

L'ANNÉE THÉRAPEUTIQUE

Quoi de neuf en chirurgie dermatologique ?



→ S. LAGRANGE¹,
D. LEBAS², A. LY³

¹ Service de Dermatologie,
CHU L'Archet, NICE.

² Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Vincent-de-
Paul, LILLE.

³ Cabinet de Dermatologie,
SAINT-JUST-SAINT-
RAMBERT.

En 2015, de nombreux articles ont de nouveau été publiés sur la chirurgie micrographique, qui facilite la réparation en réduisant la taille de la perte de substance, mais améliore également la prise en charge de tumeurs plus rares comme le porocarcinome eccrine et le carcinome épidermoïde unguéal. Plusieurs synthèses sur les anticoagulants en dermatologie chirurgicale et deux articles sur la prévention des infections au site opératoire nous permettent de faire le point. À noter également, quelques nouveautés et variantes du côté des lambeaux et techniques de suture, à utiliser dans la pratique quotidienne. Enfin, nous avons apprécié ces publications qui mettent l'accent sur le confort du patient mais aussi celui du chirurgien !

La chirurgie micrographique

● **La chirurgie est le traitement de référence des carcinomes des lèvres** et les techniques micrographiques sont particulièrement indiquées, car elles donnent les meilleurs taux d'exérèse complète. Elles réduisent en outre la taille et la profondeur de la perte de substance (PDS), d'où une reconstruction plus simple chez des patients souvent âgés dont on souhaite qu'ils puissent continuer à s'alimenter normalement. Un article rapporte, avec astuces et détails, les reconstructions réalisées par une équipe britannique [1]. La réparation de la lèvre supérieure est plus difficile que celle de la lèvre inférieure du fait de son anatomie. La suture directe est la méthode de choix chez plus de 73 % des patients ayant une PDS ≤ 40 % pour la lèvre supérieure et 50 % pour la lèvre inférieure.

Les auteurs recommandent un fil de polyglactine résorbable tressé 6/0 pour les sutures sous-cutanées, un fil en polypropylène 7/0 pour les sutures superficielles et un fil résorbable rapide 6/0 dans la bouche, des points éversants et une courte corticothérapie à la dose de 0,5 mg/kg pour éviter l'œdème et la mise en boule fréquents dans cette région. Les réparations suivantes sont présentées :

>>> Reconstruction d'une PDS non transfixiante du vermillon et de la lèvre blanche inférieurs par un lambeau d'avancement muqueux et lambeau en îlot cutané à base inférieure qui doit être suffisamment long et suturé au-dessus de la limite vermillon-lèvre blanche. Des points sous cutanés attachant le lambeau au vermillon permettent de le propulser vers le haut.

>>> Reconstruction d'une PDS transfixiante de diamètre supérieur à la moi-

tié de la lèvre inférieure par l'association d'un lambeau musculaire orbiculaire en charnière à un lambeau d'avancement muqueux afin de rétablir le volume et de conserver la symétrie de la lèvre (**fig. 1**).

>>> Reconstruction des grandes PDS latérales de la lèvre inférieure blanche par transposition à partir de la région labiogénienne ou lambeau bilobé à base



FIG. 1: Lambeau en charnière de la lèvre inférieure (d'après [1]).

inférieure. Les lambeaux de transposition à partir de la laxité du menton ou de la région sous-mandibulaire peuvent être utilisés en évitant la distorsion et en gardant à l'esprit le risque de mise en boule.

>>> Reconstruction de PDS grandes ou profondes de la lèvre supérieure blanche par lambeau en îlot large avec rotation. La distance "sillon nasogénien – point le plus éloigné de la PDS" et la perte de hauteur du lambeau doivent être prises en compte. Les lambeaux d'avancement et de transposition à partir de la joue déplacent de la peau glabre en zone pileuse et effacent ou déforment le sillon nasogénien.

>>> Reconstruction des PDS de la région sous-alaire et de la partie haute de la lèvre supérieure par plastie d'avancement de Burow, avec exérèse d'un triangle le long du sillon naso ou labiogénien.

