L'Année thérapeutique

Quoi de neuf en dermatologie chirurgicale ?

R. PRUD'HOMME
Dermatologue, Centre Médical Beaurepaire, SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS ;
CHU Ambroise Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.

Cette année, une attention particulière a été portée à la sélection des articles les plus pragmatiques. Tout comme l'année précédente, ce "Quoi de neuf ? " a été articulé autour des observations et études originales, reconstructions et trucs et astuces en dermatologie chirurgicale qui pourront être utiles à tous, quel que soit le niveau de pratique chirurgicale. Bonne lecture !

Observations

1. Nodules sous-cutanés après chirurgie du ganglion sentinelle : penser à ce syndrome [1]

Les procédures de ganglion sentinelle dans les mélanomes ne sont pas dénuées d'effets secondaires. Parmi eux, le syndrome du cordon axillaire décrit dans cet article chez une patiente de 40 ans ayant bénéficié d'une exérèse du ganglion sentinelle dans le cadre d'un mélanome du bras et qui, 3 semaines après la procédure, voyait apparaître des nodules sous-cutanés adjacents à la cicatrice, associés à un cordon rétractile limitant le mouvement d'abduction (***fig. 1***).

Fig. 1 : Syndrome du cordon axillaire.

Une biopsie de ces nodules sous-cutanés montrait des vaisseaux lymphatiques dilatés et thrombosés avec de l'œdème et de la fibrose récente faisant évoquer le diagnostic de syndrome du cordon axillaire. Ce dernier est fréquemment rapporté en complication des ganglions sentinelles des néoplasies mammaires et rarement décrit dans le mélanome. Il apparaît environ 12 semaines après le geste et se manifeste le plus souvent par un cordon fin partant de l'aisselle et pouvant s'étendre à tout le bras et avant-bras avec restriction des mouvements et parfois par des nodules sous-cutanés mobiles indolores. Les diagnostics différentiels à évoquer sont des métastases sous-cutanées, une tumeur de Masson, des pseudo-anévrysmes de l'artère brachiale. Le traitement repose sur la kinésithérapie avec massages luttant contre le cordon rétractile.

2. Attention aux patients voyageurs porteurs de pansements à base d'argent ! [2]

Cet article américain met en garde les chirurgiens utilisant des pansements à base de sulfate d'argent chez leurs patients voyageurs. Il relate la mésaventure d'un patient ayant bénéficié d'une chirurgie micrographique de Mohs et ayant eu un pansement composé de 1,2 g/cm^2 de sulfate d'argent (Mepilex Argent interface 10 x 10cm). Ce dernier a déclenché le détecteur de métal de l'aéroport, motivant une fouille rapprochée.

Études

1. Intérêt de la biopsie du signe de Hutchinson dans les mélanomes sous-unguéaux

Le signe de Hutchinson (HS) est facilement accessible à la biopsie cutanée, mais cette dernière peut-elle remplacer la biopsie matricielle dans la prise en charge diagnostique du mélanome ? Une étude rétrospective coréenne a évalué chez 12 patients ayant eu un mélanome sous-unguéal (MSU) *in situ*, confirmé par biopsie matricielle, l'intérêt de la biopsie du signe de Hutchinson présent pour 11 d'entre eux dans l'hyponychium et un proche de la cuticule. Les biopsies cutanées concordaient avec les biopsies matricielles en montrant des mélanocytes atypiques irrégulièrement dispersés avec noyaux hyperchromatiques évoquant le diagnostic de mélanome sous-unguéal *in situ*.

La biopsie du signe de Hutchinson paraît donc être un moyen utile et facilement accessible en consultation pour étayer un diagnostic de mélanome sous-unguéal mais ne doit pas remplacer une biopsie matricielle au risque de sous-estimer le stade de la maladie.

L'Année thérapeutique

2. Évaluation du point d'ancrage *vs* injection intralésionnelle peropératoire de triamcinolone dans la prévention de l'effet coussinage des lambeaux de transposition bilobés du nez [4]

L'effet "coussinage" ou effet "boule" est une complication fréquente des lambeaux de transposition bilobés pour des réparations de perte de substance distale du nez. Elle affecte le plus souvent le lobe primaire du lambeau et est en lien avec une contraction différentielle du lambeau par rapport au lit de la perte de substance. Plusieurs moyens peuvent être mis en œuvre pour prévenir cette complication comme un lambeau de taille suffisante, un décollement suffisant, des sutures d'ancrage (***fig. 2***) englobant le plan musculaire ou l'injection de triamcinolone (TAC) précoce, mais aucune étude n'a comparé ces techniques entre elles.

Cette étude anglaise a donc comparé la suture d'ancrage *versus* l'injection de TAC. Une étude rétrospective sur 342 patients ayant eu un lambeau bilobé nasal a donc été réalisée. 37 d'entre eux ont eu une suture d'ancrage, 42 des injections peropératoires de TAC (20 mg/mL, volume moyen 0,3 mL) et 263 n'ont reçu aucune intervention. Au total, 93 d'entre eux (27,2 %) ont eu un effet coussinage à J35, 30,8 % dans le groupe sans intervention, 23,8 % dans le groupe TAC et 5,5 % dans le groupe suture d'ancrage. La réduction de l'incidence de cet effet secondaire était non significative dans le groupe TAC ($p = 0,358$) tandis qu'elle l'était dans le groupe suture d'ancrage ($p < 0,001$).

Le point d'ancrage doit donc faire partie intégrante des lambeaux bilobés pour la prévention de l'effet coussinage, mais aussi de l'effet valve et pour recréer les reliefs de la pyramide nasale.

3. Intérêt de la radiothérapie adjuvante dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes de mauvais pronostic d'exérèse complète [5]

Le rôle de la radiothérapie adjuvante pour les carcinomes épidermoïdes (CE) à haut risque reste flou. Le guide de bonnes pratiques du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) préconise une radiothérapie adjuvante pour les carcinomes épidermoïdes avec invasion périnerveuse et ceux d'exérèse non saine [6]. Pour autant, l'utilité réelle de la radiothérapie adjuvante pour les CE à haut risque d'exérèse complète reste floue, aboutissant à des pratiques différentes d'un centre à l'autre.

Pour tenter d'éclaircir tout cela, une méta-analyse a été réalisée sur 33 études portant sur l'intérêt de la radiothérapie adjuvante sur un total de 3 867 CE à haut risque d'exérèse complète. Il n'a pas été constaté de différence significative sur la récidive locale, les métastases régionales, les métastases à distance et les décès entre le groupe chirurgie en marges saines et le groupe chirurgie en marges saines associée à de la radiothérapie. Cette méta-analyse confirme donc le faible intérêt de la radiothérapie adjuvante à l'exérèse de CE à haut risque en marges saines.

