



HAL
open science

Le sinus pilonidal : analyse descriptive et retentissement opérationnel au sein d'une population militaire française de 2013 à 2018

Mathieu Hoarau

► To cite this version:

Mathieu Hoarau. Le sinus pilonidal : analyse descriptive et retentissement opérationnel au sein d'une population militaire française de 2013 à 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03019761

HAL Id: dumas-03019761

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019761>

Submitted on 23 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Le sinus pilonidal : Analyse descriptive et retentissement opérationnel au sein
d'une population militaire française de 2013 à 2018**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2020

Par Monsieur Mathieu HOARAU

Né le 27 février 1993 à Saint-Denis (LA REUNION)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Élève de l'École du Val-de-Grâce – Paris

Ancien élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERDAH Stéphane

Président

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce MORAND Jean-Jacques

Assesseur

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce AIGLE Luc

Assesseur

Monsieur le Docteur AGOUSTY Maxime

Directeur

Monsieur le Docteur MONCHAL Tristan

Co-Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Le sinus pilonidal : Analyse descriptive et retentissement opérationnel au sein
d'une population militaire française de 2013 à 2018**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Octobre 2020

Par Monsieur Mathieu HOARAU

Né le 27 février 1993 à Saint-Denis (LA REUNION)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Élève de l'École du Val-de-Grâce – Paris

Ancien élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur BERDAH Stéphane

Président

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce MORAND Jean-Jacques

Assesseur

Monsieur le Professeur agrégé du Val-de-Grâce AIGLE Luc

Assesseur

Monsieur le Docteur AGOUSTY Maxime

Directeur

Monsieur le Docteur MONCHAL Tristan

Co-Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
 ALDIGHERI René
 ALESSANDRINI Pierre
 ALLIEZ Bernard
 AQUARON Robert
 ARGEME Maxime
 ASSADOURIAN Robert
 AUFFRAY Jean-Pierre
 AUTILLO-TOUATI Amapola
 AZORIN Jean-Michel
 BAILLE Yves
 BARDOT Jacques
 BARDOT André
 BERARD Pierre
 BERGOIN Maurice
 BERLAND Yvon
 BERNARD Dominique
 BERNARD Jean-Louis
 BERNARD Pierre-Marie
 BERTRAND Edmond
 BISSET Jean-Pierre
 BLANC Bernard
 BLANC Jean-Louis
 BOLLINI Gérard
 BONGRAND Pierre
 BONNEAU Henri
 BONNOIT Jean
 BORY Michel
 BOTTA Alain
 BOURGEADE Augustin
 BOUVENOT Gilles
 BOUYALA Jean-Marie
 BREMOND Georges
 BRICOT René
 BRUNET Christian
 BUREAU Henri
 CAMBOULIVES Jean
 CANNONI Maurice
 CARTOUZOU Guy
 CAU Pierre
 CHABOT Jean-Michel
 CHAMLIAN Albert
 CHARPIN Denis
 CHARREL Michel
 CHAUVEL Patrick
 CHOUX Maurice
 CIANFARANI François
 CLAVERIE Jean-Michel
 CLEMENT Robert
 COMBALBERT André
 CONTE-DEVOLX Bernard
 CORRIOL Jacques
 COULANGE Christian
 DALMAS Henri
 DE MICO Philippe
 DESSEIN Alain
 DELARQUE Alain
 DEVIN Robert
 DEVRED Philippe
 DJIANE Pierre
 DONNET Vincent
 DUÇASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
 DUMON Henri
 ENJALBERT Alain
 FAVRE Roger
 FIECHI Marius
 FARNARIER Georges
 FIGARELLA Jacques
 FONTES Michel
 FRANCES Yves
 FRANCOIS Georges
 FUENTES Pierre
 GABRIEL Bernard
 GALINIER Louis
 GALLAIS Hervé
 GAMERRE Marc
 GARCIN Michel
 GARNIER Jean-Marc
 GAUTHIER André
 GERARD Raymond
 GEROLAMI-SANTANDREA André
 GIUDICELLI Roger
 GIUDICELLI Sébastien
 GOUDARD Alain
 GOUIN François
 GRILLO Jean-Marie
 GRISOLI François
 GROULIER Pierre
 HADIDA/SAYAG Jacqueline
 HASSOUN Jacques
 HEIM Marc
 HOUEL Jean
 HUGUET Jean-François
 JAQUET Philippe
 JAMMES Yves
 JOUVE Paulette
 JUHAN Claude
 JUIN Pierre
 KAPHAN Gérard
 KASBARIAN Michel
 KLEISBAUER Jean-Pierre
 LACHARD Jean
 LAFFARGUE Pierre
 LAUGIER René
 LE TREUT Yves
 LEVY Samuel
 LOUCHET Edmond
 LOUIS René
 LUCIANI Jean-Marie
 MAGALON Guy
 MAGNAN Jacques
 MALLAN- MANCINI Josette
 MALMEJAC Claude
 MARANINCHI Dominique
 MARTIN Claude
 MATTEI Jean François
 MERCIER Claude
 METGE Paul
 MICHOTÉY Georges
 MIRANDA François
 MONFORT Gérard
 MONGES André
 MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCA VARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEJ Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE S4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)

DANIEL Laurent (PU-PH)

FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)

GARCIA Stéphane (PU-PH)

XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)

GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)

LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)

MACAGNO Nicolas (MCU-PH)

MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

POUGET Benoît (MCF)

VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)

DRANCOURT Michel (PU-PH)

FENOLLAR Florence (PU-PH)

FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*

DUBOURG Grégory (MCU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)

NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)

DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)

BRUDER Nicolas (PU-PH)

LEONE Marc (PU-PH)

MICHEL Fabrice (PU-PH)

VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)

GABERT Jean (PU-PH)

GUIEU Régis (PU-PH)

OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)

FROMNOT Julien (MCU-PH)

MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)

ROMANET Pauline (MCU-PH)

SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY-MOZZICONACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (PU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ;MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4 805

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE -PSYCHOLOGIE CLINIQUE , PSYCHOLOGIE SOCIALE E16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE

Monsieur le Médecin Général Inspecteur Yves AUROY

Médecin chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Médaille de la Défense Nationale – OR

Monsieur le Médecin Chef des Services de classe normale

Mehdi OULD-AHMED

Médecin chef adjoint de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

Monsieur le Médecin Chef des Services Hors classe

Philippe REY

Coordinateur pédagogique de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte Anne

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chef du service de pathologie digestive

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des palmes académiques

A notre président du Jury de Thèse

Monsieur le Professeur BERDAH Stéphane

Vous nous faites le grand honneur d'assurer la présidence de notre jury
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez voulu porter à notre travail
Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profond respect

Aux membres du Jury de Thèse

Monsieur le Professeur MORAND Jean-Jacques

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger de notre travail
Votre intérêt pour notre travail nous honore
Veuillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements

Monsieur le Professeur AIGLE Luc

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail
Nous vous remercions de faire partie de ce jury, et de nous avoir consacré votre
attention
Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération

A nos Directeurs de Thèse

Monsieur le Docteur AGOUSTY Maxime

Vous nous faites le grand honneur de votre soutien, de votre disponibilité dans la
direction de notre travail

Nous vous remercions de votre bienveillance au cours de ce travail mais également
lors de notre stage en unité

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance

Monsieur le Docteur MONCHAL Tristan

Vous nous faites le grand honneur de votre soutien, de votre disponibilité dans la
direction de notre travail

Nous vous remercions profondément pour votre disponibilité et vos conseils

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance

À mes parents qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici grâce à leur soutien infaillible et leur amour.

À ma sœur et mon frère qui, malgré la distance, ont su m'épauler durant toutes ces années (et me supporter...).

À Julie, la plus fidèle amie qui soit, qui m'a soutenu dans ce travail et avec qui les dernières années sont passées très vite grâce à sa joie de vivre.

À Aude, Gabriel et Mathilde, pour ces merveilleux moments passés et ceux à venir.

À Camille, Léon, Samuel, Vincent, Raphaël, Clément, Victor, Erwin, Lucas, Nelly, Laura LB, pour tous ces moments qu'on a pu partager pendant ces dernières années et à tous ces moments que l'on partagera.

À tous mes amis de l'ESA que je ne peux citer par manque de place.

À toute la promotion Médecin Inspecteur Général Edmond DELORME, à l'USID.

À ma famille « Tradi », des plus anciens aux plus jeunes.

Au VI de la boîte, chez qui la bonne humeur régnait malgré les quelques défaites.

À mes amis du lycée militaire d'Autun, en particulier Benjamin et à nos 3 ans d'internat en commun.

À Mr MARCHESI, professeur de sciences de la vie et de la terre, au lycée militaire d'Autun.

Aux services qui ont su m'accueillir et ont fait de moi le soignant que je suis aujourd'hui : la cardiologie, la médecine interne, le SAU, la dermatologie et le service médical de l'escadrille des sous-marins nucléaires d'attaque.

À mes co-internes qui ont rendu cet internat très agréable sous le soleil toulonnais.

À Melissa, son sourire et sa bonne humeur dont je ne me lasserai jamais.

À tous ceux que j'ai oubliés.

**Le sinus pilonidal : analyse descriptive et retentissement
opérationnel au sein d'une population militaire française de
2013 à 2018.**

Pilonidal disease: Descriptive analysis and strategical consequences in a French
military population from 2013 to 2018.

