L'Année thérapeutique

Quoi de neuf en dermatologie chirurgicale ?

R. PRUD'HOMME
Cabinet de Dermatologie, MAISONS-ALFORT.
Service de Dermatologie-vénéréologie,
CHU Ambroise Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.

La littérature dermato-chirurgicale fut très variée en termes d'études, de reconstructions originales et d'astuces chirurgicales. Voici une sélection d'articles pragmatiques parus en 2019 et qui aideront sûrement chacun d'entre nous au quotidien, que notre pratique soit hospitalière ou libérale.

Les études originales de l'année 2019

1. Effet de la taille de la seringue sur la sévérité de la douleur durant une anesthésie locale

Cette étude en simple aveugle, effectuée sur cuir chevelu divisé, avait pour objectif de déterminer si la taille de la seringue affectait l'intensité de la douleur durant une anesthésie locale, lors de l'utilisation d'aiguilles de même taille [1].

L'étude a inclus 20 patients, dont 16 hommes (âge moyen : 31,6 ans) et 4 femmes (âge moyen : 28,8 ans). Environ 10 mL de solution anesthésiante (xylocaïne à 1 % avec 1:100 000 d'adrénaline, à température ambiante) ont été injectés sur les parties antérieure et postérieure du cuir chevelu à l'aide d'une seringue de 1 mL avec une aiguille 30G sur une moitié du cuir chevelu et d'une seringue de 3 mL avec une aiguille 30G sur l'autre moitié. Après la procédure, il a été demandé aux patients d'évaluer leur douleur sur l'échelle des visages de Wong-Baker.

Les scores moyens de l'échelle de douleur obtenus durant une anesthésie locale utilisant une seringue de 1 mL étaient de 2,7 pour l'application sur la partie antérieure et de 2,45 pour l'application sur la partie postérieure ($p < 0,01$). Pour la seringue de 3 mL, les scores moyens étaient de 4,5 pour l'application sur la partie antérieure et de 4,25 pour l'application sur la partie postérieure ($p < 0,01$). Une différence d'intensité moyenne de la douleur a également été observée pour l'application sur la partie antérieure entre les hommes et les femmes selon la taille des seringues (2,5 chez les hommes contre 3,5 chez les femmes pour une seringue de 1 mL ; 4,3 chez les hommes contre 5,5 chez les femmes pour une seringue de 3 mL). Dans le cas des applications postérieures, les scores moyens étaient de 2,4 chez les hommes et de 2,8 chez les femmes pour une seringue de 1 mL, et de 4,2 chez les hommes et 4,5 chez les femmes pour une seringue de 3 mL ($p < 0,01$).

Les auteurs ont donc conclu que la taille de la seringue affecte l'intensité de la douleur durant l'anesthésie locale.

2. Comparaison des résultats cicatriciels entre les excisions rectangulaires et elliptiques pour le traitement des kystes épidermiques

Avoir une rançon cicatricielle minime dans l'excision de kystes épidermiques reste un challenge chirurgical. L'excision elliptique est la technique la plus communément utilisée, mais elle aboutit souvent à de grandes cicatrices de la taille du diamètre kystique.

Une étude coréenne [2] a comparé la rançon cicatricielle laissée par une technique d'excision rectangulaire. Cette dernière consiste à inciser un rectangle centré sur le point kystique dont la longueur est égale au demi-diamètre kystique et la largeur égale au point kystique. Deux autres incisions sont réalisées dans la continuité de la largeur pour former 2 couvercles par lesquels le kyste est extrait. La réparation de la perte de substance (PDS) se fera par un lambeau en H ou en U (***fig. 1***).

Au total, 123 excisions de kystes (58 elliptiques et 65 rectangulaires) ont été étudiées. Le groupe incision rectangulaire avait de meilleurs résultats esthétiques sur une évaluation photographique par 3 dermatologues indépendants (***fig. 2***) et il n'y avait pas plus de complications postopératoires.

3. La décontamination du gîte staphylococcique nasal avant chirurgie micrographique de Mohs (CMM)

Une décontamination nasale des gîtes staphylococciques permettrait une diminution significative des infections du site opéré après CMM, et ce même

L'Année thérapeutique

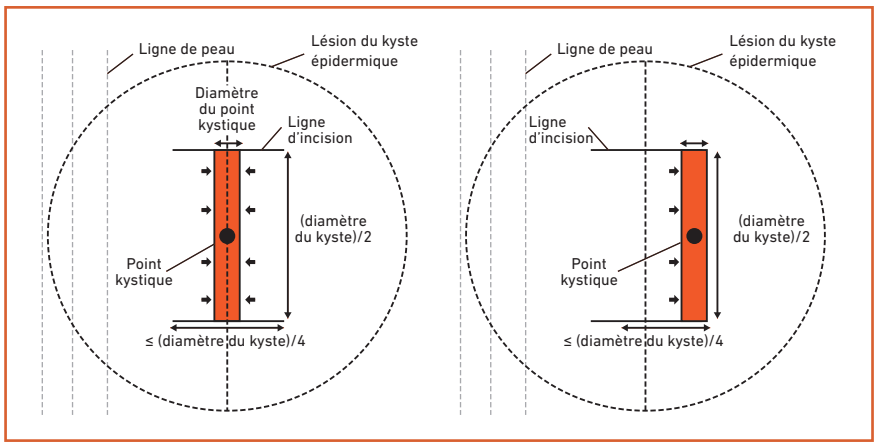

Fig. 1 : Schéma de l'incision rectangulaire.