>>> Reconstruction des PDS philtrales par association de lambeaux d'avancement latéraux et endobuccaux pour réparer l'arc de cupidon et le vermillon, et de lambeau en îlot pour le philtrum (fig. 2).

● **Le porocarcinome ecchrine est une tumeur rare**, survenant le plus souvent sur les membres inférieurs chez la personne âgée. Il peut se présenter sous forme d'un nodule ulcéré, de plaque, de papule polylobée ou verruqueuse. Malgré des marges d'exérèse larges (2 à 3 cm), il s'agit d'une tumeur agressive, avec un taux de récurrence de 20 % et des

métastases ganglionnaires dans 20 % des cas, responsables d'un taux de mortalité de 67 %. Deux articles montrent l'intérêt de la chirurgie micrographique dans cette indication.

Une revue de la littérature [2] rapporte 20 cas de porocarcinome ecchrine traités par chirurgie micrographique sans récurrence locale sur un suivi moyen de 19 mois. Un seul cas présentait une localisation ganglionnaire 2 mois après l'excision, qui serait plutôt liée à une atteinte ganglionnaire initiale infraclinique. Dans la seconde étude rétrospective portant sur 12 cas traités par chirurgie de Mohs, le nombre moyen d'étapes était de 2,2 et la marge profonde nécessaire allait jusqu'à l'hypoderme profond ou le fascia [3]. Ces auteurs rapportent également un cas d'atteinte ganglionnaire 8 mois après l'ablation du porocarcinome. Dans les autres cas, il n'y avait aucune récurrence locale ou métastase à distance avec un suivi moyen de 6 ans. En ajoutant à leur série les cas rapportés dans la littérature, les auteurs estiment la survenue d'une atteinte ganglionnaire à 7 %, mais ils ne comptent aucune récurrence locale ni métastase à distance contrairement aux cas traités par une excision chirurgicale large classique.

● **Le carcinome épidermoïde est la tumeur maligne la plus fréquente de l'ongle**, mais elle est peu agressive (moins de 10 cas de métastases rapportés). Il atteint le plus souvent le pouce et peut se présenter sous forme de nodule

sous-unguéal, dystrophie de la tablette, érythronychie ou mélanonychie longitudinale, voire de lésion vasculaire irrégulière ou hémorragique.

Dans l'étude rétrospective sur 10 ans de Dika *et al.*, 43 cas sur 63 ont été traités par chirurgie micrographique avec un bénéfice indéniable [4]. Leur série rapporte 3,5 % de récurrence pour les cas opérés par chirurgie micrographique, contrastant avec des taux de récurrence de 28,5 à 56 % après une chirurgie classique. Il existe une atteinte radiologique dans 33 % des cas, dont la moitié de faux positifs en lien avec une inflammation ou une compression. La chirurgie micrographique permet de diagnostiquer ces faux positifs et d'éviter des amputations inutiles.

● **Taux de récurrence après chirurgie micrographique**: la chirurgie micrographique permet la guérison d'environ 99 % des cancers cutanés non mélanocytaires. Une étude rétrospective de 3 169 tumeurs opérées par chirurgie micrographique rapporte 22 récurrences (0,7 %) et analyse leurs causes [5]. Des erreurs de laboratoire sont retrouvées dans 82 % des récurrences et, dans 18 %, il s'agit d'une erreur de cartographie. Une mauvaise recoupe est parfois identifiée, empêchant la visualisation de l'épiderme ou du derme. La présence d'un infiltrat inflammatoire dense pourrait masquer des cellules tumorales, surtout en zone périnerveuse. Les auteurs préconisent de mieux examiner les coupes histologiques, de bien prendre du derme (ou épiderme) lors des étapes de chirurgie de Mohs et d'enlever une couche supplémentaire en cas d'inflammation.

Techniques et astuces

1. Double plastie en Z modifiée : une correction simple, efficace et sans récurrence de l'ongle en pince

L'ongle en pince, dont souffre 0,9 % de la population, touche le plus souvent



FIG. 2 : Reconstruction d'une perte de substance philtrales (d'après [1]).

