

## I L'Année thérapeutique

# Quoi de neuf en dermatologie chirurgicale ?



**R. PRUD'HOMME**

Cabinet de Dermatologie, MAISONS-ALFORT,  
Service de Dermatologie-vénérologie,  
CHU Ambroise-Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.

**M**algré la crise sanitaire sans précédent que nous avons connue et qui sévit toujours, l'année bibliographique chirurgicale 2020 est restée tout aussi passionnante et variée. Tout comme les années précédentes, voici une sélection d'articles chirurgicaux rassemblant les mises au point, études, reconstructions et astuces chirurgicales de l'année qui, je le pense, répondront aux difficultés chirurgicales fréquemment rencontrées.

### ■ Fumée chirurgicale et COVID-19

La pandémie que nous connaissons depuis maintenant plus d'un an a poussé les sociétés savantes à proposer des protocoles sanitaires pour protéger les patients mais aussi les intervenants dans le domaine de la dermatologie chirurgicale. Une lettre à l'éditeur publiée dans *Dermatologic Surgery* s'est intéressée à la fumée chirurgicale

issue de la coagulation [1]. Elle s'est basée sur les récentes études à ce sujet. Cette dernière, surtout à basse température, peut être vectrice de particules virales et faciliter leur transmission en irritant les voies respiratoires [2]. Dans ce contexte, il est donc préconisé, surtout lors d'une chirurgie des muqueuses, une coagulation à la pince bipolaire à faible puissance efficace afin de minimiser la production d'aérosols par rapport à une cautérisation monopolaire, ainsi que l'utilisation de masques N95 (équivalent FFP2 en Europe) plutôt que de masques chirurgicaux, ne protégeant que contre les grosses particules (> 5 µm). Or, les fumées chirurgicales contiennent des particules en suspension < 5 µm, donc potentiellement le virus de la COVID-19, de taille comparable aux virus influenzae (0,06 à 0,14 µm). Les masques N95 peuvent filtrer des particules inframicrométriques à 95 %. Une revue systématique de la littérature avec une méta-analyse a montré sans surprise que le masque chirurgical au bloc opératoire réduisait le risque d'infection à la COVID-19 (aOR: 0,15; IC 95 % : 0,07-0,34), risque bien entendu diminué avec le masque N95 [3].

### ■ Les études originales de l'année 2020

#### 1. Méthotrexate intralésionnel dans les kératoacanthomes et les carcinomes épidermoïdes

Le méthotrexate (MTX) est une chimiothérapie fréquemment utilisée en dermatologie et d'une utilité notable en cancérologie cutanée. Il est administré par voie orale, sous-cutanée et parfois

même en intralésionnel seul ou dans un contexte néoadjuvant. Dans une revue de la littérature portant sur l'efficacité du MTX intralésionnel (MTXil) sur les kératoacanthomes (KA) parue cette année [4], il a été montré un taux de guérison de 88-94 %, sauf pour les KA de plus de 2 cm avec un taux de guérison chutant à 57 % dans une étude. Dans tous les cas, une réduction de la taille des KA a été constatée et plusieurs études montraient déjà une amélioration après une seule injection dans 50 à 70 % des cas, avec parfois des régressions totales en moins d'un mois. Bien que l'utilisation de MTXil reste hors autorisation de mise sur le marché (AMM), les auteurs suggèrent que son utilisation est possible en 1<sup>re</sup> ligne thérapeutique des KA dont la chirurgie est difficilement réalisable. Un schéma d'injections toutes les 1 à 3 semaines à un dosage de 12 à 25 mg/mL avec 0,1 à 2,0 mL par injection est proposé, avec un arrêt si aucune réponse n'est obtenue au bout de 2 injections.

Le MTXil a aussi montré son efficacité sur l'épaisseur des carcinomes épidermoïdes (CE) en néoadjuvant [5]. L'objectif de cette nouvelle étude rétrospective sur 40 patients était de mesurer la réponse des CE au MTXil avec mesure échographique. Les CE de stades III et IV, récidivants et localisés sur zones à risque (lèvre, oreille, organes génitaux externes [OGE]) étaient cependant exclus de l'étude. Le MTXil était administré en néoadjuvant avant la chirurgie (2 doses avec une dose maximale de 20 mg par dose à 1 semaine d'intervalle). Une mesure échographique de l'épaisseur tumorale était réalisée avant la 1<sup>re</sup> injection et avant la chirurgie. Au total, 92,5 % (37/40) des CE ont répondu clinique-



Fig. 1 : Réponse au méthotrexate intralésionnel néoadjuvant.

ment et échographiquement (**fig. 1**), dont 55 % complètement (22/40). L'épaisseur moyenne des CE avant traitement était de 4,53 mm et de 1,50 mm avant chirurgie, soit une diminution moyenne d'environ 66,89 % (3,03 mm ; IC 95 % : 0,4-6,2 mm). Il était noté une bonne corrélation clinico-échographique sur le diamètre et l'épaisseur de la lésion (avec une surestimation échographique à cause de l'inclusion de la zone inflammatoire péri-tumorale comme élément tumoral par cette dernière), ainsi qu'une bonne corrélation entre l'épaisseur échographique et histologique (avec aussi une surestimation échographique liée à la rétraction tumorale post-exérèse). Cette étude montre bien l'utilité du MTXil néoadjuvant pour réduire l'épaisseur et la surface tumorale dans le cadre de CE difficilement opérables de prime abord.

## 2. OCA versus fil résorbable 5/0 pour les fermetures chirurgicales linéaires

La colle type OCA a été utilisée dans le domaine chirurgical pour la première fois dans les années 1970 durant la guerre du Vietnam, pour recoller des plaies ouvertes des soldats américains. Cette technique de fermeture, moins fré-

quement utilisée que les fils en France, a pourtant l'avantage d'être simple et rapide d'exécution. Qu'en est-il du résultat esthétique ?

