

L'Année thérapeutique

Quoi de neuf en dermatologie chirurgicale ?



R. PRUD'HOMME¹

¹ Centre médical Beaurepaire, SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS.
CHU Ambroise-Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT.



M. LACOMBE²

² Centre médical Beaurepaire, SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS.
CHU Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Les marges

1. Imiquimod/Dubreuilh [1]

Une étude multicentrique française a évalué l'utilisation de l'imiquimod en traitement néoadjuvant du mélanome de Dubreuilh *in situ* avant chirurgie. 247 patients ont reçu soit de l'imiquimod 5 jours par semaine (126 patients) soit un placebo pendant 1 mois avant l'excision chirurgicale (121 patients). Il y a eu 116 excisions extra-lésionnelles dans le groupe IMI et 102 dans le groupe placebo. À 1 mois de traitement, la taille était réduite d'en moyenne 1,6 cm² [2] contre une augmentation de 0,2 cm² avec le placebo ($p < 0,001$). Le taux de rémission complète était de 26 % avec IMI vs 0 % avec le placebo. Le nombre moyen d'excisions complémentaires pour être en zone saine était de 0,06 avec IMI vs 0,18 avec le placebo ($p = 0,02$).

Cette approche pourrait faciliter la chirurgie des mélanomes de Dubreuilh *in situ* du visage en réduisant l'étendue

de l'excision, sans compromettre l'efficacité du traitement chirurgical.

2. Y a-t-il un intérêt à reprendre des carcinomes basocellulaires (CBC) à haut risque d'exérèse complète mais avec marges inframillimétriques ? [2]

Une étude rétrospective menée au Centre Léon-Bérard à Lyon a examiné le bénéfice de la reprise chirurgicale dans les CBC à haut risque selon les marges histopathologiques. L'analyse a porté sur 283 CBC à haut risque traités par chirurgie conventionnelle entre 2010 et 2018. Les résultats ont montré que le taux de récurrence diminuait significativement avec l'augmentation des marges latérales et profondes. La reprise chirurgicale a considérablement réduit le taux de récurrence pour les CBC à haut risque avec des marges latérales inframillimétriques (RR: 4,70; IC95 % : 1,16-19,09; $p = 0,02$), mais n'a pas eu d'impact significatif sur la récurrence des CBC avec des marges profondes inframillimétriques (RR: 1,47; IC95 % : 0,38-5,63; $p = 0,57$). Une des explications évoquées serait que la prolifération carcinomateuse s'arrête généralement à la barrière anatomique sous-jacente, barrière généralement atteinte en profondeur sans être dépassée lors de l'exérèse de la pièce tumorale par le chirurgien.

3. Facteurs de risque de tumeur résiduelle dans le traitement chirurgical des CBC et carcinome épidermoïde (CE) [3]

Cet article, publié dans le *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, examine les facteurs influençant l'exérèse complète lors de l'excision des CBC et CE de la tête et du cou. Cette étude rétrospective menée dans un centre

unique, a analysé 1 513 cas de tumeurs cutanées entre 2015 et 2022, incluant des exérèses initiales et des reprises. Les résultats montrent que certaines localisations de la tumeur, notamment le nez et l'oreille pour les CBC, sont associées à un taux plus élevé d'excisions incomplètes. L'utilisation de loupes grossissantes a significativement réduit ce taux, passant de 41,6 % à 28,3 %. Cependant, aucun facteur significatif n'a été identifié pour les carcinomes épidermoïdes cutanés. Cette étude souligne l'importance de considérer la localisation tumorale et l'utilisation d'outils de grossissement pour améliorer la précision chirurgicale dans l'excision des carcinomes cutanés de la tête et du cou. Elle pourrait être aussi un élément contributif à l'élaboration de recommandations sur l'utilisation de la CMM pour cette localisation de CBC.

Reconstructions originales

1. Utiliser le réservoir malaire [4]

Une étude publiée dans le *Journal of the American Academy of Dermatology* en 2024 présente une technique innovante pour la reconstruction de pertes de substance complexes impliquant la paroi nasale latérale, la joue paranasale et le canthus médial ainsi que des pertes de substances jugales plus hautes que larges. Les auteurs proposent l'utilisation d'un lambeau de rotation utilisant le réservoir malaire inférieur chez les patients âgés. Cette approche offre une solution efficace et reproductible pour les pertes de substance de grande taille, tout en évitant les distorsions de la paupière et du bord alaire. La technique implique une incision le long du

L'Année thérapeutique



Fig. 1 : Lambeau de rotation-avancement utilisant le réservoir jugal inférieur.

sillon latéronasal et labiogénien, une élévation et un décollement du lambeau, ainsi que l'utilisation de points de suture périostés pour ancrer le lambeau et prévenir l'ectropion (fig. 1). Les auteurs soulignent que cette méthode permet d'obtenir un résultat cosmétique acceptable avec des incisions bien dissimulées et une excellente restauration des contours (fig. 2).