Sommaire

Résumé.....	3
Introduction.....	5
Rappels.....	5
Définition.....	5
Épidémiologie.....	7
Etiopathogénie.....	8
Moyens thérapeutiques.....	9
Soutien médical en opération.....	12
Matériels et méthode.....	14
Résultats.....	15
Caractéristique de la population.....	15
Prise en charge chirurgicale.....	18
Conséquence opérationnelle.....	22
Caractéristique de la population « récidive ».....	22
Discussion.....	23
Conclusion.....	28
Références bibliographiques.....	29

Résumé :

Introduction : Le sinus pilonidal, encore appelé kyste sacro-coccygien, est une pathologie fréquente touchant préférentiellement l'homme jeune. D'allure bénigne, cette pathologie pose de nombreux problèmes du fait de l'absence de traitement idéal. Les suites de soins sont longues et les récurrences fréquentes. Des études ont été réalisées sur des populations de militaires, mais aucune dans l'armée française. Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude était de décrire les caractéristiques de prise en charge et l'impact de la survenue d'une infection d'un sinus pilonidal au sein d'une population de militaire français. L'objectif secondaire était d'identifier d'éventuels facteurs de risque inhérents à la spécificité du militaire.

Méthode : Il a été réalisé une étude descriptive rétrospective sur une population de militaire français ayant présenté un sinus pilonidal infecté. Les données démographiques, chirurgicales et l'impact professionnel ont été recueillis.

Résultat : Le militaire touché est jeune avec un âge moyen de 25 ans, plus souvent en surpoids et fumeur. Les catégories des militaires du rang et des sous-officiers semblent être majoritairement concernées. La durée moyenne de cicatrisation varie de 51,7 à 66,7 jours, selon le type de chirurgie et la durée moyenne d'indisponibilité varie de 71 à 100 jours. Hormis une faible incidence dans la catégorie des officiers, il n'a pas été retrouvé de facteurs de risques spécifiques au militaire.

Conclusion : Le sinus pilonidal a un impact professionnel important. Cette pathologie a des conséquences spécifiques en contexte militaire, source d'évacuations médicalisées et d'indisponibilité opérationnelle.

Mots-clés : Sinus pilonidal – Militaire – Cicatrisation – Complication postopératoire

Summary :

Introduction : Pilonidal disease is a common disease among young males. The recovery may be prolonged and the optimal surgical treatment is unknown. Studies based on military population exist but none among French service members. The main objective of this work was to describe the characteristics and the management of pilonidal disease in a French military population. The secondary objective was to identify possible risk factors inherent to the military specificities.

Methods : A retrospective observational study was conducted on a French military population between 2013 and 2018. Demographic, surgical data and professional impact was analyzed.

Results : Affected service members were more likely young, 25 years old on average, overweighted and smoker. Troopers and noncommissioned officer are more likely to be affected. The mean healing time was 51,7 to 66,7 days, depending on the type of surgery, and the mean length of unavailability was 71 to 100 days.

Conclusion : Pilonidal disease has an important professional impact. In military settings, this may lead to potential strategical consequences with a significant number of medical evacuation and operational unavailability.

Key words : Pilonidal disease – Military – Healing time – Postoperative complication

Introduction

Le sinus pilonidal, encore appelé kyste sacro-coccygien, est une pathologie fréquente touchant préférentiellement l'homme jeune. Elle se caractérise par un pseudo-kyste des parties molles sous-cutanées, majoritairement situé au niveau de la région sacro-coccygienne, pouvant s'infecter, se fistuliser à la peau et se chroniciser. D'allure bénigne, cette pathologie pose de nombreux problèmes du fait de l'absence de traitement idéal. Les suites de soins sont longues et les récurrences fréquentes, faisant peser sur le patient une problématique médico-sociale importante. Le militaire ne semble pas échapper à cette règle.

Quelques études, turques et américaines se sont intéressées aux sinus pilonidaux chez les militaires. En France, une étude retraçant les motifs de rapatriement en métropole des militaires pour raison médicale a mis en évidence que 15,6% des motifs infectieux et chirurgicaux étaient des sinus pilonidaux(1).

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques de prise en charge et l'impact de la survenue d'une infection d'un sinus pilonidal au sein d'une population de militaire français. L'objectif secondaire est d'identifier d'éventuels facteurs de risque inhérents à la spécificité du militaire.

Rappels

Définition

La première description du sinus pilonidal remonte à 1833 par Mayo(2), anatomiste et physiologiste britannique, mais il faut attendre 1880 pour voir sa première dénomination actuelle décrite par Hodges provenant du latin « pilus » et « nidus » pour désigner cette cavité contenant des poils(3). Improprement appelé kyste sacro-coccygien du fait de sa localisation préférentielle au niveau du sillon interfessier, l'appellation maladie pilonidale ou sinus pilonidal doit lui être préférée en raison de sa nature histologique qui repose sur une formation pseudokystique à bords granulomateux(4). Il s'agit d'une affection fréquente représentant 15% des suppurations de la région anopérinéale(5). Souvent méconnue du fait de son caractère

bénin, la maladie pilonidale n'en reste pas moins une affection occasionnant des douleurs et une altération de la qualité de vie avec un retentissement socioprofessionnel(6).

Sur le plan clinique, la maladie pilonidale peut-être asymptomatique, correspondant à une forme quiescente sans abcès ni écoulement, caractérisée par la présence d'un pertuis avec présence de poils. Elle peut se manifester de manière aiguë lors de la constitution d'un abcès (Figure 1) ou se chroniciser (Figure 2) avec alors, une symptomatologie variable comprenant des écoulements intermittents. À l'examen clinique, le sinus pilonidal siège sous la peau, en général à la partie haute du sillon interfessier, en regard du coccyx ou du sacrum, à une distance de 4 à 10 cm de l'anus, sur la ligne médiane, et souvent de façon asymétrique(7). Il ne communique pas avec le canal anal. La présentation clinique typique de la maladie pilonidale est la mise en évidence de fossettes communiquant avec une cavité profonde d'où peuvent sortir des débris pilaires facilement retirables à la pince(8).



Figure 1 - Sinus pilonidal abcédé en haut du sillon interfessier

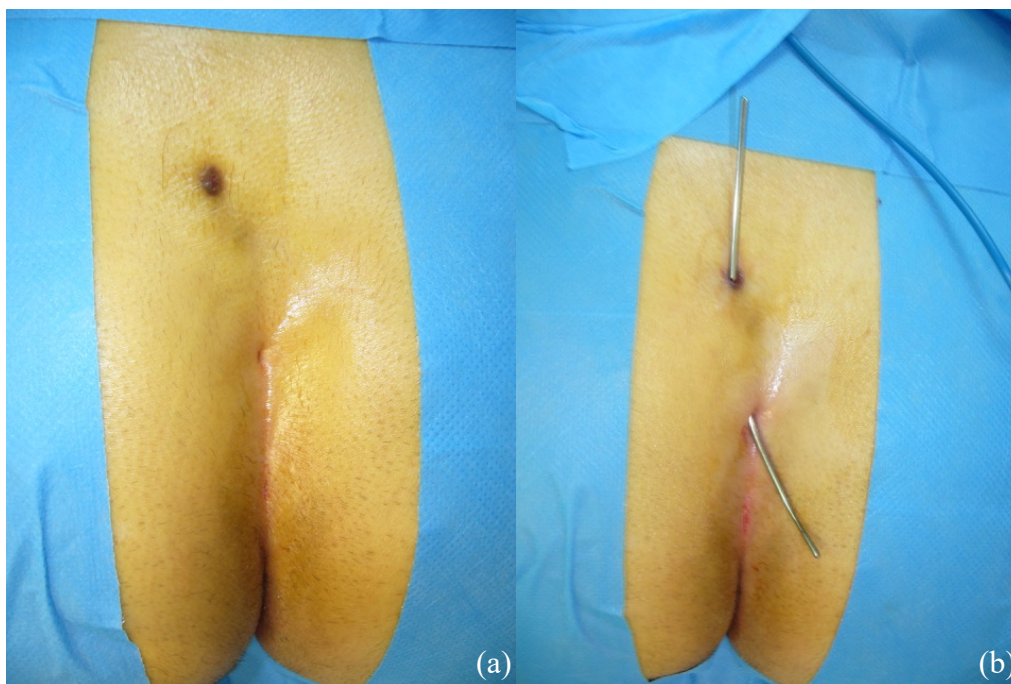


Figure 2 - Sinus pilonidal chronique présentant une fossette du sillon interfessier et un pertuis fistulisé à distance
(a), stylet montrant la communication (b).

Épidémiologie

La maladie pilonidale est communément appelée la « maladie du jeune », car elle survient principalement entre 15 et 30 ans(9). Elle est exceptionnelle avant la puberté et au-delà de 40 ans(10). Elle atteint 0,7% à 1% de la population masculine civile avec un âge moyen de survenue de 25 ans(6,11). Le sex-ratio homme/femme est de 2,2(12).

À ce jour, les facteurs de risques identifiés dans la littérature sont le sexe masculin, l'obésité, la station assise prolongée, une pilosité accrue et une mauvaise hygiène(13,14).

Une étude américaine tend à montrer une survenue plus précoce et des taux de récurrence plus élevés chez les cas possédant des antécédents familiaux de maladie pilonidale(15).

Un rapport américain rapporte des taux plus élevés d'incidence chez les conducteurs d'engins motorisés, renforçant l'appellation apparue lors de la seconde guerre mondiale de « jeep seat disease »(16). Ce même rapport montre que sur une période de 7 années, les taux d'incidence les plus élevés correspondaient à une période de fort déploiement en mission opérationnelle(17).

Dans la population militaire, une étude américaine montre un taux d'incidence de 1,9 cas pour 1000 patients-années(17). Cette incidence peut monter jusqu'à 9% dans une étude turque(18). Plus récemment, une étude rétrospective sur une population de militaires allemands a montré une augmentation de l'incidence de 0,3 cas pour 1000 en 1985 à 2,4 cas pour 1000 en 2007(19).

Une étude de l'armée israélienne a identifié des groupes à plus hauts risques tels que les « combattants hommes » et les femmes conductrices d'engins motorisés(20).

Étiopathogénie

L'étiopathogénie de cette maladie reste à ce jour controversée entre une théorie dite « congénitale », historique et une théorie dite « acquise » plus contemporaine.