Une équipe californienne a comparé cette technique par rapport à une fermeture au fil résorbable 5/0 chez 44 patients avec plaies chirurgicales linéaires  $\geq 3$  cm [6]. Pour chaque plaie, une moitié était refermée avec de l'OCA et l'autre avec du fil résorbable 5/0 de façon aléatoire. L'évaluation était effectuée à 3 mois en aveugle par les patients eux-mêmes et 2 observateurs à l'aide d'une échelle d'évaluation POSAS (*Patient*

*and Observer Scar Assessment Scale*). Au total, aucune différence significative du score POSAS n'a été constatée du côté observateurs ou patients. Seule une hyperpigmentation plus significative a été constatée avec l'OCA selon les observateurs. L'OCA est une option à laquelle nous devons penser pour des fermetures chirurgicales linéaires sans trop de tension qui ne compromettent pas le résultat esthétique.

## 3. Facteurs de risque prédictifs d'un effet valve suite à une chirurgie nasale

L'effet valve est une complication redoutée lors d'une reconstruction nasale post-chirurgie micrographique de Mohs (CMM). Elle consiste en un affaissement narinaire lors de l'inspiration suite à une perte de la rigidité de cette dernière au niveau de points de faiblesse à la jonction des cartilages de la partie mobile du nez (**fig. 2**).

Une revue de la littérature a été menée sur PubMed et a recueilli toutes les informations en rapport avec cette complication dans un contexte d'une CMM [7]. Les principaux facteurs de risque de cette complication étaient une chirurgie ou un traumatisme préalable du nez, une perte de substance supérieure à 1 cm et/ou impliquant plus d'une sous-unité anatomique, une localisation à proximité du sillon alaire, au niveau alaire, de la pointe ou sur l'auvent, une perte de substance (PDS) importante en profondeur,

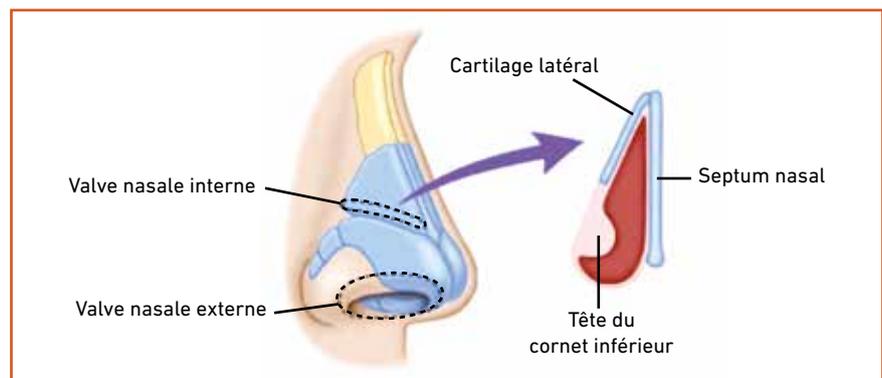


Fig. 2 : Zones où l'effet valve est le plus présent.

## L'Année thérapeutique

Chirurgie (CMM, rhinoplastie) ou traumatisme antérieur
Tumeur/défect impliquant plus d'une sous-unité anatomique
Tumeur/défect supérieur à 1 cm
Localisation à proximité du sillon alaire, 1 mm (A)
Localisation au niveau alaire, de la pointe ou sur l'auvent (B)
PDS importante de tissu fibrograisseux ou tumeur des tissus mous
Cicatrisation dirigée d'une PDS supérieure à 1 cm, profonde ou avec localisation à risque (A ou B)
Greffe de peau en pleine épaisseur pour des PDS profondes avec perte de structure rigide
Réparation sans renforcement (par greffe cartilagineuse ou suture suspendue)
Réparation avec des lambeaux surdimensionnés

**Tableau I :** Facteurs de risque d'effet valve suite à une chirurgie nasale. CMM: chirurgie micrographique de Mohs; PDS: perte de substance.

des réparations type cicatrisation dirigée d'une PDS de plus d'1 cm, une greffe de peau en pleine épaisseur pour des PDS profondes avec perte de structure rigide, une réparation sans renforcement par greffe cartilagineuse ou avec des lambeaux surdimensionnés (**tableau I**). C'est pour cela qu'un interrogatoire, un examen minutieux (prédiction de l'effet valve par la manœuvre de Cottle, analyse de la perte de substance engendrée) et une réparation adaptée sont indispensables pour éviter une telle complication.

#### 4. Se méfier des carcinomes basocellulaires superficiels des zones anatomiques à risque !

Le traitement du carcinome basocellulaire superficiel (CBCs) étendu pose

souvent problème du fait d'un probable foyer micro-invasif se trouvant en son sein, l'excluant ainsi d'un traitement local. En effet, 32 à 40 % des carcinomes basocellulaires (CBC) ont une histologie mixte et 39 % des biopsies de CBC ne repèrent pas les sous-types histologiques agressifs. Comment donc mieux repérer les CBCs à histologie mixte ?

Pour répondre à cette question, une équipe texane a réalisé une étude rétrospective dont l'objectif était de déterminer si les CBCs étaient susceptibles d'abriter des sous-types histologiques plus agressifs dans des zones anatomiques à haut risque chez les patients immunodéprimés [8]. Pour cela, 133 lames de CBCs, initialement diagnostiqués par biopsie puis retirés par chirurgie de Mohs, ont

été analysées pour repérer d'autres profils histologiques que le CBCs connu. Ces cas ont été analysés sur toutes les coupes et ont ensuite été regroupés par zone anatomique et statut immunitaire du patient.

Il a été montré un taux significativement plus élevé d'histologie mixte (HM) sur la zone H (partie centrale du visage, paupières, sourcils, nez, lèvres, menton, oreilles, tempes, mains, pieds, chevilles, OGE, mamelons et ongles) par rapport à la zone L (tronc et extrémités excluant ceux de la zone H) et chez tous les patients ainsi que ceux non immunodéprimés au niveau de la zone M (joues, front, scalp, nuque, mâchoire et région prétilbiale) par rapport à la zone L, mais cette différence n'était pas significative chez les patients immunodéprimés (**tableau II**). Sur l'ensemble de la population, les auteurs ont observé un taux significativement plus élevé d'HM dans la zone H ou M par rapport à la zone L (73 et 65 % vs 24 %). Les résultats étaient les mêmes dans le sous-groupe des patients immunocompétents (85 et 73 % vs 44 %) mais n'étaient pas statistiquement significatifs chez les patients immunodéprimés. À noter que 58 % des CBCs biopsiés présentaient en réalité des HM.