2. Reconstructions originales de l'aile nasinaire en respectant les contours de ce dernier

Les lambeaux de l'aile nasinaire sont particulièrement fiables grâce à sa vascularisation basée sur l'artère sus et

sous-alaire (fig. 3). Il faut cependant bien s'équiper pour travailler sur cette zone anatomique fibrocartilagineuse, en utilisant notamment des ciseaux à iridectomie ou de Stevens pour y réaliser un décollement.

Deux reconstructions publiées cette année ont retenu notre attention.

Le premier est un lambeau d'avancement alaire modifié [5] (fig. 4) permettant de réparer les petits défauts médians de l'aile du nez tout en préservant la courbure naturelle du bord libre de l'aile. Cette technique améliore les résultats esthétiques en évitant la distorsion du bord libre nasinaire comme il a été



Fig. 2 : Résultat à 6 mois.

constaté avec le lambeau de rotation intra nasinaire décrit par Mitkov *et al.* [6].

La seconde reconstruction est un lambeau en îlot pédiculé "requin" (fig. 5), particulièrement adapté pour les défauts impliquant le sillon alaire. Ce lambeau combine un mouvement de rotation et d'avancement pour recréer le sillon alaire de manière esthétique.

Ces deux techniques offrent des options supplémentaires aux chirurgiens dermatologues pour la reconstruction de zones anatomiques complexes du nez, avec un accent mis sur la préservation du sillon alaire et le respect du bord libre nasinaire [7].

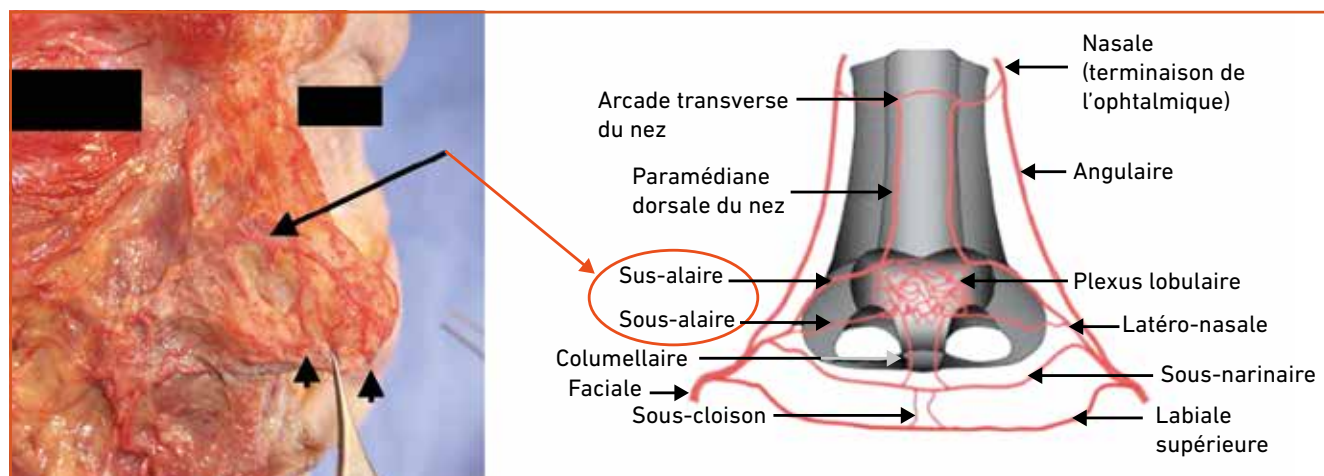


Fig. 3 : Vascularisation de l'aile nasinaire.



Fig. 4 : Lambeau d'avancement alaire.



Fig. 5 : Lambeau en îlot "gueule de requin".

3. Modification du lambeau de Rieger pour atténuer la cicatrice : le polyrhombic flap [8]

Un article récent publié dans les *Annales de dermatologie et de vénéréologie* présente une technique innovante de reconstruction nasale appelée "lambeau polyrhombique". Cette méthode, alternative au lambeau de Rieger-Marchac, est particulièrement adaptée pour les pertes de substance de la pointe du nez > 2 cm. Le lambeau polyrhombique utilise une série de mini-transpositions successives au sein du tracé d'un lambeau classique de Rieger, ce qui permet de briser la cicatrice latérale et de la rendre moins visible (fig. 6). L'article détaille le cas

d'un patient de 76 ans ayant bénéficié de cette technique après l'exérèse d'un mélanome de Dubreuilh *in situ*. Les auteurs soulignent les avantages de

cette approche, notamment un meilleur résultat architectural et cicatriciel, en plaçant la cicatrice brisée dans une zone d'ombre de faible visibilité.



Fig. 6 : Lambeau polyrhombique.

