



Cette fiche d'information a été conçue sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE) et la Section Française de Chirurgie Plastique Pédiatrique (SFCPP) comme un complément à votre première consultation.

Le but de ce document est d'apporter au patient et à ses parents tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Ce document a été réalisé à l'attention de l'enfant s'il est en âge de le comprendre, et de sa famille. Nous vous demandons de le lire, ensemble, avec la plus grande attention.

● DÉFINITION et PRINCIPES

La chirurgie plastique pédiatrique correspond à tous gestes de chirurgie plastique, reconstructrice ou esthétique réalisés chez un enfant (entre 0 et 18 ans).

Certaines techniques chirurgicales sont identiques à celles proposées aux adultes, parfois les techniques sont spécifiques de l'enfant.

Dans tous les cas, il existe des particularités de prise en charge chez l'enfant, qui sont d'ordre médical et administratif;

● AVANT L'INTERVENTION

L'accord de l'enfant pour l'intervention doit être recherché dès que l'âge le permet. La compréhension de ce qui va se passer et l'adhésion de l'enfant et de ses parents à la prise en charge est primordiale pour la réussite du geste et des suites opératoires. Une préparation psychologique avant la chirurgie peut parfois s'avérer nécessaire.

Une autorisation d'opérer signée des deux représentants de l'autorité parentale est nécessaire pour pouvoir réaliser une chirurgie chez un mineur. En cas de situation monoparentale (enfant non reconnu, parent décédé, perte du droit parental...) le livret de famille, et/ou un jugement vous sera demandé.

En cas de situation d'urgence, la signature d'un seul représentant de l'autorité parentale est nécessaire.

La plupart des gestes de chirurgie plastique pédiatrique rentrent dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie. Dans certains cas, une demande d'entente préalable doit être réalisée avant la chirurgie.

Si le geste souhaité par le patient et la famille ne rentre pas dans les critères d'éligibilités de l'assurance maladie, votre chirurgien, vous en informera. Il vous remettra alors un devis de chirurgie esthétique. De même dans certains cas, du matériel spécifique peut être à votre charge. Là aussi vous en

serez informé et vous bénéficierez au préalable d'un devis.

Pour faciliter la prise en charge, certaines pathologies pourront bénéficier d'une demande de prise en charge à 100% auprès de l'assurance maladie.

● TYPE D'ANESTHESIE et MODALITES D'HOSPITALISATION

TYPE D'ANESTHESIE

Selon le type de geste, et l'âge de l'enfant trois types de procédés sont envisageables:

● **Anesthésie locale**, où un produit analgésique est injecté afin d'assurer l'insensibilité de la zone à opérer.

● **Anesthésie « Vigile »** (anesthésie locale approfondie par des tranquillisants), durant laquelle le patient reste éveillé mais où il sera relaxé et dont il peut résulter une certaine amnésie de l'intervention

En complément de ces deux techniques d'anesthésie (locale ou vigile) peut aussi être proposée l'utilisation de protoxyde d'azote. Il s'agit d'un gaz respiré à travers un masque, qui n'endort pas mais qui permet de se détendre (gaz hilarant), de diminuer la douleur, et dont il peut résulter une certaine amnésie de l'intervention.

● **Anesthésie générale classique**, durant laquelle le patient dort complètement.

L'indication d'une anesthésie générale est plus souvent nécessaire chez l'enfant afin de limiter ses mouvements pendant le geste, afin de diminuer son stress et améliorer le vécu.

● **Anesthésie loco-régionale**, est une technique d'anesthésie qui vise à agir sur la douleur par le biais d'une anesthésie ciblée sur les nerfs de la sensibilité et/ou de la motricité à proximité du site opératoire. Il est ainsi possible de prévenir la douleur au niveau d'un avant-bras en réalisant un bloc loco régional à la racine du bras. Ce type d'anesthésie peut être proposée dans certain cas seule, ou en complément d'une anesthésie générale.

En cas d'anesthésie générale, le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48h avant l'intervention. L'anesthésiste vous précisera l'heure du jeun (ne rien manger ni boire). Il est fondamental de respecter la durée du jeun qui vous sera recommandée. Cette durée peut être différente selon l'âge de l'enfant et le type d'aliment (eau, lait, aliments solides)...

