



INFORMATION MEDICALE : PRISE EN CHARGE DES LESIONS CUTANÉES

Certaines **lésions cutanées** (croûte qui ne guérit pas, érosion qui saigne régulièrement, tache d'apparition récente, « bouton » évoluant depuis plusieurs mois ou années, etc.) doivent être enlevées chirurgicalement, sur instruction d'un dermatologue.

Le premier temps peut être une simple **biopsie** : le chirurgien ou le dermatologue prélève un petit fragment de la lésion pour la faire analyser et en déterminer la nature.

Parfois, la biopsie n'est pas nécessaire et un geste chirurgical, appelé **exérèse**, est programmé d'emblée.

La plupart du temps le geste se fait sous anesthésie locale mais peut, parfois, nécessiter une anesthésie générale dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée.

Si le patient est sous anticoagulants, il faut alors prévoir d'adapter ce traitement avec le médecin traitant ou le cardiologue.

La **reconstruction** est souvent réalisée dans le même temps mais elle peut parfois être différée lorsqu'il est plus prudent d'attendre les résultats d'analyse.

Les lésions cutanées les plus fréquemment rencontrées sont les carcinomes et les mélanomes.

CARCINOMES :

Il en existe principalement deux types :

- Carcinome basocellulaire dont l'agressivité est locale, c'est-à-dire que si on laisse évoluer la lésion, elle augmente de volume et si on l'enlève en totalité, le patient est considéré comme guérit.
- Carcinome épidermoïde : cette lésion peut essaimer des cellules cancéreuses vers les ganglions de proximité. Il convient donc, après la chirurgie, de surveiller le patient afin de détecter d'éventuelles atteintes ganglionnaires (par une palpation et une échographie régulières). Si une atteinte ganglionnaire se déclare, le traitement doit donc être complété.

Exérèse :

C'est donc le geste qui permet d'enlever la lésion suspecte. Le chirurgien est dans l'obligation d'enlever plus que ce qui est visible afin de ménager une marge de sécurité. Il peut en effet y avoir de petites ramifications invisibles à l'œil nu qui pourraient être le siège de récurrences.

La lésion est envoyée à l'analyse. Le résultat est publié environ une semaine après la chirurgie. Elle donne deux informations :

- la nature exacte de la lésion
- le caractère complet ou incomplet de l'exérèse.

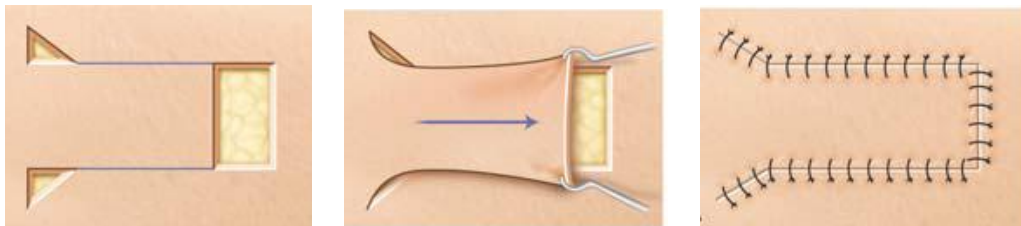
Fermeture et reconstruction :

La fermeture directe est rarement possible du fait du volume à enlever. Elle n'est réalisée que lorsque le site de la lésion se trouve à distance de structures qui ne doivent en aucun cas être déformées (paupières, sourcils, narines, lèvres) et lorsque la lésion initiale est de très petite taille.

La reconstruction comprend principalement deux méthodes :

- Lambeau cutané :

La zone à fermer est recouverte par de la peau prélevée à proximité immédiate du site. Les suites opératoires sont simples : sutures à désinfecter et application de vaseline.



Exemple de lambeau d'avancée

- greffe cutanée :

De la peau est prélevée à distance du site (cou, face interne du bras, pli de l'aîne, etc.) et est suturée sur la zone à recouvrir. Un pansement est cousu à la peau pour n'être retiré que 4 jours après la chirurgie. Des soins locaux sont ensuite nécessaires durant environ dix jours (désinfection et application de vaseline).

MELANOME :

Les lésions suspectes d'être un mélanome sont principalement :

- un naevus récemment modifié
- une tâche sur la peau d'apparition récente.

Une biopsie ne doit jamais être pratiquée. Il faut d'emblée enlever la lésion chirurgicalement en passant au plus près.

C'est l'analyse de la pièce opératoire qui donnera l'orientation pour la suite du traitement.

En cas de mélanome avéré, une reprise chirurgicale ménageant une marge importante est nécessaire.

La reconstruction se fait habituellement par greffe cutanée.

Un bilan d'extension est alors programmé.

Information reçue le
Signature du patient

et bien comprise.