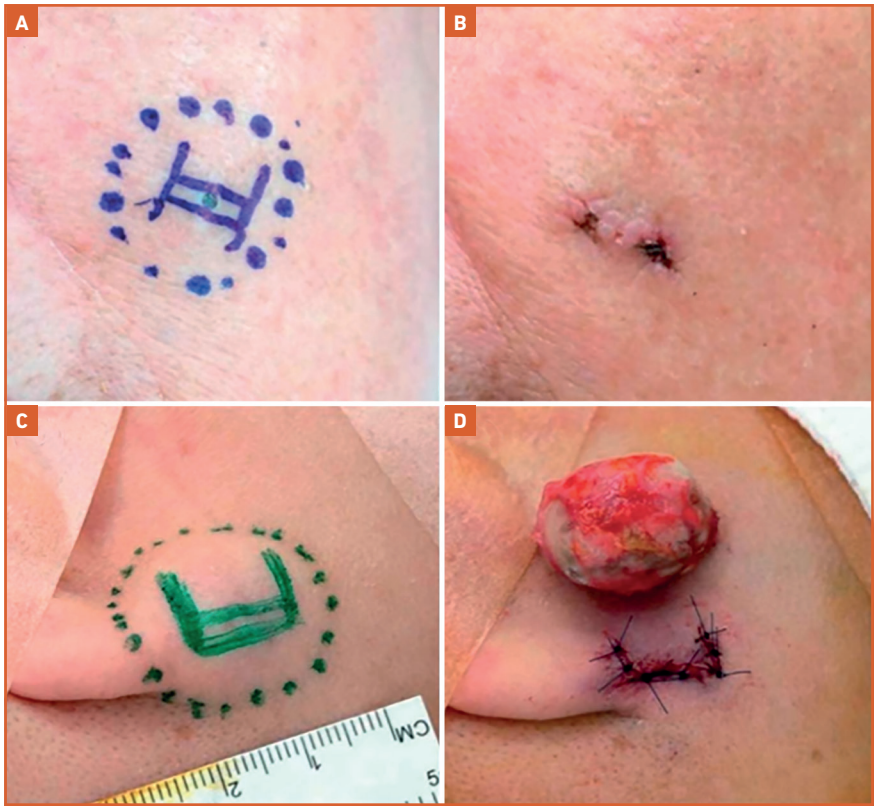

Fig. 2 : A : schéma préopératoire pour une excision de kyste ; **B :** évaluation photographique postopératoire à S2 ; **C :** schéma préoparatoire pour une excision de kyste unilatérale ; **D :** évaluation photographique immédiatement après l'intervention.

si le prélèvement du gîte est négatif. C'est en tout cas ce que montre cette étude interventionnelle randomisée australienne après avoir comparé 1 350 patients bénéficiant de ce type de chirurgie et ayant un prélèvement du gîte nasal staphylococcique négatif [3]. 661 d'entre eux ont bénéficié d'un protocole de décontamination (mupirocine 2 % crème 2 fois par jour dans le nez et 50 mL de chlorhexidine solution à 4 % tous les jours sur tout le corps) les 5 jours précédant la chirurgie. Les autres constituaient le groupe témoin. Au total, 14 interventions (1 %) ont été comptabilisées dans le groupe intervention *versus* 29 dans le groupe témoin avec un risque relatif diminué de manière significative (OR : 0,5 ; 0,3-0,9 ; p = 0,03).

Les réparations de l'année 2019

1. Une réparation originale d'une perte de substance transfixiante de l'aile narinaire

Les réparations de pertes de substances (PDS) narinaires transfixiantes sont souvent des challenges chirurgicaux complexes à résoudre (***fig. 3***). La difficulté vient de la nécessité de recréer de la muqueuse narinaire, d'éviter tout effet valve et de conserver le sillon nasogénien.

Un lambeau de transposition labial supérieur appelé *apical lip flip* a donc été proposé par une équipe britannique dans ce contexte [4]. La première étape consiste en une greffe composite à partir de l'anthélix avec maintien de la peau sur la face interne pour recréer la muqueuse narinaire et suturée à cette dernière par du fil résorbable sur la base alaire et la pointe nasale latérale inférieure.

Un lambeau de transposition triangulaire labio-alaire à base supérieure est dessiné avec un premier trait d'incision vertical partant du pied de l'aile narinaire jusqu'à la jonction lèvre blanche et

Fig. 3 : Perte de substance transfixiante après une chirurgie micrographique de Mohs.

Fig. 4 : Dessin du lambeau.

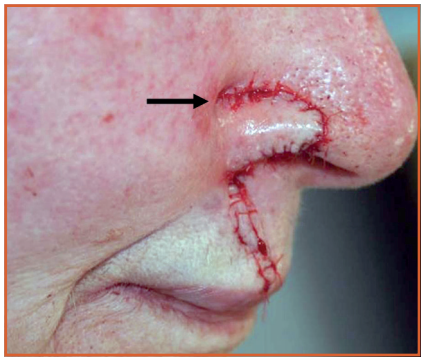

Fig. 5 : Postopératoire immédiat.

Fig. 6 : Résultat à 1 mois.

Fig. 7 : Perte de substance fronto-pariétale initiale étendue.

rouge supérieure, et le second trait d'incision remontant en oblique et en latéralité jusqu'au sillon labio-génien de façon à ce que la largeur du lambeau transposé soit égale à la largeur de la PDS (***fig. 4***).

Le plan de dissection du lambeau se fait dans le plan sous-cutané et plonge à sa base proximale pour englober quelques fibres de l'orbiculaire et l'artère angulaire (***fig. 4***). La transposition va ainsi créer un excès tissulaire en cône inversé qui va être conservé pour recréer le sillon naso-génien (***fig. 5 et 6***). Ce lambeau a néanmoins pour inconvénient d'apporter une zone pileuse sur une zone de peau glabre, notamment chez l'homme.

2. Lambeau en îlot pour des réparations de PDS fronto-temporales

Les PDS étendues entre les régions frontale et temporale aboutissent souvent à des réparations complexes liées au manque de réserve tissulaire, à la proximité de zones à ne pas déformer (queue du sourcil, lisière du cuir chevelu) et de structures anatomiques à risque (branche frontale du nerf facial et rameau temporal superficiel de l'artère temporale), rendant impossibles les fermetures directes et les lambeaux traditionnels (rotation, avancement temporal, transposition…) (***fig. 7***) La greffe de peau peut également être une option mais elle est pourvoyeuse d'une cicatrice sur la prise de greffe et d'un risque de nécrose.

Le lambeau en îlot pédiculé avec rotation a été proposé dans cet article [5]. Après exérèse, la PDS a été reportée sur la zone donneuse temporale dont la dissection se fait dans le plan sous-cutané, au-dessus du fascia temporo-pariétal et du système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) afin de préserver le pédicule vasculonerveux au pôle supérieur, à proximité de la PDS pour assurer une bonne vascularisation et fiabilité du lambeau (***fig. 8***). La PDS primaire est

Fig. 8 : Conception et dissection du lambeau.

L'Année thérapeutique

alors recouverte par un mouvement de rotation à 180° en veillant à ne pas trop tirer sur le pédicule. La zone donneuse puis la zone receveuse sont ensuite suturées en 2 plans par du Monocryl® 4/0 et du Prolène® 5/0 sans tension ni déformation des structures avoisinantes (***fig. 9***).

Les sutures sont retirées à J15 et aucune complication n'est notée avec un résultat esthétique satisfaisant du fait de l'apport d'une peau similaire (***fig. 10***). Le principe de ce lambeau peut-être adaptable pour des PDS nasales (alaire, *dorsum*), du tibia et rétro-auriculaires du dos de la main comme le montre l'article sélectionné suivant, avec des rotations variant de 45 à 180° [6-8].

