

L'Année thérapeutique

Quoi de neuf en dermatologie chirurgicale ?



R. PRUDHOMME

Cabinet de Dermatologie, MAISONS-ALFORT.
Service de Dermatologie-vénéréologie,
CHU Ambroise-Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.
Secrétaire du Groupe Chirurgie de la SFD.

Cette année, nous avons veillé à sélectionner les articles les plus pragmatiques. La COVID-19 s'étant installée de manière pérenne, elle a bouleversé notre pratique chirurgicale avec notamment l'apparition de complications liées au port du masque. Une nouvelle rubrique "chirurgie cutanée et COVID-19" a donc vu le jour dans ce "Quoi de neuf ?" pour recenser les articles en rapport avec cette situation inédite en plus des rubriques consacrées aux études originales, reconstructions, trucs et astuces et complications chirurgicales de l'année. Bonne lecture !

Les études originales de l'année 2021

1. Marges de résection étroites de carcinomes de Merkel, risque de récurrence et mortalité ? [1]

Le traitement standard des carcinomes de Merkel au stade localisé comporte

entre autres une exérèse large de 2 à 3 cm. Depuis l'avènement de la radiothérapie adjuvante, ces marges ont été revues à la baisse, de 1 à 2 cm désormais ou par chirurgie micrographique de Mohs (CMM) [2]. Certaines études suggéraient même que des marges latérales de 1 cm n'avaient pas d'influence sur la récurrence, y compris locale, et la survie globale [3, 4]. Cependant, ces dernières étaient limitées à de petites cohortes.

Une étude rétrospective multicentrique française s'est donc intéressée à une nouvelle réduction des marges avec une plus grande cohorte comprenant 214 patients. 58 (27,1 %) ont bénéficié d'une excision avec des marges étroites (0,5 à 1 cm) et 156 (72,9 %) d'une excision plus large (> 1 cm). Après un suivi médian de 50,7 mois, il n'a pas été observé de différence sur la survie globale spécifique au cancer à 5 ans entre les deux groupes : respectivement 76,8 % (IC95 % : 61,7 %-91,0 %) et 76,2 % (IC95 % : 68,8 %-83,6 %). La survie globale, la survie sans récurrence et la survie sans récurrence locale étaient comparables dans les deux groupes. La mortalité spécifique au cancer était associée à l'âge, au sexe masculin, au stade III AJCC et à la présence de marges

envahies. L'exérèse à marge étroite (0,5 à 1 cm) n'affecte donc pas l'issue de la maladie dans cette cohorte où la plupart des patients avaient des marges saines (92,5 %) et une radiothérapie adjuvante (79 %).

2. Hypopigmentation dans la maladie de Paget : un signe prédictif de récurrence [5]

De nombreuses maladies de Paget extra-mammaires (MPEM) présentent des zones hypopigmentées de signification encore inconnue (**fig. 1**). Quelles en sont les implications cliniques ?

Une équipe coréenne a réalisé une étude rétrospective sur 124 MPEM traitées chirurgicalement de 2005 à 2019. Parmi elles, 84 (67,7 %) présentaient une hypopigmentation. La récurrence post-chirurgicale des MPEM présentant des hypopigmentations était 6 fois supérieure (*odds ratio* : 5,980 ; IC95 % : 1,347-26,553 ; $p = 0,019$) à celle constatée parmi les MPEM n'en présentant pas. De plus, le nombre moyen d'étapes dans les chirurgies micrographiques de Mohs était de 2,92 dans le groupe hypopigmentation et de 1,82 dans le groupe sans hypopigmentation ($p = 0,0016$).



Fig. 1 : Plages hypopigmentées sur maladie de Paget (zones entourées).

I L'Année thérapeutique

La présence d'hypopigmentation dans les MPDM peut ainsi masquer les limites tumorales conduisant à une probable exérèse sous-optimale. Cela doit donc nous inciter à prendre des marges chirurgicales plus importantes au vu des résultats de cette étude.

3. Utilité du Viagra dans les chirurgies cutanées [6]

Les inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5 (IPD5) (tadalafil ou sildénafil, plus connu sous le nom de Viagra) sont utilisés pour les troubles érectiles, les hypertensions artérielles pulmonaires ou les hypertrophies bénignes de la prostate. Leur capacité à provoquer une vasodilatation *via* la relaxation des cellules musculaires lisses des vaisseaux peut avoir son intérêt dans la survie des lambeaux. Cette notion a déjà été évoquée dans une étude chez le rat [7], dans une série de cas chez 11 patients tabagiques ayant reçu du sildénafil [8] et dans 2 cas rapportés dans le *JAAD* en 2021 [6] chez des patients également tabagiques ayant reçu du tadalafil.

Toutefois, le risque hémorragique n'est pas négligeable avec ces molécules comme le montrait un cas d'hémorragie peropératoire chez un patient sous tadalafil pour dysfonctionnement érectile et hypertrophie bénigne de la prostate, sans autre facteur de risque de saignement, au cours de l'ablation d'un carcinome épidermoïde (CE) *in situ* cervical [9]. L'intérêt des IPD5 en chirurgie cutanée reste donc à évaluer dans des études de plus grande ampleur.

4. Lambeaux en îlot latéralisés pour des PDS ≥ 1 cm de la moitié distale du nez [10]

La plupart des pertes de substance (PDS) de la pointe nasale et de l'ailé narinaire sont reconstruites par des greffes de peau, des lambeaux bilobés, nasolabial ou de rotation-avancement [11]. Cependant, peu d'études se sont intéressées au potentiel des lambeaux en îlot.



Fig. 2 : Dessin du lambeau en îlot latéralisé.