MODALITES D'HOSPITALISATION

Selon le type de geste, et l'âge du patient, l'intervention peut se pratiquer dans certains cas en ambulatoire c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance.

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, la présence de deux adultes est nécessaire pour un trajet retour à domicile en véhicule personnel. La personne accompagnante ne pouvant être celle qui conduit la voiture.

En fonction de l'évolution post-opératoire, une hospitalisation complète pourra être décidée même si une chirurgie ambulatoire était prévue initialement.

Lorsque la chirurgie ambulatoire n'est pas réalisable, une hospitalisation de quelques jours peut être proposée. La durée de l'hospitalisation dépendra du type d'intervention, mais aussi des suites opératoires.

● APRES L'INTERVENTION

Les suites opératoires dépendent de l'intervention réalisée et vous ont été expliquées par votre chirurgien.

La prise en charge des douleurs post-opératoires est très variable selon le type de chirurgie et peut nécessiter un traitement antalgique systématique chez le jeune enfant.

Un arrêt des activités physiques et sportives peut être prescrit par votre chirurgien, dont la durée dépend du geste réalisé. Il faudra être vigilant pendant cette période à ne pas faire pratiquer à votre enfant : tobogan, vélo, trottinette, trampoline etc. ces activités étant assimilées à des activités sportives.

Si cela est nécessaire, un arrêt des activités scolaires ou une éviction de la crèche peuvent être prescrits.

Les bains et les activités aquatiques (piscine, bébé nageur) sont souvent contre-indiqués pendant la période post opératoire en cas de cicatrice cutanée. Votre chirurgien vous précisera si les douches restent autorisées et la durée de l'éviction des bains et piscine.

● LE RESULTAT

Le résultat attendu dépendra du type de geste proposé. Le chirurgien vous a expliqué lors de la consultation le principe du geste chirurgical, la prise en charge inhérente à celui-ci, ainsi que les complications spécifiques.

Les résultats cicatriciels globaux dépendant d'une part du geste chirurgical, et d'autre part des soins que vous apporterez en post-opératoire, ces derniers étant souvent prolongé au-delà d'un an.

● LES TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES

Les traitements complémentaires post opératoires : vêtements compressifs, massages, hydratation, les silicones (gel ou pansement), orthèses, traitements anti-histaminiques, thermalisme... sont des moyens pouvant être essentiels pour limiter l'hypertrophie des cicatrices et vous seront proposés, dans certains cas, avant même l'apparition des signes cliniques. Les automassages sont parfois plus difficiles chez le petit enfant, ce dernier ne se faisant pas spontanément mal. Le massage par un tiers (parent) peut parfois être anxiogène et/ou irréalisable (peur de faire mal à l'enfant, refus du conflit). Dans ces cas particuliers, le recours aux massages des cicatrices par un kinésithérapeute est parfois nécessaire et sera prescrit.

Le recours à l'immobilisation (attelle plâtrée ou thermoformée, plâtre, orthèse) est plus fréquent chez l'enfant qui a souvent plus de mal à « tenir en place ». Contrairement à l'adulte, l'enfant a une grande capacité de récupération de la mobilité des membres (mains, pieds, bras, jambes, épaules, hanches) et ce malgré une immobilisation prolongée.

● COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Comme pour toute chirurgie, il existe des **complications** possibles:

- **Un saignement**
- **Un hématome** pouvant nécessiter un geste d'évacuation,
- La survenue d'**une infection**
- **Une désunion cicatricielle**
- **Un prurit** (démangeaison)
- **Une altération de la sensibilité**
- **Des œdèmes** (gonflements) fréquents au niveau du visage en cas de chirurgie faciale et/ou crânienne
- **Risque thrombo-embolique** (phlébite et embolie pulmonaire). Ce risque est rare chez l'enfant comparativement à l'adulte. Les enfants n'ont donc pas besoin de bas de contention et/ou de traitement anticoagulant dans le cadre de gestes chirurgicaux (en dehors de la chirurgie intervenant directement sur les vaisseaux).

La puberté modifie le risque thrombo-embolique. Après l'apparition des menstruations chez la jeune fille, et à la puberté chez le garçon, le risque devient identique à celui de l'adulte.