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE



FIG. 3 : Correction de l'ongle en pince par double plastie en Z modifiée (d'après [5]).

le gros orteil et entraîne des douleurs importantes ainsi qu'une gêne fonctionnelle ou esthétique. Cette équipe coréenne propose une correction chirurgicale sans destruction de la tablette, appelée double plastie en Z modifiée et évaluée lors d'une étude rétrospective sur 20 cas [6]. Après anesthésie locale par bloc digital proximal à la lidocaïne 1 % et avulsion unguéale totale, deux Z sont incisés à la partie latérodistale du lit unguéal, auxquels s'ajoute une incision verticale (fig. 3). Le lambeau proximal est levé, l'ostéophyte puis les

téguments et le lit de l'extrémité distale de l'ongle sont retirés, et les lambeaux sont échangés et suturés au fil de nylon 5-0. Le lit de l'ongle est recouvert d'un ongle artificiel. Tous les patients, suivis pendant 2,4 ans en moyenne, ont repris leurs activités habituelles sans douleur après 2 semaines et retrouvé un ongle normal à 6 mois. Il n'y a pas eu de surinfection, de nécrose ni de troubles sensitifs. Tous les patients étaient satisfaits. Cette technique de réalisation simple donne de très bons résultats sans récurrence à distance.

2. Une réparation auriculaire originale !

La chirurgie des tumeurs de l'oreille entraîne souvent des PDS importantes. Hussain et Salmon [7] présentent la réparation de PDS auriculaires segmentaires par un lambeau de transposition-avancement (fig. 4). Celui-ci doit être assez large et de longueur supérieure ou égale à 3 fois la largeur pour pouvoir être replié. Une languette de cartilage est prélevée sur l'anthélix controlatéral, puis suturée au cartilage pour recréer une armature et préserver au mieux la taille et la forme de l'oreille (B). Le lambeau dessiné en région latérocervicale (C) ou occipito-pariétale est mobilisé après fermeture de la PDS secondaire, puis replié sur la greffe de cartilage et suturé sans tension (D). Un ou deux lambeaux d'avancement du bord de l'hélix peuvent être associés. La peau rétro-auriculaire est conservée et désépidermée.

3. Le nez : greffe ou lambeau ?

Une étude rétrospective américaine a comparé les résultats esthétiques des lambeaux et des greffes de peau totale réalisés par un même chirurgien sur la pyramide nasale [8]. Les procédures additionnelles postopératoires étaient aussi évaluées : injection de corticoïdes retard *in situ*, dermabrasion, reprise chirurgicale à but esthétique. Le résultat cosmétique était identique dans les 2 groupes (score



FIG. 4 : Réparation d'une PDS auriculaire segmentaire par un lambeau de transposition-avancement. D'après [7].

EAV de 2,18 pour les greffes versus 2,23 pour les lambeaux) et on retrouvait plus de gestes complémentaires dans le groupe lambeau. Même s'il comporte des biais, ce travail souligne que la greffe fait partie de l'éventail des réparations du nez.

4. Technique de suture pour le sillon alaire

Une astuce de suture, proposée dans un article du JAAD [9], consiste à invaginer les berges afin de recréer le sillon sus-alaire (fig. 5). Il s'agit de poser un point en U de façon parallèle et non perpendiculaire aux berges. L'aiguille attaque un

côté de l'incision et passe parallèlement à la perte de substance en ressortant sur la même berge, puis elle passe de l'autre côté où elle s'insère en face de l'orifice de sortie du fil et, enfin, passe en sous-cutané sur la même berge pour ressortir en face du premier orifice d'entrée du fil. Le nœud est fait, avec une tension qui varie suivant le degré souhaité d'invagination des berges. Le schéma de ce point est démonstratif dans l'article de Wentzell [10] (fig. 6).