Une étude rétrospective de 21 lambeaux en îlot a été menée pour des PDS de 1 à 2 cm de la moitié distale nasale. Le lambeau était dessiné avec des lignes curvilignes pour placer les cicatrices dans le sillon sus-alair et de façon à ce que le lambeau soit plus petit que la PDS (fig. 2). L'îlot était recruté sur le nez et parfois sur la joue pour de grandes PDS. Il était ensuite détaché dans le plan sous-cutané et venait recouvrir la PDS avec un mouvement de rotation-avancement. Si la tension de fermeture était trop importante, un décollement autour de la PDS était réalisé. Si le lambeau était encore sous tension, une dissection sous l'îlot, dans le plan musculaire, était alors effectuée en laissant un pédicule profond central du muscle nasal dont la taille minimale acceptée était d'un tiers du lambeau. Dans certains cas, lorsque la fermeture n'était tou-

jours pas possible, la queue du lambeau était utilisée comme greffe de peau. Aucune complication précoce ou tardive (hypertrophie du lambeau, bride) n'a été constatée sur les 21 chirurgies avec 1 an et demi de recul et les résultats esthétiques étaient bons (fig. 3).

Les réparations de l'année 2021

1. Lambeau de rotation anthéléal pour des PDS de l'anthélix [12]

Les réparations de l'anthélix sont parfois délicates et laissent peu de choix quant aux réparations (greffes de peau et cicatrization dirigée) du fait du manque de laxité des tissus adjacents et de la faible vascularisation du cartilage sous-jacent. Une des solutions à ce problème est d'utiliser la réserve tissulaire lobulaire grâce à un lambeau de rotation lobulo-anthéléal. Ce dernier est réalisé par une incision supra-périchondrale le long de la fossette scaphoïde jusqu'au lobe de l'oreille afin de recouvrir la PDS par un mouvement de rotation (fig. 4).

Qu'en est-il de sa fiabilité ? Une équipe américaine a mené une étude rétrospective sur 191 réparations post-CMM. Les PDS mesuraient en moyenne $1,4 \pm 0,4 \times 1,1 \pm 0,3$ cm. Seulement 8 complications (4,2 %) ont été notées (saignements, surinfection cutanée à *Staphylococcus aureus*, chondrite, nodule douloureux, cicatrice hypertrophique). Cette réparation paraît donc être une option sup-



Fig. 3 : Résultat tardif du lambeau en îlot latéralisé.



Fig. 4 : Réalisation du lambeau de rotation lobulo-anthélic.

plémentaire de réalisation simple et rapide pour des PDS de l'anthélix de 1 à 2 cm avec un résultat esthétique satisfaisant sans déformation de l'oreille grâce notamment au trait d'incision masqué dans la fosse scaphoïde.

2. Comment réparer une PDS frontale amputant la majorité du sourcil ? [13]

Les PDS amputant le sourcil posent le problème de la reconstruction de ce dernier. Ce *case report* propose une réparation astucieuse avec un résultat esthétique spectaculaire pour réparer une PDS de 2,5 × 2,5 cm amputant la majorité du sourcil droit d'une patiente de 78 ans chez laquelle un carcinome basocellulaire (CBC) sclérodermi-forme a été retiré (fig. 5). Elle consiste en la réalisation d'un lambeau fronto-



Fig. 5 : PDS sourcilière.

sourcilier s'étendant du muscle corrugateur sourcilier controlatéral, comprenant l'artère supratrochléaire controlatérale à la lisière du cuir chevelu frontal controlatéral avec une largeur de pédicule de 2 cm permettant une rotation et perfusion adéquate de ce dernier. Le lambeau

est disséqué jusqu'au muscle frontal et incisé parallèlement aux bulbes pileux en distalité puis transposé au niveau de la PDS sans tension, en prenant soin d'aligner la bande pileuse de la lisière du cuir chevelu au sourcil (fig. 6). Les PDS primaires et secondaires ont été



Fig. 6 : Dessin et réalisation du lambeau.

L'Année thérapeutique

refermées selon deux plans de suture. Le pédicule est ensuite sevré à 3 semaines (fig. 7). Le résultat cosmétique à 3 mois est satisfaisant (fig. 8).

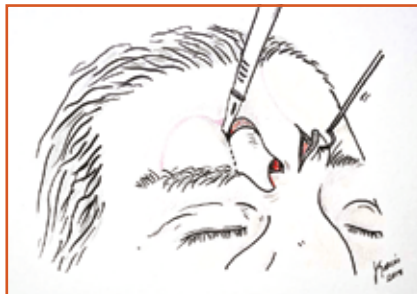


Fig. 7 : Sevrage du lambeau à 3 semaines.



Fig. 8 : Résultat à 3 mois.

3. Lambeau en clé de voûte miniature pour des PDS de la racine de l'hélix [14]

Nous connaissons tous le lambeau en clé de voûte, fréquemment utilisé pour réparer des PDS des membres sur des zones peu laxes. Son utilisation a été rapportée dans cet article pour réparer une PDS de la racine de l'hélix. Pour ce faire, une première incision est effectuée en pré-hélicale, d'une longueur équivalente à la PDS, parallèle à son grand axe et espacée d'une distance égale à la largeur de la PDS. Deux autres incisions à 90° aux extrémités viennent ensuite libérer l'îlot (fig. 9A). Ce dernier, richement vascularisé par l'artère auriculaire superficielle, est ensuite mobilisé en postérieur pour recouvrir la PDS (fig. 9B). Le résultat à 1 mois est très satisfaisant, avec une peau recrutée quasiment identique à celle de la racine de l'hélix (fig. 10). Ce lambeau peut donc être proposé pour réparer des PDS de la racine de l'hélix de 2,5 à 3 cm de grand axe.

4. Deux réparations originales pour des PDS canthales internes

Les greffes de peau totale, la suture directe ou même la cicatrisation dirigée sont les réparations les plus courantes des PDS du canthus interne. Des lambeaux recrutant du tissu glabellaire peuvent également être utilisés. Le lam-

beau en hachette a été décrit pour des réparations de la pointe nasale en utilisant le *dorsum* comme réserve tissulaire.

