

Information délivrée le :

Cachet du Médecin :

Au bénéfice de :

Nom :

Prénom :

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser concernant **le suivi post-opératoire et les soins post-opératoires** liés à l'intervention qui est prévue.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information souhaitables pour faciliter la période post-opératoire.

● PANSEMENTS, SOINS POST-OPÉRATOIRES ET CICATRISATION

La période postopératoire soulève fréquemment des questions et des inquiétudes concernant les activités quotidiennes. Or, les soins après une intervention sont cruciaux pour obtenir une cicatrisation optimale.

Votre chirurgien, interlocuteur privilégié, abordera ces points avant et après l'intervention. Il vous fournira des instructions précises pour les premiers jours postopératoires, notamment concernant la reprise des douches et des bains, en fonction du type de chirurgie et de la méthode de suture utilisée.

● PHYSIOLOGIE CUTANÉE ET CICATRISATION TISSULAIRE

La peau se compose de trois couches tissulaires successives : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. La peau saine et les plaies sont naturellement colonisées par une multitude de micro-organismes, en particulier des bactéries saprophytes, c'est-à-dire des germes qui y résident sans causer d'infection. Ces bactéries participent à la défense contre les agressions en occupant l'espace empêchant des germes pathogènes d'affecter la peau. Cette colonisation est essentielle pour maintenir l'équilibre microbiologique et notamment ne pas gêner la cicatrisation satisfaisante des plaies.

Les espèces saprophytes les plus fréquentes sont par exemple *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium spp.*, *Micrococcus spp.*, et *Propionibacterium acnes*. Les autres bactéries, dites opportunistes, peuvent causer des infections, notamment lors de plaies chroniques ou sur terrain immunodéprimé (dont le système immunitaire est diminué).

La cicatrisation tissulaire se déroule en plusieurs phases :

1. Hémostase (premières heures) : formation du caillot par agrégation des plaquettes et des facteurs de coagulation, ce qui limite le saignement.
2. Inflammation : afflux local de cellules immunitaires, en particulier de polynucléaires neutrophiles aux propriétés anti-infectieuses.
3. Prolifération cellulaire : production de nouveau tissu par les fibroblastes et angiogenèse (néovascularisation locale).
4. Remodelage : réorganisation du collagène et maturation du tissu cicatriel.

Au cours de la première semaine, on observe une prolifération de fibroblastes et de kératinocytes, conduisant respectivement à un tissu de granulation riche en collagène et à une nouvelle couche épidermique. Par la suite, le collagène se réorganise au fur et à mesure que le tissu de granulation régresse, résultant en un tissu cicatriel de plus en plus mature.

Ces phénomènes se poursuivent lors des semaines suivantes, auxquels s'ajoutent des mécanismes de

contraction des berges de la plaie par les myofibroblastes ainsi qu'une maturation du nouveau tissu, retrouvant progressivement sa fonction de barrière physiologique. Les mélanocytes peuvent également repigmenter la zone, bien que la coloration puisse rester différente de la peau environnante pendant un certain temps.

Au bout de 6 semaines, la plaie est généralement bien cicatrisée avec une réorganisation du collagène, une réduction du tissu de granulation, une contraction significative de la plaie, et une maturation continue de l'épiderme. Ces processus assurent une cicatrice plus solide et fonctionnelle.

● TECHNIQUES CHIRURGICALES DE FERMETURE CUTANÉE

On distingue deux types principaux de cicatrisation :

• Cicatrisation « de première intention » (primaire) : les bords d'une plaie propre et fermée par des sutures se rejoignent rapidement, minimisant la formation de tissu cicatriel.

Cette cicatrisation dite « de première intention » peut être obtenue de plusieurs manières. Connaitre la méthode utilisée pour fermer l'incision va vous aider à comprendre l'évolution de votre plaie et ses soins. Il existe quatre façons courantes de suturer une incision chirurgicale : des points de suture, des agrafes, des pansements type steri-strip ou parfois de la colle chirurgicale.

• Cicatrisation « de seconde intention » (secondaire) : la plaie est laissée ouverte (ou s'est ouverte par échec de la première intention) pour guérir naturellement, comblant l'espace avec du tissu de granulation, ce qui laisse une cicatrice un peu plus large (cependant la surface et les berges de la plaie se contractent) et plus visible.

● CONSIGNES POST-OPÉRATOIRES HABITUELLES

1. Hygiène, douches et baignades

Les soins post-opératoires peuvent varier en fonction de l'opération, mais dans la plupart des cas, il est recommandé de doucher les plaies, sans pansement, à l'eau tiède, à partir du lendemain de l'opération. Les douches trop longues et chaudes sont à éviter car elle peut affaiblir l'incision et l'ouvrir prématurément.

