



**GROUPE LASER DES DERMATOLOGISTES TUNISIENS**  
**TUNISIAN DERMATOLOGY LASER GROUP**

en collaboration avec



**GROUPE LASER**  
**De la SFD**  
Laser et techniques associées



# Les Journées **laser** Meeting



**Hôtel**  
**La Cigale**  
**Tabarka, Tunisie**  
**08 & 09**  
**Mars 2019**

Programme

[www.groupelaser.org](http://www.groupelaser.org)

# Editorial

**Bienvenue à la 12<sup>ème</sup> édition des Journées Laser de Tunis**  
« **Les Journées Laser de Tunis** », sont devenus depuis des années un rendez vous incontournable pour les dermatologues, dans le domaine des lasers et autres dispositifs à base d'énergie, rapportant les dernières nouveautés et des indications de plus en plus diversifiées médicales et cosmétologiques.

Durant de nombreuses années, en raison de nombreuses contraintes, Tunis était le lieu le plus indiqué pour abriter ces journées. Cette session 2019 sera particulière du fait de la délocalisation du congrès qui se tiendra dans un nouveau cadre, « **Hôtel La Cigale** », sur la splendide côte nord-ouest de la Tunisie, à proximité du charmant village historique de Tabarka, un lieu magique où se combinent luxe raffiné, hospitalité traditionnelle et nature verdoyante.

Comme à l'accoutumée, nous avons programmé des thèmes très variés se répartissant en 6 sessions, explorant plusieurs domaines : pigmentaire, cicatrices, génital, esthétique et médical. Les congressistes auront également le choix de choisir parmi les incontournables ateliers pratiques, rapportant toujours les dernières innovations. Toutes ces séances seront animées par des experts, aussi bien Maghrébins qu'Européens, qui nous présenteront leurs riches expériences respectives.

Malgré une conjoncture difficile, tous nos partenaires industriels, sont vivement remerciés pour leur disponibilité et leur soutien indéfectible, pour nous permettre la réussite de ce congrès.

Au nom du comité d'organisation du **Groupe Laser des Dermatologistes Tunisiens** (GLDT), je souhaite à toutes et à tous un très bon congrès.



*Le Président du Groupe Laser*  
**Pr Samy FENNICHE**

## Bureau / Board

**PRÉSIDENT :**

**Pr. Samy FENNICHE**

Tél. : 216 71 135 042

Fax : 216 71 135 015

samy.fenniche@gmail.com

**VICE-PRÉSIDENT :**

**Dr. Nabil HACHICH**

Tél. : 216 71 889 911

Fax : 216 71 880 248

nabil.hachich@planet.tn

**SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :**

**Dr. Feiza BEN AMMAR**

Tél. : 216 71 367 066

Fax : 216 71 399 115

feiza.benammar14@gmail.com

**TRÉSORIER :**

**Pr. Rym BENMOUSLY**

Tél. : 216 71 135 080

Fax : 216 71 399 115

rbenmously@yahoo.fr

**SECRÉTAIRE ADJOINT :**

**Dr. Asma SIOUD DHRIF**

Tél. : 216 98 482 193

Fax : 216 71 880 248

asma\_sidh@yahoo.fr

**TRÉSORIER ADJOINT :**

**Dr. Nesrine KENANI**

Tél. : 216 24 966 630

Fax : 216 71 399 115

nesrinekassassi@yahoo.fr

## Comité d'organisation

**Anis Mahfoudh**

mahfoudhanis@yahoo.fr

**Mariam Mahfoudh**

benabdallahmahfoudh@yahoo.fr

**Houda Hammami**

hammamighorbel@yahoo.fr

**Donia Ammar**

ammardoniam@yahoo.fr

**Nedra Sliti**

slitinedra@planet.tn

**Hela Moula**

hela\_moula@yahoo.fr

**Héla Haouet Marrakchi**

marrakchihela@hotmail.fr

**Jihene Hichri**

hichenjihen@yahoo.fr

**Salma Ben Romdhane**

bromdhanesalma@yahoo.fr



**ADRESSE / ADDRESS**

Résidence TASNIM, Immeuble A, Avenue Hédi Nouria, Ennasr 2 - 2037, Ariana

Téléphone : +216 71 367 066 / Fax : +216 71 135 015

E-mail : [contact@groupelaser.org](mailto:contact@groupelaser.org)

Website : [www.groupelaser.org](http://www.groupelaser.org)

## Jeudi 07 Mars / Thursday, March 07<sup>th</sup>

**16h00 à 19h00:** Accueil des participants et inscriptions

Remise des lunch box

## VENDREDI matin 08 Mars / FRIDAY morning, March 08<sup>th</sup>

**08h00 à 09h30:** Accueil-Inscription / Welcome-Registration

**09h30 à 10h30:** Séance plénière / Plenary session: [NOS EXPERIENCES]

**Session 1: Modérateurs : C. Noé, Y. Elloumi, F. Monastiri**

- Traitement des verrues par laser Nd:YAG 1064 nm.  
**Donia Ammar**
- Photobiomodulation et amas graisseux : techniques et résultats.  
**Christine Noé**
- Prise en charge du vitiligo par lampe excimer 308 nm.  
**Anis Mahfoudh**
- Lasers & DBE et peaux ethniques partie I: généralités et épilation laser.  
**Anne LePillouer Prost**
- Traitement des pelades résistantes par khelline et excimer 308 nm : technique et résultats.  
**Samy Fenniche**

**10h30 à 10h50 : SYMPOSIUM SERIDERM**

Les end point en laser chez les phototypes maghrébins : Kamel Messaoud Naceur

**10h50 à 11h30 : PAUSE CAFE ET VISITE DES STANDS / BREAK AND EXHIBITORS VISIT**

**11h30 à 13h00: Workshops**

- 1- WORKSHOP 1: CYNOSURE**  
Comment optimiser mon Q-Swithe Revlite dans un cabinet médical :  
**Hugues Cartier**
- 2- WORKSHOP 2: DEKA : Laser à colorant pulsé**
- 3- WORKSHOP 3: BIONUTRILIFT BY FILORGA**  
**H. Zribi**

**13h00 à 14h30: DÉJEUNER BUFFET / BUFFET LUNCH**

## VENDREDI après-midi 08 Mars / FRIDAY afternoon March 08<sup>th</sup>

**14h30 à 16h20: Séance plénière / Plenary session : [ESTHETIQUE]**

**Session 2: Modérateurs : M. Creusot, R. Nouira, J. Zili**

### **SYMPOSIUM SVR**

**Melasma et vascularisation : physiopathologie et applications thérapeutiques :**

**Houda Hammami**

- Ethique et esthétique.  
**Michel LePillouer**
- Toxine botulinique et bas du visage.  
**Marie Jeanne Miniconi**
- Ultrasons microfocalisés (HIFU) dans le rajeunissement du visage.  
**Jihène Hichri**
- Effets secondaires des HIFU : comment les gérer, comment les ménager ?  
**Muriel Creusot**
- Photobiomodulation en indication esthétique.  
**Christine Noé**

### **SYMPOSIUM RAMAPHARM**

**Liperol Plus, Prise en charge intégrale du cuir chevelu : Monia Kourda**

**16h20 à 17h00 : PAUSE CAFE ET VISITE DES STANDS / BREAK AND EXHIBITORS VISIT**

**17h00 à 17h45: Séance plénière / Plenary session: [BIEN FAIRE SANS COMPLICATIONS]**

**Session 3: Modérateurs : H. Cartier, A. Attia, H. Haouet**

- Laser & DBE et peaux ethniques partie II: lasers non invasifs et invasifs.  
**Anne LePillouer Prost**
- Association laser fractionné ou needling et TCA : quelles indications ?  
**Martine Baspeyras**
- Intérêt des techniques de restauration génitale.  
**Magali Dubois**
- IMCAS Alert : cas cliniques de complications de lasers.  
**Hugues Cartier, Anne LePillouer Prost**

**17h45 : AG du SYNDICAT Tunisien des médecins libéraux-section Dermatologie**

**20h30 : DINER GALA / GALA DINNER (SVR)**

**REMISE DES PRIX**

**SAMEDI matin 09 Mars / SATURDAY morning, March 09<sup>th</sup>**

**08h00 à 9h00:** Accueil des participants et inscriptions

**09h15 :** Allocution de Monsieur le Ministre de la Santé

**09h30 à 10h30: Séance plénière / Plenary session : [Cicatrices]**

**Session 4 : Modérateurs : M. Dubois, M. Kallel, K. Zouhair**

- Laser Assisted Delivery for scars and rejuvenation  
**Anne LePillouer Prost**
- Nouvelles technologies et Laser CO2 , Focus sur la région peri orbitaire.  
**Marie Jeanne Miniconi**
- Prise en charge des radiodermites aiguës par photobiomodulation.  
**Muriel Creusot**
- Traiter mes cicatrices par laser : quand et comment ?  
**Hugues Cartier**

**10h 30 à 10h50 : Symposium URIAGE**

Cicatrisation, de la recherche à la clinique : Rym Benmously

**10h50 à 11h30 : PAUSE CAFE ET VISITE DES STANDS / BREAK AND EXHIBITORS VISIT**

**11h30 à 13h00: Workshops**

- 1- WORKSHOP 1: QMB LASER: The first twin wavelength in the world (German technology). Hair removal laser with 2 wavelengths ( Diode 808 nm + Alexandrite 755 nm) in one machine.  
ENG Ahmed Belhaj**
- 2- WORKSHOP 2: PHOTON MEDICAL: HIFU- Radiofrequence microaiguilles**
- 3- WORKSHOP 3: JUVEDERM: MD CODES  
Selma Ben Romdhane**

**13h00 à 14h30: DÉJEUNER BUFFET / BUFFET LUNCH**

**SAMEDI après-midi 11 Mars / SATURDAY afternoon March 11<sup>th</sup>**

**14h30 à 15h30: Séance plénière / Plenary session : [PIGMENTATION]**

**Session 5: Modérateurs : MJ. Miniconi, N. Hachich, M. Rouatbi**

- Apport des lasers dans les pigmentations du visage.  
**Hugues Cartier**
- Les peelings sont ils efficaces dans le traitement du mélasma ?  
**Martine Baspeyras**
- Comment prendre en charge le mélasma sur peaux ethniques.  
**Rym Benmously**
- L'acide tranéxamique dans le traitement du mélasma : notre expérience.  
**Kawtar Zouhair**
- Tatouages et détatouages : complications.  
**Gérard Toubel**