4. Intérêt du timolol topique dans la réépidermisation des plaies chirurgicales à la partie distale des membres inférieurs des sujets âgés avec facteurs de risque de mauvaise cicatrisation [7]

Le timolol 0,5 % topique est un antagoniste non sélectif des récepteurs ß-adrénergiques, utilisé dans le traitement des glaucomes chroniques notamment. En dermatologie, il a un effet sur la cicatrisation en améliorant la migration kératinocytaire. Une étude américaine a donc évalué son intérêt sur la cicatrisation des pertes de substance (PDS) chirurgicales de la partie distale des membres inférieurs des sujets de plus de 65 ans avec facteurs de risque de mauvaise cicatrisation (diabète, HTA, œdème, tabagisme actif, maladies vasculaires périphériques). Cette dernière peut parfois prendre un temps considérable. Les auteurs ont pour cela réalisé une étude rétrospective monocentrique en comparant un groupe de 25 patients âgés avec facteurs de risque de mauvaise cicatrisation recevant des soins standard sans application de timolol topique *versus* un groupe de 20 patients âgés avec facteurs de risque de mauvaise cicatrisation recevant en plus une application de timolol topique *versus* un

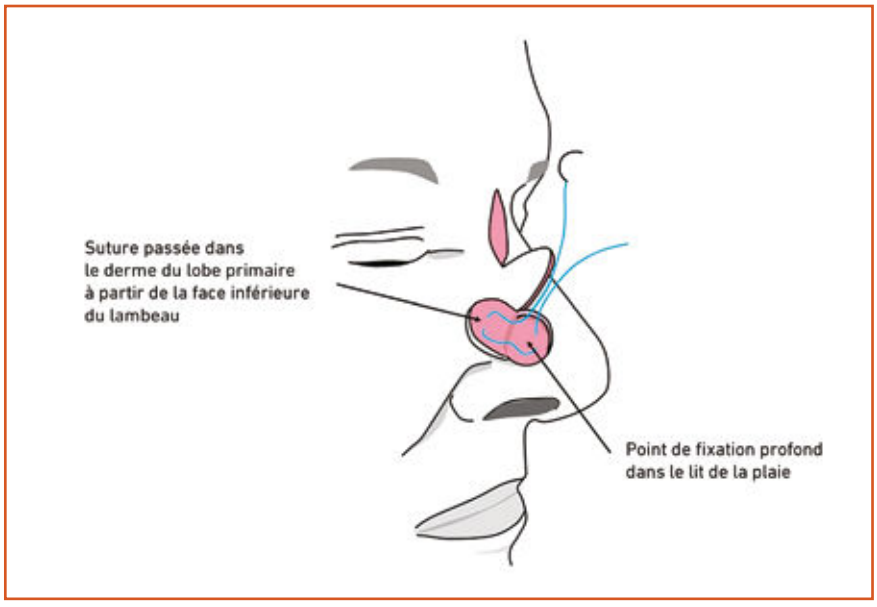


Fig. 2 : Suture d'ancrage.

3e groupe de 32 patients âgés sans facteur de risque recevant des soins standard sans timolol topique (***fig. 3***).

Le protocole était le suivant : application d'une goutte par jour de timolol topique pour des plaies < 2 cm^2 et de 2 gouttes par jour de timolol topique pour des plaies ≥ 2 cm^2. Le temps de réépidermisation du groupe ayant des facteurs de risque avec timolol était équivalent au groupe sans facteur de risque et bien inférieur au groupe ayant des facteurs de risque sans timolol topique (***fig. 4***).

Le timolol topique aide donc à une meilleure cicatrisation des plaies chirurgicales des membres inférieurs de sujets âgés avec facteurs de risque de mauvaise cicatrisation.

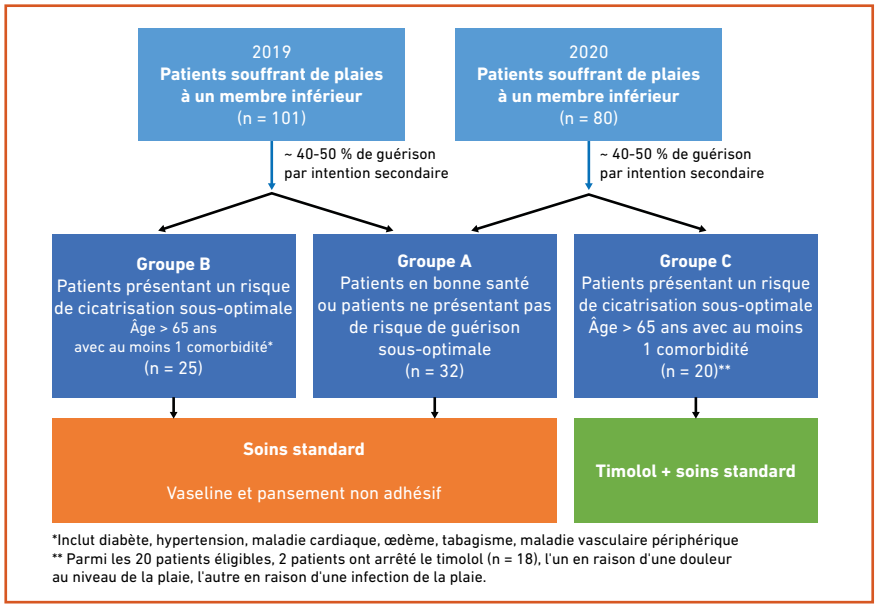


Fig. 3 : Design de l'étude.

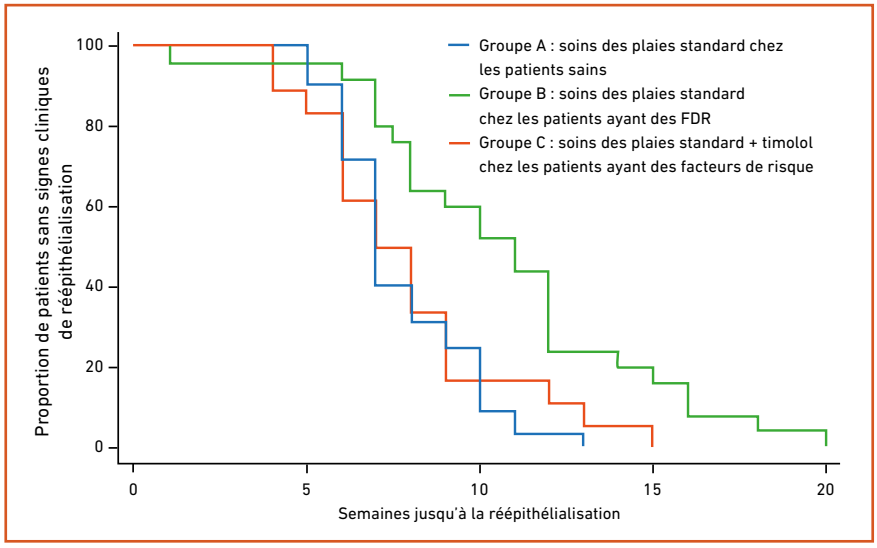


Fig. 4 : Temps de cicatrisation. FDR : facteurs de risque.