L'Année thérapeutique

4. Double îlot pour des pertes de substance du canthus interne [9]

Les pertes de substance (PDS) larges du canthus sont des challenges chirurgicaux du fait de la proximité des paupières et des risques d'ectropion, secondaires à la rétraction cicatricielle. Une nouvelle technique de reconstruction du canthus médial, utilisant un double lambeau d'avancement V-Y, a été présentée dans une étude de cas comprenant onze patients (*fig. 7*). Cette approche permet une réparation en une seule étape des défauts du canthus interne avec d'excellents résultats esthétiques et un faible risque de complications. La technique préserve l'anatomie, recrée la concavité naturelle et s'adapte à différentes tailles de défauts grâce à des points sous-cutanés s'arrimant sur le tendon canthal médial et le périoste. Elle offre une alternative efficace aux méthodes traditionnelles, utilisant les avantages des lambeaux V-Y pour minimiser la tension et optimiser la vascularisation.

unguéal après l'excision de tumeurs sous-unguéales. Cette méthode s'avère particulièrement utile lorsque la tablette unguéale fait défaut. La cire à os, facilement modelable, peut être appliquée sur des PDS de toutes formes et est retirée après 2 à 3 semaines (*fig. 8*). Elle favorise la granulation naturelle du lit et simplifie les soins postopératoires pour le patient. Cette technique, inspirée de son utilisation en neurochirurgie, chirurgie orthopédique et dentaire, offre une solution simple pour promouvoir la cicatrisation dirigée dans les défauts du lit unguéal. On peut s'en procurer facilement *via* des revendeurs de matériel dentaire.

2. Quoi de neuf pour les ongles incarnés ?

Une étude publiée dans *Dermatologic Surgery* a révélé une grande hétérogénéité dans la prise en charge des ongles incarnés parmi les dermatologues *via* une enquête en ligne, menée auprès de 154 participants allemands. Bien que

les interventions non chirurgicales, telles que les conseils sur les soins des ongles et les bains de pieds, aient été les options les plus fréquemment choisies, la matricectomie chimique partielle (phénolisation) après ablation de la partie latérale de l'ongle s'est avérée être l'intervention chirurgicale la plus pratiquée. L'étude a mis en évidence des différences significatives dans le choix entre traitements chirurgicaux et non chirurgicaux, ainsi que dans l'utilisation d'antibiotiques oraux. Les auteurs concluent que l'hétérogénéité des approches de traitement souligne le besoin d'une directive standardisée basée sur des preuves scientifiques et un consensus d'experts pour optimiser la prise en charge des ongles incarnés [11].

Concernant le traitement par phénolisation, une nouvelle étude également publiée cette année dans *Dermatologic Surgery* [12] a évalué l'efficacité d'une matricectomie partielle par phénolisation de 45 secondes pour le traite-

Quoi de neuf en chirurgie unguéale ?

1. Bone wax [10]

Une astuce espagnole publiée dans le *JAAD* propose l'utilisation de cire à os comme alternative efficace et économique pour couvrir les PDS du lit



Fig. 8: Bone wax.



Fig. 7: Double lambeau d'avancement V-Y.

ment de l'ongle incarné. L'étude, menée sur 802 interventions chirurgicales, a révélé un taux de récurrence remarquablement bas de 1,87 % après 6 mois de suivi. Cette technique, utilisant une solution de phénol à 88 % pendant seulement 45 secondes, s'est avérée aussi efficace que des applications plus longues rapportées dans la littérature, tout en suggérant une possible réduction de la morbidité post-opératoire. Les auteurs concluent que cette méthode est sûre, facile à réaliser, peu coûteuse et moins chronophage, offrant une alternative aux techniques conventionnelles de traitement de l'ongle incarné.

Enfin, une astuce toute simple, publiée dans le *JAAD* cette année, montre comment traiter non chirurgicalement un ongle incarné en utilisant des compresses non tissées imprégnées d'alcool, glissées sous l'ongle à l'aide d'un manche à fil dentaire (*fig. 9*) [13].



Fig. 9 : Fil dentaire avec manche.

3. Signes d'invasivité d'un mélanome unguéal [14]

Une étude rétrospective, menée par Lee *et al.* dans le *Dermatologic surgery*, a analysé les facteurs cliniques permettant de distinguer un mélanome unguéal d'une mélanonychie longitudinale bénigne. L'étude a porté sur 177 patients (97 cas bénins et 80 mélanomes) et a identifié cinq indicateurs clés de malignité (*fig. 10*) :

- une forte intensité de couleur de la bande pigmentée (B) ;
- la variation de texture ou de couleur (A) ;
- un dédoublement de la tablette unguéale (C) ;
- un signe de Hutchinson ;
- un changement récent de la bande mélanonychique.



Fig. 10 : Signes d'invasivité du mélanome unguéal.

Le dédoublement de la tablette unguéale s'est également révélé être un indicateur significatif de mélanome invasif.

