

**INTERVIEW du Docteur J. GUILLOTREAU** par le Journal des Plaies et Cicatrisations  
Centre Hospitalier des Armées H. Larrey – Service de Chirurgie Viscérale et Générale –  
Toulouse (31)

*Le Journal des Plaies et Cicatrisations a le Plaisir de vous présenter **le Poster ayant Obtenu le 1er Prix** dans la rubrique "Case Studies Treatment Modalities and Products" au "IXth Annual Medical Symposium on advanced Wound Care & VIth Annual Medical Research Forum on Repair" Atlanta (USA) 20-24 avril 1996*

**JPC : Qu'est-ce que la Maladie Pilonidale ?**

**JG :** La maladie pilonidale est une suppuration aiguë ou chronique de la région sacro-coccygienne, décrite en 1847 par Anderson.

Affection de l'adolescent et de l'adulte jeune survenant essentiellement chez l'homme hirsute (fréquence de 1%), son caractère bénin contraste avec l'importance de sa morbidité et un taux de récurrence élevé, variant de 5 à 40%.

L'hypothèse d'une origine congénitale est actuellement rejetée en faveur de la théorie d'une pathologie acquise.

Les poils s'invaginent dans le derme au niveau du pli interfessier créant une réaction inflammatoire qui s'étend au tissu cellulaire sous cutané : il se forme alors une cavité.

Celle-ci contient de nombreux fragments de poils, s'agrandit, et peut se fistuliser secondairement.

Le manque d'hygiène, la surcharge pondérale et surtout les frottements répétés favorisent la survenue d'un sinus pilonidal de la région sacro-coccygienne.

**JPC : Quelles sont les formes cliniques ?**

**JG :** Il existe deux formes cliniques :

1. **La suppuration aiguë**  
Inaugurale dans la moitié des cas, la tuméfaction inflammatoire et douloureuse peut siéger sur la ligne médiane, dans le pli interfessier, ou se présenter essentiellement sous la forme d'extensions latérales (diagnostic : abcès de la fesse, abcès de la marge).
2. **La suppuration chronique**  
Elle évolue habituellement par poussées inflammatoires avec un écoulement intermittent (débris pileux sérosités, pus), à partir d'un orifice en regard du sillon interfessier sur la ligne médiane : le sinus primaire.

Il peut exister des orifices latéraux (ou sinus secondaires) communiquant avec cette cavité primaire, et qui correspondent à des extensions suppurées de celle-ci.

**JPC : Quels sont les principaux traitements ?**

**JG :** Ils ont pour objectifs principaux :

- d'obtenir une guérison rapide avec un taux de récurrence minimum,
- d'être le moins invalidant possible pour permettre une reprise précoce de l'activité,
- d'être simple, nécessitant une hospitalisation courte, avec des soins post-opératoires pouvant être réalisés en externe.

De nombreuses modalités thérapeutiques ont été proposées, sans réel consensus, avec des temps de cicatrisation et des taux de cicatrisation et des taux de récurrences variables selon les séries, pour une même technique opératoire.

Le plus souvent chirurgical, le traitement doit toujours s'associer à une hygiène locale et un rasage régulier de la zone opérée pendant plusieurs mois.

A la phase aiguë d'abcès, une incision linéaire simple avec drainage est le plus souvent réalisée, soulageant rapidement le patient sans guérir l'affection, d'où un taux de récurrence important.

Cette mise à plat peut être associée à un curetage ou à une reprise chirurgicale au 7ème jour pour une excision du follicule sur la ligne médiane (Bascom).

A la phase de suppuration chronique, on distingue :

- les méthodes conservatrices :
  - Curetage - phénolisation : injection d'acide phénique pur dans la cavité fistuleuse qui est curetée.
  - Intervention de Lord-Millard, associant à une excision très limitée du ou des pertuis, un curetage de la cavité ; les orifices sont laissés largement ouverts, nécessitant une cicatrisation dirigée.
- les méthodes d'excision :
  - Excision "limitée " du ou des orifices fistuleux.
  - Excision "large " jusqu'au fascia présacré, du ou des orifices fistuleux, en les circonscrivant à distance.

Ces méthodes d'excision peuvent être suivies d'une fermeture immédiate par des points de Blair-Donati ou par lambeau cutané (type LLL, W, plastie en Z), ou alors être suivies d'une cicatrisation dirigée.

D'autres techniques opératoires sont utilisées telles :

- La marsupialisation
- Le drainage filiforme

avec des taux variables de récurrences.

#### **JPC : Quelle technique utilisez-vous ?**

**JG :** La maladie pilonidale, aiguë ou chronique, est une affection fréquemment rencontrée dans les services de chirurgie générale des armées, du fait de la conjonction d'une population jeune, rencontrée dans nos Services, et de circonstances favorisant la survenue de cette pathologie.

Pour le sinus pilonidal chronique, mon expérience me fait opter pour la technique d'excision large, notamment pour les sinus pilonidaux multi-récidivants, ou complexes à trajets multiples. Simple et dénuée de complications post-opératoires majeures, cette technique expose le patient à un taux de récurrence très bas.

**JPC : Comment gérez-vous la cicatrisation secondaire à cette technique opératoire ?**

**JG :** Si la revue de la littérature rapporte les nombreuses modalités thérapeutiques possibles, la cicatrisation dirigée secondaire à une excision, limitée ou large, est rarement abordée.

L'intérêt que je porte à la cicatrisation dirigée m'a fait m'intéresser aux nouveaux pansements dont nous disposons aujourd'hui ; parmi eux l'Alginate de calcium semblait répondre à notre attente compte-tenu de sa possible utilisation dans le traitement des plaies infectées.

Les premiers résultats que j'ai observé avec l'Alginate Algostérial®, sont l'obtention très rapide d'un tissu de granulation, de bonne qualité et parallèlement, un comblement de la cavité néoformée. Ceci m'a incité à réaliser une évaluation plus rigoureuse, pour une validation des propriétés cicatrisantes de ce produit.

Pour cela, l'utilisation régulière de paramètres objectifs tels que :

- la planimétrie, pour évaluer l'évolution des surfaces de la plaie
- la bactériologie, pour isoler les germes pathogènes
- l'ictonographie

en association à une évaluation clinique, nous semble indispensable.

**JPC : Pourquoi avez-vous présenté ce travail à Atlanta ?**

**JG :** La nature des critères d'évaluation et leur caractère standardisé, ainsi que le nombre de patients évalués (dix), nous ont permis d'obtenir des données exploitables. J'ai donc soumis ce travail au Congrès International du Traitement de la Plaie, qui s'est tenu à Atlanta en avril 1996.

J'ai été très heureux de voir ce Poster récompensé parmi tant d'autres, par un Premier Prix : j'aimerais associer à ce succès toute mon équipe soignante sans laquelle ce travail n'aurait pu être réalisé.

[Journal des Plaies et Cicatrisations](#) n° 4 - Septembre 1996