**15h30 à 15h50 : Symposium La Roche Posay**

**Gestion des troubles pigmentaires post laser : Rym Benmously**

**15h50 à 16h30: PAUSE CAFE ET VISITE DES STANDS / BREAK AND EXHIBITORS VISIT**

**16h30 à 17h30: Séance plénière / Plenary session : [MEDICAL]**

**Session 6: G. Toubel, S. Abbes, M. Baspeyras**

- Photobiomodulation en pathologie médicale.  
**Christine Noé**
- Comment la dermoscopie peut nous aider dans notre pratique laser.  
**Houda Hammami**
- Principales pathologies génitales à connaître avant laser ou acide hyaluronique génital.  
**Magali Dubois**
- Comment je traite les varicosités des membres inférieurs par laser.  
**Gérard Toubel**

**20h30 : COCKTAIL DINATOIRE (2M Pharma)**

**REMISE DES PRIX**

**DIMANCHE 10 Mars / SUNDAY March 10<sup>th</sup>**

**10h00: Départ des bus**

# **POSTERS**

**1. Intérêt du laser CO2 dans le traitement des manifestations cutanées des gnodermatoses**

W Abdelli, H Hammami, S Boumaiza, A Zaouak, S Ben Jennet, H Marrak, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**2. Intérêt de la dermoscopie dans le traitement des nodules rhumatoïdes par laser CO2 continu**

S Boumaiza, H Hammami, W Abdelli, A Zaouak, S Ben Jennet, H Marrak, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**3. Efficacité des peelings au TCA au cours du mélasma : à travers une série de 46 cas**

S Harbaoui, S Ben Jennet, A Raboudi, A Zaouak, S Ben Jennet, H Marrak, H Hammami, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**4. Traitement des télangiectasies postopératoires du nez par électrocoagulation**

Boufarguine S, Litaïem N, Yaakoubi J, Karray M, Charfi O, Jones M, Zeglaoui F

Service de Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle-Tunis-Tunisie

**5. Tophus goutteux traités par du laser Co2 continu: à propos d'une observation**

N.Daadaa, H.Hammami, F Daoued, H Zoubeydi, A.Zaouak, S Ben Jennet, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**6. Hamartomes épidermiques verruqueux inflammatoire linéaires : Intérêts et limites du laser CO2**

I Ben Lagha, H Hammami, O Midassi, S Arfaoui, A Zaouak, S Ben Jennet, H Marrak, H Hammami, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**7. Chéilite de contact allergique traitée par photothérapie dynamique conventionnelle**

S Arfaoui, H Hammami, I Ben Lagha, A Zaouak, S Ben Jennet, H Marrak, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.



**8. Utilité de la dermoscopie pour guider le traitement des xanthélasmas par du laser CO2 continu**

A Raboudi, H Hammami, S Harbaoui, A Zaouak, S Ben Jennet, H MARRAK, S Fenniche

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie.

**9. Apport de la lampe excimer 308 nm dans le traitement des pelades décalvantes totales.**

M Chaabani, H Hammami, A Zaouak, A Ben Tanfous, S Ben Jennet, H MARRAK, S Fenniche.

Service de Dermatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

# COMMUNICATIONS



## **TRAITEMENT DES VERRUES PAR LASER ND:YAG**

### **DONIA AMMAR BEN SALEM**

Les formes récalcitrantes des verrues, en particulier palmoplantaires, posent de sérieux problèmes de prise en charge. Plusieurs approches thérapeutiques ont été proposées avec des résultats variables. Différents lasers ont été essayés dont le laser CO2, le laser à colorant pulsé et le laser Nd:YAG Long pulse. A travers une petite série ainsi qu'une revue de la littérature, nous proposons de montrer l'intérêt de l'utilisation du laser Nd:YAG long pulse dans ces formes récalcitrantes.

### **PHOTOBIMODULATION : AMAS GRAISSEUX REMODELAGE CORPOREL**

#### **Christine NOE CAVAILLON**

La photobiomodulation (PBM) est l'action non destructrice exercée sur les tissus par des lumières de basses énergies. Elle met en œuvre des voies métaboliques alternatives initiées par l'activation de divers photorécepteurs présents dans les cellules. Le résultat final de la PBM dépend non seulement du paramétrage mais aussi de l'état initial de la cible visée.

Parmi les applications d'ordre esthétique de la PBM, la diminution des circonférences corporelles conjuguée à l'amélioration de l'aspect cellulitique est particulièrement intéressante.

#### **CELLULITE et REMODELAGE CORPOREL : LES RÉSULTATS**

Des études ont été conduites avec des dispositifs émettant dans le rouge principalement. Elles ont montré l'efficacité de ces procédures seules et en association avec d'autres techniques allant du palper-rouler à la lipospiration dont la PBM améliore l'efficacité et réduit les suites indésirables. Outre la taille, les hanches et les cuisses, des essais concluants ont été menés sur les bras. À noter une publication testant un appareil émettant dans le vert.

J'utilise un LLLT émettant dans le rouge en monothérapie. 70 faisceaux laser sont répartis sur 8 pièces à main disposées au contact de la circonférence. Ce dispositif est complété par 2 pads de drainage au niveau inguinal.

On aurait pu penser que les résultats de la PBM en matière de « fonte grasseuse » seraient minimes et très aléatoires. Il n'en est rien : les résultats sont souvent spectaculaires et ce dès la première séance. On observe des pertes de tour de taille pouvant atteindre jusqu'à 8cm en 4 à 6 séances. Il est noté l'amélioration de l'aspect de cellulite également. Il existe des non-répondeurs mais peu nombreux et il est alors inutile d'insister avec ce traitement.

#### **MÉCANISMES D'ACTION**

Le rouge et de l'infra-rouge pénètrent suffisamment profondément pour atteindre les adipocytes. Trois hypothèses non exclusives sont avancées pour expliquer l'action des lumières dans le remodelage corporel:

- vidange des adipocytes par augmentation de la perméabilité membranaire (action des lumières sur les canaux ioniques). Des études montrant des clichés d'adipocytes « vidés » sont en faveur de ce phénomène même si ces magnifiques images ne seraient pour certains .qu'artefactielles.
- action de drainage (expliquant les pertes de circonférences immédiates),

- modification du métabolisme lipidique (expliquant une amélioration supplémentaire différée).

## **CONCLUSION**

La photobiomodulation par LLLT permet de réduire les circonférences de façon très appréciable avec des résultats qui se maintiennent si les règles hygiéno-diététiques classiques sont respectées. Elles ont une efficacité comparable et parfois supérieure à la cryolipolyse que j'utilise également mais les résultats de la PBM sont immédiatement mesurables et sans aucun effet secondaire. Je la propose en première intention et réserve la cryolipolyse aux éventuels échecs.

## **RÉFÉRENCES**

- 1- C. Noé, « La photobiomodulation en dermatologie, comprendre et utiliser les LED », collection Lasers et technologies apparentées. Eds Doin, 2014, 168 pages.
- 2- D. Barolet, C. Noé, Photobiomodulation et LED : une technique écologique adaptée à l'écosystème cutané. In « les Lasers en Dermatologie » 4<sup>e</sup> Eds. Chapitre 7, pages 159-181 Eds Doin 2017. Collection Dermatologie pratique.

### **PRISE EN CHARGE DU VITILIGO PAR LAMPE EXCIMER 308 nm ANIS MAHFOUDH**

Le vitiligo est une affection dermatologique bénigne caractérisée par une dépigmentation de la peau. C'est une maladie affichante qui peut avoir un retentissement psychologique majeur sur le patient. On est confronté à un véritable challenge thérapeutique. Plusieurs alternatives s'offrent à nous avec des résultats parfois aléatoires et non reproductibles. Depuis le début des années 2000, une nouvelle méthode thérapeutique est venue enrichir l'arsenal thérapeutique pour le traitement du vitiligo : c'est l'Excimer. L'Excimer (Laser ou Lampe) émet à une longueur d'onde de 308 nm et permet une activation des mélanoblastes et des mélanocytes au niveau des lésions de vitiligo.

Il s'agit d'une méthode non invasive, efficace, bien tolérée avec peu d'effets secondaires. Les lésions au niveau des zones « UV sensibles », comme le visage, la nuque ou le tronc répondent mieux au traitement. Afin de potentialiser l'efficacité de l'Excimer, on peut recourir à une combinaison avec d'autres alternatives thérapeutiques comme le Tacrolimus, les dermocorticoïdes, la khéline, la chirurgie... A travers mon expérience personnelle et une revue de la littérature, je vous exposerai les modalités de traitement par l'Excimer des lésions de vitiligo ainsi que les facteurs prédictifs de bonne réponse

### **LASER ET DISPOSITIF A BASE D'ENERGIE ET PEAUX ETHNIQUES ANNE LEPILLOUER PROST**

#### **Généralités**

Les peaux ethniques sont plus riches en mélanine épidermique ce qui engendre 2 problèmes : plus de risques de brûlures (dès que les longueurs d'onde coïncident avec la courbe d'absorption de la mélanine) et moins d'efficacité (la mélanine fait « barrière »). D'autres paramètres interviennent comme l'épaisseur de la peau, le risque de cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes.

La classification de Fitzpatrick en 6 phototypes est nécessaire mais pas toujours suffisante pour évaluer le risque pigmentaire. Il faut compléter par la nouvelle classification génético- raciale tenant compte de l'origine raciale-géographique des parents et grand-parents, des appareils de spectrophotométrie et ...l'interrogatoire : les patients connaissent leur risque pigmentaire. Ils l'ont observé au cours de leur vie pour des brûlures ou des blessures variées et savent son intensité et sa durée. Ils comprennent facilement que le laser puisse reproduire le phénomène. Les patients les plus à risque de pigmentation sont les métis et les asiatiques.