Une équipe américaine [15] a détourné l'usage de ce lambeau pour des réparations de PDS canthale interne en utilisant la réserve de tissu glabellaire avec un pédicule vasculaire issu des branches des artères supra- et infratrochléaires. Pour ce faire, une première incision part du point médian le plus antérieur de la PDS (fig. 11A), se prolonge jusqu'à la glabelle sur une longueur de 4 à 5 fois le rayon de la PDS. Un deuxième trait d'incision est ensuite exécuté inféro-latéralement sur un angle de 30° par rapport au premier en ne dépassant pas le rebord orbitaire pour protéger le pédicule (fig. 11B). Le lambeau est alors disséqué dans un plan sous-cutané, aminci et rabattu sur la PDS par un mouvement de rotation avec une fixation périostée ou sur le ligament canthal médial en faisant attention au canal lacrymal. Ce lambeau a cependant certaines limites chez les patients ayant un espace intersourcilier étroit, poilu ou une peau séborrhéique et/ou rosacéiforme.

Ces réparations peuvent également montrer leurs limites lorsque ces PDS sont plus étendues, avec notamment un risque de rétraction ou d'hypertrophie cicatricielle importantes et de

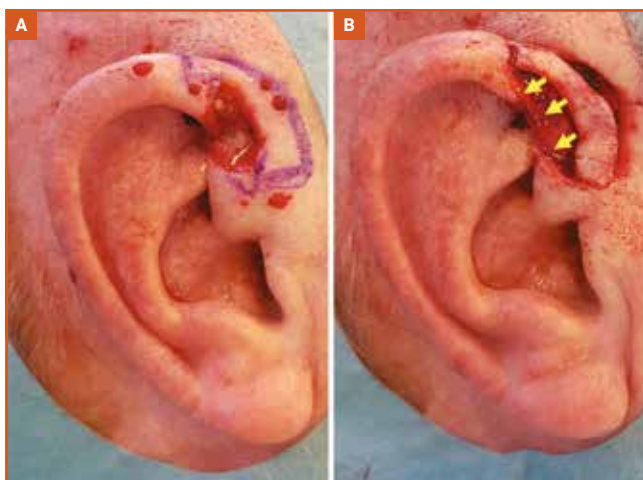


Fig. 9 : Dessin et mobilisation du lambeau en clé de voûte miniaturisé.



Fig. 10 : Résultat à 1 mois.



Fig. 11 : Exécution du lambeau.

brides pouvant déformer des structures adjacentes. Walocko *et al.* [16] ont donc proposé une réparation originale d'une PDS du canthus interne étendue en hauteur et allant jusqu'au périoste (**fig. 12**) en réalisant un double lambeau de rotation type O-Z. Des traits d'incision curvilignes sont réalisés à la frontière des différentes sous-unités anatomiques le long du sillon naso-jugal en bas et le long du pli glabellaire en haut. Puis les deux lambeaux sont mobilisés pour recouvrir



Fig. 12 : Perte de substance du canthus interne avant réparation.

la PDS. Le résultat à 12 semaines est quasiment parfait, sans bride cicatricielle ni ectropion, avec un tissu apporté équivalent au tissu initial et des lignes d'incision bien masquées (**fig. 13**). Une série de 24 réparations similaires a été publiée [17] avec un résultat parfait pour 22 d'entre elles et seulement 2 brides cicatricielles résolutes après injections de corticostéroïdes localement.

5. Le retour du lambeau de transposition labio-nasal pour une PDS de la columelle [18]

Rappelez-vous, en 2019, j'avais choisi de mettre en avant une réparation de l'aile narinaire en utilisant la lèvre blanche

comme réserve tissulaire [19]. Cette année, un article a de nouveau mis en avant cette réserve tissulaire, souvent sous-utilisée. Cette fois-ci, la PDS était columellaire et faisait suite à l'ablation d'un CBC infiltrant après 3 étapes de chirurgie micrographique de Mohs. La PDS étant profonde et mettant à nu le cartilage columellaire, la cicatrisation dirigée et la greffe de peau totale étaient des options compliquées à mettre en place (risque de nécrose, de rétraction et brides cicatricielles). Un lambeau de transposition labio-columellaire a donc été décidé avec un résultat esthétique satisfaisant (**fig. 14**). Contrairement à la réparation de l'aile narinaire, ce lambeau peut être réalisé à partir d'une lèvre blanche glabre



Fig. 13 : Résultat tardif du lambeau type O-Z.

L'Année thérapeutique



Fig. 14 : Résultat tardif du lambeau labio-columellaire.

ou poilue, la zone columellaire étant souvent pourvue de poils.

6. Recréation d'un cadre hélical [20]

Le pavillon de l'oreille est souvent le siège de carcinomes UV-induits et malheureusement parfois découverts à un stade évolué. Les exérèses aboutissent alors à de grandes PDS amputant une grande partie de l'hélix, ne lui permettant plus d'assurer le port de masque, de lunettes ou de prothèses auditives.



Fig. 15 : CE étendu du pavillon de l'oreille droite.



Fig. 16 : Perte de substance après exérèse du CE.



Fig. 18 : Résultat postopératoire immédiat.

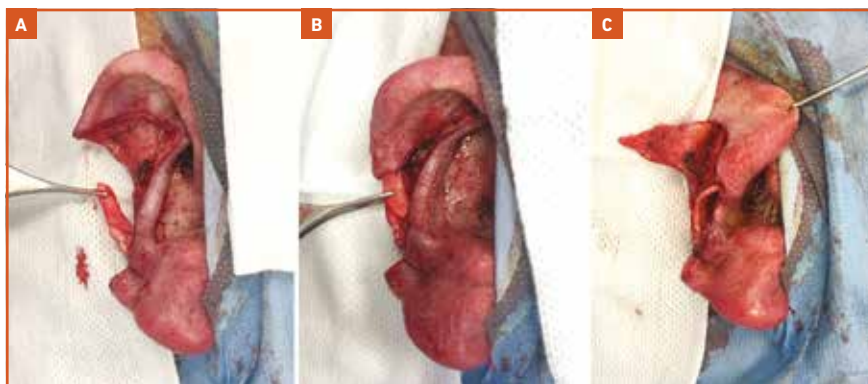


Fig. 17 : Création du nouveau cadre hélical à l'aide du cartilage anthélical.

