

Cette fiche d'information est un document remis aux patients avant une intervention chirurgicale. Les chirurgiens sont aujourd'hui tenus à fournir une information objective et compréhensible sur les risques à se faire opérer. Vous ne devez pas être effrayé des risques décrits qui sont pour la plupart très exceptionnels. Il est cependant indispensable qu'un patient bien informé accepte de courir ces risques si l'intervention n'est pas indispensable à son état de santé.

Information médicale avant exérèse d'une lésion cutanée

POURQUOI OPERER ?

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

- Les naevi (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 effectuée 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 DERoule L'INTERVENTION ?

L'intervention se déroule habituellement sous anesthésie locale, parfois générale selon l'importance du geste. La lésion est enlevée par le **chirurgien** et sera adressée, pour examen, au **laboratoire d'anatomo-pathologie**.

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 parfois 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 pro-inflammatoire 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 traitement (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 OPERATOIRES

Les **douleurs** sont le plus souvent légères et cèdent en quelques heures sous antalgiques habituels comme le paracétamol.

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

Les **pansements** varient selon la technique employée. La cicatrisation dirigée nécessite des pansements fréquents pendant une longue période (quelques semaines) et par un(e) infirmier(ère).

Se laver ? Les douches sont parfois autorisées par le chirurgien, uniquement si la plaie a été suturée, il faut alors soigneusement sécher la plaie 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 (5 à 15 jours).

Le **résultat de l'examen** de la lésion qui a été enlevée est réalisé par un laboratoire d'anatomo-pathologie. 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 15 jours 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.

LES RISQUES

Un **malaise** est possible pendant l'intervention. Ces malaises sont rapidement réversibles et restent 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 réintervenir 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 de suture 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 réintervenir 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.

CE QUE VOUS DEVEZ PREVOIR

Ne pas prendre d'aspirine dans les 10 jours qui précèdent l'intervention.

En cas de doute concernant votre traitement, il faut apporter votre ordonnance à votre chirurgien.

Sous anesthésie locale : il est souhaitable de bien déjeuner le matin de l'intervention.

Prévoir qu'une consultation post-opératoire sera nécessaire pour l'ablation éventuelle des fils.

L'arrêt de travail n'est pas systématique et dépend de l'importance de l'intervention.

Sur le visage, les pansements sont parfois importants et peuvent gêner la vie sociale.