

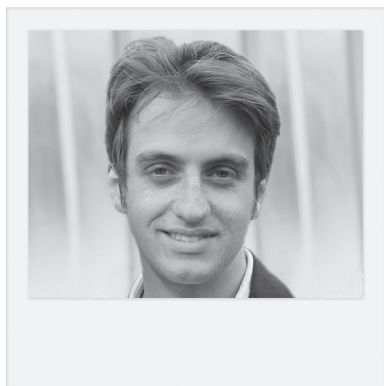
RECONSTRUCTION

Traitement des kystes pilonidaux multirécidivés et étendus par lambeau perforant glutéal en V-Y : une alternative thérapeutique de choix ?

RÉSUMÉ : Le traitement des kystes pilonidaux récidivants et étendus reste une intervention difficile. Les récurrences et de longs délais de cicatrisation sont fréquents. De nombreuses techniques ont été décrites, mais peu concernent des pertes de substances étendues. Nous présentons 4 cas de reconstructions de kystes pilonidaux multirécidivants et étendus par lambeau perforant glutéal (LPG) en V-Y.

La perte de substance (PDS) après exérèse était pour chaque cas de plus de 10 cm de largeur. Nous avons consigné la taille des défauts, celle des lambeaux de reconstruction, les complications postopératoires et à distance, les douleurs résiduelles, la sensibilité du LPG et le délai avant une reprise d'une activité professionnelle.

La durée moyenne d'évolution de la pathologie a été de 68,1 mois (30-160). Le nombre moyen de prises en charge chirurgicales préalables a été de 2,3 (1-5). Au total, cinq lambeaux ont été prélevés pour 4 patients. Aucune nécrose même marginale n'a été objectivée. Il y a eu deux lymphorrhées postopératoires et trois désunions superficielles traitées par soins locaux. En moyenne, la douleur résiduelle était de 1/10 et la sensibilité 1,6/4. Le délai moyen de la reprise d'une activité professionnelle a été de 31 jours.



→ **M. GIANFERMI**¹,
Q. QASSEMYAR^{1,2}

¹ CHU Nord, Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, AMIENS.

² Service de Chirurgie et reconstructrice, Gustave-Roussy, VILLEJUIF.

Le LPG utilisé en avancement V-Y est une alternative intéressante pour la reconstruction des vastes PDS après exérèse de kyste pilonidaux étendus et récidivants en comparaison aux techniques habituelles ou aux lambeaux perforants pédiculés. Sa réalisation est simple car sans temps microvasculaire, rapide et fiable. Dans les cas extrêmes, un prélèvement bilatéral peut être proposé.

Introduction

Le kyste pilonidal (KP) est une pathologie rare touchant 26/100 000 personnes [1]. Elle est à l'origine d'épisodes infectieux pouvant être aigus ou chroniques. Dans chaque cas, cette pathologie est

source de douleurs, d'inconfort, d'arrêt maladie itératifs et, pour les cas récidivants et étendus, source de souffrance psychologique et sociale [1].

La prise en charge de cette pathologie fait appel à une vaste palette de techniques de chirurgie reconstructrice, allant classiquement de la cicatrisation dirigée aux lambeaux locaux [2]. Ces derniers, en comparaison à la cicatrisation dirigée, permettent à 3 mois une nette amélioration de la qualité de vie, un raccourcissement du temps d'hospitalisation, une réduction des douleurs, une accélération du temps de cicatrisation et la reprise précoce des activités professionnelles sans pour autant majorer les infections postopératoires [3].

Nombre de lambeaux ont été décrits, traditionnellement : des lambeaux fascio-cutanés au hasard tels que Limberg, Dufourmentel, Karydakakis [4-6] des lambeaux ou musculocutanés. Le choix du type de reconstruction dépend de la taille de la perte de substance, du patient et des habitudes du chirurgien reconstructeur.

Dans les pathologies évoluées, une exérèse large est nécessaire pour diminuer le risque de récurrence. Elle doit passer en tissu sain, emporter tous les pertuis et les zones fibrosées par les poussées inflammatoires. Il en résulte des pertes de substance (PDS) régulièrement étendues et profondes. Leur reconstruction est alors difficile. Dans ces cas extrêmes, le chirurgien peut être tenté de freiner l'exérèse en cas d'insuffisance de solution de reconstruction locale. De cette problématique est née l'idée d'un lambeau non conventionnel et non limité par la taille de la PDS [7]. Nos cas portent sur les vastes PDS de la région sacrée secondaires à l'exérèse de KP.

Matériel et méthode

Nous avons revu rétrospectivement 4 patients dont la largeur des pertes de substances était au moins égale à 10 cm. La reconstruction n'était alors pas accessible par lambeau local de type Limberg *flap* ou par *off line* suture avec la technique de Karydakakis [4]. La reconstruction a fait appel pour chacun d'entre eux à un ou deux lambeaux perforants glutéal en V-Y (LPG).