En fonction des appareils : faible risque pour les lasers non invasifs épilatoires, vasculaires, infra-rouges, remise en tension, radio-fréquences non invasives ou aiguilles isolées, HIFU, lipolyse ; risque pour les lasers fractionnés non ablatifs, radio-fréquences à aiguilles non isolées; haut risque pour les lasers ablatifs (entre des mains expérimentées seulement)

Principes généraux :

- Préparation (agents dépigmentants 3 à 5 semaines), éviction solaire et traitements en période non ensoleillée
- Longueurs d'ondes indépendantes de la courbe d'absorption de la mélanine, plus longues (épilation)
- Paramètres adaptés : plus faibles en fluence et en densité
- Utilisation de multipulses avec des temps de pulse adaptés au PT
- Refroidissement pré et per impulsion plus efficace pour préserver l'épiderme (alignement si DCD, saphir le mieux)
- Eviter encore plus toutes érosions, brûlures et le purpura en vasculaire
- Reconnaître et traiter aussi vite que possible un érythème (parfois difficile sur peau ethnique)
- Espaces plus longs entre 2 séances
- Plus de séances au total (consentement)
- Eviter (à l'inverse de la tendance actuelle) de combiner des appareils durant la même séance
- Post-acte : corticoïde local tant que dure l'inflammation, utilisation de l'acide tranéxamique en prévention de la pigmentation post-inflammatoire (peut-être ?)

## **Epilation**

Les lasers Nd :YAG LP 1064 nm sont le gold standard dans la littérature depuis plusieurs années mais les nouveaux appareils diodes ou maintenant Alexandrite (technologie Moveo) à basse fluence et haute fréquence sont extrêmement prometteurs et évitent de plus pour l'alexandrite la production de fumées toxiques dont il est difficile de se prémunir. Ils ne sont pas inférieurs en termes de résultats dans les études publiées. Les IPL peuvent être utilisées pour des PT IV-V avec de grandes précautions tout comme l'Alexandrite ou les diodes conventionnels. Trucs et astuces : zones de test à évaluer en immédiat (douleur, il faut attendre plusieurs minutes pour évaluer l'effet), à 2-3 jours pour la tolérance et à 15 jours pour l'efficacité... ; pas d'anesthésie topique (feedback douleur nécessaire) ; traiter lentement ; traiter uniquement la moitié de la pilosité 15 jours après une épilation au lieu d'attendre 4 semaines en cas de pilosité dense et épaisse notamment pour le visage.

Le risque de pousse paradoxale est plus important dans certaines ethnies et il faut prendre les mesures nécessaires chez les patientes souffrant d'hirsutisme (traitement anti-androgénique

associé, petit diamètre de spot, glace autour de la zone traitée et peut-être corticothérapie locale prônée par certains experts car ce sont des lignes d'iso-fluences faibles mais pro-inflammatoires qui seraient à l'origine de la stimulation pileaire) et bien sûr sélectionner ses patients (ne pas traiter l'homme jeune présentant encore des duvets : il sera aggravé et pour longtemps...)

### **Vasculaire**

Le laser à colorant pulsé même en mode non purpurique est à risque de pigmentation mais on trouve des articles notamment en pédiatrie où il a été utilisé avec succès pour la prise en charge d'angiomes plans. Il faut éviter le purpura, préparer et prévenir... Un bon système de refroidissement est primordial

Le Nd:YAG LP 1064 nm peut être utilisé pour le visage ou les télangiectasies des membres inférieurs, il possède ses propres risques notamment de nécrose et cicatrices : n'utiliser que des petits spots inférieurs à 3 mms pour le visage, utiliser des multipulses avec de longs délais interpulses, informer, préparer, tester, refroidir ...

Les IPL sont rarement utilisées car leurs bandes spectrales ont une forte absorption de la mélanine, sauf chez les asiatiques pour les lentigos

### **Pigmentaire**

Le risque chez une personne mate est de transformer un lentigo solaire en hyperpigmentation post-inflammatoire plus importante et prolongée (comme avec l'azote depuis toujours... Il faut expliquer, n'en traiter qu'un à titre de test, attendre plusieurs mois parfois 6 ...). Le risque sera moindre avec un laser Q-switch picoseconde par rapport à un laser nanoseconde

### **Détatouage**

On peut détatouer les peaux de couleur avec des périodes de pigmentations post-inflammatoires plus ou moins prolongées. Les couleurs bleues foncées/noires seront détatouées en Q-switch 1064 nm, pour les autres couleurs c'est encore plus difficile avec des risques majeurs d'hypochromies voir d'achromie définitive. Les lasers picosecondes présenteraient un intérêt mais sont loin d'être dénués de risques (présentation de cas cliniques)

### **Laser fractionnés non ablatifs**

Les risques sont faibles mais ils ont pu aggraver des mélasmas, créer des complications à type de brûlures superficielles. Il faut utiliser toutes les mesures citées dans les généralités pour s'en prémunir...

### **Lasers fractionnés ablatifs**

Les risques sont plus élevés, le plus important est de travailler à faible densité quitte à augmenter le nombre de séances. Tous les appareils ne sont pas équivalents. Pour les peaux à risque pigmentaire il est conseillé de travailler avec les appareils ayant des formes de pulses les plus brefs possibles pour limiter la zone de dommage thermique résiduelle (donc puissants)

### **Laser de relissage Erbium ou CO2**

L'erbium YAG 2940 nm pulse court « froid » sera plus adapté à la prise en charge des peaux ethniques pour cette indication

### **Radio-fréquences**

Il faut distinguer les RF monopôlaires non invasives à faible risque et les RF bipôlaires à micro-aiguilles. De nombreux cas de brûlures, empreintes des micro-aiguilles et pigmentations sont rapportés alors qu'elles ont été prônées au départ sans risque pour tous les PT. C'est faux bien sûr. Là aussi les aiguilles ne sont pas toutes de la même qualité, elles peuvent s'émousser... Il faut préférer des micro-aiguilles isolées en surface, adapter ses paramètres et choisir des embouts de moindre densité...

### **HIFU et Cryolipolyse**

Non invasifs ils n'ont pas de risques propres mais en cas de d'accidents et de brûlures même superficielles ils donneront plus de complications pigmentaires ou cicatricielles dans les suites.

**Conclusion : la prise en charge de peaux ethniques est un challenge ... quotidien pour vous, si 2 choses sont à retenir c'est la pratique de tests à évaluer à court, moyen et long terme pour se prémunir de l'accident le plus fréquent qu'est la brûlure et sa conséquence pigmentaire et le travail sans anesthésie pour préserver le signal douleur...**

### **ASSOCIATION KHELLINE ET LAMPE EXCIMER 308 nm DANS LE TRAITEMENT DES PELADES RESISTANTES** **Samy FENNICHE**

La pelade est une maladie inflammatoire auto-immune caractérisée par une perte de cheveux évoluant sur le mode non cicatriciel. La lampe excimer (LE) à 308 nm a été rapportée comme un moyen efficace dans le traitement de la pelade. La khelline est un furanochromone photosensibilisant dont la structure chimique est proche de celle des psoralènes et qui avait déjà démontré son efficacité vis-à-vis du vitiligo en association avec les ultraviolets A. Ainsi, nous avons évalué dans cette étude l'efficacité et la tolérance d'une association de khelline topique et de la LE sur une série de 6 patients (3 garçons et 3 filles) présentant tous une alopécie réfractaire à tous les traitements reçus auparavant soit par voie locale ou générale. Le traitement consistait en une application topique de khelline 45 minutes avant l'irradiation avec EL (dose initiale de 50 mJ / cm<sup>2</sup>) deux fois par semaine jusqu'à amélioration. L'âge des patients était compris entre 5 et 15 ans. Il s'agissait d'une pelade ophiasique dans 2 cas, d'une pelade en grande plaque dans 3 cas et d'une pelade décalvante totale (PDT) dans 1 cas. La durée d'évolution de la pelade était de 1 à 5 ans. La durée de traitement était de 3 mois (3 patients), 5 mois (2 patientes) et 9 mois (PDT). A la fin du traitement, la repousse était excellente chez 4 patients, modérée (1 pelade ophiasique) alors que pour le patient présentant une PDT a montré une repousse spectaculaire à la fin du traitement (aucune repousse n'était rapportée par les parents dans les anciens traitements reçus). Lors du suivi des patients, on n'a pas observé de rechute après un délai s'étalant entre 5 et 9 mois. La khelline a une structure chimique proche des psoralènes avec les mêmes propriétés photothérapeutiques mais avec un effet phototoxique et carcinogénique moindre. En plus des propriétés immunologiques, l'action directe de l'irradiation par l'excimer sur les mélanocytes peut contribuer à l'efficacité du traitement sur les pelades. A la lumière de ces résultats, l'association khelline-Excimer apparaît comme un traitement efficace dans le traitement des pelades résistantes. Ceci doit être confirmé par des études contrôlées, sur une plus grande série avec un suivi approprié.

## ETHIQUE ET METAPHYSIQUE DU BEAU

Pr LE PILLOUER MICHEL, agrégé de philosophie, UTB Bourgogne

L'affaire Bettencourt aura eu au moins le mérite de nous montrer tout le profit que certains tirent des soins esthétiques destinés à réparer les dégâts du temps ou à donner à certains, à certaines, des formes plus harmonieuses. Est-ce légitime face à la misère du monde ou au trou abyssal de notre sécurité sociale ? Cette analyse éthique nous conduira à nous interroger sur la place du Beau dans la hiérarchie des valeurs : valeur suprême ou subordonnée au Vrai ou au Bien ?

### I. Ethique du Beau

#### a. Méthodologie

Pour tenter de résoudre les problèmes éthiques posés par une recherche effrénée de la beauté corporelle, prenons l'hypothèse de John Rawls dans sa théorie de la justice : jetons un voile d'incertitude sur la place et la situation que nous aurons dans la société (riche ou pauvre, femme ou homme...) et voyons ce que la raison nous commande (certaines femmes font remarquer que les rides et les cheveux argentés vont mieux aux hommes qu'aux femmes et que, de ce fait, les jugements éthiques vont différer selon le sexe)

#### b. Justification des soins esthétiques

Tout d'abord se trouverait justifiée une chirurgie réparatrice prise en charge par la société, qui éliminerait les défauts naturels, comme un bec de lièvre ; partiellement prise en charge lorsque ces défauts sont moins apparents (les dents, la vue) ; de même pour les défauts dus à un accident : avec modulation de la prise en charge par la société, suivant le degré de responsabilité. Au contraire, certains soins, dus à l'entière responsabilité de l'individu, comme l'élimination de tatouages doivent être pris totalement en charge par la personne concernée (de même que pour une chirurgie visant la conformité du corps avec les canons esthétiques de l'époque). Nous pourrions bénéficier pour ces soins de la caution morale de Saint Thomas d'Aquin. En effet, bien que moins éloigné du mariage, il estimait tout à fait légitime les parures des femmes pour conserver l'amour, l'affection de leur mari : a fortiori donc le maintien d'un corps harmonieux exempt de défauts.

