



Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, les risques à connaître (même s'ils sont exceptionnels) et les principales consignes post-opératoires. Nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

Information médicale avant exérèse d'une lésion cutanée

Il existe différentes lésions cutanées qui nécessitent d'être retirées. Les plus fréquentes sont :

- **Les naevus (grains de beauté)** peu esthétiques ou risquant de se transformer en mélanome.
- **Les kystes épidermiques** ou sébacés et les tumeurs bénignes diverses.
- **Les carcinomes basocellulaires**, cancers cutanés qui imposent d'être retirés mais sont sans gravité sur le plan général. Leur exérèse nécessite souvent de passer à 5 mm de la lésion, ce qui augmente d'autant la taille de la perte de substance à réparer.
- **Les carcinomes spinocellulaires** et les **mélanomes** sont d'autres lésions cancéreuses de la peau imposant également d'être enlevées avec une marge de sécurité.

La très grande majorité des cancers de la peau sont guéris une fois retirés.

L'exérèse d'une lésion cutanée est décidée selon son aspect, le résultat d'un prélèvement (une biopsie déjà effectué ou après un résultat d'ablation insuffisante) parce que la lésion est située à un endroit où elle est traumatisée régulièrement (rasage) ou disgracieuse sur le plan esthétique.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention peut se dérouler sous anesthésie locale, sous anesthésie locale avec sédation ou anesthésie générale selon l'importance du geste. La lésion est enlevée par le chirurgien et sera adressée pour examen au laboratoire d'anatomopathologie.

Quatre techniques permettent la fermeture de la peau :

- **Suture simple** par rapprochement des berges. C'est le plus simple, mais pas toujours possible.
- **Lambeau** : une palette de peau est prélevée au voisinage de la lésion et déplacée pour couvrir la perte de substance. Cette technique donne souvent de très bons résultats esthétiques mais expose à un risque de nécrose avec nécessité d'une nouvelle intervention.
- **Greffe de peau** : une pastille de peau est prélevée (derrière l'oreille, au-dessus de la clavicule, sur le scalp, le bras ou la cuisse) puis appliquée sur la perte de substance. A la différence d'un lambeau, cette peau n'est plus vascularisée et doit donc se revasculariser au contact de la zone greffée. Cette technique est simple mais présente le risque d'échec de prise de greffe qui peut imposer une nouvelle intervention. De plus, elle est souvent responsable d'une différence de couleur entre la peau saine et la greffe.
- **Cicatrisation dirigée** : après exérèse de la lésion, on applique un pansement gras proinflammatoire qui fera bourgeonner le fond de la perte de substance pour combler le trou. Une fois que le bourgeon est suffisant, le "trou" est comblé, on modifie le pansement (anti inflammatoire) pour que la zone se recouvre de peau. Cette technique impose de nombreux pansements (parfois plusieurs semaines) et peut laisser une cicatrice peu esthétique.

Les suites opératoires

Les douleurs sont le plus souvent légères et cèdent en quelques heures sous antalgiques habituelles comme le Paracétamol.

Un œdème est fréquent au niveau du visage. Il peut s'accompagner d'une ecchymose.

La durée des pansements varie selon la technique employée et ils doivent être le plus souvent faits par un(e) infirmier(e).

Les douches sont parfois autorisées par le chirurgien, uniquement si la plaie a été suturée, il faut alors soigneusement sécher la plaie par tamponnement et refaire le pansement à l'issue. Il faut penser à poser la question au chirurgien.

L'ablation des fils est fixée par le chirurgien car très variable selon la zone opérée (5 à 15 jours).

L'examen de la lésion qui a été enlevée est réalisé par un laboratoire d'anatomopathologie. Parfois, l'exérèse est incomplète avec un examen au microscope qui montre que la lésion n'a pas été enlevée en totalité. Dans ce cas, le chirurgien peut décider de réaliser une nouvelle exérèse (complémentaire) de la peau.



Le massage de la cicatrice doit être commencé 3 semaines à un mois après la cicatrisation. Il permet d'assouplir la cicatrice et de diminuer les adhérences de la peau au plan profond. La cicatrice devra également être protégée du soleil et souvent avoir une application de pansement ou de pommade contenant du silicone.

Les risques

Un malaise est possible pendant l'intervention. Ces malaises sont rapidement réversibles et restent presque toujours sans gravité, dus à une réaction au stress (malaise vagal) ou à une hypoglycémie (manque de sucre). Très exceptionnellement, ce type de malaise peut être grave voire fatal (trouble cardiaque).

L'allergie au produit anesthésiant est rarissime mais dangereuse. En cas de doute, un bilan allergologique peut être effectué avant l'intervention.

L'hémorragie ou l'hématome :

Il faut parfois ré intervenir pour coaguler un petit vaisseau ou évacuer un hématome.

L'infection :

Elle se traduit par une douleur locale vive et anormale, une peau rouge autour de la cicatrice, parfois un écoulement de pus ou un abcès. Son traitement nécessite des pansements répétés et d'enlever quelques points pour évacuer le pus.

Un lâchage précoce des sutures avec écartement des berges de la cicatrice (souvent en rapport avec une petite infection).

Un rejet des fils résorbables avec l'apparition sur la cicatrice de petits « boutons » rouges ou blancs. Lorsque le fil affleure la surface de la peau, il suffit de le retirer à l'aide d'une pince.

La nécrose d'un lambeau ou d'une greffe de peau est un risque rare et nécessite de ré intervenir pour couvrir la région opérée avec souvent des soins plus longs et parfois une cicatrice peu esthétique.

La cicatrice varie énormément d'un patient à l'autre. Une cicatrice normale est rose et épaisse pendant 3 mois puis s'estompe progressivement en 1 à 2 ans. Pendant cette période, elle devra être massée et protégée du soleil. Parfois la cicatrice est boursoufflée, rouge et douloureuse, on parle de cicatrice hypertrophique puis chéloïde (surtout aux oreilles et chez les patients à peau foncée) que l'on soigne par des traitements locaux.

Des douleurs résiduelles peuvent apparaître au niveau ou à distance de la cicatrice. Elles sont exceptionnelles de même qu'une perte de la sensibilité ou une paralysie d'un muscle du visage.

Je certifie avoir été informé de l'intervention chirurgicale qui m'a été proposée par le Dr Clémentine VINCENT/ Marie GORMEZANO.

Centre de Chirurgie Maxillo-Faciale Hyérois, Stomatologie, Implantologie
Clinique Sainte Marguerite
Avenue Alexis Godillot
83400 Hyères