Les patients revus ont été opérés entre novembre 2012 et juin 2013. Nous avons consigné le sexe, l'âge, l'intervalle d'évolution de la pathologie, le nombre de chirurgie préalable, le nombre de fistule, la taille des defects et des lambeaux de reconstruction, le temps opératoire, les complications postopératoires, les douleurs résiduelles, la sensibilité 0 étant l'absence de sensibilité et 4 une sensibilité normale (**tableau I**) et la satisfaction globale cotée sur 10. L'intervention a

Sensibilité	Cotation
0	• Anesthésie complète
1	• Sensibilité thermoalgique
2	• Test Weber supérieur à 1 cm
3	• Test Weber inférieur à 1 cm, différence subjective entre le lambeau et les tissus adjacents
4	• Sensibilité normale

TABLEAU I : Test de la sensibilité du lambeau coté de 0 à 4.

été pratiquée par 2 chirurgiens avec les mêmes indications et technique opératoire. Les patients étaient revus une fois par semaine par leur opérateur jusqu'à cicatrisation complète et systématiquement revus à 3 mois et/ou à la fin de la période de l'étude. Tous les patients ont été convoqués en septembre 2013 quelle que soit l'ancienneté de l'intervention.

1. Anatomie

La région glutéale est vascularisée par les branches issues de l'artère iliaque interne donnant l'artère glutéale inférieure, supérieure et l'artère lombaire.

Les descriptions anatomiques présentent leur émergence au sein de la région glutéale. L'étude des artères perforantes issues de ces axes vasculaires a permis de déterminer les zones de haute concentration en vaisseaux perforants. Elles sont principalement disposées en regard de la jonction entre le tiers proximal et le tiers médial de la ligne unissant l'épine iliaque postéro-supérieure (EIPS) et le grand trochanter pour celles issues de l'artère glutéale supérieure (SGA) [8]. Celles issues

de l'artère glutéale inférieure (IGA) sont préférentiellement situées 2,5 cm en dessous de la ligne perpendiculaire à celle unissant EIPS et le coccyx et se dirigeant vers le grand trochanter [9]. Enfin, pour la jonction entre la région glutéale et dorsale, l'artère lombaire participe également à la vascularisation par des artères perforantes et des anastomoses avec le réseau SGA.

Notons qu'entre les réseaux vasculaires dépendant des IGA et SGA il existe systématiquement des perforantes de petit calibre musculocutanées [9]. La région glutéale possède donc une haute densité d'artères perforantes. Cette particularité anatomique offre une grande liberté dans la planification de lambeaux perforants adjacents aux pertes de substances pré-sacrées.

2. Intervention

Deux opérateurs ont réalisé la totalité des interventions avec une technique chirurgicale comparable. La seule divergence consistait en la réalisation d'un Doppler préopératoire pour l'un des deux opérateurs afin de contrôler l'existence de perforantes au sein du lambeau (**fig. 1**).

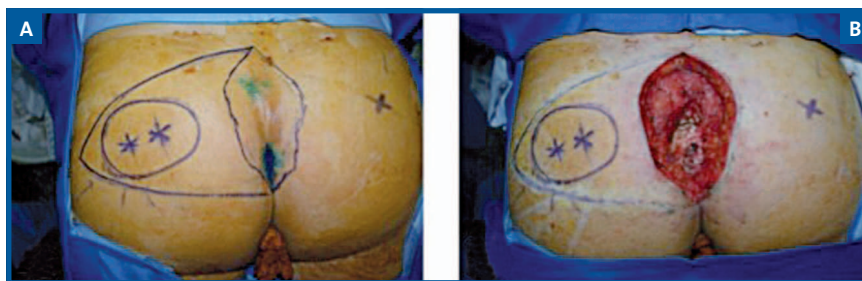


FIG. 1 : Repérage échographique préopératoire des artères perforantes (cas n° 1). **A** : Les deux perforantes repérées du côté droit sont incluses dans le lambeau. Nous ne conservons que celles dont le positionnement et le calibre sont optimaux. **B** : Vue peropératoire après exérèse du kyste pilonidal.

