

DOSSIER DE PRESSE

JDIP 2013

13 - 15 juin 2013

**JOURNEES DE DERMATOLOGIE
INTERVENTIONNELLE DE PARIS**
CHIRURGIE, LASER, DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE

JDIP 2013
CHIRURGIE - LASER - DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE
13 - 15 juin 2013
Palais des Congrès de Paris

www.jdip2013.com

Secrétariat du Congrès
JDIP2013 - c/o MCI France
24 rue Chauchat
75009 Paris
Tél : +33 (0)1 53 85 82 76
Fax : +33 (0)1 53 85 82 83
Email : info@jdip2013.com

Présidente du Congrès
Claire Beylot (Bordeaux)

Comité d'Organisation
Jean-Yves Bailly (Toulouse)
Jean-Philippe Lacour (Nice)
Thierry Michaud (Mulhouse)
Marie-Nath Richards (Marseille)
Gérard Toubai (Rennes)

Contact presse
Dr Brigitte Roy-Geffroy
Société Française de Dermatologie
b.roygeffroy@sfdmdermato.com
06 80 21 08 03

Thèmes principaux
La chirurgie de l'ongle et de l'oreille
La volumétrie faciale
La région péri buccale
Le traitement de l'ovale du visage
Les complications en Dermatologie Interventionnelle,
prévention et gestion

Sous l'égide de la
Société Française de Dermatologie
Société Française
de Dermatologie

Logo: SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
Logo: GROUPE LASER
Logo: DFC

JOURNÉES DE DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE DE PARIS



3 jours, 3 grands thèmes

CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE, LASER ET DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE ET CORRECTRICE 13-15 juin 2013 - Paris

Après le succès de la première édition en 2012 avec plus de 800 participants, voici la nouvelle édition des Journées de Dermatologie Interventionnelle dans une version « relookée » mieux ajustée à la demande des congressistes.

Pendant 3 jours, les ateliers et les sessions vont se succéder :

- Mises au point lors des sessions communes aux trois groupes dont une session réunissant un panel d'experts internationaux,
- Actualités bibliographiques.
- Présentation et discussion de communications libres et affichées,
- Formations médicales pratiques de niveau supérieur en petits groupes,
- Formation pour les assistantes médicales sur la gestion pratique de l'activité du dermatologue.

Le programme scientifique des JDIP 2013 a été recentré et simplifié autour d'une sélection de thématiques d'actualité, telles que le traitement de la silhouette, la correction du vieillissement des mains, l'approche thérapeutique pour une esthétique dynamique et émotionnelle du visage, la prise en charge des tatouages avec un nouveau laser, la chirurgie de l'ongle ou des lèvres, mais également la prévention et la prise en charge des complications de ces techniques.

Lieu de partage d'expérience et de formation médicale continue, les JDIP reflètent l'actualité en dermatologie interventionnelle, ainsi que l'expertise et le savoir-faire des 3 groupes de la Société Française de Dermatologie.

Sous l'égide de la Société Française de Dermatologie, les JDIP sont l'occasion pour la communauté scientifique spécialiste d'échanger, de s'informer et de se former. Venez partager l'actualité et l'expertise en Dermatologie interventionnelle.

CONTACT PRESSE

Dr Brigitte Roy-Geffroy
Société Française de Dermatologie
b.roygeffroy@sfdermato.com
06 80 21 08 03 - 01 43 27 01 66
www.sfdermato.com

CONTACT ORGANISATION / INSCRIPTIONS JDIP 2013

info@jdip2013.com
Tél : 33 (0)1 53 85 82 76

SOMMAIRE



THÈME 1

Les cosmétiques, prérequis indispensable de la prise en charge esthétique 1

THÈME 2

Les mains et la chirurgie de l'ongle 2

- La correction du vieillissement des mains
- La chirurgie de l'ongle, une approche chirurgicale différente de celle de la main

THÈME 3

Lasers, techniques émergentes et apparentées 5

- Les lasers fractionnés, une véritable avancée en dermatologie interventionnelle depuis 10 ans... et des promesses pour le futur !
- De l'ovale du visage à la lipolyse, les multiples applications des ultrasons focalisés
- Onychomycose et intérêt potentiel du laser infrarouge
- La photo-réjuvenation par PDT, mythe ou réalité ?

THÈME 4

Les lèvres et la région péribuccale 11

- Chirurgie labiale de pleine épaisseur, les limites du dermatologue
- Lèvres et région péribuccale, une forte demande difficile à satisfaire malgré la multiplicité des techniques
- Le comblement des lèvres par injections : respecter le naturel

THÈME 5

Pour une esthétique dynamique et émotionnelle du visage 15

THÈME 6

Les complications en dermatologie interventionnelle, prévention et gestion 17

- Prise en charge des anomalies cicatricielles : quelle stratégie ?
- Lasers, des complications « vraies » rares souvent opérateur dépendantes
- Prévention et gestion des complications en dermatologie esthétique

THÈME 7

Le traitement de la silhouette, une démarche qui nécessite savoir-faire et vigilance 24

THÈME 8

Tatouages et pigmentations, du nouveau avec le laser picoseconde ? 26

THÈME 9

Lasers vasculaires et lasers YAG, une expertise nécessaire pour une prise en charge maîtrisée et adaptée à chaque indication 27

Goupes thématiques 29

Mieux connaître la Société Française de Dermatologie 30

Dr Anny Cohen-Letessier, Paris

« Apprenez jeunes beautés les soins qui embellissent le visage et les moyens de défendre votre beauté »
Ovide

Depuis la nuit des temps, les hommes et les femmes se préoccupent de leur beauté et d'embellissement. Nombreux sont les écrits qui en témoignent à travers les âges. La cosmétologie a donc toujours existé. Elle a pour fonction d'améliorer la qualité de vie en présentant une image de soi attractive et positive qui permet à chacun d'obtenir ou de retrouver une bonne estime de soi et de se réconcilier avec lui-même.

Avoir une belle peau reste le premier pas de la prise en charge esthétique !...

Une prise en charge esthétique faisant appel aux techniques les plus performantes sans cesse en progrès ne pourra donner que des résultats décevants sur une peau non entretenue. Obtenir une « belle » peau, en travaillant préalablement l'éclat du teint, la couleur et la texture de la peau, reste donc le **préliminaire incontournable d'une prise en charge esthétique bien conduite**.

Une évolution ambitieuse des produits cosmétiques au fil du temps.

L'éclat du teint se définit comme la qualité de la réflexion de la lumière sur la peau. Il fait appel aux propriétés optiques de la peau, elles-mêmes liées à la pigmentation, la vascularisation et la texture cutanée. La présence de tâches pigmentaires ou de rougeurs, de même qu'une peau épaissie sont donc incompatibles avec l'objectif d'avoir une « belle » peau. Leur prise en charge par des produits adaptés, comme le rétinol ou les acides de fruit pour affiner la texture cutanée par exemple, est donc primordiale pour un teint éclatant.

Si la préoccupation majeure fût pendant longtemps de redonner son éclat au teint, l'évolution des produits cosmétologiques permet aujourd'hui de **nouvelles ambitions** en gommant les ridules, en estompant des expressions négatives du visage et nous laisse même espérer une amélioration du relâchement cutané. Les demandes et les attentes grandissent ainsi proportionnellement aux avancées en matière de cosmétologie.

Peu d'études cliniques méthodologiquement rigoureuses et pourtant...

Il existe beaucoup d'études en cosmétologie, cependant les niveaux de preuve restent globalement insuffisants. La difficulté vient probablement du fait qu'il existe une indiscutable subjectivité dans l'évaluation des résultats par les patientes elles-mêmes, même si des techniques de mesure très perfectionnées existent. Néanmoins, l'obtention d'un ressenti positif ne peut-il pas être considéré en soi comme un résultat positif ? Un sentiment positif entraîne en effet à lui seul un bien-être associé à la sécrétion d'endorphines, dont les effets bénéfiques sont bien connus aujourd'hui. La beauté ressentie est un facteur prédictif de longévité, d'une belle apparence.

Certaines molécules ont toutefois fait l'objet d'études méthodologiquement rigoureuses parmi lesquelles le rétinol, la vitamine C, les antioxydants, les protecteurs solaires, des préparations à base d'urée, d'ammonium et de glycérol pour l'hydratation⁽¹⁾.

Une prise en charge à la carte en évitant de vouloir tout faire à la fois.

Encourager une bonne hygiène et une bonne hydratation cutanées, régulariser la texture et le grain de peau, travailler la couleur sont **les bases essentielles de la prise en charge**. Les résultats s'observent rapidement en quelques semaines mais il faut savoir ne pas tout faire en même temps.

Cependant, chaque visage se distingue par ses particularités et il est nécessaire d'**adapter les soins à chaque typologie**. Un examen soigneux et une bonne expertise guideront le dermatologue dans le choix de sa stratégie et des produits à utiliser.

De plus, la diversité des produits cosmétiques disponibles offre aujourd'hui des possibilités multiples pour une prise en charge ajustée au plus près.

L'obtention d'une meilleure qualité de peau grâce à des produits cosmétiques adaptés est le préliminaire indispensable à toute prise en charge esthétique réussie. C'est la combinaison de cette approche cosmétique de base à des gestes plus techniques, comme les injections de comblement par exemple, qui permet de parvenir à un résultat optimal. Une information et des explications approfondies sont indispensables pour la réussite de la prise en charge et pour moduler les attentes des patients, gage de bien-être et de satisfaction finale.