Théorie congénitale :

Cette théorie mettrait en avant des anomalies de formation du tissu sous-cutané dérivé des feuillets neuroblastiques au niveau du raphé médian, à l'origine des fossettes coccygiennes(6). La présence de fossettes asymptomatiques et la notion de forme familiale appuient cette hypothèse, cependant de nombreux arguments la mettent à mal, notamment l'absence de vestiges cellulaires, embryologiques ou ectodermiques lors de l'analyse histologique, ainsi que la récurrence malgré une exérèse complète(6,15).

Théorie acquise (Figure 3) :

Cette théorie plus récente, consacrant au follicule pileux le premier rôle, a émergé lors de la description d'une pathologie similaire au niveau des espaces interdigitaux chez des barbiers par Patey et Scarf en 1946(21). Ce serait la pénétration progressive d'un poil sous la peau, favorisée par l'association de facteurs extrinsèques, tels que des microtraumatismes, qui serait à l'origine d'une réaction inflammatoire, puis de la formation d'une cavité pseudokystique(8). D'autres auteurs pensent que les fossettes sont en réalité des follicules pileux distendus et élargis du fait de contraintes telles que des frictions, comme cela peut se voir chez les conducteurs d'engins(7).

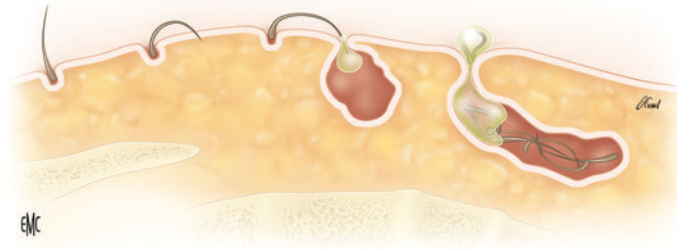


Figure 3 - Schéma de la théorie acquise(8)

Sur le plan histologique, il est observé une formation pseudokystique à bord granulomateux dans le tissu sous-cutané de la région sacro-coccygienne, contenant des débris pilaires(4).

Sur le plan bactériologique, en plus des germes cutanés de type staphylocoques habituellement en cause dans les suppurations des parties molles, la présence de germes digestifs anaérobies et bacilles à gram négatif est fréquemment retrouvée, témoignant d'une contamination locale fécale(22).

Moyens thérapeutiques

Seules les formes symptomatiques nécessitent un traitement, qui repose alors sur la chirurgie dans l'immense majorité des cas(7). Différentes techniques chirurgicales existent. Les caractéristiques de la procédure idéale sont d'avoir une cicatrisation rapide (permettant un retour à la vie active le plus précocement), d'avoir un taux de récurrence le plus bas possible et d'être le moins délabrant possible. Or il n'y a pas de consensus sur cette procédure idéale. Les techniques présentées dans les différentes études sont nombreuses, portant sur des effectifs faibles, avec des durées de suivi variables et sont ainsi peu comparables(7).

Dans le cadre d'un sinus pilonidal à la phase aiguë, c'est-à-dire abcédé, il peut être réalisé des techniques conservatrices comme une simple incision avec drainage ou une incision avec drainage et curetage, mais cette dernière reste controversée(23). L'avantage de l'incision avec drainage est sa possibilité de réalisation sous anesthésie locale, avec un taux de récurrence de 40,2% à 60 mois(24).

Dans le cadre d'un sinus pilonidal à la phase chronique, plusieurs techniques d'exérèse existent, elles se différencient notamment par leur technique de fermeture (cicatrisation dirigée, fermeture partielle, fermeture totale avec ou sans réalisation de

lambeaux) (Figure 4 et Figure 5). Lors des exérèses avec cicatrisation dirigée, la cicatrisation doit se faire du fond de la plaie à la surface et se réalise donc à l'aide de méchage quotidien jusqu'à cicatrisation complète afin d'éviter la surinfection ou le cloisonnement responsable de non-guérisons ou de récives. Concernant les techniques d'exérèse avec fermeture, la fermeture médiane peut-être réalisée dans le cadre de petites plaies. Cependant la profondeur de la plaie expose à un risque de désunion en raison de la suture en zone sous tension. De plus, une méta-analyse a mis en évidence un taux de récive de 67,9% à 240 mois(24). Ainsi, d'autres techniques de fermetures ont vu le jour, que ce soit des techniques de fermetures paramédianes (type Karydakis(25) ou Bascom(26)) ou la réalisation de plasties (lambeau rhomboïdal « LLL » de Limberg ou Dufourmentel, en « V-Y », en « Z »)(7). Ces plasties et leurs variantes sont plus ou moins complexes ce qui pourrait expliquer qu'elles soient moins réalisées(7).



Figure 4 - Exérèse sans fermeture à J0.

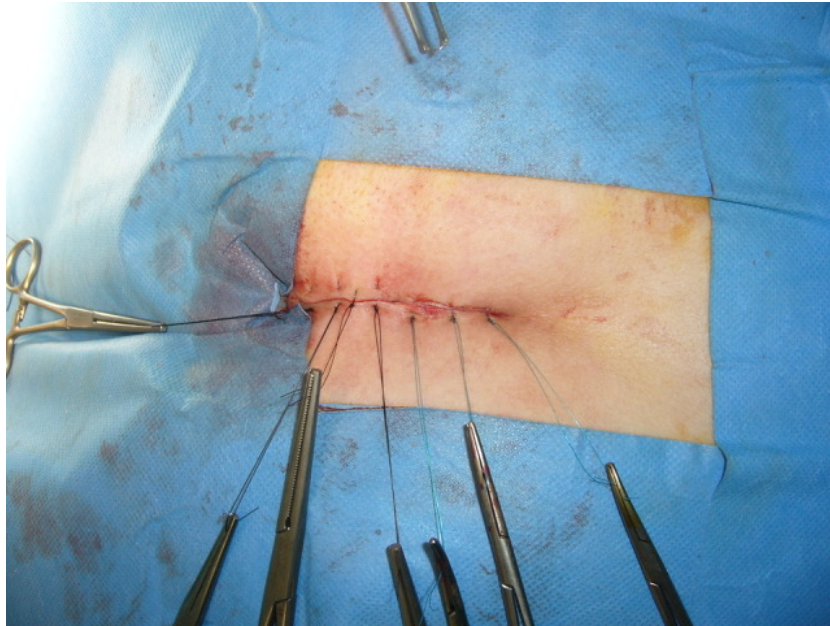


Figure 5 - Exérèse avec fermeture primaire.

Un algorithme synthétique de prise en charge du sinus pilonidal symptomatique proposé par De Parades et al.(7) est représenté sur la Figure 6.

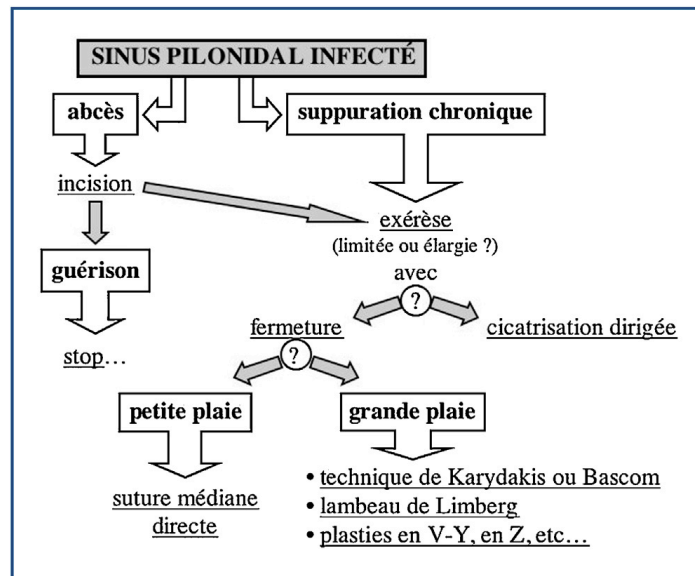


Figure 6 - Stratégie thérapeutique face à un sinus pilonidal infecté.(7)

Soutien médical en opération

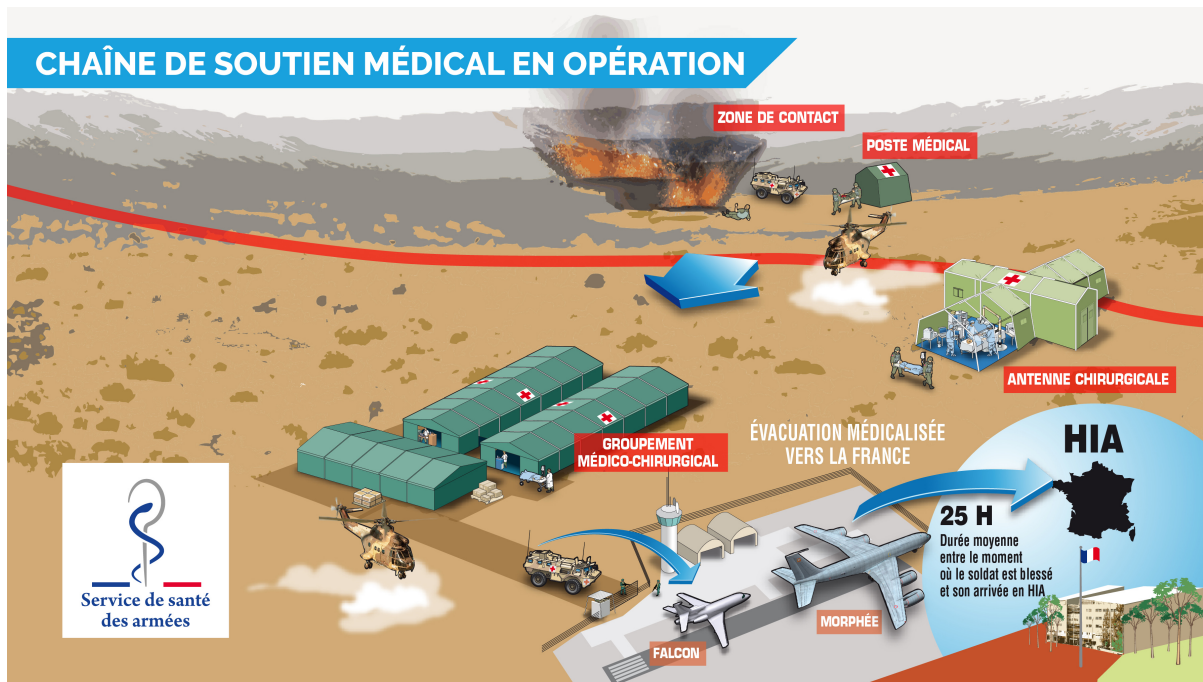


Figure 7 - Illustration de la chaîne de soutien médical en opération

Sur les théâtres d'opération, le concept français de prise en charge des blessés consiste à amener au plus près des combattants, des médecins, chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs pour traiter les malades et blessés. Le but est d'offrir aux militaires blessés les meilleures chances de survie et de récupération fonctionnelle. Pour assurer ce système dit de « médicalisation de l'avant », plusieurs structures médicochirurgicales ponctuent le cheminement du blessé dans la chaîne de soutien santé.