● **Remodelage cicatriciel et cicatrices pathologiques** (hypertrophiques et chéloïdes)

L'enfant est un être en croissance avec une physiologie spécifique. Les phénomènes de cicatrisation ne sont donc pas identiques à ceux de l'adulte. L'absence de facteurs défavorisant la cicatrisation (tabac, surpoids, athérome, traitements...) et la présence d'éléments favorisant la croissance des tissus procure aux enfants une capacité de régénération tissulaire plus importante que celle de l'adulte. En revanche, la croissance est responsable au long terme de complications propres.

Le remodelage correspond à un processus qui permet à une cicatrice de devenir « mature ». Ce remodelage cicatriciel chez l'adulte est habituellement de un an. Entre l'âge de deux ans et la puberté, la cicatrisation est souvent très rapide mais aussi avec une phase de remodelage pouvant être « explosive ». Les cicatrices hypertrophiques (cicatrices plus rouges, plus en relief), sont plus fréquentes et leur évolution dans le temps est plus longue chez l'enfant. Ce processus peut même durer jusqu'à 3 ans.

La cause de la cicatrice peut aussi être un facteur favorisant de cicatrice hypertrophique. Les brûlures fréquentes chez l'enfant sont plus pourvoyeuses de cicatrices hypertrophiques, surtout si la cicatrisation a été longue.

Les cicatrices chéloïdes sont des cicatrices pathologiques. Elles correspondent à des cicatrices qui s'étendent au-delà de la cicatrice d'origine. Le phototype élevé (couleur foncée de la peau) est un facteur de risque chez l'enfant comme chez l'adulte. En revanche, elles sont plus fréquentes dans les populations jeunes entre dix et trente ans et en période pubertaire dans le cadre du pic hormonal. Par conséquent, il faut éviter tout geste chirurgical non urgent et/ou non indispensable pourvoyeur de cicatrice durant cette période.

● **Brides cicatricielles**

L'enfant grandit souvent plus rapidement que sa cicatrice qui est un tissu fibreux moins extensible. Cette différence de croissance peut être responsable de l'apparition de brides rétractiles (zones de tension cutanée). Les zones de mobilité (doigts, main, poignet, épaule, coude, hanche, genou, cheville, cou, bouche, paupières...;) sont plus pourvoyeuses de brides. Lorsque la cicatrice se situe en zone à risque de brides, l'évolution au cours de la croissance impose un suivi, même après la fin du remodelage cicatriciel, jusqu'à l'âge adulte.

● **Invagination cicatricielle**

La répartition des graisses est différente entre enfant et adulte. Par exemple, au niveau du ventre la graisse est principalement au-dessus du fascia superficialis chez l'enfant, alors que chez l'adulte elle est proportionnellement plus importante sous ce même fascia. Ceci explique l'évolution « en creux » que peuvent avoir certaines cicatrices abdominales avec la

croissance. Une correction par relèvement de la cicatrice est parfois nécessaire à l'âge adulte, après la période pubertaire pour limiter le risque de cicatrice pathologique.

● **Alopécie cicatricielle**

L'alopécie cicatricielle correspond à l'absence de cheveux au niveau d'une cicatrice du cuir chevelu. Cette complication n'est pas spécifique de l'enfant, mais la croissance crânienne durant les trois premières années de vie majore ce risque.

LA QUESTION DU TABAC

Le tabagisme chez l'adolescent est parfois méconnu. Si vous étiez dans ce cas, il est important de le spécifier à votre chirurgien.

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entraîner des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables. Pour les interventions comportant un décollement cutané important, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications durant l'anesthésie (pulmonaire, cardiaque).

Dans cette optique, la communauté chirurgicale s'accorde à une demande d'arrêt complet du tabac d'au moins un mois avant l'intervention puisque jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière. Si vous fumez parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de tabac-info-service (39 89) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention au moindre doute un test urinaire pourrait être demandé au patient et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitons vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document et d'y réfléchir, parents et enfant, « à tête reposée ». Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en parler au cours d'une prochaine consultation, par mail, ou bien par téléphone.

REMARQUES PERSONNELLES :