

INFORMATION MEDICALE CONCERNANT L'EXERESE DE KYSTE DES MAXILLAIRES

Les kystes sont des cavités vides ou remplies de liquide qui se développent dans les maxillaires. Ils se développent à partir de tissus dentaires, ou au dépend de la muqueuse ou d'éléments habituellement présents dans l'os.

Le diagnostic nécessite un examen radiologique et éventuellement une biopsie.

Le traitement consiste en une exérèse chirurgicale, et une analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire pour confirmer le diagnostic et envisager un suivi ou si nécessaire une prise en charge complémentaire.

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale selon le caractère invasif de l'acte (taille de la lésion, rapport avec les structures de voisinage) et/ou le statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...).

Les suites opératoires normales sont : l'œdème (gonflement des joues), la douleur, la limitation de l'ouverture de la bouche, ainsi qu'un saignement de quelques heures.

Les complications immédiates ou tardives, même si elles sont rares ne doivent pas être exclues. Elles doivent être relativisés au regard des bénéfices attendus :

- Hématome et saignement persistant,
- Cellulite : inflammation ou infection des tissus mous de la face ou de la bouche,
- Lésion d'une dent voisine, descellement d'une couronne, fracture d'une restauration dentaire, d'un bridge ou d'une dent.
- Perte ou diminution de la sensibilité de la lèvre ou de la langue, le plus souvent transitoire (quelques semaines à quelques mois), et exceptionnellement définitive.
- Fracture osseuse (notamment l'angle de la mandibule) pendant l'intervention ou pendant la phase de consolidation,
- Communication entre la bouche et le sinus qui se ferme seule le plus souvent (4 à 8 semaines). En cas de persistance, une intervention sera nécessaire pour obtenir sa fermeture.

En cas de complication, il est préférable de prendre contact avec votre chirurgien.

Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les effets secondaires de cet acte.

1. Je confirme que le Docteur Anne-Cécile BECMEUR m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée.

Nature de l'intervention :

2. Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.

3. J'ai été informé des **bénéfices** attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.

4. J'ai pris note des **risques** possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.

5. J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.

6. Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.

7. Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Information reçue et bien comprise

Nom :Prénom :

Signature du patient ou du représentant légal :

Document à signer et à remettre au plus tard le jour de l'intervention