

Prise en charge post-opératoire des kystes pilonidaux

Oirda Samai, IDE stomathérapeute
Chirurgie A, Hôpital Jean Marcel, 83170 Brignolles

Maladie fréquente et bénigne, mais très invalidante, le sinus pilonidal est une cavité pseudo kystique localisée dans la région sacro-coccygienne qui touche préférentiellement les sujets masculins jeunes.

Le traitement principal est chirurgical, avec une technique qui dépend du stade de la maladie, suivi le plus souvent d'une cicatrisation dirigée. La récurrence est très élevée si la chirurgie n'est pas radicale.

Méthode :

Il est présenté dans ce poster 3 cas cliniques de patients présentant des kystes pilonidaux ayant bénéficié d'une excision chirurgicale. L'excision large du sinus pilonidal a laissé une perte de substance médiane importante, dans le pli inter-fessier. La cicatrisation dirigée a été choisie comme méthode de fermeture.

Pour ces 3 cas, le protocole de soins préconisait l'utilisation de SeaSorb® Soft - pansement alginat choisi pour sa forte capacité d'absorption - tout à fait adapté à ce type de plaies fortement exsudatives, surtout en postopératoire précoce. SeaSorb® Soft a été à chaque fois recouvert d'un pansement secondaire tel que Comfeel® Plus Transparent ou Biatain® selon le cas.

Pendant les deux premières semaines, les changements de pansement se faisaient tous les jours du fait de l'abondance des exsudats, puis tous les 3 jours jusqu'à la fin de la cicatrisation.

Cas n°1 : Jeune patient de 17 ans ayant eu une exérèse large monobloc jusqu'au fascia pré-sacré. Après 3 semaines, la perte de substance médiane dans le pli inter-fessier s'est comblée par du tissu de bourgeonnement et la cicatrisation complète a été obtenue en cinq semaines.

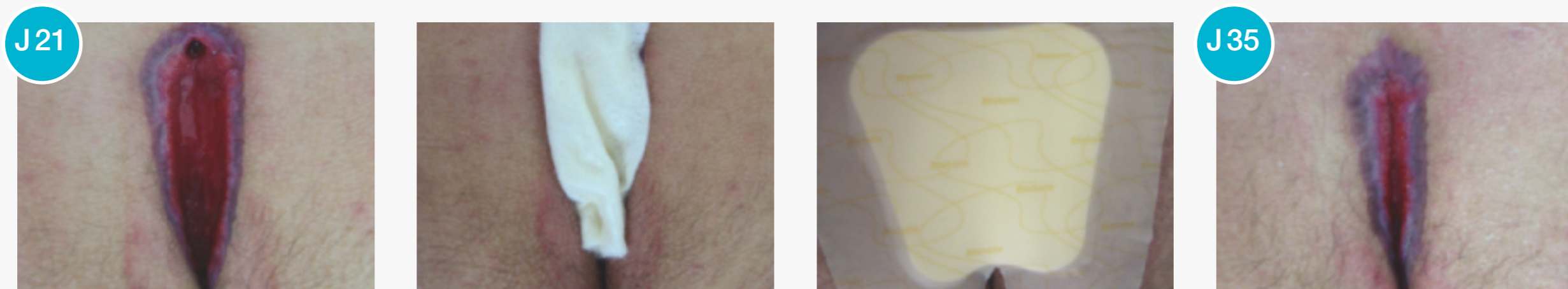


Cas n°2 : Il s'agit d'un patient de 24 ans réopéré suite à une récurrence d'un kyste pilonidal avec excision large. La résection emporte la cavité kystique, les trajets fistuleux ainsi que tous les orifices de sortie.

Une évolution favorable de la plaie avec apparition du tissu de granulation a été observée dès le 5^e jour après l'intervention. Le recombement de la perte de substance s'est fait en 3 semaines et la réépidermisation de la plaie 20 jours après.



Cas n°3 : Chez ce patient de 22 ans une exérèse large monobloc jusqu'au fascia pré-sacré a été réalisée. Cependant, la cicatrisation s'est compliquée d'un orifice fistuleux drainé par une fine mèche de SeaSorb® Soft. Les soins ont permis la disparition de cet orifice et la cicatrisation finale dans de bonnes conditions.



Pour les trois patients, la fermeture de la plaie a été obtenue au bout de 2 mois, sans aucune complication.

CONCLUSION : La durée de la cicatrisation, surtout lorsque l'excision est large, rend souvent la prise en charge de ces plaies post-opératoires difficile et souvent très mal tolérée par les patients. Cependant, elle est mieux acceptée lorsque les soins sont réalisés par des pansements atraumatiques, confortables et efficaces tels que SeaSorb® Soft.

