

LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION KYSTE PILONIDAL

CMP 01201
CIM-9 685

DÉFINITION

Le kyste pilonidal est une infection chronique causée par la pénétration d'un corps étranger dans les tissus sous-cutanés (habituellement des poils, mais il peut s'agir aussi d'autres matières organiques, dont la laine).

Nota : Seule une affection chronique donne droit à pension. Pour les besoins d'ACC, le terme « chronique » signifie que l'affection est présente depuis au moins six mois. Les signes et les symptômes tendent généralement à persister malgré les soins médicaux prodigués, mais à des degrés qui peuvent fluctuer au cours des six premiers mois et par la suite.

NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

La pathogenèse du kyste pilonidal a été vivement débattue au fil des années et, à l'heure actuelle, on penche en faveur d'une pathologie acquise plutôt que d'une anomalie congénitale :

(I) Anomalie congénitale

Chamberlain et Vawter (1974) ont étudié le tissu sous-cutané du sacrum et du coccyx d'enfants décédés de quatre ans et moins. Dans tous les cas, les sinus étaient en contact avec la peau, mais on n'a observé ni follicules pileux ni annexes cutanées. On a alors émis l'hypothèse que cette affection était d'origine congénitale, mais que des facteurs secondaires, tels que l'obésité, l'hirsutisme et un dérèglement endocrinien, étaient responsables de son développement.

(2) Pathologie acquise

Il y a de plus en plus de preuves selon lesquelles l'affection prendrait naissance dans les minuscules orifices ou cavités, parfois appelés sinus, observés le long de la ligne médiane du sillon interfessier de presque toutes les personnes atteintes. On suppose que la distorsion de follicules pileux est à l'origine de ces cavités.

Les sinus sont tapissés d'un tissu de granulation; ils évoluent souvent vers la constitution d'une cavité remplie de tissu de granulation et de poils. Si un sinus se referme temporairement, un kyste pilonidal demeure présent dans les tissus profonds. L'exacerbation aiguë de l'infection chronique évolue vers la formation d'un abcès pilonidal.

Même si le kyste pilonidal apparaît le plus souvent dans la région de la charnière sacro-coccigienne, des cas ont aussi été signalés au niveau de l'ombilic, de l'aisselle, du clitoris, de la plante du pied, du canal anal, ainsi que des plis interdigitaux des mains de coiffeurs pour hommes et des pieds d'ouvriers travaillant dans des usines de fabrication de matelas en crin.

Les activités sédentaires et de légers traumatismes constants au niveau de la région sacrée, comme ceux induits par la conduite d'un camion, sont des facteurs contributifs. Le kyste pilonidal était fréquent chez les conducteurs de jeep durant la Deuxième Guerre mondiale. On a alors avancé l'hypothèse que la position assise prolongée, dans un véhicule qui amortit très peu les chocs, entraînait l'inclusion des tiges de poils dans les follicules et dans les glandes des annexes cutanées, déclenchant ainsi une réaction infectieuse à un corps étranger, qui aboutissait à la formation d'un abcès dont la rupture, spontanée, entraînait la suppuration douloureuse du sinus.

L'affection touche surtout les jeunes hommes hirsutes présentant parfois un excès pondéral important.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le kyste pilonidal peut se présenter sous trois formes :

1. Kyste pilonidal avec abcès aigu — Ceux qui en sont atteints présentent habituellement une douleur modérée à sévère concomitante à une tuméfaction localisée dans la région du sacrum ou de la charnière sacro-coccigienne. En général, l'affection se manifeste d'abord par une infection aiguë qui peut se résorber définitivement.

2. Kyste pilonidal chronique - C'est la forme clinique la plus courante. Les personnes se présentent habituellement chez un médecin en se plaignant d'une tuméfaction suppurante et douloureuse à la base de la colonne vertébrale.

L'examen peut révéler la présence d'une cavité siégeant sur la ligne médiane du sillon interfessier, qui communique parfois avec de multiples orifices secondaires. À la palpation, il est possible de sentir la tête du sinus.

3. Kyste pilonidal compliqué ou récurrent - Il découle de la surinfection de follicules pileux avoisinants ou de l'introduction de poils dans la plaie, au cours du processus de guérison.

CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION

A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION

LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.