Le dos de la main est une localisation fréquente de lésions carcinomateuses UV-induites. Les réparations y sont difficiles en raison du manque de laxité et de la nécessité de préserver l'articulation métacarpo-phalangienne. Deux approches réparatrices, utilisant le principe de l'îlot pédiculé et la transposition, simples d'exécution, fiables et répondant aux contraintes mécaniques de la région, ont attiré mon attention cette année.

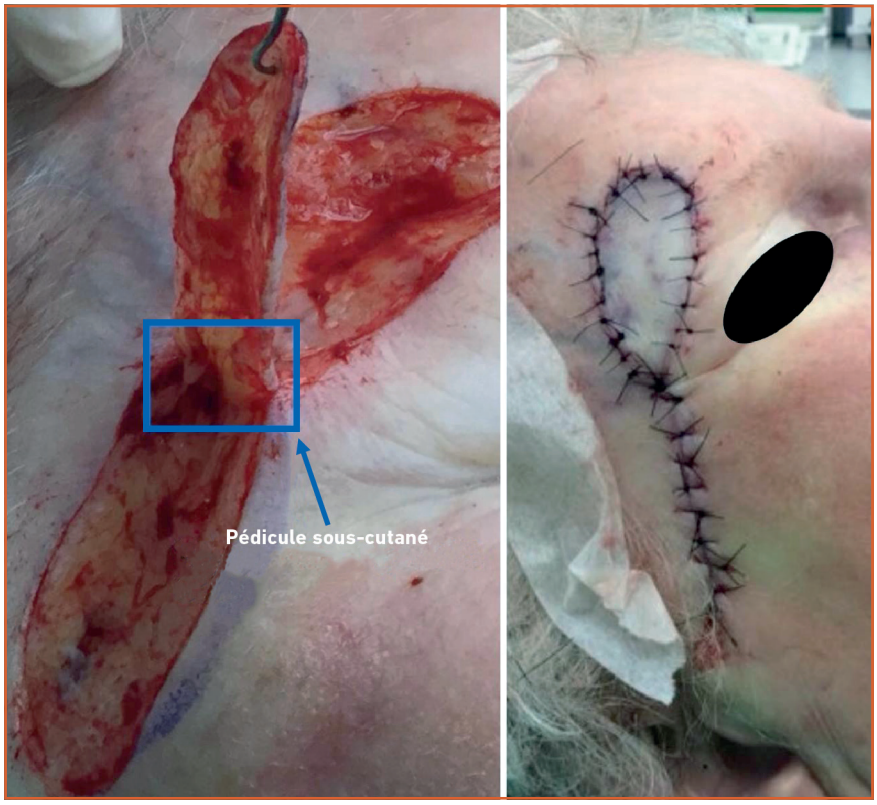

Fig. 9 : Individualisation du pédicule et rotation de 180°.

Fig. 10 : Résultat à 2 semaines (**à gauche**) et 6 semaines (**à droite**).

3. Lambeau en îlot pour des réparations de PDS phalangiennes proximales

Un lambeau en îlot centré sur l'artère perforante de l'artère métacarpienne, dorsale, repérée par échographie Doppler préalable, a été envisagé dans cet article (***fig. 11***) [9]. Pour ce faire, la PDS a été reportée sur le dos de la main en comprenant l'artère perforante (***fig. 11, flèche***). Le lambeau est ainsi levé au-dessus du fascia tendineux puis tourné de 180° autour du pédicule pour recouvrir la PDS. La cicatrisation à 7 semaines ne montrait pas de limitation de l'amplitude articulaire (***fig. 12***).

Ce lambeau semble donc adapté, fiable, d'exécution rapide et donc envisageable en ambulatoire sous anesthésie locale pour ce type de PDS.

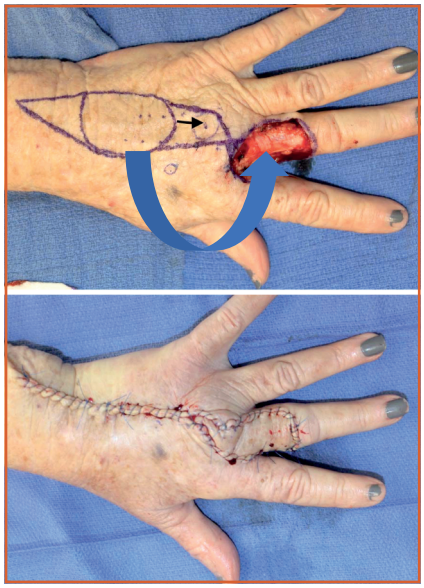

Fig. 11 : Dessin du lambeau en îlot avec repérage de l'artère métacarpienne dorsale (**flèche**).

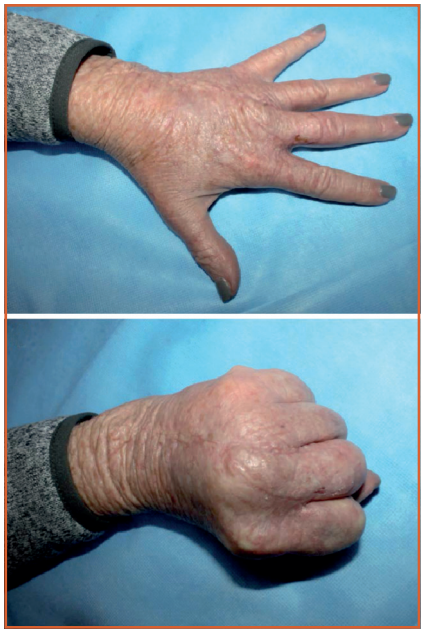

Fig. 12 : Cicatrisation à 7 semaines.