En conclusion, les données de cette étude montrent un plus haut taux d'histologie mixte des CBCs de la tête et la nuque que des membres ou du tronc (excepté les mamelons et les OGE). Les CBCs de

Groupes de comparaison	Taux relatifs d'histologie mixte	Chi-Squared Value ( $\chi^2$ )	p
Tous les patients: zone H vs zone L	73 vs 24 %	18,4	< 0,00001
Non immunodéprimés: zone H vs zone L	69 vs 17 %	15,0	0,0001
Immunodéprimés: zone H vs zone L	85 vs 44 %	4,0	0,047
Tous les patients: zone M vs zone L	65 vs 24 %	14	0,0002
Non immunodéprimés: zone M vs zone L	64 vs 17 %	13,8	0,0002
Immunodéprimés: zone M vs zone L	73 vs 44 %	1,7	0,19
Zone H: non immunodéprimés vs immunodéprimés	69 vs 85 %	1,2	0,28
Zone M: non immunodéprimés vs immunodéprimés	64 vs 73 %	0,3	0,57
Zone L: non immunodéprimés vs immunodéprimés	17 vs 44 %	2,8	0,97

**Tableau II :** Comparaison du taux d'histologie mixte en fonction de la zone anatomique et du statut immunitaire du patient.

ces zones pourront être traités d'emblée, chirurgicalement de préférence, pour ne pas passer à côté d'un sous-type histologique plus agressif.

## Les réparations de l'année 2020

### 1. Lambeau en îlot pour des réparations de pertes de substance alaires narinaires antérieures

L'aile nasale et le triangle mou de Converse sont deux zones difficiles à reconstruire sur le plan fonctionnel et esthétique. Le principal challenge est d'éviter de produire un effet valve. Le lambeau musculocutané alaire en îlot d'avancement horizontal semble adapté aux pertes de substance alaires profondes de moins de 5 mm de largeur localisées sur les 2/3 antérieurs de l'aile narinaire. Cette technique consiste à isoler un îlot musculocutané de la partie restante postérieure de l'aile narinaire en respectant les branches de l'artère sus-alaire et d'avancer horizontalement ce dernier pour combler la perte de substance (fig. 3 à 7).

Une étude rétrospective a présenté les résultats d'une analyse de 18 réparations alaires de ce type effectuée par les patients ainsi que par 3 dermatologues chirurgiens [9]. Aucune nécrose n'a été constatée et le résultat esthétique était bon dans tous les cas.



Fig. 3 : Isolation du lambeau musculocutané alaire.



Fig. 4 : Dissection du lambeau en respectant les branches de l'artère alaire.

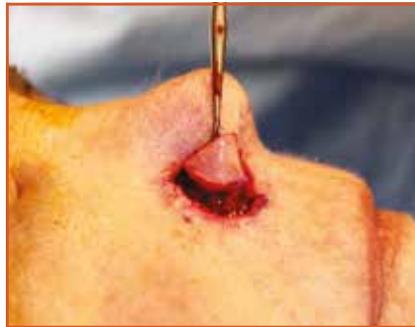


Fig. 5 : Avancement du lambeau.



Fig. 6 : Résultat postopératoire immédiat.



Fig. 7 : Résultat postopératoire tardif.

### 2. Îlot encore pour des PDS de la pointe nasale

Les lambeaux en îlot du nez situés en regard du muscle *nasalis* (MN, fig. 8) ont du mal à rejoindre les PDS distales en raison de l'attachement latéral du pédicule musculaire de cet îlot, limitant un avancement trop important.

L'objectif de cette étude était d'améliorer le lambeau en îlot classique en triangle isocèle avec un mouvement d'avancement simple pour réparer des PDS distales du nez (hémipointe, aile narinaire, sillon narinaire, auvent nasal distal ou une combinaison de tout cela) après CMM en se servant de l'attachement latéral du pédicule musculaire comme un point de pivot [10]. Pour cela, un îlot d'une longueur de 2 à 3 fois la hauteur de

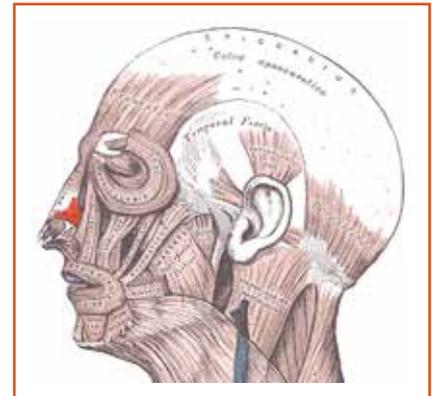


Fig. 8 : Muscle *nasalis*.

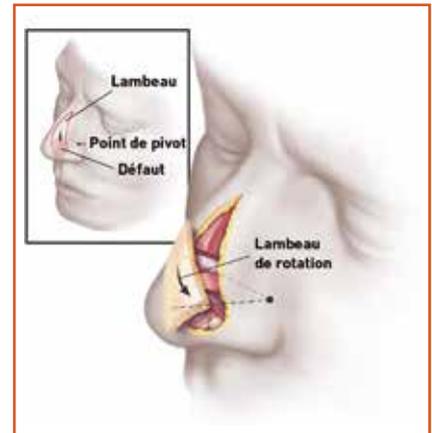


Fig. 9 : Dessin du lambeau en îlot modifié en croissant et comparaison avec le lambeau en îlot non modifié.