RECONSTRUCTION

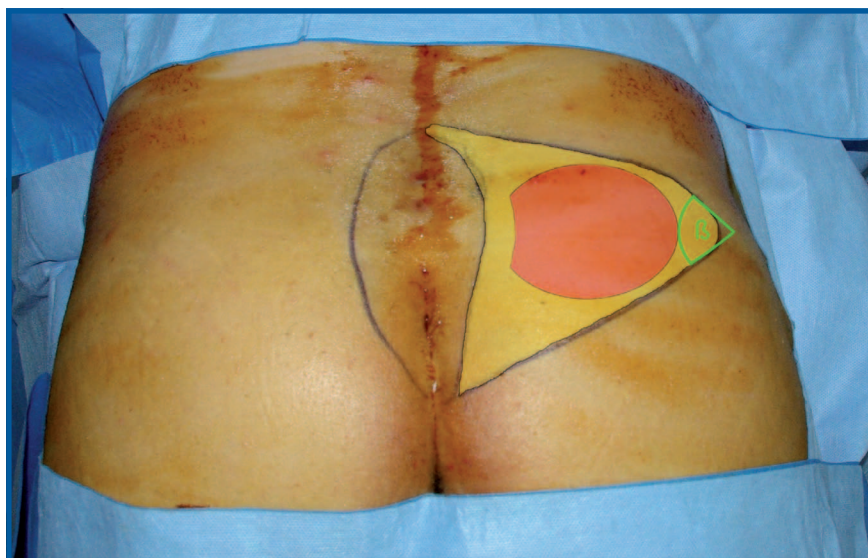


FIG. 2 : Dessin et spécificités du lambeau perforant glutéal modifié en V-Y (cas n° 2).
DESSIN PRÉOPÉRATOIRE. L'angle β doit être inférieur à 70° afin de minimiser la déformation de la zone donneuse. La zone en rouge est laissée attachée au muscle grand fessier tandis que la zone en jaune est détachée de celui-ci sous le plan aponévrotique pour faciliter la mobilisation du lambeau.

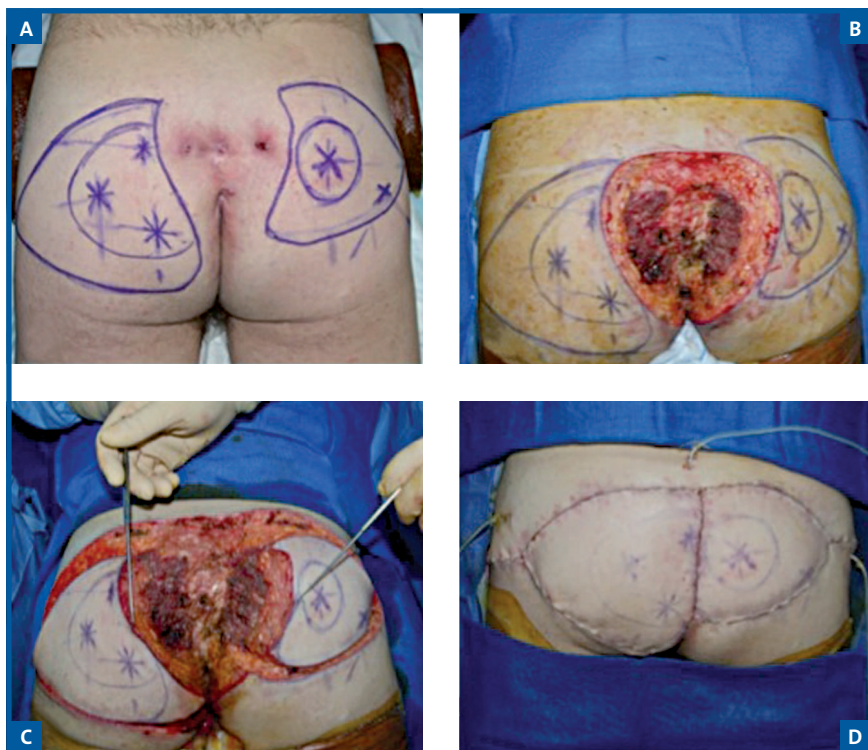


FIG. 3 : Les différentes étapes de reconstruction dans le cas d'un prélèvement bilatéral pour les PDS > 15 cm (cas n° 3). **A :** dessin préopératoire avec repérage des vaisseaux perforants. Le patient présente sept fistules et une pathologie étendue. **B :** vue après exérèse du kyste pilonidal. **C :** les lambeaux sont levés simultanément et leur détachement partiel du muscle grand fessier sous le plan de l'aponévrose musculaire facilite leur mobilisation. **D :** résultat postopératoire immédiat. Trois redons ont été positionnés : un dans chaque site donneur et un positionné en médian.

Les dessins étaient réalisés la veille. Le dessin de la PDS prévisible prenait soin d'inclure les fistules et les zones cicatricielles. Ensuite, était dessiné le lambeau de forme triangulaire, sa hauteur correspondait à celle de la PDS. L'angle en regard du site donneur était inférieur à 70° afin d'obtenir un compromis entre longueur cicatricielle et une fermeture sans tension du site donneur (**fig. 2**). Lors de vastes PDS, supérieures à 15 cm de grand axe, nous avons associé deux LPG (**fig. 3**).

L'intervention était réalisée sous anesthésie générale, le patient positionné en décubitus ventral. Un système de maintien latéral par adhésif permettait de déplisser le sillon interfessier. Le premier temps était celui de l'exérèse en bloc après injection de bleu de méthylène dans la ou les fistules présentes. La pièce était envoyée pour examen histologique afin de confirmer le diagnostic et préciser les limites de résection. La chirurgie a été large, atteignant en profondeur et en périphérie le tissu sain dans le but de minimiser le risque de récurrence.

