

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ destiné au docteur :

- **Je soussigné :**
né le :
désire me faire opérer pour une ***gynécomastie (bilatérale / unilatérale, côté)***
- **J'ai bien reçu et lu les documents** intitulés "*gynécomastie*" (3 pages), "*complications et effets secondaires de l'anesthésie*" (3 pages), "*complications et effets indésirables de la chirurgie*" (3 pages) "*la cicatrisation, les cicatrices*" (2 pages), qui complètent l'information que vous m'aviez donnée oralement lors de ma première consultation à l'hôpital Saint-Louis.
- **J'ai bien noté qu'il existe des risques de complications** multiples et imprévisibles, qui sont liés soit à l'anesthésie, soit à la chirurgie, et plus particulièrement à l'intervention envisagée. De gravité variable, ces risques peuvent survenir soit pendant l'intervention, soit après celle-ci, au cours de mon hospitalisation, ou dans les semaines qui suivront mon retour à domicile. Tout acte invasif comporte notamment un risque infectieux. Je vous autorise à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure.
- **Vous m'avez informé en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale**, des bénéfices attendus de cette intervention, de ses inconvénients et surtout de ses limites. Les explications que vous m'avez fournies ont été détaillées en des termes suffisamment clairs, et j'ai eu le temps de réfléchir pour me permettre de prendre ma décision et de vous demander de pratiquer cette intervention. Au cours de cette deuxième consultation, j'ai d'ailleurs pu vous poser encore toutes les questions complémentaires éventuelles concernant cette intervention.
- **Je ne vous ai caché** aucun de mes antécédents médicaux ou chirurgicaux, ni aucun des traitements médicamenteux que je prends. Pour diminuer le risque d'hémorragie, je ne prendrai aucun traitement anti-inflammatoire ou contenant de l'aspirine dans les deux semaines qui précéderont l'intervention. J'ai été informé des risques d'intervention ultérieure.
- **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations postopératoires**, et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention. Je m'engage aussi à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'évènement indésirable survenant après mon retour à domicile.
- **J'autorise l'utilisation des photos** prises avant, pendant ou après l'intervention pour des congrès scientifiques et/ou des publications, quel qu'en soit le support.

OUI

NON

Date :

Signature :

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ destiné au docteur :

- **Je soussigné :**
né le :
désire me faire opérer pour une ***gynécomastie (bilatérale / unilatérale, côté)***
- **J'ai bien reçu et lu les documents** intitulés "*gynécomastie*" (3 pages), "*complications et effets secondaires de l'anesthésie*" (3 pages), "*complications et effets indésirables de la chirurgie*" (3 pages) "*la cicatrisation, les cicatrices*" (2 pages), qui complètent l'information que vous m'aviez donnée oralement lors de ma première consultation à l'hôpital Saint-Louis.
- **J'ai bien noté qu'il existe des risques de complications** multiples et imprévisibles, qui sont liés soit à l'anesthésie, soit à la chirurgie, et plus particulièrement à l'intervention envisagée. De gravité variable, ces risques peuvent survenir soit pendant l'intervention, soit après celle-ci, au cours de mon hospitalisation, ou dans les semaines qui suivront mon retour à domicile. Tout acte invasif comporte notamment un risque infectieux. Je vous autorise à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications importantes, y compris à un changement de procédure.
- **Vous m'avez informé en détail et de manière compréhensible de la procédure chirurgicale**, des bénéfices attendus de cette intervention, de ses inconvénients et surtout de ses limites. Les explications que vous m'avez fournies ont été détaillées en des termes suffisamment clairs, et j'ai eu le temps de réfléchir pour me permettre de prendre ma décision et de vous demander de pratiquer cette intervention. Au cours de cette deuxième consultation, j'ai d'ailleurs pu vous poser encore toutes les questions complémentaires éventuelles concernant cette intervention.
- **Je ne vous ai caché** aucun de mes antécédents médicaux ou chirurgicaux, ni aucun des traitements médicamenteux que je prends. Pour diminuer le risque d'hémorragie, je ne prendrai aucun traitement anti-inflammatoire ou contenant de l'aspirine dans les deux semaines qui précéderont l'intervention. J'ai été informé des risques d'intervention ultérieure.
- **Je m'engage expressément à me rendre aux consultations postopératoires**, et à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me prescrirez avant, pendant et après l'hospitalisation ou l'intervention. Je m'engage aussi à vous contacter immédiatement et personnellement en cas d'évènement indésirable survenant après mon retour à domicile.
- **J'autorise l'utilisation des photos** prises avant, pendant ou après l'intervention pour des congrès scientifiques et/ou des publications, quel qu'en soit le support.

