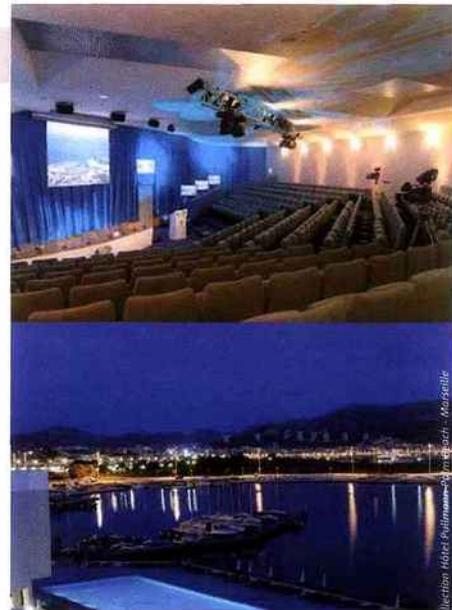




S'INFORMER
REPORTAGE



Anne LE PILLOUER-PROST,
Anna LEVY*, Brigitte TACK*
*Dermatologue - Hôpital privé Clairval
13009 Marseille
*CHU Sainte-Marguerite - 13009 Marseille
*6, rue Chaussée-Ferrée - 14000 Caen



Marseille, 16-17 octobre 2009

3^{es} Journées de formation régionale ADEESSE 2009

Les 3^{es} journées de formation ADEESSE (Association de dermatologie esthétique du sud-est) se sont tenues à Marseille les 16 et 17 octobre derniers. Cet article aborde la prise en charge du visage vieillissant et, en particulier, des poches malaires et des sillons naso-géniens puis les spécificités et les difficultés du rajeunissement du dos des mains. Les principes de la consultation anti-âge et les « Quoi de neuf » en dermatologie esthétique, lasers et cicatrices ont été publiés dans *Nouv Dermatol 2009* ; 28 : 518-522.

D'après Guy MAGALON

Analyse sémiologique du visage vieillissant

Le Pr Magalon, chef de service en chirurgie esthétique et plastique à l'hôpital de la Conception à Marseille, nous a fait l'honneur d'un exposé brillant sur toute son expérience du vieillissement du visage et son analyse clinique en pratique. Les facteurs déterminants du vieillissement sont

la génétique (et l'ethnie tout particulièrement) mais aussi l'environnement. C'est au niveau du derme que les différences ethniques sont les plus importantes avec une diminution de l'épaisseur du derme pouvant être multipliée par 3, du fait d'une diminution des fibres élastiques. Un des modèles est la progéria maladie dans laquelle il existe une mutation du gène LMNA, qui conduit à un vieillissement accéléré. Récemment, 3 chercheurs américains ont reçu le prix Nobel de Médecine pour avoir découvert la relation entre raccourcissement des télomères et vieillissement. L'étude de Guyuron de 2006 sur les jumeaux « twins » a montré que les minces paraissent plus jeunes comparés aux obèses mais que, à partir d'un certain âge, la règle est inversée : ce sont alors les obèses qui paraissent plus jeunes. Le rôle du BMI ne doit donc pas être oublié. Les autres facteurs impliqués sont le tabac, l'exposition solaire, la consommation d'alcool, les facteurs de stress. La prise d'un THS est un facteur protecteur par rapport au vieillissement.

La prise de photos est indispensable lors d'une « consultation vieillissement » et il peut être intéressant de les comparer à des photos de l'individu plus jeune, ou de ses apparentés, pour avoir une analyse plus précise de l'évolution du visage. Schématiquement, le visage se compose de 4 zones qui doivent être analysées de manière isolée : la zone fronto-palpébrale, la zone palpébrale divisée en

paupière supérieure et paupière inférieure, la zone centro-faciale (en relation avec le vieillissement endobuccal, dents, gencives et maxillaires), et la zone face et cou. Il faudra tenir compte des volumes (visages creusés, orbites...) et de la qualité de la peau avec la présence de rides, de taches et d'irrégularités du relief épidermique, pour décider des techniques appropriées. La prise en charge sera personnalisée, en fonction des souhaits de la patiente ++, en expliquant toujours les avantages, les inconvénients et les résultats prévisibles des différentes techniques. Deux conseils : ne pas opérer un individu dont le poids est instable ++ et demander un avis psychiatrique pour tout patient traité au long cours pour une pathologie psychiatrique.