Référence bibliographique

1.Pavicic T, Steckmeier S, Kerscher M, Korting HC. Evidence Base Cosmetics:concepts and applications in photoaging of the skin and xerosis. Wien Klin Wochenschr; 2009; 121(13-14):431-9

LA CORRECTION DU VIEILLISSEMENT DES MAINS

Dr Jean-Marie Dallara, Strasbourg

La demande de prise en charge du vieillissement des mains, qui affiche souvent impitoyablement l'âge, est de plus en plus forte. Elle nécessite par ailleurs des réponses adaptées à chaque stade du vieillissement cutané à la fois satisfaisantes en termes de résultat et sûres. L'approche doit être globale et peut être combinée en associant plusieurs techniques correctrices.

Le vieillissement des mains se traduit par l'apparition de **taches dyschromiques** (troubles de la pigmentation) et de **troubles trophiques** superficiels et profonds laissant apparaître une peau mince, atrophique, craquelée et finement ridée, des veines et des tendons devenant plus visibles, auquel s'ajoute une fonte musculo-graisseuse pouvant évoluer ainsi jusqu'à une **main décharnée**.

- Si la cosmétologie peut être utilisée pour prévenir les **hyperpigmentations**, les traitements les plus efficaces sont aujourd'hui représentés par les peelings, la cryothérapie, la lumière intense pulsée ou les différents types de lasers, qu'il s'agisse de lasers déclenchés (Q-Switched en longueur d'onde 532 nm ou 695 nm sur les phototypes très clairs) ou de lasers fractionnés comme le laser thulium 1 927 nm associé ou non à un 1 550 nm. Le risque d'achromie avec les peelings et la cryothérapie doit toutefois être connu, de même que le risque d'effet « bronzage », voire de brûlure pour la lumière intense pulsée.
- Peu de traitements ont été validés pour les **hypochromies**, mais la vitamine A acide locale ou l'azote liquide sur des lésions en confettis sur une peau non encore totalement atrophique, ont montré une certaine efficacité. Les lasers fractionnés non ablatifs pourraient être utiles, au moins en théorie.
- **En cas d'altération de texture superficielle et d'atrophie dermo-hypodermique modérée**, deux à quatre séances de lasers CO₂ fractionnés, plus espacées que sur le visage, avec des dosages prudents et adaptés sont efficaces. L'association avec les comblements, souvent entre les séances ou à la fin du protocole complet laser, est totalement synergique.



Figure 1 : Avant et après un traitement par laser 1827nm & 1550 nm

Les lasers erbium, Er:YAG (2 940 nm) ou équivalents (Er:YSGG 2 790 nm), ont une action de surface similaire mais sans effet thermique.

Les lasers fractionnés non ablatifs avec des longueurs d'onde autour de 1 550 nm en 4 à 5 séances, ont une efficacité avérée [1] avec des suites modestes. L'optimum étant l'association des deux longueurs d'onde 1 927 nm et 1 550 nm dans la technologie « Dual » la première agissant sur le pigment et la seconde sur la texture, soit dans la même séance, soit dans des sessions différentes [Figure 1].

- **En cas d'atrophie épidermique et dermique**, la réponse aux techniques laser est en général moins performante et les injections superficielles intradermiques ou hypodermiques hautes d'acide hyaluronique, ayant supplanté les injections de collagène [2], sont indiquées [3].

- Pour redonner à la **main décharnée** un aspect jeune et ferme, la restauration d'une structure de soutien profond est nécessaire. L'acide hyaluronique reste incontournable et l'hydroxylapatite de calcium représente une alternative ^[4]. On choisira un produit réticulé, de consistance ou G' moyen, à savoir, dans chaque gamme, le produit destiné à combler des rides de moyenne profondeur. Le massage après l'injection est obligatoire et doit être minutieux et prolongé afin d'étaler parfaitement ce comblement. Des volumes de 1 à 2 ml par main, sont la règle [Figure 2]. Il convient toujours de rester prudent du fait du risque de compression d'éléments tendineux ou vasculo-nerveux par le produit surtout s'il est très ferme, ou par l'œdème.



Les suites peuvent comporter les classiques ecchymoses, un œdème régressif en une à trois semaines et une gêne fonctionnelle modérée de courte. La poussée inflammatoire à distance semble plus fréquente avec l'hydroxylapatite de calcium. L'infection ou les compressions sont des complications liées à des erreurs techniques.

Une retouche peut s'envisager à un mois d'intervalle, puis le comblement reste relativement stable au moins pendant un à deux ans selon la qualité du produit utilisé.

Des antécédents de curage ganglionnaire axillaire ou de déficit lympho-circulatoire représentent des contre-indications pour ces comblements profonds.

Figure 2 : Résultat d'un comblement par acide hyaluronique

D'autres techniques correctrices telles que l'éveinage chirurgical, la carboxythérapie, les injections de plasma riche en plaquettes (PRP) associées éventuellement au laser fractionné, l'injection de facteur de croissance d'origine fibroblastique (bFGF) représentent autant de pistes de recherche à explorer et à évaluer.

La correction du vieillissement des mains bénéficiera d'une approche globale, intégrant au minimum un traitement du pigment et une bonne technique de comblement.

Le traitement des dyschromies bénéficie déjà d'une expérience ancienne et s'est complété récemment par d'excellentes techniques dont les lasers, qui s'avèrent fort utiles aussi pour la correction des altérations de structure dermique.

Les injections, en particulier les comblements par l'acide hyaluronique, qu'elles soient superficielles dermiques ou profondes, hypodermiques et structurantes, sont très utiles. Elles comportent peu de risque à condition de respecter les règles d'usage consensuelles et les contre-indications. Enfin, il convient toujours de rester prudent dans les techniques de comblement, du fait du risque de compression d'éléments tendineux ou vasculo-nerveux, par le produit ou par l'œdème.

Références bibliographiques

1. Jih MH, Goldberg LH, Kimyai-Asadi A. Fractional photothermolysis for photoaging of hands. *Dermatol Surg*. 2008 Jan; 34(1): 73-8. Epub 2007 Dec 5
2. Man J, Rao J, Goldman M. A double-blind, comparative study of nonanimal-stabilized hyaluronic acid versus human collagen for tissue augmentation of the dorsal hands. *Dermatol Surg*. 2008 Aug; 34(8): 1026-31
3. Fabi SG, Goldman MP. Hand rejuvenation: a review and our experience. *Dermatol Surg*. 2012 Jul; 38(7 Pt 2): 1112-27.
4. Sadick NS. A 52-week study of safety and efficacy of calcium hydroxylapatite for rejuvenation of the aging hand. *J Drugs Dermatol*. 2011 Jan; 10(1): 47-51.

LA CHIRURGIE DE L'ONGLE, UNE APPROCHE CHIRURGICALE DIFFÉRENTE DE CELLE DE LA MAIN

Dr Olivier Cogrel, Bordeaux

L'ongle est une phanère qui possède une structure anatomique très particulière et distincte de celle du doigt. On parle d'ailleurs d'appareil unguéal. La spécialité qui étudie cet organe une branche de la dermatologie est appelée l'**onychologie**. La chirurgie de l'ongle est donc différente de celle de la main et il n'est pas rare que les chirurgiens de la main (orthopédistes ou plasticiens) ne se contentent que de la gestion des plaies traumatiques du doigt incluant l'ongle alors que les pathologies non traumatiques sont habituellement confiées à des dermatologues experts, la dermatologie étant une spécialité médico-chirurgicale.

Ces **dermatologues experts de l'ongle ou onychologues** vont pouvoir à la fois confirmer un diagnostic d'une affection dermatologique intéressant l'appareil unguéal et en assurer le traitement.

Le traitement des pathologies unguéales est souvent chirurgical

Les tumeurs bénignes ou malignes qui ne sont pas exceptionnelles dans cette localisation particulière sont traitées par la chirurgie.

Les pathologies non tumorales

■ L'ongle incarné

Il existe des alternatives à la chirurgie conventionnelle : les matricectomies chimiques à base de phénol. Celles-ci consistent à détruire les parties latérales de l'ongle (matricectomie) qui s'incarnent dans les tissus au pourtour de l'ongle grâce à l'application d'une solution chimique. Cela a pour avantage d'être réalisé sous anesthésie locale sans utiliser le bistouri (Figure 1). Ces matricectomies diffusées par

les dermatologues ont fait l'objet de publications scientifiques de fort niveau de preuves. Elles sont plus rapides, moins douloureuses et exposent à de moindres complications. Le traitement de l'ongle incarné avec matricectomie réduit harmonieusement la largeur de l'ongle. Lorsque l'ongle est déjà étroit ou lorsqu'il existe une hypertrophie des tissus mous péri-unguéaux, il est possible d'utiliser des techniques chirurgicales qui intéressent la peau, l'objectif étant de mettre à distance le bord latéral de l'ongle vulnérant, des tissus mous.