Une équipe nîmoise a proposé dans cet article une méthode astucieuse pour recréer un cadre hélical chez un patient présentant un CE étendu du pavillon de l'oreille droite (**fig. 15**). Ce dernier étant déjà multiopéré, la PDS fut importante, emportant la peau antérieure et le cartilage sur 2/3 du cadre hélical (**fig. 16**).

Une incision longitudinale de l'anthélix a donc été réalisée pour le diviser en deux, créant ainsi un lambeau cartilagineux à pédicule inférieur qui va être suturé au moignon hélical supérieur afin de recréer un cadre hélical solide (**fig. 17A et B**). L'excédent tissulaire ainsi créé par le restant de peau posté-

rieure va être utilisé pour recouvrir cette reconstruction (**fig. 17C et 18**). Le résultat à 23 mois montre une oreille ayant retrouvé une forme normale et assurant sa fonction de port de masque, lunettes et appareils auditifs (**fig. 19**).



Fig. 19 : Résultat postopératoire tardif.

Les trucs et astuces de l'année 2021

1. Technique hémostatique endonasale pour les chirurgies nasales [21]

Une des principales difficultés des chirurgies de l'aile nasale est le saignement peropératoire en lien avec un riche réseau vasculaire. Certaines techniques comme le pincer-relâcher ou l'utilisation d'une pince de nageur décrite lors d'un précédent article peuvent être utilisées mais elles présentent respectivement comme inconvénients le besoin d'un aide opératoire et un problème de stérilité.

Une équipe néerlandaise a présenté dans *Dermatologic Surgery* une technique efficace pour assurer l'hémostase nasale seul, sans faute de stérilité. Cette équipe utilise une pince Longuette entourée d'une compresse stérile en endonarinaire afin que la peau narinale soit en tension (**fig. 20**). Cela per-

met une visualisation parfaite et donc une dissection précise grâce à la rigidité du plan profond.

2. Une astuce pour réduire les lambeaux en clé de voûte [22]

Le lambeau en clé de voûte, ou *keystone*, est un lambeau en îlot fiable, utile pour des pertes de substance de la face médiale du tiers moyen de jambe dont la fermeture directe est difficile. Il consiste à décoller un îlot trapézoïdal dans une zone donneuse où la laxité est plus importante, aboutissant cependant à des cicatrices imposantes.

Une équipe australienne a montré à travers cette série de 4 patients une technique permettant de réduire de 50 à 60 % la taille de cet îlot, limitant ainsi la rançon cicatricielle, les complications hémorragiques et infectieuses et le temps opératoire. Pour cela, la PDS est refermée à ses extrémités jusqu'à obten-

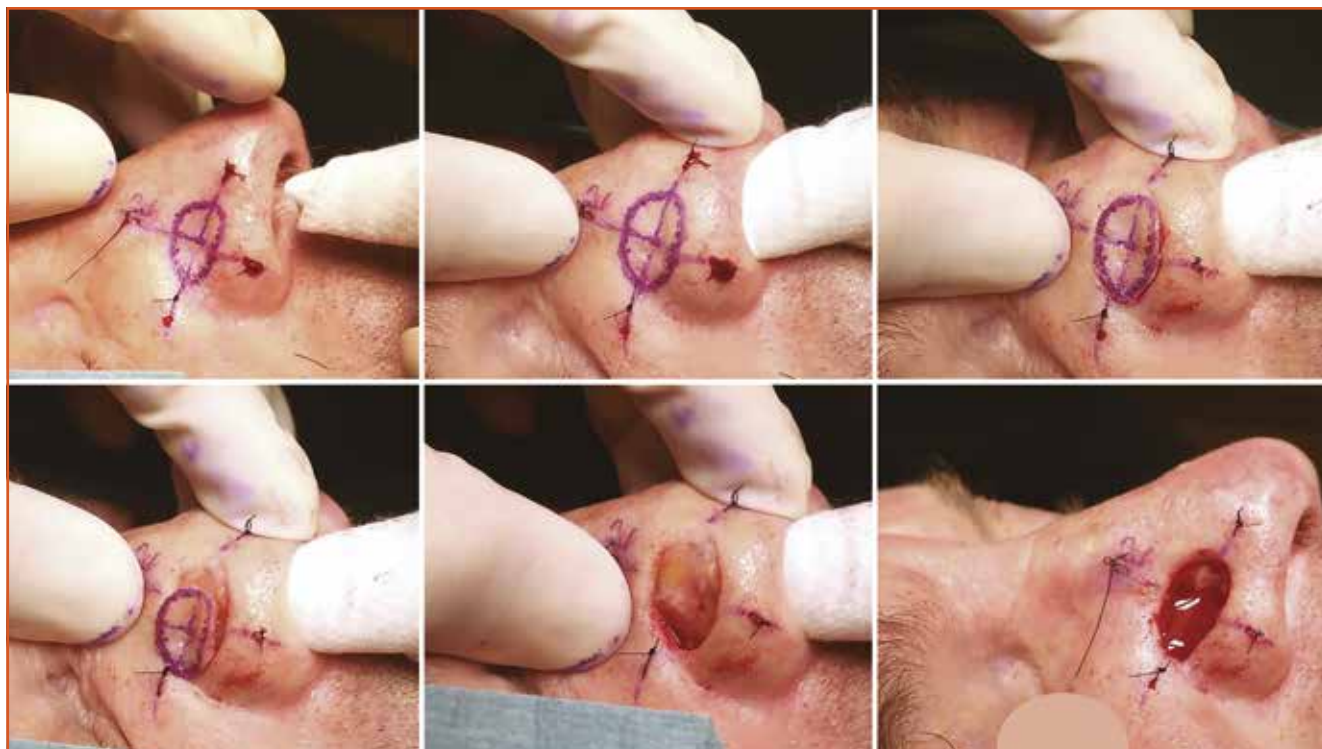


Fig. 20 : Hémostase endonarinaire.