#### c. Limites de ces soins

Dans le meilleur des mondes Aldous Huxley nous fait sentir la difficulté qu'il y aurait à mourir avec un corps de 20 ans : cela semble plus facile quand on est perclus de rhumatismes et que la beauté du corps s'en est allée. De même supposons une vie allongée à 2 ou 3 cents ans voire plus, dans la plénitude de la jeunesse : serions nous alors capables d'accepter de sacrifier cette vie si longue pour un idéal de liberté ? Rappelons-nous l'analyse que Hegel nous propose dans la phénoménologie de l'esprit : celui qui n'est pas capable d'assumer sa finitude, d'accepter la mort sera inévitablement l'esclave d'un maître qui, lui, assume le risque de mourir en homme libre et peut ainsi exercer sa domination.

Ne serions-nous pas obligés de vivre cachés pour éviter aussi bien les catastrophes naturelles que les accidents, en fuyant une mort prématurée alors que nous avons tant d'atouts ; santé, beauté. Comment d'ailleurs un tel idéal de jeunesse serait-il conciliable avec une descendance, des enfants ?



Bref comme Rousseau nous l'a indiqué dès son discours sur les sciences, les arts, il y a toujours un revers à la médaille : tout progrès des techno-sciences se paye de dommages importants, comme par exemple la pollution de notre planète. De ce fait, avons-nous bien mesuré pour notre santé, les risques que nous font courir certains canons esthétiques (cf les mannequins qui n'ont que la peau sur les os et qui sont guettés par l'anorexie). Descartes, dans son Discours de la Méthode, nous rappelle que la santé est le premier de tous les biens puisqu'elle est nécessaire à la jouissance de tous les autres...

Enfin n'oublions pas qu'une science sans conscience ne serait que ruine de l'âme comme Rabelais nous le rappelle ; ce qui implique que ce n'est plus l'homme qui est au service de la science et de la technique, mais que ce sont elles qui sont au service de l'homme et de sa dignité. Kant nous le rappelle aussi en affirmant que l'homme ne doit pas être conçu seulement comme un moyen mais toujours aussi comme une fin ; si la division humaine du travail est légitime, faire de l'homme un cobaye ne l'est pas, même si c'est au service de l'humanité entière. N'oublions pas non plus de consacrer une partie de nos ressources nationales et personnelles à soulager, à diminuer la misère du monde

Si la recherche et la production de la beauté corporelle présente tant de limites, tant de risques, ne devons-nous pas nous en détourner pour nous convertir à une autre espèce de beauté, celle que l'art produit ? Nous quittons le domaine éthique pour accéder à celui de la métaphysique

## II. Métaphysique du Beau

### a. La beauté artistique

L'inégalité entre les hommes diminue lorsqu'il s'agit de créer ou d'interpréter des œuvres d'art (certains instruments de musique sont plus chers que d'autres) voire disparaît lorsqu'il s'agit d'entrer en contact avec ces œuvres, en particulier les œuvres littéraires diffusées à bas prix.

De même, j'ai toute liberté dans le choix d'une ou plusieurs disciplines auxquelles je veux me consacrer, alors que les canons esthétiques me sont imposés.

Ces œuvres pouvant être restaurées acquièrent une pérennité à laquelle nos corps sensibles ne peuvent prétendre (cf les pyramides)

Elles peuvent enfin prétendre à l'universalité ; nous sommes capables d'être touchés aussi bien par nos cathédrales que par le Taj Mahal, mais au contraire de rester insensibles, voire même de refuser le nom d'œuvres d'art aux caricatures du prophète ou au crucifix baignant dans l'urine !!! .

Mais n'est-ce pas oublier la virulente critique de l'art faite par Platon dans la République ? (ex des 3 lits) l'art, n'étant qu'une copie des choses sensibles, elles-mêmes copies des idées intelligibles, n'est plus que simple simulacre, affligé d'une double déchéance ontologique.

Kant espère sauver l'art en contestant qu'il soit œuvre d'imitation. L'art, dit-il n'est pas la représentation d'une belle chose mais la belle représentation d'une chose = l'art ne copie pas le réel, mais il le transfigure. Toutefois dans ses leçons d'esthétique, Hegel nous fait remarquer que ce qui fait qu'une œuvre d'art est belle, c'est la présence de l'Esprit dans l'art.

Mais si l'art a possédé en lui cet absolu spirituel , ce n'est plus le cas à l'époque de la dialectique Hegelienne ; par celle-ci nous respectons l'art, nous l'admirons, mais aussi nous l'analysons, nous le pensons, et par là même nous le dépassons en en faisant une chose du passé : c'est le thème Hegelien de la mort de l'art, puisque c'est maintenant dans la philosophie, dans le Vrai , que se manifeste l'absolu (c'est le soir que la chouette, l'oiseau d'Athéna, déesse de la sagesse, prend son envol).

Que ce soit avec Platon ou avec Hegel, nous sommes invités à une nouvelle conversion, à nous élever au Beau intelligible et à ses rapports avec le Vrai

#### b. Le Beau intelligible

Par rapport au sensible, qu'il soit naturel ou artistique , l'intelligible (le concept, l'idée) perdure : pas besoin de restauration et, du moins dans les sciences, les théories accèdent à l'universel. Même s'il y a maintenant des géométries non –euclidiennes, celle d'Euclide reste toujours vraie si l'on admet son postulat. Quant aux sciences de la nature, certes les théories changent, évoluent, mais d'une part la théorie nouvelle n'aurait pu naître sans la théorie précédente qu'elle dépasse, d'autre part cette théorie précédente reste vraie par rapport à celle qui la précédait : Newton est dépassé par Einstein mais dépasse toujours Galilée et Képler.

Quant aux grandes philosophies, certes elles s'opposent, certes on ne peut dire que l'une dépasse l'autre, comme dans les sciences mais malgré leur opposition, ne peut-on parler de vérité ou de profondeur, de pertinence de leurs pensées ? c'est pourquoi d'ailleurs elles sont toujours enseignées et étudiées.

Or, dans tous ces domaines, les spécialistes comme les inventeurs, les créateurs de ces théories n'hésitent pas à parler de beauté : les proportions, l'harmonie entre les parties, la pertinence des problèmes posés, l'élégance des solutions le permettent et même (cf le théorème de Fermat) suscitent parfois une émotion extraordinaire, supérieure à celle éprouvée dans la contemplation esthétique.

Toutefois, il est contestable de faire de ce critère de beauté un critère équivalent à celui de la rigueur formelle en Mathématiques ou à celui de la vérification expérimentale dans les sciences de la nature, n'est-ce pas la perfection liée à l'idée du cercle qui a rendu Galilée si aveugle aux orbites périphériques de Képler ?

Beauté et Vérité sont proches mais ne sont pas équivalentes. Quoi qu'il en soit, pour Platon comme pour son disciple Plotin la Beauté, comme la Vérité d'ailleurs, n'est pas le dernier stade de l'élévation de l'âme. Certes cette contemplation du Beau en soi permet à l'âme d'éprouver une expérience mystique qui l'élève au-dessus de sa condition habituelle, mais ce n'est pas encore l'extase de l'amour produit par l'union avec l'Un-Bien, extase à laquelle Plotin ne parviendra que quatre fois dans sa vie.

Il nous faut opérer une dernière conversion

#### c. L'Un-Bien ou le Dieu transcendant

On pourrait s'étonner que les philosophes grecs comme Platon et comme Plotin subordonnent le Beau au Bien .li y a en effet une expression grecque qui les met au même niveau : KallosKagathos, qui signifie beau et bon. Toutefois le plus grand poète grec Homère a bien senti

que cette équivalence était discutable : Aphrodite, déesse de la beauté, n'hésite pas dans l'Illiade à massacrer des grecs, ennemis des troyens qu'elle protège ; de même dans l'Odyssée, le bel Apollon n'est qu'un tueur (cf les compagnons d'Ulysse massacrés par le dieu pour avoir consommé des bœufs qui lui étaient consacrés).

Plotin traduit l'intuition d'Homère en affirmant que le Beau ne peut être le principe suprême, car seul, il resterait Beau en soi, impassible, inerte, comme le cocher du Phèdre de Platon qui vient de se souvenir du Beau en soi.

C'est le Bien qui donne au beau, douceur, bienveillance, délicatesse, sérénité ; bref c'est le Bien qui donne son essence, sa nature au Beau. Il est la beauté de la beauté

Platon ne disait pas autre chose en faisant du Beau la splendeur du Bien.

Mais comment savoir si cette montée de l'âme n'est pas illusoire ? Si l'expérience mystique du Beau, puis l'extase ne sont pas que des apparences comme les délices de l'ivresse ou de la drogue ? La preuve pour Plotin que l'on a atteint le Bien est que l'on s'améliore, que l'on n'éprouve plus de regrets, que l'on veut rester auprès de Lui et que l'on ne cherche plus autre chose, puisqu'on est lié à lui par l'amour

Henri Bergson, dans les deux sources de la morale et de la religion, peut légitimement faire le lien entre l'extase plotinienne et celle des grands mystiques chrétiens, Saint Jean de la Croix ou Sainte Thérèse d'Avila, d'ailleurs ceux-ci connaissaient Plotin grâce à Saint Augustin.

D'ailleurs que cherche-t-on quand on est dermatologue, sinon à rétablir l'harmonie du corps, le beau mais...pour le bien de chacun ? On ne peut finalement se passer de réfléchir, de philosopher.

## **ULTRASONS MICROFOCALISÉS(HIFU) DANS LE RAJEUNISSEMENT DU VISAGE**

**HICHERI JIHEN**

L'HIFU (high intensity focused ultrasound) est une méthode non invasive pour le traitement du relâchement du visage. Nous rapportons notre expérience étalée sur les années 2017- 2018 incluant une trentaine de patientes âgées entre 35 et 60 ans qui ont été traitées aux ultrasons sur le visage et le cou. Un taux de satisfaction de 70% a été observé. Nos résultats seront détaillés dans notre présentation avec une revue de la littérature.