Fig 1 : Ongle incarné : matricectomie au phénol

■ Les mélanonychies

Les mélanonychies sont des pigmentations brunes ou noires d'origine mélanocytaire. La problématique des mélanonychies est surtout d'écartier le plus précocement possible un mélanome de l'appareil unguéal dont le pronostic peut être à terme redoutable si le diagnostic n'est pas fait à temps (Figure 2). Les techniques chirurgicales spécifiques de la chirurgie de l'ongle existent et sont fonction des différentes sous-unités de l'appareil unguéal et des pathologies impliquées (Figure 3) : cicatrisation dirigée, lambeaux de translation, lambeaux de transposition, greffe de peau totale...

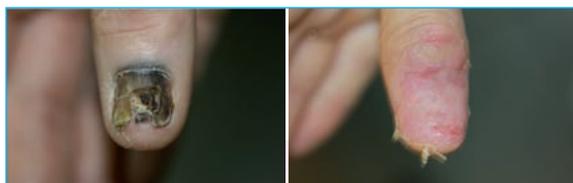


Fig 2 : Mélanome de l'appareil unguéal : avant et après greffe de peau totale



Fig 3 : Excision d'une tumeur matricielle après avulsion postérieure

Les pathologies unguéales, dont le traitement est souvent chirurgical, doivent être prises en charge par des dermatologues experts de l'ongle, les onychologues. La technique chirurgicale est en effet très différente de celle de la main.

Référence bibliographique

Cogrel O et coll. Chapitre: chirurgie de l'ongle. Dermatologie chirurgicale. J M Amici et coll. Elsevier Masson

LES LASERS FRACTIONNÉS, UNE VÉRITABLE AVANCÉE EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE DEPUIS 10 ANS ... ET DES PROMESSES POUR LE FUTUR !

Dr Anne Le Pillouer-Prost, Marseille

Le principe des lasers **ablatifs fractionnés** est de focaliser l'énergie lumineuse en microspots distribués sur la zone à traiter pour créer des microcolonnes d'effets tissulaires de manière régulièrement espacée en préservant des îlots épidermiques intacts. Les suites opératoires, de même que les risques infectieux et pigmentaires sont ainsi minimisés et de **nouvelles indications**, notamment le traitement des zones extra-faciales (cou, dos des mains, décolleté) et celui des cicatrices peuvent être envisagés. Les effets tissulaires observés varient profondément selon le type d'appareil utilisé (erbium-glass+/-Thulium ou 1320/1440 nm pour les non ablatifs ; erbium-YAG, YSGG ou CO2 pour les ablatifs) et les diverses possibilités de réglage. Une bonne connaissance des appareils et une parfaite maîtrise de la technique sont donc nécessaires pour une utilisation optimale et adaptée.

Le vieillissement facial et extra-facial visiblement amélioré.

Pour la correction du vieillissement, les lasers ablatifs de relissage en mode « traditionnel » (dermabrasion) sont très efficaces, mais non dénués de risque et surtout, nécessitent une éviction sociale assez prolongée. Depuis 2004, les modes « fractionnés » de ces lasers sont venus offrir de **nouvelles perspectives thérapeutiques efficaces, reproductibles et sûres**. Ils permettent en 1 à 3 séances pour le visage, avec 2 à 6 jours d'éviction sociale et pour un coût raisonnable, une amélioration reproductible, significative et visible (photographies à l'appui) des patients. Le teint, les dyschromies, la texture, les ridules, notamment péri-orbitaires, et les pores dilatés sont améliorés de façon constante. En augmentant la profondeur d'ablation et les dommages thermiques, les rides et la laxité cutanée peuvent également être améliorées mais avec plus d'effets secondaires...

Le traitement des zones extra-faciales moins riches en annexes pilo-sébacées et donc à enjeu cicatriciel majoré, comme le cou, le décolleté et le dos des mains, n'était pas possible en mode traditionnel des lasers ablatifs. Il le devient avec les modes fractionnés mais **nécessite de baisser les paramètres d'énergie** et de densité pour plus de sécurité et de répéter les séances pour maintenir l'efficacité (3 à 4 séances espacées de 1 à 2 mois en fonction des paramètres utilisés).

Une efficacité démontrée également sur les cicatrices.

Les cicatrices atrophiques d'acné

Même si les preuves cliniques sont moins nombreuses que pour le vieillissement, les premiers résultats de AM Chapas⁽¹⁾ faisant état après 2 à 3 séances, d'une amélioration moyenne de 67 % attestée par mesure 3D, se sont confirmés avec le temps. Les cicatrices atrophiques d'acné représentent ainsi aujourd'hui la 2^{ème} grande indication de ces lasers.

Et une amélioration substantielle de tous les types de cicatrices

Les lasers fractionnés ablatifs ont progressivement pris une place prépondérante dans la gestion des troubles cicatriciels ou dans la prévention des cicatrices anormales aussi bien excessives qu'atrophiques : cicatrices hypertrophiques et chéloïdes, post-traumatiques, post-chirurgicales ou post-brûlures, hypochromiques, cicatrices d'hémangiomes...

Vergetures, la persévérance est de mise.

Les lasers fractionnés, notamment ablatifs CO2, semblent donner des résultats parfois spectaculaires en une séance, en particulier au niveau de la poitrine, mais d'autres fois encore trop modestes. Ainsi, il faut rester prudent en termes d'information des patients et savoir réaliser des tests^(2,3). Certains patients satisfaits multiplient alors les séances faisant ainsi preuve de beaucoup de motivation.

Troubles pigmentaires.

Les lasers fractionnés semblent pouvoir jouer un rôle pour **favoriser la repigmentation** et des études récentes semblent aller dans ce sens pour le traitement du vitiligo⁽⁴⁾ ou de l'hypomélanose en goutte idiopathique. Pour le mélasma, le sujet est toujours débattu ; les lasers fractionnés peuvent être une aide dans une prise en charge globale mais **ne représentent en aucun cas un traitement « miracle »** de cette maladie chronique du mélanocyte !

La « Pro-pénétration », une voie d'avenir ?

A ce jour, des études prometteuses scientifiques chez l'animal puis chez l'homme ont montré une amélioration significative de la pro-pénétration de l'aminolévalinate de méthyle (MAL - Metvixia®) par laser ablatif fractionné CO₂ pour la photothérapie dynamique (PDT)^(5,6). De nombreuses autres possibilités sont à l'étude, toujours avec la MAL-PDT dans l'indication de pelades⁽⁷⁾, mais également avec d'autres molécules, l'Imiquimod® dans le domaine du vieillissement photo-induit, les fragments d'acide hyaluronique, anti-oxydants variés, vitamine C, vitamine A acide... dans le domaine de l'anti-âge ou les dermocorticoïdes pour la réduction des cicatrices hypertrophiques.

... De nouvelles perspectives à suivre de près !...

La diversité et la sophistication des appareils fractionnés ablatifs aux caractéristiques techniques particulières imposent une parfaite connaissance et une maîtrise du dermatologue dans ce domaine. Les bons résultats de remodelage dermique objectivés par photographies et techniques 3D, **reproductibles quelle que soit l'indication**, ont multiplié les indications esthétiques et médicales de cette nouvelle technologie. L'index de satisfaction des patients est très élevé, d'autant que le coût, sans consommable pour la plupart des appareils ablatifs, reste abordable pour un grand nombre. Le traitement de zones extra-faciales est désormais possible, à condition de rester prudent afin de limiter le risque de complications potentielles.



Patiente de 62 ans
Avant et 3 mois après une séance de laser CO₂ fractionné SmartXide DOT (DEKA). Améliorations visibles du teint, des taches, de la texture, des ridules

Références bibliographiques

1. Chapas AM, Brightman L, Sukal S, Hale E, Daniel D, Bernstein LJ, Geronemus RG. Successful treatment of acneiform scarring with CO₂ ablative fractional resurfacing. *Lasers Surg Med.* 2008 Aug;40(6):381-6
2. Lee SE, Kim JH, Lee SJ, Lee JE, Kang JM, Kim YK, Bang D, Cho SB. Treatment of striae distensae using an ablative 10,600-nm carbon dioxide fractional laser: a retrospective review of 27 participants. *Dermatol Surg.* 2010 Nov;36(11):1683-90
3. Yang YJ, Lee GY. Treatment of Striae Distensae with Nonablative Fractional Laser versus Ablative CO₂ Fractional Laser: A Randomized Controlled Trial. *Ann Dermatol.* 2011 Nov;23(4):481-9
4. Shin J, Lee JS, Hann SK, Oh SH. Combination treatment by 10 600 nm ablative fractional carbon dioxide laser and narrowband ultraviolet B in refractory nonsegmental vitiligo: a prospective, randomized half-body comparative study. *Br J Dermatol.* 2012 Mar;166(3):658-61
5. Haedersdal M, Katsnelson J, Sakamoto FH, Farinelli WA, Doukas AG, Tam J, Anderson RR. Enhanced uptake and photoactivation of topical methyl aminolevulinate after fractional CO₂ laser pretreatment. *Lasers Surg Med.* 2011 Sep;43(8):804-13
6. Togsverd-Bo K, Haak CS, Thaysen-Petersen D, Wulf HC, Anderson RR, Haedersdal M. Intensified photodynamic therapy of actinic keratoses with fractional CO₂ laser: a randomized clinical trial. *Br J Dermatol.* 2012 Jun;166(6):1262-9
7. Lee JW, Yoo KH, Kim BJ, Kim MN. Photodynamic therapy with methyl 5-aminolevulinate acid combined with microneedle treatment in patients with extensive alopecia areata. *Clin Exp Dermatol.* 2010 Jul;35(5):548-9

DE L'OVALE DU VISAGE À LA LIPOLYSE, LES MULTIPLES APPLICATIONS DES ULTRASONS FOCALISÉS

Dr Jean-Michel Mazer, Paris

Travailler plus en profondeur en respectant les couches superficielles de la peau.