Après ce temps d'exérèse, les dessins correspondant au lambeau étaient adaptés si nécessaire. Les berges du lambeau étaient infiltrées par un mélange de sérum adrénaliné. La dissection se poursuivait jusqu'à atteindre l'aponévrose musculaire du muscle grand fessier. Celle-ci était sectionnée, permettant ainsi une meilleure mobilisation du lambeau. Chacune des trois extrémités du lambeau était détachée du muscle dans le plan sous-aponévrotique. Le côté en rapport avec la PDS était également détaché de l'aponévrose du muscle grand fessier. Le reste du lambeau était ainsi laissé pédiculé en îlot sur les perforantes issues de l'artère glutéale supérieure ou inférieure selon sa localisation (**fig. 2**). Le site donneur était fermé en V-Y. Après quelques points de bâti avec du fil résorbable tressé, un surjet intradermique au monofilament

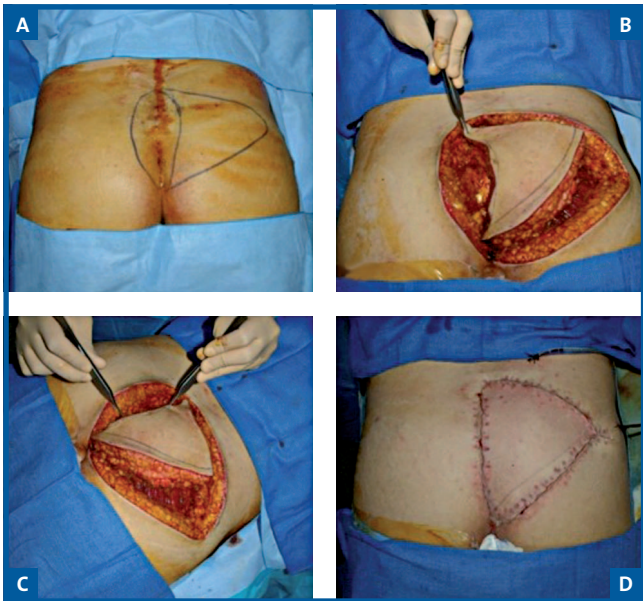


FIG. 4 : Les différentes étapes d'une reconstruction unilatérale pour les PDS < 15 cm (cas n° 2).

A : DESSIN PRÉOPÉRATOIRE. Lors de ce cas, nous avons déjà stoppé le repérage écho-Doppler des vaisseaux perforants. L'angle du sommet du triangle est bien inférieur à 70°. **B :** visualisation de la perte de substance et mobilisation du lambeau. L'aponévrose musculaire a été sectionnée sur toute la périphérie du lambeau pour faciliter sa translation. **C :** les points du lambeau sont détachés en sous-fascial permettant une meilleure mobilisation. **D :** résultat postopératoire immédiat après surjet intradermique.

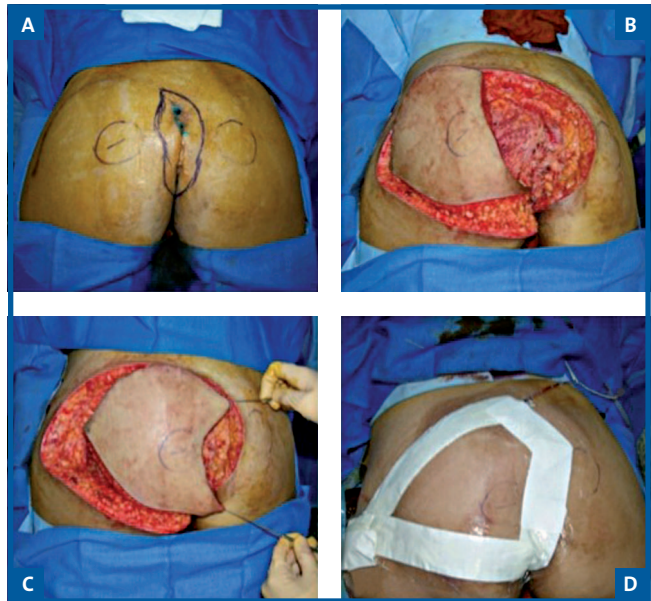


FIG. 5 : Reconstruction pour une perte de substance de 15 cm de base par lambeau perforant V-Y unilatéral (cas n° 4).

A : DESSIN PRÉOPÉRATOIRE avec les perforantes et l'exérèse prévisionnelle. **B :** PDS après exérèse du kyste pilonidal qui a été majoré par rapport au dessin initial. **C :** mobilisation du lambeau. **D :** résultat postopératoire immédiat. Pansement Tegaderm occlusif. Son utilisation autorise un isolement de la cicatrice d'éventuelles suture.

résorbable achevait la fermeture (**fig. 4**). Afin d'éviter toute contamination secondaire en postopératoire immédiat, la totalité des incisions étaient recouvertes de colle biologique (Dermabond). Puis des pansements imperméables de type Tegaderm étaient disposés sur les cicatrices en prenant soin de garder une fenêtre de surveillance de la palette cutanée du lambeau (**fig. 5**).