## **EFFETS SECONDAIRES DES ULTRASONS FOCALISES**

**MURIEL CREUSOT**

Les ultrasons focalisés sont utilisés depuis de nombreuses années à de fins médicales à faibles puissances, notamment en imagerie diagnostic. Ils ne produisent alors aucun effet biologique. A haute puissance, les ultrasons focalisés ont un effet biologique, et ont été utilisés au cours des 10 dernières années dans des indications thérapeutiques : notamment dans le traitement de tumeurs (bénignes ou malignes) : tumeurs abdominales, foie, rein, fibrome utérin, cancer de la prostate. Ils sont actuellement utilisés en esthétique, pour lutter contre le relâchement cutané, au niveau du visage et du cou, du menton et du décolleté : ce sont de ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU). Récemment, de nouvelles pièces à main ont été développées pour le body contouring. La technique est d'envoyer les ultrasons dans les différentes couches de la peau :

- 4,5 mm (muscle ou graisse selon les zones),
- 3 mm (derme profond),
- -1,5 mm (épiderme).

Les fibroblastes vont de ce fait produire davantage de collagène, d'où l'intérêt dans le relâchement cutané. Le principe de la technique est de traiter d'abord les couches profondes puis les couches plus superficielles. Les effets secondaires décrits dans la littérature ne sont pas très nombreux, on note toutefois :

- La douleur,
- Erythème modéré résolution en quelques jours,
- Oedème localisé transitoire,
- Echymose mandibulaire,
- Réaction urticarienne,
- striations linéaires (surtout si le traitement est superficiel avec la pièce à main de 1,5 mm),
- HPI,
- Paralysie de la paupière ou de la lèvre (neuropraxie),
- Ulcération et/ou nécrose (rare)

Le but de la présentation est non seulement de recenser les effets secondaires, d'apprendre à les gérer mais surtout de les prévenir en appliquant une technique méticuleuse...

## **PHOTOBIMODULATION : APPLICATIONS ESTHÉTIQUES**

**Christine NOE CAVAILLON**

La photobiomodulation (PBM) est l'action non destructrice exercée sur les tissus par des lumières de basses énergies. Elle met en œuvre des voies métaboliques alternatives initiées par l'activation de divers photorécepteurs présents dans les cellules. Le résultat final de la PBM peut être une synthèse protéique, un changement conformationnel, une prolifération cellulaire... ou le contraire. Cela dépend non seulement du paramétrage mais aussi de l'état initial de la cible visée.

Depuis 1967, date à laquelle un médecin hongrois, Endre Mester a découvert de façon fortuite, que l'exposition à un laser de basse énergie (LLLT pour low level laser therapy) accélérât la pousse des poils, de nombreux progrès ont été faits dans la compréhension du phénomène et ses applications.

De nombreuses applications d'ordre esthétique peuvent bénéficier de la PBM. La littérature est abondante et de qualité inégale. Cependant, il existe de nombreuses publications apportant des preuves scientifiques incontestables aussi bien in vitro qu'in vivo.

### **L'ACCÉLÉRATION DE LA RÉPARATION TISSULAIRE APRÈS UN ACTE AGRESSIF**

Le rôle apaisant des LED et LLLT après les traitements agressifs (peeling, lasers ablatifs ou vasculaires...) est connu et c'est l'action la plus souvent mise en avant.

Cet effet s'explique entre autres par l'impact des lumières rouges et des infrarouges sur les processus de la cicatrisation et la réduction de l'inflammation. L'action de drainage participe également à la réduction des œdèmes. On a logiquement montré que les LED rouges précédant un traitement agressif peuvent permettre de prévenir les HPPI.

On ne saurait toutefois réduire la PBM à l'accompagnement des procédures agressives.

## **LES ALOPÉCIES**

Depuis les constatations d'Endre Mester, chez la souris, les principaux travaux ont essentiellement concerné les alopécies non cicatricielles, androgéno-génétiques (AAG) principalement. Ils ne sont pas toujours dénués de conflit d'intérêt. Cependant, il est certain que les alopécies non cicatricielles sont une excellente indication des LED même si les protocoles peuvent probablement encore être optimisés.

Décliné sous plusieurs formes (peignes, bandeau, casques...) ces appareils associent en général LLLT et LED émettant dans le rouge. L'AAG est une indication pour laquelle il existe actuellement de multiples home-use-devices, dont certains ont fait l'objet d'études assez correctes.

## **PHOTOPROTECTION et MELASMA :**

Le rôle photoprotecteur des LED vis-à-vis des UVB a été démontré in vitro et in vivo. La réduction de l'érythème UVB-induit est de plus de 50% chez 85% des sujets lorsqu'il y a eu un prétraitement par LED. Cette action est exploitée pour prévenir l'aggravation estivale des mélasmas. Il est aussi probable que certaines longueurs d'onde ciblant la composante vasculaire des mélasmas pourraient représenter une voie de recherche pour une prise en charge plus globale.

## **LE RAJEUNISSEMENT CUTANÉ**

Les LED peuvent agir sur la synthèse collagénique des fibroblastes et inhiber l'activité des métalloprotéinases.

Beaucoup d'études rapportent de bons résultats. Notons qu'elles émanent souvent des mêmes équipes et ne sont pas toujours dénuées de conflit d'intérêt.

C'est le rouge, associé ou non à l'IR qui a fait l'objet des études les plus convaincantes avec des évaluations cliniques, histologiques et immunohistochimiques. Les LED jaunes sont moins intéressantes du moins lorsqu'elles sont délivrées seules ; d'ailleurs la seule étude négative – dont par ailleurs le recrutement et l'évaluation étaient discutables- a été conduite avec le jaune exclusivement.

En pratique, les résultats sont très variables avec des sujets bons répondeurs et d'autres réputés mauvais répondeurs. J'ai pour ma part tendance à présenter la PBM comme un moyen de prévention du photovieillissement mais j'ai eu la surprise de constater également des améliorations de texture et d'éclat intéressants.

## **CICATRICES ATROPHIQUES et VERGETURES**

Les publications sont rares et à faible indice de preuve. Notre expérience montre cependant tout l'intérêt des LED seules ou en association pour les cicatrices atrophiques notamment post acnéiques. Dans les cas résistants, la PBM peut être associée à des effractions cutanées générées par microneedling ou par lasers fractionnés. Pour les vergetures marquées et « blanches », l'association est souvent requise.

## **PRÉVENTION DES CICATRICES HYPERTROPHIQUES**

Sur les cicatrices installées, la PBM est surtout utilisée en appoint, par exemple en association à des corticoïdes injectables délivrés par propénétration (rollers, lasers...).

La PBM a démontré son efficacité en prévention des récives lors des ré-interventions chirurgicales.

**CELLULITE et REMODELAGE CORPOREL** : Cf chapitre

## **CONCLUSION**

La photobiomodulation, par LLLT et/ou LED a des indications esthétiques variées. Son efficacité, son innocuité, sa facilité d'utilisation et son coût raisonnable en font un outil de choix. Il paraît déraisonnable actuellement lorsqu'on fait des actes esthétiques tant soit peu agressifs de ne pas les accompagner d'une séance de PBM pour en augmenter la tolérance. Cependant, bien d'autres indications existent et il serait insensé de cantonner la PBM à ses vertus apaisantes. Enfin signalons le développement de LED « à usage domestique » qui risquent de révolutionner la prise en charge de nos patients, et en particulier dans les domaines esthétiques. Les dermatologues se devront d'accompagner leurs patients dans cette nouvelle façon de se traiter avec des appareils fiables et sécurisés.

## **RÉFÉRENCES**

- 1- C. Noé, « La photobiomodulation en dermatologie, comprendre et utiliser les LED », collection Lasers et technologies apparentées. Eds Doin, 2014, 168 pages.
- 2- D. Barolet, C. Noé, Photobiomodulation et LED : une technique écologique adaptée à l'écosystème cutané. In « les Lasers en Dermatologie » 4<sup>e</sup> Eds. Chapitre 7, pages 159-181 Eds Doin 2017. Collection Dermatologie pratique.

### **ASSOCIATION LASER FRACTIONNES, NEEDLING ET TCA. QUELLES INDICATIONS ??**

**Dr MARTINE BASPEYRAS** dermatologue Bordeaux

( [baspeyras.dermato@orange.fr](mailto:baspeyras.dermato@orange.fr) )

Pourquoi faire des trous dans la peau avant d'appliquer un acide ? Les techniques fractionnées laser ou radiofréquence permettent de descendre plus profondément dans la peau avec un risque cicatriciel diminué ; de plus la gestion de tout le corps est possible ; les techniques classiques de resurfaçage enlève la peau couche par couche avec obligation de s'arrêter à la jonction dermo-épidermique sous peine de troubles cicatriciels ; de plus du fait de la pauvreté en annexes, il est difficile de traiter de manière importante d'autres régions que le visage. Et les peelings ? il est difficile de les fractionner sauf en se servant des petits trous créés par le laser ou les needlings. Par contre seul, le TCA est utilisé ; les autres acides ( acides de fruits par exemple ) ne sont pas faits pour les peelings moyens ; le TCA est d'un emploi facile, sécuritaire et rapide. Il est utilisé à 20 ou 30 % en gérant le risque d'hyperpigmentation post inflammatoire. J'utilise ces techniques combinées surtout pour la gestion de cicatrices et aussi les xanthélasma.

## **INTERET DES TECHNIQUES DE RESTAURATION GENITALE**

**Magali DUBOIS**

La restauration génitale correspond à l'application au niveau génital de certaines techniques bien connues en dermatologie, comme le laser CO2 fractionné, les radiofréquences ou les injections d'acide hyaluronique. Leurs indications vont bien au delà de l'esthétique et permettent d'apporter aux femmes de nouvelles solutions à des problèmes souvent sous-estimés. Les traitements génitaux par laser CO2 fractionné, Er-YAG ou les injections d'acide hyaluronique peuvent être proposés aux patientes ménopausées ayant des problèmes de sécheresse et/ou dyspareunies, a fortiori s'il y a des antécédents de cancer du sein ou des troubles urinaires associés, ou pour des cicatrices sensibles. Le laser CO2 sera plus indiqué en cas de sécheresse globale, alors que l'acide hyaluronique sera plus rapidement efficace en cas de dyspareunies prédominant à l'intromission ou de fissures localisée. Les radiofréquences sont proposées pour des problèmes de béances ou de diminution des sensations, notamment après des accouchements. D'autres techniques se développent comme le lipofilling, les injections de toxine botulique dans certains cas de vaginismes ou d'hypertonies douloureuses, et la photothérapie par LED intravaginale.

