



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Quoi de neuf en dermatologie instrumentale ?

What's new in instrumental dermatology?

J.-M. Amici

Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux, 1, rue Jean-Burquet, 33000 Bordeaux, France

MOTS CLÉS

Biopsie ;
Anticoagulant ;
Lambeau bilobé ;
Cicatrisation

Résumé

Ce quoi de neuf en dermatologie instrumentale se focalise sur chaque étape de la chirurgie cutanée oncologique. Pour ce faire, une revue de la littérature 2012-2014 a été effectuée. Les points forts concernent en premier lieu la capacité des dermatologues à effectuer une bonne lecture carcinologique des tumeurs, préalable indispensable à un traitement chirurgical radical. Avantages et inconvénients de la biopsie sont abordés. Le deuxième message concerne les anticoagulants qui en règle générale ne doivent pas être interrompus ni modifiés en vue d'une chirurgie cutanée. Malgré des recommandations établies, cette pratique n'est pas suivie dans 40 % des cas et il faut insister sur ce point car les complications hémorragiques sont bénignes, sans commune mesure avec la morbidité des accidents thrombotiques à l'arrêt de ces médications. Concernant le risque infectieux, le portage nasal de *Staphylococcus aureus* est un facteur de risque d'infection du site opératoire ; la douche préopératoire à la chlorhexidine et la décolonisation topique par mupirocine réduisent ce risque. Les techniques chirurgicales évoluent vers le minimalisme à la recherche du moindre décollement et de la moindre rançon cicatricielle. Sur le tronc, cela passe par des sutures profondes, utilisant des fils à résorption lente avec un intérêt démontré à utiliser en complément des sutures adhésives. Sur la face, la chirurgie du tiers inférieur du nez est la plus difficile car à proximité des bords libres qui sont déformables. Pour cela ont été développés des lambeaux de transposition uni, bi ou trilobés qui respectent l'unité esthétique nasale et n'exercent aucune tension ni déformation des bords libres narinaires. Concernant l'accompagnement cicatriciel, la tendance à développer une hypertrophie cicatricielle précoce de ces lambeaux est mieux définie et un traitement précoce par injection de corticoïde retard constitue une solution prometteuse. Enfin les mécanismes de l'efficacité de la compression dans le traitement et la prévention des cicatrices dystrophiques s'éclairent grâce à la mise en évidence de voies de signalisation de mécanotransduction cellulaire, qui régulent la qualité de la synthèse du collagène et l'agencement de la fibrose.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Correspondance.

Adresse e-mail : jmamici@gmail.com

KEYWORDS

Biopsy;
Antithrombotic
treatment;
Bilobed flap;
Scarring

Abstract

This “What’s new in instrumental dermatology” focuses on cutaneous oncologic surgery, based on a review of the 2012-2014 literature. First, the ability of dermatologists to make a good “oncologic reading of tumors” is the key of radical surgical treatment. Advantages and disadvantages of the biopsy are discussed. Then, the second message is the management of anticoagulants, that should not be interrupted for skin surgery. Despite recommendations, this practice is not followed in 40% of cases; this point is critical because bleeding complications are minor compared to potential morbidity of thrombotic events when stopping these medications. Regarding infection, nasal carriage of *Staphylococcus aureus* is identified as a risk factor for wound infection. A preoperative shower with chlorhexidine and mupirocin topical decolonization of nostril reduces this risk. Surgical techniques are trying to reach minimalism, by reducing undermining and scarring. On the trunk, using deep slow resorbable sutures improve scarring. In addition using adhesive sutures (strip) reduce the wideness of scar. On the face, the lower third of the nose is the most challenging because of the free edges, which are deformable. In this location bilobed or trilobed transposition flap offer the advantage of remaining in the nasal aesthetic unit and not disturbing the free edges of the nasal orifices. Regarding scarring, early hypertrophic scar is now well defined and linked with transposition flaps of the nasal region. An early treatment with intralesional corticosteroid injection appears to be effective. Finally, the biological mechanism of the effectiveness of compression in the prevention and treatment of dystrophic scar is now clear. The mechanotransduction explain how a mechanical stress of the skin activates biological cell pathways, which regulate the quality of collagen synthesis and the arrangement of skin fibrosis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Pièges de la biopsie du carcinome basocellulaire (CBC) avant un traitement chirurgical

La biopsie a tendance à s’imposer au visage, à visée diagnostique, pronostique, et médico-légale, surtout lorsqu’une plastie est nécessaire pour reconstruire la perte de substance (PDS). Cependant, ce geste soulève des questions. En effet, la biopsie ne vaut que pour l’endroit biopsié et ne peut parfois préciser le type histologique, pouvant méconnaître un type agressif. Une étude rétrospective sur des biopsies a évalué la valeur prédictive positive (VPP) du sous type de 500 CBC primitifs et la prévalence des formes agressives sous-évaluées [1]. On comparait les résultats histologiques de la biopsie et ceux de la pièce d’excision complète. La VPP moyenne de la biopsie tous types confondus était de 69 % : 83 % pour les sous types uniques et 37 % pour les sous types mixtes. Sa performance diminue avec l’agressivité du CBC passant de 84 % pour les CBC superficiels à 69 % pour les infiltrants, 63 % pour les nodulaires et 38 % pour les micronodulaires. La biopsie ignore 11 % de formes agressives de CBC avec pour conséquence une réduction inappropriée des marges d’exérèse. Ceci pourrait par ailleurs en partie expliquer certains échecs de traitements alternatifs à la chirurgie (imiquimod ou PDT) utilisés à tort pour des CBC non superficiels.

La biopsie peut induire d’autres inconvénients en emportant la majorité d’une petite lésion. Elle complique alors le repérage de la tumeur résiduelle, de ses limites, et peut induire un risque d’erreur de site de reprise chirurgicale.

Une étude s’est donnée pour objectif principal d’établir les moyens de minimiser les erreurs de sites. Une

recommandation par consensus formalisé d’experts a été établie selon la méthode Delphi comportant une revue de la littérature et l’interview structurée, retranscrite et codée de 25 experts [2]. Des moyens de minimiser les erreurs de site ont ainsi été proposés :

- au moment de la biopsie par la réalisation d’une photo avec marquage de la lésion biopsiée incluant des repères anatomiques : on peut utiliser un V de repérage par la mesure de deux distances séparant la lésion de repères anatomiques fixes (commissure, canthus, tragus...) ;
- au moment du traitement chirurgical : il est recommandé de donner un miroir au patient, de lui faire pointer lui-même le site, de marquer le site au feutre dermatographique et de demander au patient de confirmer le site [3]. Enfin le repérage tumoral repose avant toute chose sur un examen clinique cutané attentif que nous dénommons « la lecture carcinologique ».

À qui confier la prise en charge chirurgicale du CBC ?

Le traitement chirurgical des CBC est un domaine partagé avec la chirurgie plastique, ORL, maxillofaciale et oculo-plastique. Une étude rétrospective concernant 921 CBC/750 patients a évalué le taux d’exérèse incomplète selon que le CBC ait été opéré par des dermatologues ou par différents chirurgiens et a recherché des facteurs associés aux différences entre les spécialités [4]. Le taux global d’exérèse incomplète était de 12 %, significativement plus bas chez les dermatologues (6,7 %) vs les autres spécialités

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3186404>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3186404>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)