L'Année thérapeutique

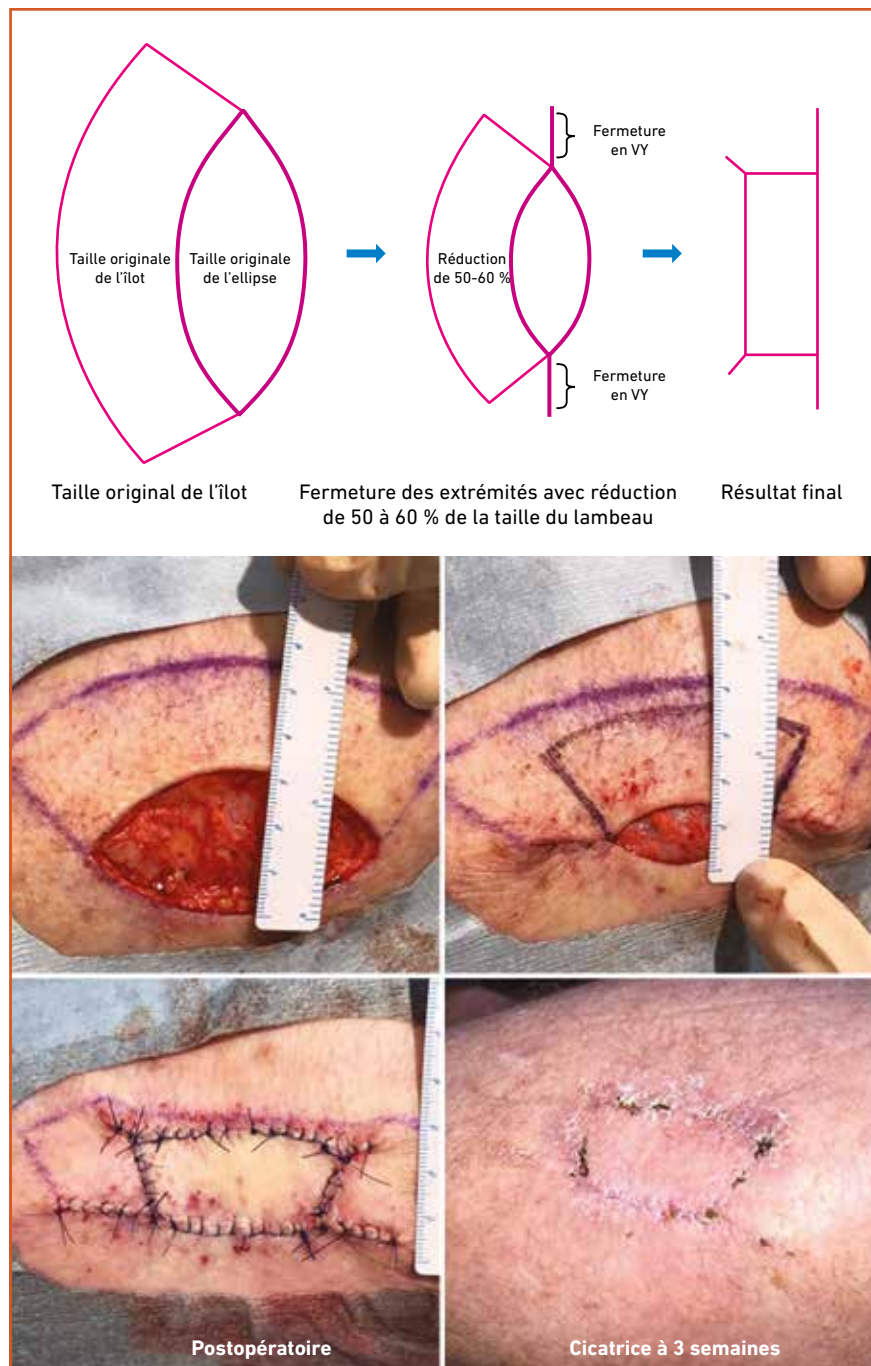


Fig. 21 : Technique de réduction de taille d'un lambeau de keystone.

tion d'une tension importante puis le lambeau est redessiné à partir des nouvelles extrémités (fig. 21). Cependant, l'auteur alerte sur le fait qu'une réduction supérieure à 60 % peut compromettre la viabilité du lambeau.

3. Désarrimage du tragus pour faciliter l'accessibilité chirurgicale du conduit auditif externe [23]

5 % des tumeurs cutanées non mélaniques se situent sur l'oreille. Elles ont

des taux plus élevés de récurrence locale et de métastases [24, 25] justifiant le recours fréquent à des chirurgies micrographiques de Mohs. L'oreille a une anatomie complexe qui rend délicate l'exérèse de tumeurs cutanées dans la région, notamment à cause de certaines structures cartilagineuses qui peuvent masquer la zone à opérer.

Une équipe américaine a publié deux techniques de libération cartilagineuse auriculaire pour rendre accessibles certaines tumeurs. La première est la libération du tragus et d'une partie du conduit auditif externe (CAE) (fig. 22) pour rendre plus accessible un CE modérément différencié du CAE (fig. 23). Le



Fig. 22 : CE du conduit auditif externe masqué par le tragus.



Fig. 23 : Libération du tragus pour mieux exposer le CE.



Fig. 24 : Libération de la racine de l'anthélix.