### **IMCAS ALERT**

**Hugues CARTIER, Anne LE PILLOUER PROST**

L'IMCAS, organisation créée il y a 20 ans par le Dr Ascher, est une référence dans le monde de la dermatologie esthétique. Afin d'aider et de colliger les cas de complications, il a été développé une plateforme gratuite pour les médecins du monde désireux de poser anonymement des cas et de pouvoir en discuter. Le credo de l'IMCAS alert : Informer, colliger, aider et discuter 24/24.

### **PRISE EN CHARGE DES RADIODERMITES PAR PHOTOBIMODULATION**

**MURIEL CREUSOT**

Les radiodermites représentent toutes les lésions qui affectent la peau aux rayonnements ionisants. Leur incidence est de l'ordre de 90 à 95%. C'est donc l'effet secondaire le plus fréquent de la radiothérapie malgré les progrès de la technique. Les radiodermites peuvent être source importante de douleur, d'inconfort pouvant non seulement limiter les activités quotidiennes mais altérer la qualité de vie des patient(e)s. Il existe différents types de radiodermites aiguës qui surviennent dans les jours ou semaines après le début du traitement qui sont réversibles :

- dermite de grade I avec un léger érythème,
- la dermite de grade II avec un érythème intense voir douloureux, associée à des érosions intenses confinées aux plis. Elle apparaît en général à partir de la troisième semaine.
- La dermite de grade III est caractérisée par un érythème intense et douloureux, des zones de suintements confluentes, extensives, débordant les zones des plis. Elles sont parfois associées à des plaies hémorragiques. L'apparition est possible à partir de la 4<sup>e</sup> semaine.

La dermite de grade IV, très exceptionnelle est caractérisée par une nécrose cutanée difficilement réversible. Les lampes LED (couteau suisse du dermatologue !) ont un effet curatif et préventif dans la réparation tissulaire : elles ont été utilisées dans la cicatrisation des plaies en utilisant la lumière rouge, infrarouge mais également en prévention de différents types

d'agressions cutanées tels que les brûlures, pathologies radio-induites (radiodermites aiguës, mucites érosives,...) et chimio-induites. L'usage des lampes LED de façon précoce lors d'un traitement par radiothérapie a permis de réduire le stade de la radiodermite radio-induite : lorsque les patients sont traités par lampe LED, la radiodermite dépasse rarement le stade II, améliorant nettement la qualité de vie des patient(e)s. Le but de cette technique est non seulement de soulager rapidement le patient mais également de permettre une cicatrisation rapide. Le rôle préventif est non négligeable, comme démontré dans de nombreuses études cliniques. Il est important de pouvoir proposer, et surtout d'associer les lampes LED dans la prise en charge des radiodermites.

## **TRAITER MES CICATRICES PAR LASER : QUAND ET COMMENT ?**

**Hugues CARTIER**

En préambule, la diversité des cas de cicatrices est telle, qu'il est nécessaire de nuancer notre propos.

Face à une cicatrice, il faut distinguer :

@ Sa couleur et celle qui l'entoure ( phototype )

@ Son ancienneté et son mode évolutif

@ Son volume ( épaisseur ou dépression

Ensuite, il faut estimer

@ le profil de cicatrisation du patient ( atcd, génétisme )

@ le degré de détermination et de la patience du patient et ce qu'il espère au final

@ votre capacité à gérer le patient, le temps et de disposer de suffisamment « d'outils » pour cette prise en charge plus complexe qu'on ne le pense.

Les outils à disposition

@ lasers et EBD ( LED, Rf, HiFu)

@ peelings

@ fillers et toxine

@ mécaniques ( microneedling , sand paper, subcision, dermabrasion)

@ corticoïdes ( topique, emplâtre , injection, propenetraton)

Mode opératoire:

Définir si le profil de la cicatrice nécessite de

@ ne rien faire car c'est trop tard, inutile ou voué à l'échec

@ d'agir comme tuteur d'une cicatrice qui a besoin d'être « guidée »

@ casser le tissu cicatriciel et de remettre les « compteurs à zéro »



@ un protocole combinant différentes techniques

La physiothérapie: massage - pétrissage, maintien-fixation d'un tissu cicatriciel sont aussi nécessaires.

Ainsi on peut définir un algorithme décisionnel qui peut vous être propre selon ce que vous disposer comme matériel, que nous discuterons avec des cas de mise en situation.

## **APPORT DES LASERS DANS LES PIGMENTATIONS DU VISAGE**

**Hugues CARTIER**

Les pigmentations du visage sont un grand ensemble de troubles pigmentaires congénitaux ou acquis.

Les lentigos simples, actiniques ou malins

Les nævus, du classique tubéreux au particulier tel que les Ota/Hory

Le melasma et les ochronoses.

Pour toutes celles qui s'intègrent dans un photorajeunissement avec héliodermie. Il est possible d'utiliser quasiment tous les lasers avec des suites variables selon chaque appareil.

1-Laser long pulse :

@ vasculaire ou épilatoire : Ktp, LCP, laser jaune

@ pigmentaire : alexandrite

2- Laser short pulse nano ou picoseconde

3-Lumière pulsée

4- laser ablatif fractionné

5- Les associations laser thulium et non ablatif fractionné, lumière pulsée et non ablatif fractionné etc sont également possibles.

Pour toutes les autres indications, on privilégie les lasers déclenchés nano/pico (532-670/694-755-1064), car leurs temps d'émission étant très courts, la longueur d'onde spécifique à la mélanine dermique les dégâts thermiques sont circonscrits à la seule cible pigmentaire. L'apport des lasers est indéniablement la photosélectivité par le choix des longueurs d'onde et la durée d'émission photonique. La gestion des suites est fonction de chaque appareil avec une exposition aux risques d'hyperpigmentation et bien plus difficile à récupérer d'hypopigmentation. Le mélasma reste néanmoins un cas particulier qui ne fait pas consensus au sein des laséristes.

## **LES PEELINGS SONT ILS EFFICACES DANS LE TRAITEMENT DU MELASMA .**

**Dr MARTINE BASPEYRAS** dermatologue Bordeaux

( [baspeyras.dermato@orange.fr](mailto:baspeyras.dermato@orange.fr) )

Le mélasma est une hyperpigmentation bénigne acquise du visage , souvent bilatérale et symétrique , centrofaciale, malaire ou mandibulaire , des bras, atteignant surtout les femmes ;

il touche plutôt les phototypes foncés mais aussi les phototypes II et III. Cette hypermélanoïse est épidermique dans 70 % des cas, mixte 20 % et dermique 10 %. L'examen en lumière de WOOD permet de mieux l'apprécier et de visualiser des hyperchromies infracliniques. C'est une pathologie affichante, chronique, multifactorielle dont le traitement est difficile avec des récurrences fréquentes. Le traitement actuel repose sur des associations thérapeutiques avec préparation à l'hydroquinone, protection solaire et parfois traitement par voie orale à l'acide tranexamique. Ce traitement est long et bien souvent insuffisant ou incomplet. Les peelings en particulier peeling superficiel ou les peelings spécifiques dits « dépigmentants » ont leur place dans cette prise en charge. Les peelings permettent de faire remonter et éliminer le pigment en excès, assurant un traitement plus complet et surtout plus rapide ; ils limitent aussi la formation du pigment. Ils doivent avoir une excellente tolérance pour éviter une hyperpigmentation post inflammatoire

## MELASMA ET ACIDE TRANEXAMIQUE

Kawtar ZOUHAIR

Le mélasma est une affection particulièrement fréquente au Maroc avec une prévalence de 9,8 %. C'est une maladie chronique qui est souvent récurrente avec un impact négatif sur la qualité de vie. Les traitements actuels tels que l'hydroquinone, l'acide kojique et les rétinoïdes, présentent une efficacité variable. L'acide tranexamique (TXA) est une nouvelle option de traitement du mélasma ; cependant, il n'y a pas de consensus sur son utilisation.

Nous rapportons les résultats d'une étude prospective qui a colligé tous les cas de **mélasma chronique et réfractaire** au traitement dépigmentant et ceci entre janvier et décembre 2018. Les patientes ne prenaient pas d'oestrogénostatifs, ni de traitement hormonal. L'acide tranexamique a été prescrit à la dose de 250 à 500 mg par jour pendant 2 à 3 mois associé à d'autres traitements dépigmentants et une photoprotection externe. Le traitement a été évalué à 6 semaines, 3 mois et 6 mois à l'aide du score de sévérité de mélasma « mMASI » et des photographies.

Vingt des 26 patientes ont terminé l'étude. Le mélasma évoluait entre 10 et 20 ans. 90% des patientes ont signalé une réduction de leur mélasma, qui jusque là était résistant. L'évolution était excellente dans 60% des cas (réduction de 90% du mélasma), bonne dans 30% des cas (réduction de 60% du mélasma) et modérée dans 10% des cas (réduction <30%). Les effets secondaires étaient à type d'hypoménoorrhée dans 2 cas. La qualité de vie des patientes était très nettement améliorée. Les récurrences du mélasma (après un été) ont été notées dans 6 cas.

Cette étude rejoint les données de la littérature, qui confirme l'efficacité et l'innocuité de l'acide tranexamique seul ou en adjuvant aux modalités de traitement de routine du mélasma.

C'est un agent antifibrinolytique dont l'action serait liée à la diminution de l'activité tyrosinase par diminution de Fibroblast Growth Factor (FGF) et de prostaglandines par blocage de la conversion du plasminogène en plasmine. Par conséquent, il réduit le nombre de vaisseaux et de mastocytes dans le derme. Le TXA est de plus en plus utilisé en Asie sous forme topique, orale ou intradermique. Le TXA oral a clairement démontré son efficacité sur le mélasma réfractaire des peaux asiatiques, à de faibles doses (p. ex., 500 mg par jour en 2 prises) sur de courtes périodes (8 à 12 semaines). Les effets secondaires sont mineurs : céphalées,

nausées, douleurs lombaires et hypoménorrhée. Des études ont montré que le TXA n'accroît pas le risque thromboembolique. Les patients atteints de mélasma **sévère** se sont améliorés plus que ceux atteints de mélasma modéré. Les récives à l'arrêt du traitement par TXA sont estimées à 9,5-72% , d' où la nécessité de maintenir le traitement pendant une longue durée.