5. Colle ou fils ?

La colle biologique est une technique simple et sûre de fermeture du plan

superficiel. Une étude randomisée (14 patients) l'a comparée au fil résorbable rapide dans les sutures directes après chirurgie micrographique pour carcinome du visage [11]. La perte de substance était rapprochée par un plan sous-cutané intradermique classique, puis chaque moitié de l'incision était fermée par n-butyl 2-octyl cyanoacrylate d'un côté et fil résorbable rapide 5 ou 6/0 de l'autre. Après évaluation faite en aveugle, à 3 mois, sur des photos de haute résolution, les résultats globaux, bien que non significatifs, étaient légèrement meilleurs pour les fils de suture. De façon significative, les sutures collées du front (n = 2) et de la tempe (n = 5) étaient de moins bonne qualité que celles de la joue (n = 7). Avec la colle, plus la cicatrice est longue, moins les résultats semblent bons.

Cette étude, bien que peu puissante, confirme que les résultats cosmétiques des fils à résorption rapide et des colles semblent équivalents pour les sutures du visage. Avec quelques bémols pour la colle :

- pas d'éversion des berges ;
- à éviter s'il existe un risque de saignement postopératoire ;
- choix à peser pour le front, la tempe et en cas de longue incision ;
- remplace une suture \leq 5/0.

Une étude bien menée serait souhaitable pour mieux évaluer la place de cette technique séduisante.

La colle trouve aussi son utilité sur une peau fine et atrophique, trop fragile pour supporter les sutures sous-cutanées ou superficielles [12]. Six patients opérés d'un carcinome d'un membre ont bénéficié de la technique suivante sans effet secondaire ni complication :

- décollement périphérique ;
- application circonférentielle de la colle ;
- 2 points éversants, puis suture sous-cutanée et superficielle, et enfin nouvelle application de colle.



FIG. 5 : Point en U inversant. D'après [9].

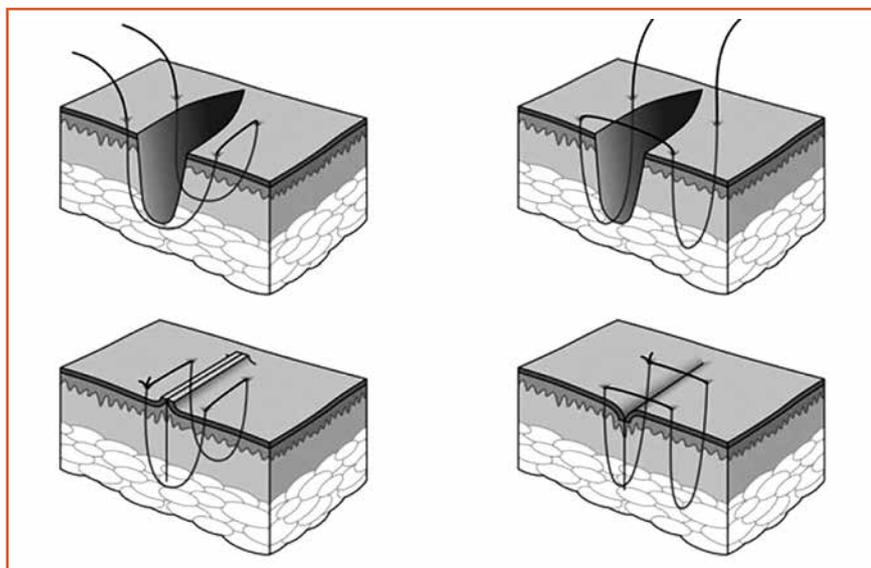


FIG. 6 : Schéma d'un point en U inversant. D'après [9].

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

Anticoagulants et chirurgie dermatologique

Plusieurs publications ont fait le point cette année sur les caractéristiques et modes d'action des anticoagulants, ainsi que sur leur gestion en dermatologie chirurgicale [13-15].

