

L'ANNÉE THÉRAPEUTIQUE

Quoi de neuf en chirurgie dermatologique ?



→ P. GUILLOT¹, J.-M. AMICI¹,
D. LEBAS², A. LY³

Groupe chirurgical de la Société
Française de Dermatologie,

¹ BORDEAUX.

² LILLE.

³ SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT.

Gestion des nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie dermatologique

Sous forme d'avis d'experts, C.M. Samama, J. Ripart et G. Renard proposent sur le site de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) les conclusions d'un travail collaboratif de la SFAR et de la Société Française d'Ophtalmologie [1].

En l'absence de données claires du fait du manque de recul, les auteurs ne peuvent donner qu'un avis d'experts, basé sur un raisonnement théorique et sur les données acquises avec les anticoagulants classiques. Ces propositions seront modifiées dès que des données supplémentaires suffisantes seront disponibles. Peut-être que des recom-

mandations seront bientôt données également pour la chirurgie dermatologique, considérée aussi comme à faible risque hémorragique.

Le dabigatran (Pradaxa) qui développe une activité anti-IIa, le rivaroxaban (Xarelto) et l'apixaban (Eliquis) avec une activité anti-Xa, sont de nouveaux anticoagulants oraux directs. Ils sont destinés à remplacer les antivitamines K (AVK) dans une majorité de leurs indications actuelles: prévention des accidents thromboemboliques chez les patients porteurs d'une fibrillation atriale (FA), prévention et traitement de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV). Ils se substituent d'ores et déjà aux héparines de bas poids moléculaire (HBPM) et à l'héparine non fractionnée (HNF), guère plus utilisée en prévention de la MTEV en chirurgie de la prothèse de hanche et de genou. Ces molécules développent une activité anticoagulante efficace comparable, voire supérieure, à celle des AVK [2].

Dans les essais thérapeutiques, le risque hémorragique des AOD était le plus souvent inférieur à celui des AVK, notamment pour la survenue des hémorragies intracrâniennes. Mais la population de ces études était un peu plus jeune, et elle bénéficiait d'une surveillance très serrée. Depuis la mise sur le marché de ces molécules puissantes, un certain nombre d'accidents hémorragiques parfois mortels ont été rapportés, notamment avec le dabigatran qui est éliminé à 80 % par le rein et qui peut donc s'accumuler en cas d'insuffisance rénale. Ces accidents, attendus car il s'agit d'anticoagulants efficaces, doivent être mis en perspective avec ceux induits par les AVK qui sont responsables chaque année dans

notre pays de 17 000 hospitalisations et de 4 000 à 5 000 décès, le plus souvent en rapport avec une hémorragie.

Le risque hémorragique induit doit être considéré lors d'un acte invasif, en tenant compte de la fonction rénale des patients, **de l'absence actuelle d'antidote** et d'une forte variabilité pharmacocinétique interindividuelle. **Le monitoring biologique est en cours de développement** (temps de thrombine diluée: Hemoclot pour le dabigatran, anti-Xa spécifiques pour les deux autres médicaments); mais il reste complexe, et il n'est pas disponible partout 24 heures/24.

Un seul travail a évalué le risque de saignement majeur après chirurgie ophtalmologique, comparant dabigatran (arrêté 1 à 5 jours avant l'intervention) et warfarine (AVK), sans observer de différence. Mais la cataracte, seule intervention ophtalmologique rapportée dans cette série, ne représentait que 9 % du total des interventions, et le risque propre à cette chirurgie n'y était pas détaillé [3]. Il n'existe pas de données actuellement en chirurgie ophtalmologique (segments antérieur et postérieur, anesthésie loco-régionale, tous confondus) en dehors de cette étude qui permettent de savoir si le risque des AOD sera différent de celui des AVK, que de plus en plus de revues de la littérature et de séries cliniques suggèrent de ne pas interrompre [4, 5].

1. Quels sont les risques en cas d'interruption ?

Ce sont *a priori* les mêmes qu'en cas d'interruption d'un traitement par AVK. La survenue ou la récurrence d'un événement thromboembolique doivent être

redoutées chez tous les patients traités, sauf peut-être à un moindre degré dans le cas de la prévention de la MTEV en orthopédie. En ophtalmologie, il est probable qu'aucune interruption ne soit nécessaire car le risque hémorragique est faible, mais il est trop tôt pour le suggérer, sauf pour le segment antérieur.