L'émission d'ultrasons de forte intensité associée au phénomène de focalisation permet un **effet thermique puissant localisé en profondeur**. La focalisation peut être comparée à l'effet thermique obtenu avec les rayons solaires lorsque l'on utilise une loupe pour les concentrer en un point précis. L'effet obtenu est particulièrement intéressant en pratique dermatologique, car les profondeurs focales sont beaucoup plus importantes comparées à celles des lasers et radiofréquences, tout en respectant les couches superficielles de la peau. Au delà de l'épiderme et du derme, l'hypoderme et les fascias sont désormais accessibles. Les profondeurs atteintes peuvent être ainsi de plus de 4,5 mm et 13 mm, avec une absence quasi-totale d'effet en surface. En comparaison, les profondeurs atteintes avec les lasers sont peu supérieures au millimètre avec un effet thermique qui s'épuise progressivement depuis le derme superficiel jusqu'au derme profond. Un avantage supplémentaire est la possibilité de **traiter tous les phototypes** de la même façon, les ultrasons n'interagissant pas avec la mélanine.

Traitement de l'ovale du visage.

Les ultrasons microfocalisés Ulthera^(1,2,3,4,5,6,7) induisent des points de coagulation tissulaire secondaires à un effet thermique puissant (64°C) situés dans le derme profond et l'hypoderme, voire les fascias. L'indication électorale est la recherche d'un effet tenseur soit au niveau des sourcils et des paupières supérieures, soit au niveau de la région sous-mentale, sur l'ovale du visage et au niveau du cou, où les lasers IPL, radiofréquences et peelings sont peu efficaces. En une séance, l'amélioration est évidente, cliniquement visible, se majorant progressivement pendant 3 à 6 mois.

Les effets secondaires se limitent à un érythème ne persistant que quelques dizaines de minutes, rarement un œdème. L'éviction sociale n'est pas nécessaire.

D'autres indications se profilent mais restent à être confirmées : traitement du décolleté, du relâchement des bras, du ventre...

« Liposonix » et « Ultrashape » pour la lipolyse.

A la différence des précédents, les ultrasons focalisés haute intensité Liposonix possèdent des impacts plus gros avec un point focal situé à 13 mm de profondeur, ce qui correspond, pour la région abdominale, au tissu adipeux dans l'hypoderme. L'élévation thermique provoque des lésions de **thermolyse des adipocytes suivie de néosynthèse collagénique**. En pratique, l'indication est ici la **lipolyse** de bourrelets graisseux abdominaux modérés.

L'émission d'ultrasons moins puissante « Ultrashape » génère non pas une photo-thermolyse, mais **des phénomènes vibratoires** provoquant **des lésions de la membrane des adipocytes**. L'indication est ici aussi la lipolyse non invasive, la profondeur d'action étant sensiblement identique.

Dotés d'effets thermiques puissants, capables d'agir sur les plans profonds (fascias et hypoderme) jusqu'à présent inaccessibles aux technologies classiques (lasers, lumières pulsées et radiofréquences), sans aucune interaction avec la mélanine, permettant donc de traiter tous les types de peau, les ultrasons focalisés présentent des caractéristiques séduisantes pour le dermatologue. Les deux principales indications, en fonction de la profondeur, sont à ce jour le traitement de la laxité et la lipolyse non invasive.

Références bibliographiques

- Weiss M. Commentary: noninvasive skin tightening: ultrasound and other technologies: where are we? *Dermatol Surg*, 2012. 38(1): p. 28-30.
- Alam M. et al., Ultrasound tightening of facial and neck skin: a rater-blinded prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*, 2010. 62(2): p. 262-9.
- Chan N.P. et al., Safety study of transcutaneous focused ultrasound for non-invasive skin tightening in Asians. *Lasers Surg Med*, 2011. 43(5): p. 366-75.
- Gliklich R.E. et al., Clinical pilot study of intense ultrasound therapy to deep dermal facial skin and subcutaneous tissues. *Arch Facial Plast Surg*, 2007. 9(2): p. 88-95.
- Laubach H.J. et al., Intense focused ultrasound: evaluation of a new treatment modality for precise microcoagulation within the skin. *Dermatol Surg*, 2008. 34(5): p. 727-34.
- Lee H.S. et al., Multiple Pass Ultrasound Tightening of Skin Laxity of the Lower Face and Neck. *Dermatol Surg*, 2011.
- Suh D.H. et al., Intense focused ultrasound tightening in asian skin: clinical and pathologic results. *Dermatol Surg*, 2011. 37(11): p. 1595-602.

ONYCHOMYCOSE ET INTÉRÊT POTENTIEL DU LASER INFRAROUGE*Dr Yvon Perrillat, Grenoble*

Les onychomycoses ou mycose des ongles sont difficiles à traiter en particulier en raison de la nécessité d'une durée prolongée des traitements oraux. Le laser pourrait se révéler une alternative intéressante, à condition que des études de bonne qualité méthodologique démontrent l'efficacité réelle de ces techniques et la persistance des résultats dans le temps.

Des résultats prometteurs qui nécessitent d'être confirmés.

Une étude coréenne ⁽¹⁾ a évalué l'efficacité du laser 1444 nanomètres Nd:YAG sur 20 patients atteints d'onychomycose prouvée par microbiologie. Deux puissances cumulatives (300 et 450 Joules) ont été testées. Le nombre de patients présentant une guérison mycologique a été de 85,5 % pour le groupe « forte puissance » (450 Joules) contre 76 % pour le groupe traité avec une puissance de 300 Joules. Les auteurs concluent que **ces résultats sont certes prometteurs, mais doivent être confirmés par des études complémentaires.**

Une autre étude ⁽²⁾ a évalué l'efficacité des lasers Nd : YAG 1 064 nanomètres sur des onychomycoses également microbiologiquement confirmées. Treize sujets présentant un total de 37 ongles infectés ont reçu un traitement reposant sur une à trois séances, espacées de deux mois. Le contrôle post-traitement était réalisé quatre mois après la dernière séance. L'évaluation était effectuée sur des photographies réalisées en aveugle à chaque visite et après traitement. Les traitements étaient bien tolérés par tous les patients. Sur 37 ongles atteints, une amélioration complète ou modérée quatre mois après la dernière séance a été notée pour trente ongles, soit 81 %. Une stérilisation complète, attestée par des prélèvements microbiologiques négatifs, a été obtenue pour 19 ongles infectés, soit 51 %.

L'absence d'efficacité sur l'ensemble des ongles atteints demande à ce que ce traitement soit comparé au traitement classique antifongique.

Beaucoup plus simple et rapide que les traitements antifongiques oraux nécessitant la prise quotidienne de comprimés pendant plusieurs mois, le traitement des onychomycoses par laser infra-rouge pourrait être une véritable alternative. Des études ultérieures sont toutefois nécessaires afin de confirmer la supériorité ou au minimum l'intérêt de ce type de traitement par rapport à la prise en charge classique.

Références bibliographiques

1. Choi MJ, Zheng Z, Goo B, Cho SB. Antifungal effects of a 1444-nm neodymium:Yttrium-aluminum-garnet laser on onychomycosis: a pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2012 Sep 19
2. Kimura U, Takeuchi K, Kinoshita A, Takamori K, Hiruma M, Suga Y. Treating onychomycoses of the toenail: clinical efficacy of the sub-millisecond 1,064 nm Nd: YAG laser using a 5 mm spot diameter. *J Drugs Dermatol.* 2012 Apr;11(4):496-504

LA PHOTO-RÉJUVÉNATION PAR PDT, MYTHE OU RÉALITÉ ?

Dr Anne Le Pillouer-Prost, Marseille

La PDT, une arme précieuse de l'arsenal thérapeutique pour de multiples lésions dermatologiques cancéreuses ou non.

Depuis plusieurs années maintenant, la photothérapie dynamique topique (PDT) est une arme précieuse, efficace et sûre de l'arsenal thérapeutique du dermatologue pour le traitement des kératoses actiniques et des cancers cutanés superficiels multiples et/ou étendus, mais aussi pour d'autres pathologies bénignes ^(1,2). Le principe est simple : un produit photosensibilisant non toxique à l'obscurité, concentré en un temps variable dans les tissus cibles, va être activé par une source lumineuse traditionnellement de faible intensité et pendant une durée prolongée. Les réactions de photochimiothérapie induites provoquent des destructions cellulaires directes ainsi que des réactions inflammatoires et immunologiques. En France à ce jour, le seul photosensibilisant utilisé est le MAL (Metvixia®) dans 3 indications que sont les **kératoses actiniques du visage**, les **carcinomes basocellulaires superficiels du corps** et la **maladie de Bowen** confirmés par histologie préalable.

La PDT, une arme également contre le vieillissement ?