## I L'Année thérapeutique

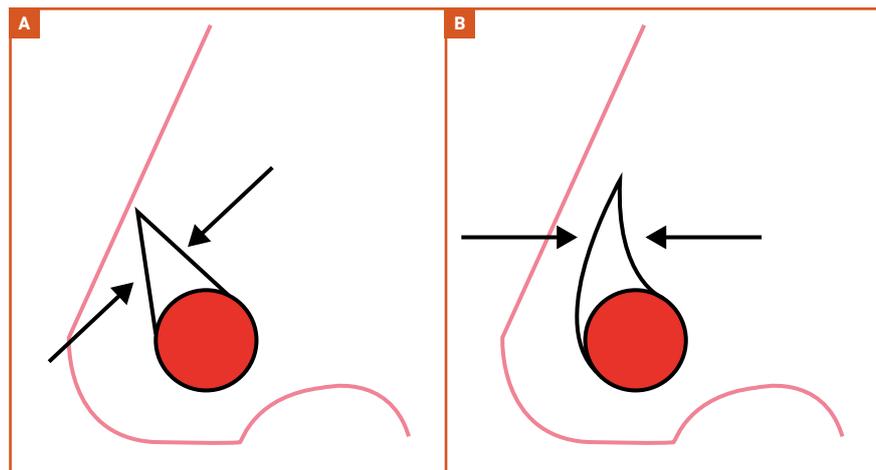


Fig. 10 : Fermeture de la PDS secondaire avec un îlot non modifié (A) et avec l'îlot modifié (B).

la PDS primaire est dessinée sur la partie supéro-médiale de la PDS en forme de croissant, de façon à ce que la distance entre ce point de pivot prévu et le centre de l'îlot soit égale à celle entre ce point de pivot et le centre de la PDS (fig. 9). La partie supérieure de l'îlot est orientée verticalement pour permettre une fermeture de la PDS secondaire et éviter une déformation alaire qu'aurait engendré une fermeture oblique si l'îlot avait une forme classique triangulaire (fig. 10). Ce lambeau est ensuite disséqué jusqu'au péri-chondre et périoste sur sa partie médiale et sous le MN en latéralité pour ne laisser qu'un pédicule musculaire latéral (fig. 11). Un mouvement de rotation y est ainsi ajouté avec, comme point de pivot, l'insertion du MN.

Une étude rétrospective de PDS distales réparées par un lambeau de rotation en îlot en forme de croissant a donc



Fig. 11 : Plan de dissection de l'îlot.

été menée sur une période de 8 ans. 48 patients ont été inclus au total. 22 PDS nasales distales, dont la taille variait de 0,25 à 3,8 cm, ont été reconstruites avec succès. Les principales complications étaient une infection du lambeau et un épisode hémorragique postopératoire. Cette modification du lambeau en îlot semble donc être plus adaptée pour réparer des PDS nasales distales sans entraîner de complication.

### 3. îlot, enfin, comme alternative au lambeau de Mustardé pour des PDS étendues de la région malaire

Les PDS engendrées par des mélanomes de Dubreuilh (MD) étendus sont souvent réparées avec des lambeaux locaux

Retrouvez la vidéo 1 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

[https://www.em-consulte.com/em/videos/ANNDER/VIDEO\\_Lambeau.mp4](https://www.em-consulte.com/em/videos/ANNDER/VIDEO_Lambeau.mp4)

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

(rotation-avancement). Les greffes de peau totale ont tendance à se rétracter et créer des ectropions. Dugourd et Cogrel ont décrit dans un article une réparation originale de PDS malaire de 8 cm<sup>2</sup>, secondaire à l'exérèse d'un MD *in situ*, par un lambeau de rotation-avancement en îlot modifié en utilisant la laxité de la bajoue [11]. Pour cela, les traits d'incision ont été placés dans les lignes de moindre tension de la joue, avec un premier trait partant du pôle inférieur de la PDS et descendant parallèlement au sillon labio-génien et un second partant du pôle supérieur externe (vidéo 1, fig. 12).

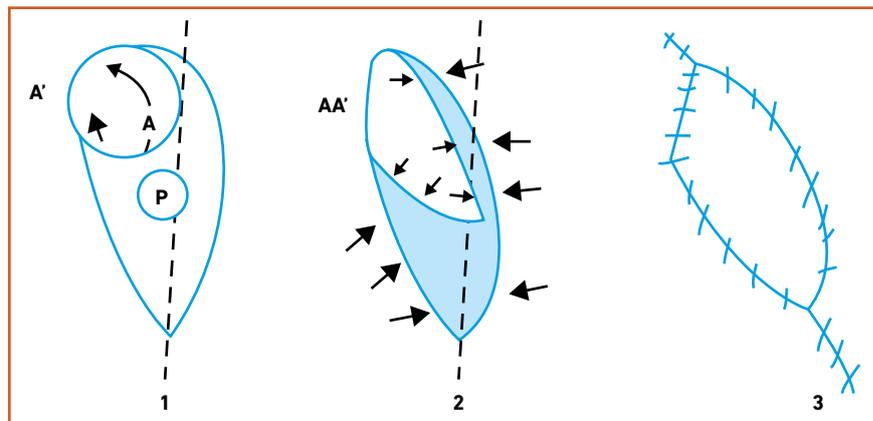


Fig. 12 : Dessin du lambeau en îlot modifié.



Fig. 13: Résultat tardif.

La dissection sous-cutanée libère bien les ligaments suspenseurs, permettant une rotation et un avancement du lambeau tout en respectant la paupière inférieure et le pédicule nourricier. La perte de substance secondaire est suturée horizontalement pour la partie proche de la paupière afin d'éviter l'ectropion et obliquement pour la partie basse. Le résultat tardif est satisfaisant (fig. 13) avec un respect du relief malaire et des cicatrices quasi invisibles par rapport à un lambeau en flot classique, car moins géométrique et triangulaire.

#### 4. Solution simple et rapide pour réparer le lobe de l'oreille

Le lobe de l'oreille est une structure souvent touchée par des lésions tumorales UV induites. Les pertes de substance générées après exérèse sont souvent difficiles à reconstruire, d'autant plus si elles impliquent une amputation du lobe. Elles aboutissent alors, le plus souvent, à un accolement du lobe. Une équipe américaine a décrit, dans un article du *JAAD*, un moyen simple de reconstruire une perte de substance étendue, transfixiante au niveau du lobule et s'étendant au niveau cervical [12]. Cela consiste tout d'abord en une fermeture linéaire de la perte de substance au niveau cervical jusqu'à la base du lobule, puis le reste de la PDS à la base



Fig. 14: Solution simple et rapide pour réparer le lobule de l'oreille.

de l'oreille est refermée *via* un point en bourse recréant ainsi un nouveau lobule, un peu plus court cependant (fig. 14).