2. Attitude pratique

En chirurgie dermatologique (sur le modèle des avis d'experts à propos de la chirurgie ophtalmologique?), pourrait être éventuellement proposée l'attitude suivante bien que – et il faut bien insister sur ce point – ni recommandations ni avis d'experts n'aient encore été formulés.

>>> Chirurgie à faible risque hémorragique : pas de prise de traitement anticoagulant la veille. Reprise le soir de l'intervention ou le lendemain matin.

>>> Chirurgie à risque hémorragique modéré : arrêt du traitement 5 jours. La substitution de l'AOD par un traitement injectable (HBPM à dose curative) pendant 3 jours ne sera envisagée qu'en cas de maladie thromboembolique veineuse sévère ou récidivante, ou chez un patient traité pour une fibrillation atriale et comportant des facteurs de risque thrombotique (âge > 75 ans, HTA, diabète, insuffisance cardiaque, antécédents d'accident vasculaire cérébral...).

Ailleurs, une simple interruption sans relais suffit. Le traitement est ensuite repris le lendemain matin, sauf en cas de risque hémorragique spécifique pouvant conduire à attendre 24 heures de plus.

Faut-il biopsier les lésions évocatrices de carcinome basocellulaire avant d'en réaliser l'exérèse ?

La biopsie a tendance à s'imposer à visée diagnostique, pronostique et médico-légale, surtout au visage et lorsqu'une

plastie ou une greffe sont nécessaires pour réparer une perte de substance. Mais la place de la biopsie, selon les recommandations ANAES 2004 pour la pratique clinique dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du CBC, est variable.

>>> Selon le *National Health and Medical Research Council* (NHMRC), la biopsie reste utile en cas de diagnostic incertain cliniquement, ou si le choix du traitement peut être guidé par le sous-type histologique. Une biopsie est également souvent réalisée (mais pas toujours) avant une intervention extensive, ou pour confirmer le diagnostic dans des territoires où un enjeu esthétique existe, comme le visage.

>>> Pour la *British Association of Dermatologists* (BAD), le diagnostic de nombreux CBC est un diagnostic clinique. La biopsie est recommandée quand il existe un doute clinique ou quand un traitement spécialisé envisagé n'est pas chirurgical.

>>> Pour le *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), la biopsie doit être réalisée sur toutes les lésions suspectes.

Les recommandations sont donc parfois discordantes sur la place de la biopsie. Le geste biopsique ne vaut de plus que pour l'endroit qui a été biopsié et ne peut parfois préciser le sous-type histologique, pouvant méconnaître une variété histologique agressive. Une étude rétrospective a évalué la valeur prédictive positive (VPP) du sous-type de 500 CBC primitifs et la prévalence des formes agressives sous-évaluées [6]. La VPP moyenne de la biopsie, tous types confondus, était de 69 % : 83 % pour les sous-types uniques et 37 % pour les sous-types mixtes. Sa performance diminuait avec l'agressivité du CBC, passant de 84 % pour les CBC superficiels à 69 % pour les infiltrants, 63 % pour les nodulaires et 38 % pour les micronodulaires. La biopsie igno-

rait 11 % de formes agressives de CBC avec, pour conséquence, une réduction inappropriée des marges d'exérèse. Cela pourrait d'ailleurs expliquer en partie certains échecs de traitements alternatifs à la chirurgie (imiquimod ou PDT) utilisés à tort pour des CBC non superficiels.

La biopsie peut également être à l'origine d'autres inconvénients en emportant la plus grande partie d'une lésion de petite taille. Cela complique alors le repérage de la tumeur résiduelle et peut entraîner une erreur de site opératoire. Une étude avait pour objectif principal d'établir les moyens de minimiser les erreurs de site [7]. Une recommandation formalisée d'experts a été établie selon la méthode Delphi comportant une revue de la littérature et l'interview structurée, retranscrite et codée de 25 experts. Des moyens de diminuer les erreurs de site opératoire ont ainsi été proposés :

- au moment de la biopsie, par la réalisation d'une photo avec marquage de la lésion biopsiée incluant des repères anatomiques fixes ;
- au moment de l'exérèse, il est recommandé de donner un miroir au patient et de lui faire montrer lui-même la lésion, que le chirurgien marque la tumeur au feutre dermographique et demande au patient de confirmer l'exactitude du repérage [8].

À qui confier la prise en charge chirurgicale des cancers cutanés ?