L'observation par les dermatologues en carcinologie cutanée de l'amélioration texturale nettement visible des zones traitées pour des lésions cancéreuses a ouvert une nouvelle application. C'est pourquoi depuis le début des années 2000, la photothérapie dynamique est également proposée pour des traitements esthétiques dits de « réjuvenation ». On parle ainsi de **photorejuvenation photodynamique (PR-PDT)** ⁽³⁾. L'évaluation de l'efficacité de cette technique en termes de rajeunissement est inextricable de son efficacité sur la prévention des altérations photo-induites qui a été prouvée scientifiquement sur des modèles murins, les transplantés d'organes et le sujet immunocompétent (Grade B de recommandation, NP1). Il a même été retrouvé dans une étude que la quantité de remodelage collagénique était proportionnelle à la quantité de base des altérations au départ (mesure p53).

Plusieurs études réalisées entre 2008 et 2013, certaines contrôlées, randomisées, avec mesure de critères objectifs de « rajeunissement » cutané (échographie, histologie, marqueurs immunohistochimiques...) retrouvent :

- **Une amélioration du teint, de la texture et de la rugosité de la peau** avec des chiffres globaux d'amélioration de l'ordre de **50 et 80 %**.
- **Une amélioration de 50-90 % des lésions pigmentaires** (notamment en « mottes » ou des lentigos) quasi-constante.
- **Une amélioration des rides fines**, notamment en région périorbitaire, avec un effet « TCA-like » alors qu'il ne semble pas y avoir d'amélioration pour les rides profondes.
- **Un épaissement cutané et une diminution de la bande d'élastose solaire** retrouvés par échographie haute résolution ⁽⁴⁾.
- **Une augmentation du collagène**, une réduction des marqueurs d'élastose et de vieillissement et une augmentation des marqueurs de restauration dermique et épidermique ^(5,6,7,8,9).

Peu d'effets secondaires et des perspectives d'évolution de la technique prometteuses.

Le traitement du visage sera réalisé en un ou plusieurs temps selon les patients, les praticiens et l'appareil LED utilisé. Plus l'héliodermie est sévère plus l'intensité des douleurs est à redouter.

Erythème et œdème durent 2 à 4 jours et sont suivis d'une période de desquamation et de croûtes pendant 8 à 10 jours. Un érythème rosé ou plus intense peut persister quelques semaines. Enfin, il faut redouter et prévenir une pigmentation post-inflammatoire, certes transitoire, mais parfois prolongée (3-4 voire 6-9 mois) chez les sujets de phototype mat. En dehors de complications exceptionnelles, il n'y a pas de cicatrices et le résultat cosmétique est excellent.

Pour augmenter l'efficacité des séances de PR-PDT et diminuer le nombre de séances et le coût du traitement, l'utilisation préalable d'un laser fractionné a été proposée⁽¹⁰⁾ et des travaux sont en cours pour préciser les modalités de cette technique de «pro-pénétration» assistée par laser^(11,12).

Enfin, l'utilisation de la lumière du jour comme source lumineuse devrait permettre une nette diminution des douleurs, mais là encore des études cliniques sont nécessaires pour confirmer les premiers résultats encourageants de cette nouvelle approche.

L'efficacité de la PR-PDT dans la réjuvenation semble soutenue par de nombreux arguments. Son intérêt supplémentaire *versus* les autres procédures de rajeunissement, est certainement l'amélioration concomitante des lésions carcinomateuses ou pré-carcinomateuses UV-induites. L'amélioration porte principalement sur la texture, la rugosité, les fines ridules, les lentigos et le teint, tandis que les rides plus profondes et les télangiectasies ne sont pas de bonnes indications. Le nombre de séances est à définir avec chaque patient en fonction de la sévérité de l'héliodermie.

L'utilisation beaucoup plus simple et quasi-indolore de la lumière du jour et la pro-pénétration assistée par laser fractionné sont autant de perspectives d'évolution prometteuses de la technique.

Références bibliographiques

1. Morton CA, Szeimies RM, Sidoroff A, Braathen LR. European guidelines for topical PDT part1: treatment delivery and current indications- actinic keratoses, Bowen's disease, basal cell carcinoma. J Europ Acad Dermatol Venerol 2013 May;27(5):536-44
2. Morton CA, Szeimies RM, Sidoroff A, Braathen LR. European guidelines for topical PDT part 2: emerging indications-field cancerization, photorejuvenation and inflammatory/infective dermatoses. J Europ Acad Dermatol Venerol 2013 Jun;27(6):672-9
3. Ruiz-Rodriguez R, Sanz-Sanchez T, Cordoba S. Photodynamic Photorejuvenation. Dermatol Surg 2002 Aug;28(8):742-4
4. Zane C, Capezzeri R, Sala R, Venturini M, Clazavara-Pinton P. Clinical and echographic analysis of PDT using MAL as sensitizer in the treatment of photodamaged facial skin. Lasers Surg Med 2007;39:203-9
- (5) Orringer JS, Hammerberg C, Hamilton et coll. Molecular effects of PDT for photoaging. Arch Dermatol 2008 Oct;144(10):1296-302
6. Marmur ES, Phelps R, Goldberg DJ. Ultrastructural changes seen after ALA-IPL photorejuvenation: a pilot study. J Cosmet Laser Ther 2005 Mar;7(1):21-4
7. Issa MC, Pineiro-Maceira J, Vieira MT, Olej B, and coll. Photorejuvenation with topical MAL and red light : a randomized, prospective, clinical, histopathologic, and morphometric study. Dermatol Surg 2010, 36:39-48
8. Park MY, Sohn S, Lee ES, Kim YC. Photorejuvenation induced by 5-ALA PDT in patients with actinic keratosis: a histologic analysis. J Am Acad Dermatol 2010, 62:85-95
9. Bagazgoita L, Cuevas Santos J, Juarranz A et coll. PDT reduces the histological features of actinic damage and the expression of early oncogenic markers. Br J Dermatol 2011, 165:144-51
10. Ruiz-Rodriguez R, Lopez L, Candelas D, Zelickson B. Enhanced efficacy of PDT after fractional resurfacing: fractional photodynamic rejuvenation. J Drugs Dermatol 2007;6:818-20
11. Haedersdal M, Katsnelson J, Sakamoto FH, Farinelli WA, Doukas AG, Tam J, Anderson RR. Enhanced uptake and photoactivation of topical methyl aminolevulinate after fractional CO2 laser pretreatment. Lasers Surg Med. 2011 Sep;43(8):804-13
12. Togsverd-Bo K, Haak CS, Thaysen-Petersen D, Wulf HC, Anderson RR, Haedersdal M. Intensified photodynamic therapy of actinic keratoses with fractional CO2 laser: a randomized clinical trial. Br J Dermatol. 2012 Jun;166(6):1262-9

CHIRURGIE LABIALE DE PLEINE ÉPAISSEUR, LES LIMITES DU DERMATOLOGUE

Dr Jean-Yves Bailly, Toulouse

Une chirurgie vite mutilante limitant les possibilités interventionnelles du dermatologue.

La chirurgie d'exérèse ou niveau des orifices de la face est très souvent **une chirurgie transfixiante ou de pleine épaisseur**. L'existence de liens anatomiques forts entre la peau et les muscles peauciers d'une part et la présence d'une structure rigide cartilagineuse ou fibreuse non pliable (oreille, paupière, narine) d'autre part en représentent en effet les principales limites.

L'atteinte du bord libre implique donc très souvent une exérèse tumorale transfixiante limitée pour des raisons mécaniques.

Des techniques chirurgicales différentes selon la nature et la topographie des lésions.

Il est classique d'opposer les différences d'atteinte carcinologique concernant **la lèvre blanche supérieure et la lèvre rouge inférieure**. La lèvre blanche supérieure est essentiellement le siège de carcinome basocellulaire alors que la lèvre rouge muqueuse inférieure est elle le siège de carcinomes épidermoïdes beaucoup plus agressifs. Curieusement et très certainement parce qu'elles sont faiblement exposées, la lèvre rouge supérieure et la lèvre blanche inférieure ne sont que très rarement touchées.

La nature tumorale des lésions nécessite des exérèses plus ou moins profondes. Les marges carcinologiques statistiques ont été récemment réévaluées dans de nouvelles recommandations pour ces deux types de tumeurs. Ainsi, les **carcinomes basocellulaires** ne franchissant que rarement le derme, nécessitent des marges de sécurité de l'ordre de 4 mm alors que les **carcinomes épidermoïdes** plus infiltrants nécessitent une barrière anatomique dite de sécurité carcinologique beaucoup plus large oscillant entre 5 et 10 mm selon la taille et la topographie de la lésion, sachant que la lèvre rouge est également une zone à haut risque métastatique ⁽¹⁾. Or, une exérèse dépassant 2,5 cm s'accompagne d'un retentissement fonctionnel avec soit un déplacement de commissure, soit une minimisation de l'ouverture de la bouche. Dès lors, la prise en charge des carcinomes épidermoïdes est vite du ressort de la chirurgie, en milieu chirurgical spécialisé.

Le rôle clé du dermatologue dans le dépistage des lésions précancéreuses

Le dermatologue joue naturellement un rôle clé tant dans le diagnostic que dans l'orientation de la prise en charge thérapeutique de ce type de lésion, le pronostic fonctionnel et esthétique constituant un véritable enjeu. Son rôle est essentiel dans la prévention et le traitement des leucoplasies précancéreuses par cryothérapie, laser CO₂ ou chirurgie (vermillonectomie).