Fig. 25 : CE étendu sur le scapha, la fosse triangulaire, l'anthélix et la conque supérieure.

deuxième cas de figure est la libération de la racine de l'hélix *via* une incision en pleine épaisseur (fig. 24) pour mieux mettre en évidence un CE étendu sur le scapha, la fosse triangulaire, l'anthélix et la conque supérieure (fig. 25).

Les complications chirurgicales de l'année 2021

1. Granulome postopératoire ? Ne pas méconnaître ce diagnostic [26]

Un nodule érythémateux postopératoire nous évoque en premier lieu une réaction granulomateuse aux fils de suture ou, lorsqu'elle survient à distance, une récurrence tumorale. Cependant, un autre



Fig. 26 : Nodules cicatriciels postopératoires.

diagnostic moins fréquent doit aussi être évoqué pour être traité rapidement.

Une patiente de 69 ans a bénéficié d'une CMM pour l'exérèse d'un CE de la main droite. Six semaines après son intervention apparaissait un nodule érythémateux sur la cicatrice considéré comme une réaction aux fils et traité par injection de triamcinolone intralésionnelle. Cela n'a pas amélioré la symptomatologie avec l'apparition de 3 nouveaux nodules 3 mois plus tard (fig. 26). Une biopsie est alors réalisée retrouvant un important infiltrat granulomateux avec identification d'un *Mycobacterium chelonae* (MC) à la culture. Un diagnostic d'infection cutanée à MC secondaire à l'exposition à l'eau du robinet durant les soins postopératoires et favorisée par l'injection de triamcinolone a donc été établi et un traitement par excision chirurgicale associé à un traitement par clarithromycine pendant 6 mois a été instauré, permettant une résolution de l'infection. MC est une mycobactérie à croissance rapide et fait partie des saprophytes de l'environnement (eau, terre, poussière et animaux). Son implication dans les granulomes postopératoires doit être évoquée.

2. Lagophtalmie postopératoire, une complication à connaître dans les chirurgies nasales [27]

La lagophtalmie postopératoire est une complication possible des chirurgies de l'aile nasale proches du canthus



Fig. 27 : Lagophtalmie palpébrale supérieure gauche à 2 semaines postopératoires.

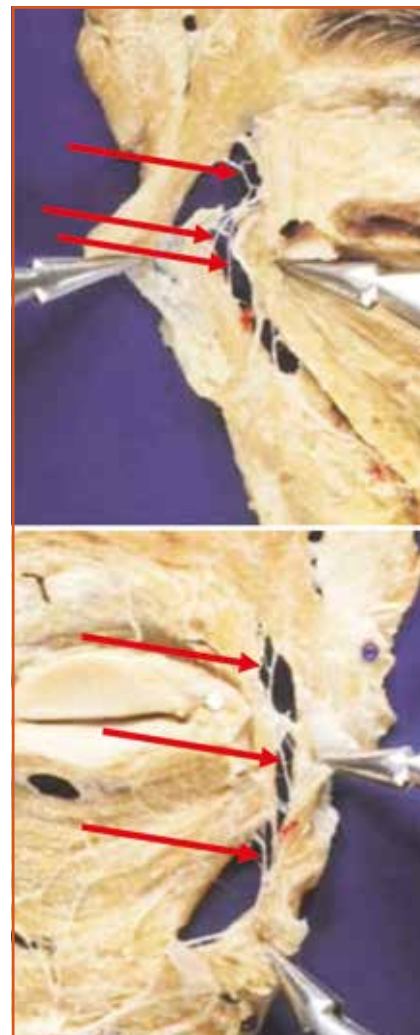


Fig. 28 : Branches zygomatique et buccale du nerf facial sur sujet anatomique, vue antérieure (haut) et postérieure (bas).

interne. Elle consiste en une insuffisance de fermeture palpébrale supérieure (fig. 27), en rapport ici avec une lésion des branches buccale et zygomatique du nerf facial (fig. 28). Cette complication,

I L'Année thérapeutique

décrite ici après réparation par lambeau bilobé, était spontanément résolutive entre 2 et 4 mois postopératoires grâce à une double innervation du muscle orbiculaire postérieur. Celui-ci est innervé par un plexus supérieur composé des branches temporale et zygomatique du nerf facial et par un plexus inférieur composé des branches variables buccale et zygomatique du nerf facial. Cette complication, décrite également par nos confrères ophtalmologistes au décours d'une dacryocystorhinostomie, est à connaître lorsque l'on opère à proximité du canthus interne.

3. Éruption pustuleuse postopératoire due à *Cutibacterium acnes*, une complication à connaître [28]

Les chirurgies des régions riches en glandes sébacées chez des patients jeunes peuvent être sujettes à une complication fréquente mais peu déclarée : la surinfection à *Cutibacterium acnes*. Ce fut le cas pour cette patiente de 38 ans, opérée d'un CBC infiltrant de la pointe nasale par chirurgie micrographique de Mohs avec réparation par lambeau local. Elle a présenté 2 jours après sa chirurgie une éruption acnéiforme de la pointe nasale (fig. 29) dont le prélèvement bactériologique d'une pustule révélait la présence de *Cutibacterium acnes*. Une désinfection du site chirurgical par peroxyde de benzoyle (PBO) 4 % a permis une résolution quasi complète de la symptomatologie en 1 semaine avec cependant la persistance de télangiectasies (fig. 30) qui ont ensuite été traitées par laser vasculaire (fig. 31).

Dans ce cas, le site riche en glandes sébacées et l'occlusion créée par le pansement vaseliné ont été des facteurs favorisant cette complication. Un moyen simple de la prévenir est de décontaminer préalablement le site chirurgical par de la povidone iodée ou du PBO en plus de la chlorhexidine car ils ont une action anti *C. acnes* contrairement à cette dernière. Cette pratique pourrait être généralisée dans le cadre de la chirurgie de



Fig. 29 : Éruption acnéiforme postopératoire.