Le traitement chirurgical des cancers cutanés est un domaine partagé avec la chirurgie plastique, ORL, maxillo-faciale et oculoplastique. Une étude rétrospective concernant 921 CBC chez 750 patients a évalué le taux d'exérèse incomplète selon que le CBC a été opéré par des dermatologues ou par différents chirurgiens, et a recherché des facteurs associés aux différences entre les spécialités [9]. Le taux global d'exérèse incomplète était de 12 %, significativement

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

plus bas chez les dermatologues (6,7 %) *versus* les autres spécialités chirurgicales (21,9 %). Le risque d'exérèse incomplète était 3,8 fois plus élevé si le chirurgien n'était pas dermatologue, et ce indépendamment de l'âge, de la localisation, de la taille et de l'histologie. La principale explication de ces résultats repose sur une meilleure connaissance des tumeurs cutanées, une meilleure lecture carcinologique des dermatologues.

Prise en charge des cicatrices chéloïdes auriculaires

La prise en charge thérapeutique des cicatrices chéloïdes du lobe de l'oreille est difficile et mal codifiée. La littérature rapporte différentes modalités de traitement avec des réponses variables. L'excision chirurgicale avec conservation d'un rabat cutané de couverture combinée à l'injection adjuvante intralésionnelle peropératoire de corticoïdes retard a été évaluée [10]. Entre 2004 et 2012, 21 chéloïdes du lobe de l'oreille ont été traitées. Le suivi comprenait une évaluation 2 semaines après l'intervention puis tous les mois avec, si nécessaire, des injections intralésionnelles de corticoïdes. L'évaluation portait sur la réponse au traitement, les complications postopératoires, la récurrence et la satisfaction des patients. L'efficacité clinique était de 87,6 % avec un délai moyen de suivi de 21,9 mois. Le taux de récurrence immédiate était de 9,5 %. Le taux de satisfaction des patients était de 82,3 %.

Une autre étude récente propose de standardiser la gestion des chéloïdes auriculaires par un traitement associant l'excision chirurgicale de la chéloïde avec conservation d'un rabat cutané, l'injection per et postopératoire intralésionnelle de corticoïdes et le port permanent d'une plaque de silicone. Sur 22 chéloïdes chez 10 patients, on notait 2 récurrences à 16 mois et 20 stabilisations avec 21 mois de recul [11]. Une nouvelle piste thérapeutique des chéloïdes

est proposée dans une étude rétrospective tunisienne évaluant l'application d'une solution de phénol à 40 %. Sur 52 chéloïdes chez 25 patients avec un recul de 12,8 mois, une régression des chéloïdes était constatée dans 75 % des cas, avec des effets indésirables à type de dyschromie (75 %), prurit, infection et ulcération (28 %) [12].

Suture en bourse ou cicatrisation spontanée ?

En cas de perte de substance (PDS) de grande taille, si une réparation par lambeau ou par greffe n'est pas envisagée, deux options se discutent : la première est la cicatrisation spontanée, encore appelée cicatrisation dirigée ; la seconde vise à réduire la surface à cicatriser en effectuant une suture circonférentielle en bourse tout autour de la PDS en nouant les deux extrémités du fil, permettant ainsi de réduire ou de fermer la plaie. Une étude prospective visant à déterminer si la suture en bourse est supérieure à la cicatrisation spontanée en termes de résultat esthétique a été conduite par une équipe de Boston [13]. L'aspect cicatriciel de deux groupes randomisés ayant une PDS postopératoire du tronc ou des extrémités de plus de 8 mm a été évalué par le patient ainsi que par 2 examinateurs n'ayant pas eu connaissance du mode de réparation.

Le critère d'évaluation principal était représenté par le POSAS (*Patient and observer scar assessment scale*). 42 patients totalisant 48 sites opératoires ont été évalués. Aucune différence significative du score POSAS n'était retrouvée dans les deux groupes. Parmi les critères secondaires d'évaluation, on notait une différence statistique significative en faveur de la suture en bourse pour la vitesse de cicatrisation et l'hypertrophie cicatricielle à 3 mois. La suture en bourse n'est pas à l'origine d'un aspect cicatriciel défavorable par rapport à la cicatrisation spontanée ; elle semble

accélérer la vitesse de cicatrisation et l'hypertrophie cicatricielle à 3 mois.