Réparations

1. Le lambeau en tête de taureau [8]

Les pertes de substance médio-labiales supérieures sont compliquées à réparer du fait de la nécessité de maintien du relief des crêtes philtrales ou de la pilosité chez les hommes. Une équipe chinoise a donc mis au point un lambeau original dit "en tête de taureau" pour réparer efficacement des PDS médio-labiales. Pour cela, la partie supérieure de la lèvre blanche est libérée de la base du nez puis est descendue comme un îlot pour rejoindre la lèvre rouge à l'aide d'un décollement suffisant pour combler la PDS primaire. La PDS secondaire créée à la base du nez est ensuite comblée par un double lambeau de transposition

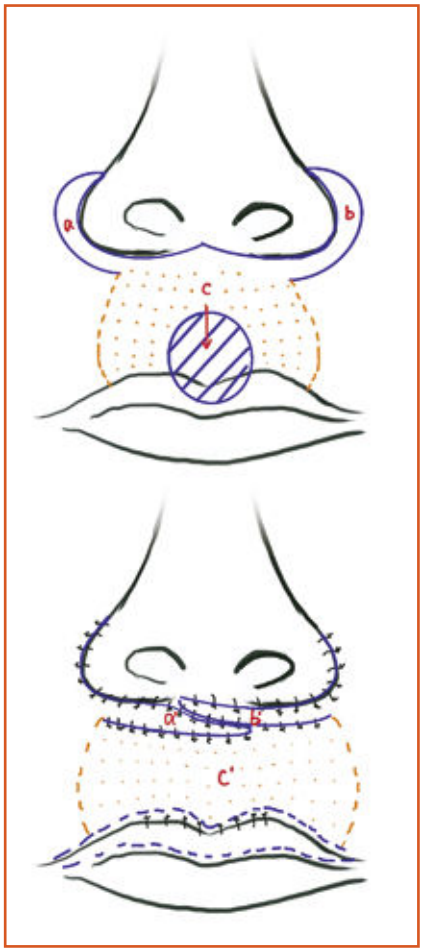


Fig. 5 : Schématisation du lambeau.

L'Année thérapeutique

Fig. 6 : Exécution et résultats postopératoires.

périalaire (***fig. 5***). Le résultat postopératoire est très satisfaisant avec une conservation du philtrum (***fig. 6***).

2. Reconstruction originale d'une perte de substance étendue du canthus interne [9]

Les pertes de substance du canthus interne (***fig. 7***) de grande taille peuvent difficilement être éligibles aux réparations conventionnelles de la zone telles que la cicatrisation dirigée ou la greffe de peau totale du fait du risque de rétraction cicatricielle. Cet article présente une réparation originale de la zone en utilisant un double lambeau de transposition à pédicule latéral (***fig. 8***), recrutant de la peau palpébrale et jugale. L'avantage de ce lambeau est l'apport d'une peau de texture équivalente à celle présente avant la PDS, la recréation d'une concavité grâce à des points périostés fixant le lambeau et l'absence de déformation des bords libres grâce à l'apport d'une laxité suffisante sur la zone (***fig. 9***).

Fig. 7 : Perte de substance du canthus interne.

Fig. 8 : Dessin du lambeau.

Fig. 9 : Résultat à 6 mois.

3. Guide pratique des réparations palpébrales [10]

La chirurgie palpébrale à visée carcinologique est importante à maîtriser car 10 % des cancers de peau sont localisés en périorbitaire. Cette chirurgie peut être à portée de tout chirurgien micrographique de Mohs, dermatologues chirurgiens compris, à condition d'avoir les instruments adaptés et la bonne technique de réparation en fonction de la PDS rencontrée.

Cet article, issu d'une revue de la littérature, est d'une bonne aide pour les reconstructions palpébrales. Il aborde tout d'abord les instruments nécessaires à la pratique comme les ciseaux à ressort Westcott ou de Castroviejo, le porte-aiguilles Castroviejo, les gouttes ophtalmiques de proparacaïne, les lentilles de protection oculaire, la povidone iodée ophtalmique.

Il détermine ensuite, *via* un arbre décisionnel (***fig. 10***), la technique de réparation adaptée selon le type de perte de substance en fonction de l'épaisseur de la PDS, de l'importance et de la localisation de la PDS sur la paupière et du type de paupière concernée (supérieure ou inférieure). Les principaux lambeaux (Tenzel, Banner, Cutler-Beard, Hughes, VY, d'avancement, de rotation, de transposition) ainsi que les principes de cantholyse et canthotomie y sont abordés pour appréhender la reconstruction palpébrale de la meilleure des manières.

4. Une alternative au lambeau de Mustardé : le lambeau de rotation inférieure avec arrimage périosté pour des PDS jugales [11]

Les PDS jugales importantes, non éligibles à une suture directe, peuvent être réparées par des lambeaux de rotation avancement à pédicule latéral (lambeau de Mustardé) le plus souvent. Cependant, la perte de substance secondaire préauriculaire créée par ce lambeau peut