Une antibiothérapie était instaurée en postopératoire adaptée aux prélèvements préopératoires ou probabilistes par amoxicilline et acide clavulanique pendant 15 jours, en l'absence de résultats bactériologiques antérieurs et si aucun antibiotique n'avait été pris pendant les 3 derniers mois. La reprise de la marche fut autorisée dès le lendemain de l'intervention. Une thromboprophylaxie par HBPM pendant 10 jours était administrée. Le décubitus dorsal et la position assise furent proscrits pen-

dant les 10 premiers jours. Le patient était informé de ces directives avant sa sortie.

Résultats

Quatre cas ont été revus en septembre 2013. Sur les 4 cas, il y a 3 hommes pour 1 femme. L'âge moyen a été de 39,5 ans (26 à 54 ans) La durée moyenne d'évolution de la pathologie a été de 85 mois (38 à 160 mois). Le nombre moyen de prises en charge chirurgicale préalables a été de 2,8 (2-5). Il y avait en moyenne 3,3 fistules (2-7). Le suivi moyen a été de 4,1 mois (2-8,7). Au total, cinq lambeaux ont été prélevés pour les 9 patients. La taille moyenne de la PDS, considérée comme une ellipse, était de 20 × 15,2 cm (16 × 10 à 26 × 22 cm) pour une surface moyenne de 252,5 cm² (125,7 cm² à 449,25 cm²).

La durée moyenne opératoire était de 85,5 min (55 à 127 min). Le temps d'hospitalisation moyen a été de 5,5 jours (3 à 9 jours).

Tous les lambeaux ont survécu sans nécrose partielle ou totale. Il y a eu deux lymphorrhées postopératoire et trois désunions superficielles au niveau du sommet du lambeau (côté du site donneur) traitées par soins locaux.

La reprise du travail s'est faite en moyenne 31 jours après l'intervention (21 à 45 jours). Lors de la dernière consultation de contrôle, l'EVA moyenne au repos était de 1 sur 10 (0-2).

La sensibilité moyenne du lambeau était cotée à 1,5 sur 4 (1-3). La moyenne de satisfaction esthétique a été de 7,8 sur 10 (7-9) et la satisfaction globale a été de 7,5 (5-10). Nous n'avons constaté aucune récurrence infectieuse.

RECONSTRUCTION

Discussion

1. À propos de la technique

Il n'existe pas de consensus concernant la physiopathologie ou la prise en charge médicale du kyste pilonidal du sillon interfessier. Les traitements médicaux ont montré une efficacité relative pour une pathologie limitée [10]. Dans les formes récidivantes et diffuses, la solution chirurgicale est habituellement retenue. Une exérèse emportant la totalité des tissus atteints ainsi qu'une diminution de la profondeur du sillon interfessier permettent de diminuer le risque de récurrence [3].

Pour les PDS petites à modéré, diverses solutions sont proposées. La cicatrisation dirigée est un choix possible avec un taux de récurrence comparable aux autres techniques employant les lambeaux, pour autant elle nécessite un temps de cicatrisation significativement plus long [3]. Or, celui-ci est source de douleurs, de gêne sociale, de longs arrêts de travail et d'un surcoût secondaire aux soins locaux itératifs et prolongés.

Au contraire, les lambeaux locaux où la fermeture déportée de la ligne médiane *off line suture* permettent une cicatrisation primaire plus rapide, moins douloureuse et mieux tolérée par le patient [3]. Et ce d'autant plus que la cicatrisation primaire après une exérèse bien conduite ne majore pas le risque infectieux local ou le risque de récurrence [3].

Nous avons décidé de mener cette étude sur les vastes PDS supérieures à 10 cm en largeur. La cicatrisation dirigée est alors difficilement acceptable de par la longueur des soins et la rétraction cicatricielle en résultant. La reconstruction par lambeau est alors impérative, sa taille et le souci de préservation du site donneur nous ont fait choisir les lambeaux perforants sans conservation de pont cutané plutôt que les lambeaux locaux (Limberg, bilobé, transposition) [6].

En effet, les lambeaux dits "au hasard" ne répondent pas aux critères de reconstruction de vastes PDS, de par leur vascularisation précaire pour de grandes surfaces à reconstruire et leur mobilisation réduite secondaire à la conservation d'une attache cutanée. Les lambeaux musculocutanés sont envisageables mais laissent des séquelles du site donneur importantes. Ainsi, le prélèvement du muscle grand fessier répond à ce type de reconstruction mais au prix de séquelles fonctionnelles importantes. Les lambeaux libres n'ont pas leur place dans cette indication car les tissus adjacents à la PDS sont d'excellents sites donneurs. Les lambeaux perforants par la qualité de leur vascularisation et leur potentielle grande taille permettent de répondre aux impératifs de reconstruction des PDS. La reconstruction se fait alors en un seul temps opératoire tout en minimisant les séquelles fonctionnelles de site donneur.

