

**Dr Michel Vionnet**

Spécialiste F.M.H en chirurgie

Rue de Guillermaux 12

1530 Payerne



026/ 660 01 07



026/ 660 01 08



info@chirbroye.ch



www.chirbroye.ch

## FORMULE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

### POUR CURE DE KYSTE SACRO-COCCYGIEN ou SINUS PILONIDAL

M.

Madame, Monsieur,

#### **Vous serez prochainement opéré d'un kyste sacro-coccygien. De quoi s'agit-il ?**

Le kyste sacro-coccygien, aussi appelé sinus pilonidal, est une collection localisée sous la peau, située au niveau du sillon interfessier. Le terme de sinus pilonidal est plus approprié car il s'agit d'une cavité pseudo-kystique. Le terme de kyste sacro-coccygien est utilisé en raison de sa localisation et n'a aucune relation avec le sacrum ou le coccyx. Il communique avec la peau par de petits orifices appelés fossettes ou orifices primaires.

Il s'agit d'une affection fréquente qui touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune. Sa fréquence est de 1% chez l'homme et de 0,1% chez la femme.

Sa cause exacte n'est pas connue mais la théorie la plus vraisemblable est celle de l'invagination des poils dans le derme au niveau du sillon interfessier, créant une réaction inflammatoire au niveau du tissu sous-cutané dans lequel se forme une cavité.

Le sinus pilonidal peut se présenter sous deux formes.

1. Suppuration aiguë : il apparaît en quelques jours une tuméfaction inflammatoire et douloureuse. Cette tuméfaction peut se trouver sur la ligne médiane, dans le pli interfessier, ou se présenter sous forme d'extension latérale vers la fesse ou la marge anale. Cette présentation est la forme inaugurale dans 45 à 50% des cas.
2. Suppuration chronique : cette forme évolue habituellement par poussées inflammatoires plus ou moins intenses avec écoulement intermittent.

#### **Traitement :**

De nombreux traitements ont été proposés témoignant de la fréquence des échecs et des récurrences. Il faut distinguer la forme aiguë abcédée où le traitement consiste en une incision – drainage en urgence des autres formes de suppuration.

#### **Deux traitements principaux peuvent être proposés :**

1. Excision en bloc du sinus pilonidal avec fermeture primaire :  
Son but est d'enlever l'ensemble du kyste avec tous ses orifices primaires ou secondaires jusqu'à l'enveloppe musculaire sous-jacente. La plaie est ensuite refermée.
2. Excision complète du sinus pilonidal en laissant la plaie ouverte :  
On procède selon la même technique mais on laisse la nature faire une cicatrice et refermer la plaie.

Si la première technique permet une guérison plus rapide en deux à trois semaines, elle expose de par la fermeture à des complications, comme l'abcès ou la collection liquidienne (sérôme) qui nécessitent le plus souvent une réouverture d'une partie de la plaie pour drainage et soins locaux).

Cette technique ne met pas à l'abri d'une récurrence immédiate ou à long terme qui survient dans les 20% des cas.

La seconde technique évite ces complications mais demande des soins locaux plusieurs fois par jour jusqu'à la fermeture complète qui survient après 6 semaines, ou davantage. Cette plaie ne représente en aucun cas une invalidité pour le patient mais peut entraîner une gêne non négligeable.

L'intervention se déroule en anesthésie générale (narcose) ou loco-régionale (rachianesthésie), le patient étant couché à plat ventre. Elle peut parfois être réalisée en anesthésie locale.

**Complications non spécifiques de l'opération :**

Comme pour toute intervention, des complications générales telles que thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire ou infection peuvent survenir. Le risque de ces complications est inférieur à 1%. Pour lutter contre les risques de thrombose ou d'embolie, nous vous prescrivons, durant votre séjour à l'hôpital, des injections sous-cutanées d'un médicament qui prévient la formation de caillots sanguins.

**Complications spécifiques :**

Des saignements peuvent survenir, surtout dans la technique dite "ouverte", nécessitant rarement une reprise chirurgicale. Ce risque est inférieur à 1%. Dans la technique avec fermeture, ce risque est prévenu par les fils et la mise en place d'un tuyau de drainage. Des complications infectieuses, représentées par des abcès, peuvent apparaître dans 10% des cas avec la technique fermée. Parfois, il peut s'agir simplement d'une collection de liquide (sérôme).

**Suites post-opératoires :**

Après l'opération, vous serez hospitalisé durant environ 24 heures. Dès le lendemain de l'opération, vous serez autorisé à regagner votre domicile après s'être assuré de l'absence de complications au niveau du site opératoire.

- En cas d'opération avec fermeture primaire, vous aurez un tuyau de drainage qui sera enlevé entre 24 et 72 heures après l'opération.
- Si la plaie est laissée ouverte, vous commencerez des soins locaux dès le lendemain de l'opération avec des douches 4 à 6 x par jour.

Votre médecin traitant, qui suivra l'évolution de la plaie, procédera à l'ablation des fils entre 14 et 21 jours post-opératoires.

En cas de technique ouverte, vous serez vu en contrôle 1 x par semaine à notre policlinique pour surveillance de plaie jusqu'à fermeture complète.

Quatre semaines après l'opération, vous serez revu à mon cabinet de consultations pour un contrôle clinique post-opératoire.

L'arrêt de travail varie en fonction du type d'opération et de votre activité professionnelle. Il peut être estimé entre 2 et 3 semaines; il doit être et sera réévalué par votre médecin traitant selon l'évolution.

Si l'intervention est faite **sous narcose**, ou sous anesthésie loco-régionale, et si vous quittez l'hôpital le soir même, **vous ne serez pas autorisé à conduire**.

Surtout n'hésitez pas à nous poser des questions pour ce qui vous paraît important ou peu clair. Faites-nous également savoir si en ce qui concerne l'intervention vous souhaitez être mis au courant de manière la plus détaillée possible ou si au contraire vous préférez vous en tenir au strict minimum nécessaire. Enfin, nous vous conseillons de noter les questions que vous désirez nous poser.

*Certains médicaments phytothérapeutiques peuvent avoir des interactions avec des anesthésiants ou des anticoagulants, raison pour laquelle nous vous demandons de les stopper 15 jours avant votre opération*

Lieu et date :

signature du patient

signature du chirurgien