● Antivitamines K (warfarine)

Il faut surveiller étroitement le patient en postopératoire, car les complications hémorragiques (risque multiplié par 7 à 9), jamais majeures, surviennent plusieurs jours après l'intervention. Entre 5,8 et 47 % de complications thromboemboliques sérieuses, mettant parfois en jeu le pronostic vital, ont été rapportées après l'arrêt de la warfarine pour une chirurgie dermatologique. Les AVK ne doivent donc pas être arrêtés ni substitués par une HBPM (héparine de bas poids moléculaire) lors d'une intervention cutanée. On peut opérer sans modifier la warfarine lorsque l'INR, dosé 24 à 48 heures avant le geste, est $\leq 3,5$ bien qu'aucune étude ne propose de valeur maximale et qu'il ne soit pas prouvé que le risque augmente proportionnellement à son taux. Selon le geste, il est conseillé de reporter l'intervention si l'INR est $> 3,5$. En cas de saignement important, le patient sera traité par la vitamine K intraveineuse et un concentré de complexes prothrombiniques.

● Nouveaux anticoagulants oraux : dabigatran, rivaroxaban et apixaban

De par leur profil pharmacologique stable et leurs demi-vies courtes, ils peuvent être arrêtés 24 à 48 heures avant, sans être remplacés, puis repris juste après le geste. Leur inconvénient est l'absence de test biologique évaluant l'hypocoagulabilité et d'antidote disponibles. Le risque de saignement, augmenté chez les patients de plus de 75 ans, semble inférieur (rivaroxaban) ou égal (dabigatran) à celui de la warfarine. Il est recommandé de ne pas arrêter le traitement pour une chirurgie cutanée.

Dans les cas où une modification est souhaitable, il est fortement conseillé de prendre l'avis du médecin prescripteur.

● Aspirine et AINS

Le risque hémorragique chez les patients opérés sous aspirine ou AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) étant faible ou nul, l'arrêt de l'antiagrégant n'est pas justifié et même déconseillé. En effet, c'est un facteur prédictif de la survenue d'événements ischémiques majeurs et de décès chez les patients à risque de thrombose cardiaque ou cérébrale. Il peut provoquer un rebond d'hypercoagulabilité qui favorise les thromboses.

● Thiénopyridines : clopidogrel, prasugrel, ticlopidine, ticagrélor

Souvent prescrit avec l'aspirine, le clopidogrel a un délai d'action maximal de 3-7 jours et son action est irréversible. Il n'existe pas d'antidote et les transfusions de plaquettes sont inefficaces. Le clopidogrel seul entraîne un risque de saignements multiplié par 6 à 8, et multiplié par 28 lorsqu'il est associé à l'aspirine-clopidogrel. Les complications sévères sont 8 fois plus fréquentes avec l'association clopidogrel-aspirine qu'avec l'aspirine seule. Enfin, l'ajout de la warfarine au clopidogrel multiplie par 40 le risque de complications hémorragiques. Malgré cela, les complications thrombotiques étant plus graves, il n'est pas conseillé d'interrompre le traitement, sauf en cas

de chirurgie majeure où il peut être arrêté 5 à 7 jours avant le geste.

Chez les patients à risque faible, il est possible de remplacer le clopidogrel par un AINS à demi-vie courte débuté 10 jours avant la chirurgie et arrêté 24 heures avant ou, dans les associations clopidogrel-aspirine, de continuer l'aspirine seule. L'action du prasugrel est maximale en 2 jours et disparaît progressivement 48 heures après l'arrêt. Il donne les saignements les plus importants et impose une surveillance étroite chez les patients de plus de 75 ans, de poids < 60 kg ou ayant un antécédent d'AVC.

Le ticagrélor, du fait de sa demi-vie courte et de sa réversibilité en 72 heures, devrait supplanter les autres thiénopyridines. Il n'existe pas de recommandations précises pour ces deux dernières molécules. Il faut retenir que le risque hémorragique persiste dans les 48 heures qui suivent l'intervention. Toute modification du traitement devrait se faire avec le médecin prescripteur.