#### 5. Incisions à la lisière du cuir chevelu pour aller chercher des lipomes frontaux

Les incisions directes (ID) pour l'extraction des lipomes frontaux peuvent aboutir à des cicatrices affichantes. Or, le lipome étant une pathologie bénigne, le résultat esthétique doit être considéré comme un objectif prioritaire. Les incisions à la lisière (IL) du cuir chevelu peuvent être une alternative plus élégante dans ce contexte. Pour cela, une incision est réalisée à la lisière du cuir chevelu, bistouri orienté obliquement, parallèlement au sens d'implantation des tiges pilaires afin d'éviter une alopecie cicatricielle. La peau est ensuite soulevée à l'aide d'un crochet de Gillis. Lorsque le lipome est situé sous le muscle frontal, celui-ci est disséqué afin d'accéder à l'espace qui le sépare du périoste (fig. 15). Des lunettes loupes avec éclairage

LED sont utilisées pour mieux voir le lipome, qui sera extrait avec une longue pince forceps. Une hémostase soigneuse est réalisée, utilisant notamment une mèche hémostatique résorbable placée dans l'espace mort associée à un drain. Le muscle frontal est ensuite suturé au fil résorbable Vicryl 4/0 et la peau au Vicryl Rapid 5/0 (vidéo 2). Un pansement compressif est laissé en place pendant 3 jours.

Une étude rétrospective portant sur 30 patients ayant des lipomes du front a été réalisée pour comparer l'ID à l'IL [13]. Le résultat esthétique, les complications et la satisfaction du patient ont été compilés. Le groupe IL a obtenu de meilleurs résultats esthétiques sans complication ni récurrence. La complication la plus fréquente de cette réparation était l'œdème périorbitaire d'évolution spontanément régressive en moins d'une semaine. Cette technique semble donc être adaptée pour les lipomes situés à au moins 1 cm au-dessus du rebord orbitaire supérieur



Fig. 15: Lipome sous-galéal et plans de dissection.

## I L'Année thérapeutique

+

Retrouvez la vidéo 2 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

[https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss\\_2020\\_01\\_02\\_oh\\_ds-00651-2019\\_sdc1.mp4](https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss_2020_01_02_oh_ds-00651-2019_sdc1.mp4)

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.



Fig. 16 : Correction des petites oreilles.

(pour ne pas léser le plexus neurovasculaire périorbitaire) (vidéo 2).

### Trucs et astuces de l'année 2020

#### 1. Technique d'exposition des oreilles tissulaires

La fermeture de PDS, notamment asymétriques, peut entraîner l'apparition d'excédents tissulaires aux extrémités, que nous connaissons tous sous le terme d'"oreilles". Parfois, cette dernière est tellement petite qu'il est difficile de l'exposer correctement pour la corriger. Une équipe canadienne propose d'utili-

ser une aiguille de suture laissée en place sous l'oreille pour exposer cette dernière, qui sera réséquée de manière minimale et efficace [14]. Une fois l'oreille retirée, l'aiguille peut alors être avancée et la suture exécutée (fig. 16).

#### 2. Point de suture utile pour les ongles hyperconvexes

La déformation unguéale en volute, en tuile provençale ou plicaturée en latéralité est une complication pouvant affecter tous les orteils, particulièrement le gros orteil, source parfois d'incarnation de ce dernier. Elle peut être prise en

charge de façon chirurgicale avec des résultats satisfaisants sur le long terme, mais aussi de façon plus conservatrice.

Une équipe turque a étudié une technique simple et originale chez 13 patients [15]. Elle consiste à faire 2 trous à l'aide d'une aiguille 18 G au tiers distal de l'ongle et à y passer un fil non résorbable en le faisant coulisser sous les bords latéraux, puis à tirer les 2 chefs vers le haut pour corriger la déformation en aplatissant l'ongle et les attacher sous tension suffisante, et à finir en posant le nœud sur la surface unguéale (fig. 17). Aucun pansement ni restriction des activités n'a été pres-

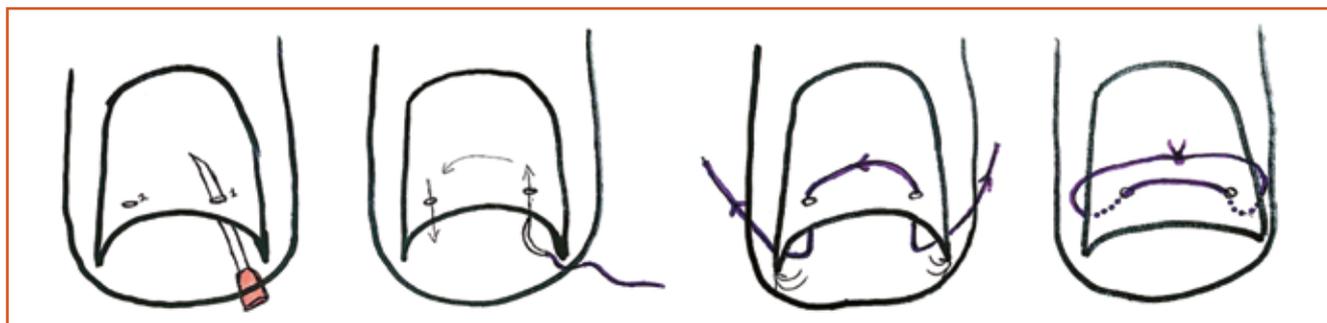


Fig. 17 : Suture corrigeant la déformation unguéale en convexité.



Fig. 18 : Avant la procédure et à 6 semaines.

crit et le fil a été retiré de façon stérile à 6 semaines (fig. 18). Tous les patients ont été améliorés et se disaient soulagés à la fin de la procédure. Cependant, aucune donnée à long terme n'était disponible.

