

INFORMATIONS AVANT INTERVENTION SUR KYSTE PILONIDAL

Vous allez être opéré d'un kyste pilonidal (ou kyste sacro-coccygien)

La maladie pilonidale est provoquée par la présence de poils dans le pli interfessier, qui pénètrent dans des fossettes enflammées par des phénomènes de friction.

Après une phase d'abcès drainée soit spontanément soit par une incision, la guérison définitive est une éventualité peu probable, ce qui conduit le plus souvent à proposer une intervention chirurgicale.

En l'absence d'intervention, le risque est la récurrence d'un abcès, qu'il faudra alors inciser en urgence (les antibiotiques sont inutiles voire dangereux), ou la persistance d'une suppuration chronique. Le risque de cancérisation à très long terme est exceptionnel.

Les examens complémentaires (radios) sont presque toujours inutiles.

Techniquement, plusieurs solutions chirurgicales existent, mais la plus simple et la plus fiable consiste, sous anesthésie, à enlever l'ensemble du kyste en passant au ras de la membrane qui recouvre le sacrum et le coccyx et à laisser la plaie ouverte. Les techniques de fermeture sont peu utilisées en première intention.

L'hospitalisation durera entre un et trois jours, selon la taille de la plaie. Les soins sont simples, basés sur un lavage doux de la plaie et une surveillance de la cicatrisation qui pourra être réalisée par un infirmier ou un membre de votre entourage, tout le temps de la cicatrisation qui prend au moins 7 à 12 semaines.

Les suites sont peu ou pas douloureuses. Les saignements au niveau de la plaie sont rares. Les infections de la plaie sont exceptionnelles en cas de plaie ouverte si les soins sont faits de façon attentive.

L'arrêt de travail nécessaire dure entre une et 6 semaines en fonction de la taille de la plaie et surtout de votre activité professionnelle. Les activités physiques doivent être suspendues 4 à 8 semaines.

Le risque de récurrence est de moins de 5%. Les résultats sont moins bons en cas de nécessité de ré-intervention pour échec ou récurrence.

Votre proctologue est à votre disposition pour toute question supplémentaire.

Je soussigné(e) M..... reconnais avoir été informé(e) par le Dr..... sur les risques de l'intervention décrite ci-dessus, avoir pu poser toutes les questions nécessaires et accepte que le Dr..... pratique cette chirurgie.

Date :

Signature