Fig. 30 : Télangiectasies séquellaires.



Fig. 31 : Résolution après laser vasculaire.

sites séborrhéiques chez des sujets de moins de 50 ans.

■ Chirurgie cutanée et COVID-19

1. Taux d'infection du site opératoire et agents pathogènes lors des CMM du visage avant et après la pandémie COVID-19 [29]

Le port du masque en lien avec la pandémie COVID-19 a bouleversé les pratiques chirurgicales et notamment ses complications. Parmi elles, les infections sur site opératoire (ISO) dont l'incidence a particulièrement augmenté sur les sites opérés couverts par le masque (SOCM) (fig. 32).

Une étude rétrospective portant sur 819 chirurgies micrographiques de Mohs réalisées avant et pendant la période de port obligatoire du masque a comparé l'incidence des ISO sur SOCM et leurs agents pathogènes. Au total, 7 ISO ont été rapportées en période pré-COVID dont aucune sur SOCM et 9 en période COVID dont 4 sur SOCM. La majorité des germes rencontrés étaient des bacilles Gram négatifs (BGN) (*P. aeruginosa* et famille des *Enterobacter*). L'environnement occlusif, la flore buccale à proximité, les irritations provoquées par les masques et

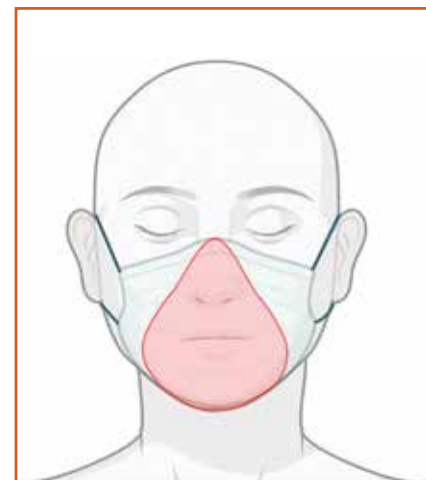


Fig. 32.

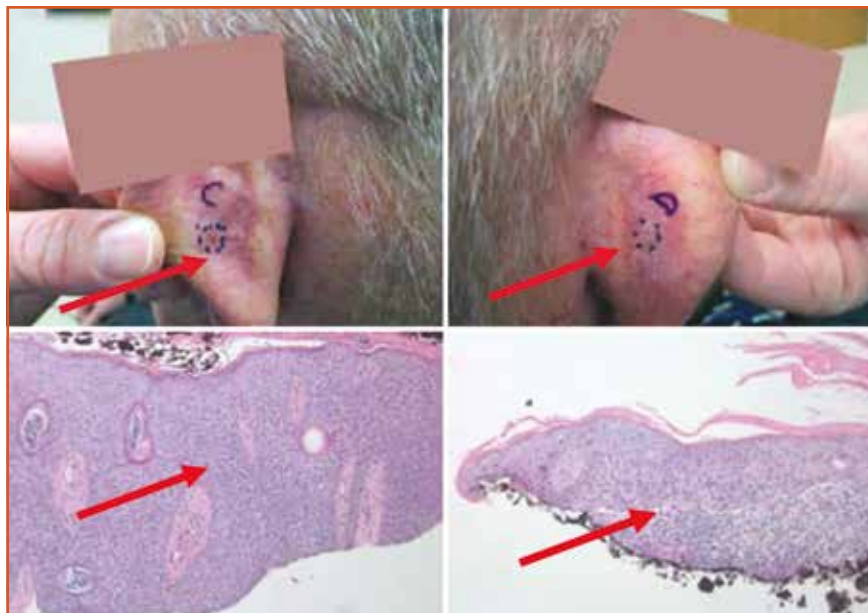


Fig. 33: Apparition de 2 CE *in situ* rétro-auriculaires dans l'année suivant le port du masque.

le fait que ceux-ci soient fréquemment portés mais peu lavés sont des hypothèses expliquant ces ISO accrues et les germes retrouvés. Une étude prospective de plus grande ampleur est cependant nécessaire pour confirmer ces résultats.

2. Carcinomes épidermoïdes rétro-auriculaires et port du masque anti-COVID-19 [30]

Le principal facteur de risque de développement de carcinome épidermoïde (CE) reste l'exposition aux UV mais il ne faut néanmoins pas sous-estimer les autres facteurs dont les traumatismes répétés. Avec l'obligation du port du masque en lien avec la pandémie COVID-19, les sillons rétro-auriculaires sont soumis à rude épreuve *via* les frottements répétés des lanières. Ces derniers peuvent donc être le siège de développement de CE. C'est ce qui est arrivé à ce patient de 80 ans qui a présenté 2 papules érythémato-squameuses des sillons rétro-auriculaires dont l'histologie était en faveur de CE *in situ*. Ces derniers furent traités par chirurgie micrographique de Mohs (fig. 33).

Outre l'impossibilité d'affirmer avec certitude une carcinogénèse sur traumatismes répétés, l'apparition dans l'année suivant l'obligation du port du masque, simultanément sur les deux sillons rétro-auriculaires, pile en regard du passage des lanières du masque, sont autant d'arguments pour plaider en sa faveur. Des coussinets anti-frottement ou le port de dispositifs déchargeant la pression des lanières sur les oreilles sont des moyens simples pour prévenir les irritations répétées.