Plusieurs études confirment que la majorité des plaies post-opératoires peuvent être exposées à l'eau après 24 à 48 heures. Le fait de prendre une douche fait partie intégrante des soins post-opératoires afin de maximiser les chances de succès de la cicatrisation de première intention. La douche permet de s'affranchir de la sueur et des exsudats majorant la macération des plaies et de limiter la prolifération de bactéries pathogènes.

Lors des premiers jours, de courtes douches d'environ 5 minutes suffisent. Lavez les plaies avec du savon doux et de l'eau tiède, en laissant l'eau couler doucement sur la zone sans diriger le jet d'eau directement vers le site opératoire. Séchez la zone en tamponnant avec une serviette propre, puis appliquez un traitement topique prescrit sur l'incision si nécessaire, changez le pansement. Lors des premières douches postopératoires, demandez à quelqu'un de se tenir à proximité en particulier après des chirurgies impliquant les genoux, les jambes, les chevilles, les pieds et le dos.

Dans certains cas spécifiques, votre chirurgien pourrait recommander des savons antiseptiques comme l'Hibiscrub ou la Bétadine moussante (flacon rouge). Il s'agit de désinfectants puissants et il convient d'éviter d'appliquer ces produits sur votre visage ou d'utiliser d'autre savon après leur application.

Il est important de ne pas retirer les pansements type Steri-Strip, les points de suture visibles, les agrafes ou tout autre pansement utilisé pour refermer la plaie. Ne grattiez pas les croûtes sur l'incision, laissez-les se détacher naturellement.

Appliquez seulement les pommades ou les crèmes prescrites par votre chirurgien. N'utilisez pas de produits à application locale sur la zone opérée à moins que votre chirurgien ne vous le demande.

Pour les incisions fermées avec de la colle tissulaire, gardez-les au sec et à l'abri de la lumière directe du soleil, en particulier pendant les 5 premiers jours après la chirurgie. Vous pouvez ensuite vous doucher normalement, en évitant les bains.

La plupart des chirurgiens recommandent de prendre des douches plutôt que des bains, en particulier au cours des 2 à 3 premières semaines post-opératoires. Le fait de maintenir la zone immergée peut augmenter le risque d'infection et il convient donc d'éviter de nager ou de plonger l'incision dans l'eau.

Avant d'aller à la plage ou à la piscine, il est conseillé d'être un peu plus patient et d'attendre au moins un mois et l'autorisation de votre chirurgien. Les piscines sont chargées de chlore et d'autres produits chimiques pour préserver la propreté, de sorte que le contact avec une blessure fraîche peut provoquer une irritation, une inflammation ou même des dommages supplémentaires. Pour la plage le sel contenu dans l'eau, provoquerait une réaction défavorable, et le sable, s'introduire dans la plaie.

Concernant l'exposition au soleil, une protection solaire « indice 50 » est indispensable et peut être appliquée à partir d'un mois post-opératoire si la plaie est bien cicatrisée.

2. Pansements

Le type de pansement employé dépendra des plaies post-opératoires.

Les plaies en cicatrisation de première intention (plaies suturées) et celles **en cicatrisation de deuxième intention** (cicatrisation dirigée) nécessitent, des approches de traitement différentes en termes de pansements.

Les plaies suturées bénéficient de pansements secs. Ils absorbent les exsudats et offrent une protection contre les infections sans rétention d'humidité, ce qui est essentiel pour les plaies suturées encore fermées.

En revanche, les plaies en cicatrisation dirigée nécessitent un environnement légèrement plus humide pour favoriser une guérison optimale. Les pansements comme les hydrogels, les hydrocolloïdes et les alginates maintiennent un milieu humide, ce qui accélère le processus de cicatrisation en favorisant l'angiogenèse, accélérant la dégradation des tissus nécrotiques et en réduisant la douleur.

Les pansements en silicone ne sont pas recommandés pour les plaies cicatrisant en première intention.

Plusieurs études concordantes ont montré que les crèmes dites «cicatrisantes» n'apportent aucun bénéfice pour la cicatrisation des plaies post-opératoires.

L'application de vaseline ou d'autres crèmes sur les plaies en cicatrisation de première intention (plaies suturées) n'est pas recommandée car elles favorisent la macération. La macération peut ralentir la guérison et augmenter le risque d'infection en créant un environnement trop humide.

Dans des cas spécifiques de cicatrisation de seconde intention (bourgeonnement) la vaseline pourra être indiquée.

3. Tabac

Nous rappelons ici la nécessité d'un sevrage tabagique complet, comme cela est exposé dans l'encart concernant « la question du tabac » qui apparaît au sein de la fiche d'information qui vous a été remise avant l'intervention dont vous avez bénéficié.

De surcroît, une fiche spécifique concernant le tabagisme et ses effets sur votre peau et la cicatrisation vous aura été remise le cas échéant.

