

# TRAITEMENT D'UN KYSTE (OU SINUS) PILONIDAL AVEC UN GEL ANTIBACTÉRIEN APRÈS INCISION ET DRAINAGE

Tanya Grant, infirmière thérapeute spécialisée en plaies, clinique de la plaie, Primary Care Trust, Centre Healthy Linving, Rochester.

**Le kyste, ou sinus, pilonidal est un kyste localisé le plus fréquemment au niveau du sillon interfessier et contient souvent un poil à l'origine de l'infection.**

La cause des kystes pilonidaux n'est pas clairement établie, mais le consensus actuel est que les kystes se formeraient par le sur-étirement et l'élargissement d'un follicule pileux dans sa crevasse d'origine, lequel est alors bloquée par la kératine et peut entraîner la rupture du follicule et l'infection avec la formation d'un abcès. Le poil contenu dans le follicule peut rester coincé sous la peau et causer davantage d'irritation et s'infecter (Bascom, 2008). Sondenaa et al (1995) rapporte l'évidence de certains facteurs de risque conjugués à la maladie : l'obésité, une activité sédentaire, une forte pilosité et des irritations locales ou un traumatisme.

## Traitement

Berry et Harding (1992) ont établi qu'une antibio-thérapie administrée oralement peut réduire le niveau bactériologique dans le sinus et réduit le risque de septicémie.

Al-Hassan et al (1990) remet en cause la fermeture primaire de la plaie après entaille excisée le long du sinus par suture. La chirurgie de recouvrement par lambeau est une autre option, souvent réservée aux patients qui ont un sinus pilonidal récurrent. Elle implique un donneur de peau et une formation aux instruments (Torkington, 2004). La formation d'abcès nécessite un traitement urgent et le sinus pilonidal doit être incisé et drainé, réduisant ainsi l'inflammation et vidant le pus. Le traitement chirurgical est généralement complété par une antibiothérapie orale.

## Gestion de la plaie

Suite à l'incision et au drainage, la plaie doit être soignée de manière à permettre la granulation (Miller et Harding, 2003). Traditionnellement, la plaie nécessite un changement de pansement quotidien avec un pansement absorbant. Des pansements d'alginate ou hydrofibres sont généralement utilisés, avec un pansement secondaire absorbant l'exsudat et aidant à prévenir des infections croisées.

## Rapports de cas

Sur le lieu de travail de l'auteur, une clinique spécialisée dans le soin des plaies, les patients avec une plaie post incision et drainage sur un kyste pilonidal sont courants et leurs plaies mettent souvent jusqu'à trois mois ou davantage pour guérir. Ce délai de guérison est difficilement attribuable aux infections et est possiblement dû à la création chirurgicale d'une plaie qui ne facilite pas le drainage (Marks et al, 2005). Cela peut causer un arrêt de travail, l'altération de l'image de son corps, une basse estime de soi, un effet sur les relations, et être une source de gêne (Bradley, 2006).

Dans cette clinique de la plaie, une courte étude a été effectuée sur l'utilisation de miel antibactérien comme pansement primaire au lieu d'utiliser de l'Aquacel (ConvaTec, Inckenham) recouvert d'une mousse pour gérer l'exsudat tel que le Mepilex Border (Mölnlycke, Göteborg) ou l'Allevyn adhésif (Smith & Nephew, Hull). La clinique voulait évaluer si l'utilisation d'un produit antibactérien entraînerait de meilleurs temps de guérison ainsi que de meilleurs résultats du point de vue des patients. C'est le gel antibactérien Medihoney (Comvita, Nouvelle-Zélande) qui a été utilisé. Il se présente sous la forme d'un gel à appliquer directement dans la plaie. Un miel antibactérien peut être envisagé dans presque tous les cas de sinus pilonidal après la chirurgie d'incision et de drainage, et ce parce qu'il peut éradiquer une infection, est anti-inflammatoire, supprime les mauvaises odeurs, débride et maintient un milieu humide dans la plaie propice à la cicatrisation (Bradley, 2006). Le miel antibactérien est utilisé comme pansement primaire avec un pansement secondaire pour absorber l'exsudat, et est atraumatique lors des changements de pansements.

Il a été demandé à trois patients, lors de leur visite initiale à la clinique, s'ils voulaient bien participer à cet essai clinique de 12 semaines. Tous ont consenti.