### **Conclusion :**

Le TXA oral peut constituer un précieux traitement adjuvant du mélasma réfractaire compte tenu de son profil d'efficacité et de tolérance. C'est le premier traitement systémique qui peut être combiné à d'autres modalités thérapeutiques . D'autres études doivent préciser la dose et la durée du TXA pour permettre le traitement des mélasmas résistants sans récive.

### **Bibliographie :**

1. Kim HJ<sup>1</sup>, Moon SH, Cho SH: *Acta Derm Venereol.* 2017 Jul 6;97(7):776-781.
2. Marina Perper, Ariel Eva Eber, Rachel Fayne : *American Journal of Clinical Dermatology* 2017,18(3), 373-381.
3. Tehranchinia Z<sup>1</sup>, Saghi B<sup>1</sup>, Rahimi H<sup>1</sup> : *Dermatol Res Pract.* 2018 Jul 2;2018:8350317.
4. Zhu CY<sup>1</sup>, Li Y<sup>2</sup>, Sun QN<sup>1</sup>, Takada A<sup>3</sup>: *Eur J Dermatol.* 2019 Feb 8. doi: 10.1684/ejd.2018.3494.
5. Bala HR<sup>1</sup>, Lee S<sup>2</sup>, Wong C<sup>1</sup>: *Dermatol Surg.* 2018 Jun;44(6):814-825.
6. Colferai MMT<sup>1</sup>, Miquelin GM<sup>1</sup>, Steiner D: *J Cosmet Dermatol.* 2018 Dec 9.
7. Del Rosario E<sup>1</sup>, Florez-Pollack S<sup>1</sup>, Zapata L Jr : *J Am Acad Dermatol.* 2018 Feb;78(2):363-369.
8. V. Descamps : Quoi de neuf en thérapeutique dermatologique ? Journées dermatologiques de Paris, 2018
9. Olivier COGREL : Réalités Thérapeutiques en dermato-Vénérologie- n° 276 ? nov 2018 ; 31-34

## **COMPLICATIONS DES TATOUAGES ET DES DETATOUAGES**

**Gérard TOUBEL**

La fréquence des complications cutanées sur tatouage est mal connue mais on peut s'attendre à en voir de plus en plus avec l'augmentation du nombre des tatoués (17% de la population Française).

Les complications classiquement rapportées dans la littérature de type infections à germes, virales, mycosiques ou parasitaires demeurent rares car les conditions hygiéniques et de stérilisation se sont bien améliorées chez les tatoueurs.

Le risque de survenue de tumeurs cutanées reste très controversé et seul le kératoacanthome (parfois multiple) est actuellement associé au tatouage. Par contre le développement d'un mélanome au sein d'un tatouage n'est pas lié à ce tatouage mais l'encre noire retarde le diagnostic clinique de cette lésion et donc interfère sur le pronostic.

Quelques cas de chéloïdes sternales déclenchées par l'acte de tatouage ont été rapportés surtout chez des phototypes foncés alors qu'avec les phototypes clairs on voit parfois des diffusions dermiques de l'encre autour du trait de tatouage, comme une ombre (tattoo blowout).

Avec certains pigments rouges, roses ou violets on peut avoir des réactions cutanées d'hypersensibilité avec des images histologiques non stéréotypées (lympho-histiocytaire, pseudolymphomatoïde, granulomateuse, eczématiforme...) mais le prurit est toujours présent et tenace même avec des dermo corticoïdes forts. Seule l'exérèse chirurgicale de ce pigment amène une sédation du prurit.

Une autre complication est à prendre en considération même si elle reste cachée. Il s'agit de la migration des pigments du tatouage dans les ganglions lymphatiques régionaux. On considère

que 20% de l'encre utilisée lors du tatouage se retrouve dans ces ganglions. Il faut le savoir en cas de biopsie ou de curage ganglionnaire ou même de pet scan...

Certains pigments métalliques peuvent aussi entraîner des artéfacts ou même des picotements ou brûlures lors d'examens d'imagerie médicale.

Toutes ces complications existent et il faudra bien en avertir le futur tatoué mais il faut reconnaître que la complication la plus fréquente reste tout de même le sentiment de regret une fois le tatouage accompli et c'est évidemment dans cette population qu'on retrouvera les candidats au détatouage.

Pour le détatouage il faudra utiliser des lasers déclenchés (nano ou pico secondes) et non des lasers à pulses plus longs (ms) et faire attention lors d'une épilation laser à bien éviter les tatouages sinon ce sera une source d'ennuis avec le patient (brûlure donc cicatrice ou désir de retrouver son tatouage intact)

Les complications du détatouage se résument surtout aux cicatrices souvent atrophiques qui rappellent ce tatouage aussi il est important d'associer le laser CO2 fractionné pour diminuer ce risque et diminuer le nombre de séances donc le risque de cicatrice.

L'autre complication classique du détatouage laser est l'exaspération du patient qui pensait s'en débarrasser en quelques séances et qui vient pour sa 12e ou 13e séance... Sans compter le facteur financier.

Il faut tout de même signaler des complications cicatricielles du détatouage avec des méthodes chimiques (acide lactique) qui se vantent d'être efficaces et de rendre les techniques lasers obsolètes.

## **PHOTOBIMODULATION ET LED : APPLICATIONS MEDICALES**

**Christine NOE CAVAILLON**

La photobiomodulation (PBM) est l'action non destructrice exercée sur les tissus par des lumières de basses énergies. Elle met en œuvre des voies métaboliques alternatives initiées par l'activation de divers photorécepteurs présents dans les cellules. Le résultat final de la PBM peut être une synthèse protéique, un changement conformationnel, une prolifération cellulaire... ou le contraire. Cela dépend non seulement du paramétrage mais aussi de l'état initial de la cible visée. Depuis 1967, date à laquelle un médecin hongrois, Endre Mester a découvert de façon fortuite, que l'exposition à un laser de basse énergie (LLLT pour low level laser therapy) accélérât la pousse des poils, de nombreux progrès ont été faits dans la compréhension du phénomène et ses applications. Outre l'esthétique, de nombreuses applications d'ordre médical peuvent bénéficier de la PBM. Les preuves scientifiques existent aussi bien in vitro qu'in vivo.

### **LA RÉPARATION TISSULAIRE :**

#### **CURATIF ET PRÉVENTIF, ASSOCIÉ À UN EFFET ANTALGIQUE**

Le rôle apaisant des LED et LLLT après les traitements agressifs (peeling, lasers ablatifs ou vasculaires...) est connu. Il s'explique entre autres par l'impact des lumières rouges et des infrarouges sur les processus de la cicatrisation. S'y ajoutent l'action anti-inflammatoire et les effets vasculaires de drainage. Ainsi on pourra citer l'intérêt de la PBM dans

- l'accélération de la cicatrisation des plaies (traumatiques, chirurgicales, ulcères, brûlures...)

En matière d'ulcères, on notera que les meilleurs résultats s'observent dans les cas les plus difficiles notamment les maux perforants plantaires des diabétiques.

- la prévention de tous types d'agressions cutanées : brûlures, pathologies radio- ou chimio-induites et notamment les mucites érosives pour lesquelles le « Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology » a proposé des guidelines avec les LLLT.

## **LES INFECTIONS**

Pour l'herpès-zona les résultats des publications avec les LED ont de très forts indices de preuves (grade B).

## **PHOTOPROTECTION :**

Le rôle photoprotecteur des LED vis-à-vis des UVB a été démontré in vitro et in vivo. La réduction de l'érythème UVB-induit est de plus de 50% chez 85% des sujets lorsqu'il y a eu un prétraitement par LED. Cette action a diverses applications : prévention de l'aggravation estivale des mélasmas, protection solaire d'appoint pour les sujets allergiques aux écrans solaires par exemple.

De plus, cette action combinée aux effets anti-inflammatoires des LED pourrait probablement avoir un intérêt dans les pathologies inflammatoires photo-induites comme les lésions ou le lupus.

## **PRÉVENTION DES CICATRICES HYPERTROPHIQUES**

En appoint sur les cicatrices installées, mais d'efficacité démontrée en prévention des récurrences.

## **L'ACNÉ et LÉSIONS ACNÉIFORMES**

La double longueur d'onde, rouge + bleu, donne les meilleurs résultats. La longueur d'onde rouge pénètre suffisamment pour atteindre les glandes sébacées et a une action anti-inflammatoire. Le bleu cible les porphyrines de P. acnes et détruit cette bactérie en favorisant l'apparition d'espèces réactives de l'oxygène.

Ce sont les lésions inflammatoires qui répondent le mieux au traitement (environ 80% d'amélioration) alors que l'efficacité sur les lésions comédoniennes est plus faible (environ 35% d'amélioration)

En dehors de l'acné polymorphe, la PBM est d'un apport précieux pour les poussées de rosacées rebelles associées ou non à des dermatites séborrhéiques

Elle soulage aussi les « hypersensibilités cutanées » des patients érythrosiques qui « ne supportent rien » sur leur peau.

## **LES TROUBLES PIGMENTAIRES :**

Les LED émettant à 415nm produisent chez le sujet sain une pigmentation plus intense et plus durable que les UV avec moins d'effets délétères. Les résultats de la PBM sur le vitiligo sont aléatoires et souvent partiel, nécessitant des études pour déterminer des paramètres adaptés.

Les LED rouges précédant un traitement agressif peuvent permettre de prévenir les HPPI.

## **PATHOLOGIES DYSIMMUNITAIRES**

L'action anti-inflammatoire et immunorégulatrice des LED et LLLT, leur impact dans la régulation de l'apoptose explique leur action sur des pathologies telles que le psoriasis et l'eczéma.

Nous utilisons volontiers des LED 415nm associées au rouge dans la prise en charge des psoriasis et des eczemas avec des résultats souvent spectaculaires en 1 ou 2 séances.

## **LA PELADE**

L'impact des traitements photobiomodulateurs sur la pelade est d'évaluation difficile car il s'agit d'une pathologie d'évolution capricieuse.

Nous avons observé des cas de repousses lors de pelades sévères, anciennes et résistantes aux traitements classiques. Cette indication mériterait des études contrôlées de bonne qualité.