Il faut se méfier des médicaments ou autres molécules associées (**tableau I**). Plus de 27 % des patients pris en charge en chirurgie absorbent des produits susceptibles de modifier leur état de coagulabilité tels que l'ail, le ginseng, le ginkgo, la vitamine E, les huiles de poisson et l'éthanol. Les suppléments alimentaires doivent être arrêtés dans la semaine qui précède la chirurgie et

Warfarine	Fluconazole, ciprofloxacine, cotrimoxazole, isoniazide, métronidazole, érythromycine, amiodarone, sertraline, huiles de poisson, cimétidine, oméprazole, lévofloxacine, tétracycline, aspirine, pamplemousse
Dabigatran	Pantoprazole, clopidogrel, kétoconazole, vérapamil, amiodarone, quinidine, rifampicine, inhibiteurs des glycoprotéines P
Rivaroxaban, apixaban	Inhibiteurs du cytochrome P450 et des glycoprotéines P (kétoconazole, itraconazole, érythromycine, fluconazole)

TABLEAU I : Interactions médicamenteuses potentialisantes (d'après [14]).

repris dans les 3 à 7 jours qui suivent. L'alcool doit être arrêté 3 jours avant et peut être repris 3 jours après.

Plusieurs articles ont été publiés pour évaluer le rôle des antiseptiques et les mesures préventives des infections sur site opératoire (ISO) [16,17]. Le diabète et le tabagisme en chirurgie générale augmentent le risque. Ce dernier est proportionnel à l'âge et nettement accru au-dessus de 70 ans.

Le staphylocoque doré est la bactérie la plus souvent impliquée et le traitement préopératoire des patients porteurs de staphylocoque doré au niveau nasal (30 % de la population) diminue le taux d'ISO. L'antibioprophylaxie *per os* n'est pas recommandée ni même l'application d'un topique antibiotique sur la suture (qui ne diminue pas les risques infectieux par rapport à la vaseline, mais entraîne parfois des allergies de contact). L'injection de pénicilline ou clindamycine concomitante à l'anesthésie diminue l'incidence des ISO, mais d'autres études sont nécessaires pour justifier cette pratique.

Il est fortement recommandé de ne pas raser le cuir chevelu en préopératoire. Si nécessaire, les cheveux peuvent être coupés courts juste avant l'intervention. Il n'est pas prouvé que la douche antiseptique préopératoire réduise le risque d'ISO. Ce risque est plus élevé dans certaines zones (lèvre, oreille, périnée, pli inguinal et jambe), lors d'interventions longues, et en cas de reconstruction par plastie ou greffe.

Le port de surchaussures, sabots ou masques n'influe pas sur le taux d'ISO. Au cours de la chirurgie de Mohs, l'utilisation de gants non stériles n'accroît pas le risque, mais celui-ci augmente nettement lors d'une réparation de type lambeau ou greffe.

Bien qu'il ne soit pas possible de trancher formellement sur la supériorité

d'un antiseptique (povidone iodée ou chlorhexidine, aqueuse ou alcoolique?), les solutions alcoolisées semblent supérieures aux solutions aqueuses et le taux d'ISO après nettoyage à la chlorhexidine alcoolique est plus faible qu'après la povidone iodée alcoolique. La chlorhexidine ne doit pas être appliquée sur la cornée en raison du risque d'opacification permanente. Au niveau du cuir chevelu, les solutions aqueuses peuvent être préférées, car elles ne sont pas inflammables. En postopératoire, les pansements sont recommandés, même s'ils n'ont pas de rôle évident dans la prévention des ISO. Un pansement laissé en place pendant 48 heures ou plus ne modifie pas le taux d'ISO et il n'est pas utile d'interdire les douches ou les bains.

La chirurgie vue du côté de l'opérateur : prenons soin de son corps, recherchons le confort

Les troubles musculo-squelettiques chez les dermatologues pratiquant de multiples procédures semblent fréquents selon une étude déclarative du Collège américain de chirurgie de Mohs datant de 2010 [18]. Ainsi, 90 % des répondants déclaraient souffrir de douleurs cervicales, lombaires ou scapulaires. Deux lettres publiées dans le *British Journal of Dermatology* traitent de ce sujet. La première propose de développer des aptitudes motrices du côté non dominant afin d'éviter des attitudes vicieuses [19]. Cela nécessite toutefois d'être évalué et ne peut probablement être réalisé que par certaines personnes réellement ambidextres, car la précision du geste reste décisive pour la qualité de cette chirurgie minutieuse.

