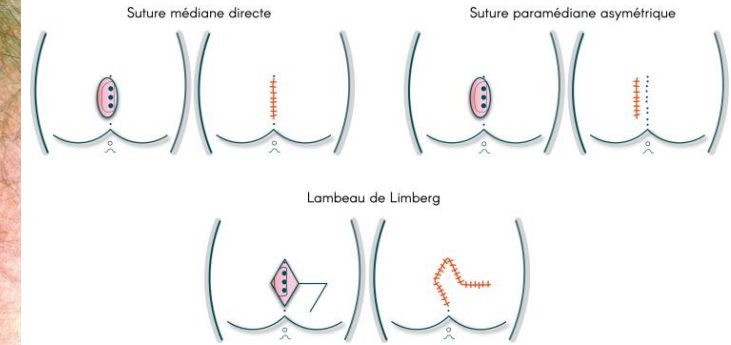
- exérèse avec plaie laissée ouverte et cicatrisation dirigée
- exérèse avec fermeture médiane ou paramédiane (interventions de Karydakis ou de Bascom)
- lambeau de rotation de Limberg
- plasties en V-Y ou Z

Traitements mini-invasifs :

- pit-picking
- sinusotomie
- sinusectomie
- phénolisation
- injection de colle
- traitement endoscopique (EPSiT ou VAAPS)
- traitement laser (SiLaT ou SiLaC ou PiLaT, etc.)

Autres :

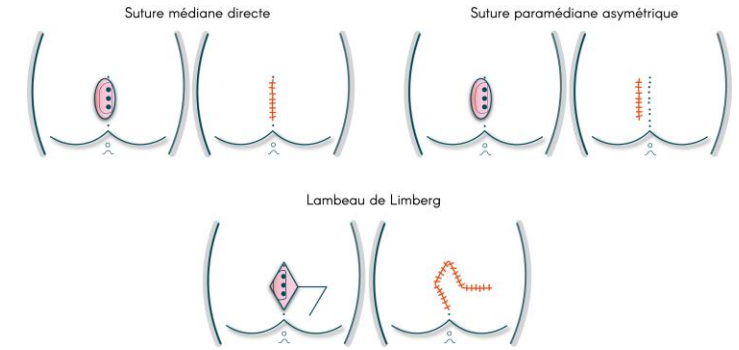
- épilation laser
- plasma enrichi en plaquettes
- injection de tissu adipeux



Gil MA, et al. JAMA Surg 2023
Kumar M, et al. Tech Coloproctol 2021
Manigrasso M, et al. Frontiers in Surgery 2022
Pronk AA, et al. Tech Coloproctol 2019
Tazeoglu D, et al. Ann Ital Chir 2022
Soll C, et al. Int J Colorectal Dis 2008

Exérèse chirurgicale

- Avec ou sans fermeture



Technique	Taux d'échec (échec primaire et récurrence)	Avantages	Inconvénients
Exérèse avec cicatrisation dirigée	2-42 %	<ul style="list-style-type: none"> • Faible risque de récurrence 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de soins postopératoires • Arrêt de travail plus ou moins prolongé • Délai de cicatrisation long
Exérèse avec fermeture (Karydakis, Bascom, Limberg, autres)	0-23 %	<ul style="list-style-type: none"> • Faible risque de récurrence • Suites opératoires plus simples et cicatrisation plus rapide que la chirurgie ouverte 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de travail plus ou moins prolongé • Cicatrice inesthétique • Nécessité de compétences techniques



Dr V. de Parades

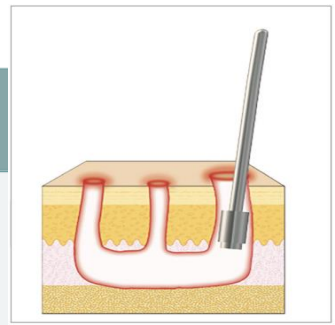
- Traitement de **référence** : résultats proches, soins infirmiers
- En cas de fermeture, privilégier fermeture paramédiane (« off-midline »)
- Expérience du chirurgien

« Anciennes » techniques mini-invasives

Technique	Taux d'échec (échec primaire et récurrence)	Avantages	Inconvénients
Sinusectomie	0-33 %	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie moins invasive vs. exérèse... Faible taux de c... 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de soins postopératoires plus importants que pour les techniques d'exérèse
Sinusotomie	< 10 %	<ul style="list-style-type: none"> Faible risque de récurrence Suites opératoires plus simples que la chirurgie ou... 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de soins postopératoires plus importants que pour les techniques d'exérèse Délai de cicatrisation plus long vs laser ou traitement endoscopique Taux de récurrence plus important que pour les techniques d'exérèse

Risque élevé de récurrence

Soins postopératoires



Dr C. Favreau-Weltzer

« Anciennes » techniques mini-invasives

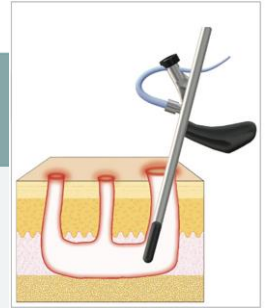
Technique	Taux d'échec (échec primaire et récurrence)	Avantages	Inconvénients
Phénolisation	Jusqu'à 30 %	<ul style="list-style-type: none">Suites opératoires simples	<ul style="list-style-type: none">Taux non négligeable d'échecPlusieurs séancesRisque de contact de la peau périphérique (phénol)
Injection de colle	5,6-29 %	<ul style="list-style-type: none">Geste rapideSuites opératoires simples	<ul style="list-style-type: none">Risque élevé de récurrence