### 3. Usage détourné d'une seringue pour délimiter une lésion en dermoscopie

Nous avons tous été confrontés à ce problème : délimiter précisément une lésion mal limitée avec le dermatoscope du fait de la difficulté à y interposer un feutre chirurgical. Une équipe indienne a eu l'idée de fabriquer une interface entre le dermatoscope et la peau permettant d'insérer un feutre chirurgical [16]. Pour cela, ils ont découpé une seringue de 50 mL d'une hauteur égale à la distance focale du dermatoscope avec une fenêtre rectangulaire latéralement pour permettre le passage du feutre (fig. 19).



Fig. 19 : Dispositif.

Lorsque l'adaptateur est placé sur la lésion, le rebord de la seringue est placé sur la peau, maintenant le dispositif stable et permettant de bien séparer les cheveux lorsqu'il est placé sur le cuir chevelu (fig. 20).

### 4. Fermeture sur peau fragile

Le vieillissement intrinsèque ainsi que d'autres facteurs extrinsèques tels que l'exposition chronique au soleil, le tabagisme, l'utilisation de corticostéroïdes topiques ou systémiques induisent une dermatoporose rendant parfois délicates les reconstructions par manque de solidité cutanée. Une équipe du Missouri a mis au point une technique simple pour



Fig. 20 : Utilisation du dispositif.

Retrouvez la vidéo 3 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

[https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss\\_2019\\_01\\_30\\_goldads-00665-2018\\_sdc1.mp4](https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss_2019_01_30_goldads-00665-2018_sdc1.mp4)

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

pallier cela [17]. Elle consiste, après une éventuelle fermeture par des points sous-cutanés si cela est possible, à renforcer les berges de la cicatrice par des bandes de Steri-Strip placées parallèlement et qui seront perforées par le fil de suture. La doublure en silicone renforcée par les fibres de polyester du Steri-Strip évite l'effet "fil à couper le beurre" lors du serrage du point de suture (vidéo 3). Cette technique simple, peu coûteuse, avec du matériel facilement accessible, permet donc des fermetures directes sur

## I L'Année thérapeutique

des peaux fragiles et réduit le temps de cicatrisation en évitant la cicatrisation dirigée.

### 5. Sutures à serrage progressif pour fermer des pertes de substance importantes du scalp

Le cuir chevelu est une localisation fréquente de lésions UV induites, souvent volumineuses. Leur exérèse aboutit fréquemment à des pertes de substance importantes, impliquant des réparations délicates sur une zone où la laxité est souvent faible. Les réparations par fermeture induisent de fortes tensions sur les berges, compromettant la viabilité des tissus.

Une équipe texane a suggéré, dans un article, la réalisation de points de suture à serrage progressif [18]. Pour cela, les auteurs réalisent des points de palan emportant la galéa, sans fermer complètement la perte de substance mais en laissant un bras du fil volontairement long (vidéo 4). Les patients sont revus toutes les 1 à 3 semaines : le point de palan est coupé puis resserré avec le bras long du fil afin d'assurer un avancement d'environ



Fig. 21 : Résultat esthétique final.

8 mm, jusqu'à l'avancement final acceptable (vidéo 5). Les fils sont retirés 3 à 4 semaines après l'avancement final, avec un résultat cosmétique intéressant sur la série de 3 patients de l'étude (fig. 21).

### 6. Technique de serrage des points en tension

Le maintien du premier nœud de serrage d'un point simple en tension peut s'avérer délicat et nécessiter l'utilisation d'une pince de Halstead-Mosquito. Il est d'usage courant de pincer directement le nœud (mais cela engendre une fragilisation de ce dernier et surtout le blocage du bout de la pince à l'arrivée du second nœud, fig. 22A). Pour éviter cela, une équipe taïwanaise propose de pincer les 2 fils au-dessus du nœud plutôt que de pincer directement ce dernier (fig. 22B) et de glisser progressivement la pince vers le bas à l'arrivée du second nœud [19].

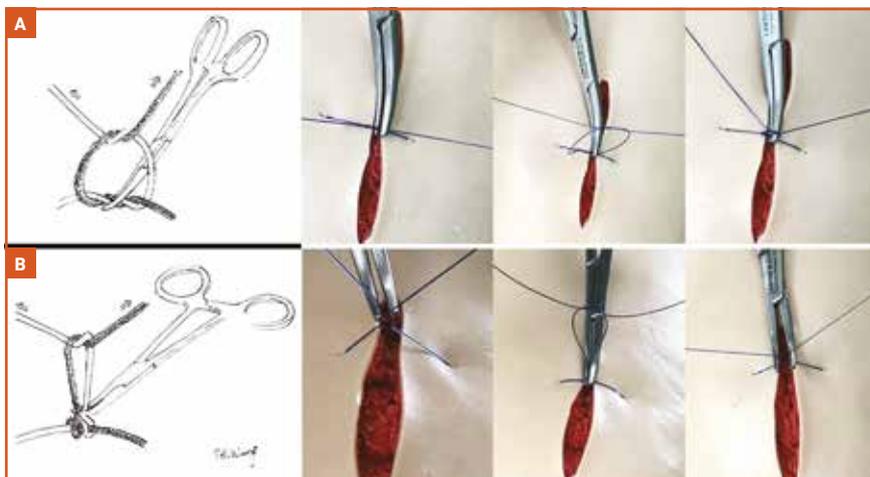


Fig. 22 : Comparaison des 2 techniques de maintien de nœuds en tension.

### Retrouvez la vidéo 5 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

[https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss\\_2019\\_02\\_26\\_croley\\_ds-00454-2018\\_sdc2.mp4](https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss_2019_02_26_croley_ds-00454-2018_sdc2.mp4)

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.



### Retrouvez la vidéo 4 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

[https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss\\_2019\\_02\\_26\\_croley\\_ds-00454-2018\\_sdc1.mp4](https://cdn-links.lww.com/permalink/dss/a/dss_2019_02_26_croley_ds-00454-2018_sdc1.mp4)

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.



### Retrouvez la vidéo 6 :

– à partir du flashcode\* suivant



– en suivant le lien :

<http://links.lww.com/DSS/A136>

\* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.