La seconde insiste sur l'ergonomie, l'éclairage, l'installation du patient sur une table d'intervention adaptée, réglable en hauteur, et sur l'organisation de l'espace permettant de tourner autour de lui lors des différentes phases de

l'intervention afin d'éviter les tensions et attitudes vicieuses de l'opérateur [20]. Ces deux courts articles amènent à réfléchir sur les mauvaises habitudes de travail qui peuvent être corrigées pour éviter des désagréments futurs.

La chirurgie vue du côté du patient : gestion de la douleur dans les procédures chirurgicales

Une revue générale traite de la douleur aiguë en dermatologie interventionnelle et donne des clefs pour la diminuer [21]. Tout d'abord, l'évaluation préopératoire destinée à identifier les patients susceptibles est primordiale. Le risque de douleurs postopératoires est plus élevé en cas d'antécédent de douleurs postopératoires, de procédures multiples le même jour, chez le sujet jeune (< 31 ans), et chez les sujets consommant des opiacés ou des anxiolytiques. Il n'est pas clairement corrélé à la localisation, à la taille tumorale ni aux tensions de fermeture. L'intérêt de l'anesthésie locorégionale est souligné, car elle réduit les douleurs postopératoires et limite la quantité d'anesthésiant injecté localement.

Plusieurs autres astuces peuvent être utiles :

- tamponner la lidocaïne par une solution de bicarbonate (manipulation pas simple) ;
- réchauffer la seringue de xylocaïne dans les mains ;
- détourner la douleur de l'injection par un petit pincement, des vibrations ou le refroidissement de la peau ;
- distraire le patient en lui parlant ou par la musique.

On privilégiera une aiguille de diamètre 25 G, voire 30 G. Les benzodiazépines peuvent être utiles, mais elles diminuent la mobilité et la vigilance et nécessitent un accompagnant. La prise préventive d'antalgiques est également bénéfique. Par exemple, une dose unique de 1 g de

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

paracétamol associée à 400 mg d'ibuprofène immédiatement au décours de l'intervention diminue la douleur de manière significative. Pour les douleurs postopératoires, le paracétamol est la principale molécule associée, si nécessaire, à un AINS.

1. Informations postopératoires écrites

Une équipe anglaise a interrogé l'ensemble des établissements de santé sur l'existence d'un document relatif à la gestion postopératoire qu'ils étaient invités à transmettre [22]. Sur 130 centres de dermatologie, 122 documents ont été reçus et évalués. Ils comportaient des conseils sur la durée des pansements, la durée de compression en cas de saignement, la prise d'antalgiques, décrivaient les signes d'infection, donnaient le numéro de téléphone à composer en cas de problème, la durée d'éviction du sport... Même s'il existe une grande variabilité suivant les centres et s'il est difficile de rédiger un document adapté à toutes les situations, il paraît important de donner une information postopératoire écrite.

2. Existe-t-il une limite d'âge pour intervenir en chirurgie dermatologique ?

Nous prenons en charge des patients de plus en plus âgés, dont les risques opératoires et postopératoires doivent être évalués dans le cas de tumeurs d'évolution lente et non fatale. Des auteurs espagnols ont comparé la survenue de complications après chirurgie de tumeurs cutanées malignes non mélanocytaires dans deux groupes de 130 patients selon que leur âge est supérieur ou inférieur à 80 ans [23]. Le risque de complications s'avère moindre dans le groupe âgé.

