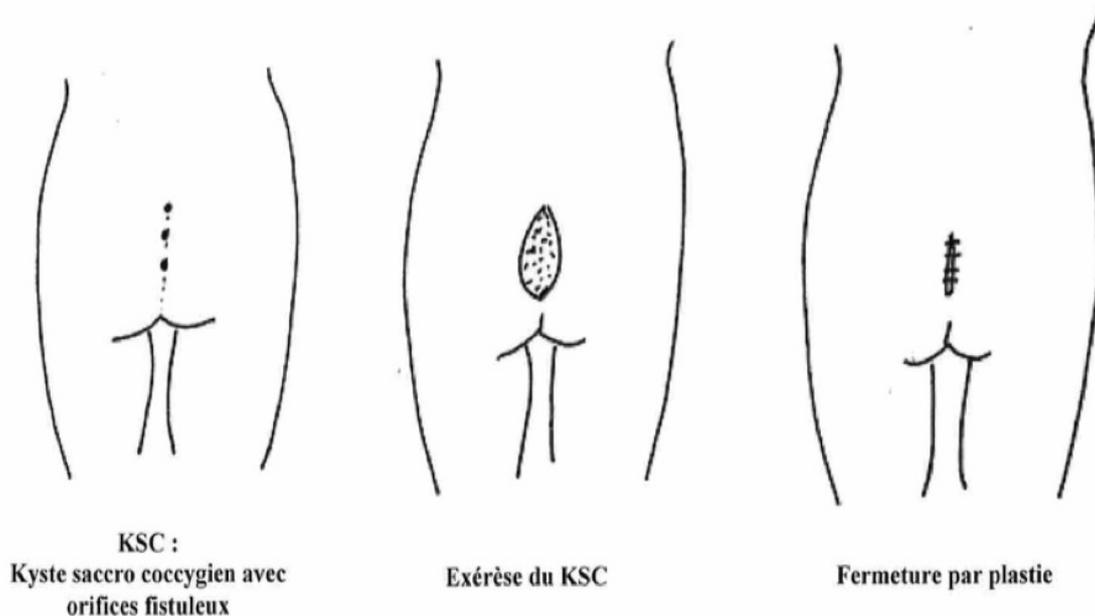


EXERERE DE KYSTE SACRO COCCYGIEN + FERMETURE PAR PLASTIE (en ambulatoire)

Le kyste sacro coccygien est une affection très fréquente et bénigne, observée chez des sujets jeunes, adolescents ou adultes jeunes. Cela concerne plus souvent les garçons que les filles.
Les kystes sacro coccygiens ou sinus pilonidal est une affection dont l'origine est assez mal connue. Il pourrait s'agir soit d'affection congénitale, soit d'affection acquise par défaut de la pousse de poils ou par des traumatismes minimes mais répétés de la région du sacrum.



EN CAS DE PILOSITÉ IMPORTANTE IL FAUT INSISTER SUR LA DÉPILATION

Complications :

- soins quotidiens par une infirmière : 4 à 8 semaines
- hémorragie, infection
- réouverture partielle fréquente

INFORMATION SUR LE KYSTE SACRO COCCYGIEN ou MALADIE PILONIDALE

Symptomatologie :

Les patients consultent le plus souvent pour un abcès apparaissant au sommet du pli inter-fessier, douloureux et rendant la position assise difficile voire impossible. Le diagnostic est fait en constatant l'existence au sommet du pli fessier d'un ou plusieurs petits orifices qui ressemblent à des pores dilatés de la peau. Parfois, il existe une petite touffe de poils émergeant par l'un des orifices. Enfin, dans certains cas, peuvent exister des petites indurations rouges et douloureuses, qui correspondent à des abcès et qui apparaissent au dessus du pli fessier, au niveau du sacrum.

Le seul traitement des kystes sacro coccygiens est chirurgical et aucun antibiotique ne peut les guérir.

Traitement chirurgical : Exérèse du kyste en ambulatoire :

L'intervention se déroule en ambulatoire. La seule préparation consiste en une douche au savon liquide avant l'arrivée à la clinique. En cas de pilosité importante, il peut être utile de réaliser une dépilation (pas de rasage mais utilisation d'une crème dépilatoire la veille) autour du sillon fessier (environ 20 cm) pour faciliter les pansements après l'opération.

L'intervention se réalise sous anesthésie générale. le patient est positionné sur le ventre (sauf en cas d'abcès ou une intervention courte sur le côté suffit). Elle dure en moyenne environ 20 minutes.

Elle consiste en l'ablation complète de toute la zone malade, réalisant en général une exérèse en losange en regard du sillon interfessier. le chirurgien injecte du bleu de méthylène dans l'orifice du kyste afin de repérer le trajet exact de la lésion afin de ne pas laisser en place du tissu pathologique.

Si la lésion est propre, on pourra réaliser une fermeture par plastie?

Si au contraire, la lésion est infectée, il faut laisser la plaie ouverte, sans suture, en attendant une cicatrisation dirigée. C'est une technique simple, évitant au maximum les récives, mais avec des soins et une convalescence longue de plusieurs mois. La fermeture par plastie permet de raccourcir la période de cicatrisation et de soins post-opératoires à une période de 4 à 6 semaines en général.

Suivi post-opératoire :

Le but de cette phase est de surveiller l'absence de complication pour un retour à un état normal. La première phase a lieu en salle de réveil puis lors de l'hospitalisation et enfin en convalescence chez vous.

Phase de réveil:

Lorsque l'intervention est terminée, vous êtes transféré en salle de réveil pour une surveillance d'environ 1h.

A votre retour dans le service de chirurgie ambulatoire, vous pourrez vous lever et une collation vous sera donnée. En l'absence de contre-indication, vous pourrez rentrer à votre domicile quelques heures après l'intervention. Vous reprendrez une alimentation normale le soir même de l'intervention.

Après la chirurgie :

Il conviendra de prévoir la réfection du pansement par une infirmière à domicile tous les jours jusqu'à cicatrisation complète de la plaie opératoire.

Conséquences et complications :

Les complications sont exceptionnelles après ce type de chirurgie.

La survenue d'un saignement secondaire est possible, bien que rare, et sera traité facilement par compression. Ce n'est qu'en cas de saignement plus important qu'une reprise chirurgicale au bloc opératoire sera réalisée afin d'arrêter l'hémorragie. Il n'y a aucune séquelle secondaire.

Si la plaie a été refermée directement, une surveillance régulière du pansement doit être réalisée par une infirmière à domicile tous les jours, avec changement de la mèche. Du fait d'une tension importante à ce niveau, il est très fréquemment observée une ouverture partielle de la fermeture. La mèche posée alors que la cicatrice sera utilisée pour combler cette ouverture et aider à la cicatrisation.

Si la plaie est ouverte (en cas d'infection) des soins infirmiers à domicile sont obligatoires avec simple changement de la mèche. Ces soins sont quotidiens et durent plusieurs semaines; ils consistent à changer le pansement (mèche) aidant à la cicatrisation. Ce pansement doit rester propre et l'apparition de douleur, d'inflammation ou de fièvre doit alerter et faire consulter à nouveau le chirurgien.

La reprise des activités physiques totales ne pourra se faire que plusieurs semaines après l'intervention.

Surveillance au long cours :

Aucune surveillance particulière n'est nécessaire en dehors des consultations post-opératoires qui démarrent un mois après l'intervention.

Un rasage ou dépilation du sillon interfessier est recommandé pendant la 1ère année, il pourrait réduire le risque de récive à long terme qui est estimé à environ 10% .