Lésion superficielle > 1,5 cm

Photo J.Y Bailly



Résultat post-vermillonectomie

Photo J.Y Bailly



Référence bibliographique

1. Carcinome épidermoïde cutané. Recommandations de pratique clinique pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Ann Dermatol Vénéreol 2009 ;38 :suppl.5.

LÈVRES ET RÉGION PÉRIBUCCALE, UNE FORTE DEMANDE DIFFICILE À SATISFAIRE MALGRÉ LA MULTIPLICITÉ DES TECHNIQUES

Dr Jean-Michel Mazer, Paris

Bien que difficiles à traiter, les lèvres et la région péribuccale font l'objet d'une forte demande de prise en charge esthétique. Il existe une multiplicité de techniques qui peuvent toutes être discutées : peelings, laser, radiofréquence et injections d'acide hyaluronique.

Faut-il être agressif pour être efficace ?

Les rides diffuses et peu profondes répondent bien aux lasers fractionnés et aux peelings modérés.

Les rides plus profondes nécessitent en revanche une prise en charge plus agressive. Elles répondent bien aux lasers CO₂ continu et aux peelings forts qui exposent toutefois à un risque de dépigmentation définitive contre lequel il n'existe pas de solution thérapeutique.

Les injections d'acide hyaluronique sont efficaces mais de façon temporaire, et elles nécessitent d'être renouvelées.

Des effets secondaires liés à l'agressivité de la technique.

Les techniques les moins agressives tels que les peelings superficiels ou les lasers fractionnés non ablatifs s'accompagnent pendant quelques jours d'un **érythème** à type de « coup de soleil » et d'une **peau sèche**.

Les croûtes persistant quelques jours, engendrées par les lasers CO₂ fractionnés et les peelings modérés traduisent aussi leur caractère ablatif, permettant plus d'efficacité.

Tandis que les lasers CO₂ continus et les peelings forts sont à l'origine de croûtes importantes et de rougeurs prolongées sur plusieurs mois.

Peeling fort ou laser fractionné ?

Loin de s'opposer, les **techniques peuvent être associées** et aujourd'hui il existe de nombreux débats sur la meilleure stratégie à adopter. Certains sont adeptes des techniques agressives pour une efficacité optimale au risque d'effets indésirables certes rares mais irrécupérables, tandis que d'autres sont partisans d'une stratégie moins agressive, faisant courir moins de risque définitif.

Les enjeux des différentes techniques et leurs risques doivent être clairement expliqués au patient qui doit savoir quel résultat définitif espérer.

La prise en charge esthétique des lèvres et de la région péribuccale fait l'objet d'une forte demande alors même qu'il s'agit d'une région délicate et difficile à traiter malgré la possibilité de choix parmi les multiples techniques existantes. Les moins agressives peuvent s'avérer décevantes en termes de résultats alors que les plus efficaces sont aussi plus agressives, d'où la nécessité d'informer de façon précise et loyale les patients.

LE COMBLEMENT DES LÈVRES PAR INJECTIONS : RESPECTER LE NATUREL

Dr Agnès Ehlinger, Thionville
Dr Michel David, Metz

Les lèvres au cœur de la séduction.

Les lèvres sont le symbole de la féminité, de la volupté et de la beauté. Malgré la crise économique, la consommation des rouges à lèvres est en constante augmentation au point que des économistes ont proposé le terme de « LIPSTICK index ». Il semble que plus la société est en crise, plus les femmes ont envie de s'embellir avec de jolies lèvres. Une belle bouche bien dessinée rend les femmes plus sûres d'elles. Néanmoins, le comblement des lèvres par injection reste toujours très anxiogène pour les patientes au vu de certains résultats, alors que les « bouches de canard » et autres échecs sont dus généralement à une mauvaise technique et/ou à un mauvais choix de produit.

Un principe de base : respecter la morphologie de la lèvre.

Lorsque la lèvre vieillit, sa partie blanche s'allonge et se parsème de fines ridules, tandis que la lèvre rouge s'amincit et s'horizontalise. Le rapport lèvre blanche/rouge s'inverse. La correction de ces signes du vieillissement doit s'effectuer à un stade précoce. Les lèvres peuvent être traitées par des injections **dès les premiers signes du vieillissement** avec de petites quantités de produit, placées au bon endroit et **en respectant la morphologie de la lèvre**.

De plus, l'injection de produits de comblement dans les lèvres doit nécessairement s'intégrer dans l'unité anatomique qu'est la région péribuccale. On ne peut les dissocier.

Procéder par étapes en ne négligeant aucune d'entre elles.



Le rajeunissement des lèvres doit se faire par étapes et aucune n'est à négliger.

1. Il faut soutenir la lèvre en injectant l'ourlet de la lèvre supérieure et inférieure. Si les quantités sont minimales, il n'existe pas de risque de grosses lèvres.
2. Le *philtrum*, petite gouttière juste en dessous du nez, est redessiné.
3. Une petite quantité de produit est injectée aux coins des lèvres pour positiver à nouveau le sourire.
4. Les plis d'amertume, qui constituent les fameuses bajoues témoignant du relâchement cutané et donnent un air fatigué et triste, sont injectés.
5. Enfin la lèvre blanche est injectée avec de fines quantités d'acide hyaluronique ; chaque ridule est corrigée et un nappage dans le derme, c'est à dire la partie moyenne et profonde, renforce le résultat global.

Une nouvelle séance dans un délai de 3 à 4 mois peut être programmée pour parfaire le résultat, un total de 2 à 3 séances pouvant être cependant nécessaire.

Une technique qui doit être bien maîtrisée.

Les injections, réalisées soit à l'aiguille, soit à la canule, ne doivent pas être douloureuses, et l'utilisation d'un anesthésique topique sous forme de crème peut être suffisante si la zone à traiter est réduite. Les produits injectés contiennent par ailleurs un anesthésique local.

La première injection peut être ressentie par la patiente, puis l'anesthésie faisant son effet, le complément d'injection peut être effectué sans douleur 1 à 2 minutes plus tard.

Lorsque les injections sont plus nombreuses, le recours à une anesthésie locale est préférable. La patiente doit être prévenue du risque fréquent d'œdème secondaire. Une éviction sociale de 2 à 3 jours peut être nécessaire. Il faut rassurer la patiente et lui expliquer qu'il ne s'agit pas d'un excès de produit, cette rétention d'eau étant la conséquence des injections dans une semi-muqueuse.

En cas d'antécédents de «bouton de fièvre», une prévention anti-herpès est absolument obligatoire.



Avant injection



Après injection

Symbole de la séduction, les lèvres sont une préoccupation constante des femmes et aujourd'hui, avoir une belle bouche redonne assurance et bien être. Pour corriger les signes du vieillissement cutané en gardant un aspect naturel, les injections doivent être débutées suffisamment précocement, en respectant la morphologie des lèvres et en injectant de petites quantités de produit.

Références bibliographiques

1. Fulton J, Caperton C, Weinkle S, Dewandre L. Filler injections with the blunt-tip microcannula. *J Drugs Dermatol.* 2012 Sep;11(9):1098-1104

2. Kane MA, Lorenc ZP, Lin X, Smith SR. Validation of a lip fullness scale for assessment of lip augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2012 May;129(5):822e-8e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31824a2df0. Erratum in: *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jul;130(1):262

Dr Thierry Michaud, Mulhouse

Une approche personnalisée reposant sur une bonne analyse séméiologique initiale.

La prise en charge du rajeunissement facial repose actuellement sur le concept de **rajeunissement global, naturel et tridimensionnel du visage**. La qualité des résultats dépend d'une bonne analyse séméiologique du vieillissement du visage à travers ses quatre composantes (os, tissu graisseux, muscles et peau) et dont la physiologie est maintenant mieux connue. Une réelle expertise du praticien est nécessaire car le rajeunissement global naturel fait appel aux techniques combinées et tout particulièrement aux techniques d'injection, toxine botulinique et comblement/volumétrie.

Conserver le naturel du visage.

Cependant, la demande du patient est double : conserver le naturel du visage et éviter tous les stéréotypes inesthétiques ; **corriger les « expressions négatives »** apparaissant lors du vieillissement facial et témoignant d'un décalage entre l'image et la personnalité mal vécu par lui. Par ailleurs, des résultats qui peuvent paraître bons en analyse statique peuvent l'être beaucoup moins dans l'examen de la dynamique faciale. Or, les expressions faciales émotionnelles représentent un mode de communication social majeur qu'il convient de respecter sous peine d'aboutir à des résultats non conformes aux attentes du patient en altérant son langage émotionnel.

Identifier les expressions faciales et bien comprendre leur dynamique.

La connaissance et l'analyse des expressions faciales est donc importante à considérer : d'une part elle permet l'identification des expressions négatives dans l'analyse séméiologique du vieillissement facial ; d'autre part, elle permet d'établir un lien direct avec l'anatomie faciale et ainsi, lors des gestes correcteurs, d'optimiser l'aspect naturel des résultats.

La connaissance de l'anatomie faciale dynamique est donc essentielle. Elle comprend la bonne compréhension du rôle des muscles peauciers du visage dans la dynamique des expressions faciales mais aussi la topographie des compartiments graisseux superficiels et profonds du visage et leur mobilisation lors des expressions faciales. **Le vieillissement du support osseux** est tout aussi important à connaître, notamment dans le tiers inférieur du visage.

Restaurer un « visage de référence ».