Au sein même de ce groupe, nous retrouvons les lambeaux locaux fiabilisés par l'inclusion d'une perforante en leur base qui sont intéressants pour les petites et moyennes pertes de substance [11]. Néanmoins, pour de plus grandes PDS, les contraintes techniques et esthétiques imposent l'utilisation de lambeaux perforants vrais, sans pont cutané, de type *propeller*, transposition ou avancement V-Y [12]. Les lambeaux perforants de transposition ou *propeller* nécessitent une individualisation complète de l'artère perforante, ce qui majore le temps opératoire et le risque de lésion vasculaire compromettant la survie du lambeau.

Les *propeller* issus des perforantes du SGAP présentent l'avantage d'une cicatrice bien placée et longitudinale. Néanmoins, cette technique ne pourrait être utilisée ici, le site donneur ne pouvant être fermé en première intention [12]. C'est ainsi que le lambeau perforant V-Y nous semble être le meilleur compromis pour les vastes PDS [13].

À la lumière des études anatomiques sur les perforantes de la région glutéale [8, 9] et animées d'un souci d'efficacité et de fiabilité de ce procédé de reconstruction, nous avons affiné le lambeau glutéal V-Y perforant. Ce procédé permet d'associer les avantages des lambeaux perforants, à savoir leur mobilité et leur fiabilité vasculaire sans avoir pour autant les inconvénients d'une dissection microvasculaire.

Un autre avantage de ne pas disséquer le pédicule vasculaire réside dans la conservation des branches nerveuses sensibles, rendant ce lambeau sensible contrairement à d'autres études [14]. Nous avons donc privilégié un lambeau conservant une attache large au muscle grand fessier qui fiabilise son prélèvement, conserve des branches nerveuses issues du nerf glutéal inférieur tout en diminuant le temps opératoire.

Pour les vastes PDS, la base du lambeau était large. Celle-ci autorisait l'intégration de vaisseaux perforants, issus des artères glutéales inférieures ou glutéales supérieures [9]. Nous avons optimisé notre dessin pour inclure soit la région du tiers supérieur des fesses, soit le tiers inférieur siège de l'émergence des vaisseaux perforants (**fig. 2**).

Le lambeau en V-Y a déjà été décrit pour la reconstruction après exérèse de kyste pilonidal [15]. Khatri *et al.*, en 1994, furent les premiers à utiliser ce lambeau dans cette indication [16]. Mais ces études concernaient des pertes de substance plus limitées sans étude écho-Doppler préopératoire ni de décollement des berges pour faciliter la mobilisation du lambeau.

Dans notre série, lorsque la reconstruction faisait appel à un seul lambeau, la cicatrice était déportée et le sillon interfessier comblé. Ces deux éléments ont démontré leur efficacité dans la diminution des risques d'infection et de récurrence postopératoire [3, 6]. Pour le patient n° 3,

la reconstruction a fait appel à deux LPG permettant un comblement de l'espace mort, du sillon interfessier mais avec une cicatrice relativement médiane. Pour autant, aucun événement infectieux n'a été noté dans les suites.

Nous préférons une reconstruction par double lambeau perforant pour les PDS supérieures de 15 cm de base afin de diminuer la tension cicatricielle et la déformation du site donneur. La **figure 5** représente les différents temps de reconstruction d'une PDS de 15 cm de base. Pour Ay *et al.* [17], dès que la base de la PDS est supérieure à 10 cm, il préconise un double lambeau V-Y. Grâce aux modifications techniques décrites précédemment, les lambeaux prélevés dans notre série offrent une plus grande surface utile pour la reconstruction. Les reconstructions des pertes de substances allant jusqu'à 15 cm sont alors accessibles par l'utilisation d'un seul lambeau LPG (**fig. 5**).

Initialement, nous réalisons un repérage écho-Doppler préopératoire afin de s'assurer de la présence de perforantes artérielles au sein du lambeau quelle que soit la taille de la PDS à traiter. Il en existait systématiquement deux ou plus (**fig. 1**). En regard des différentes études anatomiques, de la grande surface des lambeaux et du décollement limité aux extrémités, ce repérage nous a paru inutile car la surface en regard du muscle grand fessier incorpore

obligatoirement des perforantes musculocutanées, même de faible diamètre [9].

2. À propos des résultats

Le temps opératoire moyen a été de 85,6 minutes. Il était dans la moyenne haute des autres études utilisant des lambeaux V-Y de plus petite taille et sans dissection extensive du lambeau.

Nous avons privilégié une décharge de courte durée, inférieure à 24 heures. La reprise de travail a été possible grâce à un temps de cicatrisation contenu, en moyenne de 31 jours. Ce résultat est comparable à d'autres études [15].

Nous avons évalué, lors de la dernière consultation de septembre 2013, la sensibilité du lambeau. Une moyenne de 1,6 (1-3) a été notée (**tableau I**). Toutes les reconstructions présentaient au minimum une sensibilité de protection. Le cas 1 dont le recul était le plus important présentaient les meilleurs résultats avec une sensibilité subnormale. Il serait ainsi intéressant de réévaluer chaque cas à distance. Une période de 18-24 mois postopératoire permettrait d'objectiver une repousse neuronale et une amélioration de la sensibilité.