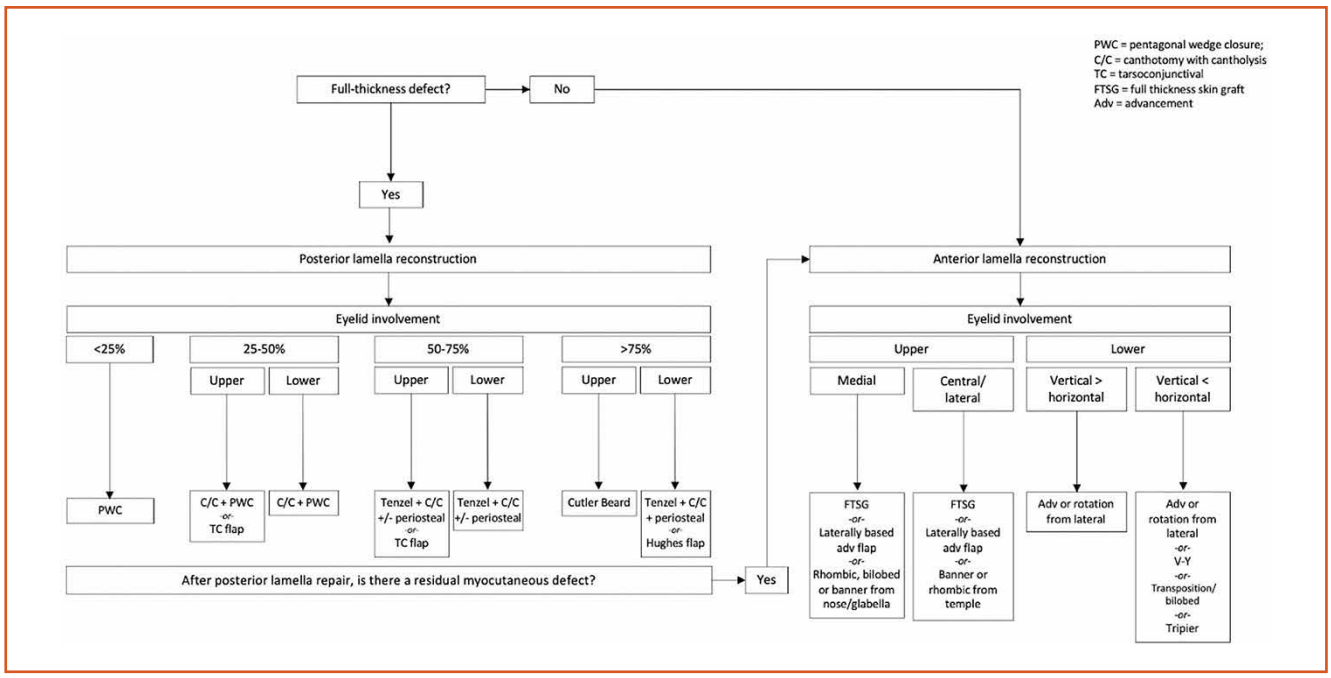


Fig. 10 : Arbre décisionnel pour aider au choix d'une chirurgie palpébrale adaptée à la PDS.

être difficile à refermer, nécessitant une greffe de peau. Une variante à pédicule inférieur de ce lambeau peut alors être utile dans ce contexte où la laxité jugale peut être plus importante, notamment avec le relâchement cutané. Pour ce faire, une première incision est effectuée à partir du pôle inféro-médial de la PDS puis poursuivie le long du sillon nasofacial, nasogénien et parfois sous la commissure labiale pour éviter la traction labiale. S'ensuit un décollement jugal hypodermique profond sus-aponévrotique pour lever le lambeau sans compromettre le pédicule vasculaire. Le mouvement de rotation avancement vers le haut va créer une oreille au point de pivot qu'il faudra

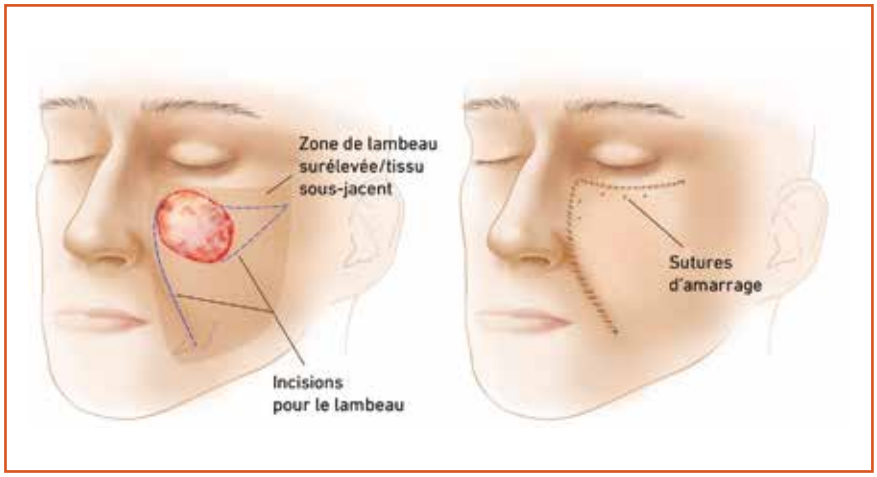


Fig. 11 : Lambeau de rotation avancement à pédicule inférieur.

Fig. 12 : Résultat à 20 mois postopératoire.

L'Année thérapeutique

corriger par une incision masquée dans le pli sous-orbitaire et poursuivie dans la patte d'oie. Un arrimage périosté sur l'os maxillaire et zygomatique est effectué pour fixer le lambeau de façon à ce que la paupière inférieure soit remontée de 5 mm par rapport à la paupière controlatérale afin d'éviter tout ectropion post-opératoire (***fig. 11***).

Cet article s'est donc intéressé à cette reconstruction chez 65 patients, entre février 2010 et décembre 2018, dans le cadre d'une étude rétrospective. Les PDS mesuraient en moyenne 4,8 cm^2. Seuls 7 ectropions ont été constatés et la rançon cicatricielle était jugée satisfaisante par 2 dermatologues indépendants sur échelle visuelle analogique (***fig. 12***). Ce lambeau paraît donc adapté pour réparer des PDS jugales plus larges que hautes pouvant aller jusqu'à 5,5 cm de grand axe.

5. Lambeaux pédiculés accessibles en ambulatoire pour des réparations narinaires

Le lambeau pédiculé à sevrage secondaire (LPSS) le plus connu du visage est le lambeau fronto-nasal pour réparer des PDS importantes du nez. De réalisation complexe et difficilement faisable sous anesthésie locale, ce dernier est souvent réservé aux plasticiens et effectué en milieu hospitalier. Le lambeau jugo-nasal à pédicule supérieur est un autre LPSS à pédicule fiable, de réalisation plus simple, qui peut être utilisé pour des réparations nasales inférieures du fait de la similitude de texture des peaux et de la facilité à camoufler la cicatrice dans le sillon labiogénien. Deux articles parus en 2022 montrent son champ d'utilisation.

>>> Réparation d'une PDS columellaire

Dans cet article, ce lambeau pédiculé a été utilisé chez ce patient de 40 ans présentant cette PDS d'une partie de la pointe nasale et columellaire post-exérèse de kératoacanthome (***fig. 13***) [12]. Un lambeau jugo-nasal est alors levé le long du sillon labiogénien jusqu'à 1 cm au-dessus du rebord mandibulaire. Puis l'apex du lambeau est suturé à la pointe narinaire et la face médiale de la narine controlatérale, et à la base de la columelle (***fig. 14***). Un tulle gras enveloppe la partie sous-cutanée du lambeau non suturée.

Trois semaines plus tard, le lambeau a été aminci avant sa suture sur toute la partie nasale homolatérale du lambeau (pointe, face narinaire médiale et base columellaire). Trois semaines plus tard encore, le lambeau était sevré et les derniers points de suture étaient placés. Le résultat à 9 mois est très satisfaisant (***fig. 15***).

Fig. 13 : PDS columellaire.

Fig. 14 : Première étape du lambeau.

Fig. 15 : Résultat à 9 mois.