OUI

NON

Date :

Signature :

Gynécomastie

La gynécomastie est un développement excessif des seins chez l'homme, d'un seul côté ou des deux côtés, de façon symétrique ou non

Elle est généralement peu ou pas douloureuse, mais elle peut parfois s'accompagner d'une sensibilité de la poitrine

Théoriquement, la véritable gynécomastie n'est liée qu'à la glande mammaire, et la fausse gynécomastie ne contient que de la graisse. En pratique, les deux composantes, glandulaire et graisseuse, sont très souvent associées

La gynécomastie est **très fréquente**, en particulier à certaines périodes de la vie : chez le nouveau né (60% des cas), puis au moment de la puberté (60% des cas) où elle disparaît généralement en moins de deux ans. Chez l'homme adulte, la gynécomastie survient dans 30% des cas environ (jusqu'à 60% des cas après 70 ans).

Dans la grande majorité des cas, la gynécomastie est normale, ou « physiologique », ou « idiopathique », c'est à dire qu'aucune cause n'est retrouvée. Toutefois, avant de pouvoir l'affirmer, il faut pratiquer un bilan complet, à la recherche d'une éventuelle cause pathologique ou médicamenteuse. Ce bilan doit être réalisé par un médecin endocrinologue. Il comprend un interrogatoire, un examen clinique, et une prise de sang. Une échographie et/ou une mammographie sont souvent utiles pour préciser la composante glandulaire et éliminer une tumeur.

Parmi les causes pathologiques, c'est à dire parmi les maladies qui sont susceptibles d'entraîner une gynécomastie, il faut citer :

- les tumeurs du testicule, de la surrénale, de l'hypophyse, du poumon
- le syndrome de Klinefelter, caractérisé par l'existence chez un homme d'un, deux, ou trois chromosomes X surnuméraires
- maladies du rein, de la thyroïde, la cirrhose du foie
- Insuffisances testiculaires (hypogonadisme)

Parmi les causes médicamenteuses, c'est à dire parmi les médicaments qui sont susceptibles d'entraîner une gynécomastie, il faut citer : les oestrogènes, la cimetidine (TAGAMET®), la spironolactone (ALDACTONE®, ALDACTAZINE®).

TRAITEMENT

Lorsqu'une cause est retrouvée, c'est bien sûr elle qui doit être traitée en priorité.

Dans certains cas, un traitement hormonal pourra être prescrit par l'endocrinologue pour réduire la gynécomastie.

Le traitement chirurgical de la gynécomastie ne doit être envisagé qu'après échec du traitement médical. Ce traitement s'adresse particulièrement aux formes gênantes par leur volume ou leur sensibilité, ainsi qu'aux gynécomasties psychologiquement mal tolérées. Chez l'adolescent, il faut attendre environ 2 ans d'évolution avant d'envisager la chirurgie.

La lipoaspiration est une méthode qui ne peut être envisagée seule **que dans le cas** où le contenu des seins est constitué uniquement par de la graisse (fausses gynécomasties).

Dans le cas des véritables gynécomasties, la glande mammaire, qui est dure, ne peut pas être aspirée. Elle ne peut être retirée que chirurgicalement. Tout dépend alors de la taille du sein et de l'élasticité de la peau.

- Lorsque la peau est élastique, et que le sein n'est pas trop gros, ce qui est la majorité des cas, toute l'intervention peut être réalisée par une incision courte et discrète. Située en périphérie de la moitié inférieure de chaque aréole, elle représente un petit demi-cercle.
- En revanche, lorsqu'il existe un excès important de peau et qu'elle n'est pas élastique, les incisions sont horizontales, plus ou moins longues, situées au niveau des aréoles.
- Enfin, dans le cas où le volume des seins est très important, les incisions horizontales sont bas situées, et les aréoles sont amputées et greffées.