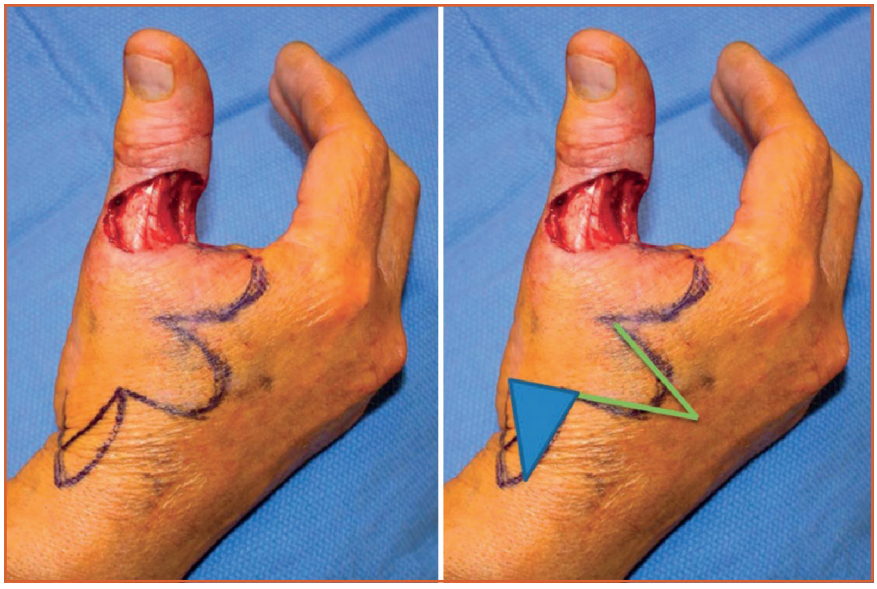

Fig. 14 : Dessin du lambeau bilobé avec triangle de Burow (**bleu**).

4. Lambeau bilobé, également une solution pour les chirurgies du dos de la main [10]

Une réparation par lambeau bilobé associé à une greffe du triangle de Burow (**en bleu**) (***fig. 14***) a été imaginée par David *et al.* pour une PDS post-CMM d'un carcinome épidermoïde de la base du pouce avec exposition du tendon long extenseur de l'hallux (***fig. 13***). Ce triangle est donc enlevé puis greffé dans l'espace interdigital, entre les 2 lobes mis en place afin d'éviter toute mise en tension des lambeaux (***fig. 15***). À 2 mois, la cicatrisation était parfaite et sans limitation de l'amplitude articulaire (***fig. 16***).

Tout comme le dos de la main, les reconstructions du pavillon et de la conque de l'oreille ont également inspiré les auteurs cette année.

Fig. 13 : Perte de substance initiale après exérèse du carcinome épidermoïde.

Fig. 15 : Résultat en postopératoire immédiat.

Fig. 16 : Résultat à 2 mois.

5. Lambeau original de reconstruction des PDS auriculaires antérieures

Les réparations des PDS auriculaires antérieures (conque, anthélix, scapha, fosse triangulaire) (***fig. 17***) sont parfois compliquées en raison du manque de

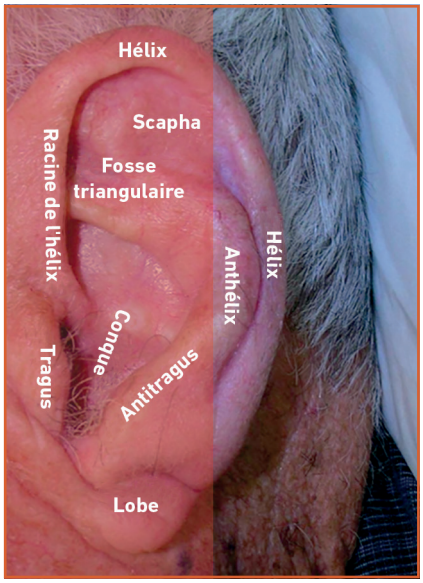

Fig. 17 : Région antérieure de l'oreille externe concernée par l'étude.

L'Année thérapeutique

Fig. 18 : Procédure chirurgicale en fonction du site concerné.

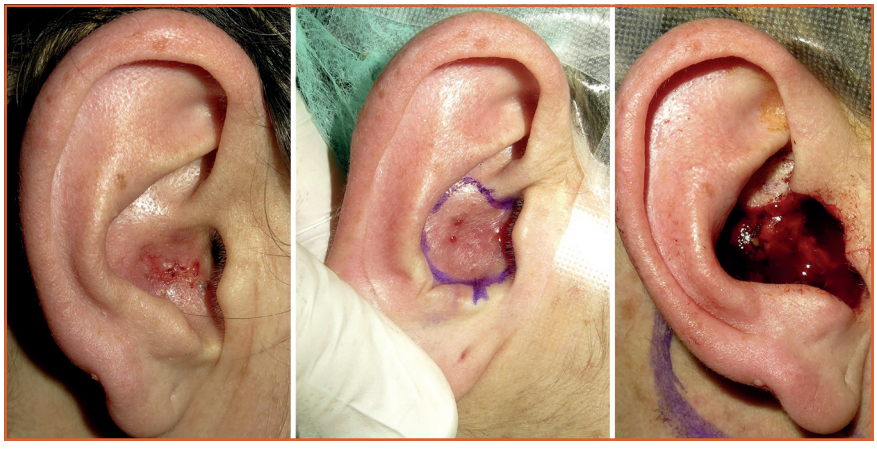

Fig. 19 : Perte de substance initiale.

laxité de la région [11]. Les lambeaux en îlot transcartilagineux semblent être adaptés pour les réparations de cette zone. Ils consistent en une incision à la face postérieure de l'oreille d'un patron de la PDS, directement en arrière de celle-ci, en laissant un pédicule vasculaire central issu de l'artère rétro-auriculaire. Une fenêtre cartilagineuse est ensuite créée pour permettre le passage du lambeau en îlot sur la partie antérieure de l'oreille où il sera fixé par des points simples (***fig. 18*, *vidéo ci-dessous***). La PDS secondaire est suturée par la suite le long du sillon rétro-auriculaire.

http://links.lww.com/DSS/A128

Une étude rétrospective inédite s'est intéressée aux paramètres pré- et post-opératoires de 232 réparations de la sorte post-CMM. La taille moyenne des PDS était de 1,9 x 1,5 cm. Les principales complications rencontrées étaient l'hypertrophie cicatricielle (2,6 %), le saignement postopératoire (1,7 %) et une nécrose partielle du lambeau (0,9 %). Aucun patient ne s'est plaint d'une gêne fonctionnelle ni esthétique. Ce lambeau transcartilagineux, variante du célèbre lambeau de Gordon-Masson, est accessible au dermatologue chirurgien et paraît intéressant pour des PDS auriculaires antérieures.

6. Lambeau de transposition tunnelisé pour des PDS conquales

Les réparations des PDS conquales font le plus souvent appel à des greffes ou des cicatrisations dirigées. Leurs utilisations peuvent cependant être limitées lorsque les PDS sont importantes à cause notamment du risque de surinfection locale du fait de la proximité du gîte staphylococcique et de nécrose pour les greffes.

