



Journées Laser 2011

Laser Meeting 2011

h

GRUPE LASER

Société Tunisienne de Dermatologie et Vénérologie



CONFERENCES

Legislation et lumières au Magreb

Khaled Turki

Traitement au Laser des malformations endoveineux vasculaire

Carsten M. Philipp

Apport du système multiplex 595/1064NM dans notre pratique Laser

Bertrand Pusel

Traitements physiques de la couperose

Brigitte Tack

Traitement des cicatrices post traumatiques par laser à colorant pulse

Kamel Messoud Nacer

Nouvelles indications des Lasers fractionnels CO2

Bertrand Pusel

Lasers et naevi mélanocytaires

Thierry Passeron

L'hirsutisme en Algérie : Etude étiologique

Kamel Messoud Nacer

Intérêt de la dermabrasion par Laser erbium dans le Traitement du vitiligo

Wedd Bayoumi, Laura Sillard, Florence Le Duff, Jean-Paul Ortonne, Jean-Philippe Lacour, Thierry Passeron

Cicatrices après traitement par Laser Alexandrite d'angiomes plans résistants

Kamel Messaoud-Nacer

Une approche combinée pour traiter le mélasma

Thierry Passeron,, Eric Fontas, Hee Y Kang, Philippe Bahadoran, Jean-Philippe Lacour, Jean-Paul Ortonne

Traitement des lésions pigmentées du visage par Lasers Q-switchés

Mongi Guetat

Hyperpigmentation du visage : la biopsie s'impose t-elle avant un traitement par Laser ?

B Fazaa, D Baccouche, S Rammeh, S Goucha, M Kharfi, F Zeglaoui, R Zermani

Les traitements chimiques dépigmentants

Mseddi M, Turki H

Troubles pigmentaires du visage : de la semeiologie à la pathologie

M. Mokni



Laser et psoriasis, acné et vitiligo : quoi de neuf ?

S. Fenniche

Quoi de neuf en Lasers fractionnels ?

S.Triki, K. Turki

Quoi de neuf en laser épilatoire ?

R. Benmously Mlika

Quoi de neuf en Laser pigmentaire ?

Khaoula Hajlaoui, Mongi Guetat

Quoi de neuf en mise en tension de la peau

Faika CHERIF

Comment optimiser mon laser CO2 fractionnel ?

Nabil Hachich ? Nesrine Kenani Kassassi



Législation et lumières au Magreb Khaled Turki

Les pays du Maghreb ne sont pas tous régis par la même législation médicale comme c'est plus ou moins le cas pour la communauté européenne.

En Tunisie la demande de traitement par laser s'est amplifiée depuis quelques années et devient de plus en plus pressante. L'utilisation des LASERS en Tunisie est croissante en médecine et particulièrement en dermatologie et médecine esthétique après l'ophtalmologie.

A l'opposé de la manipulation des rayonnements X, le vide juridique est manifeste quand à l'utilisation des lumières. On recourt souvent à la législation européenne. Ni le ministère de la santé publique, ni le conseil de l'ordre des médecins n'exigent un diplôme particulier pour la pratique du Laser. Comme tout acte médical, un médecin ne le pratique que s'il a la formation requise et s'il se sent capable de le faire. Ainsi une machine Laser ou une machine de photothérapie sont considérées comme tout instrument médical. Le médecin est le seul responsable devant la loi en cas de complication ou en cas d'absence de résultat thérapeutique et il ne peut en aucun cas se retourner contre un constructeur.

L'opérateur doit bien connaître les lasers, leurs bienfaits et leurs conséquences. Il n'est pas d'usage de déléguer ses actes à un non médecin. Il n'y a cependant aucune loi qui le lui interdit. Dans certains centres hospitaliers les cabines de puvarthérapie sont manipulées par des techniciens supérieurs sous la responsabilité de leur chef de service alors que les machines laser ne sont jusqu'à ce jour manipulées que par des médecins.

Les fiches d'informations exhaustives pour les patients sont souhaitables mais le consentement signé n'est pas obligatoire. Le contrat entre le médecin et le patient est essentiellement moral.

La sécurité sociale, la CNAM et les assurances tunisiennes, de même que les assurances étrangères ne couvrent pas les soins par laser. C'est un traitement qui n'est pas à la portée de tous. Il reste l'apanage de certains patients privilégiés. Par ailleurs la Tunisie est compétitive par son savoir faire et ses prix modérés. De ce fait elle est devenue une plaque tournante du tourisme médical, nous recevons aussi bien nos voisins maghrébins que les européens de l'autre rive de la méditerranée. Par conséquent le législateur tunisien encourage vivement l'installation des plateformes de soins



médicaux et paramédicaux favorisant ainsi l'exportation des soins (matériel exonéré de droits de douanes et de TVA).

L'aménagement d'un centre Laser n'est pas soumis à des normes spécifiques. On obéit cependant aux normes de sécurité internationales (signalisation : panneau, lampe témoin, éviter les surfaces réfléchissantes, fenêtres opaques ou diffusantes, aspirateur de fumées, ventilation, lunettes etc...). La publicité est permise si le statut juridique de la plateforme laser est une société (SARL, SURL, SCM ...) mais pas si elle appartient à une personne physique.

Traitement au Laser des malformations endoveineux vasculaire

Carsten M. Philipp

Malformations congénitales vasculaires (MCV) sont des erreurs innées de l'anatomie et de la fonction du système vasculaire. Selon la «Classification de Hambourg», les MCV artérielles sont différenciées des malformations à prédominance veineuse, lymphatique, capillaire ou mixtes. En dehors des méthodes chirurgicales et interventionnelles de traitement radiologique, une variété de traitement par laser a été établie comme une option thérapeutique. Comme une guérison complète après traitement demeure exceptionnelle, le but est d'éliminer l'inconfort et la douleur subjective, l'amélioration de l'esthétique en évitant les complications et ceci par l'occlusion ou la réduction du volume vasculaire.

Les malformations veineuses surviennent souvent dans les muscles ou dans les tissus sous-cutanées formant un réseau tridimensionnel de lésions à bas-débit (extratronculaire) ou bien sont représentées par la persistance de veines embryonnaires comme dans le syndrome de Klippel-Trenaunay (tronculaire). L'utilisation de façon habituelle par voie transcutanée des lasers ne serait pas efficace pour le traitement de ces lésions profondes. Pour atteindre des couches profondes des tissus, le Nd: YAG laser (1064nm) est utilisé via des fibres nues, inséré à travers des aiguilles de ponction. Pour le positionnement exact ainsi que pour le contrôle des processus de modifications des tissus CCDS est essentiel.

En fonction de la situation anatomique, la fibre nue est placée soit para-ou intraluminaire avec une rétraction continue ou par petit pas de l'énergie laser. Un rinçage supplémentaire avec une solution



saline peut être utilisée si la fibre est dans une position endoveineuse pour diluer le sang fortement absorbants et de promouvoir l'exposition directe de la paroi du vaisseau. Après l'exposition, une compression doit être réalisée, le cas échéant, pour éviter la formation de thrombus.

Habituellement plusieurs traitements sont nécessaires, la plupart des patients ont été traités 1 à 3 fois. Des précautions doivent être prises vue les relations étroites avec les nerfs, les tendons et la peau, puisque la sélectivité de la méthode est limitée et l'exposition directe de ces structures peut entraîner des effets secondaires indésirables. Dans tous les cas une amélioration notable des douleurs peut être obtenue. Des effets secondaires importants comme des saignements ou une infirmité motrice n'ont pas été vus.