En premier lieu, le poste médical, unité opérationnelle de niveau 1 ou « rôle 1 » est la plus petite structure médicalisée déployée. Sa composition varie en fonction de la mission et il est intégré à l'unité de combat soutenue.

Le « rôle 2 » ou antenne chirurgicale correspond à une unité médicale opérationnelle de niveau 2 permettant de pratiquer la réanimation et des gestes chirurgicaux de sauvetage afin de limiter les séquelles et de stabiliser le blessé en vue de son évacuation. Déployable en moins de 3 heures, l'antenne chirurgicale est une formation transportable par voie aérienne. Elle offre un bloc opératoire, une salle de réanimation et dix lits d'hospitalisation. Pour la Marine Nationale, cette antenne se décline sous la forme d'un élément chirurgical embarqué à bords des bâtiments équipés de blocs opératoires (porte-avions et porte hélicoptère amphibie).

L'unité médicale de niveau 3 ou « rôle 3 » correspond à l'hôpital médico-chirurgical (HMC). La capacité d'hospitalisation est de 15 à 60 lits. En plus de blocs opératoires et d'équipements d'imagerie et de biologie médicale plus développés, des spécialités supplémentaires (neurochirurgie, ophtalmologie, cabinet dentaire) peuvent venir renforcer cette unité.

Les huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA) constituent les unités médicales opérationnelles de niveau 4 ou « rôles 4 ». Ils sont situés sur le territoire métropolitain et pratiquent, en plus de leur activité de service public hospitalier conventionnel, le traitement définitif et la rééducation des blessés.

Entre chacun de ces différents « rôles », le blessé bénéficie d'une assistance médicale constante par des équipes d'évacuation médicalisée (MEDEVAC). Ces MEDEVAC sont dites « tactiques » lorsqu'elles sont réalisées entre les différents rôles sur le théâtre d'opérations ou « stratégiques » lors du rapatriement en métropole(27).

Ces structures assurent la prise en charge des blessures de guerre bien sûr, mais aussi de toutes les urgences médico-chirurgicales conventionnelles du théâtre, notamment les urgences infectieuses comme une appendicite ou dans le cas présent un sinus pilonidal infecté.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective. La période d'inclusion s'étendait du 01/01/2013 jusqu'au 31/12/2018 soit une période de 6 ans. Les patients inclus étaient tous des militaires français ayant présenté un sinus pilonidal infecté, identifiés à partir de plusieurs bases de données : registre des rapatriements sanitaires en opération, bases de données du service médical du Porte-Avion Charles de Gaulle (PACDG), du service médical des forces sous-marines, et enfin base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne de Toulon. Pour cette dernière, les actes chirurgicaux QBFA007 (Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier) et QBPA001 (Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier) sont utilisés.

Pour chaque patient, les données démographiques comprenant les facteurs de risques (âge, sexe, poids, taille, antécédents personnels de sinus pilonidal ou autres, tabagisme), les données professionnelles (grade, ancienneté, spécialité), les données chirurgicales (MEDEVAC, date/type/lieu d'intervention, durée d'hospitalisation, durée de cicatrisation, durée d'arrêt de travail, les complications éventuelles) et l'impact professionnel, comme le débarquement d'un bâtiment, le non-départ en mission ou la mise en congé de longue maladie (CLM), contenues dans leur dossier informatique ou dans leur livret médical étaient recueillies.

La récurrence était définie par une nouvelle prise en charge chirurgicale (incision ou exérèse) alors qu'une exérèse avait déjà eu lieu. Si un patient avait bénéficié de plusieurs chirurgies durant la période d'observation, celles-ci étaient incluses dans l'étude. L'antécédent personnel de sinus pilonidal correspondait à la notion d'une ou plusieurs chirurgies avant la date de début d'observation.

Les comparaisons de pourcentages étaient effectuées à l'aide du test du χ^2 ou du test exact de Fisher lorsque les effectifs de sous-groupes à distribution trop faible ne le permettaient pas. Les comparaisons de moyennes étaient effectuées à l'aide du test ANOVA ou à l'aide du test de Kruskal-Wallis s'il y a égalité de variance. Une valeur de p inférieure à 5% était retenue comme seuil de significativité. Les analyses statistiques étaient effectuées à l'aide du logiciel JAMOV (The jamovi project (Version 1.2) [Logiciel] <https://www.jamovi.org>).

Résultats

Caractéristique de la population

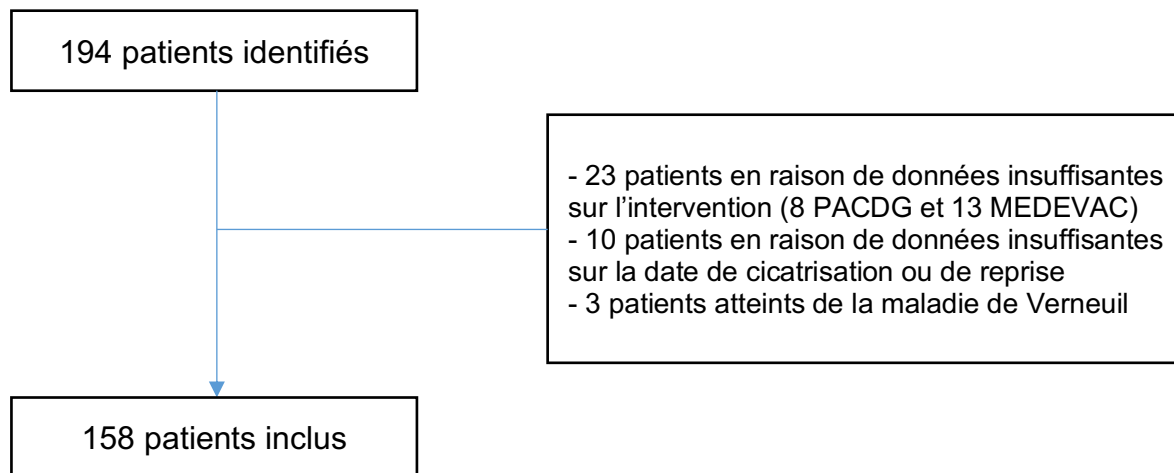


Figure 8 – Diagramme de flux

Sur la période étudiée, 194 cas ont été identifiés et 158 cas ont été inclus dans l'étude. Les 36 cas exclus ont été rejetés par manque ou insuffisance de données pour 33 d'entre eux et 3 cas suite à l'établissement du diagnostic de maladie de Verneuil (Figure 8).

Sur les 158 cas inclus dans l'étude, l'âge moyen de la population était de 25 ans (18-48, DS 5,29). Le sexe masculin était représenté pour 149 cas (94,3%). Il y avait pour 25 cas un antécédent antérieur de sinus pilonidal infecté (20%) ayant nécessité pour 18 cas d'au moins une incision, pour 2 cas une exérèse et pour 5 cas d'une incision et une exérèse. Concernant les comorbidités, il était retrouvé dans la population 72 fumeurs (56,3%) et 68 cas (52,3%) en surpoids (IMC >25kg/m²).

Sur le plan militaire, la population était principalement composée de militaires appartenant à la Marine Nationale (78,8% soit 123 cas). Les grades étaient répartis comme suit : militaire du rang (43,1%), sous-officiers (52,3%) et officiers (4,6%) (Tableau 1). Les emplois ont été répartis en différents groupes selon leurs spécificités (Figure 9).

Variable	Valeur
Âge	25,8 (\pm 5,29)
Sexe	
Homme	148 (94,3%)
Femme	9 (5,7%)
IMC	25,1 (\pm 3,46)
<18,5	4 (3,1%)
18,5-25	58 (44,6%)
25-29,9	57 (43,8%)
>30	11 (8,5%)
Fumeur	72 (56,3%)
Antécédent	25 (15,8%)
Incision	18 (72 %)
Exérèse	2 (8 %)
Incision et exérèse	5 (20%)
MEDEVAC	24 (15%)
Armée	
Terre	28 (17,9%)
Marine	123 (78,8%)
Air	4 (2,6%)
Autres	1 (0,6%)
Grade	
Militaires du rang	66 (43,1%)
Sous-officiers	80 (52,3%)
Officiers	7 (4,6%)

Tableau 1. Caractéristiques de la population, données exprimées en fréquence (pourcentage) ou en moyenne(\pm DS).