Cette étude fournit des critères cliniques précieux pour aider les dermatologues à identifier les mélanomes invasifs unguéaux.

4. Y a-t-il un intérêt à biopsier le signe de Hutchinson pour le diagnostic du mélanome unguéal ? [15].

Cet article paru dans les *Annales de dermatologie et de vénéréologie* aborde la question de la biopsie du signe de Hutchinson pour le diagnostic du mélanome unguéal. Le signe de Hutchinson, caractérisé par une pigmentation des tissus péri-unguéaux, est un

I L'Année thérapeutique

indicateur important de mélanome de l'appareil unguéal chez l'adulte comme mentionné dans l'article précédent. L'étude discute de l'utilité et des limites de la biopsie de ce signe, soulignant que bien qu'elle puisse parfois révéler des caractéristiques histopathologiques du mélanome, elle peut aussi être trompeuse dans certains cas (lorsqu'elle montre une pigmentation sans prolifération mélanocytaire, qu'il y a une discordance sur l'invasivité entre la biopsie et l'exérèse, que l'interprétation est erronée avec confusion avec un naevus de type MANIAC...). Les auteurs concluent que la biopsie matricielle reste la référence pour le diagnostic de mélanome unguéal, et que si une biopsie du signe de Hutchinson est réalisée, elle doit être accompagnée d'informations cliniques détaillées (comme celles mentionnées dans l'article précédent) et interprétée en étroite collaboration entre dermatologue et dermatopathologiste.

5. L'intérêt de la chirurgie micrographique de Mohs (CMM) pour les carcinomes épidermoïdes (CE) unguéaux [16]

Une étude récente, publiée par une équipe de l'université de Pennsylvanie, apporte de nouvelles données encourageantes sur l'efficacité de la CMM dans le traitement des CE de l'appareil unguéal. Cette étude rétrospective, la plus importante à ce jour avec 101 patients et 117 tumeurs, a révélé un taux de récurrence locale remarquablement bas de 1,7 % sur un suivi moyen de 2,5 ans. Ces résultats renforcent l'intérêt croissant pour la CMM comme option thérapeutique de choix, permettant une préservation tissulaire optimale tout en assurant un contrôle oncologique efficace.

■ Trucs et astuces

1. Personnaliser sa table Mayo pour la gestion des objets contondants [17]

Une équipe de chercheurs chinois propose une solution simple et efficace



Fig. 11 : Aimant néodyme sous le champ opératoire.

pour améliorer la gestion des objets tranchants lors des interventions chirurgicales dermatologiques. Leur méthode consiste à utiliser un aimant permanent en néodyme, fixé sous le champ stérile de la table d'instruments (fig. 11). Cet aimant permet de maintenir les objets tranchants en place, réduisant ainsi le risque de blessures accidentelles pour le personnel médical et améliorant le déroulement des procédures chirurgicales. Cette astuce présente plusieurs avantages : elle est économique, réutilisable et ne nécessite pas de stérilisation contrairement aux aimants placés à l'intérieur du champ opératoire.

2. Utilisation d'un gant chirurgical stérile pour transfert de greffes de peau fine pour le traitement du vitiligo [18]

Une astuce intéressante dans le domaine de la greffe épidermique pour le traitement du vitiligo a été présentée par Gupta *et al.* dans le JAAD. Les auteurs proposent l'utilisation d'un gant chirurgical stérile gonflé en ballon pour faciliter le transfert des greffons épidermiques obtenus par succion (fig. 12). Cette technique simple et économique offre plusieurs avantages : elle est stérile, atraumatique, nécessite peu de pression et permet de transférer plusieurs greffons à la fois. Le gant gonflé, préalablement humidifié avec du sérum physiologique stérile, offre une surface souple et adap-



Fig. 12 : Greffes de peau fines "collées" par capillarité à un gant stérile gonflé.

table, particulièrement utile pour les zones courbes du corps. Cette méthode simple pourrait améliorer l'efficacité et la précision des greffes épidermiques dans le traitement chirurgical du vitiligo.

3. Ressusciter son feutre chirurgical [19]

On a tous connu la panne du feutre chirurgical. Une astuce publiée dans le JAAD montre comment extraire la pointe de son stylo avec un porte-aiguille, la retourner à 180° pour accéder à l'encre non utilisée située sur la partie interne, à l'intérieur du stylo (fig. 13). Cette méthode astucieuse réduit non seulement les déchets chirurgicaux,



Fig. 13 : Réutilisation d'un feutre chirurgical.

mais permet également d'économiser du temps et des ressources pendant les interventions.