Apport du système multiplex 595/1064NM dans notre pratique Laser Bertrand Pusel

En 2003, les travaux de S. MORDON montrent la transformation de l'hémoglobine en méthomoglobine avec une meilleure absorption de cette dernière augmentée d'un facteur de 4,75 par rapport à l'HB. Cette meilleure connaissance de l'interaction laser-tissu a permis de développer le laser séquentiel 595 nm - 1064 nm. Les études ont permis de confirmer l'hypothèse de pouvoir traiter en dessous du seuil de purpura habituel avec utilisation d'une fluence Nd Yag de moitié pour cette dernière longueur d'onde.

Le choix des paramètres se fait séparément en tenant compte des phototypes, de la profondeur et de la taille de la cible à traiter suivant les règles d'usage. Le système multiplex s'effectue uniquement avec un spot de 7 ou 10 mm, ce dernier pénétrant plus profondément dans les tissus. En se référant à la classification de K. ARNDT, la prise en charge des lésions d'érythrocouperose est nettement améliorée selon différentes études pour le versant télangiectasique de la dermatose par rapport à l'utilisation d'une émission d'une longueur d'onde isolée. Cet appareil a démontré également une supériorité de prise en charge de certains angiomes plans, surtout ceux d'épaisseurs importantes ou anciens présentant des lésions à type de nodules télangiectasiques accessibles de façon préférentielle par le laser Nd Yag. Enfin dans le domaine des varicosités des membres inférieurs, l'utilisation de ce laser apporte une amélioration indiscutable au prix néanmoins de suites opératoires toujours à expliquer aux patients.



Bibliographie :

- TS Alster, EL Tanzi
Combined 595nm and 1064nm laser irradiation of recalcitrant and hypertrophic Port-Wine-stains in children and adults.
Dermatol surg 2009; 35: 1-6
- S. karsai, S. Roos, C.Raulin
Treatment of facial Telangiectasia using a dual-wavelength laser system (595 and 1064nm): a randomized controlled trial with blinded response evaluation.
Dermatol surg 2008; 34:702-708.
- M.A Trelles, R.Weiss, J.Moreno-Moragas, C. Romero, M. Vélez, X.Alvarez.
Treatment of Leg veins with Combined Pulsed dye and Nd:Yag laser: 60 patients assessed at 6 months.
Laser in Surgery and Medecine 2010; 42:609-614

Traitements physiques de la couperose Brigitte Tack

Les traitements Physiques de la couperose reposent sur l'action des photons sur l'hémoglobine des vaisseaux. La fenêtre se situe entre 500 et 600 nm, près des deux pics d'absorption de l'hémoglobine, 530 et 570 nm, plus ou proche de la courbe d'absorption de la mélanine. Les Appareils doivent avoir une sélectivité, une puissance suffisante, pour adapter les fluences et la durée du pulse. Le système de refroidissement doit être efficace.

Le mécanisme d'action repose sur la notion de temps de relaxation thermique (TRT) de la cible par rapport à la durée du pulse. Le temps de relaxation thermique est le temps nécessaire à la dispersion de la moitié de la chaleur transmise à la cible par le tir laser. Il est grossièrement fonction du volume de la cible. Si le temps d'impact est supérieur ou égal au TRT, la chaleur aura le temps de diffuser à l'ensemble du volume de la cible et d'obtenir une Photo-coagulation. Le danger est la diffusion au delà de la cible et de provoquer des brûlures. Les effets secondaires sont un œdème plus ou moins important. Ce mécanisme est plus indiqué sur les vaisseaux les plus gros.

Si le temps d'impact est nettement inférieur au TRT, il y aura un confinement et une explosion de la cible. S'agissant de vaisseaux, on obtiendra du purpura. L'œdème survient aussi parfois. C'est le



purpura qui peut durer 15 jours qui est le plus affichant. Ce mécanisme s'adresse aux petits vaisseaux à l'érythrose pure.

La recherche du end-point est primordiale après le premier tir, quelque soit la machine :

- en Photo-Coagulation, le vaisseaux devient violet ou disparaît.
- en Photo-Thermolyse sélective, le purpura est plus ou moins franc et retardé selon le fluence et la durée du pulse.

Après le premier tir, on adaptera en fonction de l'effet recherché, diminution du temps jusqu'à obtention du purpura , remonter juste avant l'apparition du purpura.

Les différents appareils disponibles sur le marché sont les lasers à colorant pulsé, les laser KTP, les lasers Nd ;YAG et les lampe-flash.

Les lasers KTP sont de laser Nd ;YAG doublés en fréquence par un cristal KTP, qui réduit la longueur d'onde de moitié à 532 nm. Ils peuvent être utilisé en Photo-thermolyse sélective ou en Photocoagulation à condition que la puissance de l'appareil permette. Ils n'ont pas les puissances crêtes des LCP, mais permettent d'obtenir de bons résultats durables dans le temps. Ils ont été longtemps dénigrés car utilisés à des temps beaucoup trop longs, créant ainsi des cicatrices. On sait maintenant qu'il faut les utiliser en temps courts même en photo-coagulation.

Les lasers à colorants pulsés à 595 nm de dernière génération sont particulièrement puissants, émettant 6 sous-impacts dans le même tir. En Photo-thermolyse sélective, on obtient un purpura franc et prolongé particulièrement efficace sur l'érythrose et les vaisseaux fins. Ils peuvent maintenant être utilisés en photo-coagulation sur les vaisseaux plus gros. Le Multiplex du CynergyÒ de Cynosure bénéficie de la découverte publiée par S. Mordon en 2003. Le premier tir induit transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Cette dernière est 3 à 4 fois mieux absorbé par le YAG à 1064nm. Ceci permet donc lors d'une émission des deux longueurs d'onde successivement dans le même tir d'optimiser le résultat en diminuant les effets secondaires.

Les lampe-Flash sont constituées d'un boîtier d'alimentation avec contrôle électronique et d'une lampe flash émettant un large spectre. Le refroidissement se fait par contact quand il y en a. Des filtres sont interposés, en avant (515,530 ou 540 selon les marques) pour limiter les longueurs d'onde trop absorbées dans la mélanine et en arrière pour éviter de trop chauffer avec les infra-rouges. Malgré cela, les spectres émis ne sont pas superposables d'une machine à l'autre. Il est



donc difficile de parler de résultats avec les lampes. Un gel est à appliquer sur la peau, refroidissant et facilitant la pénétration des photons. La possibilité de faire plusieurs sous-impacts permet d'adapter la fluence au phototype.

Le laser Nd ;YAG est un appoint supplémentaire au traitement de la couperose du visage. Il permet de mieux traiter les télangiectasies du nez, les lésions plus importantes. Mais sa pénétration est profonde et les brûlures sont faciles. Par contre, il trouve tout son intérêt dans son association avec le tir de LCP dans le mode Multiplex[®].

Les complications sont rares à condition d'avoir suivi un apprentissage minimum.

- Pigmentaires : Hyperpigmentation sur phototypes foncés, après exposition solaire (photoprotection 1 mois avant et après chaque séance), plus rarement achromie : surtout sur peau foncée ou bronzée, il s'agit le plus souvent de fluence trop fortes ou de temps trop longs.
- Cicatrices hypertrophiques rares, faute technique.

La prévention des complications repose sur

- Optimisation des paramètres : toujours privilégier les temps courts
- Refroidissement de la peau

Le traitement de l'érythro-couperose par laser est indiqué au stade vasculaire, en supprimant les bouffées vaso-motrices, diminuant le nombre et intensité des poussées papulo-pustuleuses et en améliorant le confort cutané, toujours accompagné des mesures cosmétiques.