Fermeture retardée de grandes pertes de substance par des sutures avec serrages itératifs

Une équipe allemande a développé une technique de fermeture de très larges PDS ne pouvant être suturées en un temps, en alternative aux lambeaux ou aux greffes [14]. Elle utilise un système de serrage progressif des sutures, et présente les résultats de 64 patients consécutifs ayant été traités par cette technique. Des points de rapprochement sont posés au fil nylon 0 à 2-3 cm des berges et serrés à travers un dispositif à vis. La tension est ajustée après plusieurs jours jusqu'à ce qu'une suture directe superficielle puisse être réalisée sous anesthésie locale. Dans cette série, la taille moyenne des pertes PDS était de 20 cm², et une fermeture directe a pu être obtenue par rapprochement des berges chez 91 % des patients avec un délai moyen de 11 jours. Deux patients ont eu une greffe différée et 4 une cicatrisation spontanée. D'après les auteurs, ce type de prise en charge évite des techniques de reconstruction plus complexe et n'est pas à l'origine de complications majeures.

Optimisation de la formation chirurgicale pratique des juniors

La formation chirurgicale pratique est indispensable pour l'exercice de la dermatologie interventionnelle. Couplée à l'expérience, elle augmente l'efficacité interventionnelle.

Les pratiques de base telles que les biopsies cutanées et les exérèses simples (en fuseau) de tumeurs de petite taille semblent habituellement maîtrisées. En revanche, les gestes plus complexes ne

sont que rarement enseignés en France en dehors du DIU de chirurgie dermatologique, des différentes FMC ou des ateliers lors des congrès et de ce que le collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF) fait depuis 2011, avec la participation des internes à un séminaire national annuel de dermatologie chirurgicale.

Une étude américaine a cherché à évaluer les dermatologues en formation avec un outil simple mesurant "l'habileté chirurgicale" [15]. Les internes en fin de cursus devaient transmettre une vidéo d'une exérèse fusiforme qu'ils avaient réalisée avec suture en deux plans. Cette vidéo était évaluée par 2 examinateurs et notée à l'aide d'une échelle objective OSATS (*Objective structured assessments of technical skills*). Les scores obtenus étaient bons, 4 à 5/5 pour les éléments mesurés, hormis pour la vitesse de réalisation (3/5). À noter que le nombre de publications par interne était corrélé négativement à la note : plus ils avaient de publications à leur actif, moins ils étaient performants ! Cette constatation semblait accréditer le cliché comme quoi le chirurgien est avant tout un travailleur manuel, et "l'intellectuel" plutôt maladroit !

Pour les auteurs, la vidéo représente une méthode d'évaluation fiable et utile qui pourrait ainsi évaluer objectivement les compétences nécessaires en dermatologie chirurgicale.

Une autre étude a évalué également l'apport de la vidéo dans l'amélioration des acquisitions de techniques chirurgicales [16]. Dans cet essai randomisé réalisé à l'université de Sheffield, était évalué l'apport de la vidéo lors d'un examen obligatoire de deuxième cycle de médecine portant sur les techniques chirurgicales de base (choix du fil de suture, choix des instruments, réalisation de la suture, gestuelle, gestions des déchets...). Les 48 étudiants rencontraient un évaluateur qui leur restituait

les points positifs et négatifs de leur prestation et leur remettait un formulaire avec les items acquis et non acquis de l'examen. La moitié des étudiants recevait un DVD contenant le film de leur évaluation qu'ils devaient regarder le soir. L'ensemble des étudiants était convoqué le lendemain pour repasser l'examen pratique. Les étudiants ayant bénéficié d'un débriefing oral et de la vidéo amélioraient leur note, notamment dans les items techniques tels que la préhension de l'aiguille, la coordination œil-main et la manipulation des instruments et de la peau.

Cela souligne donc que l'amélioration de la prise en charge chirurgicale passe bien évidemment par la formation pratique initiale et continue qu'il convient de promouvoir, mais également par le développement d'outils d'évaluation permettant de perfectionner notre technique.

Chirurgie carcinologique cutanée du nez

La chirurgie carcinologique cutanée du nez a fait l'objet d'un numéro spécial du *British Journal of Dermatology* en 2014. L'art de la reconstruction passe tout d'abord par une bonne connaissance de l'anatomie nasale. Le choix des lambeaux varie en fonction des sous-unités atteintes, de la qualité de la peau, plus ou moins séborrhéique et bien sûr de la taille de la PDS.