4. Points/degré d'éversion [20]

Une nouvelle approche pour optimiser l'éversion des berges d'une plaie en chirurgie dermatologique a été présen-

tée dans un article du *JAAD*. Les auteurs introduisent le concept de "différentiel de hauteur de suture intradermique", qui se réfère à la distance verticale entre le point le plus profond de la suture dans le derme (A) et son point de sortie près de l'incision (B) (*fig. 14*). Ce concept permet aux chirurgiens de mieux comprendre et contrôler le degré

d'éversion ou d'inversion des berges de la plaie, indépendamment de la technique de suture spécifique utilisée. En manipulant soigneusement l'angle d'entrée de l'aiguille et la courbure de son trajet, les chirurgiens peuvent ajuster avec précision ce différentiel de hauteur pour obtenir l'inversion ou l'éversion optimale souhaitée.

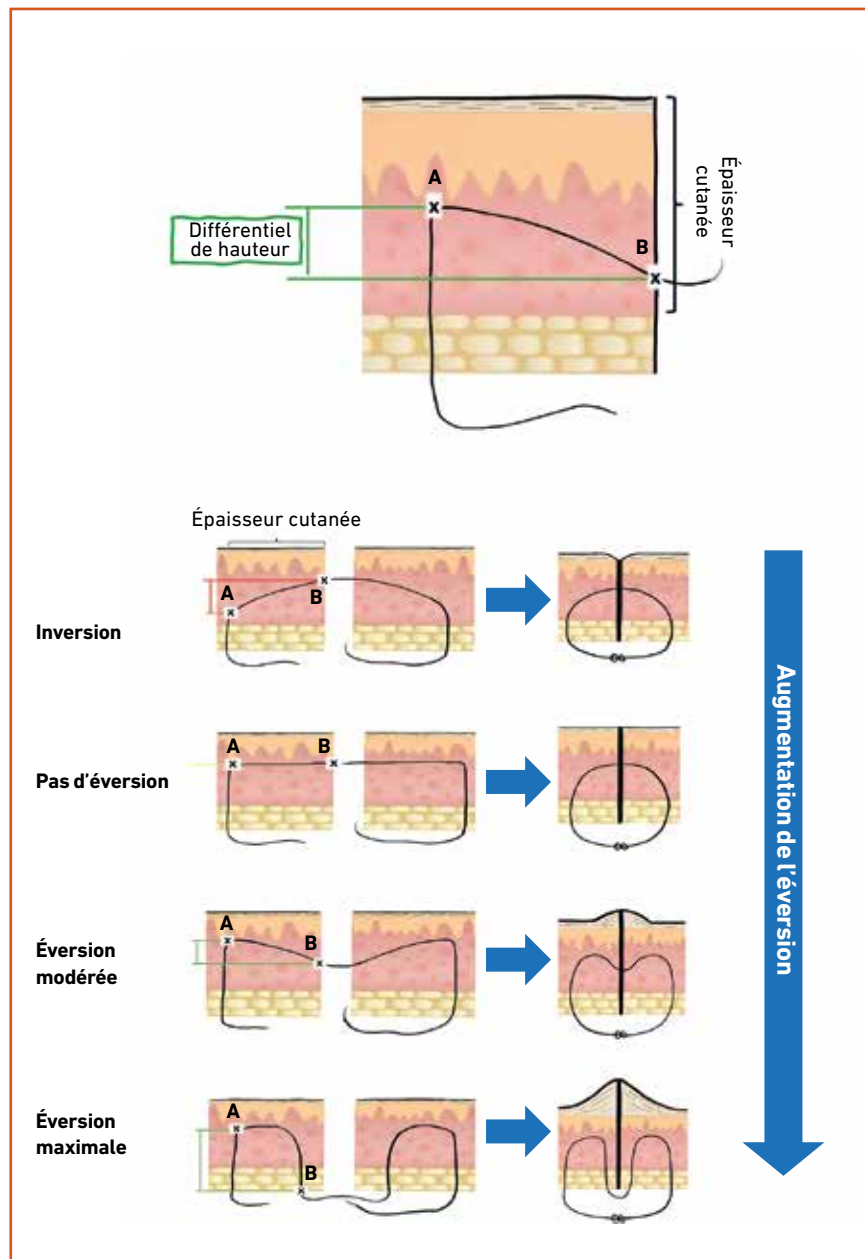


Fig. 14 : Concept du point d'éversion.

5. Fabrication d'un bistouri double lame pour une CMM [21]

Les bistouris double lame offrent un gain de temps essentiel dans la réalisation de CMM. Cependant, peu de modèles sont en vente et leurs prix sont parfois excessifs. Une équipe de dermatologues espagnols a conçu un scalpel à double lame "fait maison". Ils ont fixé deux lames de scalpel sur deux manches type "Swann Morton" distincts, face à face. Une des deux lames est montée dans le sens inverse (*fig. 15*) de telle sorte que la distance entre les deux lames, une fois les deux manches scotchés côte à côte avec un ruban adhésif stérile, soit de 3 mm (*fig. 16*). Cela permet de réaliser facilement des collerettes dans la chirurgie de Mohs des mélanomes de Dubreuilh *in situ*.



