

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Destiné au docteur :

- **Je soussigné(e) :**
né(e) le :
désire faire opérer **le kyste synovial de mon poignet / doigt (gauche / droit)**
- **J'ai bien reçu et lu les documents** intitulés "*kyste synovial*" (3 pages), "*algodystrophie de la main*" (2 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(e) 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(e) 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(e) :**
né(e) le :
désire faire opérer **le kyste synovial de mon poignet / doigt (gauche / droit)**
- **J'ai bien reçu et lu les documents** intitulés "*kyste synovial*" (3 pages), "*algodystrophie de la main*" (2 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(e) 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(e) 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 :

Service de chirurgie plastique. Hôpital Saint-Louis, Paris. www.hopitalstlouis.org	KYSTE SYNOVIAL	Fiche d'information des patients Mai 2006
<i>Marc REVOL et Jean-Marie SERVANT</i>		

Kyste synovial (poignet, main)

Fréquents, les kystes synoviaux du poignet ou des doigts sont des tuméfactions parfaitement bénignes.

Leur évolution est imprévisible, et en particulier, ils peuvent disparaître spontanément en quelques mois. Aucun traitement n'est donc habituellement justifié, ni médical (écrasement, ponction, injections), ni chirurgical, car aucun ne met en particulier à l'abri d'une récurrence, toujours possible.

Incapable de garantir la disparition d'éventuelles douleurs, la chirurgie ne se justifie le plus souvent que pour des raisons esthétiques et/ou personnelles. Ses inconvénients et risques sont donc à mettre en balance avec ceux de l'abstention.

Avant l'intervention

- **2 consultations de chirurgie** sont nécessaires pour un déroulement correct du processus d'information et de réflexion.
- **Une consultation d'anesthésie** est obligatoire plusieurs jours avant l'intervention si celle-ci est prévue sous anesthésie générale ou régionale.
- **Arrêt de la prise d'aspirine, d'anti-inflammatoires, ou d'anti-coagulants oraux** dans les 15 jours qui précèdent l'intervention, pour réduire le risque hémorragique.

L'intervention

Kyste synovial de la main :

- L'intervention dure environ 30 minutes.
- Elle est réalisée sous anesthésie locale pure et garrot élastique au poignet
- Vous n'avez pas besoin d'être à jeun.
- Il s'agit d'une intervention à titre externe, sans aucune hospitalisation, et vous pouvez immédiatement rentrer chez vous.

Kyste synovial du poignet :

- L'intervention dure de 30 à 60 minutes.
- Elle est réalisée sous anesthésie générale ou régionale (bloc plexique), et garrot pneumatique au bras
- Vous êtes hospitalisé(e) le matin de l'intervention à 7h30
- Vous devez impérativement être **à jeun** depuis minuit (y compris pour l'eau et le tabac).
- Après l'intervention, vous êtes surveillé(e) en salle de réveil avant d'être reconduit(e) dans votre chambre.
- Selon les cas, vous rentrez chez vous soit le soir même ("hospitalisation de jour"), soit le lendemain.

Dans tous les cas :

- Prévoyez une personne pour accompagner votre retour à domicile (obligatoire pour l'hospitalisation de jour)

Les suites de l'intervention

- **L'hospitalisation** dure de quelques heures (« hôpital de jour ») à quelques jours.
- **Pendant les premiers jours qui suivent l'intervention**, il est déconseillé au patient de laisser pendre sa main au bout du bras. Il est au contraire recommandé de placer la main au-dessus du niveau du cœur (soit sur un oreiller lorsqu'on est allongé, soit sur l'épaule opposée lorsqu'on est assis ou debout). D'autre part, et afin d'éviter un engourdissement, il est recommandé une ou deux fois par heure de lever la main très haut au-dessus de la tête, et de faire bouger les doigts en les ouvrant et en les fermant. Malgré leur simplicité, ces petits moyens sont très efficaces pour éviter un œdème et des douleurs pulsatiles.
- **Le pansement** est initialement assez volumineux et rembourré pour entraver relativement les mouvements du poignet et éviter ainsi une source de douleur. Il est progressivement allégé et régulièrement changé jusqu'à l'ablation des fils, 15 jours environ après l'opération. En principe, le pansement ne doit pas être mouillé, car cela favoriserait la macération de la peau qu'il protège. Lorsqu'un bandage est utilisé, il est très important de ne pas serrer la bande, qu'il faut dérouler « en la posant », sans tirer dessus.
- **Les fils** sont retirés au bout de 15 jours environ après l'intervention. 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.
- **La durée de l'arrêt de travail** est variable selon les cas de une à trois semaines environ.
- La conduite automobile peut être reprise après 3 semaines environ. A ce sujet, il faut attirer l'attention du patient sur le fait que si un accident survient, sa compagnie d'assurance peut lui faire des difficultés lorsque son adversaire signale sur le constat l'existence d'un pansement à la main.

Cicatrices

Comme pour toute intervention chirurgicale, il existe des cicatrices. Comme toutes les cicatrices (voir cette fiche) :

- elles sont définitives.
- elles doivent être protégées du soleil pendant au moins 6 mois pour éviter le risque de pigmentation définitive.
- Elles peuvent être rouges et visibles pendant plusieurs mois.
- Leur aspect définitif (largeur, épaisseur, couleur) est imprévisible et ne doit pas être jugé avant 6 à 12 mois.

Risques

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. **Les risques** du traitement chirurgical sont à mettre en balance avec les inconvénients de l'abstention :

Complications générales

- Les risques liés à l'anesthésie générale ou régionale vous seront expliqués par le médecin anesthésiste lors de votre consultation (voir cette fiche).
- Parmi les complications générales de la chirurgie (voir cette fiche), on peut citer les risques suivants :
 - **L'infection** du site opératoire est rare, mais possible, et peut nécessiter une réintervention. Si elle concerne l'articulation du poignet, il s'agit d'une arthrite, qui est grave.
 - **Des troubles de la sensibilité** de la région opérée sont possibles, à type d'insensibilité ou d'hypersensibilité. Ils peuvent être associés à des douleurs à la pression de la région cicatricielle. Ces symptômes sont le plus souvent transitoires en quelques mois, mais ils peuvent persister définitivement.
 - **Des troubles de la cicatrisation** peuvent apparaître : cicatrices larges, hypertrophiques, ou chéloïdes. Chacune peut nécessiter un traitement propre.

Les complications spécifiques de cette intervention sont les suivantes :

- Surtout l'imprévisible et désespérante « **algodystrophie** », toujours possible (voir cette fiche)
- **Récidive**, possible dans 10 % des cas environ.
- **Raideur du poignet**, pouvant nécessiter une rééducation et pouvant laisser une limitation de la mobilité articulaire.

>>> 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.gem-sfcm.org (Société Française de Chirurgie de la Main)

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.

Service de chirurgie plastique. Hôpital Saint-Louis, Paris. www.hopitalsaintlouis.org	ANESTHÉSIE	Fiche d'information des patients Mai 2006
Marc REVOL, Claire ROUVEROUX, Jean-Marie SERVANT		

- 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.hopitalstlouis.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.cicatrization.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.