### 7. Point de suture en suspension pour éviter un ectropion palpébral inférieur après chirurgie micrographique de Mohs

Les PDS palpébrales inférieures sont à risque d'ectropion. Certaines techniques permettent de l'éviter et de le corriger, comme la canthopexie latérale ou l'arrimage périosté lors de la réalisation d'un lambeau de Mustardé par exemple. Une équipe new-yorkaise a quant à elle décrit un point de suture préventif de l'ectropion avec du fil cranté anti-retour résorbable (V-loc) [20]. La première étape consiste à réaliser un point sous-cutané à l'extrémité latérale de la PDS (**fig. 23A**) puis de passer l'aiguille dans la boucle terminale du fil (**fig. 23B**) pour coulisser le nœud à la base (**fig. 23C**). L'aiguille est ensuite passée en intradermique à la partie latérale de la PDS pour ressortir

au niveau du canthus latéral homolatéral (**fig. 23D à F**), où le fil sera coupé à ras (**fig. 23G**). La PDS est ainsi suturée bord à bord (**fig. 23H et I, vidéo 6**). Les résultats à 6 mois ne montrent pas d'ectropion sur les 2 patients de l'étude (**fig. 24**).

### 8. Point de suture antihémorragie post-biopsie

Les biopsies peuvent parfois s'avérer délicates chez des patients à risque hémorragique élevé, surtout lorsque nous la pratiquons seuls. La réalisation d'un pseudo-point en bourse préalable à la biopsie décrite par une équipe américaine permet de gérer ce problème seul [21]. Cette technique consiste à réaliser un point tout autour du site à biopsier, à effectuer la biopsie et serrer les 2 chefs

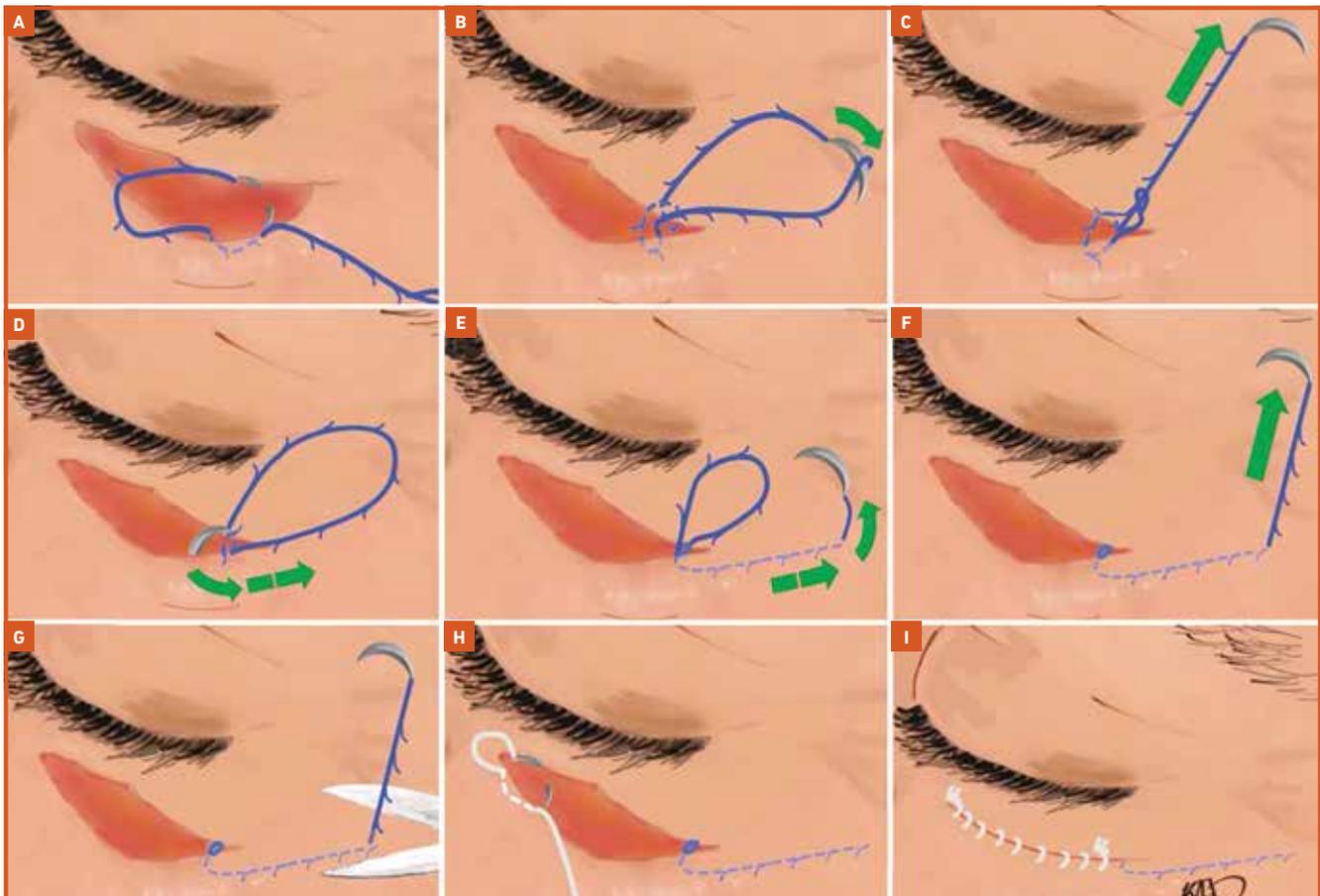


Fig. 23 : Réalisation du point anti-ectropion étape par étape.

## I L'Année thérapeutique



Fig. 24: Résultats à 6 mois.