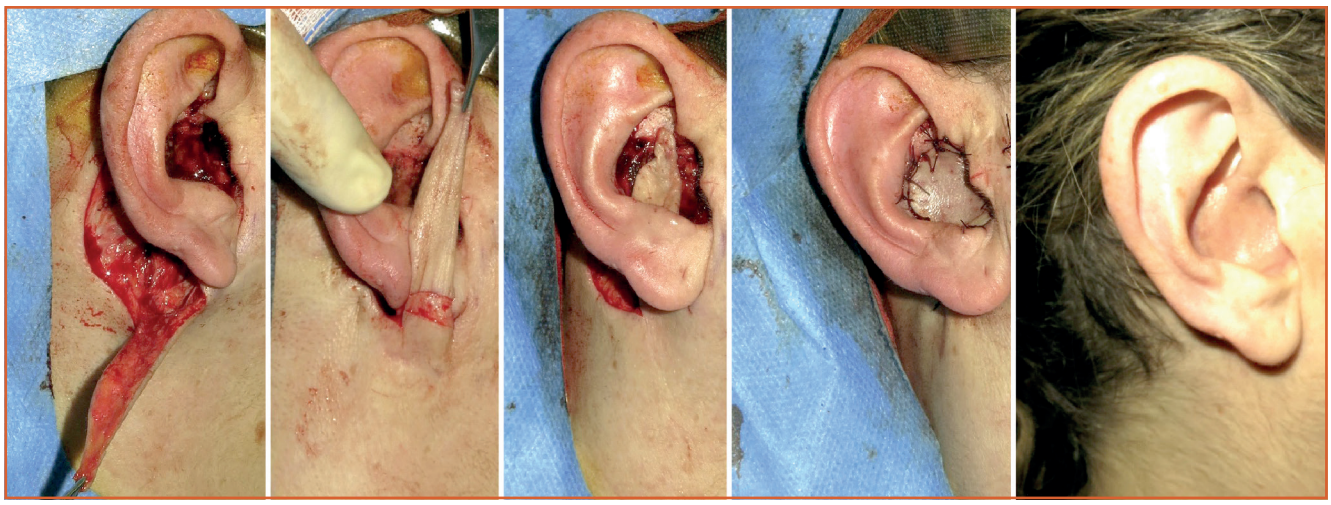

Fig. 20 : Reconstruction par lambeau tunellisé.

Fernández-Canga *et al.* ont décrit dans cet article un lambeau de transposition tunnelisé pour réparer une PDS causée par une exérèse non transfixiante de carcinome basocellulaire après CMM (***fig. 19***) [12]. Le lambeau est levé en rétro-auriculaire, à pédicule inférieur, puis il est desépidermisé à l'endroit de son passage dans le tunnel. Ce dernier est créé par une incision cartilagineuse transfixiante au pôle inférieur du défect conqual (***fig. 20***). Ce lambeau a pour avantage d'apporter une peau non insolée et de masquer la rançon cicatricielle.

7. Pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple ?

C'est en tout cas ce que nous montrent ces 2 articles pour des PDS nasales et du bord libre inférieur de l'œil.

Fig. 21 : Brosse métallique rotative utilisée pour la dermabrasion.

Le premier article [13] rapporte une réparation d'une PDS nasale superficielle post-CMM par dermabrasion de l'ensemble de la sous-unité nasale concernée avec lissage des bords de la PDS à l'aide d'une brosse métallique ou d'une fraise diamantée (***fig. 21***) ayant des mouvements anti-horaires. Le résultat esthétique à 4 mois est parfait, sur un nez séborrhéique qui plus est (***fig. 22***).

Le second article [14] s'est intéressé, à travers une étude rétrospective sur 17 patients, aux PDS totalement ou partiellement transfixiantes du bord libre palpébral inférieur post-CMM réparées par cicatrisation dirigée (***fig. 22***). Les pansements étaient réalisés avec de la vaseline recouverte par une compresse stérile. La rançon esthétique était évaluée, dès cicatrisation, par 4 chirurgiens indépendants et par les patients. Cette dernière était bonne à excellente dans la majorité des cas et la cicatrisation était obtenue en 2 semaines La seule complication rencontrée était un trichiasis résolu après ablation du cil. Les résultats

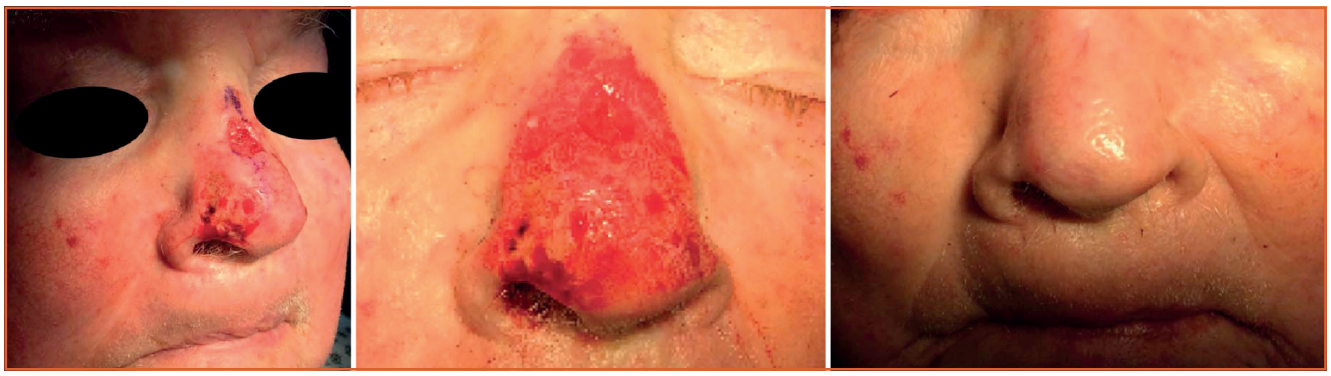

Fig. 22 : Réparation d'une PDS nasale par dermabrasion.