1. Kyste pilonidal d'origine congénitale

Les tenants de la théorie congénitale considèrent que même si le kyste pilonidal est d'origine congénitale, ce sont des facteurs secondaires tels que l'obésité et l'hirsutisme qui provoquent l'infection.

2. Exposition de la peau du sacrum à une friction constante avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

On entend par *friction constante*, la friction de la peau de la région sacrée contre le siège d'une jeep ou d'un véhicule similaire, qui se produit régulièrement pendant une période de trois mois et plus.

Pour que la friction constante soit considérée comme un facteur causal ou aggravant du kyste pilonidal, les signes/symptômes doivent survenir au cours d'une exposition à une telle friction ou dans les deux semaines environ suivant l'exposition.

3. Obésité présente au moment de l'aggravation de l'affection

Pour les fins d'ACC, le terme « obésité » désigne un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30. La table de l'IMC est présentée au chapitre portant sur les affections gastro-intestinales de la Table des invalidités.

IMC = poids en kg
taille en m²

L'obésité se définit comme une augmentation du poids corporel consécutive à l'accumulation de tissu adipeux. La définition exclut toute prise de poids découlant :

- d'un oedème
- d'un épanchement péritonéal ou pleural
- d'une hypertrophie musculaire

La pertinence de ce facteur est fondée sur la friction à laquelle est soumise la région fessière dans les cas d'obésité, tel que révélé par une étude menée auprès des membres du personnel de l'armée, dont la masse corporelle s'est accrue en moyenne de 3,2 kg sur une période de 11 années.

4. Exposition à des métiers favorisant l'introduction interdigitale de poils avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Dans le cas d'une exposition à des métiers favorisant l'introduction interdigitale de poils pouvant causer ou aggraver un kyste pilonidal, les signes/symptômes doivent être apparus au cours de l'exposition ou dans un délai d'environ deux semaines suivant l'exposition.

Les métiers suivants sont propices à l'introduction de poils et/ou de laine dans les plis interdigitaux des mains : coiffeurs pour hommes ou pour femmes, tondeurs de moutons et trayeurs.

5. Port d'une prothèse avant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Le port d'une prothèse peut entraîner l'inclusion des tiges des poils dans les follicules pileux et dans les glandes des annexes cutanées du moignon, provoquant ainsi une réaction infectieuse à un corps étranger et entraînant la formation d'un abcès.

6. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION

C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN PARTIE D'UN KYSTE PILONIDAL ET/OU DE SON TRAITEMENT

- Carcinome spino-cellulaire se développant aux dépens du kyste pilonidal

BIBLIOGRAPHIE

1. Australie. Department of Veterans Affairs : recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Chronic Pilonidal Sinus, où sont citées les références suivantes :
 - 1) Patel, M.R., Bassini, L., Nashad, R. and Anselmo, M.T., (1990) Barber's Interdigital Pilonidal Sinus of the Hand: A Foreign Body Hair Granuloma. *J. of Hand Surgery*, Vol. 15A, No: 4. July, 1990. p652.
 - 2) Karydakis, G.E., (1992) Easy and Successful Treatment of Pilonidal Sinus After Explanation of its Causative Process. *Aust. N.Z. J. Surg.*, Vol. 62. p385-386.
 - 3) Karydakis, G.E., (1973) New Approach to the Problem of Pilonidal Sinus. *The Lancet*. Vol. ii. Dec. 22, 1973. p1414-1415.
 - 4) Kitchen, P.R.B., (1982) Pilonidal Sinus: Excision and Primary Closure With a Lateralised Wound - the Karydakis Operation. *Aust. N.Z. J. Surg.*, Vol. 52. No:3. June, 1982. p302-305.
 - 5) Ellis, H. and Calne, R. (1987) Lecture Notes on General Surgery. 7th Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. p435-436.
 - 6) Patel, M.R., Bassini, L., Nashad, R. and Anselmo, M.T., (1990) Op cit. p653.
 - 7) Phillips, P.J. (1966) Web Space Sinus in a Shearer. *MJA*. Dec. 10. 1966. Vol. 2: p1152-1153.
 - 8) Woodward, W.W., (1965-1966) A Pilonidal Sinus of the Ear. *Aust. N.Z. J. Surg.* Vol. 35. p72-73.
2. JCN - December 1999. Wound Management. Pilonidal sinus wounds: the clinical approach. Retrieved Apr. 02, 2001, on the World Wide Web: