



Educational Resources in International Languages

L'excision d'un naevus

Translated from English to French by:

Ms Sophie Lloyd

MA (Translation Studies)

Cardiff University

Le scénario

Vous faites une liste de cas de jour avec votre consultant et le cas suivant est une biopsie d'excision d'un naevus. Votre consultant a dû partir pour une urgence et on vous a demandé de poursuivre l'opération. Le patient a été autorisé et une anesthésie locale a déjà été infiltrée.

Points importants à ne pas manquer

Vous ferez une erreur si vous vous précipitez pour exciser le naevus car vous manquerez des marques vitales avant la procédure. Comme dans toutes les stations de l'examen lisez attentivement le scénario pour comprendre exactement quelle est votre tâche. En entrant dans la pièce, utilisez le gel d'alcool fourni et présentez-vous au patient. Dans ce scénario, il serait prudent d'expliquer brièvement que le consultant a dû partir à cause d'une urgence et que vous allez effectuer la procédure.

Explications

Il s'agit d'un poste commun à l'examen et vous devriez être à l'aise pour entreprendre cette tâche. Le scénario pourrait indiquer que le consultant a administré l'anesthésique local avant de partir pour une urgence. Vous devrez rassembler l'équipement approprié, entreprendre la procédure et répondre ensuite aux questions de suivi pertinentes. L'examineur peut jouer le rôle du patient et le naevus peut être sur un coussin en mousse (similaire à ceux trouvés dans la plupart des laboratoires de compétences cliniques).

Consentement et marque

Bien que le scénario indique que le patient a déjà été autorisé, en tant que chirurgien opérant, vous devez vérifier vous-même le formulaire de consentement :

- S'agit-il du bon patient (triple identification) ?
- Est-ce la bonne procédure ?
- Est-ce le bon site et cela correspond-il à une marque sur le patient ?
- Le formulaire a-t-il été signé par le patient ?

Questions importantes à poser

Avant de commencer votre procédure, il y a quelques choses importantes à demander au patient qui vous feront obtenir probablement plus de points.

- Allergies
- Anticoagulants (warfarine / aspirine / clopidogrel).
- Troubles hémorragiques

Equipement

Il peut vous être demandé de sélectionner l'équipement approprié parmi une sélection et de placer une lame sur un scalpel à l'aide d'une pince hémostatique. Par conséquent, pratiquez-le avant votre examen. Cependant, en raison de contraintes de temps, l'équipement approprié peut être fourni pour vous et le patient déjà préparé et drapé. Vous devrez savoir quelle suture est appropriée à l'utilisation.

- Gants stériles
- Stylo et règle stériles
- Scalpel et lame (numéro 10 / 15)
- Pince à dents
- Point marqueur
- Suture cutanée
- Pansement adhérent.

Marquer votre incision

Si un stylo et une règle stériles sont disponibles, vous devez effectuer votre incision. Pour une biopsie d'excision d'un naevus, seule une petite marge est requise (2 mm). N'oubliez pas qu'il s'agit d'une biopsie, vous n'effectuez pas d'excision plus large pour obtenir un dégagement adéquat. Plus votre marge d'excision est large, plus il sera difficile de refermer le défaut !

Marquez une marge de 2mm autour du naevus, et étendez-la dans une ellipse avec un rapport longueur / largeur de 3 : 1. Assurer un rapport de 3 : 1 aidera à réduire la tension a travers le défaut, facilitant la fermeture, et aidera également à empêcher les oreilles de chien a chaque extrémité de la blessure.

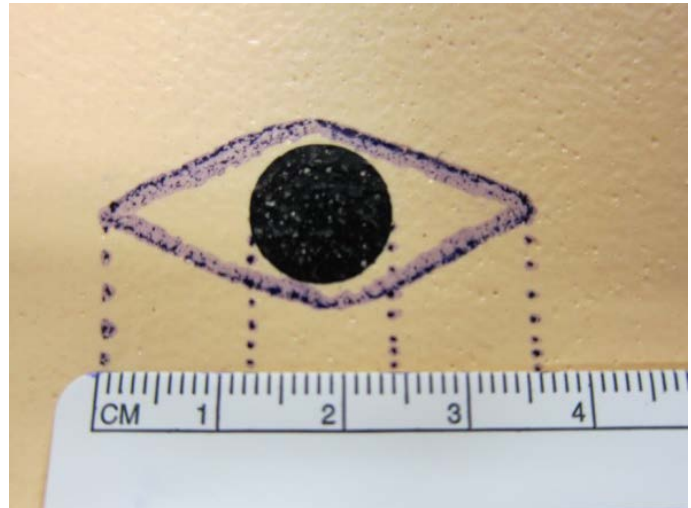


Figure 12.1 : Marquez le naevus : la longueur de l'ellipse doit être trois fois plus grand que la largeur de la lésion.

Excision

Une fois que vous avez marqué votre incision, avant de mettre la lame sur la peau, vous devez vérifier et vous assurer que l'anesthésie locale a fonctionné. Pour ce faire, pincez doucement la peau avec une pince dentée ou testez doucement la peau avec la pointe de la lame. Excisez le naevus le long de vos lignes en deux coups continus de chaque côté plutôt qu'en plusieurs petits coups, en veillant à maintenir la lame perpendiculaire a la peau. Ensuite, à l'aide de votre pince dentée, prenez un coin et continuez lentement à exciser le naevus d'un bout a l'autre, en veillant à retirer un brassard de tissu sous-cutané (éponge) avec le naevus. A ce stade, vous devez proposer de marquer l'échantillon avec un point clair pour l'histologie. Le plus souvent, cela se fait avec une suture chirurgicale de soie 3,0, placée a un point nommé sur l'échantillon, par ex. supérieur, 12h. Il est important d'offrir de remplir un formulaire d'histologie avec les informations cliniques appropriées et la position du point marquer documentée.

Fermeture

Dans le cadre de l'examen, fermez la plaie avec de simples sutures interrompues, en utilisant un matériau monofilament non résorbable, tel que du nylon. La taille de la suture utilisée et la durée de sa mise en place seront déterminées par l'emplacement anatomique de la plaie.

Emplacement anatomique	Taille de suture	Quand les sutures doivent être enlevé
Visage	5,0 / 6,0	3 - 5 jours
Cuir chevelu	3,0 / 4,0	5 - 7 jours
Membres	4,0	7 - 10 jours
Dos	3,0 / 4,0	10 - 14 jours

Tableau 12.1 : tailles et durées des sutures pour différents emplacements anatomiques.

Placer une suture interrompue au centre de la plaie pour la diviser en deux moitiés, puis placer d'autres sutures au centre dans chacune des deux moitiés, etc. Cela garantit que les sutures soient espacées de manière et rend la plaie plus nette à la fin (ce que les examinateurs remarqueront). Terminez en appliquant un simple pansement adhésif sur la plaie

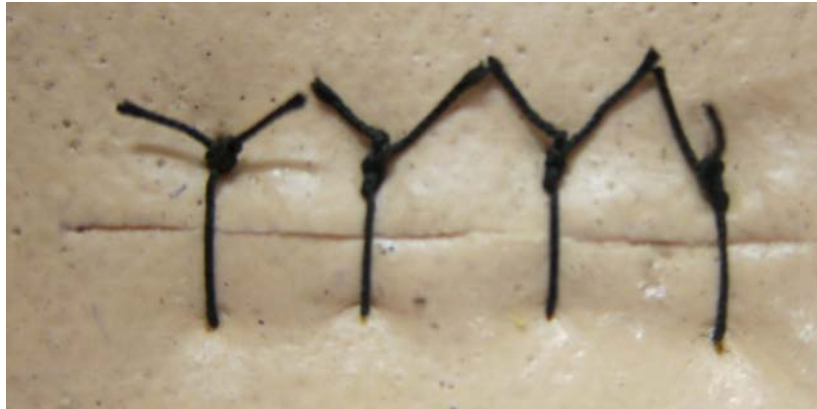


Figure 12.2 : Fermeture : les points doivent être placés avec un espacement uniforme.

Instructions postopératoires et suivi

Une fois la procédure terminée, la première chose à faire est de jeter vos objets tranchants dans un bac à objets tranchants, qui sera fourni dans la station. À ce stade, le patient peut vous poser quelques questions concernant les instructions postopératoires, mais vous aurez l'air beaucoup plus professionnel si vous offrez ces informations sans y être invité. Expliquez que le patient rentrera chez lui avec une simple analgésie et qu'il doit consulter un médecin s'il y a des signes / symptômes inquiétants (douleur, rougeur, écoulement / sang accrus par pansement, etc.). Donnez au patient les informations de suivi appropriées concernant le moment et le lieu où les sutures doivent être retirées, et qu'un autre rendez-vous clinique leur sera envoyé une fois que les résultats seront disponibles auprès de l'histologie.

Exemple de régime de marquage

Introduction	0	1	
Vérifie le consentement	0	1	2
Vérifie la marque	0	1	
Vérifie les allergies / Troubles de la coagulation	0	1	2
Vérifie que l'anesthésie locale fonctionne	0	1	
Choisit l'équipement approprié	0	1	2
Marque l'incision elliptique (3 : 1)	0	1	
Enleve le naevus	0	1	
Ferme la plaie de manière appropriée	0	1	2
Offre de marquer le naevus avec des sutures	0	1	2
Envoie de l'histologie	0	1	
Applique un pansement approprié	0	1	
Instructions postopératoires données clairement	0	1	2
Elimine l'équipement en toute sécurité	0	1	

QUESTIONS DE SUIVI

Q1. Combien de temps laissez-vous les sutures ?

R1. Veuillez consulter le tableau 12.1.

Q2. Que sont les lignes de Langer / les lignes de tension cutanée détendue ?