L'Année thérapeutique

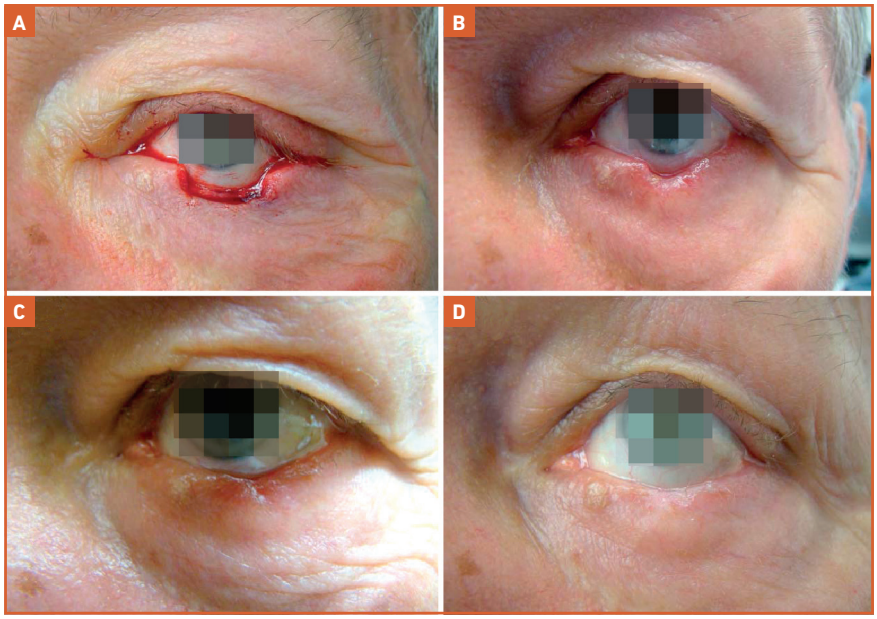

Fig. 23 : A : exérèse transfixiante du bord libre palpébral inférieur traité par cicatrisation dirigée avec résultat à 2 semaines (**B**), 6 semaines (**C**) et 20 semaines (**D**).

ont continué à s'améliorer avec le temps (***fig. 23***). La cicatrisation dirigée est donc une option envisageable, simple, sans réelle complication pour des réparations de PDS transfixiantes ou non de moins de 1/4 du bord libre palpébral inférieur, avec pour seuls inconvénients un temps de cicatrisation prolongé, une perte des cils et un risque d'ectropion sur une paupière laxe (*snap test* positif).

Mise au point de l'année 2019

1. Allergies de contact per- et postopératoires

Une mise au point parue dans la revue *Dermatologie Pratique* [15] refait le point sur les allergies aux gants opératoires qui sont de 2 sortes : types I et IV. Elles surviennent souvent dans un contexte d'altération préalable de la barrière cutanée (dermite irritative, eczéma de contact allergique, dermatite atopique).

Les allergies de contact peropératoires, de type I, impliquant comme allergènes **des protéines du latex** (Hev b 1, 2, 3, 5, 6.01, 6.02, 7 et 13), surviennent le plus souvent **5 à 30 minutes après** le port de gants en latex. Elles toucheraient 1 % de la population, jusqu'à 12 % du personnel soignant et 20 % des patients. Elles se manifestent le plus souvent par une urticaire des poignets et du dos des mains (***fig. 24***) mais également des **conjonctivites** (***fig. 25***), œdèmes

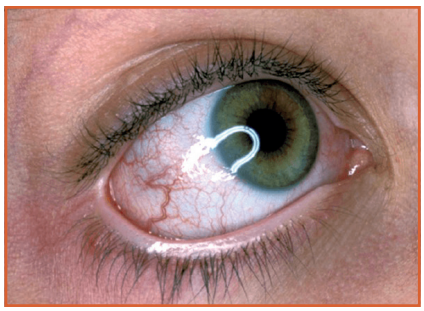

Fig. 25 : Conjonctivite allergique aux protéines aéroportées.

périorbitaires, rhinites, réactions asthmatiformes, troubles digestifs voire chocs anaphylactiques. Le *prick test* aux protéines de latex, à réaliser en milieu hospitalier, permet de confirmer le diagnostic évoqué cliniquement. Le traitement est l'éviction du latex et le port de gants en caoutchouc synthétique ou en polystyrène synthétique ou encore en vinyle.

Les allergies de contact postopératoires (***fig. 26***), de type IV, s'observent quant à elles **les jours suivant** l'intervention sous forme de dermatose eczématiforme

Fig. 26 : Dermatite de contact allergique aux gants en caoutchouc synthétiques de type polyisoprène chez un chirurgien.

Fig. 24 : Urticaire de contact aux protéines de latex.

des mains [16]. Elles sont principalement déclenchées par les **accélérateurs de vulcanisation et antioxydants** contenus dans les gants en caoutchouc synthétiques dont les plus fréquents sont les dithiocarbamates, les thiurames, le 2-mercaptobenzothiazole (MBT) et le **1,3 diphénylguanidine (1,3 DPG)** qui est l'allergène émergent présent dans le carba-mix de la batterie standard européenne.

Trucs et astuces de l'année 2019

1. Technique d'hémostase nasale avec pince nasale de nageur

Tout acte chirurgical nasal nécessite une aide opératoire afin de comprimer la base de la pyramide nasale et d'éviter tout saignement, source d'inconfort pour le patient comme pour le chirurgien. Une équipe espagnole [17] a proposé une technique toute simple consistant à comprimer les vaisseaux par un pince-nez de nageur stérilisé avec 2 compresses stériles pour absorber les éventuelles coulées de sang (***fig. 27***).

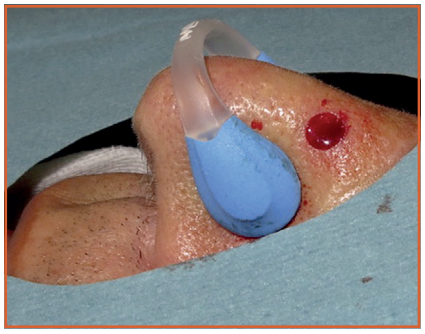

Fig. 27 : Pince-nez hémostatique.

2. Un nœud coulissant pour les fermetures à haute tension

La fermeture de grandes PDS pose souvent le problème de la capacité du 1er point de suture à absorber la tension. Nous connaissons tous le point de palan, très utile dans ce contexte. Une équipe texane [18] nous décrit un autre point

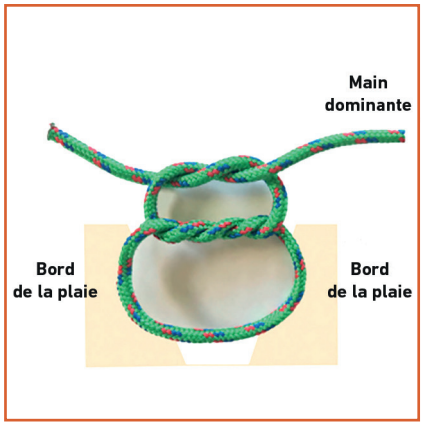

Fig. 28 : Nœud coulissant de traction.

coulissant qui consiste à réaliser un point sous-cutané et à amorcer un premier nœud en réalisant 2 tours dans le même sens sur le porte-aiguille puis à plaquer ce dernier sur une des berges de la cicatrice, puis un autre tour dans le même sens et à tirer les 2 chefs de manière continue le long de la cicatrice (***fig. 28***). Ce nœud est simple d'exécution et minimise le risque de desserrement et de rupture du fil résorbable.