Fig. 15 : Lame montée à l'envers sur l'un des manches.



Fig. 16 : Bistouri double lame "fait maison".

I L'Année thérapeutique

6. Comment réaliser une captation vidéo efficace pour ses chirurgies ? [22]

Les systèmes de captation vidéo en chirurgie sont souvent coûteux, limitant leur accessibilité aux chirurgiens. Les auteurs de cet article ont développé un système de caméra intégré au scialytique à la fois pratique et abordable, pour l'enregistrement vidéo des interventions dermatologiques. Ce système ingénieux utilise un trépied compact avec des pieds flexibles qu'on peut trouver à bon marché dans des grandes enseignes, fixé à la poignée de la lampe chirurgicale à l'aide de colliers de serrage en plastique, sur lequel est montée une caméra d'action type GoPro® (fig. 17). Cette solution offre une stabilité d'image excellente et un angle de vue optimal, tout en étant beaucoup moins coûteuse que les systèmes commerciaux similaires. La vidéo captée avec ce système montrée dans cet article est d'une qualité se rapprochant de systèmes professionnels. Les auteurs soulignent que cette innovation pourrait grandement contribuer à la formation en chirurgie dermatologique en rendant l'enregistrement vidéo plus facile et standardisé.



Fig. 17 : Système de captation vidéo "fait maison".

■ Mises au point et perspectives

1. Gestion du risque infectieux en chirurgie dermatologique [23]

Cette revue exhaustive de la littérature aborde la gestion du risque infectieux en chirurgie dermatologique, un sujet d'importance croissante compte tenu de l'augmentation des cancers cutanés.

L'article souligne que le taux d'infection postopératoire est généralement faible (0,7 à 7,6 %) mais varie selon la complexité de l'intervention (avec décollement et temps long de réparation) et la localisation. Les auteurs détaillent les facteurs de risque incluant le type d'intervention (lambeaux et greffe vs exérèse suture simple), la localisation anatomique (proche d'un gîte, d'une zone humide, avec hyperséborrhée comme le creux axillaire, les oreilles, les lèvres, zone périnariaire et en dessous du genou) et les comorbidités du patient (diabète et tabac principalement).

Les mesures préventives y sont également exposées, insistant sur l'import-

tance de l'antisepsie et de l'asepsie (avec notamment l'utilisation de produits antiseptiques alcooliques, la non-nécessité de dépiler une zone, port de gants stériles lors de procédures complexes, etc.), de la technique chirurgicale et de la maîtrise de l'hémostase.

Ils remettent en question la nécessité systématique d'antibioprophylaxie et soulignent l'efficacité de la décontamination nasale préopératoire.

L'article aborde également les nouveaux risques liés aux fumées chirurgicales produites par les lasers et l'électrocoagulation, appelant à une meilleure sensibilisation des praticiens au port de masques FFP2.

2. Effets indésirables lors d'une prescription d'antibioprophylaxie périopératoire (ABPP) [24]

Pour corroborer cette notion de non-nécessité de prescrire une ABPP, cette étude rétrospective mondiale publiée dans le *JAAD* a examiné les effets indésirables liés à l'utilisation d'ABPP en chirurgie dermatologique. L'analyse, portant sur près de 1 million de patients, a révélé que 14 % des patients ont reçu une ABPP, principalement de la céfalaxine, de la clindamycine ou de la doxycycline. Les résultats montrent une augmentation du risque d'effets indésirables de 0,312 % chez les patients recevant une ABPP, avec des complications allant d'anomalies biologiques mineures à des réactions potentiellement mortelles. Les effets indésirables les plus fréquents étaient des anomalies rénales et hépatiques, ainsi que des diarrhées. L'étude souligne que pour 321 patients recevant une ABPP, un développera un effet indésirable, remettant en question l'utilisation systématique d'antibiotiques prophylactiques en chirurgie dermatologique, étant donné le faible taux d'infections du site opératoire et l'absence de réduction significative de ce risque avec l'ABPP.

3. Risque de bactériémie, d'infection sur prothèse et d'endocardite secondaire à une chirurgie dermatologique [25]

Une revue systématique récente, sur l'incidence de la bactériémie, de l'endocardite infectieuse et des infections de prothèses articulaires après une chirurgie dermatologique, a révélé des résultats rassurants. L'étude a montré un taux globalement faible de bactériémie (0 % à 7 %) et peu de cas d'endocardite infectieuse en lien avec la chirurgie cutanée. Aucun cas d'infection de prothèse articulaire directement lié à la chirurgie dermatologique n'a été identifié. Cependant, les auteurs soulignent le manque de données publiées sur ce sujet, mettant en évidence la nécessité de recherches supplémentaires, en particulier d'essais contrôlés randomisés, pour guider les recommandations sur l'antibioprophylaxie en chirurgie dermatologique chez cette population vulnérable. Cette revue remet également en question la nécessité systématique d'antibiotiques prophylactiques chez les patients immunocompétents.