Poches malaires

LE POINT DE VUE DE L'INTERNISTE

D'après Christine SERRATRICE

Il est difficile de définir cette entité sur le plan anatomique, puisque de nombreux phénomènes tels que l'excès de graisse, l'excès cutané ainsi que la sénescence du muscle orbiculaire sont intriqués et interagissent de diverses manières. Ceci doit conduire à une analyse séméiologique précise des poches malaires afin d'en apprécier les caractéristiques chez chaque individu avant de le traiter. Les facteurs favorisants des poches malaires sont : la ménopause, la génétique, le tabac, l'obstruction nasale chronique et en particulier la rhinite allergique, les troubles buccodentaires, les affections endocriniennes. Attention : Le clinicien doit se méfier lorsqu'il existe une poche malaire unilatérale, une altération de l'état général, un œdème péri-orbitaire associé ou un œdème des membres inférieurs. Il faut alors suspecter une origine organique et éliminer, même si ces étiologies sont rares :

- une hypoprotidémie s'intégrant dans un syndrome néphrotique ;
- lipomatose malaire souvent associée à d'autres signes d'hypercorticisme et induite par la corticothérapie (littérature : 4 cas) ;
- métastases malaires (4 cas) en particulier des cancers naso-pharyngés,
- granulomes malaires (VIH, maladie de Wegener, tuberculose).

LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN ORL

D'après Frédérique FACON

Les causes ORL des poches malaires et des œdèmes des paupières inférieurs doivent toujours être évoquées car elles sont fréquentes (interrogatoire et examen avant toute injection de ces régions). On distingue :

- les causes dysfonctionnelles qui vont retentir sur la croissance du massif facial : mauvais drainage

nasal, obstruction nasale chronique (atopie) parfois précoce ;

- les causes dysmorphiques : les déviations septales en général, les malformations osseuses congénitales ou traumatiques (boxeurs, luxation septale lors de l'accouchement) ou tumorales comme les tumeurs bénignes de la polypose naso-sinusienne déformante.

L'interrogatoire recherche des signes d'obstruction nasale, les données d'examen sont la position du regard, l'occlusion dentaire et l'existence d'une respiration bouche ouverte. Enfin, l'examen endoscopique recherche une anomalie de la muqueuse respiratoire, une tumeur, une déviation septale. On peut s'aider enfin d'une TDM du massif facial ou d'une rhinomanométrie.

LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN OCULO-PLASTIQUE : LES COMPLICATIONS DES INJECTIONS D'ACIDE HYALURONIQUE DANS LA RÉGION PÉRI-ORBITAIRE

D'après Thierry MALET

Prévention

- utiliser uniquement des acides hyaluroniques faiblement à moyennement réticulés, mais JAMAIS d'acide hyaluronique fortement réticulé dans les cernes. Si l'injection volumatrice de produits réticulés est nécessaire, il faut alors se décaler dans les pommettes.
- les injections dans les cernes doivent être très prudentes car grandes pourvoyeuses d'ecchymoses (peau très fine) et d'œdèmes qui peuvent persister dans 16 % des cas ++.
- Pour éviter ces effets secondaires, il faut non seulement injecter un acide hyaluronique faiblement réticulé en petites quantités et en plusieurs fois si nécessaire, mais aussi l'injecter dans le derme et non pas dans le muscle, et ne jamais « surcorriger »,

Gestion

- les corticoïdes injectables sont rarement employés et sont d'efficacité inconstante ;
- il faut citer la hyaluronidase (hors AMM), qu'il faut tester avant utilisation (car allergisante) par un prick-test plus que par un test intradermique avec lecture à 48, 72 heures et 15 jours. Desinfiltal® à diluer dans 4 ml de sérum physiologique et injecter 0,2-0,3 cc en profondeur ;
- sinon il reste le traitement chirurgical : extraction directe avec rançon cicatricielle.

LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN PLASTICIEN

D'après Thierry BESINS

Sur le plan anatomique, plusieurs hypothèses peuvent expliquer la constitution des poches malaires : distension ligamentaire, recul du maxillaire, hypotonie du muscle orbiculaire et excès acquis ou

congénital de graisse. Cette région autonome, mal vascularisée et mal drainée, est particulièrement délicate à prendre en charge.

L'interrogatoire doit rechercher :

- des antécédents de chirurgie ou d'injections dans cette zone ;

- le caractère congénital ou familial des poches ;

- leur caractère labile ou permanent ;

- une intoxication tabagique et/ou alcoolique.

L'examen doit préciser

- la dureté à la palpation et le volume des poches ;

- la laxité cutanée ;

- la réduction à la contraction volontaire douce puis forcée du muscle orbiculaire (hernie graisseuse ?).

Si la contraction fait disparaître la poche, attention à la iatrogénicité de l'injection de toxine botulique dans la paupière inférieure qui aggravera les signes.