Bibliographie

1. HAFJI J, HUSSAIN W, SALMON P. Reconstruction of perioral defects post-Mohs micrographic surgery: dermatological surgeon's approach. *Br J Dermatol*, 2015; 172:145-150.
2. SONG SS, WU LEE W, HAMMAN MS. Mohs micrographic surgery for eccrine porocarcinoma: an update and review of the literature. *Dermatol Surg*, 2015;41:301-306.
3. XU YG, AYLWARD J, LONGLEY BJ. Eccrine Porocarcinoma Treated by Mohs Micrographic Surgery: Over 6-Year Follow-up of 12 Cases and Literature Review. *Dermatol Surg*, 2015;41:685-692.
4. DIKA E, FANTI PA, PATRIZI A. Mohs Surgery for Squamous Cell Carcinoma of the Nail Unit: 10 Years of Experience. *Dermatol Surg*, 2015;41:1015-1019.
5. ZABIELINSKI M, LEITHAUSER L, GODSEY T. Laboratory errors leading to nonmelanoma skin cancer recurrence after Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg*, 2015;41:913-916.
6. Cho YJ, Lee JH, Shin DJ. Correction of pincer nail deformities using a modified double Z plasty. *Dermatol Surg*, 2015;41: 736-740.
7. HUSSAIN W, SALMON P. Transposition-advancement flap for the reconstruction of segmental auricular defects. *Dermatol Surg*, 2015;41:977-980.
8. SAPTHAVEE A, MUNARETTO N, TORIUMI DM. Skin grafts vs local flap reconstruction of nasal defects. A Retrospective Cohort Study. *JAMA Facial Plast Surg*, 2015; 17:270-273.
9. MALONE CH, WAGNER RF. Recreation of alar crease using the inverted horizontal mattress suture technique. *J Am Acad Dermatol*, 2015;73:e111-112.
10. WENTZELL JM. The inverting horizontal mattress suture: applications in dermatologic surgery. *Dermatol Surg*, 2012; 38:1535-1539.
11. KIM J, SINGH MAAN H, COOL AJ. Fast absorbing gut suture versus cyanoacrylate tissue adhesive in the epidermal closure of linear repairs following Mohs Micrographic Surgery. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2015;8: 24-29.
12. TAYEBI B, KANISZWESKA M, MAHONEY AM. A novel closure method for surgical defects in atrophic skin using cyanoacrylate adhesive and suture. *Dermatol Surg*, 2015;41:178-180.
13. PALAMARAS I, SEMKOVA K. Perioperative management and recommendations for antithrombotic medications in dermatological surgery. *Br J Dermatol*, 2015; 172:597-605.
14. BROWN DG, WILKERSON EC, LOVE WE. A review of traditional and novel oral anti-coagulant and antiplatelet therapy for dermatologists and dermatologic surgeons. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72:524-534.
15. PLOVANICH M, MOSTAGHIMI A. Novel oral anticoagulants: what dermatologists need to know. *J Am Acad Dermatol*, 2015;72: 535-540.
16. SALEH K, SCHMIDTCHEN A. Surgical site infections in dermatologic surgery: etiology, pathogenesis, and current preventative measures. *Dermatol Surg*, 2015;41:537-549.
17. ECHOLS K, GRAVES M, LEBLANC KG. Role of antiseptics in the prevention of surgical site infections. *Dermatol Surg*, 2015;41:667-676.
18. LIANG CA, LEVINE VJ, DUSZA SW. Musculoskeletal disorders and ergonomics in dermatologic surgery: a survey of Mohs surgeons in 2010. *Dermatol Surg*, 2012;38:240-248.
19. PATEL AN, SWANSON NA, VARMA S. Ambidexterity in dermatological surgery. *Br J Dermatol*, 2014;170:978-980.
20. URWIN R, HUSSAIN W. Reducing the strain of dermatological surgery. *Br J Dermatol*, 2015;172:546-547.
21. GLASS JS, HARDY CL, MEEKS NM. Acute pain management in dermatology: risk assessment and treatment. *J Am Acad Dermatol*, 2015;73:543-60.
22. HUNT WTN, McGRATH EJ. Dermatological postoperative patient information leaflets: is it time for more uniformity? *Clin Exp Dermatol*, 2015;40:747-752.
23. PASCUAL JC, BELINCHÓN I, RAMOS JM. Cutaneous surgery complications in individuals aged 80 and older versus younger than 80 after excision of nonmelanoma skin cancer. *J Am Geriatr Soc*, 2015;63: 188-190.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.