4. Complications hémorragiques des CMM sous nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) [26]

Une étude récente publiée dans le *Dermatologic Surgery* apporte de nouvelles perspectives sur l'utilisation des AOD en CMM. Cette étude rétrospective sur 5 ans, incluant 2 181 cas de CMM, a révélé que la monothérapie par AOD n'augmentait pas significativement le risque de complications hémorragiques postopératoires par rapport aux patients ne prenant aucun traitement anticoagulant/anti-agrégant. Cependant, la thérapie combinée AOD-aspirine était associée à un risque accru de saignement (OR : 20,5, IC95 % : 3,99-105,7 ; $p < 0,001$). Ces résultats confirment que la monothérapie par AOD peut être maintenue en toute sécurité pendant la CMM, mais que la combinaison AOD-aspirine pourrait nécessi-

ter une évaluation attentive des risques et bénéfices.

5. Est-il possible de mouiller sa cicatrice lors de la toilette suivant l'intervention ? [27]

“Docteur, puis-je mouiller ma cicatrice sous la douche ce soir ?”.

Une étude randomisée contrôlée publiée dans le *JAAD* apporte une réponse à cette question en démontrant que l'exposition précoce à l'eau (après 6 heures) des plaies chirurgicales cutanées n'augmente pas le risque d'infection postopératoire par rapport aux soins standards (pansement sec pendant 48 heures). L'étude, menée sur 437 patients, n'a révélé aucune différence significative dans les taux d'infection, d'hématome ou d'ecchymose entre les deux groupes. De plus, la qualité des cicatrices à 6 mois était comparable. Ces résultats suggèrent que les patients peuvent reprendre leurs habitudes d'hygiène personnelle plus tôt après une chirurgie cutanée, sans compromettre la guérison de la plaie ou le résultat esthétique.

6. Peut-on réaliser la procédure du ganglion sentinelle après la reprise chirurgicale d'un mélanome ? [28]

Une étude publiée dans *Dermatologic Surgery* cette année remet en question la pratique courante de retarder la reprise chirurgicale des mélanomes afin de la combiner à la procédure du ganglion sentinelle (GS). Les auteurs ont effectué une revue de la littérature et n'ont trouvé aucune preuve que la reprise chirurgicale préalable au GS compromette l'identification de ce dernier. L'étude conclut qu'il n'y a pas de base scientifique pour retarder la reprise chirurgicale du mélanome, geste essentiel pour éviter sa dissémination, au moment de la procédure du GS. Cette conclusion pourrait potentiellement accélérer le traitement chirurgical des mélanomes, bien que les auteurs notent que l'impact des grands

lambeaux de rotation sur la précision de la recherche du GS nécessite des études supplémentaires.

7. Virus oncolytique néoadjuvant pour les CBC difficilement opérables [29]

Enfin, pour finir, un œil vers l'avenir avec une avancée prometteuse dans le traitement des CBC difficilement opérables, rapportée dans un essai de phase II, présenté cette année dans *Nature*. L'étude, menée par des dermato-oncologues de l'université de Vienne, a exploré l'utilisation du talimogène laherparepvec (T-VEC), un virus oncolytique dérivé de l'herpès, comme traitement néoadjuvant. Sur 18 patients présentant des CBC difficilement opérables, 50 % ont vu leur tumeur suffisamment réduite pour permettre une résection simplifiée après seulement 13 semaines de traitement, avec une diminution médiane de 62 % de la taille tumorale. Cette approche innovante pourrait offrir une alternative sûre et efficace aux inhibiteurs de la voie de signalisation Hedgehog, notamment pour les patients âgés avec des comorbidités, en simplifiant la chirurgie et en améliorant les problèmes de tolérance. Les résultats encourageants, incluant un taux de survie sans rechute de 100 % à 6 mois et des effets secondaires minimes, ouvrent de nouvelles perspectives pour la prise en charge des CBC avancés.

BIBLIOGRAPHIE

1. DAUDE M, DINULESCU M, NGUYEN JM *et al.* Efficacy of imiquimod in the management of lentigo maligna. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023;37:1785-1791.
2. REYNAUD B, JACQUEMUS J, CHABAUD S *et al.* Benefit of skin surgical revision in high-risk basal cell carcinoma according to histopathological margins. *Br J Dermatol*, 2024;190: 129-131.
3. THOMPSON KG, TRIPATHI R, JEDRYCH J *et al.* Factors associated with residual tumor at time of mohs micrographic surgery for basal cell and squamous cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol*, 2024;91: 1158-1166.