APRES L'INTERVENTION

- La cure chirurgicale d'une gynécomastie est une intervention prise en charge par la sécurité sociale, sans accord préalable, **à condition** qu'elle soit *"réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire)"*.
- L'entrée à l'hôpital se fait soit la veille de l'intervention avant 17 heures, soit le matin même de l'intervention.
- L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale. Elle dure de 1 à 2 heures.
- Un drainage aspiratif (redons) ainsi qu'un pansement compressif sont mis à la fin de l'intervention.
- La durée de l'hospitalisation est habituellement de 2 à 4 jours.
- Les drains n'empêchent pas la sortie si elle est possible
- La douleur postopératoire est habituellement minime. Dans tous les cas, elle est facilement contrôlée par les médicaments antalgiques usuels.
- Un vêtement compressif (boléro) doit être porté en permanence pendant un ou deux mois. Il a pour but d'appliquer la peau décollée sur son sous-sol.
- Les fils sont retirés entre le 10ème et le 20ème jours après l'intervention.
- L'arrêt de travail prescrit est habituellement de 2 à 3 semaines.
- Le sport, les mouvements violents, le port de charges lourdes, sont interdits pendant un à deux mois.
- Des consultations de contrôle sont nécessaires jusqu'à la stabilisation du résultat, qui ne peut être apprécié qu'au bout de 6 à 12 mois.

RISQUES DE L'INTERVENTION

- Risques de l'anesthésie générale (voir cette fiche).
- **Hématome, épanchement liquidien** : très fréquents, et possibles malgré le drainage. Leur évacuation peut nécessiter une réintervention sous anesthésie générale. (voir fiche sur les risques de la chirurgie)
- **Infection, nécrose de l'aréole**. Plus rares, mais pouvant conduire à la perte partielle ou totale de l'aréole.
- **Cicatrices**. Comme pour n'importe quelle cicatrice du corps, l'évolution s'étale sur 6 à 12 mois au moins, avec une phase de rougeur et d'induration initiale de la cicatrice pendant 2 à 3 mois. Une hypertrophie des cicatrices est possible, pouvant nécessiter un traitement propre (voir fiche sur la cicatrisation).
- **Résultats inesthétiques** : Sans parler des **ecchymoses de la région opérée**, qui peuvent être très étendues, mais qui sont normales et disparaissent spontanément en quelques semaines, il faut insister sur certains aspects inesthétiques dont le risque est relativement fréquent
 - **Correction insuffisante**, avec excès résiduel de graisse sous-cutanée et/ou de peau
 - **Aspect concave** (« en creux ») de la poitrine, lié à l'épaisseur de la couche graisseuse résiduelle autour du sein qui a été retiré. Une lipoaspiration complémentaire peut être proposée pour l'atténuer
 - **Aspect plus ou moins fripé de la poitrine**, lorsque la peau ne s'est pas rétracté suffisamment ni correctement. Cet aspect ne peut être amélioré qu'au prix d'une cicatrice horizontale plus ou moins longue sur le sein, car il faut retirer la peau en excès

>>> Pour en savoir plus sur Internet :

- <http://www.hopitalstlouis.org/> (Service de chirurgie plastique de l'Hôpital Saint-Louis)
- www.plasticiciens.org (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)

Complications et effets secondaires de l'anesthésie

Tout acte médical, investigation, exploration, intervention sur le corps humain, même conduit dans les conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et à la réglementation en vigueur, expose à un risque de complication. Comme toute acte médical, l'anesthésie comporte des risques.

C'est la raison pour laquelle toute anesthésie générale ou loco-régionale réalisée pour un acte non urgent nécessite une consultation d'anesthésie plusieurs jours avant votre intervention. Le médecin anesthésiste-réanimateur que vous rencontrerez vous examinera et prescrira éventuellement des examens complémentaires (prise de sang, électrocardiogramme, etc.). C'est lui qui répondra à toutes vos questions relatives à la procédure anesthésique qu'il vous proposera.

Anesthésie générale et diazanalgésie

Le Collège Royal des Anesthésistes britanniques distingue les effets secondaires et les complications selon leur fréquence : très fréquentes (10%), fréquentes (1%), inhabituelles (1 pour 1000), rares (1 pour 10 000), et très rares (1 pour 100 000).