Traitement des cicatrices post traumatiques par laser à colorant pulsé Kamel Messoud Nacer

INTRODUCTION : Dans le passé, de nombreux procédés de traitement ont été utilisés pour améliorer les cicatrices comme la révision chirurgicale, la dermabrasion, la cryothérapie, la pressothérapie, la radiothérapie et les lasers avec des résultats très moyens. Les lasers Nd Yag 1064 nm, argon et CO² ont été essayés avec une amélioration discutable. Le laser à colorant pulsé, grâce à son action sur la composante vasculaire des cicatrices a démontré, selon des études antérieures, une efficacité sur la couleur, la taille, la texture et la souplesse. Nous vous rapportons les résultats d'une étude sur le traitement des cicatrices post traumatiques récentes par laser à colorant pulsé.

MATERIEL ET METHODES : Deux cents soixante seize patients (276) présentant des cicatrices post traumatiques récentes (moins d'une semaine) ont été traités par laser à colorant pulsé. Les âges



extrêmes sont de 18 ans à 65 ans. Plus de soixante dix pour cents(70.10%) de sexe masculin. Le phototype est de II à V. Le nombre de séances est de quatre (04) espacées de 4 semaines. Des photos sont prises avant et après la fin du traitement. L'estimation de l'amélioration s'est faite grâce à l'échelle de Vancouver (VSS) pour la pigmentation, la vascularisation, le volume et la souplesse des cicatrices.

RESULTATS : Une amélioration photographique a été appréciée par un score (0 : nulle à 10 : excellente) avec au total une moyenne de 51 % selon l'échelle de Vancouver.

CONCLUSION : Le laser à colorant pulsé peut améliorer les cicatrices post traumatiques récentes sans effets secondaires.

Nouvelles indications des Lasers fractionnels CO₂ Bertrand Pusel

L'avènement du concept de photothermolyse fractionnée en 2004 appliquée aux lasers ablatifs CO₂ et Erbium a donné une véritable « deuxième vie » à ces techniques.

Leur indication dans la prise en charge de l'héliodermie et des cicatrices d'acné est désormais validée avec néanmoins une prudence d'utilisation à respecter dans les zones extra-faciales sous peine d'éventuelles complications.

Naturellement, leur

utilisation dans diverses indications médicales (tumeurs bénignes, cicatrices opératoires...) a fait l'objet de publications limitées à des études cliniques sur des échantillons réduits de patients, et reste à valider à plus grande échelle.

La seule nouveauté est la démonstration d'éventuelles délivrances de médicaments ou autres substances par voies transdermiques.

M. Haedersdal démontre l'augmentation de la diffusion et de la concentration du MAL dans les puits de M.T.Z. créés par un laser CO₂ fractionné.

Cette étude clinique effectuée chez l'animal demande une extrapolation chez l'homme et représente l'espoir de permettre de traiter des lésions cutanées plus épaisses grâce à la photothérapie dynamique (PDT), effectuée dans le même temps interventionnel.



La démonstration de cette délivrance médicamenteuse transdermique ouvre la porte à de nouvelles utilisations tant dans le domaine médical que cosmétique.

Elle pose aussi de nombreuses questions sur leurs applications vis à vis des caractéristiques chimiques et atomiques de molécules, du choix des lasers et du protocole de traitement (nombre de séances, paramètres de densité ...) par exemple.

Une première réponse a été donnée par Waibel qui vient de démontrer par une « étude pilote » l'intérêt de l'utilisation de corticoïdes en association avec un traitement par laser fractionné CO2 dans le cas de cicatrices hypertrophiques et/ou chéloïdiennes.

Seul l'avenir et de nouvelles études cliniques donneront l'exact champ d'application de cette nouvelle technique.

Bibliographie:

-M.Haedersdal, F.H Sakamoto, W.A Farinelli, A.G Doukas, J Tam, R.R Anderson

Fractional CO2Laser-Assisted Drug delivery

LaserSurg 2010; 42:113-122

J.Waibel,S. Davis,E.Graber,N.Uebelhoer

Treatment of scars using laser and laser assisted corticosteroid delivery.

ASLMS 2011 abstract 57

Lasers et naevi mélanocytaires Thierry Passeron

Les lasers déclenchés dits pigmentaires ciblent la mélanine contenue dans les mélanosomes et sont donc très utile dans le traitement des lésions hyperpigmentées. Ils peuvent être également utilisés pour traiter des proliférations mélanocytaires épidermiques ou dermiques. Le traitement par laser déclenché des hypermélanocytoses dermiques congénitales (tel que le naevus de Ota) est aujourd'hui bien codifié. Les données sont par contre beaucoup plus restreintes pour les hypermélanocytoses dermiques acquises et pour les naevus spilus. Les naevus congénitaux présentent outre le risque de survenue de mélanome, un préjudice esthétique majeur particulièrement lorsqu'ils sont de grandes tailles. Plusieurs types d'approches laser ont été proposés lorsque le traitement chirurgical était impossible. Une destruction non sélective par laser



ablatif CO2 ou Er:YAG a ainsi été rapportée mais expose à une rançon cicatricielle et n'empêche pas les résurgences naeviques. La destruction sélective du pigment par laser rubis, alexandrite ou Nd:YAG déclenchés permet également une diminution significative de la pigmentation, des poils et parfois une amélioration de la texture cutanée. Cependant, une repigmentation souvent partielle est fréquente et les études histologiques confirment la persistance des naevocytes, notamment dermiques après le traitement laser. Plus récemment un traitement très précoce par laser déclenché à faibles doses mais de façon hebdomadaire lors des premières semaines de vie a montré des résultats très encourageants. Les perspectives de ces traitements mais également leurs limites seront abordés.

L'hirsutisme en Algérie: Etude étiologique Kamel Messoud Nacer

INTRODUCTION : L'hirsutisme représente la première préoccupation esthétique en dermatologie dans les pays du bassin méditerranéen. Si en Algérie la demande est croissante pour des soins aux lasers épilatoires, la recherche d'étiologies est souvent reléguée au second plan. La demande d'un bilan d'exploration biologique et radiologique est une orientation indispensable pour une prise en charge correcte des patientes. Les échecs du traitement et l'insatisfaction des patientes seraient dus, en partie, à l'absence de ces examens. Nous rapportons une approche clinique, des résultats de bilans biologiques et radiologiques de 2452 (deux milles quatre cent cinquante deux)patientes traitées au niveau de notre centre à Oran.

MATERIELS ET METHODES : Deux milles quatre cinquante deux (2452) patientes pré ménopause ont été suivies et investiguées au niveau du centre laser de février 2002 à décembre 2009. Toutes ces patientes présentaient des signes cliniques d'appel (hirsutisme, troubles du cycle menstruel, acné, obésité, alopecie androgenetique, acanthosis nigricans, etc..). Les critères de Rotterdam ont été retenus pour le diagnostic du syndrome des ovaires polykystiques. La sévérité de l'hirsutisme estimée grâce à la cotation de FERRIMMAN-GALWAY(F.G) : De 8 à 16 = hirsutisme léger. De 17 à 25 = hirsutisme modéré. Plus de 25 = hirsutisme sévère. Le calcul de la biométrie médicale corporelle (BMI) a été réalisé chez les patientes jugées obeses. Un bilan biologique de première intention à savoir : Le dose de la testostérone, delta 4 androstendione, le sulfate de DHA et 17, Hdroy- progesterone. Un examen échographique abdominal a été pratiqué à toutes les patientes. Des



investigations plus approfondies ont été nécessaires chez soixante quatre (74) patientes à savoir un dosage hormonal : cortisol, FSH, LH, prolactinémie, glycémie.