>>> Réparation de PDS transfixiantes du bord libre narinaire [13]

Dans cet article, le lambeau jugo-nasal a été utilisé pour réparer une PDS transfixiante de l'aile narinaire post-exérèse de CBC (***fig. 16***). Ce dernier est alors de 1,5 cm de large en distalité puis aminci en laissant 1 mm de tissu sous-cutané pour pouvoir être replié autour d'une greffe cartilagineuse prélevée au niveau de l'anthélix (***fig. 17***). Un sevrage du lam-

Fig. 16 : PDS transfixiante nasale.

Fig. 17 : Lambeau jugo-nasal replié avant et après greffe cartilagineuse.

Fig. 18 : Résultat à 6 mois.

beau a été réalisé 3 semaines plus tard. Le résultat à 6 mois était excellent (***fig. 18***).

6. Le jigsaw puzzle pour des PDS du tragus [14]

Le lambeau *jigsaw puzzle* est un lambeau d'avancement horizontalisé ayant pour avantage de placer les excédents tissulaires dans des plis naturels du visage. Initialement décrit pour réparer des PDS de l'aile narinaire ou de l'hémilèvre supérieure [15], il peut également être réalisé pour des PDS du tragus (***fig. 19***) de l'antitragus et de l'hélix (***fig. 20***), en corrigeant les excédents tissulaires dans des plis naturels à proximité (***fig. 20***).

Trucs et astuces

1. Utilisation d'une solution saline hypertonique comme agent sclérosant des fistules dans la maladie de Verneuil [16]

Les fistules de la maladie de Verneuil (MV) répondent peu aux traitements médicamenteux standards. Ces dernières sont tapissées d'un épithélium pavimenteux stratifié, drainent le pus aseptique et conditionnent la qualité de vie du patient.

Seul le *deroofing* peut avoir un intérêt mais aux dépens d'une sanction chirurgicale parfois lourde.

La solution saline hypertonique (SHH) agit comme un agent sclérosant des veines *via* une dénaturation des protéines de surface endothéliales entraînant un collapsus veineux. Elle peut également avoir le même effet sur l'épithélium de la fistule.

Une étude non randomisée a donc évalué l'efficacité de la SSH pour les fistules de MV chez 21 patients qui ont bénéficié d'injections toutes les 2 semaines (avec un maximum de 3 injections) jusqu'à sclérose des fistules suivies d'une visite de contrôle 4 semaines après la dernière injection. Chaque fistule a été injectée par la SSH jusqu'à ce qu'une quantité totale injectée de 0,4 mL soit atteinte et/ou que le patient ressente une douleur et/ou picotement et/ou qu'une contre-pression soit ressentie par l'injecteur. Un pansement compressif est alors réalisé et maintenu en place 25 h. À la visite de contrôle, une amélioration significative de la maladie dans sa globalité, du drainage, de l'érythème, de l'œdème, ainsi que de la qualité de vie a été constatée (***fig. 21***). La SSH paraît donc être un moyen alternatif efficace, peu invasif et peu coûteux dans la prise en charge des fistules de la MV.

2. Le ballon de baudruche en post-opératoire [17]

Les plaies inguinales sont difficiles à panser, surtout chez les personnes

Fig. 19 : *Jigsaw puzzle* pour une PDS pré-auriculaire. **A :** demi-hélix ; **B :** hélix antérieur ; **C :** tragus ; **D :** anti-tragus.

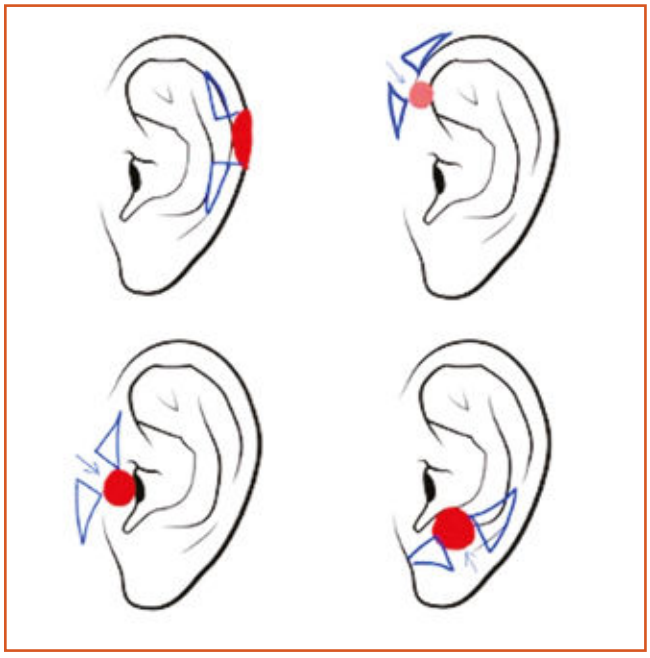


Fig. 20 : Autres zones d'application auriculaire du lambeau *jigsaw puzzle*.

L'Année thérapeutique

Fig. 21 : Amélioration clinique des fistules après injection de SSH.

Fig. 22.

obèses. Lorsque les plaies chirurgicales sont à risque hémorragique ou qu'il faut maintenir une greffe de peau en place, un pansement compressif est le bienvenu. Une équipe américaine a eu l'idée d'utiliser un gant non stérile comme ballon de baudruche et de le placer au fond du pli inguinal pour maintenir en place un pansement qui avait du mal à coller à cause des poils et du sébum de la zone (***fig. 22***).

3. Vacuum maison pour les pansements de greffe [18]

Les greffes de peau totale sont habituellement maintenues sur le lit de la plaie par un bourdonnet. Ce type de pansement a pour inconvénients d'être parfois difficile et long à réaliser et ne permet pas au patient de prendre une douche sereinement par peur de mouiller le pansement. Une équipe brésilienne a donc eu l'idée de créer un vacuum à la place du bourdonnet pour maintenir une greffe en place. Pour cela, une gaze grasse est placée sur la greffe suivie d'une compresse, le tout recouvert d'un pansement transparent type Tegaderm par exemple (***fig. 23***). Une aiguille reliée à une seringue est insérée à l'extérieur du pansement sous la peau pour atteindre l'intérieur du pansement sans le traverser (***fig. 24***). Une fois dedans, une aspiration est effectuée avec la seringue pour mettre sous vide le pansement. Ainsi, la greffe est bien plaquée et le pansement est étanche à l'eau.

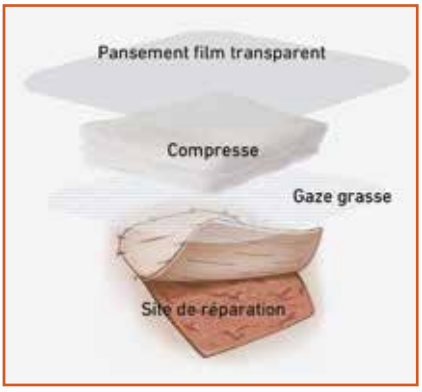


Fig. 23 : Schéma du dispositif.