Complications très fréquentes et fréquentes.

- **Nausées et vomissements** : devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Ils font l'objet d'une prévention systématique.
- **Maux de gorge** : liés à l'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie, ils peuvent durer pendant quelques jours.
- **Sensation de faiblesse, vision floue** : liées à une hypotension artérielle
- **Frissons** : liés au stress, au froid, ou aux médicaments injectés. Pendant l'intervention si cela est partiellement possible, puis en salle de réveil, vous serez réchauffé(e) sous une couverture à air chaud.
- **Maux de tête** : ils peuvent être liés à l'anesthésie, à la chirurgie, à la déshydratation ou à l'anxiété.
- **Démangeaisons** : elles peuvent être un effet secondaire des médicaments opiacés tels que la morphine, ou bien accompagner une réaction allergique.
- **Douleurs dorsales** : liées à la position prolongée sur la table d'opération, surtout si vous aviez des prédispositions à ce genre de douleurs.
- **Douleurs lors de l'injection** : possible avec certains produits anesthésiques.
- **Ecchymoses et douleurs au(x) point(s) de perfusion**, rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés.
- **Troubles passagers de la mémoire, ou baisse des facultés de concentration** : fréquents chez les personnes âgées, ils peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie générale et sont généralement temporaires (quelques jours ou semaines).

Complications inhabituelles.

- **Infection pulmonaire** : plus fréquente chez les personnes qui fument. C'est pour réduire de risque qu'il faut arrêter le tabac le plus longtemps possible avant l'intervention.
- **Problèmes urinaires** : à type de rétention d'urines chez l'homme, et d'incontinence chez la femme, ils peuvent nécessiter la mise en place transitoire d'une sonde urinaire.
- **Dépression respiratoire** : liée aux médicaments antalgiques, aux produits anesthésiques, ou à un pneumothorax.
- **Blessures des dents, des lèvres ou de la langue** : toujours possibles lors de l'intubation. C'est pourquoi il est important que vous signaliez à l'anesthésiste tout appareil dentaire ou toute fragilité dentaire particulière pour réduire ce risque.
- **Aggravation d'une pathologie préexistante** : telle que le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance coronaire ou vasculaire cérébrale.
- **Conscience de l'intervention** : surtout possible lors des phases d'endormissement et de réveil.

Complications rares et très rares.

- **Lésions oculaires (cornéennes)**
- **Allergie grave** à un médicament injecté
- **Les accidents liés au passage de vomissements ou de liquide gastrique dans les poumons** sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.
- **Lésion nerveuse.** La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.
- **Mort.** Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.
- **Panne technique** d'un équipement d'anesthésie.

Anesthésie loco-régionale

L'anesthésie loco-régionale permet de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être associée ou devenir nécessaire, notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie loco-régionale.

- Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours et/ou un traitement local spécifique.
- Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire.
- Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles.

- Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficulté.
- Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.
- Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.
- En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.
- Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésie de ce type sont réalisées chaque année.

Anesthésie locale

Même l'anesthésie locale comporte des risques, qui sont heureusement très exceptionnels en pratique :

Syncope vagale : de loin la plus fréquente de toutes les complications possibles (sueurs, pâleur, sensation de malaise)

Allergie, avec des signes cutanés (rougeurs, démangeaisons, gonflements), respiratoires (gêne de type asthmatique) et cardiovasculaires (tachycardie, hypotension artérielle).

Troubles du rythme cardiaque : pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque

Accidents neurologiques à type de convulsions pouvant aboutir à une dépression cardio-respiratoire, voire à un coma.

>>> Pour en savoir plus sur Internet :

- www.sfar.org (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)
- www.youranaesthetic.info (The Royal College of Anaesthetists)
- <http://www.hopitalsaintlouis.org/> (Service de chirurgie plastique de l'Hôpital Saint-Louis)
- www.plasticiens.org (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)

Service de chirurgie plastique. Hôpital Saint-Louis, Paris. www.hopital-saint-louis.org	COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE	Fiche d'information des patients Mai 2006
<i>Marc REVOL et Jean-Marie SERVANT</i>		

Complications et effets indésirables de la chirurgie

Tout acte médical comporte un risque. La liste des complications et effets indésirables de la chirurgie est impossible à établir de façon exhaustive, car elle dépend de chaque cas particulier. Les risques décrits dans ce document existent dans toutes les interventions chirurgicales.