RESULTATS : Cliniquement le score de F .G a été de : léger chez 1756 patientes (49 %), modéré chez 875 patientes (39 %) et enfin sévère dans 455 cas (18 %). Le syndrome des ovaires polykystiques présent dans 1469 cas (59,91%) associés à une obésité dans 385 cas (26,02 %), 41 d'entre elles avaient un syndrome métabolique. La notion d'hirsutisme idiopathique a été retrouvée chez (911) neuf cents onze patientes soit 37,15 %. Le syndrome de cushing reperterorié dans 3 cas, une hyperplasie congénitale des surrénales (8 cas), hyperprolactinémie dans 8 cas, 13 cas bloc en 21 hydroxylase, 8 cas d'acanthosis nigricans, 1 patiente avec tumeur de la surrénale et 1 avait une hypothyroïdie. Chez trente (30) patientes on retrouve une notion de prise médicamenteuse (corticostéroïdes, Citrate de clomifène, progestatifs, minoxidil, acide valproïque), stress ainsi qu'une grossesse. L'âge des patientes variait de 18 à 35 ans avec une moyenne d'environ 23 ans.

DISCUSSION : Avec la nouvelle classification de Rotterdam dans près de 60 % des cas la notion de syndrome d'ovaires polykystiques a été diagnostiquée. L'hirsutisme idiopathique reste une étiologie non négligeable (37%). Ceci infirme la prévalence de l'hirsutisme idiopathique (ethnique et racial) dans la région du bassin méditerranéen. La notion d'obésité est retrouvée chez 26 % seulement des patientes présentant des ovaires polykystiques.

CONCLUSION :

- Demande d'un bilan d'exploration biologique et radiologique est une orientation indispensable pour une prise en charge correcte.
- Epilation laser seule, même réalisée avec les paramètres optimaux, ne peut garantir des résultats durables sauf dans l'hirsutisme idiopathique.
- L'association des médicaments anti androgènes est souvent nécessaire pour améliorer l'hirsutisme.
- Le SOPK est une pathologie extrêmement fréquente, particulièrement dangereuse à long terme et malheureusement trop souvent ignorée par les patientes comme par les médecins.

Mots clés : hirsutisme, syndrome des ovaires polykystiques, obésité.



Intérêt de la dermabrasion par Laser erbium dans le traitement du vitiligo

Wedd Bayoumi, Laura Sillard, Florence Le Duff, Jean-Paul Ortonne, Jean-Philippe Lacour, Thierry Passeron

Rationnel et objectifs

Le traitement du vitiligo reste difficile notamment dans certaines localisations telles que les extrémités et les saillies osseuses. L'objectif de cette étude était d'évaluer chez des patients ayant un vitiligo non segmentaire dans des zones habituellement résistantes aux traitements, l'intérêt de la dermabrasion par laser erbium en association aux dermocorticoïdes et UVB.

Méthodes

Etude monocentrique prospective randomisée avec comparaison intra individuelle. Critères d'inclusion : vitiligo non segmentaire, au moins 2 lésions symétriques de plus de 4cm², localisation sur les extrémités ou les saillies osseuses. Interventions : Dermabrasion par laser erbium sur un côté (tiré au sort), après 48h du 17 butyrate d'hydrocortisone était appliqué sur les plaques (des 2 côtés) quotidiennement 3 semaines sur 4 pendant 12 semaines et était associé à des séances bihebdomadaires d'UVB pendant également 12 semaines. Une évaluation en aveugle était ensuite réalisée par 2 évaluateurs sur photographies standardisées. Le critère principal de succès était une repigmentation supérieure à 50%, 1 mois après la fin du traitement.

Résultats

Dix-huit patients ont été inclus, 2 sont sortis de l'étude pour des raisons professionnelles. Vingt-quatre paires de lésions ont été traitées. Une repigmentation significativement supérieure a été observée du côté dermabrasé par rapport au côté recevant les dermocorticoïdes et les UVB seulement (p=4). Environ la moitié des lésions sont parvenues à une repigmentation supérieure à 50% avec la dermabrasion dans ces localisations difficiles alors que seulement 4,2% des lésions ont obtenu ce taux de repigmentation du côté sans la dermabrasion. Aucune repigmentation supérieure à 50% n'a pu être obtenue sur les extrémités des doigts avec aucun des 2 protocoles. Les effets secondaires ont été importants avec une cicatrisation de 2 à 3 semaines, des douleurs et 2



cicatrices hypertrophiques. La tolérance et la satisfaction des patients étaient respectivement de 4,2 et de 4/10 du côté dermabrasé et de 8,4 et 3/10 du côté avec les UVB + dermocorticoïdes seuls.

Conclusion

La dermabrasion par laser erbium améliore significativement le taux de repigmentation dans le vitiligo non segmentaire. Malgré un taux élevé de repigmentation dans des zones difficiles, le taux global de satisfaction a été modéré à faible en raison des effets secondaires qui limitent grandement l'utilisation de cette technique en pratique courante. Toutefois, l'étude des mécanismes ayant conduit à cette augmentation du taux de repigmentation sous dermabrasion devraient fournir des pistes intéressantes pour le traitement du vitiligo.

Cicatrices après traitement par Laser Alexandrite d'angiomes plans résistants

Kamel Messaoud-Nacer

Introduction : Le traitement des angiomes plans par laser à colorant pulsé représente le « gold standard » de ces vingt dernières années. Récemment le laser alexandrite a été proposé pour le traitement des angiomes plans résistants et hypertrophiques. Grâce à son action profonde et sélective sur certains vaisseaux sanguins les résultats préliminaires étaient encourageants. Le véritable challenge est d'obtenir un blanchiment sans effets secondaires. Cette étude présente les effets secondaires observés sur des patients à phototypes foncés traités par laser alexandrite après résistance à plusieurs séances par laser à colorant pulsé.

Matériel et méthodes : Quatorze patients présentant des angiomes plans du visage ayant résisté après une moyenne de 12 séances au laser à colorant pulsé. Le phototype des patients est de III au V de Fitzpatrick avec une moyenne d'âge 28 ans environ. Le laser utilisé est le mini gentelase 755 nm (candela) à de fortes fluences allant de 50 à 70 joules/cm² avec un diamètre unique de spot à 8mm avec DCD. Le purpura est présent chez toutes les patientes réalisant ainsi le « enpoint » requis pour une efficacité. Aucun overlapping n'a été réalisé.

Résultats : Deux patients ont présenté des cicatrices et une patiente avec une hyperpigmentation après une seule séance. L'amélioration a été jugée légère à modérée chez six (06) patientes. Les autres effets indésirables se résument en un œdème chez quelques cas et surtout une douleur ressentie même après une application correcte de l'empla.



Conclusion : Le laser à colorant pulsé demeure le traitement de choix des angiomes plans, l'utilisation du laser alexandrite pour des angiomes résistants a été l'origine d'effets secondaires graves comme les cicatrices.

Une approche combinée pour traiter le mélasma Thierry Passeron, Eric Fontas, Hee Y Kang, Philippe Bahadoran, Jean-Philippe Lacour, Jean-Paul Ortonne

Conflits d'intérêt: Aucun. Galderma a fourni la crème utilisée dans cette étude.