1. Réparation du *dorsum* nasal [17]

Dans cette zone, presque tous les lambeaux nécessitent une dissection du muscle transverse pour faciliter les mouvements tissulaires et assurer la viabilité du lambeau. Pour des petites PDS, il est possible de faire un fuseau très allongé (rapport longueur/largeur de 5/1). On peut également greffer le centre de la PDS avec les excès tissulaires des extrémités lorsque la PDS est plus importante.

Les lambeaux d'avancement sont également pratiqués à l'aide d'une incision dans le sillon sus-alaire avec éventuellement le sacrifice d'un croissant cutané péri-alaire.

Le lambeau en îlot nécessite une dissection jusqu'au muscle transverse sans le sectionner complètement, avec souvent une dissection sous-musculaire ou la section du muscle transverse sur un côté seulement.

Pour des PDS conséquentes, un lambeau de rotation de type Rieger est privilégié si un lambeau en hachette n'est pas possible, l'ascension du bord libre narinaire étant rapidement à craindre. Le lambeau est intranasal si le nez est assez long ou remonte le plus souvent jusque dans la glabelle dans les autres cas.

La transposition à partir de la glabelle est utile dans les PDS proximales du *dorsum* (fig. 1 à 3). Dans les formes plus distales, on peut recourir au lambeau bilobé. Ce dernier est toutefois à éviter lorsque la peau est épaisse et séborrhéique en raison des risques de nécrose du lambeau. Dans les PDS très larges et hautes, on peut avoir recours au lambeau fronto-nasal ou à la greffe de peau totale.



FIG. 1 : CBC du *dorsum* (collection P. Guillot).

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE



FIG. 2 : Lambeau nasoglabellaire (collection P. Guillot).



FIG. 3 : Résultat à 4 mois (collection P. Guillot).

2. Réparation de l'auvent nasal [18]

Il s'agit de la partie du nez la moins séborrhéique. Une petite PDS peut se fermer par suture simple ou cicatrisation dirigée, surtout en regard du *canthus* interne. En cas de cicatrisation dirigée, la PDS ne doit pas dépasser en général 1,5 cm et être placée autant au-dessus qu'au-dessous du *canthus* pour éviter un ectropion.

>>> Une PDS proximale peut faire appel à un lambeau de transposition, un lambeau en hachette pour des PDS inférieures à 2 cm en dégraissant bien la peau d'origine glabellaire.

>>> Une PDS distale peut être réparée de différentes manières : un lambeau de transposition jugal, un lambeau bilobé, un lambeau en "cerf volant" à pédicule supérieur en regard du muscle transverse, un lambeau de rotation intranasal remontant jusqu'au *canthus* interne.

Lorsque la lésion concerne une partie de l'aile narinaire, le lambeau bilobé doit être à pédicule médian associé à des points de capiton pour ne pas effacer le sillon sus-alaire.

Un lambeau d'avancement jugal permet également de fermer une PDS jusqu'à 2 cm (fig. 4 à 6). Le lambeau en filot est également réalisable pour des PDS à la fois proximales ou distales. La greffe de peau totale reste une solution de recours.



FIG. 4 : CBC de l'auvent nasal (collection P. Guillot).



FIG. 5 : Lambeau d'avancement jugal (collection P. Guillot).



FIG. 6 : Résultat à 5 mois (collection P. Guillot).

3. Réparation de la pointe nasale [19]

Sur cette peau épaisse et séborrhéique, les incisions sont visibles et le résultat esthétique des interventions plus aléatoire. La cicatrisation dirigée peut être une bonne option pour les petites PDS superficielles. Le fuseau n'est possible que pour les petites PDS sur un nez large et doit se prolonger au dessus de l'os

propre du nez et en dessous de la pointe pour éviter une dépression médiane avec ensellure. Lorsque la PDS est large, ou si le patient a une peau fine, un lambeau est préférable.

Les PDS de moins de 15 mm sont idéalement réparées par un lambeau bilobé. La correction des excès tissulaires est parallèle au sillon sus-alaire et le deuxième lobe est vertical, ce qui évite le déplacement de l'aile narinaire. Un point de capiton est pratiqué si besoin au niveau du sillon sus-alaire. Le lambeau trilobé peut être utile dans les PDS de la partie inférieure de la pointe.