Sur le plan thérapeutique, la connaissance des expressions faciales émotionnelles et l'identification des expressions négatives représentent le socle de référence sur lequel se construit le plan de traitement. L'objectif est la restauration du « visage de référence » (David Le Breton) et en aucune manière la superposition au visage du patient d'un « masque » stéréotypé qui irait à l'encontre de sa demande de résultat naturel.

Associer les techniques entre elles.

Un emploi judicieux de la toxine botulique permet à la fois la correction des expressions négatives et le respect des expressions faciales émotionnelles. La mise à disposition d'acides hyaluroniques de viscosités différentes, adaptées aux régions anatomiques considérées, permet la correction des rides, des sillons et des volumes tout en respectant la mobilisation des masses graisseuses lors de la dynamique faciale.

Enfin, les techniques de rajeunissement cutané, plus spécifiques de la dermatologie (lasers et techniques apparentées, peeling, cosmétologie active) sont indissociables du plan de traitement par les injectables.

La correction des expressions négatives, le maintien dans le plan de traitement de la dynamique et des expressions faciales permettent ainsi au patient de retrouver son visage de référence dans le respect du naturel et la conservation du langage émotionnel, pour une meilleure estime de soi et une qualité de vie optimisée.

Etre à l'écoute des patients afin de respecter leurs attentes reste le prérequis indispensable d'une correction réussie du vieillissement facial. Une connaissance approfondie des structures anatomiques et de la dynamique faciale doublée d'une parfaite maîtrise de la technologie fera le reste avec un maître mot, le NATUREL !

Références bibliographiques

- Raspaldo H, Gassia V, Niforos FR, Michaud T. Global, 3-dimensional approach to natural rejuvenation: part 1 – recommendations for volume restoration and the periocular area. *Journal of Cosmetic Dermatology* 2012; 11, 279-289
- Tcherkassof A. Les émotions et leurs expressions. *PUG Psycho* (2008).
- Mondillon L, Tcherkassof A. La communication émotionnelle : Quand les expressions faciales s'en mêlent... *Revue électronique de Psychologie Sociale* 2009; 4:25-31
- Lewis, M. B., & Bowler, P. J. (2009). Botulinum toxin cosmetic therapy correlates with a more positive mood. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2009; 8: 24-26.
- Lewis MB. Exploring the Positive and Negative Implications of Facial Feedback. *Emotion* 2012, 12(4): 852-859
- Havas DA, Glenberg AM, Gutowski KA, Lucarelli MJ, Davidson RJ. Cosmetic use of botulinum toxin-A affects processing of emotional language. *Psychol Sci* . 2010; 21(7): 895-900.
- Duchenne (de Boulogne), G.-B. 1876. Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils. Consultable sur : <http://vlp.mpiwg-berlin.mpg.de/library/data/lit38953>
- Ekman, P., & Rosenberg, E.L. (2004). *What the face reveals: basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)*. New York: Oxford University Press. Second expanded edition.
- Rohrich R, Pessa J. The fat compartments of the face, anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119 (7) : 2219-27.
- Mendelson B. Age related changes of the orbit and midcheek and the implications for facial rejuvenation. *Aesth Plast Surg* 2007 ; 31 : 419-23.
- Belhaouari L, Teisseire P, Quinodoz P. Rajeunissement et embellissement du tiers moyen du visage avec l'acide hyaluronique. Vecteurs pour la volumétrie. *J Med Esth Chir Derm* 2012 ; XXXIX : 147-55.

PRISE EN CHARGE DES ANOMALIES CICATRICIELLES : QUELLE STRATÉGIE ?

Dr Jean-Michel Amici, Bordeaux

Une cicatrice est la réponse de la peau à toute agression de son intégrité ou perte de substance. Elle est obtenue par un **système naturel complexe de réparation** conduisant à une cicatrisation inévitable, mais souvent imprévisible^[1,2,3]. Elle constitue toujours le critère majeur de réussite ou d'échec d'une intervention, tant pour le patient que pour l'opérateur. Sa qualité finale dépend de multiples facteurs liés au patient, à l'opérateur, à la qualité de la suture, au type de reconstruction et à la qualité du suivi. Tous ces éléments sont responsables d'un aléa cicatriciel individuel. Celui-ci peut être minimisé en prenant en compte ces différents facteurs en pré-, per- et postopératoire. Ainsi de nombreuses anomalies cicatricielles peuvent survenir nécessitant une stratégie de prévention et de prise en charge adaptées.

La consultation préopératoire, une étape d'information essentielle pour éviter toute déception du patient.

Il est capital d'avoir évoqué avec le patient l'**enjeu cicatriciel** afin d'éviter des malentendus et des attentes irréalistes. La **rançon cicatricielle** et ses éventuelles anomalies doivent avant tout être mises en balance avec la **difficulté de reconstruction imposée en chirurgie dermatologique oncologique** par la tumeur et sa localisation. La consultation préopératoire, permet également de documenter les antécédents du patient et d'identifier les sujets à risque : ethnique, terrain, localisation, anticoagulants ou immunosuppresseurs.

Une maîtrise parfaite de la technique en peropératoire.

Les **fondamentaux techniques de l'intervention chirurgicale** doivent être parfaitement maîtrisés de l'incision à la fermeture. L'**hémostase** est un temps essentiel pour maîtriser le risque de complications hémorragiques déterminantes pour la qualité de la cicatrice. Ceci est d'autant plus important que de nombreux patients prennent un traitement anticoagulant ou antiagrégant qui ne doit pas être interrompu pour ce type de chirurgie selon les recommandations actuelles.

L'accompagnement cicatriciel débute en postopératoire immédiat.

Différentes échelles d'évaluation sont utilisées à ce stade pour aider à prendre en compte les anomalies cicatricielles. Les plus récentes tiennent compte de l'évaluation par le patient de la douleur, du prurit, des complications fonctionnelles et du retentissement de la cicatrice sur la qualité de vie^[4-5].

Les complications hémorragiques ou infectieuses

Éventuelles source de déhiscence (désunion) sont gérées précocement et doivent être prévenues immédiatement chez les sujets à risque identifiés. Evacuer un hématome en cours de collection et procéder à la réfection des sutures en cas de déhiscence sont des gestes à réel bénéfice cicatriciel.

Les anomalies cicatricielles mineures

Les **complications vasculaires** à type d'érythème ou de télangiectasies régressent à terme le plus souvent spontanément. Sinon, elles sont facilement effacées par l'utilisation de laser vasculaires KTP ou VBeam^[6].

Les **cicatrices hyperpigmentées** peuvent être prévenues par l'application d'un dermocorticoïde fort débutée dès la phase inflammatoire associée à une protection solaire précoce. Les techniques laser vasculaire permettent de traiter également ces anomalies.

L'**hypertrophie cicatricielle précoce** très inesthétique est efficacement traitée par des injections de corticoïdes intra lésionnelles couplées au port d'un pansement à effet plaque et à un traitement laser de remodelage vasculaire type KTP ou fractionné^[7].

Les **cicatrices atrophiques** surviennent en cas de déhiscence surtout dans des zones où les forces de tension mécaniques sont importantes et en cas de nécrose ou d'hématome post-opératoire. Elles nécessitent parfois une reprise chirurgicale. Les massages, la physiothérapie spécialisée et les lasers fractionnés non ablatifs sont également indiqués en favorisant un remodelage dermique.

Les **cicatrices asymétriques en « marche d'escalier »** induites par un sus-décalage d'une berge lors de la suture et plus rarement par une mise « en boule » d'une greffe surdimensionnée, relèvent d'un traitement chirurgical.

Les anomalies cicatricielles majeures

Ces anomalies définissent les cicatrices anormales « pathologiques » pouvant être le fait d'erreurs techniques ou d'un terrain à risque cicatriciel, voire les deux facteurs réunis.

Les anomalies cicatricielles mineures



Les anomalies fonctionnelles à type d'**ectropion** ou de **bride cicatricielle** peuvent survenir à proximité des bords libres des orifices de la face où il est capital de placer les tensions dans un axe horizontal parallèle à ces bords libres^[8]. Elles relèvent d'un traitement chirurgical.

*Ectropion cicatriciel
Photo J.M. Amici*



Les cicatrices hypertrophiques se développent habituellement dans les semaines après l'agression cutanée et ont tendance à disparaître spontanément au moins partiellement dans un délai de 18 mois.

*Cicatrice hypertrophique
Photo J.M. Amici*



Les cicatrices chéloïdes « en pattes de crabe » persistent dans le temps avec parfois une « pseudo-guérison » centrale. Elles touchent de façon prépondérante les peaux pigmentées, comme celle des communautés africaines, hispaniques et asiatiques^[9].