La physiopathologie du mélasma reste encore mal connue. Des études récentes ont montré que comparées à la peau saine péri lésionnelle, les lésions de mélasma ont non seulement plus de pigmentation mais ont aussi une augmentation de la vascularisation et de l'élastose (1-3). Les approches thérapeutiques actuelles ne ciblent que l'hyperpigmentation. L'utilisation d'un laser à colorant pulsé (LCP) pourrait également traiter la vascularisation mais aussi, au moins partiellement, l'élastose. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de l'association du Trio de Kligman dans sa forme stabilisé (fluocinolone acetonide 0,01%, hydroquinone 4%, trétinoïne 0,05%) au LCP.

Méthodes. Type d'étude: Etude contrôlée prospective comparative en hémiface avec randomisation centrale. Cette étude a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes de Nice, France. Lieu de l'étude: Service des consultations de Dermatologie du CHU de Nice, France. Critères d'inclusion: Mélasma (diagnostic clinique), âge de 18 à 75 ans, phototypes I à IV. Critères de non inclusion: phototypes V, allergie à l'un des composés de la crème dépigmentante, grossesse et allaitement. Procédures: Trio de Kligman stabilisé en crème (TriLuma, Galderma©) appliqué une fois par jour pendant 4 mois sur l'ensemble du visage. Sur le côté du visage tiré au sort un traitement par LCP (Vbeam, Candela©) était débuté après 1 mois de crème. Trois séances espacées de 3 semaines chacune étaient réalisées. Un premier passage était effectué avec une pièce à main compressive de 10mm, 1,5ms, 7J/cm², puis un 2e passage était fait immédiatement après avec une pièce à main de 7mm, 20ms, 10J/cm², DCD 30/40. Un écran solaire indice 50+ devait être appliqué par tous les patients pendant toute la durée de l'étude. Evaluation: Le critère d'évaluation principal était le score MASI réalisé par un médecin indépendant, en aveugle du type de traitement et sur photographies standardisées (VISIA, Canfield©). Les éventuels effets secondaires étaient notés lors de chaque visite. La tolérance et la satisfaction des patients étaient évaluées par une



échelle visuelle analogique. Calendrier de traitement: Tous les patients ont délibérément été inclus à la fin de l'hiver et la visite finale s'est faite après l'été (au minimum 2 mois après la fin du traitement). Analyse statistique : Un test de Wilcoxon a été utilisé et pour prendre en compte l'analyse multiple, le risque a été abaissé à 0,025.

Résultats. Dix-huit patients ont été inclus. Un patient a voulu sortir de l'étude après un mois pour des raisons professionnelles. L'analyse a été faite en intention de traiter. Les deux approches thérapeutiques (crème seule ou en association avec le LCP) ont permis une amélioration statistiquement significative du score MASI à la fin du traitement en comparaison au score initial (respectivement p

Discussion. L'association du trio de Kligman stabilisé et du LCP a permis une diminution de l'hyperpigmentation significativement plus importante par rapport à la crème seule. Toutefois la différence clinique entre les 2 côtés traités apparaissait parfois légère. Chez les phototypes les plus foncés, l'ajout du LCP ne semble pas apporter de bénéfice du moins avec les paramètres que nous avons utilisés. Chez les sujets à peau plus claires les résultats sont significativement meilleurs et le traitement combiné semble aussi permettre de prévenir, au moins partiellement, les récives après la saison estivale. Ces résultats étaient associés à un haut degré de satisfaction des patients.

Références

1. Kang WH, Yoon KH, Lee ES, et al. Melasma: histopathological characteristics in 56 Korean patients. *The British journal of dermatology* 2002;146(2):228-37.
2. Kim EH, Kim YC, Lee ES, Kang HY. The vascular characteristics of melasma. *J Dermatol Sci* 2007;46(2):111-6.
3. Hernandez-Barrera R, Torres-Alvarez B, Castanedo-Cazares JP, Oros-Ovalle C, Moncada B. Solar elastosis and presence of mast cells as key features in the pathogenesis of melasma. *Clinical and experimental dermatology* 2008;33(3):305-8.



Traitement des lésions pigmentées du visage par Lasers Q-switchés Mongi Guetat

Les lasers QS ou déclenchés constituent une avancée thérapeutique majeure dans la prise en charge des lésions pigmentées du visage. Le principe est basé sur l'absorption de la lumière monochromatique par la mélanine ou par le pigment responsable de l'hyperpigmentation. Nous disposons actuellement de plusieurs sortes de lasers QS sur le marché :

1- Les lasers verts : Nd-Yag QS 532 nm. Ils sont superficiels, donnent un purpura lié à la forte absorption de l'hémoglobine à ces longueurs d'ondes.

2- Les lasers rouges : Rubis QS 694 nm ; Alexandrite QS 755 nm. Leur longueur d'onde leur permet de pénétrer jusqu'au derme, ont la même efficacité que les verts.

3- Les lasers proches de l'infrarouge : Nd-Yag QS 1064 nm. Ils sont moins absorbés par la mélanine mais pénètrent davantage dans le derme, sont utiles chez les phototypes élevés.

Les bonnes indications : Les lentigos actiniques, les éphélides, le naevus de Becker du visage, le naevus de Ota, le naevus spilus, les cernes pigmentaires et les taches café au lait.

Les mauvaises indications : Les hyperpigmentations post inflammatoires et les chloasmas.

Les indications discutables : Le naevus naevocellulaire et le naevus congénital géant.

Il faut savoir bien poser l'indication des lasers QS devant ce genre de pathologie, ne pas promettre de miracle et ne pas hésiter à pratiquer des tests afin d'éviter toute complication.

Hyperpigmentation du visage: la biopsie s'impose-t-elle avant un traitement par Laser? B Fazaa, D Baccouche, S Rammeh, S Goucha, M Kharfi, F Zeglaoui, R Zermani

Les indications des lasers pigmentaires sont multiples et bien codifiées actuellement. Elles concernent différentes lésions bénignes qu'il s'agisse d'hypermélaninoses ou d'hypermélanocytoses épidermiques ou dermiques. Le traitement par laser ne permet pas de contrôle histologique ce qui souligne la nécessité d'un bon diagnostic préalable. Dans certains cas et pour un opérateur ayant une bonne compétence clinique, le diagnostic est aisé et peut être posé sans biopsie préalable tel que, par exemple, pour des taches café-au-lait ou un hamartome de Becker. D'autres lésions posent



par contre des difficultés diagnostiques. Le diagnostic différentiel clinique entre lentigo actinique et mélanome de Dubreuilh est ainsi délicat et doit faire indiquer une biopsie au moindre doute. En effet le traitement par laser pigmentaire d'un mélanome confondu cliniquement avec un lentigo entraînerait un retard de diagnostic avec des conséquences péjoratives sur le pronostic final. Cette situation est compliquée par le fait qu'un lentigo actinique peut se voir en périphérie d'un mélanome de Dubreuil. Par ailleurs et en dehors du diagnostic de la nature de la lésion pigmentée, une biopsie cutanée peut aussi être indiquée pour préciser la profondeur de la cible pigmentaire et orienter le choix thérapeutique. Nous nous proposons d'illustrer les situations où peut se discuter la réalisation d'une biopsie d'une lésion hyperpigmentée du visage avant un traitement par laser.