3. Le signe de la bougie : témoin de l'agressivité des carcinomes basocellulaires

"*Les choses ne sont pas toujours ce qu'elles semblent être, donc on se laisse tromper par les apparences. Rares sont ceux qui ont l'intelligence de voir ce qui se cache derrière le masque*", Phaedre.

Cet article illustre bien cette citation avec la description d'un nouveau sous-type clinique de carcinome basocellulaire agressif identifié grâce au signe de la cire de bougie (***fig. 29***) [19]. Celui-ci se présente sous la forme d'une macule ou plaque d'aspect xanthomateux, à surface lisse comme une fine pellicule de cire de bougie tombée sur la peau. Une étude américaine prospective parue dans le *JAAD* [20], portant sur plus de 1 000 cancers cutanés non mélaniques, s'est également intéressée à ce sujet et a conclu que ce signe était associé de manière significative à un

Fig. 29 : Signe de la cire de bougie.

plus grand nombre d'étapes en CMM et à des PDS plus importantes, donc à des carcinomes basocellulaires plus agressifs (confirmation par le sous-type histologique : sclérodermiforme, infiltrant, micronodulaire et desmoplastique) (***fig. 30***). Une reconnaissance précoce de ce signe favorise donc une meilleure

L'Année thérapeutique

Fig. 30 : Perte de substance post-CMM d'un CBC agressif présentant le signe de la bougie.

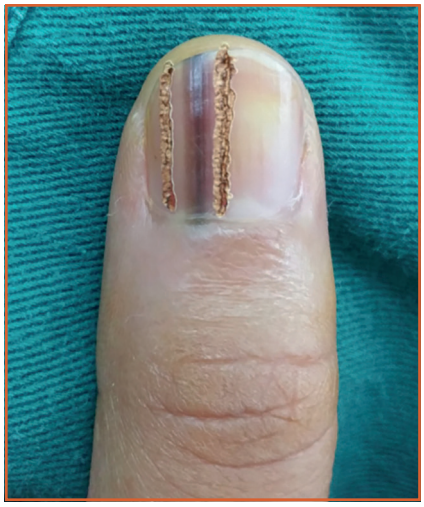

Fig. 31 : Création de la fenêtre au niveau de la tablette unguéale.

Fig. 32 : Exposition de la matrice après repli cuticulaire.

estimation du tissu tumoral à extraire et permet de poser plus facilement l'indication d'une CMM.

4. Évaluation d'une technique de biopsie unguéale par shaving pour la prise en charge des mélanonychies longitudinales

La prise en charge diagnostique des mélanonychies longitudinales nécessite fréquemment une biopsie unguéale, geste souvent appréhendé par les dermatologues.

Une étude chinoise a évalué une série de 67 biopsies par *shaving* dans le cadre de la prise en charge de mélanonychies longitudinales [21]. Pour cela, une fenêtre de la tablette unguéale est créée par laser CO_2 à 2 mm de part et d'autre de la mélanonychie complétée par une incision à la lame 15 (***fig. 31***). Puis, 2 incisions latérales à la jonction entre les replis proximal et latéral de l'ongle sont réalisées afin de replier la cuticule et d'exposer la lésion pigmentée responsable de la mélanonychie qui sera biopsiée par *shaving* (***fig. 32***). La tablette excisée est replacée sur le lit de l'ongle en tant que pansement et la cuticule est ensuite suturée.

Dans la série analysée, toutes les biopsies ont permis une analyse anatomopathologique, 75 % n'ont pas eu de dystrophie unguéale (***fig. 33***) et seulement 13,3 % ont eu une récidive de la mélanonychie. Cette technique de biopsie unguéale semble donc adaptée, rapide d'exécution et accessible dans la prise en charge des mélanonychies.

Fig. 33 : Rançon cicatricielle à 1 an de la biopsie.

5. La décalcomanie au service de la greffe de peau

Juger de la taille d'une prise de greffe est parfois un exercice périlleux, surtout lorsque les PDS à greffer se situent sur des zones difficilement mesurables comme le nez, les oreilles ou la main.

Une équipe australienne a publié un moyen simple et efficace pour nous faciliter la tâche. La PDS est dessinée au feutre chirurgical avant exérèse puis reportée par décalcomanie sur la face adhésive du ruban (***fig. 34***). Cette décalcomanie est ensuite repassée au feutre chirurgical (***fig. 35***) puis reportée sur la zone de prise de greffe par nouvelle décalcomanie (***fig. 36***). Cette technique est simple, reproductible et facilement accessible.

Fig. 34 : Décalcomanie de la perte de substance initiale sur le côté adhésif du ruban.

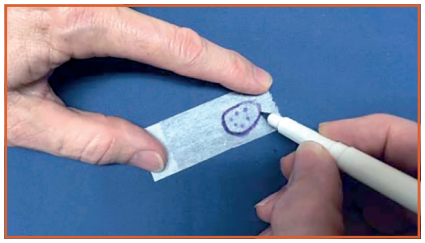

Fig. 35 : Repassage au feutre chirurgical sur la décalcomanie de la face adhésive du ruban.

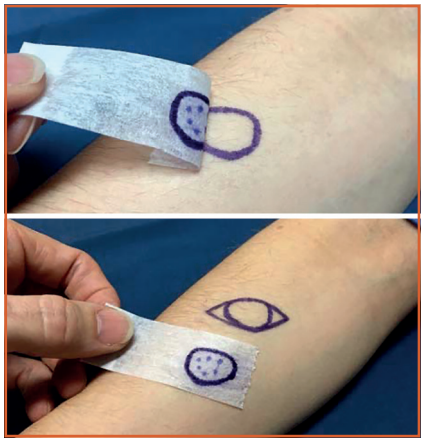

Fig. 36 : Nouvelle décalcomanie du ruban adhésif sur la zone traitée.

6. Astuce simple pour réparer 2 pertes de substance adjacentes

Une astuce utile pour nos patients présentant des champs de cancérisation importants avec des lésions carcinomateuses adjacentes (***fig. 37***) consiste à réaliser

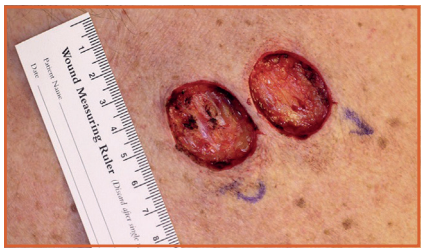

Fig. 37 : 2 PDS adjacentes.