Les trois plaies ont été enduites de Medihoney comme pansement primaire et avec la même mousse adhésive comme pansement secondaire (du Mepilex Border ou de l'Allevyn adhésif). Aucun autre patient ne s'est présenté avec un sinus pilonidal durant les 12 semaines de l'essai clinique.

## Patient 1

Le patient était mince et en bonne santé et s'était présenté avec un abcès qui avait été incisé et laissé ouvert pour une cicatrisation secondaire et drainage. La plaie mesurait 2,5cm de long, 1cm de largeur et 2cm de profondeur (Figure 1). Il y avait un minimum

de tissu friable/sanglant avec 100% de granulation dans le lit de la plaie. L'exsudat était en quantité modérée. Le bord péri-lésionnel était intact et semblait sain, il n'y avait aucune mauvaise odeur.

Le patient a été traité avec le gel antibactérien Medihoney comme pansement primaire et avec une mousse absorbante adhésive comme pansement secondaire. Le patient a été soigné ainsi pendant 4 semaines, durée de guérison de sa plaie. Durant ces 4 semaines de traitement, le lit de la plaie est resté constant avec 100% de tissu de granulation. Une mauvaise odeur a été sentie lors d'un seul changement de pansement, sinon aucune odeur n'a pu être détectée. La douleur ressentie par le patient est resté à un niveau bas et n'était ressentie que lors des changements de pansement. Le niveau d'exsudat est passé de moyen à fort pendant les deux premières semaines, et a fortement diminué durant les deux dernières semaines du traitement, indiquant que la plaie avait progressé de l'étape inflammatoire vers la granulation (Figure 2). Le patient a trouvé confortables les deux pansements de gel Medihoney associé à la mousse absorbante.

Le patient n'a pas quitté la clinique avant trois autres semaines car pour la visite finale la plaie s'est rouverte à cause d'une pratique physique excessive. Le Medihoney n'a pas été nécessaire à ce stade de cicatrisation comme la plaie était relativement mineure.



Figure 1

Patient 1 lors de son évaluation initiale

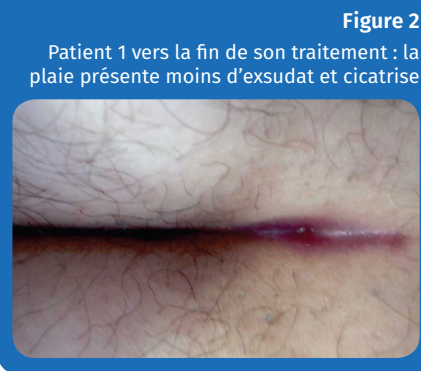


Figure 2

Patient 1 vers la fin de son traitement : la plaie présente moins d'exsudat et cicatrise

## Patient 2

Le patient 2 s'est présenté avec un abcès incisé et laissé ouvert pour cicatrisation secondaire et drainage. La plaie mesurait 4,4cm de long, 1,6cm de large et 2,7cm de profondeur (Figure 3). Le lit de la plaie était à 80% de granulation et 20% d'escarre. Le niveau d'exsudat était modéré. Le bord péri-lésionnel était sain et intact, avec toutefois une légère irritation le matin.

Le patient a été traité avec le gel antibactérien Medihoney comme pansement primaire et avec une mousse absorbante adhésive comme pansement secondaire. Le patient a été soigné ainsi pendant 5,5 semaines, durée de guérison de sa plaie. Durant le traitement, la plaie est passée de 10% d'escarre et 90% de granulation pendant une semaine à 90-100% de granulation avec 10% d'épithélialisation pendant les 4,5 autres semaines (Figure 4). Une mauvaise odeur a été sentie lors d'un seul changement de pansement. Aucune odeur n'a été sentie lors de tous les autres changements de pansement. Les niveaux d'exsudat sont passés de modérés à faibles au fil du traitement. Le patient ne s'est plaint d'une faible douleur qu'à mi parcours du traitement et ça s'est apparemment résolu tout seul. Le patient a trouvé confortables les deux pansements de gel Medihoney associé à la mousse absorbante.