BIBLIOGRAPHIE

1. JAOUEN F, KERVARREC T, CAILLE A *et al*. Narrow resection margins are not associated with mortality or recurrence in patients with Merkel cell carcinoma: A retrospective study. *J Am Acad Dermatol*, 2021;84:921-929.
2. BICHAKJIAN CK, OLENCKI T, AASI SZ *et al*. Merkel Cell Carcinoma, Version 1.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 2018;16:742-774.
3. PEREZ MC, DE PINHO FR *et al*. Resection Margins in Merkel Cell Carcinoma: Is a 1-cm Margin Wide Enough? *Ann Surg Oncol*, 2018;25:3334-3340.
4. NASERI S, STEINICHE T, LADEKARL M *et al*. Management Recommendations for Merkel Cell Carcinoma—A Danish Perspective. *Cancers*, 2020;12:554.
5. CHOI S, OH Y, CHUNG K *et al*. Hypopigmentation in Extramammary Paget Disease Is an Important Prognostic Factor for High Recurrence Rate and Poor Surgical Outcome. *Dermatol Surg*, 2021;47:613-617.
6. SLOAN B. This Month in JAAD Case Reports: December 2021: Tadalafil use in cutaneous surgery. *J Am Acad Dermatol*, 2021;85:1411.
7. SOUZA RAC, MARTINELLI-KLÄY CP, d'ACAMPORA AJ *et al*. Effects of sildenafil and tadalafil on skin flap viability. *Arch Dermatol Res*, 2022;314:151-157.
8. PFAFF M, SHAH A, STEINBACHER D. Does phosphodiesterase inhibition lessen facial flap necrosis in tobacco cigarette users? *Facial Plast Surg*, 2014;30:84-90.
9. DREHER K, NEWTON E, VALDES-RODRIGUEZ R. Tadalafil as a Risk Factor for Excessive Intra-operative Bleeding During Dermatologic Surgery. *Dermatol Surg*, 2021;47:1268-1269.
10. LOGAN C, KENT RA, FINZI E. Laterally Based Island Pedicle Flap Reconstruction of Distal Nasal Defects. *Dermatol*, 2021;47:701-703.
11. GUO L, PRIBAZ JR, PRIBAZ JJ. Nasal reconstruction with local flaps: a simple algorithm for management of small defects. *Plast Reconstr Surg*, 2008; 122:130e-139e.
12. DYSON ME, GRIFFITH JL, MITKOV M *et al*. Antihelical Rotation Flaps for the Repair of Surgical Defects of the Auricular Antihelix. *Dermatol Surg*, 2021;47:416-417.
13. GARCÉS-GATNAU JR, PALOMA V, PORTILLA MAYA N. Tailored Repair of Extensive Eyebrow Defect. *Dermatol Surg*, 2021; 47:257-259.
14. CRISAN D, SCHNEIDER LA, CONEAC A. Miniaturizing the keystone flap: An alternative to helical crus reconstruction after tumor surgery. *J Am Acad Dermatol*, 2021;85:e75-e77.
15. WILLIAMS RF, ROUTH E, VINELLI G *et al*. How We Do It: The Glabellar Hatchet Flap for Reconstruction of the Proximal Nasal Side Wall and Medial Canthus. *Dermatol Surg*, 2021;47:838-839.
16. WALOCKO FM, NIJHAWAN RI. Repair of Medial Canthal Defects. *Dermatol Surg*, 2021;47:1491-1493.
17. REGULA CG, LIU A, LAWRENCE N. Versatility of the O-Z Flap in the Reconstruction of Facial Defects. *Dermatol Surg*, 2016;42: 109-114.

I L'Année thérapeutique

18. VEITCH D, VARMA S. Regarding: 'A Challenging Defect of the Nasal Ala'. *Dermatol Surg*, 2021;47:1014-1015.
19. HUSSAIN W. A Challenging Defect of the Nasal Ala. *Dermatol Surg*, 2019; 45:1689-1692.
20. SAMARAN Q, STOEENR P, OVTCHINNIKOFF B. A Large Defect of the External Pinna. *Dermatol Surg*, 2021;47:e224-e226.
21. OTTEVANGER R, WEIJNS ME, GENDERS RE. Intranasal hemostatic pressure technique. *J Am Acad Dermatol*, 2021; 84:e233-e234.
22. DEMIRKIRAN ND. Suture Treatment for Pincer Nail Deformity: An Inexpensive and Simple Technique. *Dermatol Surg*, 2020;46:573-576.
23. PARK C, SHAHWAN KT, RISMILLER KP *et al*. How We Do It: Cartilage Releasing Incisions for Mohs Micrographic Surgery on Difficult-to-Access Tumors of the External Ear. *Dermatol Surg*, 2021;47:1277-1278.
24. RAGI JM, PATEL D, MASUD A *et al*. Nonmelanoma skin cancer of the ear: frequency, patients' knowledge, and photoprotection practices. *Dermatol Surg*, 2010;36:1232-1239.
25. MULVANEY PM, HIGGINS HW, DUFRESNE RG *et al*. C. Basal cell carcinomas of the ear are more aggressive than on other head and neck locations. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70:924-926.
26. ARZENO J, MARTIN S. Postoperative Mycobacterium chelonae Infection Mimicking A Granulomatous Suture Reaction. *Dermatol Surg*, 2021;47:840-841.
27. LAPSLEY R, HACKETT C, BARNES E *et al*. Lagophthalmos Secondary to Facial Nerve Injury in Bilobed Transposition Flap Reconstruction of the Nasal Side Wall. *Dermatol Surg*, 2021;47:1293-1294.
28. RICHEY PM, MCGUINNESS E, VAN BEEK MJ. Postoperative Pustular Eruption due to Cutibacterium acnes. *Dermatol Surg*, 2021;47:1296-1298.
29. ERICKSON SP, FOSHEE JP, BAUMANN BC *et al*. Mohs Surgical Site Infection Rates and Pathogens for the Mask-Covered Face During the COVID-19 Pandemic Versus the Pre-COVID Era. *Dermatol Surg*, 2021;47:1507-1510.
30. FARMER W, TALLMAN R, KIAVASH K *et al*. Bilateral Posterior Ear Squamous Cell Carcinoma In situ Lesions Along the Path of Mask Strap Friction. *Dermatol Surg*, 2021;47:1400-1401.

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