Interdit en France

Risque élevé de récurrence

« Nouvelles » techniques mini-invasives

Technique	Taux d'échec (échec primaire et récidive)	Avantages	Inconvénients
Traitement endoscopique	0-10 % (+/- 1 an)	<ul style="list-style-type: none">Suites opératoires simples	<ul style="list-style-type: none">Geste relativement longCoût élevéFormation
Laser	5 à 30 % à 1 an	<ul style="list-style-type: none">Suites opératoires simples	<ul style="list-style-type: none">Coût élevé

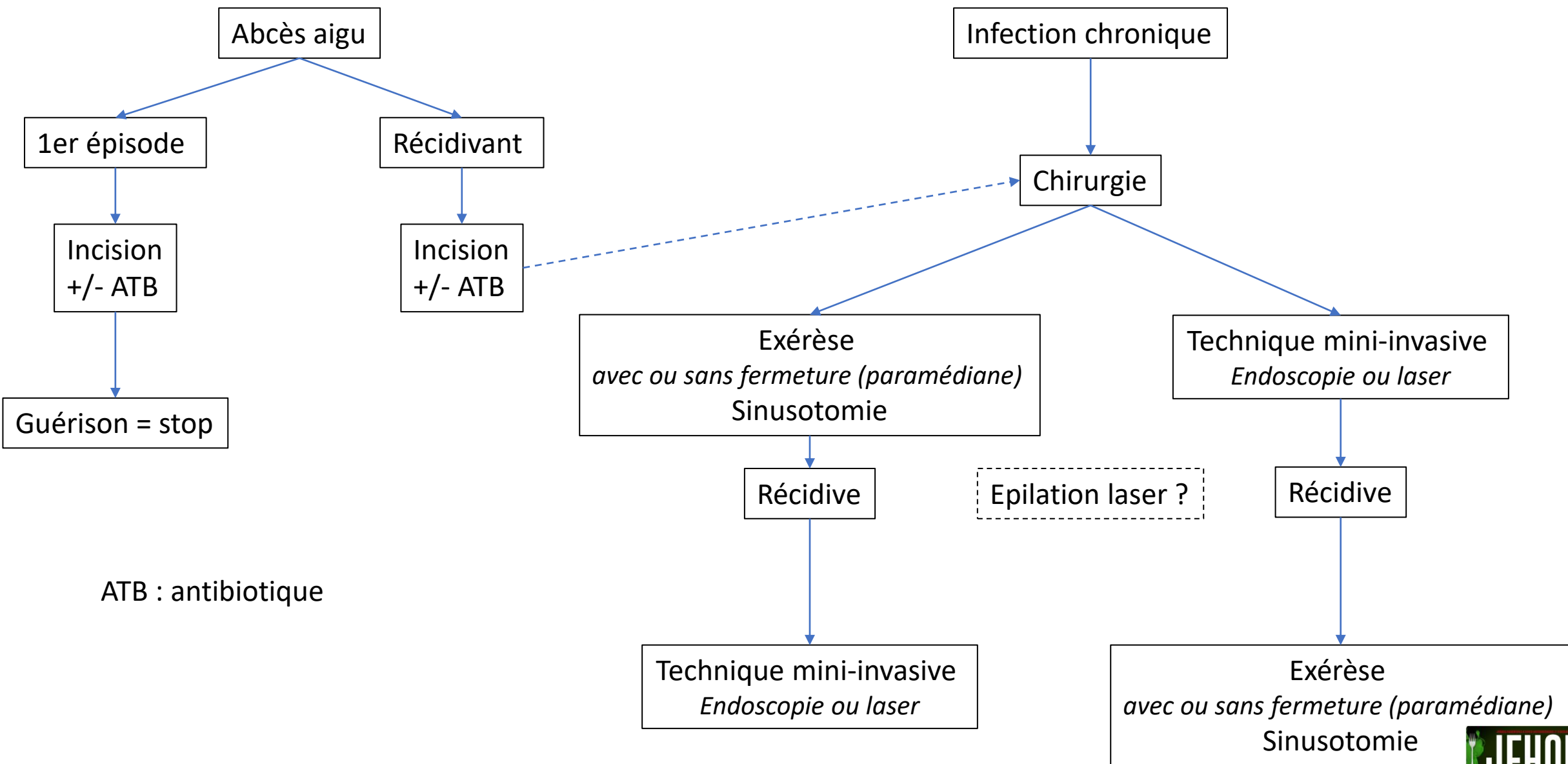


- Suites simples
- Matériel spécifique
- Faible niveau de preuve
- Résultats à long terme ?

Les traitements conservateurs ou adjuvants

- Plasma enrichi en plaquettes (PRP pour « Platelet-Rich Plasma »)
 - Diminuerait la durée de cicatrisation après exérèse
 - Peu diffusé
 - *Faible niveau de preuve*
- Epilation laser
 - Traiter le poil, seul ou en association avec la chirurgie
 - Diminuerait le taux de récurrence après exérèse (≠ dépilation et rasage)
 - Quand ?
 - Non remboursée
 - *Faible niveau de preuve*
- Tissu adipocytaire (expérimental)

Proposition d'algorithme



ATB : antibiotique

POINTS FORTS

- Le kyste pilonidal concerne 0,7 % de la population, plus fréquemment chez les hommes, avec un pic d'incidence entre 15 et 30 ans.
- Le traitement du kyste pilonidal abcédé ne repose pas sur une antibiothérapie mais sur une incision en urgence.
- La chirurgie d'exérèse est considérée comme le traitement radical de référence.
- Les techniques mini-invasives (dont le laser) simplifient les suites opératoires et permettent une reprise d'activité rapide.
- Les premiers résultats de la prise en charge mini invasive sont encourageants mais doivent être confirmés à long terme.