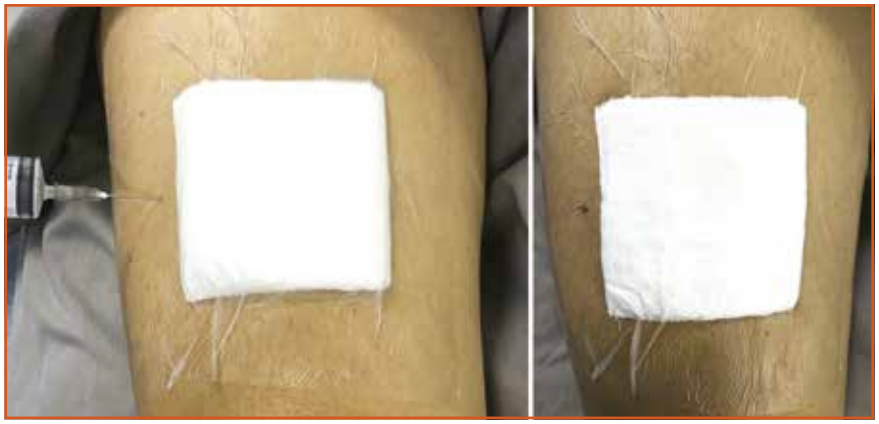


Fig. 24 : Insertion de l'aiguille.

4. La hyaluronidase pour le traitement des microstomies induites par les sclérodermies [19]

La sclérodermie est une maladie auto-immune chronique du tissu conjonctif caractérisée par une production excessive de matrice extracellulaire telle que des glycosaminoglycanes comprenant l'acide hyaluronique. La microstomie est la manifestation orofaciale la plus courante de la maladie, atteignant 30 % des malades. Elle est définie par une distance inter-incisive (DII) < 50 mm entraînant une gêne fonctionnelle. Les traitements systémiques ont une action dérisoire sur les manifestations cutanées de la maladie [20].

La hyaluronidase pourrait être une option thérapeutique pour cette gêne comme le montre ce *case report* d'une patiente de 30 ans atteinte d'une sclérodermie systémique diffuse et ayant bénéficié d'injections de 150 UI de hyaluronidase humaine recombinante à 0,5 cm au-dessus de la lèvre rouge en épargnant les commissures à raison d'injections rétrogrades de 0,1 mL avec une aiguille de 30 G améliorant de 11 % l'ouverture buccale à 3 mois. Une 2e injection équivalente a eu lieu 6 mois plus tard avec un maintien de l'efficacité. D'autres *cases reports*, moins détaillés sur les modalités thérapeutiques, ont montré un intérêt de la hyaluronidase dans cette situation [19, 21].

D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de la hyaluronidase dans la microstomie induite par la sclérodermie et établir un schéma thérapeutique précis.

5. Comment casser une ampoule sans se blesser ? [22]

Qui n'a jamais appréhendé l'ouverture d'une ampoule de lidocaïne ou de Kenacort et utilisé une série de compresses pour ne pas se blesser ? Cette situation risque bien d'être un lointain souvenir grâce à cette astuce venue tout droit de Chine consistant à utiliser le corps d'une seringue pour ouvrir une ampoule sans se blesser. Pour cela, il vous faut une seringue de 2,5 mL pour des ampoules de 1 mL et une seringue de 5 mL pour des ampoules de 5 mL (***fig. 25***). Désadaptez la partie mâle et femelle de la seringue, récupérez cette dernière et insérez-y la tête de l'ampoule pour pouvoir la casser sans se blesser.

6. Technique de retrait de bourdonnet de façon non invasive [23]

Les greffes de peau totales sont recouvertes d'un bourdonnet composé d'une gaze grasse ayant pour but de plaquer le greffon contre son lit receveur et de le maintenir dans un milieu gras. Cependant, ce bourdonnet peut parfois être adhérent au greffon *via* des croûtes sèches et son extraction peut alors compromettre la viabilité de ce dernier. Une technique simple et non traumatique pour éviter cela consiste à injecter latéralement dans le bourdonnet, *via* une seringue et une aiguille, une solution isotonique ou de l'anesthésiant pour

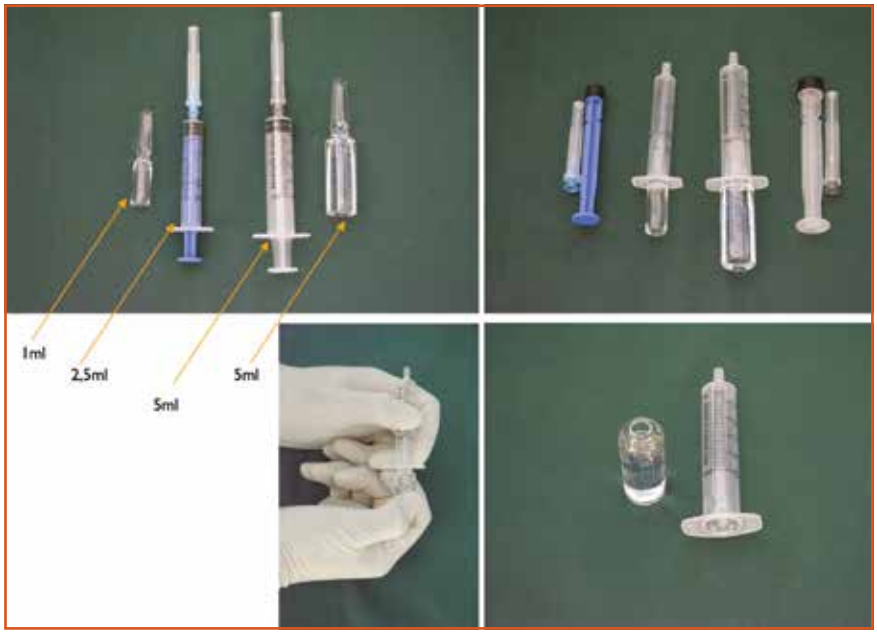


Fig. 25 : Comment casser une ampoule sans se blesser ?

L'Année thérapeutique

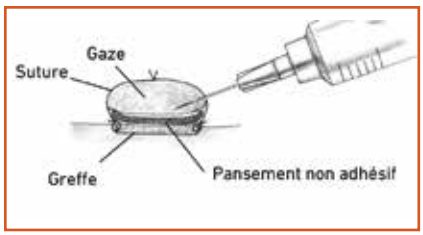


Fig. 26 : Technique d'extraction de bourdonnet.

saturer ce dernier et l'extraire facilement (***fig. 26***).