Références:

1. Zipser MC, Mangana J, Oberholzer PA, French LE, Dummer R. Melanoma after laser therapy of pigmented lesions—circumstances and outcome. *Eur J Dermatol.* 2010;20(3):334-8
2. Böer A, Wolter M, Kaufmann R. Pseudomelanoma following laser treatment or laser-treated melanoma?]. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2003 Jan; 1(1) :47-50
3. Giacomel J, Zalaudek I, Mordente I, Nicolino R, Argenziano G. Never perform laser treatment of skin tumors with clinical "EFG" criteria. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008 May;6(5):386-8.
4. Metastasis of a Malignant Melanoma 2 Years after Carbon Dioxide Laser Treatment of a Pigmented Lesion: Case Report and Review of the Literature. Gottschaller C, Hohenleutner U, Landthaler M. *Acta Derm Venereol* 2006; 86: 44-47
5. A therapeutic strategy based on histological assessment of hyperpigmented skin lesions in Asian. M Kurita, H Kato, K Yoshimura. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2009; 62: 955-963

Les traitements chimiques dépigmentants Mseddi M, Turki H

Les hyperpigmentations faciales sont un motif fréquent de consultation. Les armes thérapeutiques sont multiples et variables. Les traitements chimiques sont anciens et ne cessent d'évoluer. Les découvertes et les études contribuent à la mise au point de nouveaux produits plus efficaces. Les traitements topiques agissent à différentes étapes de la mélanogénèse. La cible de ces produits est variable (tyrosinase, peroxydase, radicaux libres, mélanosomes, renouvellement épidermique...). Le



méquinol ou le monométhyléther d'hydroquinone, un ester de l'hydroquinone, est indiqué pour les hyperpigmentations cicatricielles, post-traumatiques, post-inflammatoires, phototoxiques, médicamenteuses, ainsi que pour les éphélides. Il n'est pas utilisé avant l'âge de 12 ans ni chez les femmes enceintes ou allaitantes.

La trétinoïne est active sur les hyperpigmentations, en particulier les formes post-inflammatoires et sur les lentigos actiniques. Le délai nécessaire pour obtenir un résultat significatif est plus long qu'avec l'hydroquinone seule. Un érythème simple, une irritation, une desquamation et une photosensibilisation y sont fréquents.

L'hydroquinone (1,4-dihydroxybenzène) était le dépigmentant le plus utilisé. C'est un constituant fréquent des préparations. Elle est utilisée à des concentrations de 2 à 5%. En préparation magistrale. La directive, interdisant l'utilisation de l'hydroquinone dans les cosmétiques dépigmentants, est motivée par le potentiel carcinogénétique de l'hydroquinone. L'acide kojique, est un inhibiteur modéré de la formation de pigment. Il possède aussi des propriétés antibactérienne et antifongique.

L'acide azélaïque a une activité antiproliférative et cytotoxique sur les mélanocytes hyperactifs et anormaux.

La vitamine C inhibe également la tyrosinase. Les dermocorticoïdes ont un potentiel dépigmentant certain, surtout s'ils sont appliqués sous pansement occlusif. Ils sont utilisés dans des crèmes à base d'hydroquinone, c'est davantage pour diminuer l'irritation induite par la préparation que pour en accroître l'efficacité. Les options thérapeutiques locales sont multiples. Plusieurs substances sont en cours de développement et d'évaluation. L'efficacité clinique est variable.

Le traitement combiné est préféré pour la meilleure synergie et la réduction d'effets secondaires. Dans tous les cas, une photoprotection locale rigoureuse est indispensable.

Troubles pigmentaires du visage: de la sémiologie à la pathologie M. Mokni

Les lasers ont actuellement une place de choix dans le traitement des lésions pigmentaires. Leurs résultats varient néanmoins selon le type de laser et de la pathologie traitée. Le pigment mélanique



se distribue naturellement au niveau de l'épiderme. Il est produit à partir des mélanocytes qui s'intercalent entre les kératinocytes de la couche basale. La mélanine est produite par les mélanosomes qui sont transférés aux kératinocytes. L'association d'un mélanocyte à 30 à 40 kératinocytes réalise l'unité épidermique de mélanisation. En fonction de la répartition du pigment, on peut distinguer les hypermélanoses épidermiques ou dermiques et les hypermélanocytoses épidermiques ou dermiques. Les hypermélanoses se caractérisent par une augmentation de la quantité de mélanine sans augmentation du nombre de mélanocytes tandis que les hypermélanocytoses sont le témoin d'une augmentation du nombre des mélanocytes. Ces distinctions théoriques ne sont pas la traduction exacte des différentes lésions pigmentaires. En cas d'hyperpigmentation, la mélanine peut se retrouver jusque dans la couche cornée mais également dans le derme où elle se répartit en mottes extracellulaires ou intramacrophagiques (mélanophages) : on parle alors d'incontinence pigmentaire. La lumière de Wood atténuée le contraste entre la peau saine et pathologique lorsque le pigment anormal prédomine dans le derme ; à l'inverse, il augmente lorsque le pigment anormal est épidermique. Cette présentation a pour but de passer en revue les caractéristiques anatomocliniques des principales indications des lasers dans les troubles pigmentaires du visage.

Laser et psoriasis, acné et vitiligo: quoi de neuf? S. Fenniche

Les lasers sont souvent utilisés par les dermatologues pour traiter plusieurs dermatoses, mais aussi pour de multiples indications esthétiques. Plusieurs pathologies comme l'acné, le psoriasis et le vitiligo peuvent tous être traités avec succès par le laser, offrant d'autres options thérapeutiques.

Le psoriasis est souvent réfractaire aux traitements conventionnels. Le Laser comme traitement du psoriasis a été étudié depuis le milieu des années 1980. Plusieurs lasers sont indiqués pour le psoriasis principalement le laser excimer, mais aussi le laser à colorant pulsé, et le laser ablatif et laser néodyme-YAG.

Concernant le vitiligo, le laser excimer 308nm est sûr et efficace dans cette indication. Toutefois, le siège de la lésion et durée de la maladie sont des facteurs clés influençant le résultat clinique. Le laser hélium-néon (He-Ne laser, 632,8 nm) est une autre option thérapeutique qui donne un effet



stimulant sur la croissance des mélanocytes fonctionnels et induit la prolifération des mélanocytes par interaction avec le collagène de type IV.

L'utilisation de lasers et de lampes dans l'acné vulgaire a considérablement augmenté ces dernières années en raison de la facilité de traitement, de l'efficacité clinique et un minimum d'effets indésirables. Les différents types de traitements sont : le laser 532 nm titanyle phosphate de potassium, le 585 et 595 nm laser à colorant pulsé, le laser diode 1450 nm, le 1320 nm Nd: YAG et la lumière intense pulsée. La photothermolysse fractionnée, la diode laser 1450-nm et les lasers à colorant pulsés ont été utilisés dans le mode non ablatif de cicatrices d'acné avec un succès notable. Les lasers induisent une réponse plus rapide par rapport au 1 - 3 mois nécessaires pour répondre aux traitements traditionnels oraux et topiques. La place et l'utilité des lasers dans de telles indications seront discutées.

Quoi de neuf en Lasers fractionnels? S.Triki, K. Turki

Les lasers fractionnés sont basés sur un nouveau concept de séparer le laser en microfaisceaux provoquant des zones de dommage thermique microscopiques répartis de façon régulière sur la peau tout en préservant des intervalles de peau saine.

On distingue les lasers fractionnels non ablatifs où la photothermolysse provoque une coagulation du derme sans effraction épidermique et les lasers fractionnels ablatifs (CO₂ et Erbium) qui entraînent des micro-ablations à une profondeur déterminée. Ces derniers ont révolutionné la chirurgie au laser car ils offrent l'avantage d'être efficaces avec des suites simples et surtout moins d'effets secondaires par rapport aux lasers ablatifs traditionnels.