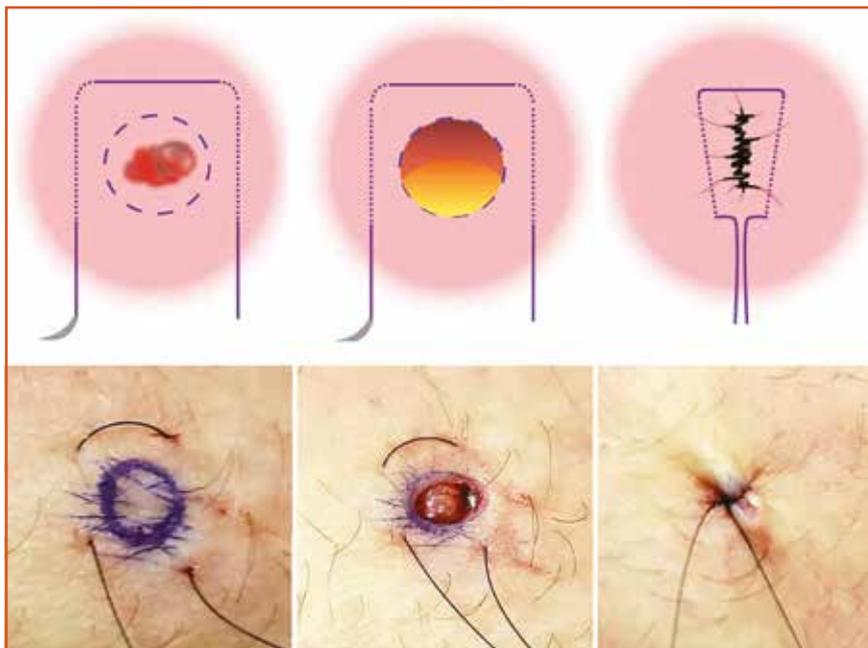


Fig. 25: Point antihémorragique.



Fig. 26: Garrot pour exérèse de botryomycome de manière exsangue.

immédiatement pour minimiser le risque de saignement (fig. 25).

### 9. Technique exsangue d'exérèse de botryomycome

Le botryomycome a une forte tendance à saigner lors de son ablation chirurgicale. Lorsqu'il se situe sur les doigts, une technique consiste à l'enserrer de part et d'autre par un morceau de gant stérile

utilisé en garrot et enroulé de la partie distale vers la partie proximale du doigt, afin de chasser le sang le vascularisant (fig. 26) [22].

### BIBLIOGRAPHIE

1. ZOUZIAS CD, CIOCON DH. Surgical smoke safety for dermatologists during the COVID-19 pandemic. *Dermatol Surg*, 2020;46:1440-1441.

2. KASHLAN R, LYONS AB, HIVNOR C *et al*. N95 respirators for dermatologic surgery and laser procedures during COVID-19 and beyond. *Dermatol Surg*, 2020;46:1441-1442.
3. CHU DK, AKL EA, DUDA S *et al*. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2020;395:1973-1987.
4. HOEGLER KM, SCHLEICHERT RA. Is the first-line treatment of keratoacanthomas surgical excision or injection of intralesional chemotherapy? *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:1542-1543.
5. BERGÓN-SENDÍN M, PULIDO-PÉREZ A, CARRETERO LÓPEZ F *et al*. Cutaneous ultrasound for tumor thickness measurement in squamous cell carcinoma: the effect of neoadjuvant intralesional methotrexate in 40 patients. *Dermatol Surg*, 2020;46:530-536.
6. ZHUANG AR, BEROUKHIM K, ARMSTRONG AW *et al*. Comparison of 2-octylcyanoacrylate versus 5-0 fast-absorbing gut during linear wound closures and the effect on wound cosmesis. *Dermatol Surg*, 2020;46:628-634.
7. BARBOSA NS, BAUM CL, ARPEY CJ. Nasal valve insufficiency in dermatologic surgery. *Dermatol Surg*, 2020;46:904-911.
8. PETERSEN ET, AHMED SR, PRADHAN D *et al*. Superficial basal cell cancers demonstrate higher rates of mixed histology

- on high-risk anatomical sites. *Dermatol Surg*, 2020;46:747-751.
9. GUZMAN AK BHATT MD, SOBANKO JF *et al.* Intrasubunit V-Y muscle sling myocutaneous island advancement flap for small defects isolated to the nasal ala. *Dermatol Surg*, 2020;46:546-553.
  10. HOWE NM, CHEN DL, HOLMES TE. Crescentic modification to island pedicle rotation flaps for defects of the distal nose. *Dermatol Surg*, 2019;45:1163-1170.
  11. DUGOURD PM, COGREL O. [Rotation advancement flap with subcutaneous pedicle in the jugal region following excision of lentigo maligna melanoma]. *Ann Dermatol Venereol*, 2020;147:693-695.
  12. PAINE AR, BILLINGSLEY EM, LAM C. Purse-string suture for ear lobule reconstruction: A novel solution. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:e279-e280.
  13. CHOI S, NAM K, ROH MR *et al.* Advantages of a hairline incision for the excision of forehead lipomas. *Dermatol Surg*, 2020;46:e60-e65.
  14. SAVINOVA I, SOLISH N. A novel and efficient way to deal with small dog ears. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:e337-e338.
  15. DEMIRKIRAN ND. Suture treatment for pincer nail deformity: an inexpensive and simple technique. *Dermatol Surg*, 2020;46:573-576.
  16. AGRAWAL S, DHURAT R, DARUWALLA S *et al.* A simple modification of a syringe barrel as an adapter for dermoscopic guided biopsy. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:e5-e6.
  17. GOLDA N. How we do it: use of reinforced adhesive skin closures as a 'rip-stop' medium for suturing fragile skin: a video demonstration of technique. *Dermatol Surg*, 2020;46:567-568.
  18. CROLEY JA, MALONE CH, HIRSHBURG JM *et al.* Reconstruction of medium to large scalp defects by progressive tightening of pulley sutures for staged primary closure. *Dermatol Surg*, 2020;46:837-839.
  19. CHEN CE, WANG TH. A modified technique for high-tension wound closure. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:e339-e340.
  20. WILLIAMS RF, LIBBY TJ, CIOCON D. Absorbable barbed suture suspension of the lower eyelid to prevent ectropion after Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg*, 2020;46:561-564.
  21. HAGEN R, SHAH N, YOUSAF A *et al.* Pre-emptive purse-string suture: A novel technique to minimize bleeding risk. *J Am Acad Dermatol*, 2020;82:e85-e86.
  22. JAKHAR D, KAUR I. Trap technique for bloodless removal of digital pyogenic granuloma. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:e109-e110.

---

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