Concernant les douleurs résiduelles lors de la consultation de contrôle finale, elles étaient en moyenne de 1/10 sur l'échelle

EVA. Ces résultats sont comparables à ceux d'autre étude [18].

La satisfaction globale était acceptable, cotée à 7,5/10. En ce qui concerne l'aspect esthétique, la note obtenue est de 7,8/10. Cette dernière semble augmenter avec le recul. Malgré le bénéfice fonctionnel de cette reconstruction, la rançon cicatricielle reste importante. Pour le quatrième cas, il existait une déformation glutéale, qui s'est atténuée les mois suivant l'intervention (**fig. 6**). Concernant la qualité cicatricielle, cette région anatomique ne nous a pas posé de problème particulier, et ce d'autant plus qu'elles se trouvent cachées dans les sous-vêtements. Cette technique sera vraisemblablement mieux acceptée chez un homme hirsute que chez une femme.

Notre série présente les résultats de reconstruction de PDS sacré secondaire à l'exérèse de KP dont la surface moyenne est la plus importante reportée à ce jour. Celles-ci mesuraient en moyenne 252,5 cm² contre 82,3 à 124,1 cm² [12] pour d'autres auteurs.

Nous rapportons également la plus grande taille moyenne de lambeau, que cela soit par leur base (18,6 cm) ou leur surface (404,2 cm²) [12, 14, 15, 17-19].

3. À propos des complications

Nous n'avons constaté aucune complication majeure menant à une reprise chirurgicale.

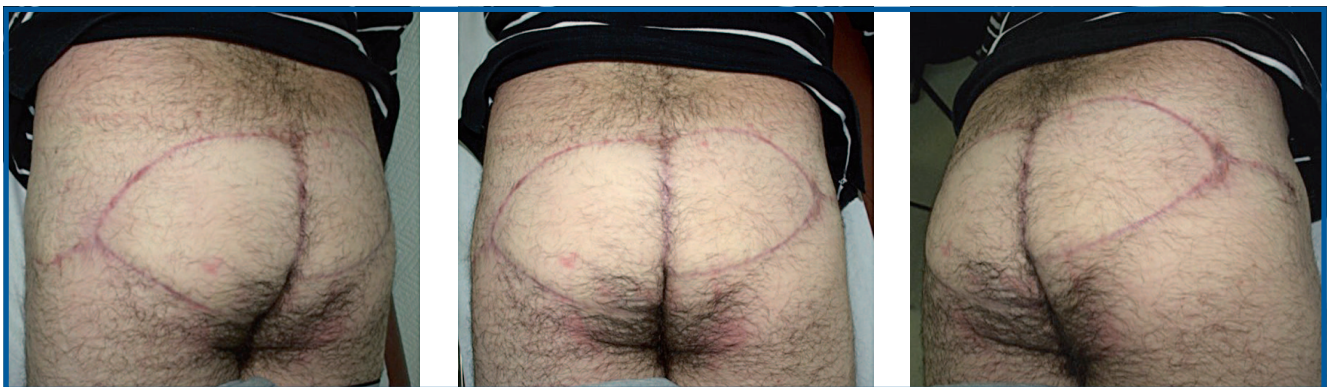


FIG. 6 : Aspect postopératoire à 3 mois (cas n° 3). Nous remarquons une bonne évolution cicatricielle. Il existe d'ors et déjà un remodelage de la zone glutéale qui retrouve partiellement un galbe naturel qu'elle avait perdu en postopératoire immédiat.

RECONSTRUCTION

gicale ni de souffrance de lambeau, quelle que soit leur taille. Les autres auteurs utilisant le lambeau V-Y dans cette indication retrouvent un taux de complication similaires pour des tailles de lambeau restant inférieures [15-19].

Pour autant, 3 patients sur 4 ont présenté des complications jugées comme mineures. Il y avait trois désunions limitées à la zone donneuse traitées par soins locaux exclusifs sans signe infectieux et deux épisodes de lymphorrhée chez ces mêmes patients. Ce taux de complication reste plus élevé que dans d'autres études, mais une majorité ne répertoriaient pas ou ne considéraient pas ces événements comme une complication [12, 15, 18].

Concernant les lambeaux perforants dont les pédicules sont totalement isolés, selon les études, les complications sont globalement majorées de 0 à 60 % [12-14].

Nous exposons des résultats avec un faible recul de 4,1 mois en moyenne, il convient de continuer le suivi car un recul minimum de 4 ans est nécessaire pour objectiver plus de 75 % des récurrences [20]. Néanmoins, nous avons obtenu une cicatrisation complète et rapide dans chaque cas avec une nette amélioration de la qualité de vie. Les patients n'ont plus besoin de porter des protections ou de changer les pansements, parfois plusieurs fois par jour. *A contrario*, des interventions précédentes qui ne les avaient pas soulagé aussi rapidement et efficacement que cette dernière.

