

# Exérèse d'une lésion cutanée

*Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.*

## • **DEFINITION, OBJECTIFS ET PRINCIPES**

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

- Les nævus (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 4 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 peut être motivée en raison de son aspect suspect, du résultat d'un prélèvement (une biopsie ou une exérèse incomplète), d'une localisation à risque de traumatisme (rasage) ou d'un aspect disgracieux sur le plan esthétique.

## • **AVANT L'INTERVENTION**

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention (sauf si accord du chirurgien).

L'arrêt du tabac est vivement recommandé un mois avant et un mois après l'intervention (le tabac peut être à l'origine d'un retard de cicatrisation).

Il est recommandé d'éviter toute application de maquillage.

En fonction du type d'anesthésie, on pourra vous demander de rester à jeun (ne rien manger ni boire ni fumer) 6 heures avant l'intervention.

## • **TYPE D'ANESTHESIE ET MODALITES D'HOSPITALISATION**

**Type d'anesthésie** : trois procédés sont envisageables :

Anesthésie locale pure, où un produit analgésique est injecté localement afin d'assurer l'insensibilité des tissus.

Anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intra-veineuse (anesthésie locale accompagnée de sédation).

Anesthésie générale durant laquelle vous dormez complètement.

Le choix entre ces différentes techniques est guidée par la taille et la localisation de la lésion.

La décision sera le fruit d'une discussion entre vous, le chirurgien et l'anesthésiste.

### **Modalités d'hospitalisation** :

L'intervention peut se pratiquer en "ambulatoire", c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance.

Toutefois, dans certains cas, une courte hospitalisation peut être préférable. L'entrée s'effectue alors le matin (ou parfois la veille dans l'après-midi) et la sortie est autorisée dès le lendemain.

## • **L'INTERVENTION**

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. Elle est réalisée avec des fils très fins, habituellement non résorbables (à retirer après quelques jours)

**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 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 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.

#### • **APRES L'INTERVENTION : LES SUITES OPERATOIRES**

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

Les pansements varient selon la technique employée. Sur le visage, ils sont parfois importants et peuvent gêner la vie sociale. La cicatrisation dirigée nécessite des pansements fréquents pendant une longue période (quelques semaines) et par un(e) infirmier(e).

Les douleurs sont le plus souvent modérées 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 (bleu), surtout si la lésion siège sur les paupières ou le nez.

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

La date de l'ablation des fils est fixée par le chirurgien car très variable (5 à 15 jours).

L'examen de la lésion qui a été enlevée est réalisé par un laboratoire d'anatomopathologie.

Parfois, l'examen au microscope permet de constater 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 peu après la dépose des points. 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 pendant 1 an (écran total indice 50+).

#### • **LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES**

L'exérèse d'une lésion cutanée est une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques liés à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Il faut distinguer les complications liées à l'anesthésie de celles liées au geste chirurgical.

En ce qui concerne l'anesthésie, lors de la consultation, le médecin anesthésiste informera lui-même le patient des risques anesthésiques. Il faut savoir que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence et chez une personne en bonne santé.

En ce qui concerne le geste chirurgical : en choisissant un Chirurgien Maxillo-Facial qualifié et compétent, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

Pour autant, et malgré leur rareté, vous devez tout de même connaître les complications possibles :

Le malaise. Il est possible pendant l'intervention. Ces malaises sont rapidement réversibles et restent presque toujours sans gravité. Ils dus à une réaction au stress (malaise vagal) ou à une hypoglycémie (manque de sucre).

L'allergie au produit anesthésiant. 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 d'enlever quelques points pour évacuer le pus et de réaliser des pansements répétés.

Un lâchage précoce des sutures. Il est responsable d'un écartement des berges de la cicatrice (souvent en rapport avec une petite infection).

Un rejet des fils résorbables. Il est accompagné de 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. C'est un risque rare qui nécessite parfois de réintervenir pour couvrir la région opérée. La cicatrice obtenue est parfois 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.

Parfois la cicatrice est boursouflée, 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 de la cicatrice ou à distance. Elles sont exceptionnelles de même qu'une perte de la sensibilité ou une paralysie d'un muscle du visage.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

*Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation.*

*Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir " à tête reposée ".*

*Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires.*

*Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.*