BIBLIOGRAPHIE

1. Sandoval-Clavijo A, Albero-González R, Toll A. Sudden Development of Indurated Subcutaneous Nodules in a Patient With a Recent Melanoma Surgical Procedure. *JAMA Dermatol*, 2022;158:318-319.
2. Kesaria S, Armenta AM, Gleghorn K *et al.* Use Caution When Traveling and Wearing Medical Dressings: Foam Dressings Containing Silver May Set Off Metal Detectors. *Dermatol Surg*, 2022;48:256-257.
3. Oh, SJ, Lee J, Park S *et al.* Hutchinson Sign: Biopsy May Assist in Diagnosis of Subungual Melanoma *in situ*. *Dermatol Surg*, 2022;48:28-31.
4. Boylan CT, Salmon PJM, Mortimer NJ. Evaluation of Intraoperative Triamcinolone Injection or Primary Lobe Tacking (Pexing) Sutures for Preventing Pincushioning in Bilobed Transposition Flaps. *Dermatol Surg*, 2022;48:191-194.
5. Kim Y, Lehrer EJ, Wirth PJ *et al.* Adjuvant radiotherapy may not significantly change outcomes in high-risk cutaneous squamous cell carcinomas with clear surgical margins: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 2022;86:1246-1257.
6. Label conjoint INCa-HAS - Carcinome épidermoïde cutané : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Haute Autorité de Santé https://www.has-sante.fr/jcms/c_966362/fr/label-conjoint-inca-has-carcinome-epidermoide-cutane-prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique.
7. Manci R, Nazir ZH, Dusza S *et al.* Topical timolol enhances surgical wound healing in the lower portion of the leg in older patients with comorbidities: A retrospective review. *J Am Acad Dermatol*, 2022;87:661-663.
8. Shi XX, Tan XF. A novel strategy for repairing middle upper lip defects: Bullhead flap. *J Am Acad Dermatol*, 2022;87:e101-e102.
9. Hooper PB, Au JH, Somani AK. Reconstruction of Medial Canthus Defect Involving Nasal Root, Nasal Sidewall, and Upper and Lower Eyelids. *Dermatol Surg*, 2022;48:997-999.
10. Blumenthal SR, Swick M, Bayan CA *et al.* Complex Eyelid Reconstruction: A Practical Guide for the Mohs Surgeon. *Dermatol Surg*, 2022;48:916-923.
11. Donigan JM, Taylor O, Greif C *et al.* Inferiorly Based Rotation Flaps for Infraorbital Cheek Defects. *Dermatol Surg*, 2022;48:61-66.
12. García-Herraiz A, Márquez-Cañada JM, Tejerina-Botella C. Reconstruction of a Large Columellar Defect. *Dermatol Surg*, 2022;48:993-995.
13. Lee N, Brian Jiang SI. Reconstruction of a Full-Thickness Multisubunit Nasal Defect. *Dermatol Surg*, 2022;48:1235-1237.
14. Dong J, Verne S, Herbst J. Use of the 'Jigsaw Puzzle' Advancement Flap for Repair of Auricular Defects. *Dermatol Surg*, 2022;48:364-365.
15. Prud'homme R, Lacombe M, Delauménie S *et al.* [An original reconstruction technique for double upper white lip defect]. *Ann Dermatol Venereol*, 2020;147:658-661.
16. Porter ML, Salian P, Rosales Santillan M *et al.* An Open-Label, Prospective, Pilot Study of Hypertonic Saline for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Surg*, 2022;48:954-960.
17. Nguyen JK, Buethe M, Siegel DM. 'Balloon Glove' Technique: An Easy Alternative to Pressure Dressing for Postoperative Hemostasis. *Dermatol Surg*, 2022;48:582-583.
18. Simão TS. Simple vacuum compression dressing for skin graft. *J Am Acad Dermatol Venereol*, 2022;86:e263-e264.
19. Chopra D, Brehm JE, Morrison B. Hyaluronidase as a Successful Treatment Modality for Scleroderma-Induced Microstomia. *Dermatol Surg*, 2022;48:1014-1015.
20. Gonzalez CD, Pamatmat JJ, Hutto JC *et al.* Review of the Current Medical and Surgical Treatment Options for Microstomia in Patients With Scleroderma. *Dermatol Surg*, 2021;47:780-784.
21. Kumar MH, Kumar MS, Kumar SH *et al.* A neoteric multidrug combination: novel approach to limited cutaneous systemic scleroderma involving the face. *BMJ Case Rep*, 2016;2016, bcr2015212787.
22. Zhang W, Gu L, Zhang Y *et al.* Syringe tube as ampoule opener: A safe, simple, and effective tool in dermatologic surgery. *J Am Acad Dermatol*, 2022;86:e101-e102.
23. Om A, Demetrius R, Bennett RG. Technique for Fast Nontraumatic Skin Graft Bolster Removal. *Dermatol Surg*, 2022;48:1258.

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

Retenez dès aujourd'hui les dates des

18es JRD

NOUVEAU LIEU

CNIT Forest
Paris-La Défense

Jeudi 19 octobre 2023

Cancérologie cutanée

Présidente : Pr Caroline Robert

Vendredi 20 octobre 2023

Allergies cutanées et environnement

Présidente : Pr Annick Barbaud

www.realites-dermatologiques.com

taltz® (ixékizumab) injectable

PSORIASIS EN PLAQUES

Taltz® est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique. [1]

Place dans la stratégie thérapeutique :

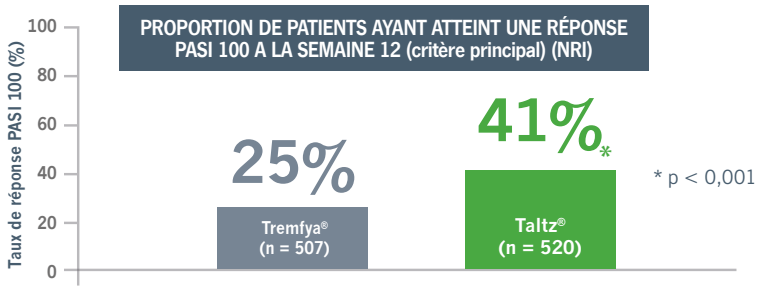
La Commission considère que TALTZ® (ixekizumab) est un traitement systémique de 2e ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1re ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie. [2]

FORMULATION SANS CITRATE DISPONIBLE

ÉTUDE IXORA-R

ÉTUDE COMPARATIVE D'IXEKIZUMAB *VERSUS* GUSELKUMAB CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS D'UN PSORIASIS EN PLAQUES MODÉRÉ À SÉVÈRE : ÉTUDE RANDOMISÉE, EN DOUBLE-AVEUGLE, ÉVALUANT L'EFFICACITÉ, LA TOLÉRANCE ET LA RAPIDITÉ D'ACTION À LA SEMAINE 12.