Au niveau de la région opérée :

Inconfort et douleur : constants, mais avec une intensité et une durée très variables selon la nature de l'intervention pratiquée et selon les patients. Ils justifient la prescription systématique de médicaments antalgiques adaptés. Si votre douleur est insuffisamment calmée par ces médicaments, n'hésitez pas à le dire aussitôt.

Gonflement (œdème) et ecchymose : d'importance très variable et imprévisible, ces phénomènes sont quasi-constants. Ils disparaissent spontanément et complètement en quelques semaines. Rien ne peut prévenir leur apparition, ni accélérer leur disparition.

Saignement : extériorisé (hémorragie) ou non (hématome). Relativement fréquents, mais d'importance très variable, un hématome ou une hémorragie peuvent nécessiter une reprise de l'intervention pour arrêter le saignement (hémostase) et évacuer les collections.

Pour réduire ce risque, l'aspirine et tous les médicaments anti-inflammatoires doivent être arrêtés 10 jours au moins avant l'intervention. Certaines précautions doivent aussi être prises chez les patients qui prennent des anticoagulants.

Exceptionnellement, une hémorragie importante peut nécessiter la transfusion de sang ou de produits dérivés du sang. S'il existe une probabilité pour que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel (voir cette fiche).

Epanchement lymphatique (sérome) : plus fréquent dans les interventions qui comportent des décollements importants de la peau. Comme un hématome, il peut parfois nécessiter une intervention pour être évacué et drainé.

Infection : Toute piqûre, toute incision de la peau, tout acte invasif comporte un risque d'infection puisque la peau est normalement couverte de microbes. Dans l'immense majorité des cas en effet, c'est avec les microbes de sa propre peau qu'un patient opéré s'infecte. Tous les moyens sont mis en œuvre pour éviter que ces microbes pénètrent sous la peau (désinfection de la région opérée, règles d'asepsie chirurgicale, etc.). Malheureusement le risque zéro n'existe pas en chirurgie, et une infection du site opératoire est toujours possible, d'importance très variable. Tout peut se voir, depuis la simple infection d'un fil sous-cutané, jusqu'à l'abcès, voire la cellulite qui peut être très grave ("dermo-

hypodermite", "fasciite"). Dans tous les cas, les signes d'inflammation qui permettent de suspecter une infection débutante sont une rougeur, une douleur et un gonflement de la région opérée, qui est plus chaude que les régions voisines. De la fièvre est très souvent associée.

Lorsqu'une infection du site opératoire est reconnue, elle nécessite un traitement adapté qui peut aller jusqu'à une nouvelle intervention chirurgicale.

Lorsque l'infection concerne un implant ou un matériel étranger mis en place dans l'organisme, son traitement oblige le plus souvent à l'enlever. Ce n'est que plusieurs mois après la cicatrisation qu'on peut envisager de remettre en place un nouvel implant, avec un risque infectieux augmenté.

Il est illusoire de vouloir prescrire systématiquement des antibiotiques pour essayer de prévenir une infection après une intervention chirurgicale. Les antibiotiques peuvent en outre être dangereux car ils sélectionnent des microbes qui leur résistent et qui sont alors difficiles à traiter, surtout en milieu hospitalier. En matière de chirurgie, les antibiotiques ne doivent donc être utilisés que dans certains cas rares, et selon des règles très précises.

Après une infection, les cicatrices peuvent être larges et inesthétiques.

Nécrose cutanée : une partie plus ou moins importante de la peau peut mourir par défaut de vascularisation. Nettement favorisée par le tabagisme, qui altère durablement la circulation capillaire du sang, cette complication assez rare peut survenir lorsque la peau est décollée sur une grande étendue. L'importance de cette nécrose peut être très variable, et son traitement peut nécessiter une nouvelle intervention.