Pour les PDS plus larges jusqu'à 1,5 cm ou intéressant plus de la moitié de la pointe, le lambeau fronto-nasal permet de restaurer la sous-unité anatomique. La riche vascularisation anastomotique du front permet une bonne vitalité du lambeau. Le décollement se fait au-dessus du périoste, et la pointe du lambeau est taillée selon le patron de la PDS. Le pédicule est disséqué plus loin que le rebord orbitaire pour permettre une meilleure mobilité du lambeau. Le sevrage du lambeau se fait habituellement à 3 semaines.

La greffe de peau totale donne des résultats très inconstants, la tendance à la nécrose est fréquente et source de rétractions très inesthétiques. Elle peut aussi être à l'origine de résultats très satisfaisants (fig. 7 et 8).



FIG. 7 : CBC de la pointe nasale (collection P. Guillot).



FIG. 8 : Greffe de peau totale, hyperpigmentation discrète à 6 mois (collection P. Guillot).

4. Réparation de l'aile narinaire [20]

La réparation de l'aile narinaire reste un des plus grands challenges de la chirurgie cutanée. Un meilleur résultat esthétique passe souvent par l'augmentation de la PDS pour reconstruire l'ensemble de la sous-unité anatomique. Cet élargissement doit être néanmoins évité sur une peau épaisse et séborrhéique, ou si cela peut entraîner une gêne fonctionnelle respiratoire nécessitant un ajout de greffon cartilagineux pour éviter le collapsus nasal à l'inspiration profonde.

La reconstruction doit s'attacher à reformer les plis alar et sus-alair. Il faut distinguer les lésions les plus externes, pouvant classiquement être réparées par le lambeau nasogénien de transposition à pédicule supérieur, des lésions plus médiales où le lambeau bilobé peut être avantageusement proposé (**fig. 9 à 11**).

L'auteur préconise les lambeaux en deux temps de type fronto-nasal ou jugonasal



FIG. 9 : CBC d'un tiers médial de l'aile narinaire (collection P. Guillot).

en dégraissant et taillant avec précision la partie distale du lambeau pour éviter l'effet de mise en boule. Un amincissement plus important peut être fait lorsque le lambeau vient de la joue.

Lorsque la PDS est transfixiante, il est nécessaire de réaliser un lambeau nasogénien replié ou un lambeau fronto-nasal, plus ou moins associé à une greffe cartilagineuse.

Une étude rétrospective de 186 cas de greffe de peau totale sur l'aile narinaire montre de bons résultats [21]. La PDS est élargie à la sous-unité lorsqu'elle intéresse plus de 60 % de la surface de la narine. Les zones donneuses utilisées sont le front, le sillon nasogénien, la peau préauriculaire ou la conque de l'oreille. S'il y a une opération concomitante au niveau du front ou du sillon nasogénien, les excès tissulaires sont utilisés comme greffons. Sinon, on fait appel à la peau glabre préauriculaire ou à la conque si le patient peut gérer les soins de cicatrisation dirigée, sinon la zone rétroauriculaire inférieure, plus séborrhéique.



FIG. 10 : Lambeau bilobé (collection P. Guillot).



FIG. 11 : Résultat à 6 mois (collection P. Guillot).

L'amélioration du résultat esthétique est obtenue, si besoin, par une injection à 3 semaines de corticoïde retard dilué de moitié avec de la lidocaïne à 1 % si la greffe paraît épaisse (29 % des cas), mais aussi par une dermabrasion entre 4 et 6 semaines (36 % des cas).

Lorsque l'intégrité structurale de l'aile narinaire ou de son bord libre est compromise (< 10 % des cas), on peut recourir à une greffe de cartilage provenant du bord de l'anthélix. Le cartilage est taillé puis introduit dans chaque bord de la PDS avec des petites entailles puis suturé sur le lit de la PDS. Cette série montre de bons résultats sans retentissement fonctionnel narinaire, seulement deux infections jugulées par une antibiothérapie, 2 nécroses partielles de greffe corrigées par une dermabrasion 4 à 6 semaines après l'intervention.

Carcinomes épidermoïdes de l'oreille : facteurs de mauvais pronostic et traitement chirurgical

Les carcinomes épidermoïdes de l'oreille sont connus pour leur agressivité. Les récurrences et les métastases sont particulièrement à craindre. La tentation de conserver le pavillon de l'oreille est grande, tant pour le chirurgien qui possède des techniques lui permettant de reconstituer la forme de l'oreille au prix d'une diminution de taille souvent conséquente que pour le patient qui vit souvent mal le sacrifice de cet organe important. Une équipe strasbourgeoise de plasticiens et de chirurgiens maxillofaciaux encourage cependant à être plus agressif dans la prise en charge chirurgicale du carcinome épidermoïde de l'oreille [22].