A travers une recherche bibliographique sur Medline, nous évaluerons les données récentes de la littérature concernant les nouvelles indications des lasers fractionnés ablatifs et non ablatifs.

Quoi de neuf en laser épilatoire? R. Benmously Mlika

Cette année, les lasers épilatoires ne sont plus indiqués simplement dans le but d'épiler. Nous observons à travers la littérature un élargissement des indications des lasers épilatoires en général notamment en ce qui concerne la place de ces derniers chez les sujets atteints de kyste du sinus



pilonidal et d'hydrosadénite. Le problème de la gestion de la pilosité paradoxale est toujours de mise.

Quoi de neuf en Laser pigmentaire? Khaoula Hajlaoui, Mongi Guetat

Durant la dernière décennie, les lasers pigmentaires ont permis d'ouvrir des perspectives dans le traitement de certaines lésions pigmentaires pour lesquelles les moyens thérapeutiques étaient jusque là très limités. Les lasers doublés en fréquence ND :Yag (532 nm) ont été longtemps considérés comme étant les plus efficaces et les moins nocifs dans les traitements des lésions pigmentaires. Dans le détatouage, trois lasers ont principalement montré leur efficacité : le Rubis Q-switché (694 nm), l'Alexandrite Q-switché (755 nm) et le ND : YAG Q-switché (532 nm et 1064 nm). Ces techniques de dépigmentation ne cessent d'évoluer, nous avons choisi cette année de revoir ce qui a été publié sur Pub Med durant la période : fin 2009 - 2010. Les controverses concernant le traitement du mélasma font l'objet de plusieurs publications et les auteurs parlent de plus en plus des lasers Q-switché Nd : YAG à 1064 à basse fluence. Un réel bénéfice a été noté en associant la crème trio dépigmentante au traitement par Nd :Yag. Par ailleurs, nous allons passer en revue quelques protocoles rapportés récemment dans le traitement de certaines lésions pigmentaires telles que le Noevus d'Ota, les macules bilatérales Ota-like et le noevus géant congénital. Nous allons également parler d'une technique d'avenir qui est le laser picoseconde et son efficacité dans le détatouage par rapport aux lasers nanosecondes.

Normal 0 21 false false false FR X-NONE AR-SA /* Style Definitions */ table.MsoNormalTable {mso-style-name:"Tableau Normal"; mso-tstyle-rowband-size:0; mso-tstyle-colband-size:0; mso-style-noshow:yes; mso-style-priority:99; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:""; mso-padding-alt:0cm 5.4pt 0cm 5.4pt; mso-para-margin-top:0cm; mso-para-margin-right:0cm; mso-para-margin-bottom:10.0pt; mso-para-margin-left:0cm; line-height:115%; mso-pagination:widow-orphan; font-size:11.0pt; font-family:"Calibri", "sans-serif"; mso-ascii-font-family:Calibri; mso-ascii-theme-font:minor-latin; mso-hansi-font-family:Calibri; mso-hansi-theme-font:minor-latin; mso-bidi-font-family:Arial; mso-bidi-theme-font:minor-bidi;} Quoi de neuf en Laser pigmentaire ?



Quoi de neuf en mise en tension de la peau FaiKa CHERIF

Les techniques de rajeunissement et de mise en tension cutanée ont connu des avancées significatives au cours des dernières décennies. Un large éventail de modalités thérapeutiques (lasers fractionnés, systèmes de radiofréquence, ultrasons...) est disponible pour répondre à cette demande de mise en tension. Nous aborderons les nouveautés rapportées dans la littérature en 2010.

- La Radiofréquence (RF) monopolaire ou bipolaire est une énergie électromagnétique utilisée depuis quelques années dans le traitement du relâchement cutané. L'efficacité réelle ou non reste discutée.
- La RF fractionnée en multipliant les électrodes augmente les énergies délivrées et entraîne un effet ablatif ou non ablatif selon l'énergie délivrée.

Elastometry and clinical results after bipolar radiofrequency treatment of skin.

Willey A, Kilmer S, Newman J, Renton B, Hantash B, Krishna S, McGill S, Bérubé D.

Dermatol Surg. 2010 Jun;36(6):877-84.

La relation entre les scores subjectifs d'amélioration clinique et l'évolution des mesures objectives des propriétés mécaniques de la peau mesurée par élastométrie est rapportée

Résultats recueillis au début , puis à 3 et 6 mois du traitement.

Amélioration clinique des rides, du relâchement de la peau et des mesures élastométriques suggérant que la peau a rajeunit.

Blinded, randomized, quantitative grading comparison of minimally invasive, fractional radiofrequency and surgical face-lift to treat skin laxity.

Alexiades-Armenakas M, Rosenberg D, Renton B, Dover J, Arndt K.

Arch Dermatol. 2010 Apr;146(4):396-405.

Essai randomisé, en aveugle, comparatif.



15 patients avec relâchement cutané traités par radiofréquence fractionnée (FRF) randomisés avec des patients ayant subi une chirurgie de la face par lifting. Photographies de base et 3-6 mois après le traitement.

Une amélioration statistiquement significative dans le relâchement du visage, avec une note moyenne de 1,20 d'amélioration pour les patients dans le groupe « face-lift » et de 0,44 pour les patients traités par FRF (P

Tous les patients du groupe de traitement FRF ont présenté un érythème transitoire, un œdème léger et un purpura d'intensité légère à modérée qui se sont résolus en 5 à 10 jours. Ils sont retournés à leurs activités normales dans les 24 heures.

Tous les patients dans le groupe « face-lift » a eu une cicatrisation des marges chirurgicales, un érythème, un œdème, des ecchymoses. Ils sont retournés à leurs activités normales 7 à 10 jours après l'ablation des fils.

Conclusion : suggère que les techniques mini-invasives peuvent fournir une option non chirurgicale importante pour le traitement du relâchement cutané du visage.

Comment optimiser mon laser CO2 fractionnel? Nabil Hachich

Le laser CO2 nous permet depuis de nombreuses années d'obtenir d'excellents résultats dans le traitement de plusieurs lésions dermatologiques. Grâce à des systèmes scannés, superpulsés ou ultrapulsés, on peut produire des impacts très brefs de moins de 1ms inférieur au temps de relaxation cutanée ce qui permet une photocoagulation sans carbonisation. Ces systèmes permettent un resurfaçage intéressant dans le traitement du vieillissement cutané, des rides et des cicatrices. Néanmoins, ce resurfaçage présente quelques inconvénients tels que la nécessité d'une anesthésie locale, locorégionale ou générale, une cicatrisation longue et désagréable pour le patient avec un érythème qui persiste de deux à quatre mois, sans oublier les complications à type de surinfection, d'hypopigmentation ou de cicatrice hypertrophique. Le laser fractionné permet d'obtenir une cicatrisation plus rapide avec moins de complications. Le traitement ne nécessite pas d'anesthésie générale ou locorégionale.



Ce laser fractionné permet d'améliorer les rides, les kératoses, le relâchement cutané, les cicatrices d'acné, les cicatrices traumatiques ou de brûlure du visage mais également d'autres zones réputées difficiles à traiter par le laser CO2 classique, comme le cou, le thorax ou le bras. Les suites opératoires sont moins importantes qu'avec le CO2 scannérisé ou ultrapulsé.