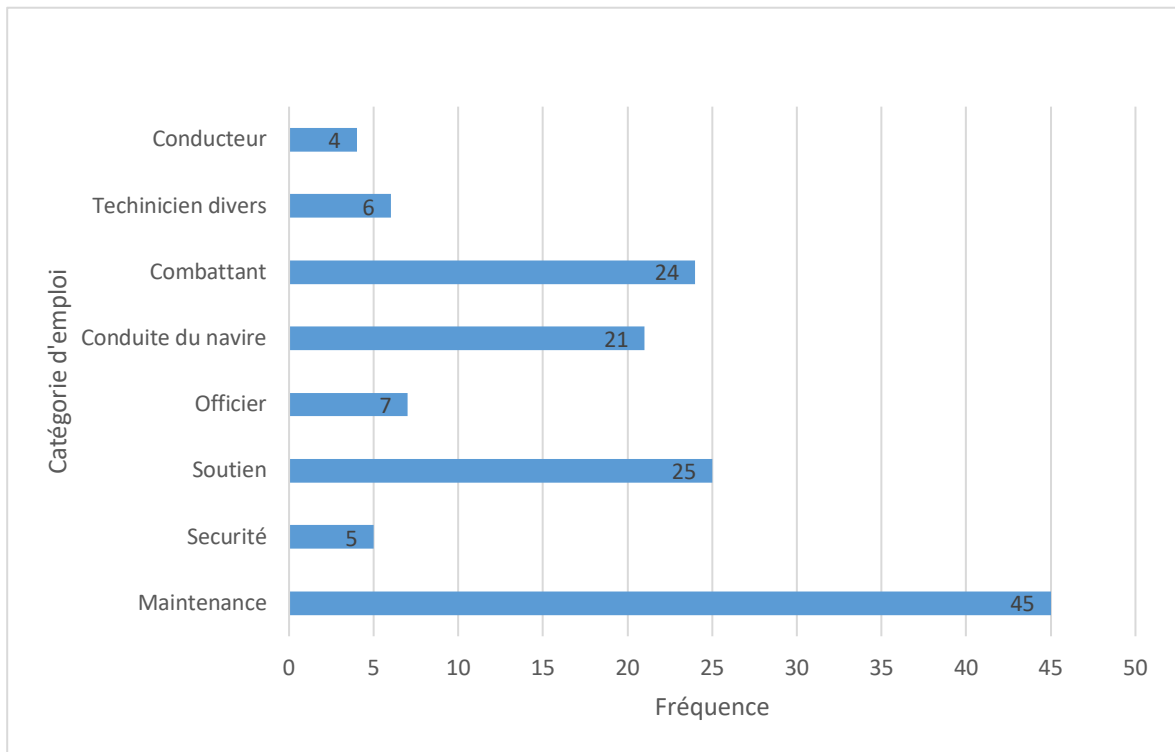


Figure 9 - Répartition des différentes catégories d'emploi, fréquence.

Prise en charge chirurgicale

Il y a eu un total de 75 incisions pour 158 patients, dont 4 récidives. Les incisions ont été réalisées en métropole dans un HIA dans 54 cas, dans une structure civile dans 2 cas, et à l'étranger dans une structure sanitaire du service de santé des armées françaises en rôle 1 dans 4 cas (2 cas appartenant à l'armée de terre et 2 cas appartenant à la Marine Nationale pris en charge sur leur bâtiment) et dans un rôle 2 dans 15 cas. Le type de fermeture était de type cicatrisation dirigée pour l'ensemble des 75 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1,5 jours (médiane 1 [0-12]), la durée moyenne de cicatrisation était de 51,7 jours (médiane 29,5 [14-228]), la durée moyenne avant la reprise du travail était de 52,5 jours (médiane 36 [6-201]) et la durée moyenne avant le retour au travail sans exemption était de 71,1 jours (médiane 56 [21-221]), (Figure 10).

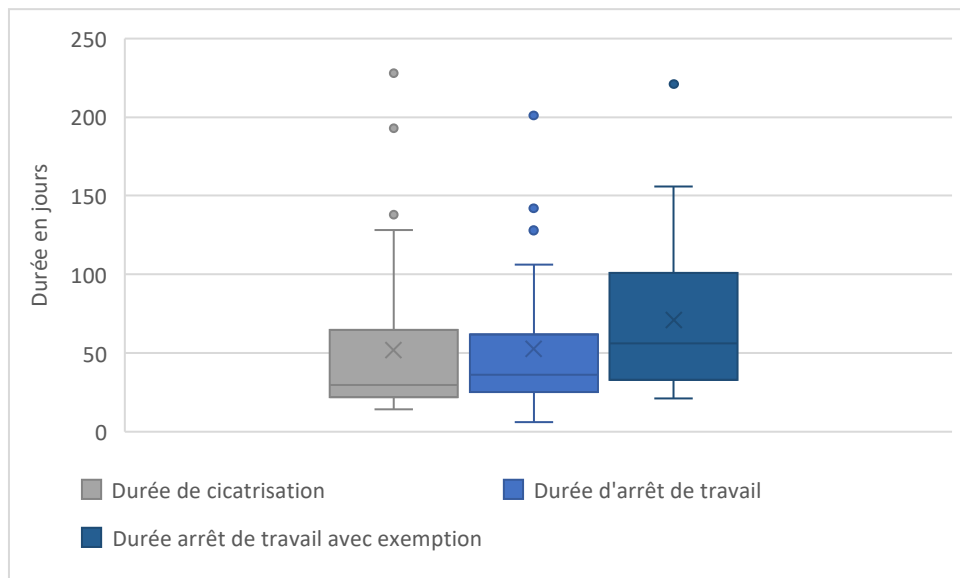


Figure 10 – Boîte à moustaches représentant la durée de cicatrisation, d'arrêt de travail et d'arrêt de travail avec exemption incluse lors d'une incision.

Parmi ces 75 incisions, dans 37 cas, l'incision a été suivie par une exérèse dans un délai moyen de 176 jours (médiane 97 jours [2-1466]) et dans 3 cas l'incision a été suivie d'une nouvelle incision dans un délai moyen de 35,7 jours (médiane 24 [21-62]).

Un total de 127 exérèses pour 158 patients dont 7 récidives ont été rapportées dans notre étude. Les exérèses étaient précédées d'une incision dans 47 cas (37%),

37 cas avaient eu une incision durant l'étude et 10 cas avaient un antécédent personnel d'incision. Les exérèses étaient réalisées dans un HIA dans 117 cas, dans une structure civile dans 7 cas et en rôle 2 dans 3 cas. La fermeture était de type cicatrisation dirigée dans 101 cas (79,5%), fermeture partielle pour 11 cas (8,5%) et fermeture totale pour 11 cas (8,5%). Il y a eu 13 complications postopératoires rapportées, dont 10 réouvertures secondaires des plaies et 3 cas de complication hémorragique bénigne. Par ailleurs, il y a eu 5 traitements des plaies par pression négative (TPN). Les durées moyennes d'hospitalisation, de cicatrisation et d'arrêt de travail étaient respectivement de 0,49 jour (médiane 0 [0-12]), 59,7 jours (médiane 54 [10-349]) et 66,6 jours (médiane 56 [16-387]). La durée moyenne entre l'exérèse et le retour au travail sans exemption était de 100 jours (médiane 81,5 [32-424]), (Figure 11).

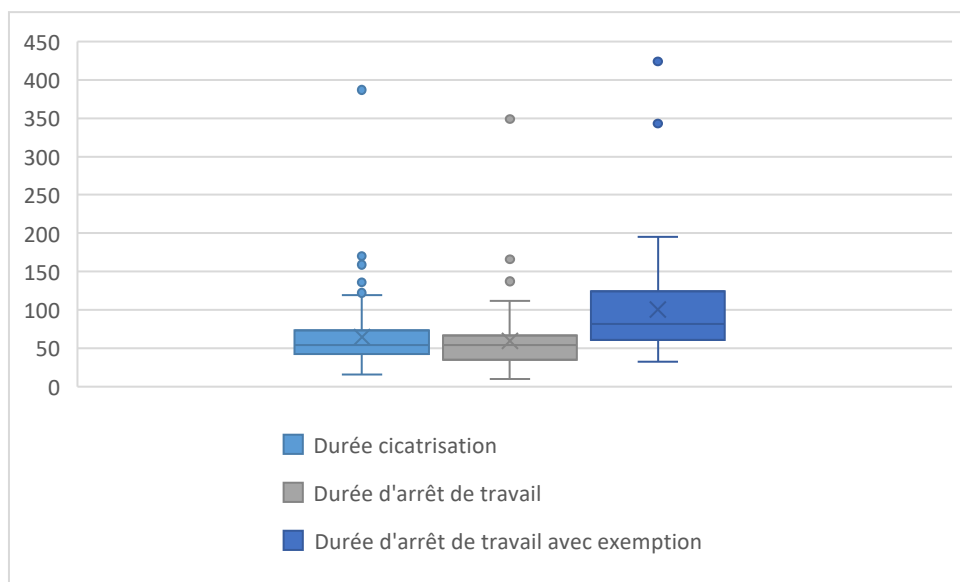


Figure 11 - Boîte à moustaches représentant la durée de cicatrisation, d'arrêt de travail et d'arrêt de travail avec exemption lors d'une exérèse.

Les comparaisons des durées moyennes de cicatrisation et de reprise du travail sans exemption selon le type de chirurgie n'étaient pas significatives, respectivement $p=0,072$ et $p=0,432$ (Figure 12).