Cette étude rétrospective portait sur 28 patients (30 oreilles) dont l'âge moyen était de 79 ans avec une nette prédominance masculine (26 hommes et 2 femmes). Le recul moyen était de 37 mois (17 à 111 mois). Aucun patient

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

n'a bénéficié de traitement complémentaire, que ce soit radiothérapie ou chimiothérapie. Dans 37 % des cas, la taille tumorale dépassait 2 cm. Deux patients présentaient d'emblée une extension locorégionale, parotidienne et ganglionnaire jugulo-carotidienne.

La chirurgie a comporté 87 % d'exérèses partielles avec 23 exérèses transfixiantes et 3 non transfixiantes. Pour les 13 % d'amputations, la taille tumorale moyenne était de 23 mm et la localisation était proximale (racine de l'hélix, conque, face postérieure du pavillon). Les marges de sécurité étaient de 5 mm dans 31 % des cas, 7 mm dans 23 % des cas et 10 mm dans 46 % des cas. Il y a eu 13 % d'exérèses incomplètes, et les patients ont été réopérés. Le type de reconstruction a été représenté majoritairement par la réparation simple d'une exérèse cunéiforme transfixiante (64 %), puis par un lambeau d'Antia et Buch (13 %).

L'évolution de cette cohorte a été marquée par la survenue d'une récurrence locale chez 6 patients sur 28, avec chez l'un d'eux des métastases pulmonaires à 1 an à l'origine de son décès. Pour toutes ces récurrences, les tumeurs siégeaient au niveau de l'hélix (4 cas dont 3 sur la racine) et la face postérieure de l'oreille. Pour la moitié de ces récurrences, l'exérèse avait été incomplète initialement et avait nécessité une reprise, alors que sur l'échantillon de population indemne de récurrence, le taux d'exérèse incomplète n'était que de 4,5 %.

Les risques aggravant l'évolution tumorale au niveau de l'oreille sont liés au fait qu'il s'agit d'une zone de fusion embryonnaire facilitant la propagation profonde, et à la spécificité anatomique du réseau lymphatique.

Cette notion de gravité relevée dans cette étude portant sur la partie proximale de l'oreille n'est pas admise par tous, et reste à démontrer par des séries plus importantes. En revanche, la grande taille de la

tumeur a un caractère péjoratif reconnu au-delà de 2 cm. Selon les recommandations HAS 2010, la chirurgie de Mohs permet un contrôle des marges plus fiable et un meilleur taux de guérison ; elle n'a pas été pratiquée dans cette série.

Les marges doivent impérativement être respectées d'emblée : 6 mm pour les lésions de moins de 1 cm ; 6 à 10 mm pour les lésions de 1 à 2 cm. Un problème de conservation de l'oreille se pose pour les lésions de plus de 2 cm. En effet, au-delà de 2 cm, une exérèse avec des marges de 1 cm de part et d'autre rend illusoire toute tentative de reconstruction. L'amputation de l'oreille, partielle ou totale, s'impose alors, gage parallèlement d'un meilleur contrôle carcinologique (**fig. 12 à 15**). Si la lésion est distale, la conservation



FIG. 12 et 13 : Carcinome épidermoïde évolué de l'oreille (collection P. Guillot).



FIG. 14 : Marges de 1 cm (collection P. Guillot).



FIG. 15 : Résultat à J15 : PDS > 4 cm, amputation partielle sans réparation (collection P. Guillot).



FIG. 16 : Autre cas d'amputation partielle : respect de la racine de l'hélix permettant le port des lunettes (collection P. Guillot).

de la racine de l'hélix peut permettre le port des lunettes, ce qui est fondamental, notamment chez le sujet âgé (**fig. 16**). La reconstruction à partir de cartilage costal, complexe et source d'interventions multiples sous anesthésie générale, est rarement proposée chez le patient âgé, et l'épithèse fixée à la mastoïde est l'alternative la plus souvent retenue.