Arrêter le tabac ou toute substance brûlée est crucial. Il est impératif d'arrêter de fumer au moins deux semaines avant l'intervention, mais il est, en fait, préférable d'arrêter 4 à 6 semaines avant la date opératoire.

Le tabagisme ralentit le processus de guérison, prive d'oxygène les tissus en phase de guérison par vasoconstriction nicotine-induite et peut même engendrer une infection par diminution de la concentration tissulaire en macrophages. Le monoxyde de carbone (CO) inhalé lors de la consommation d'une cigarette se lie à l'hémoglobine, réduisant ainsi la capacité du sang à transporter l'oxygène et favorise le spasme.

L'usage de la cigarette électronique, même s'il permet de s'affranchir de la présence du monoxyde de carbone et des goudrons, n'apparaît pas totalement inoffensif. Des concentrations élevées en nicotine délivrées par ces dispositifs pourraient présenter un sur-risque d'effets nicotiniques sur les phénomènes cicatriciels et les risques infectieux par rapport à des dispositifs de substitution nicotinique transdermiques.(patchs).

Le sevrage tabagique complet apparaît donc comme la solution de choix avant une chirurgie, en particulier plastique et, il semble plus adapté de se tourner vers des traitements substitutifs type patchs.

4. Alimentation

Une alimentation équilibrée est essentielle pour favoriser la cicatrisation. Elle doit comprendre une variété d'aliments tels que des fruits, des légumes, des céréales complètes, des protéines maigres et des produits laitiers, apportant ainsi tous les nutriments essentiels. Les protéines animales sont des sources complètes, mais des combinaisons végétales, telles que les légumineuses avec les céréales, peuvent fournir un profil complet d'acides aminés essentiels. Il convient toutefois d'être vigilant car ces régimes peuvent entraîner des carences en protéines si l'apport en sources protéiques végétales est insuffisant en quantité et qualité. Un régime non carencé en vitamines, minéraux et antioxydants, est nécessaire à la cicatrisation en soutenant la réparation tissulaire. Les régimes végétarien ou végan, peuvent être carencés en protéines.

Une attention particulière doit être portée aux protéines, au zinc, et à la vitamine B12 pour éviter des déficiences qui pourraient ralentir le processus de cicatrisation.

Les compléments alimentaires ne présentent pas d'intérêt démontré pour les personnes qui suivent une alimentation équilibrée. Une alimentation équilibrée

fournit les nutriments essentiels nécessaires au maintien de la santé et à la prévention des maladies, ce qui rend les suppléments superflus pour les personnes sans carences spécifiques.

● QUAND CONTACTER VOTRE CHIRURGIEN ?

Votre chirurgien est votre principal interlocuteur pour vos soins postopératoires. Il connaît votre terrain, votre intervention et les suites opératoires attendues. Ne contactez les services d'urgence (15 ou 112) qu'en deuxième intention ou si vous présentez un état grave et menaçant.

Certains patients présentent un risque accru d'infection ou d'incident cicatriciel, notamment :

- Les personnes obèses ou ayant des comorbidités sous-jacentes
- Les personnes immunodéprimées et dénutries
- Les personnes prenant certains médicaments comme les corticostéroïdes
- Les fumeurs
- Les personnes âgées
- Les personnes opérées lors d'interventions chirurgicales longues ou lourdes

L'infection du site opératoire étant la complication la plus fréquente après une chirurgie, il est important de savoir reconnaître les premiers symptômes pouvant faire suspecter une infection :

- Une température de 38,3 °C ou plus
- Des nausées et vomissements
- Une douleur sévère
- Une nouvelle rougeur au site opératoire
- Une sensation de chaleur inhabituelle
- Un gonflement récent de la zone chirurgicale
- Des sécrétions malodorantes ou purulentes

Si vous présentez un ou plusieurs de ces symptômes, contactez immédiatement votre chirurgien.

Les précautions d'hygiène de base incluent un lavage fréquent et soigneux des mains. Utilisez toujours du matériel propre lors du changement de pansement et du séchage de la zone opérée après la douche. Demandez également aux membres de la famille et aux visiteurs de se laver les mains.

Une fois acquise et solide, votre cicatrice évoluera pendant 1 à 3 ans avant d'atteindre son état définitif. En fonction de votre âge et de votre terrain génétique, la cicatrice peut transitoirement rougir, démanger et prendre du volume au cours des mois suivant l'intervention avant de s'affiner et de blanchir. Dans certains cas, en particulier chez les populations mélanodermes, les cicatrices sont plus à risque de chéloïdes et autres types de cicatrisations pathologiques. Votre chirurgien suivra l'évolution de celle-ci et pourra vous proposer des solutions adaptées en cas d'évolution cicatricielle à tendance hypertrophique.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation, à propos de la gestion des suites opératoires.

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Votre chirurgien est à votre disposition pour y répondre au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone.

REMARQUES PERSONNELLES :