Une technique chirurgicale révolutionnaire, la technique RARE, peut être particulièrement spectaculaire lorsque les indications sont bien posées pour leur traitement radical. Elle consiste en un lifting vertical médio-facial, par une translation de toute la partie supérieure du visage, en le faisant glisser sur le périoste. Cette technique ne modifie donc aucun rapport anatomique visiblement et ne change pas la forme du visage.

Sillons naso-géniens et plis d'amertume

LE POINT DE VUE DU CHIRURGIEN MAXILLO-FACIAL

D'après Claude GARCIA

Cliniquement : importance de l'analyse de la ligne médio-faciale et de l'arcade dentaire, en particulier de l'occlusion dentaire, pas simplement en statique mais également en dynamique (sourire, face, profil, baiser).

Le visage normodivergent se caractérise par un alignement des lignes mandibulaires, palatines et du menton de profil et de face (visibles sur des radiographiques du massif facial). Il existe plusieurs modèles de déséquilibre des structures faciales. La « face courte », ou visage convergent, est représentée par une rupture de cet équilibre avec, à l'examen, un sourire d'édenté et des lignes horizontalisées. La face « longue », ou rotation faciale postérieure, est un modèle de visage hyperdivergent : sourire gingival, plateau maxillaire descendu. Les sillons naso-géniens trop prononcés (notamment pour l'âge) peuvent parfois entrer dans le cadre de ces grandes dysmorphoses maxillo-faciales mais être parfois corrélés à des désordres de la denture pouvant être corrigés par de l'orthodontie seule : le dermatologue doit savoir identifier ces patients pour les informer et les diriger au mieux. La chirurgie orthognatique s'adresse aux grands

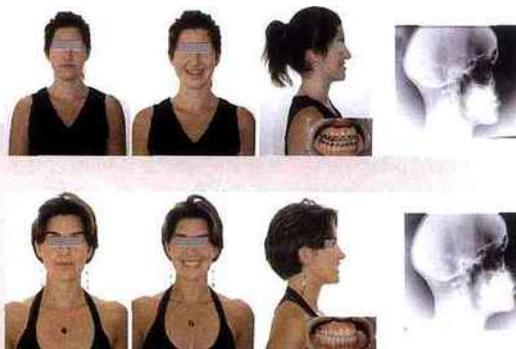


Fig. 1 : Cas clinique avant/après chirurgie orthognatique et orthodontie (Collection C. Garcia)

déséquilibres faciaux, en réalisant, suivant les indications, rhinoplastie, ostéotomie maxillaire ou mandibulaire, mentoplastie... en parallèle de l'orthodontie (Fig. 1).

D'après François NIFOROS

Toxine botulique : indications et techniques d'injection au niveau de la partie inférieure du visage

Consensus d'experts français tout à fait récent (Monaco, début octobre 2009) : la difficulté dans la partie inférieure du visage est liée à la diffusion tissulaire importante à ce niveau, à l'intrication des unités anatomiques musculaires. Les médecins manquent de repères (en particulier osseux).

L'analyse du sillon naso-génien est essentielle : il faudra distinguer ce qui revient au basculement des pommettes et ce qui revient à la contraction musculaire (dépression supra-narinaire qui accentue le sillon).

- Le muscle elevator labii superioris, s'il est responsable du creusement par son hypercontraction, peut être injecté à 1 cm au-dessus de l'aile nasale, en profondeur, avec 1 à 2 UI (Vistabel®).

- Pour les plis para-commissuraux, les indications sont limitées à une peau tonique non élastosique, et l'injection peut se faire dans le rhizorius (± nappe d'AH faiblement réticulé) à 1 cm en suivant la commissure labiale vers l'extérieur, 1 à 2 UI (Vistabel®).

- Le DAO (*depressor anguli oris*), dont l'effet est une attraction des coins de la bouche vers le bas doit s'injecter à sa partie basse. On injecte, à l'intersection avec la mandibule, 2 à 3 UI (Vistabel®). Lors de la visite de contrôle 15 jours plus tard, il faudra peut-être faire une retouche pour limiter aussi la contraction du platysma (peauciers du cou). Il s'agit d'injecter 2 à 4 points par corde platysmale, en la pinçant entre les doigts et en piquant dans le muscle (25 UI de Vistabel® maximum en fonction de la tonicité musculaire). Attention, ces derniers points ne modifient pas du tout les rides horizontales du