R2. Les lignes de Langer ont été décrites par Karl Langer dans les années 1860. Lange a utilisé des pointes coniques pour produire plusieurs plaies elliptiques dans la peau des cadavres. Il a rendu les blessures aussi proches que possible, et ensemble, elles ont formé l'apparence de lignes – ce que nous appelons maintenant les 'lignes de Langer'. Ce n'est qu'en 1911 que Kocher remarqua que l'apparence des cicatrices opératoires s'améliorait considérablement si l'incision était faite en direction des lignes de Langer. Cependant, au cours des dernières années, les lignes de Langer sont tombées en désuétude et ce sont maintenant les lignes de tension cutanée détendue (LTCD) que nous utilisons pour déterminer l'orientation de nos incisions. Les LTCD sont les lignes de tension qui correspondent aux rainures formées dans la peau détendue (formée en pinçant la peau) et ont tendance à se situer perpendiculairement à la direction des fibres musculaires sous-jacentes.

Q3. Quelle est votre compréhension de l'épaisseur de Breslow / niveaux de Clark par rapport au mélanome ?

R3. L'épaisseur de Breslow est très importante dans la prise en charge du mélanome, car elle offre non seulement des informations sur le pronostic, mais elle détermine la prise en charge ultérieure en ce qui concerne les marges d'excision plus larges. C'est la distance entre la couche granuleuse de l'épiderme et la partie la plus profonde du mélanome.

Epaisseur de Breslow	Marges d'excision	Survie approximative à 5 ans
<1 mm	1cm	95-100%
1 - 2 mm	1-2cm	80-96%
2.1 - 4 mm	2-3cm	60-75%
>4 mm	3cm	50%

Tableau 12.2 : Marges d'excision a différentes épaisseurs de Breslow et survie approximative à 5 ans.

Les cinq niveaux anatomiques de Clark :

1. Mélanome confiné a l'épiderme (mélanome in situ.)
2. Invasion dans le derme papillaire.
3. Invasion a la jonction du derme papillaire et réticulaire.
4. Invasion dans le derme réticulaire.
5. Invasion dans la graisse sous-cutanée.

Plus le niveau de Clark est élevé, pire est le pronostic. Cependant, le niveau de Clark, peut varier dans différents sites anatomiques et donc ils sont moins fiables dans le calcul du pronostic. Ils ont également une valeur prédictive inférieure, sont moins reproductibles et plus subjectifs que la profondeur de Breslow. (D'où l'épaisseur de Breslow est largement utilisée dans la pratique clinique dans la gestion des patients et pour prédire le pronostic).



DOCTORS ACADEMY

BETTER EDUCATION. BETTER HEALTH.

Doctors Academy is a UK-based International Non-Profit Organisation comprising of doctors, dentists and scientists that undertakes a diverse range of educational activities globally. The aim of the Academy is to disseminate information and exchange medical knowledge between professionals from diverse backgrounds working in a variety of healthcare settings. This is achieved by the provision of a number of attendance courses, publishing house, online resources and international events / competitions.

Courses (a selection):

Undergraduate:

- Final Year Medicine and Surgical Revision Courses
- Training the Clinical Anatomy Trainer
- Clinical Anatomy as Applied to Trauma and Emergency Medicine
- Surgical Anatomy of Important Operative Procedures
- Future Surgeons: Key Skills (RCSEd delivered)
- Structured Introduction to Surgical Skills

Postgraduate:

- MRCS Part A
- MRCEM Part A
- MRCS Part B OSCE
- DOHNS: Intensive Revision & OSCE
- Intercollegiate Basic Surgical Skills (RCSEd delivered)
- MRCP PACES Part 2
- FRCS (General Surgery) Exit Exam
- Cadaveric Ultrasound-Guided Musculoskeletal Intervention Course
- Ultrasound-Assisted Botulinum Toxin Injection for Neuromuscular Disorders
- Live Advanced Laparoscopic Colorectal Course



Forthcoming key events:

- International Medical Summer School
- International Academic and Research Conference
- World University Anatomy Challenge

Publications



publications.doctorsacademy.org

World Journal of Medical Education & Research



Peer-reviewed academic journal
with ISSN.

- No fee to view, read and download articles
- No subscription charges
- No submission fees
- No manuscript processing fee
- No publishing fee
- No cost to read, write or publish!

wjmer.co.uk

Online Revision Resources

DoctorExams consists of 1000s of questions with detailed explanations in MCQ, EMQ, SBA and SAQ formats. Questions are written by the Doctors Academy group of experienced clinicians and clinical academics, with mock exams and feedback on performance included to aid a candidate's focused revision of topics. Based on past exams, these questions are carefully crafted to suit the requirements of undergraduate students & postgraduate trainees undertaking relevant speciality exams.

Resources for:

- Medical Students
- Dental Students
- International Entrance Exams
- MRCS Exams
- General Surgery Exams
- Plastic Surgery Exams
- DOHNS Exams

www.doctorexams.co.uk

www.doctorsacademy.org