En général, on observe un œdème avec érythème suivi d'un aspect de peau bronzée en résille et d'une desquamation nécessitant une indisponibilité sociale de cinq à huit jours. Malgré tous ces avantages du traitement fractionné, on peut observer certaines complications telle qu'une surinfection, une pigmentation postinflammatoire surtout chez les patients de phototype IV et V, une hypopigmentation, ou encore des cicatrices hypertrophiques.

Comment optimiser mon laser CO2 fractionnel? Nesrine Kenani Kassassi

Généralités : Le concept de « Fractional photothermolysis » a été introduit par l'équipe de Rox Anderson en 2004. Plusieurs longueurs d'onde ont été proposées : 1.44 μm (Nd:YAG), 1.54 μm (Er: Glass), 2.97 μm , 2.94 μm (Er:YAG) et 10.6 μm (CO2). Actuellement, les lasers CO2 fractionnés sont en pleine expansion. L'énergie du laser, délivrée sous forme d'une multitude de spots de quelques centaines de microns de diamètre, induit la coagulation de zones microscopiques de traitement thermique plus ou moins profondément dans le derme. Le point essentiel est que les micros spots sont espacés de plusieurs μm , permettant ainsi une ré épithélialisation rapide à partir des intervalles de derme non traités et limitant ainsi le risque de complications des lasers ablatifs de relissage où tout l'épiderme et le derme sont volatilisés.

Nous nous proposons de relater les différents paramètres du laser CO2 fractionné, ses principales indications et contre indications et les éventuelles complications.

Protocole du traitement : Les principaux paramètres du laser CO2 fractionné sont le diamètre du spot et la durée d'impulsion. On utilise, généralement, un spot compris entre 150 et 500 μm . Pour les spots 500 μm , on obtient d'excellents résultats cliniques mais les risques de brûlure et d'hyperpigmentations sont très élevés. Concernant la durée d'impulsion. Les impulsions très brèves (10 ms le risque d'effets secondaires par diffusion thermique aux structures adjacentes est très



important et la douleur est intense. Entre 2 à 5 ms, il s'agit d'un excellent compromis entre les résultats obtenus et la sécurité du patient.

Indications du laser CO2 fractionnel

- Régénération cutanée de l'aire faciale avec remise sous tension, rides péri-orales, péri-orbitaires, péribuccales.
- Peau photo-endommagée, pores dilatés, peau grasse, peau brillante
- Problèmes pigmentaires: dépigmentation, dyschromies, mélasma
- Cicatrices chirurgicales, traumatiques, de brûlure, d'acné
- Relissage des zones du corps : corps, décolleté, mains
- Vergetures

Critères d'exclusion

- Traitement préalable par isotrétinoïne orale dans les six mois qui précèdent le laser
- Antécédents de cicatrisation hypertrophique ou chéloïde
- Antécédents de vitiligo, de collagénose avec affection clinique dermatologique

Complications : La durée et l'intensité des suites dépendent des paramètres utilisés

- Erythème: survient rapidement dans les premières heures et dure en général 2 jours avant de régresser rapidement et progressivement.
- Œdème : lié à l'inflammation peut survenir dans les 24 à 48h post traitement.
- Hyperpigmentation post inflammatoire: peut survenir en fin de première semaine mais a tendance à se réduire au fur et à mesure que la peau récupère un aspect plus jeune ou plus élastique.
- La survenue d'un herpès peut compliquer le traitement par laser CO2 fractionné. L'existence d'antécédent d'herpès fera prescrire une prophylaxie médicamenteuse dans les jours précédents et dans les jours suivants l'opération laser.
- Cicatrices en cas de précautions non respectées ou de paramètres laser trop forts.
- Saignements.

Conclusion : Les lasers CO2 sont utilisés depuis une vingtaine d'année en dermatologie. Les lasers CO2 fractionnés sont en train de prendre une place considérable dans le traitement du relissage



cutané. Les avantages de ce laser sont l'absence de consommable et sa simplicité d'utilisation. Le traitement se fait sous anesthésie locale. Tous les phototypes peuvent être traités (I-V) et le temps de traitement est court (20 minutes pour un visage entier).



POSTERS

1. QUALITÉ DE VIE CHEZ LES FEMMES: ÉTUDE CAS-TÉMOINS À PROPOS DE 23 CAS

R. Benmously, I. Dorbani Bentabet, F. Robbana Ochi, B. Zouari, N. Sliti, S. Fenniche, I. Mokhtar

Service de Dermatologie Hôpital Habib Thameur-Tunis

2. TRAITEMENT DES VERRUES VULGAIRES PAR LASER CO2 CHEZ LES PATIENTS IMMUNODEPRIMÉS

D. Baccouche, A. Zaouak, A. Khaled, N. Fekih, F. Zeglaoui, B. Fazaa

Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle-Tunis

3. TRAITEMENT PAR LASER ÉPILATOIRE ND YAG D'UNE HYPERTRICHOSE DU VISAGE SECONDAIRE AU MINOXIDIL®

R. Benmously, M. Ben Hamida, I. Dorbani Ben Tabet, T. Badri, M. Zghal S. Fenniche, I. Mokhtar,
Service de dermatologie-hôpital Habib Thameur-Tunis

4. LE LASER ND:YAG LONG PULSE DANS LE TRAITEMENT DES ECTASIES VASCULAIRES SCROTALES.

T. Badri, N. Jaada, R. Benmously, I. Dorbani, S. Ben Jannet, I. Mokhtar, S. Fenniche.

Service de dermatologie -Hôpital Habib Thameur-Tunis

5. APPORT DU LASER AU DIOXYDE DE CARBONE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCLÉROSE TUBÉREUSE DE BOURNEVILLE

T. Badri, M. Ben Hamida, S. Ben Jannet, F. Ishak, R. Benmously, A. Jellouli, I. Mokhtar, S. Fenniche.

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

6. COMBINED METHODS TO TREAT TATTOOS

Kh. Turki (Nabeul)

7. LA PDT DANS LA PRISE EN CHARGE DU XERODERMA PIGMENTOSUM

Zghal M, Jellouli A, Triki S, Benmously R, Fenniche Sami, Mokhtar I

Service de dermatologie Hôpital Habib Thameur Tunis



SPONSORS

Sponsors Privilégiés

PIERRE FABRE DERMO COSMETIQUE

SVR

CYNOSURE

SINCLAIR

Sponsors Gold

BIOSCREEN

SPIRIG

ADWYA

Sponsors Silver

ACTAVIS

DIASTEM

Sponsors

GALDERMA

PHARMAGREB

LEO

ESTHELLLE

ROC

REVTACARE

DERMACARE

LA ROCHE POSAY



ORATEURS

Asma Sioud Dhrif (Tunis)
Becima Fazaa (Tunis)
Bertrand Pusel (Haguenau)
Brigitte Tack (Caen)
Carsten M.Philipp. (Berlin)
Faïka Cherif (Tunis)
Faten Monastiri (Sousse)
Hamida Turki (Sfax)
Hassen Ghalila (Tunis)
Kamel Messoud Nacer (Oran)
Khaled Turki (Nabeul)
Khaoula Hajlaoui (Tunis)
Madiha Mseddi (Sfax)
Mongi Guetat (Sousse)
Mourad Mokni (Tunis)
Nabil Hachich (Tunis)
Nesrine Kenani (Sousse)
Rim Cheikh Rouhou (Tunis)
Rym Benmously (Tunis)
Salma Ben Romdhane (Tunis)
Samira Abbas (Sfax)
Samy Fenniche (Tunis)
Sana Triki (Tunis)
Thierry Passeron (Nice)
Youcef Lounis (Alger)
Zohra Ben Lakhdar (Tunis)