Figure 3

Patient 2 lors de son évaluation initiale :  
80% de granulation - 20% d'escarre



Figure 4

Patient 2 vers la fin de son traitement



## Patient 3

Le patient 3 s'est présenté avec un abcès incisé et laissé ouvert pour cicatrisation secondaire et drainage. La plaie mesurait 2cm de long, 1cm de large et 0,5cm de profondeur (Figure 5). Le lit de la plaie était à 100% de granulation. Le niveau d'exsudat était modéré. Le bord péri-lésionnel était sain et intact, avec toutefois une légère irritation.

Figure 5

Patient 3 lors de son évaluation initiale



Figure 6

Patient 3 vers la fin de son traitement, ne présentant aucune profondeur dans le sinus



Le patient a été traité avec le gel antibactérien Medihoney comme pansement primaire et avec une mousse absorbante adhésive comme pansement secondaire. Le patient a été soigné ainsi pendant 2 semaines, et a pu quitter la clinique à ce terme comme sa plaie ne nécessitait aucun soin supplémentaire. Durant le traitement, le lit de la plaie est resté à 100% de granulation (Figure 6) et il n'y a eu aucune mauvaise odeur. La quantité d'exsudat était moyenne mais a diminué jusqu'à atteindre un niveau faible vers la fin du traitement. La seule plainte au sujet de la douleur a été émise dans les premiers jours du traitement, elle était faible et s'est atténuée rapidement. Le patient a trouvé confortables les deux pansements de gel Medihoney associé à la mousse absorbante.

## Conclusion

Le traitement d'un sinus pilonidal implique une incision suivie d'un drainage. La plaie nécessite alors une cicatrisation secondaire permettant la granulation dès le départ. Les trois cas de cette étude démontrent l'utilité du gel antibactérien Medihoney de par la cicatrisation des trois plaies en quelques semaines. Aucune des plaies ne s'est infectée durant le traitement et seule une douleur minimale a été exprimée par les patients. Les patients ont trouvé les pansements confortables et faciles à mettre en place. Le flux d'exsudat a été géré de manière adéquate par les pansements secondaires dans les trois cas, ce qui a allégé le travail des infirmières et réduit la préoccupation des patients. De plus, les odeurs ont été parfaitement contrôlées pour chacun des cas.

Bien que l'essai clinique ait été limité en nombre de cas, l'utilisation du Medihoney comme pansement primaire dans le traitement de plaies post-chirurgie de sinus pilonidaux a démontré l'amélioration

potentielle des résultats cliniques, comparée aux anciens protocoles de pansements utilisés sur ce groupe de patients. Ce nouveau protocole a permis aux patients de retrouver rapidement une bonne qualité de vie contrairement aux cas précédemment traités dans la clinique.

Suite aux résultats de cette étude, la clinique de la plaie où travaille l'auteur a introduit le Medihoney comme une alternative viable aux autres traitements utilisés jusque là. Un des bénéfices qui a été particulièrement apprécié est la réduction du temps de traitement.

Il n'y a pas eu de recherches effectuées sur les causes de la longue durée de traitement nécessaire à ce type de plaie pour guérir, à part le risque d'infection précédemment mentionné et les problèmes de drainage (Mark et al, 2005). C'est probablement la combinaison de la nature cavitaire de la plaie avec son emplacement dans une zone "transpirante". Le miel fonctionnerait bien du fait de ses propriétés antibactériennes et anti-inflammatoires. Toutefois, comme pour la plupart des pansements, il est nécessaire de faire davantage de recherches à ce sujet.

## Références

- Al-Hassan HK, Francis IM, Neglen P (1990) Primary closure or secondary granulation after excision of pilonidal sinus. *Acta Chirurgica Scandinavica* 156(10): 695-9
- Bascom J (2008) Surgical treatment of pilonidal disease. *Br Med J* 336: 842-3
- Berry DP, Harding KG (1992) Treatment of natal cleft sinus. *BMJ* 305(6848): 311
- Bradley L (2006) Pilonidal sinus disease: a misunderstood problem. *Wounds UK* 2(1): 43-53
- Marks J, Harding KG, Hughes LE, Ribeiro CD (2005) Pilonidal sinus excision - healing by open granulation. *Br J Surgery* 72(8): 637-40
- Sondenaa K, Anderson E, Nesvik I, Soreide JA (1995) Pt. Characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorect Dis* 10(1): 39-42
- Timmons J (2007) Diagnosis, treatment and nursing management of patients with pilonidal sinus disease. *Nurs Stand* 21(52): 48-56

Traduction :

Laboratoire BENEWMEDICAL, 2017