Désunion mécanique de la suture, partielle ou totale (lâchage de suture)

Kystes épidermiques sur la cicatrice

Cicatrisation, cicatrices : (voir cette fiche). Quelle que soit l'intervention, les cicatrices sont constantes et inévitables. Indélébiles, leur aspect final est imprévisible et ne doit pas être jugé avant 12 mois. Une cicatrice doit être protégée du soleil pendant environ un an. L'évolution de la cicatrisation sur un mode hypertrophique ou chéloïdien est possible, pouvant nécessiter un traitement approprié (injections de corticoïdes dans la cicatrice, compression continue, douches filiformes, etc.).

Modifications de la sensibilité : à type d'engourdissement, d'insensibilité, ou de sensations "bizarres" dans la région opérée, ces modifications sont fréquentes et disparaissent habituellement, au moins partiellement, avec le temps (plusieurs mois ou années selon les cas).

Complications thrombo-emboliques.

La thrombose veineuse (ou "phlébite") est la constitution d'un caillot de sang dans une veine, le plus souvent au niveau du mollet. Favorisée par l'immobilisation et par la déshydratation, elle est souvent douloureuse. Surtout, elle comporte un risque "d'embolie", c'est-à-dire que le caillot se détache de la veine et, porté par le courant sanguin, remonte jusqu'au cœur, qui l'envoie alors dans les poumons. Cette "embolie pulmonaire" peut être mortelle. Bien qu'il soit impossible d'éviter à coup sûr ce type d'accident, il est possible d'en réduire le risque de survenue par un ensemble de moyens, qui sont variables selon les patients et les interventions :

- Un mois avant l'intervention : arrêt de la pilule contraceptive et des traitements hormonaux comportant des oestrogènes.
- Pendant l'intervention et pendant toute la période d'immobilisation : bas ou chaussettes de compression élastique graduée, compression pneumatique intermittente
- Après l'intervention : lever précoce, mobilisation précoce des membres inférieurs
- Médicaments anticoagulants (en injections sous-cutanées)

Parmi les très nombreux facteurs de risques de complications thrombo-emboliques liés au patient, il faut citer : l'âge supérieur à 40 ans, l'obésité, le tabagisme, l'existence de varices, et les antécédents de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire.

Risques liés au tabagisme

Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent.

Attention : les patches à la nicotine comportent le même risque de nécrose cutanée que le tabac.

>>> Pour en savoir plus sur Internet :

- <http://www.hopitalsaintlouis.org/> (Service de chirurgie plastique de l'Hôpital Saint-Louis)
- www.plasticiens.org (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)
- www.sfar.org (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)

La cicatrisation, les cicatrices

Les cicatrices sont inévitables, définitives et indélébiles.

Sauf si elle est très superficielle, toute plaie, toute brûlure, toute incision chirurgicale, toute infection, toute lésion qui détruit le derme, laissera une cicatrice **définitive et indélébile**. Même la chirurgie esthétique laisse des cicatrices, et il est actuellement **impossible de faire disparaître une cicatrice**, y compris par le laser ou par la chirurgie esthétique. Mais il est parfois possible d'améliorer l'aspect d'une cicatrice dans certains cas.

La cicatrisation est un processus qui évolue pendant plusieurs mois.

Avant même de pouvoir juger de l'aspect définitif d'une cicatrice, et de la considérer comme stable, il faut d'ailleurs attendre de 6 à 36 mois selon les cas, car la cicatrisation de la peau est un processus évolutif et long. Elle évolue pour l'observateur d'une façon stéréotypée pendant plusieurs mois :

- immédiatement après l'ablation des fils, la cicatrice est habituellement belle, fine, linéaire.
- Mais dans les 4 à 8 semaines qui suivent, **elle devient progressivement dure, rouge**, légèrement boursoufflée, et elle s'accompagne de **démangeaisons**. Ce stade « hyperplasique » initial, parfaitement normal, passe par un maximum d'intensité variable vers le premier ou le deuxième mois.
- Ce n'est qu'après ce délai qu'elle commence à blanchir, à ne plus démanger, à s'aplatir et à s'assouplir, pour prendre progressivement son aspect définitif et stable **au bout d'un an environ** (parfois plus, parfois moins).
- L'évolution se termine alors en laissant une cicatrice définitive et indélébile, plus ou moins discrète, normalement souple, blanche, insensible et indolore. Il n'existe jamais de poils ni de glandes sudoripares dans une cicatrice. Finalement, la Nature prend son temps, et il faut avoir la patience d'attendre le résultat, car elle améliore généralement beaucoup les choses. Jusqu'à ce jour, aucune crème, aucune pommade, aucun produit, aucun procédé n'a fait la preuve scientifique de son efficacité pour accélérer le processus de la cicatrisation ou pour améliorer l'aspect d'une cicatrice.