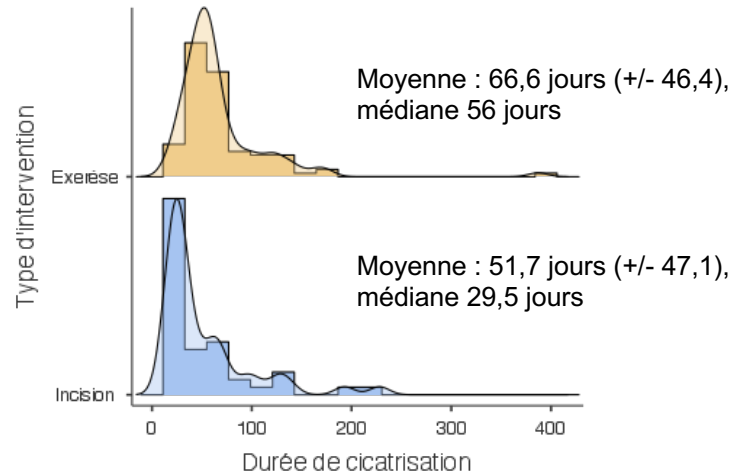


Figure 12 – Durée de cicatrisation en fonction du type d'intervention ($p=0,072$)

Cependant, lors d'une exérèse, la comparaison de la durée moyenne de cicatrisation selon le type de fermeture était significativement différente ($p=0,013$) avec une durée moyenne de cicatrisation de 66,4 jours (médiane 56 jours [18-387]) lorsqu'il n'y avait pas de fermeture, de 92,2 jours (médiane 60,5 jours [50-175]), lorsqu'il y a une fermeture partielle et de 42,1 jours (médiane 37 jours [16-75] $\pm 21,6$) lorsqu'il y a une fermeture totale (Figure 13).

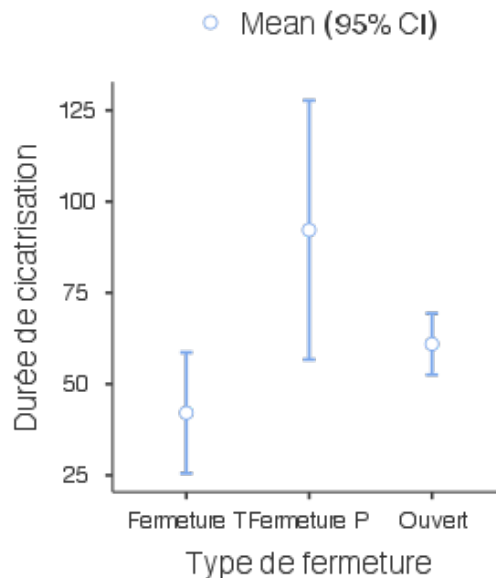


Figure 13 - Durée de cicatrisation en fonction du type de fermeture, $p=0,013$

Des fermetures partielles ont été réalisées dans 11 cas. Quatre avaient une durée de cicatrisation de plus de 90 jours, avec une durée moyenne de 121 jours

(médiane 117 [91-159]), tandis que les 7 autres cas avaient une durée moyenne de cicatrisation de 42,3 jours (médiane 50 [25-58]). Il n'y avait pas de différence significative du nombre de fumeurs ni de l'IMC entre les 2 sous-groupes (durée de plus de 90 jours et de moins de 60 jours).

Dans le cas des fermetures totales, il a été retrouvé une différence significative ($p < 0,001$) de la durée moyenne de cicatrisation lorsqu'il y avait une réouverture secondaire avec une durée moyenne de 65,8 jours ($\pm 18,07$) contre une durée moyenne de 24,8 jours (± 7) lorsqu'il n'y a pas de complication (Figure 14). Le tabac et l'IMC n'ont pas influencé de manière significative les deux sous-groupes (avec et sans complication).

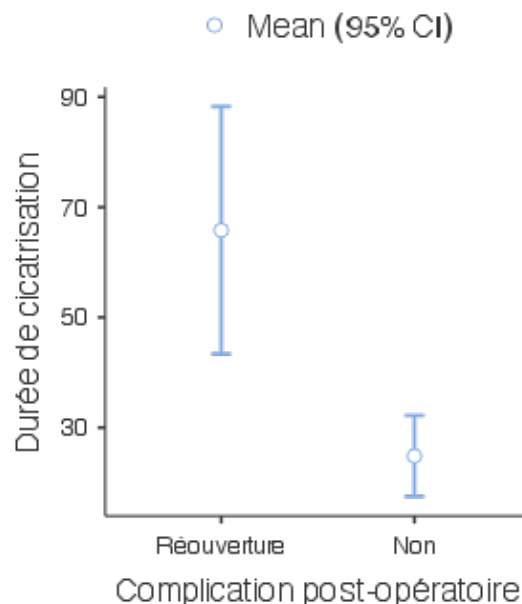


Figure 14 - Comparaison de la durée moyenne de cicatrisation avec la survenue de complication ($p < 0,001$)

La mise en place dans les suites d'un traitement des plaies par pression négative (TPN) a été réalisée dans 5 cas : la durée moyenne de cicatrisation était de 159 jours (médiane à 97,5 [56-387]). Cette durée était significativement différente ($p < 0,001$) de la durée sans utilisation de TPN.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative des durées de cicatrisation entre les différents groupes d'emplois ni selon la sédentarité de l'emploi.

Des séances d'oxygénothérapie hyperbare ont été réalisées dans 1 cas.

Conséquence opérationnelle

Au sein de notre population étudiée, les conséquences opérationnelles ont concerné près d'un tiers de nos militaires, 31,6% des cas (50 cas) : MEDEVAC pour 24 cas, 9 personnes prises en charge à bord du PACDG et 16 personnels débarqués de leur unité ou non projetés en mission. Enfin, il y a eu un cas de mise en congé de longue maladie.

Caractéristique de la population « récidive »

Il a été mis en évidence 11 cas de récurrences après exérèse, 7 cas avaient un antécédent d'exérèse et 4 cas ont récidivé pendant l'étude. Sur ces 4 cas, 2 cas ont récidivé précocement en raison de réouverture secondaire (122 jours et 78 jours). Les 2 autres cas ont récidivé à 383 jours et à 415 jours de la première exérèse. Sur l'ensemble des cas de récurrences, l'âge, l'IMC moyen, le tabagisme et la répartition des grades et groupes d'emplois n'étaient pas significativement différents du reste de la population.

Discussion

Des données anonymisées sur la prise en charge du sinus pilonidal, à l'aide des codages de la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM 10) à l'aide des diagnostics du sinus pilonidal L05.0 et L05.9 ont été obtenues par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS).

À partir de ces données sur la période étudiée, il y avait en moyenne 333 cas de sinus pilonidal opérés par an, en France métropolitaine, dans l'armée française, d'évolution stable, dont 159,1 cas en moyenne étaient abcédés (Figure 15). Le sex-ratio était d'environ de 10 : 9,8 cas masculins pour 1 cas féminin. Celui-ci est plus important que dans la littérature(12), probablement lié à une majorité d'hommes dans les armées (84,5%)(28).

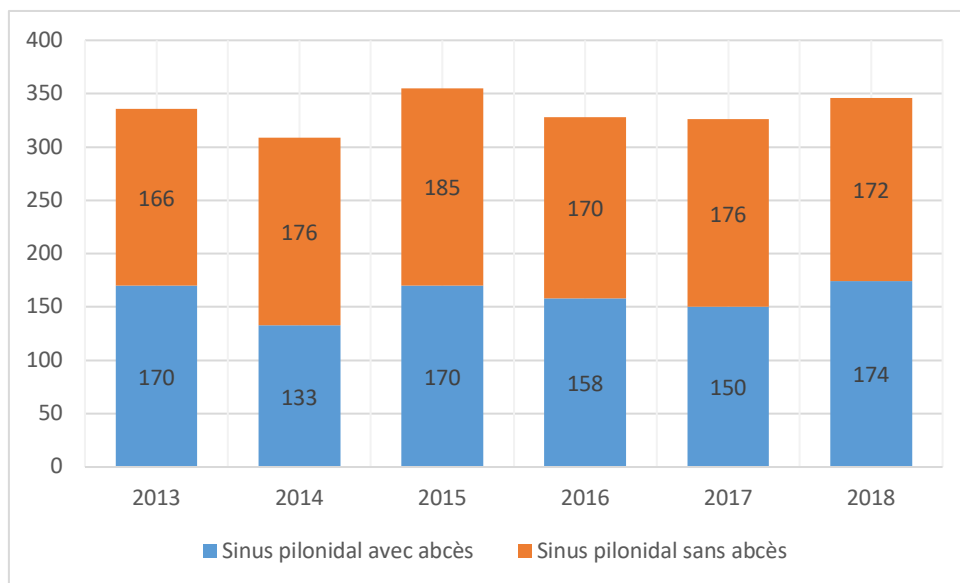


Figure 15 – Répartition annuelle des opérations pour sinus pilonidal chez les militaires français de 2013 à 2018.

La répartition géographique est représentée sur la Figure 16. Trois pôles se dessinent, calqués sur la répartition des unités militaires sur le territoire : nord-est (armée de terre), Bretagne et sud-est (bases navales notamment). Le département du Var, objet de notre étude via les cas de l'HIA Sainte Anne, est le plus représenté d'après ces données d'assurance maladie.