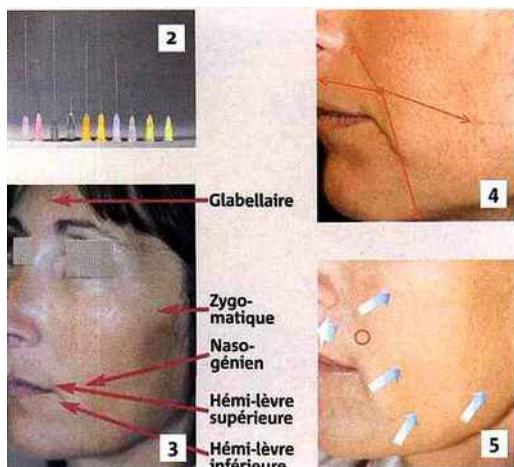


Fig. 2 : Gamme SoftFil® : 18G, 22G, 25G, 27G, 30G. Kits : une aiguille SoftFil® et son aiguille pointue à pré-trou de même diamètre

Fig. 3 : Technique Soft Filling : points d'insertion (Collection Dr Sebban et Benjamin Ascher)

Fig. 4, 5 : Point naso-génien : technique multi-direction avec AH moyenne viscosité et aiguille SoftFil® 25G/50 mm (Collection Dr Sebban et Benjamin Ascher)

cou et les experts ne retrouvent pas non plus d'effet lifting (comme cela avait été décrit sous le nom de « Nefertiti lift »).

Pour reconstituer le pilier commissural, on peut injecter tout d'abord du Voluma® au moyen d'une canule mousse de 18 G, en suivant le bord de la mandibule avec des mouvements de va-et-vient, et en petites quantités, puis vers le haut des commissures (1 seringue/côté). Si nécessaire, on complète avec l'AH comme d'habitude et on ne fait des injections de toxine dans le DAO que secondairement.

D'après Benjamin ASCHER

Injectables : indications et techniques

Technique :

- Anesthésie par crème Emla® ou bloc loco-régional ;
- dessin des unités anatomiques en statique et dynamique ;
- injection le plus souvent en rétro-traçante, en s'aidant de la main controlatérale pour limiter les mouvements parasites, en nappant pour limiter le nombre de points d'injection ;
- massage pour placer le produit.

La technique du « sandwich » peut s'utiliser dans certains cas.

Elle repose sur l'association d'injections d'AH assez réticulé en profondeur, puis dans un second temps d'AH de la même gamme, faiblement réticulé et mis en place plus superficiellement, avec une action complémentaire.

La grande nouveauté et le futur proche sont sans aucun doute dans l'utilisation d'aiguilles mousses plus ou moins longues (appelées par certains microcanules car elles vont permettre d'utiliser des techniques d'injection « type » lipostructure). Ces aiguilles mousses sont beaucoup moins traumatisantes : elles se présentent par pack de 2 aiguilles, l'une tranchante pour ouvrir la peau et l'autre mousse pour infiltrer ensuite et napper toute la zone marquée. Le remplissage se fait de manière plus superficielle qu'avec les injections « traditionnelles », en intradermique profond. Cela devrait permettre de mieux positionner le produit et d'améliorer la texture, de déplisser la peau et surtout de beaucoup limiter les effets secondaires : ecchymoses ++ et douleur. Une gamme française existe déjà, mise au point par les Dr Sebban et Ascher : la gamme Soft Fill® (Fig. 2). Les points d'insertion du visage (Fig. 3) et en particulier pour le sillon naso-génien (Fig. 4, 5) sont intéressants à connaître.

D'après Tom VAN EIJK

Technique de la fougère

Micro-punctures rétro-traçantes arborescentes de part et d'autre des sillons, superficielles, en partant du fond de la ride pour qu'y soit déposé le maximum de produit (Fig. 6).

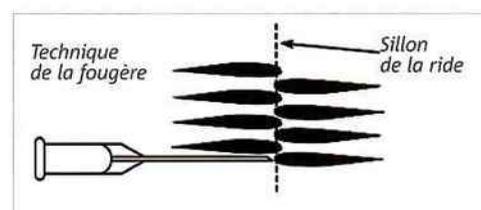


Fig. 6 : Technique de la fougère (Collection Dr Tom Van Eijk)

Ateliers

Des ateliers pratiques interactifs filmés et retransmis en amphithéâtre se sont ensuite déroulés toute une journée. Nous ne retiendrons pour ce compte rendu que quelques points forts.

D'après Jérôme PARIS

Gestion de cas d'asymétrie faciale et réhabilitation des faces paralysées

Schématiquement, le côté paralysé doit être « comblé » et le côté controlatéral doit être « paralysé » par l'injection de toxine botulique. Ceci permet de corriger l'esthétique du visage mais également d'accélérer la symétrisation du visage, en association avec la rééducation...

