

INFORMATION MÉDICALE AVANT EXÉRÈSE D'UNE LÉSION CUTANÉE

Pourquoi opérer ?

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 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 en totalité.

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 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'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.
- **Grefe 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 pour que la zone se recouvre de peau. Cette technique impose de nombreux pansements (parfois plusieurs semaines) et peut laisser une cicatrice peu esthétique.

Le **résultat de 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 autour de la première cicatrice.

Un **massage de la cicatrice** peut être commencé 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 pendant au moins 6 mois.

Les risques

Tout acte
médical, même
bien conduit,
recèle un risque
de complications.
Il ne faut pas
hésiter à prendre
contact avec
l'équipe chirur-
gicale qui vous
a pris en charge
(Contactez le 15
en cas d'urgence
grave)

- 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 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 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 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 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.

Les suites opératoires

- 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(e).
- L'**ablation des fils** est fixée par le chirurgien car très variable (5 à 15 jours). Elle est réalisée en général par une infirmière.