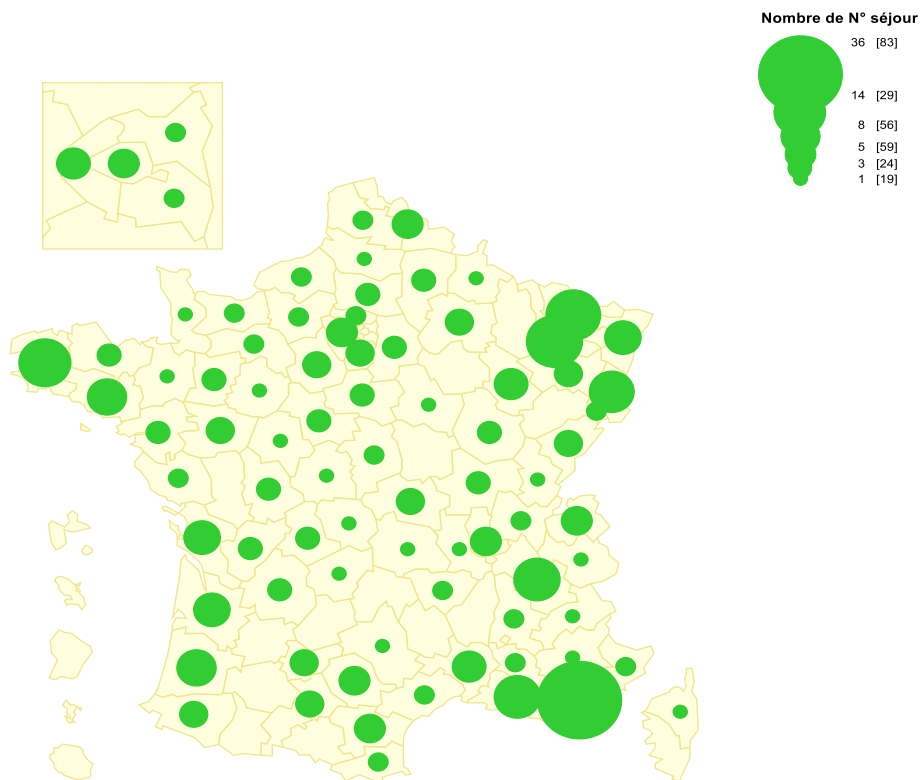


Figure 16 - Répartition géographique des séjours hospitaliers pour sinus pilonidal chez les militaires français en 2018.

Les durées d'hospitalisation ont diminué durant la période étudiée avec une durée moyenne en 2013 de 1,26 jour (+/- 1,41) et en 2018 de 0,434 jour (+/- 0,692) (Figure 17). Cette décroissance pourrait être expliquée par l'essor de la chirurgie ambulatoire et la mise en place de mesures incitatives comme l'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la certification des établissements de santé(29).

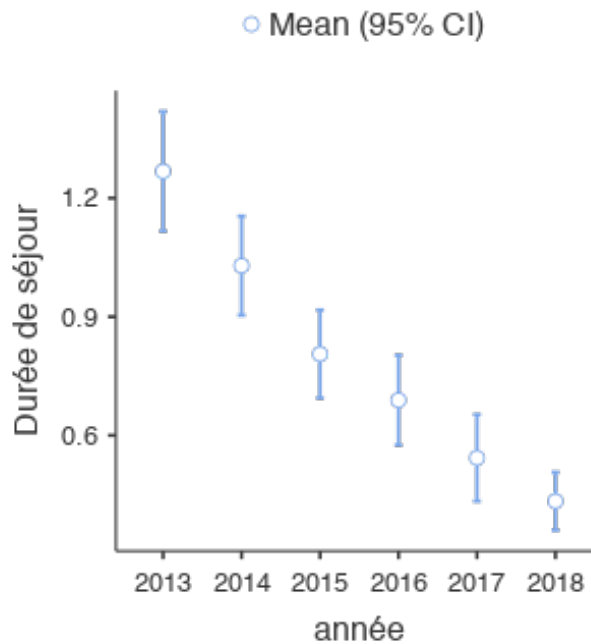


Figure 17 - Évolution de la durée de séjour pour sinus pilonidal chez les militaires français de 2013 à 2018, $p < 0,001$

Dans notre étude, le militaire touché est jeune avec un âge moyen de 25 ans, en surpoids (ou obèse) et plutôt fumeur.

Dans la littérature, le surpoids est retrouvé comme facteur prédisposant à la survenue d'un sinus pilonidal alors que le tabagisme n'a pas été retrouvé comme facteur prédisposant, mais est significatif dans la survenue de complication postopératoire(12,30).

Une différence significative de la répartition des grades est présente entre la Marine Nationale en général(28) et la population issue de l'étude ($p < 0,001$). Les sous-officiers et militaires du rang semblent être plus touchés que les officiers. Une hypothèse possible est que les sous-officiers et a fortiori les militaires du rang sont plus jeunes et sont sollicités pour davantage de tâches contraignantes.

Selon la prise en charge, le militaire était indisponible pour une durée de 71 à 100 jours selon le type de chirurgie. La durée de cicatrisation dans cette étude montrait une durée moyenne dans le même ordre de grandeur (51,7 jours lors d'une incision et 66,7 jours lors d'une exérèse) que l'étude de Fitzpatrick et al.(9) respectivement 48,29 jours et 79,73 jours ainsi qu'une étude de Oueidat et al.(31) qui rapportait une durée moyenne de cicatrisation lors d'une exérèse avec cicatrisation dirigée de 56 jours.

La réalisation d'une fermeture totale permet une cicatrisation et un retour à la vie active plus rapide, mais dans la littérature celle-ci est liée à un taux de récurrence plus

important que lors d'une cicatrisation dirigée (11,7% vs 4,5%, à 1 an de suivi)(24). Dans notre étude, un des 4 cas ayant récidivé avait eu une fermeture totale. La durée de cicatrisation lors d'une exérèse avec fermeture totale, retrouvée dans notre étude, est plus importante que dans la littérature avec des durées allant de 10,5 jours(31) à 23,2 jours(26). Cette durée va même augmenter jusqu'à 67,8 jours lors d'une complication postopératoire (durée similaire retrouvée dans notre étude)(32).

La fermeture partielle était significativement liée à une durée de cicatrisation plus longue, comparativement aux 2 autres techniques de fermeture, ce qui va à l'encontre de l'effet attendu. Les hypothèses pour expliquer ce résultat discordant pourraient être une surinfection latente de la partie fermée qui retarde la cicatrisation globale, ainsi qu'un biais lié au fait que les chirurgiens aient été tentés de faire une fermeture partielle pour les plaies les plus larges.

L'analyse de la durée de cicatrisation lors de l'utilisation d'un TPN est non-interprétable en raison d'une part, d'un effectif très faible et d'autre part d'une indication qui a été posée sur les cas les plus sévères : exérèses larges, récidives ou retards de cicatrisation. L'utilisation d'un traitement par pression négative apporterait un meilleur confort au patient en raison du délai entre deux réfections de pansements(33). Des études supplémentaires seraient nécessaires pour connaître l'impact de l'utilisation de cette technique pour cette pathologie.

Dans notre étude, il n'y a eu qu'une seule indication d'oxygénothérapie hyperbare (OHB). Dans une étude randomisée, il a été retrouvé une différence significative avec une durée de cicatrisation plus courte dans le groupe OHB lors de la réalisation d'une exérèse avec cicatrisation dirigée(34). Ceci pourrait être une voie de recherche à l'avenir.

Il n'a pas été retrouvé dans notre étude de différences de proportions entre les différents groupes d'emplois contrairement à ce qui était retrouvé dans l'étude portant sur l'armée israélienne. Cependant la faible incidence parmi les officiers est concordante avec les résultats de notre étude(20).

Les limites de cette étude proviennent de son caractère rétrospectif, d'un effectif relativement limité et de l'étude sur dossiers médicaux avec des difficultés liées au recueil des données. En effet, toutes les unités militaires ne disposaient pas à ce moment d'un logiciel unique d'enregistrement et de nombreuses données manquaient dans les livrets médicaux. De plus, cette étude s'est concentrée sur un seul hôpital

militaire, celui de Toulon. En outre, cette étude comporte 78,8% de militaires appartenant à la Marine Nationale. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population militaire.

Concernant le rôle du médecin généraliste, un point intéressant de notre étude est la présence de 4 incisions réalisées par des médecins généralistes en situation isolée (rôle 1). Si la prise en charge de ces formes abcédées nécessite une mise à plat chirurgicale en urgence, sans place pour l'antibiothérapie, l'incision-drainage est un geste effectivement réalisable sous certaines conditions d'exception par un non-chirurgien sous anesthésie locale ou sédation. Le Service de Santé des Armées dispense dans ce but, aux médecins exerçant au sein des unités de la Marine Nationale notamment, une formation complémentaire à l'exercice particulier en situation isolée, dont un enseignement spécifique de petite chirurgie sur la technique de mise à plat d'abcès des parties molles ou la prise en charge d'urgences proctologiques chirurgicales. Ce sont des gestes accessibles à tout médecin généraliste sensibilisé à ces protocoles chirurgicaux et anesthésiques relativement simples, comme rapporté par Pontis et al.(35).

Par ailleurs, notre étude a bien confirmé les conséquences d'inaptitude prolongée engendrée par la cicatrisation dans la pathologie pilonidale. La connaissance de ces éléments est indispensable au médecin d'unité, qui pourra dès le diagnostic et tout au long du parcours du patient délivrer les informations médicomilitaires utiles pour anticiper les conséquences en termes de durée de congés ou d'inaptitude opérationnelle.

Conclusion

Le sinus pilonidal est une maladie fréquente dans les armées en raison de multiples facteurs de risque retrouvés dans cette étude tels que l'âge, le sexe, le surpoids et le tabagisme.

Les types de chirurgie et les types de fermetures ont un impact sur les durées de cicatrisation et d'indisponibilité. Les fermetures partielles ou totales sont susceptibles de se compliquer et de rallonger alors la durée de cicatrisation. L'ensemble de ces données sont à prendre en compte lors de la prise de décision selon le contexte opérationnel dans lequel se situe le patient. La place de la thérapie à pression négative ou de l'oxygénothérapie hyperbare pourrait être étudiée davantage.

Cette pathologie a des conséquences spécifiques en contexte militaire, source d'évacuations médicales et d'indisponibilité opérationnelle.