La cicatrisation doit être protégée du soleil.

Que la cicatrice résulte d'une suture ou qu'elle résulte de l'évolution spontanée d'une plaie, elle doit absolument être protégée du soleil pendant tout le temps que dure son évolution, c'est à dire tant qu'elle est rouge ou rose, ce qui peut prendre de 6 mois à 3 ans selon les cas. Car une cicatrice fraîche peut bronzer ; et si elle bronze, sa pigmentation sera définitive ("dyschromie"), ce qui est inesthétique sur une peau qui a débronzé. La protection solaire doit donc se faire par tous les moyens possibles :

- éviter l'exposition au soleil,
- porter des vêtements (ou chapeau) qui recouvrent la cicatrice,
- et, plutôt que de cacher la cicatrice avec un pansement, la recouvrir avec une **crème solaire écran total** en cas d'exposition directe inévitable. Renouveler cette crème toutes les 2 heures.

La cicatrice reste un mystère.

En fait, **l'aspect définitif d'une cicatrice est entièrement imprévisible**. Le seul paramètre que le chirurgien contrôle est la méthode de suture, qui doit évidemment s'efforcer de laisser le moins de traces possibles. Mais la cicatrice, qui **ne peut être définitivement jugée qu'au bout de 6 à 36 mois**, résulte de facteurs multiples et incontrôlables. Habituellement, certaines régions du corps cicatrisent de façon très discrète, en laissant des traces très fines. C'est souvent le cas des paupières et des joues. Dans d'autres régions du corps, telles que le dos ou les genoux, il existe des tensions importantes de la peau lors des mouvements, et les cicatrices y sont souvent très larges, malgré toutes les précautions prises lors de la suture. De façon générale, quelle que soit la région du corps, et en l'absence de complications, il est très fréquent d'observer sur une même cicatrice des zones fines qui alternent de façon incompréhensible avec des zones plus ou moins élargies ou boursoufflées. Cette incertitude concernant le résultat esthétique d'une cicatrice existe pour chaque intervention. En particulier, lorsqu'une cicatrice jugée inesthétique est reprise dans le but d'en améliorer l'aspect, le résultat final de l'intervention est aussi incertain. Même en l'absence de complications, il est malheureusement possible que la cicatrice finale soit aussi visible que la cicatrice initiale... Lorsque la cicatrice est anormalement boursoufflée, on parle de **cicatrice « hypertrophique »** et de **cicatrice « chéloïde »**. La première s'améliore très lentement mais sûrement. La seconde n'a aucune tendance spontanée à s'améliorer. Dans les deux cas, parlez-en avec votre chirurgien.

>>> Pour en savoir plus sur Internet : www.cicatrissage.info

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Les microbes qu'on trouve dans une plaie proviennent du patient lui-même dans l'immense majorité des cas, et non du milieu extérieur.
- Non seulement il est normal de trouver ces microbes dans une plaie, mais encore le pansement n'a pas pour but habituel de les faire disparaître.
- Les antiseptiques n'ont aucune utilité prouvée dans une plaie et peuvent même être nuisibles. L'eau du robinet suffit dans tous les cas à nettoyer une plaie.
- La douche quotidienne à l'eau du robinet et au savon n'est jamais interdite en cas de plaie, bien au contraire.
- Les antibiotiques peuvent être dangereux car ils sélectionnent des microbes qui leur résistent. En matière de plaies et de cicatrisation, les antibiotiques ne doivent être utilisés que dans certains cas, qui sont rares en pratique.
- La nature est bien faite, et nous cicatrisons le plus souvent malgré le pansement. Il suffit pour s'en convaincre de se déplacer dans le tiers monde et les milieux défavorisés.
- Aucun pansement, aucun procédé moderne ne permet réellement d'accélérer la cicatrisation. Seule la chirurgie permet d'accélérer la cicatrisation d'une plaie lorsqu'elle est nécessaire et lorsqu'elle est possible.