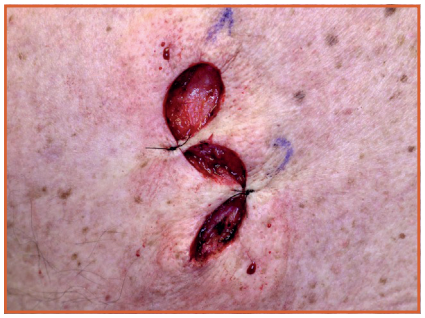

Fig. 38 : Transformation en 3 PDS ovalaires.

Fig. 39 : Cicatrice en Z.

un lambeau appelé 2 à Z qui sacrifie l'îlot de tissu sain entre les pertes de substance puis à les faire pivoter pour créer 3 pertes de substance ovalaires (***fig. 38***) qui, après suture, donnent cette cicatrice en Z (***fig. 39***) [22]. Cette technique, simple et rapide d'exécution, évite la réalisation de lambeaux complexes ou des cicatrices linéaires importantes en englobant les 2 pertes de substance en une seule.

7. Une technique simple diminuant la récidive des chéloïdes opérées

Les cicatrices chéloïdes de l'oreille ne sont pas éligibles à une excision en raison du risque de récidive, à l'exception de celles du lobe qui sont accessibles à la pressothérapie *via* des boucles d'oreille pression qui restent cependant très onéreuses. Une astuce simple et peu coûteuse consiste à appliquer un aimant en néodyme (***fig. 40***), beaucoup plus puissant qu'un aimant ferromagnétique, en post-opératoire immédiat. Cet aimant génère une pression 10 fois plus importante que les aimants ferromagnétiques pour une taille et un poids 2 fois moins importants. Ce dernier doit être appliqué 12 h. Il peut

Fig. 40 : Aimant en néodyme.

Fig. 41 : Aimant néodyme transformé en boucle d'oreille.

L'Année thérapeutique

être facilement dissimulé derrière une décoration simulant une boucle d'oreille (***fig. 41***) et se trouve facilement pour un prix dérisoire sur des sites marchands en ligne par exemple [23].

BIBLIOGRAPHIE

1. Ahmad M. Effect of syringe size on severity of pain during local anesthesia administration. *J Cosmet Dermatol*, 2019;18:1856-1859.
2. Kwon SH, Kim M, Shin JW *et al.* Comparison of Surgical Outcomes of Rectangular Lid Excision *Versus* Elliptical Excision for the Treatment of Epidermal Cysts. *Dermatol Surg*, 2019; 45:1141-1146.
3. Smith H, Borchard K, Cherian P *et al.* Randomized Controlled Trial of Preoperative Topical Decolonization to Reduce Surgical Site Infection for Staphylococcus aureus Nasal Swab-Negative Mohs Micrographic Surgery Patients. *Dermatol Surg*, 2019;45: 229-233.
4. Humphreys TR, Goldberg LH, Wiemer DR. Repair of defects of the nasal ala. *Dermatol Surg*, 1997;23:335-349; quiz 350-351.
5. Kwak Y, Marrugo J, Goldberg LH *et al.* A Unique Repair of Defects Involving the Lateral Forehead and Temple. *Dermatol Surg*, 2019;45:1669-1672.
6. Sanford LJ, Somani AK. Treatment of a large intermammary defect using bilateral 180° rotated island pedicle flaps. *Dermatol Surg*, 2013;39:126-129.
7. Salmon PJ, Klaassen MF. The rotating island pedicle flap: an aesthetic and functional improvement on the subcutaneous island pedicle flap. *Dermatol Surg*, 2004;30:1223-1228.
8. Kovach BT, Sengelmann RD. The flipped island pedicle flap: a new twist on an old favorite. *Dermatol Surg*, 2008;34: 1709-1717.
9. Etzkorn JR, Goldbach HS, Sobanko JF *et al.* Repair of a Deep Defect on the Proximal Phalanx. *Dermatol Surg*, 2019;45:1315-1318.
10. Chen DL, Collins LK, Goldman GD. Repair of a Deep Proximal Thumb Defect. *Dermatol Surg*, 2019;45:601-603.
11. Dyson ME, Orangi M, Goldberg LH *et al.* Repair of Anterior Ear Defects Using Transcartilage Island Pedicle Flaps. *Dermatol Surg*, 2019;45:1222-1227.
12. Fernández-Canga P, Varas-Meis E, Rodríguez-Prieto MA. Pull-through inferiorly based island pedicle flap for a conchal bowl defect. *J Am Acad Dermatol*, 2019;81:e5-e6.
13. Tolkachjov SN, Harmon CB. How We Do It: Dermabrasion as a Primary Reconstruction Option for Nasal Defects. *Dermatol Surg*, 2019;45:627-630.
14. Trieu DN, Drosou A, White LE *et al.* Outcomes of Second Intention Healing of the Lower Eyelid Margin After Mohs Micrographic Surgery. *Dermatol Surg*, 2019;45:884-889.
15. Allergies de contact "per- et postopératoires". Dermatologie Pratique, 2019. https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/008663-allergies-contact-postoperatoires.
16. Tripathi SV, Hurst EA. Pacemakers, Deep Brain Stimulators, Cochlear Implants, and Nerve Stimulators: A Review of Common Devices Encountered in the Dermatologic Surgery Patient. *Dermatol Surg*, 2019;45:1228-1236.
17. Riquelme-McLoughlin C, Fustà-Novell X, Podlipnik S *et al.* How to obtain a punch biopsy specimen from the nose using swimmers' clips for hemostasis. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:e151-e152.
18. Scott JF, Ascha M, Pollard W *et al.* A granny sliding knot for high-tension closures. *J Am Acad Dermatol*, 2019; 80:e145-e146.
19. ODonnell B. The Candle Wax Sign and Aggressive Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Surg*, 2019;45:1697.
20. O'Donnell BP, Duarte CW. A prospective evaluation of the candle wax sign: A visual clue to diagnose aggressive basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*, 2017;77:163-164.
21. Zhou Y, Chen W, Liu ZR *et al.* Modified shave surgery combined with nail window technique for the treatment of longitudinal melanonychia: Evaluation of the method on a series of 67 cases. *J Am Acad Dermatol*, 2019;81:717-722.
22. Blattner CM, Perry B, Young J *et al.* 2-to-Z flap for reconstruction of adjacent skin defects. *J Am Acad Dermatol*, 20109;80:e77-e78.
23. Jangra RS, Gupta S, Gupta S *et al.* Use of neodymium magnetic discs as pressure earrings for earlobe keloid postexcision. *J Am Acad Dermatol*, 2019;80:e53-e54.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.