Conclusion

Le lambeau perforant gluteal V-Y dans les reconstructions des vastes pertes de substance après résection de KP permet d'associer les avantages des lambeaux perforants pédiculés à ceux des lambeaux locaux. Sa palette cutanée de grande taille, sa fiabilité vasculaire, sa facilité de prélèvement, les séquelles de site donneur limitées et la conservation

POINTS FORTS

- ➞ Indication du LPG en V-Y pour des PDS sacrées étendues non accessibles aux techniques habituelles.
- ➞ Dessin préopératoire définit par la PDS.
- ➞ L'angle du LPG en regard du site donneur doit être inférieur à 70°.
- ➞ Dissection sous-aponévrotique sans temps microvasculaire permettant la mobilisation du lambeau vers la PDS.
- ➞ Pour les PDS supérieures à 15 cm de largeur, associer deux lambeaux LPG.

d'une sensibilité – le tout sans temps de dissection microvasculaire – en font une alternative thérapeutique de choix dans la reconstruction des KP évolués ou multirécidivés. Néanmoins, le recul reste modeste. Le suivi devra être continué afin de confirmer ces résultats préliminaires.

Bibliographie

1. SONDENAA K, ANDERSEN E, NESVIK I *et al*. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis*, 1995;10:39-42.
2. HULL TL, WU J. PILONIDAL disease. *Surg Clin North Am*, 2002;82:1169-1185.
3. AL-KHAMIS A, McCALLUM I, KING PM *et al*. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010;CD006213.
4. KARYDAKIS GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg*, 1992;62:385-389.
5. EL-KHATIB HA, AL-BASTI HB. A perforator-based bilobed fasciocutaneous flap: an additional tool for primary reconstruction following wide excision of sacrococcygeal pilonidal disease. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2009;62:494-498.
6. AKIN M, GOKBAYIR H, KILIC K *et al*. Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: long-term results in 411 patients. *Colorectal Dis*, 2008;10:945-948.
7. QASSEMYAR Q, ASSAF N, ALHARBI M *et al*. Are perforator flaps a good alternative for treating pilonidal sinuses? *Am J Surg*, 2012;204:554.
8. KOSHIMA I, MORIGUCHI T, SOEDA S, KAWATA S *et al*. The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. *Plast Reconstr Surg*, 1993;91:678-683.
9. KANKAYA Y, ULUSOY MG, ORUC M *et al*. Perforating arteries of the gluteal region: anatomic study. *Ann Plast Surg*, 2006;56:409-412.
10. KAYAALP C, AYDIN C. Review of phenol treatment in sacrococcygeal pilonidal disease. *Tech Coloproctol*, 2009;13:189-193.
11. DARWISH AM, HASSANIN A. Reconstruction following excision of sacrococcygeal pilonidal sinus with a perforator-based fasciocutaneous Limberg flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2010;63:1176-1180.
12. KORAMBAYIL PM, ALLALASUNDARAM K, BALAKRISHNAN T. Perforator propeller flaps for sacral and ischial soft tissue reconstruction. *Indian J Plast Surg*, 2010;43:151-157.
13. SCHROGENDORFER KF, HASLIK W, ASZMANN OC *et al*. Prospective evaluation of a single-sided innervated gluteal artery perforator flap for reconstruction for extensive and recurrent pilonidal sinus disease: functional, aesthetic, and patient-reported long-term outcomes. *World J Surg*, 2012; 36:2230-2236.
14. ACARTURK TO, PARSAK CK, SAKMAN G *et al*. Superior gluteal artery perforator flap in the reconstruction of pilonidal sinus. *J PLAST RECONSTR AESTHET SURG*, 2010;63:133-139.
15. SARAY A, DIRLIK M, CAGLIKULEKCI M *et al*. Gluteal V-Y advancement fasciocutaneous flap for treatment of chronic pilonidal sinus disease. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 2002;36:80-84.
16. KHATRI VP, ESPINOSA MH, AMIN AK. Management of recurrent pilonidal sinus by simple V-Y fasciocutaneous flap. *Dis Colon Rectum*, 1994;37:1232-1235.
17. AY A, AYTEKIN O, AYTEKIN A. Interdigitating fasciocutaneous gluteal V-Y advancement flaps for reconstruction of sacral defects. *Ann Plast Surg*, 2003;50:636-638.
18. SUNGUR N, KOCER U, UYSAL A *et al*. V-Y rotation advancement fasciocutaneous flap for excisional defects of pilonidal sinus. *Plast Reconstr Surg*, 2006;117:2448-2454.
19. DYLIK ON, BEKEREÇİODLU M. Role of simple V-Y advancement flap in the treatment of complicated pilonidal sinus. *Eur J Surg*, 1998;164:961-964.
20. DOLL D, KRUEGER CM, SCHRANK S *et al*. Timeline of recurrence after primary and secondary pilonidal sinus surgery. *Dis Colon Rectum*, 2007;50:1928-1934.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.