L'Année thérapeutique

4. SHI KY, MATSUMOTO A, NIJHAWAN RI. Repair of a combined nasal sidewall/cheek/medial canthus defect. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e123–e124.
5. SEINE AJ, BROWN AC, SALMON PJM *et al*. How we do it: alar advancement flap for small medially based alar defects. *Dermatol Surg*, 2024;50:105-106.
6. MITKOV M, GRIFFITH J, DYSON M *et al*. Repair of alar defects using the alar rotation flap: our experience with 394 patients. *Plast Reconstr Surg*, 2021; 147:169-175.
7. KIM Y, DECKER A, LAWRENCE N. How we do it: shark island pedicle flap for alar crease defects. *Dermatol Surg*, 2024;50: 293-294.
8. MASSON E. Lambeau de rotation-transposition nasal: “polyrhombic flap”. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/1641296/lambeau-de-rotation-transposition-nasal-polyrhomb> (accessed 2025-01-28).
9. PACI K, CARRASQUILLO OY, MERRITT B. How we do it: medial canthal repair via double V to Y advancement flap. *Dermatol Surg*, 2024;50:1073-1075.
10. DE NICOLAS-RUANES B, AZCARRAGA-LLOBET C, JIMENEZ-CAUHE J. Use of bone wax as a nail bed dressing after excision of subungual tumors. *J. Am. Acad. Dermatol*, 2024;90:e167-e168.
11. DRESSLER C, NAST A, HEUER R *et al*. Ingrown toenails: a survey among dermatologists on current. *Dermatol Surg*, 2024;50:260-266.
12. SILVA NCS, MATTER A, DI CHIAICCHIO N *et al*. Evaluation of the recurrence rate of ingrown toenail after a 45-second matrix cauterization with phenol. *Dermatol Surg*, 2024;50:1050-1055.
13. SUN Y, LAN CCE, TSAI TY *et al*. Using dental floss pick and alternative packing material for ingrown toenails: a video demonstration. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e115-e116.
14. LEE SG, OH BH, CHUNG KY *et al*. Looking beyond the hutchinson sign: a retrospective study of clinical factors indicating the presence and invasiveness of nail unit melanoma in patients with longitudinal melanonychia. *Dermatol Surg*, 2024;50:21–27.
15. MASSON E. Biopsie du signe de Hutchinson: oui ou non? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1640112/biopsie-du-signe-de-hutchinson>
16. VEERABAGU SA, ZHANG J, KRAUSZ AE *et al*. Low local recurrence rates after mohs micrographic surgery for cutaneous squamous cell carcinoma of the nail unit. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:832-833.
17. ZHUANG LE, QIANG CHEN F, SUN Q. Use of a permanent magnet to control surgical sharps. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e91-e92.
18. GUPTA S, JANGRA RS, KHATRI M *et al*. Balloned glove for smooth epidermal graft transfer in vitiligo. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e7-e8.
19. AFZAL UM, ALI FR. Prolonging the lifespan of surgical markers during dermatologic surgery. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e113-e114.
20. DUNN C, YAG-HOWARD C, NATHOO R *et al*. Dermal suture height differential: the secret to simplifying and optimizing wound edge eversion. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:e169-e170.
21. GIL-PALLARES P, MATEI MC, ÁLVAREZ-SALAFRANCA M *et al*. Handmade double-blade scalpel for mohs surgery. *J Am Acad Dermatol*, 2024;91:e155-e156.
22. ERDEM O, GÜREL MSA. Practical and affordable surgical light-integrated camera system for dermatologic surgery video recordings. *J Am Acad Dermatol*, 2025;92:e39-e40.
23. ROLLAND, M, AMICI JM. Gestion du risque infectieux en chirurgie dermatologique. *Ann Dermatol Vénéréologie – FMC*, 2024;4:242-253.
24. LAUCK KC, CHO SW, RICKSTREW J *et al*. Adverse events after empiric antibiotic administration in dermatologic surgery: a global, propensity-matched, retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*, 2024;90:1065-1067.
25. MCKESEY J, MAZHAR M, ALAM M *et al*. Incidence of bacteremia, infective endocarditis, or prosthetic joint infection in dermatologic surgery: a systematic review. *Dermatol Surg*, 2024; 50:428-433.
26. FAHMY LM, DOWD ML, LOESCH E *et al*. Postoperative bleeding complications associated with novel oral anticoagulants in mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg*, 2024;50:1-4.
27. SAMAAAN C, KIM Y, ZHOU S *et al*. Early postoperative water exposure does not increase complications in cutaneous surgeries: a randomized, investigator-blinded, controlled trial. *J Am Acad Dermatol*, 2024;91:896-903.
28. TASSAVOR M, BLAND M, GOLDENBERG O *et al*. Wide local excision before sentinel lymph node biopsy in melanoma. *Dermatol Surg*, 2024;50:894-897.
29. RESSLER JM, PLASCHKA M, SILMBROD R *et al*. Efficacy and tolerability of neo-adjuvant therapy with talimogene laherparepvec in cutaneous basal cell carcinoma: a phase II Trial (NeoBCC Trial). *Nat Cancer*, 2025;6:51-66.

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