## **AU-DELÀ DE LA DERMATOLOGIE**

Les capacités de la PBM à soulager les douleurs et à réparer les tissus sont utilisées dans de multiples domaines : pathologies ostéo-articulaires, neurologiques traumatiques et dégénératives, oculaires, dentaires...

## **CAS PARTICULIER DE LA PDT**

La PDT n'est pas, à proprement parlé, basée sur de la PBM puisque son but est la destruction de cellules chargées artificiellement en molécules photoréactives. L'hyperactivité des cellules ciblées favorise la captation des photosensibilisants appliqués sur la peau, qui vont exercer leur action létale une fois activés par la lumière. Les LED utilisées en PBM sont utilisables pour la PDT. L'inverse n'est pas toujours vrai.

## **CONCLUSION**

La photobiomodulation, par LLLT et/ou LED a des indications très vastes et qui tendent à s'étendre encore. Il s'agit d'un mode thérapeutique dont l'efficacité et l'innocuité, la facilité d'utilisation et le caractère économique en font un outil de choix pour de multiples pathologies, notamment chroniques. Notons que c'est souvent dans les situations les plus désespérées que les résultats sont les plus patents. Beaucoup de protocoles sont d'ores et déjà validés même si des améliorations restent possibles. Notre expérience montre qu'on obtient souvent d'aussi bons résultats avec moins de séances et plus espacées que celles classiquement proposées dans la littérature. Enfin signalons le développement de LED « à usage domestique » qui risquent de révolutionner la prise en charge de nos patients. Les dermatologues se devront d'accompagner leurs patients dans cette nouvelle façon de se traiter avec des appareils fiables et sécurisés.

## **RÉFÉRENCES**

- 1- C. Noé, « La photobiomodulation en dermatologie, comprendre et utiliser les LED », collection Lasers et technologies apparentées. Eds Doin, 2014, 168 pages.
- 2- D. Barolet, C. Noé, Photobiomodulation et LED : une technique écologique adaptée à l'écosystème cutané. In « les Lasers en Dermatologie » 4<sup>e</sup> Eds. Chapitre 7, pages 159-181 Eds Doin 2017. Collection Dermatologie pratique.

3- Jagdeo J, Austin E, Mamalis A, Wong C, Ho D, Siegel DM. Light-Emitting Diodes in Dermatology: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Lasers Surg Med*, 50(6) 613-628 (2018).

### **COMMENT LA DERMOSCOPIE PEUT NOUS AIDER DANS NOTRE PRATIQUE LASER.**

**Houda HAMMAMI**

La dermoscopie est une technique d'imagerie non invasive qui permet le diagnostic des tumeurs cutanées, des pathologies courantes infectieuses, inflammatoires, des cheveux et des ongles. Cet outil est devenu une arme indéniable dans la pratique quotidienne des dermatologues pour augmenter l'assurance diagnostique, la confiance du médecin et du patient. La place de la dermoscopie dans la prise en charge des patients traités par laser est de plus en plus rapportée. Le dermatologue lasériste utilisera cet appareil dans toutes les étapes du traitement. La dermoscopie aide au diagnostic différentiel entre un lentigo, une kératose actinique et un mélanome de Dubrueil devant une tache pigmentée du visage avant un traitement par laser pigmentaire. Des études récentes rapportent l'apport de la dermoscopie dans l'évaluation de la taille, la distribution et la profondeur des vaisseaux avant traitement par laser à colorant pulsé (LCP) des angiomes plans, du mélasma ou de la rosacée. La dermoscopie aide au diagnostic positif et à préciser les limites des CBC superficiels avant un traitement par photothérapie dynamique ou laser CO2. Au cours de l'acte laser, la dermoscopie peut guider l'opérateur pour cibler la tumeur tel qu'une verrue, un xanthélasma et un hamartome. Cet outil occupe une place importante dans le monitoring des lésions tels que l'évolution de l'aspect des poils après traitement par laser épilatoire pour hirsutisme, l'amélioration des plaques de vitiligo après traitement par lampe excimer, des angiomes plans après LCP et de dépister précocement la récurrence d'un CBC après traitement conservateur.

### **PRINCIPALES PATHOLOGIES GENITALES A CONNAITRE AVANT LASER OU INJECTIONS D'ACIDE HYALURONIQUE**

**Magali DUBOIS**

Les pathologies de la muqueuse génitale sont à cheval entre la dermatologie et la gynécologie. Le médecin qui propose des techniques de restauration génitale sera souvent confronté à des problèmes que la patiente annoncera comme ce qu'elle croit une simple sécheresse ou des dyspareunies inexpliquées mais qui révèlent en fait une pathologie différente. Chez une femme jeune, la plus fréquente est la candidose chronique, à bas bruit, qui se manifeste par des épisodes récidivants de prurit devenant permanents et laissant la place ensuite à des sensations de brûlures et des fissures. Chez la femme ménopausée, ce sera le lichen scléreux, parfois très discret à un stade débutant avec juste de petites fissures à l'écartement, au niveau de la fourchette ou entre les petites et les grandes lèvres. A noter que la notion de prurit est un symptôme clef à ne jamais négliger car une vulvodynie ou une atrophie même sévère ne grattent pas. Il ne faudra pas négliger non plus les problèmes de vulvodynie et de vaginisme. Les techniques de restauration génitale peuvent parfois aider en deuxième ligne, mais il faut au préalable proposer une prise en charge classique de ces pathologies très fréquentes.

## COMMENT JE PREND EN CHARGE LES TELANGIECTASIES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Gérard TOUBEL

En France on compte environ 18 millions de personnes souffrant d'insuffisance veineuse chronique et cela représente tout de même 2,6% des dépenses de santé.

### *Varicosités ou télangiectasies ?*

Le vrai terme médical est télangiectasies. Ce sont de toutes petites veinules mesurant moins d'1 mm de diamètre, de couleur rouge, bleue ou violette qui sont présentes principalement au niveau des membres inférieurs. Après 60 ans près de 80% des personnes sont porteuses de télangiectasies, et ce, de façon équivalente chez les hommes et les femmes. Elles sont surtout inesthétiques.

Elles se développent de façon isolée, ou sont regroupées en paquets et, dans ce cas, souvent alimentées par une veine plus dilatée et un peu moins superficielle, appelée « **veine réticulaire** » (diamètre 1 à 3 mm). Elles peuvent aussi se situer dans un contexte d'affection veineuse plus avancée, avec varices plus ou moins importantes. Enfin, elles peuvent être favorisées par une fragilité capillaire, ou encore survenir après un traumatisme cutané même minime. Certaines télangiectasies apparaissent secondairement à un traitement de varices, ou de télangiectasies pré-existantes, dans un territoire donné. On parle alors de « néotélangiectasies », car ce sont de nouvelles télangiectasies, ou de « **matting** ». Il s'agit de varicosités particulièrement fines et très regroupées. Le « matting » peut ainsi survenir dans la zone d'un traitement un peu agressif (chirurgie par stripping de la veine saphène par exemple), ou après traitement par sclérothérapie de télangiectasies alors que la veine d'alimentation n'a pas été traitée conjointement ou préalablement.

### *Bilan avant traitement*

Avant de traiter les varicosités, il faut rechercher la cause de leur apparition. Pour cela, on va, en règle générale, réaliser une échographie-Doppler et explorer la zone concernée, mais aussi l'ensemble des veines des membres inférieurs. Cet examen va permettre d'établir une cartographie du réseau veineux. Le cas échéant, il permet de mettre en évidence des veines non visibles à l'œil nu qui alimentent les varicosités. Parfois, le médecin s'aidera d'une lampe spéciale (lumière froide, parfois appelée **transillumination**)

### *Comment les traiter ?*

1. Si elles sont isolées, sans être alimentées par des veines « nourricières », elles pourront être traitées d'emblée

Il existe alors plusieurs types de traitement :

**la sclérothérapie.** Cette technique est la plus efficace et la plus complète, car elle peut traiter tous les types de télangiectasies. La concentration du produit sclérosant peut être adaptée au type de varicosité et à sa profondeur. Le phlébologue utilise une aiguille très fine, et en s'aidant parfois d'une loupe, injecte des petites quantités de produit à chaque piqûre. La douleur est très modérée.

#### **Laser externe**

le laser exotherme qui consiste à brûler la veinule avec une lumière Laser. C'est une technique efficace, mais qui nécessite un matériel adapté aux varicosités de différentes



couleurs que l'on souhaite traiter. On pourra là aussi traiter quasiment tous les types de télangiectasies jusqu'à 5mm de diamètre avec un laser Nd;Yag long pulse.

Tous ces traitements sont réalisés au cabinet médical.. Il est possible d'avoir une activité normale après la séance. Pour un résultat optimal, plusieurs séances seront nécessaires (espacées chacune de 1 à 3 mois). On ne pourra pas exposer la zone traitée au soleil pendant 10 à 15 jours. Des pigmentations pourront apparaître en regard des zones traitées, elles disparaîtront progressivement (parfois plusieurs semaines ou mois sont nécessaires).

## 2. Les Télangiectasies sont alimentées par des veines nourricières

Si elles dépendent d'une veine nourricière, ou d'un réseau d'alimentation plus gros et un peu moins superficiel, il s'agira d'abord de traiter ceux-ci avant d'injecter les varicosités (« quand un robinet fuit, avant d'éponger la fuite, il faut fermer ou réparer le robinet »). Une fois que la ou les veines qui alimentent les varicosités sont traitées, on peut alors « attaquer » ces dernières, avec une des techniques décrites ci-dessus. Le risque d'ignorer une veine d'alimentation est d'être inefficace ou de provoquer un « matting ».

*Faut-il les traiter absolument ?*

Non, il n'y a pas de risque pour la santé. Il s'agit surtout d'un problème esthétique. En revanche, si on attend pour les traiter, elles risquent de se développer de plus en plus avec le temps et leur traitement risque d'être plus long. Même après traitement, d'autres télangiectasies peuvent apparaître avec le temps, car les patients porteurs de télangiectasies ont en général un terrain prédisposé. Un entretien régulier est donc nécessaire pour garder un résultat esthétique optimal.



 **DIAMOND SPONSORS** 



 **GOLD SPONSORS** 



 **SILVER SPONSORS** 



 **BRONZE SPONSORS** 