Supériorité démontrée de Taltz® *vs* Tremfya® sur le PASI 100 à la semaine 12 (critère principal) (NRI)



MÉTHODOLOGIE [3]

IXORA-R est une étude de phase IV, Head-to-Head, multicentrique, randomisée, en double-aveugle, en groupes parallèles, d'une durée de 24 semaines comparant l'efficacité, la tolérance et la rapidité d'action entre un anti-IL-17A (Taltz®, ixekizumab) et un anti-IL-23/p19 (Tremfya®, guselkumab) chez des 1027 patients atteints d'un psoriasis en plaques modéré à sévère ayant eu un échec, une contre-indication ou une intolérance à au moins un traitement systémique (incluant ciclosporine, méthotrexate ou photothérapie) apparu depuis au moins 6 mois avec un pourcentage de la surface corporelle atteinte ≥ 10 %, un score sPGA ≥ 3, un PASI ≥ 12 et candidats à la photothérapie et/ou à un traitement systémique. Les résultats du critère principal présentés sont à 12 semaines.

TOLÉRANCE À LA SEMAINE 24 [4]

Effets indésirables (EI), n (%)	Tremfya® (n = 506)	Taltz® (n = 519)
EI	286 (57)	323 (62)
• Légers	166 (33)	181 (35)
• Modérés	99 (20)	124 (24)
• Sévères[a]	21 (4)	18 (3)
EI ayant entrainé un arrêt de traitement	8 (2)	15 (3)
EI graves	16 (3)	18 (3)
Décès	0	0
EI fréquents (≥ 3%)		
• Infection des voies respiratoires supérieures	41 (8)	40 (8)
• Rhinopharyngites	27 (5)	34 (7)
• Réactions au site d'injection[b]	6 (1)	49 (9)
• Céphalées	15 (3)	22 (4)
• Diarrhées	17 (3)	16 (3)
EI d'intérêt particulier		
• Neutropénies	2 (0,4)	2 (0,4)
• Infections	143 (28)	162 (31)
– Sévères	2 (0,4)	2 (0,4)

Effets indésirables (EI), n (%)	Tremfya® (n = 506)	Taltz® (n = 519)
EI d'intérêt particulier *(suite)*		
– Opportunistes	1 (0,2)	5 (1)
> *Candidoses mucocutanées*	0	3 (0,6)
> *Herpès zoster*	1 (0,2)	2 (0,4)
> *Tuberculose réactivée*	0	0
• Dépression	7 (1)	5 (1)
• Cancers	3 (0,6)	4 (0,8)
• Réactions allergiques	13 (3)	19 (4)
– Anaphylaxie potentielle[c]	1 (0,2)	0
• Réactions au site d'injection[d]	19 (4)	67 (13)
– Sévères[a]	0	0
• MACE[e]	2 (0,4)	4 (0,8)
• Evènements cérébrocardiovasculaires[e]	4 (0,8)	7 (1)
• Maladie inflammatoire chronique de l'intestin[e]	0	1 (0,2)
– Maladie de Crohn[e]	0	1 (0,2)
– Rectocolite hémorragique[f]	0	0
• Evènements hépatiques[g]	8 (2)	7 (1)

a. Les patients présentant plusieurs occurrences d'un même événement sont comptés dans la catégorie de sévérité la plus élevée. **b.** Les chiffres indiqués ici incluent seulement les EI avec le terme MedDRA de faible niveau « réactions au site d'injection ». **c.** L'anaphylaxie potentielle était liée à l'utilisation de l'amoxicilline. **d.** Les chiffres indiqués ici concernent le terme MedDRA de haut niveau « réactions au site d'injection », qui comprend plusieurs termes MedDRA de niveau inférieur, notamment, mais pas exclusivement, la réaction au site d'injection, la douleur au site d'injection, l'érythème au site d'injection, le gonflement au site d'injection, le prurit au site d'injection, l'inconfort au site d'injection, l'œdème au site d'injection et la chaleur au site d'injection. **e.** Adjudiqué positivement par un comité indépendant. **f.** Un cas de rectocolite hémorragique a été signalé pendant la période de suivi d'un patient qui avait reçu de l'ixekizumab. **g.** Patients présentant au moins un événement indésirable hépatique lié au traitement.

PROFIL DE SÉCURITÉ DE TALTZ® [1]

Les effets indésirables (EI) rapportes de manière très fréquente (≥1/10) ont été des réactions au site d'injection (15,5 %) et des infections des voies respiratoires supérieures (16,4 %) (le plus souvent, rhinopharyngite).

Les effets indésirables rapportes de manière fréquente (≥ 1/100 à < 1/10) ont été les infections fongiques à dermatophytes, l'herpès simplex (mucocutané), les douleurs oro-pharyngées, et les nausées.

Pour plus d'information sur les effets indésirables peu fréquents ou rares, consulter le ***RCP***

Pour une information complète sur le produit, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments (http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr) ou la section « Médicaments et DM » sur le site internet du laboratoire lilly (www.lilly.fr).

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur https://signalement.social-sante.gouv.fr/

TALTZ® est un médicament d'exception (Article R. 163-2 2ème alinéa du code de la sécurité Sociale) et sa prescription doit se faire dans le respect de la Fiche d'Information Thérapeutique (FIT).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne, en rhumatologie ou en pédiatrie. Dans le traitement du psoriasis en plaques chez l'adulte, Taltz® est remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la FIT) et agrée aux collectivités.

MACE : *Major Adverse Cardiac Events* ; **MedDRA :** *Medical Dictionary for Regulatory Activities* ; **NRI :** *Non-Responder Imputation* ; **PASI :** *Psoriasis Area Severity Index* ; **sPGA :** *static Physician's Global Assessment*

1. Résumé des caractéristiques du produit Taltz®. **2.** Taltz® : Avis de la Commission de la Transparence du 11 juillet 2022. **3.** Blauvelt A, *et al.* A head-to-head comparison of ixekizumab *versus* guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 12-week efficacy, safety, and speed of response from a randomized, double-blinded trial. 2019. doi: 10.1111/BJD.18851. **4.** Blauvelt A, Leonardi C, Elewski B, *et al.* A Head-to-Head Comparison of Ixekizumab Versus Guselkumab in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: 24-Week Efficacy and Safety Results from a Randomised, Double-Blinded Trial. *Br J Dermatol* 2020.doi: 10.1111/bjd.19509.

Lilly France 24 boulevard Vital Bouhot
CS 50004 - 92521 Neuilly sur Seine Cedex
Tél. : 01 55 49 34 34 - Fax : 01 41 44 02 47
www.lilly.fr - S.A.S. au capital de 375 713 701 €
609 849 153 R.C.S. Nanterre
Information Médicale : 0 800 00 36 36 Service & appel gratuits ou 01 55 49 32 51

VIVACTIS INNOVATIONS - Visa n° 22/07/61077659/PM/003_V2 - PP-IX-FR-0919 - Février 2023 - © Lilly. Tous droits de reproduction réservés.