D'après Régine BOUSQUET-ROUAUD

Rajeunissement des mains Généralités, lasers, IPL, radiofréquence, injections

Le vieillissement des mains est représenté par une atrophie des parties molles, une hyperlaxité en regard des articulations, une visibilité plus grande des structures veineuses et tendineuses, ainsi que des taches pigmentées. La main est un des organes de la communication avec les autres, et le reflet de l'âge : en ceci, la demande esthétique est grande. Il existe plusieurs types de traitement : le laser pigmentaire Q-switch YAG 532 nm pour les lésions pigmentaires, les IPL (spectre large de 500 à 950-1 200 nm) pour le photo-rajeunissement et les lentigos, éventuellement la PDT. D'autres techniques comme le laser IR non ablatif, le laser CO₂ fractionné, le laser Erbium, la radiofréquence (qui n'agit pas sur les lésions pigmentaires et devra être associée à d'autres techniques) existent pour remodeler la texture cutanée. Il faudra toujours tenir compte de la grande fragilité de cette zone, liée, d'une part, à l'atrophie cutanée et, d'autre part, à la pauvreté en follicules pilo-sébacés, rendant la cicatrisation difficile et le risque de séquelles cicatricielles très important. Il faut donc espacer les séances laser par exemple ou diminuer les paramètres. Pour le traitement de la perte de volume, surtout visible au niveau des espaces inter-digitaux, on peut utiliser le cblement par des fillers. Les résultats sont inégaux : le Radiesse[®], le Restylane[®] (*Man, Dermatol Surg 2008*), le Sculptra[®] (*Neil Sadick, IMCAS 2007*), le sub-Q (*Marina Landau, IMCAS 2009*) ont été proposés en fonction du degré de l'atrophie. Au total, il faut combiner les techniques pour donner un effet des plus naturels.

D'après Matthieu BEUSTES

Lipofilling

Le Dr Beustes, président du groupe de recherche européen Mega-Hand, chirurgien orthopédique de la main, nous a rappelé les bases anatomiques de cette région et sa grande fragilité. Pour lui, le traitement doit être multidisciplinaire. Les possibilités chirurgicales doivent être discutées en fonction des indications.

- Lifting, peu utilisé car l'excès cutané est indispensable dans cette zone pour la mobilité articulaire.
- Greffe adipeuse pour la correction des pertes de volume importantes, récupérée par exemple lors d'une abdominoplastie avec réinjection dans la face dorsale des mains dans le même temps.
- PRP « Platelet Rich Plasma » obtenu par centrifugation du sang du patient et séparation du sérum



Fig. 7 : Rajeunissement des mains
(Collection Matthieu Beustes - Mega-Hand)

et de la graisse, souvent associé à l'injection de graisse, avec un « effet filler-like » et favorisant la prise de greffe des adipocytes.

Pour ces techniques, deux méthodes existent : la procédure de Fournier, plus ancienne – on injectait 4 cc en totalité en quelques points puis on massait pour répartir le volume au niveau de la face dorsale de la main –, et la méthode de Coleman, plus récente – on injecte seulement 1 cc à travers une petite canule en rétro-traçante en de nombreux points, ce qui donne un effet plus naturel et de meilleurs résultats cicatriciels (**Fig. 7**). Les indications de ces techniques sont les séquelles de peeling (améliore la trophicité), l'amyotrophie (cubitale chez les lépreux) mais aussi, plus récemment, des indications pour les stades débutants de la maladie de Dupuytren.

- Phlébotomie lorsqu'il existe des veines visibles et de grande taille, sclérothérapie pour des veines de plus faible calibre.

- Correction des déformations articulaires (kystes mucoïdes, nodules de Heberden).

- Penser à injecter aussi les régions thénariennes et hypothénariennes, voire les avant-bras jusqu'à 4 travers de doigt du pli du poignet.

D'après Frédéric Germain

Rajeunissement des ongles, peeling... Peeling au niveau des mains

Les peelings à ce niveau doivent être très prudents, plutôt TCA 15 ou 20 % (superficiel), AHA, ou solution de Jessner. Les peelings moyens pourront être réalisés par un opérateur expérimenté, mais les peelings profonds sont proscrits. Une alternative est d'utiliser un peeling moyen sur des zones très localisées (lentigos), inférieures à 0,5 cm, puis d'uniformiser avec un peeling superficiel. On doit bien avertir la patiente de se laver les mains avec précaution dans les 24 heures précédentes pour ne pas fragiliser la peau avant le geste, et de ne rien faire dans les 4 heures suivant le peeling. ■