Références bibliographiques

1. Simon K. Évacuations médicales de militaires français pour des pathologies infectieuses en opérations extérieures: étude rétrospective de 2011 à 2016 [Thèse d'exercice]. France: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
2. Mayo H, University of Leeds. Library. Observations on injuries and diseases of the rectum [En ligne]. London: Burgess and Hill; 1833 [cité le 7 février 2019]. Disponible: <http://archive.org/details/b21515116>
3. Hodges RM. Pilo-Nidal Sinus. *Boston Med Surg J.* 1880;103(21):485-6. DOI: 10.1056/NEJM188011181032101
4. Boulanger G, Abet E, Brau-Weber AG, Leclair F, Denimal F, Jean MH, et al. Is histological analysis of pilonidal sinus useful? Retrospective analysis of 731 resections. *J Visc Surg.* 2017; DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2017.10.013
5. E. Crochet, E. Pommaret, N. Fathallah, M. Aubert, V. de Parades. Pathologie anale: hémorroïdes, fissure anale et suppurations. *EMC-Médecine d'urgence* 2017;12(4):1-11 [Article 25-050-B-40].
6. La Torre V. Le kyste pilonidal. Elsevier, directeur. *Rev Francoph Cicatrisation.* 2018;35-42.
7. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg.* 2013;150(4):237-47. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2013.05.006
8. P. Faglin, P. Guerreschi et V. Duquennoy-Martinot. Suppurations chroniques: kyste pilonidal. Dans: *Encyclopédie médico-chirurgicale.* p. 1-11. (Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; vol. 10, Numéro 1).
9. Fitzpatrick EB, Chesley PM, Oguntoye MO, Maykel JA, Johnson EK, Steele SR. Pilonidal disease in a military population: how far have we really come? *Am J Surg.* 2014;207(6):907-14. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2013.07.038
10. Keighley M, Williams N. *Surgery of the anus, rectum and colon.* 2nd. WB Saunders London UK (This is the authoritative textbook on surgery in IBD).
11. Shabbir J, Chaudhary BN, Britton DC. Management of sacrococcygeal pilonidal sinus disease: a snapshot of current practice. *Int J Colorectal Dis.* 2011;26(12):1619-20. DOI: 10.1007/s00384-011-1169-9
12. Søndena K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10(1):39-42.
13. Harlak A, Mentés O, Kilic S, Coskun K, Duman K, Yilmaz F. Sacrococcygeal pilonidal disease: analysis of previously proposed risk factors. *Clinics.*

2010;65(2):125-31. DOI: 10.1590/S1807-59322010000200002

14. Duman K, Harlak A, Menten O, Coskun AK. Predisposition and risk factor rates for pilonidal sinus disease. *Asian J Surg.* 2016;39(2):120-1. DOI: 10.1016/j.asjsur.2015.07.009
15. Doll D, Matevossian E, Wietelmann K, Evers T, Kriner M, Petersen S. Family History of Pilonidal Sinus Predisposes to Earlier Onset of Disease and a 50% Long-Term Recurrence Rate: *Dis Colon Rectum.* 2009;52(9):1610-5. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181a87607
16. Casberg MA. Infected pilonidal cysts and sinuses. *Bull US Army Med Dep U S Army Med Dep.* 1949;9(6):493-6.
17. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Pilonidal cysts, active component, U.S. Armed Forces, 2000-2012. *MSMR.* 2013;20(12):8-11.
18. Akinci OF, Bozer M, Uzunköy A, Düzgün SA, Coşkun A. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. *Eur J Surg.* 1999;165(4):339-42. DOI: 10.1080/110241599750006875
19. Evers T, Doll D, Matevossian E, Noe S, Neumann K, Li H, et al. [Trends in incidence and long-term recurrence rate of pilonidal sinus disease and analysis of associated influencing factors]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2011;49(9):799-803.
20. Levinson T, Sela T, Chencinski S, Derazne E, Tzur D, Elad H, et al. Pilonidal Sinus Disease: A 10-Year Review Reveals Occupational Risk Factors and the Superiority of the Minimal Surgery Trephine Technique. *Mil Med.* 2016;181(4):389-94. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00729
21. Flannery BP, Kidd HA. A review of pilonidal sinus lesions and a method of treatment. *Postgrad Med J.* 1967;43(499):353-8. DOI: 10.1136/pgmj.43.499.353
22. Søndena K, Nesvik I, Andersen E, Natøs O, Søreide JA. Bacteriology and complications of chronic pilonidal sinus treated with excision and primary suture. *Int J Colorectal Dis.* 1995;10(3):161-6. DOI: 10.1007/BF00298540
23. Humphries AE, Duncan JE. Evaluation and Management of Pilonidal Disease. *Anorectal Dis.* 2010;90(1):113-24. DOI: 10.1016/j.suc.2009.09.006
24. Stauffer VK, Luedi MM, Kauf P, Schmid M, Diekmann M, Wieferich K, et al. Common surgical procedures in pilonidal sinus disease: A meta-analysis, merged data analysis, and comprehensive study on recurrence. *Sci Rep.* 2018;8. DOI: 10.1038/s41598-018-20143-4
25. Karydakos GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after

- explanation of its causative process. Aust NZ J Surg. 1992;62(5):385-9. DOI: 10.1111/j.1445-2197.1992.tb07208.x
26. Bascom J. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. Surgery. 1980;87(5):567-72.
27. [En ligne]. Soutien médical opérationnel [cité le 28 février 2020]. Disponible: <https://www.defense.gouv.fr/sante/operations-exterieures/chaine-de-soutien-medical/soutien-medical-operationnel>
28. [En ligne]. 28 août 2019. Les chiffres clés de la Défense 2019 [cité le 23 février 2020]. Disponible: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/les-chiffres-cles-de-la-defense-2019>
29. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Chirurgie ambulatoire : la HAS et l'ANAP publient des recommandations et des outils pour l'organisation des établissements de santé [cité le 28 février 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1582172/fr/chirurgie-ambulatoire-la-has-et-l-anap-publient-des-recommandations-et-des-outils-pour-l-organisation-des-etablissements-de-sante
30. Al-Khayat H, Al-Khayat H, Sadeq A, Groof A, Haider HH, Hayati H, et al. Risk Factors for Wound Complication in Pilonidal Sinus Procedures. J Am Coll Surg. 2007;205(3):439-44. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.04.034
31. Oueidat D, Rizkallah A, Dirani M, Assi TB, Shams A, Jurjus A. 25 years' experience in the management of pilonidal sinus disease. Open J Gastroenterol. 2014;04(01):1-5. DOI: 10.4236/ojgas.2014.41001
32. Popeskou S, Christoforidis D, Ruffieux C, Demartines N. Wound Infection After Excision and Primary Midline Closure for Pilonidal Disease: Risk Factor Analysis to Improve Patient Selection. World J Surg. 2011;35(1):206-11. DOI: 10.1007/s00268-010-0812-x
33. Bianchi E, Lei J, Adegboyega T, Shih SS, Berrones M, Purdy S, et al. Negative Pressure Wound Therapy Is Beneficial in the Treatment of Pilonidal Disease. J Am Coll Surg. 2018;227(4):e109-10. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.08.295
34. Ersoz F, Arikan S, Sari S, Korpınar S, Ozcan O, Poyraz B, et al. Effect of hyperbaric oxygen treatment on pilonidal disease surgery. Undersea Hyperb Med. 2016;43(7):821-5.
35. Pontis J, Hornez E, Ramiara P, Bourgouin S, Monchal T, Palmier B, et al. Les urgences proctologiques chirurgicales en situation isolée :boîte à outils à l'usage du médecin d'unité. Médecine Armées. 2013;41(4):345-50.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : Le sinus pilonidal, encore appelé kyste sacro-coccygien, est une pathologie fréquente touchant préférentiellement l'homme jeune. D'allure bénigne, cette pathologie pose de nombreux problèmes du fait de l'absence de traitement idéal. Les suites de soins sont longues et les récives fréquentes. Des études ont été réalisées sur des populations de militaires, mais aucune dans l'armée française. Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude était de décrire les caractéristiques de prise en charge et l'impact de la survenue d'une infection d'un sinus pilonidal au sein d'une population de militaire français. L'objectif secondaire était d'identifier d'éventuels facteurs de risque inhérents à la spécificité du militaire.

Méthode : Il a été réalisé une étude descriptive rétrospective sur une population de militaire français ayant présenté un sinus pilonidal infecté. Les données démographiques, chirurgicales et l'impact professionnel ont été recueillis.

Résultat : Le militaire touché est jeune avec un âge moyen de 25 ans, plus souvent en surpoids et fumeur. Les catégories des militaires du rang et des sous-officiers semblent être majoritairement concernées. La durée moyenne de cicatrisation varie de 51,7 à 66,7 jours, selon le type de chirurgie et la durée moyenne d'indisponibilité varie de 71 à 100 jours. Hormis une faible incidence dans la catégorie des officiers, il n'a pas été retrouvé de facteurs de risques spécifiques au militaire.

Conclusion : Le sinus pilonidal a un impact professionnel important. Cette pathologie a des conséquences spécifiques en contexte militaire, source d'évacuations médicalisées et d'indisponibilité opérationnelle.

Mots-clés : Sinus pilonidal – Militaire – Cicatrisation – Complication postopératoire

Pilonidal disease : Descriptive analysis and strategical consequences in a French military population from 2013 to 2018

Summary :

Introduction : Pilonidal disease is a common disease among young males. The recovery may be prolonged and the optimal surgical treatment is unknown. Studies based on military population exist but none among French service members. The main objective of this work was to describe the characteristics and the management of pilonidal disease in a French military population. The secondary objective was to identify possible risk factors inherent to the military specificities.

Methods : A retrospective observational study was conducted on a French military population between 2013 and 2018. Demographic, surgical data and professional impact was analyzed.

Results : Affected service members were more likely young, 25 years old on average, overweighted and smoker. Troopers and noncommissioned officer are more likely to be affected. The mean healing time was 51,7 to 66,7 days, depending on the type of surgery, and the mean length of unavailability was 71 to 100 days.

Conclusion : Pilonidal disease has an important professional impact. In military settings, this may lead to potential strategical consequences with a significant number of medical evacuation and operational unavailability.

Key words : Pilonidal disease – Military – Healing time – Postoperative complication