Bibliographie

1. SAMAMA CM, RIPART J, RENARD G. Proposition de gestion des nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie ophtalmologique. SFAR; www.sfar.org, mise en ligne le 13/01/2014.
2. WEITZ JI, EIKELBOOM JW, SAMAMA MM. New Antithrombotic Drugs: Anti-thrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 2012;141: e120S-e151S.1.
3. HEALEY JS, EIKELBOOM J, DOUKETIS J *et al.* RE-LY Investigators: Periprocedural bleeding and thromboembolic events with dabigatran compared with warfarin: results from the Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) randomized trial. *Circulation*, 2012; 126:343-348.
4. LIP GY, DURRANI OM, ROLDAN V *et al.* Peri-operative management of ophthalmic patients taking antithrombotic therapy. *Int J Clin Pract*, 2011;65:361-371.
5. BONHOMME F, HAFEZI F, BOEHLER F *et al.* Management of antithrombotic therapies in patients scheduled for eye surgery. *Eur J Anaesthesiol*, 2013;30:449-454.
6. WOLBERINK EA, PASCH MC, ZEILER M *et al.* High discordance between punch biopsy and excision in establishing basal cell carcinoma subtype: analysis of 500 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013;27: 985-989.
7. ALAM M, LEE A, IBRAHIMI OA *et al.* A multistep approach to improving biopsy site identification in dermatology: physician, staff, and patient roles based on a Delphi Consensus. *JAMA Dermatol*, 2014;150: 550-558.
8. IBRAHIM SF. Practice gaps. Wrong-site surgery in dermatology. *JAMA Dermatol*, 2014;150:558-559.
9. BASSAS P. Evaluation of surgical margins in basal cell carcinoma by surgical specialty. *Actas Dermosifiliogr*, 2013;104:133-140.
10. AL ARADI IK, ALAWADHI SA, ALKHAWAJA FA *et al.* Ear lobe keloids: a pilot study of the efficacy of keloidectomy with core fillet flap and adjuvant intralesional corticosteroids. *Dermatol Surg*, 2013;39: 1514-1519.
11. DE SOUSA RF, CHAKRAVARTY B, SHARMA A *et al.* Efficacy of triple therapy in auricular keloids. *J Cutan Aesthet Surg*, 2014;7: 98-102.
12. MSeddi M, Mesrati H, Ktaari S *et al.* La phénolisation: un nouveau traitement des chéloïdes. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2014;141:493-499.
13. JOO J, CUSTIS T, ARMSTRON AW *et al.* Purse-string suture versus second intention healing. Results of a randomized, blind clinical trial. *JAMA Dermatol*, 2014 nov [Epub ahead of print]
14. FELCHT M, KOENEN W, WEISS C *et al.* Delayed closure of complex defects with serial tightening of loop sutures- clinical outcome in 64 consecutive patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2014;28:454-460.
15. ALAM M, NODZNSKI M, YOO S *et al.* Objective Structured Assessment of Technical Skills in Elliptical Excision Repair of senior Dermatology Residents. *JAMA Dermatol*, 2014;150:608-612.
16. FARQUARSON AL, CRESSWELL AC, BEARD JD *et al.* Randomized trial of the effect of video feedback on the acquisition of surgical skills. *Br J Surg*, 2013;100:1448-1453.
17. VINCIULLO C. Reconstructing the nasal dorsum. *Br J Dermatol*, 2014;171:7-16.
18. SALMON PJ. Repair of the nasal sidewall. *Br J Dermatol*, 2014;171:17-22.
19. STIGALL L, ZITELLI J. Reconstructing the nasal tip. *Br J Dermatol*, 2014;171:23-28.
20. COOK JL. The reconstruction of the nasal ala with interpolated flaps from the cheek and forehead: design and execution modifications to improve surgical outcomes. *Br J Dermatol*, 2014;171:29-36.
21. TAN E, MORTIMER N, SALMON P. Full-thickness skin grafts for surgical defects of the nasal ala: a comprehensive review, approach and outcomes of 186 cases over 9 years. *Br J Dermatol*, 2014;170:1106-1113.
22. GANEVAL-STOLLA, BRUANT-RODIER C, DISSAUX C *et al.* Carcinomes spinocellulaires de l'oreille: facteurs de gravité et traitement chirurgical, à propos de 30 cas. *Ann Chir Plast Esthet*, 2014;59:226-231.

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

réalités

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

☐ oui, je m'abonne à **Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénéréologie**

Médecin : ☐ 1 an : 60 € ☐ 2 ans : 95 €

Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 50 € ☐ 2 ans : 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger : ☐ 1 an : 80 € ☐ 2 ans : 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels



[Bulletin d'abonnement]

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville/Code postal :

E-mail :

■ Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : Cryptogramme :

Signature :