DR AFSHIN YOUSEFPOUR
Chirurgie Plastic du Visage
Chirurgie Maxillo-Faciale

Information Médicale et Consentement Éclairé

Révision et Correction Chirurgicale de Cicatrice

Ce document vise à vous fournir une information claire, objective et exhaustive concernant l'intervention de révision / correction de cicatrice envisagée, ses modalités, ses limites, ainsi que l'ensemble des complications potentielles.

1. Identification

- **Patient(e) :** [Nom et Prénom du / de la patient(e)]
- **Date de naissance :** [JJ/MM/AAAA]
- **Praticien :** Dr Afshin Yousefpour — Chirurgien Maxillo-Facial
- **Localisation de la cicatrice à traiter :** [Préciser la zone anatomique]
- **Technique prévue :** [Exérèse-suture directe / Plastie locale en W ou Z / Dermabrasion chirurgicale / Autre technique combinée]

2. Objectifs et Principes de l'Intervention

Le but d'une correction cicatricielle est de **modifier l'aspect d'une cicatrice existante** afin de la rendre moins visible, d'en réorienter les tensions selon les lignes naturelles de relaxation cutanée (lignes de Langer), ou d'en restaurer la souplesse et la fonction.

Principe fondamental : Il est scientifiquement et chirurgicalement impossible de faire disparaître totalement une cicatrice. L'acte consiste à remplacer une cicatrice vicieuse, élargie, rétractile ou disharmonieuse par une nouvelle cicatrice qui évoluera de manière plus favorable. La maturation cicatricielle définitive requiert entre **12 et 18 mois**.

3. Pourquoi Confier Votre Intervention au Dr Afshin Yousefpour ?

La révision de cicatrice, en particulier au niveau de la face et du cou, exige une expertise technique pointue alliant rigueur reconstructrice et sens de l'esthétique anatomique :

- **Double compétence maxillo-faciale et plastique faciale :** Une maîtrise intime de l'anatomie cervico-faciale, des plans musculaires sous-jacents, du réseau vasculo-nerveux et de la dynamique d'expression faciale.
- **Techniques avancées de plastie locale :** Réalisation précise de plasties (en Z, en W, brisement de lignes) permettant d'annuler les vecteurs de tension et d'éviter les rétractions secondaires déformant les reliefs du visage (paupières, lèvres, ailes du nez).
- **Prise en charge personnalisée de la cicatrisation :** Suivi post-opératoire rigoureux intégrant des protocoles modernes (pressothérapie, silicones, gestion combinée des lasers/technologies complémentaires si nécessaire) pour optimiser le remodelage tissulaire à long terme.

4. Risques et Complications Possibles

Toute intervention chirurgicale, même mineure ou superficielle, comporte une part d'aléas. Les complications suivantes, des plus communes aux plus exceptionnelles, doivent être connues :

Complications Précoces et Générales

- **Hématome ou saignement persistant :** Une accumulation de sang sous la suture peut nécessiter une évacuation rapide ou une reprise chirurgicale.
- **Infection locale :** Rare grâce aux conditions d'asepsie, elle peut nécessiter un traitement antibiotique local/systématique, des lavages ou un débridement.
- **Déhiscence de cicatrice :** Réouverture partielle ou totale des berges cutanées, souvent liée à une tension excessive, un hématome, une infection ou un traumatisme accidentel, nécessitant des pansements dirigés ou une reprise de suture.
- **Nécrose cutanée :** Souffrance ou perte de vitalité des berges de la peau, particulièrement favorisée par le **tabagisme** ou une tension tissulaire excessive.
- **Réactions au matériel de suture ou aux anesthésiques :** Rougeurs, intolérance aux fils résorbables, formation de petits kystes épidermiques ("grains de milium") ou réactions allergiques locales.

Complications Spécifiques et Tardives Liées à la Cicatrisation

- **Cicatrisation vicieuse, hypertrophique ou chéloïde :** La survenue d'un épaississement anormal, rouge, prurigineux (démangeaisons) ou douloureux reste imprévisible et dépend de la réactivité biologique propre à chaque individu. Elle peut nécessiter des injections de corticoïdes, des pansements compressifs ou des traitements par laser.
- **Troubles de la pigmentation :**
  - *Hyperpigmentation* (tache brune), accentuée par une exposition solaire précoce.
  - *Hypopigmentation* (zone blanche dépigmentée définitive).
- **Élargissement secondaire de la cicatrice :** Perte de finesse du trait sous l'effet des tensions biomécaniques cutanées au cours des mois post-opératoires.
- **Asymétrie ou irrégularité de relief :** Dépression, surélévation ou aspect "en marche d'escalier" nécessitant parfois une retouche secondaire.
- **Troubles sensitifs :** Engourdissement, hypoesthésie (perte de sensibilité) ou dysesthésies (sensations de décharge ou picotements) au pourtour de la cicatrice, généralement transitoires mais pouvant rarement persister.
- **Rétraction tissulaire :** Déformation d'une structure adjacente (traction sur une paupière, une commissure labiale ou une narine), surtout en cas d'intervention en zone à forte mobilité.
- **Insatisfaction esthétique :** Malgré une réalisation technique rigoureuse, le résultat final peut ne pas correspondre totalement aux attentes subjectives du patient.

DR AFSHIN YOUSEFPOUR
Chirurgie Plastic du Visage
Chirurgie Maxillo-Faciale

5. Engagements et Consignes du Patient

Le résultat final dépend pour moitié du geste chirurgical et pour moitié des soins post-opératoires et du comportement du patient. Je m'engage à :

1. **Arrêt du tabac :** Cesser toute consommation de tabac et de nicotine au minimum 2 à 4 semaines avant et après l'acte afin de limiter drastiquement les risques de nécrose et de désunion.
2. **Protection solaire stricte :** Éviter toute exposition directe au soleil ou aux UV artificiels et appliquer un écran total (SPF 50+) pendant une durée minimale de 12 mois.
3. **Repos et soins locaux :** Respecter scrupuleusement les ordonnances, ne pas manipuler ni gratter les croûtes, limiter les tensions mécaniques sur la zone opérée et appliquer les massages cicatriciels uniquement après accord et instruction du chirurgien.
4. **Suivi :** Me présenter à l'ensemble des consultations de contrôle programmées.

6. Consentement et Déclaration

Je soussigné(e), **[Nom et Prénom du / de la patient(e)]**, atteste avoir :

- Été informé(e) de manière détaillée par le **Dr Afshin Yousefpour** de la nature, des objectifs, des limites et des risques inhérents à la révision de ma cicatrice.
- Eu un délai de réflexion suffisant pour poser toutes mes questions et avoir obtenu des réponses claires et compréhensibles.
- Compris que l'acte chirurgical vise une amélioration et non la disparition complète de la cicatrice, et qu'aucune garantie absolue de résultat esthétique parfait ne peut être donnée en matière de biologie cicatricielle.

Fait à **[Ville]**, le **[Date : JJ/MM/AAAA]** en deux exemplaires originaux.

Signature du / de la Patient(e)

(Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé, bon pour accord »)