*Chéloïde de l'oreille sur peau noire
Photo J.M. Amici*

Leur prise en charge comporte différentes mesures qu'il est possible d'associer entre elles :

- ✓ Application de feuilles ou gel de silicone et d'un pansement adhésif longitudinal sur la ligne de suture dont l'efficacité a été démontrée dans 80 % des cas en préventif^[10].
- ✓ Application de pansements compressifs et par extension de pansements à « effet plaque » très utilisés en pratique courante. Les pansements hydrocolloïdes minces ou les adhésifs microporeux sont utilisés en pratique clinique avec de bons résultats.
- ✓ Injections intra lésionnelles de corticoïdes retard efficaces par leur action anti-inflammatoire dans 80 % des cas, associées au port d'un pansement compressif avec un suivi de 2 ans permettant une régression des cicatrices chéloïdes et une diminution des récurrences.
- ✓ Port de vêtements compressifs dont l'efficacité clinique est intéressante en cas de cicatrices dystrophiques multiples étendues.
- ✓ Technique de réorientation mécanique du collagène par un dispositif motorisé avec deux rouleaux dont l'efficacité clinique a été attestée par de nombreux travaux^[11,12].
- ✓ Biothérapies telles que topiques anti-estrogènes, facteurs de croissances, bloqueurs de la voie TGF Beta et TGF Beta 3, avec des résultats variables et modérés.

La cicatrice est et reste le critère objectif de succès ou d'échec d'une chirurgie cutanée pour le patient et pour l'opérateur. Outre la consultation préopératoire essentielle pour identifier les sujets à risques et les récuser si l'indication n'est pas formelle, il est déterminant d'intervenir à chaque phase de la cicatrisation. Et notamment en postopératoire, le plus tôt possible lors de la phase de remodelage, en reconnaissant les premiers signes cliniques d'anomalie cicatricielle afin de commencer immédiatement un traitement préventif.

Enfin, il convient d'évaluer le retentissement cicatriciel sur la qualité de vie afin de personnaliser la prise en charge et répondre aux attentes du patient selon le retentissement psychosocial et la perturbation de son image corporelle engendrée par la cicatrice.

Références bibliographiques

- 1.Reinke JM. Wound Repair and Regeneration. Eur Surg Res 2012;4 9: 35-43
- 2.Sarrazy V. Mechanisms of pathological scarring role of myofibroblasts and current developments. Wound Repair Regen. 2011;1 9: s10-5.
- 3.Behm B. Cytokines, chemokines and growth factors in wound healing JEADV 2012; 26: 812-20
- 4.Baryza MJ The Vancouver Scar Scale: an administration tool and its interrater reliability J Burn Care Rehabil. 1995; 16: 535-8.
- 5.Fearmonti R. The Modified POSAS: A Novel Approach to Defining Pathologic and Non-Pathologic Scarring Plast Reconstr Surg. 2011; 127: 242-247.
- 6.Khatri KA, Laser scar revision J Cosmet Laser Ther. 2011; 13: 54-62
- 7.Sclafani AP, Sclafani JA, Sclafani AM. Successes, revisions, and postoperative complications in 446 Mohs defect repairs. Facial Plast Surg. 2012 Jun; 28(3): 358-66. doi: 10.1055/s-0032-1312691. Epub 2012 Jun 21.
- 8.Amici JM Horizontal stretching concept in oncologic dermatologic surgery of the face. JEADV 2010, 24: 308-316
- 9.Halim AS Keloid scarring: understanding the genetic basis, advances, and prospects. Arch Plast Surg. 2012; 39: 184-9.
- 10.Mustoe TA et al. International clinical recommendations on scar management. Plast Reconstruct Surg 2002; 110: 560-571.
- 11.Gurtner GC, Dauskardt RH, Wong VW, Bhatt KA, Wu K, Vial IN, Padois K, Korman JM, Longaker MT Improving cutaneous scar formation by controlling the mechanical environment: large animal and phase I studies. Ann Surg. 2011; 254: 217-25.
- 12.Wong VW, Akaishi S, Longaker MT, Gurtner GC Pushing back: wound mechanotransduction in repair and regeneration. J Invest Dermatol. 2011 ; 131: 2186-96.

LASERS, DES COMPLICATIONS « VRAIES » RARES SOUVENT OPÉRATEUR DÉPENDANTES

Dr Michael NAOURI, Nogent sur Marne- Paris (CLIPP)

Avant tout, les patients doivent être parfaitement informés des résultats attendus et du risque potentiel de complications.

Selon les indications, la localisation et l'expérience de l'opérateur, l'efficacité de la technique peut être très importante (épilation laser, couperose, détatouage...), ou significative mais incertaine ou incomplète (angiomes plans, taches de naissance, cicatrices...), ou enfin plus modeste (traitement du relâchement). Les patients doivent être informés des résultats attendus et des effets secondaires potentiels de la technique afin d'éviter toute déception.

Cependant, dans des mains expérimentées, les **complications des lasers et techniques apparentées sont rares**. Les complications graves ou irréversibles sont exceptionnelles, et ont principalement été décrites lorsque le laser ou l'IPL étaient utilisés par des personnels non médicaux en dehors du cadre légal.

Pas de vraies complications, mais plutôt une gêne esthétique et fonctionnelle le plus souvent transitoire.

Des effets secondaires transitoires et modérés mais gênants peuvent survenir en relation avec l'efficacité même de la technique. Les patients doivent en être parfaitement avertis.

L'œdème, lié à la vasodilatation induite par l'effet thermique du laser, se résout spontanément en 2-3 jours. Le décubitus pouvant l'aggraver, il est conseillé au patient de dormir la tête surélevée. Le recours à une corticothérapie orale de quelques jours reste exceptionnel.

L'érythème en rapport avec la vasodilatation induite par l'effet thermique du laser, se résout spontanément également en moins de 5 jours. Il peut être amélioré par LED. En cas d'érythème persistant, IPL ou laser à colorant pulsé peuvent être discutés.

La survenue d'un purpura (lésion hémorragique cutanée superficielle) est liée à certains modes de fonctionnement du laser. Il est souvent inévitable en cas de traitement des vaisseaux fins, de rougeurs diffuses et d'angiomes plans de l'enfant, mais disparaît spontanément en une quinzaine de jours.

L'hyperpigmentation souvent causée par une exposition solaire après traitement, peut être spontanée chez les phototypes foncés. La résolution survient spontanément en quelques semaines. La protection solaire est incontournable et des crèmes dépigmentantes peuvent être utilisées si nécessaire. **A l'opposé, une hypopigmentation** peut survenir en cas de mauvaise évaluation de la couleur de la peau principalement liée au bronzage, de refroidissement excessif ou d'abrasion trop profonde (en cas de laser ablatif). Parfois irréversible, son traitement repose sur une exposition solaire progressive, des UV éventuellement associés aux lasers fractionnés.

Une épidermabrasion et des bulles peuvent s'observer en cas de mauvaise évaluation de la couleur de la peau (bronzage...) ou d'utilisation d'une énergie trop importante. Équivalentes à une brûlure du 2e degré superficiel, leur traitement repose sur des soins locaux et une protection solaire.

Les cicatrices dues à un mauvais paramétrage de l'appareil ou une panne du laser sont exceptionnelles et doivent être traitées au cas par cas.

Les hyperpilosités paradoxales s'observent lors d'épilation laser du visage en raison d'une stimulation du duvet dormant. Elles sont plus fréquentes sur certaines zones du visage, chez les patients à peau foncée et/ou ayant des problèmes hormonaux. Il est indispensable de bien expliquer au patient ce risque souvent imprévisible avant de débiter l'épilation et de ne pas épiler les duvets. L'épilation doit être poursuivie en changeant éventuellement de laser ou en ayant recours à l'épilation électrique. Crème contre la pousse du poil et traitement anti-androgénique sont parfois nécessaires en complément.

La formation du médecin et l'information du patient sont les meilleurs outils de prévention.

Une formation de qualité du médecin reste primordiale. Seuls les dermatologues disposent d'un enseignement théorique et pratique du laser au cours de leur formation initiale, qui peut être perfectionnée par des diplômes interuniversitaires complémentaires. L'expérience de la technique, la formation continue (dont les Journées de Dermatologie Interventionnelle de Paris) et surtout le compagnonnage permettent de parfaire et d'entretenir ces acquis essentiels à la qualité et la sécurité des pratiques.

Une information complète des patients à propos de l'effet réel du traitement et ses suites, des mesures préventives à prendre avant et après les séances (en particulier l'absence d'exposition solaire et la photoprotection systématique), et de l'illégalité et des risques engendrés par la procédure laser réalisée par des professions non médicales, est indispensable pour éviter toute déception et tout désagrément liés aux techniques.

Les complications graves et irréversibles des lasers sont exceptionnelles. Elles sont généralement l'affaire de personnel inexpérimenté. Des effets gênants transitoires le plus souvent, peuvent cependant survenir, mais ils disparaissent spontanément ou à l'aide de traitements d'appoint en quelques jours ou en quelques semaines. Une formation et une expérience pratique solides du médecin, ainsi qu'une information complète en amont du patient restent les meilleurs moyens de les prévenir et d'éviter des résultats jugés décevants.

PRÉVENTION ET GESTION DES COMPLICATIONS EN DERMATOLOGIE ESTHÉTIQUE

Dr Dominique Boineau, Bordeaux

Le champ d'action de la dermatologie esthétique se révèle au fil des années de plus en plus vaste et implique maintenant une réelle expertise médicale.

Longtemps restreinte à l'entretien cosmétique de la peau et aux peelings, la dermatologie esthétique, s'est en effet enrichie de nouvelles techniques dans la prise en charge du vieillissement cutané comme les injections de produits de comblement.

Savoir associer les différentes techniques pour une prise en charge optimale du vieillissement.

Le vieillissement cutané se traduit par un ensemble de modifications pouvant relever de traitements et de techniques différents mais souvent utilisés de façon complémentaire par le même praticien : peelings, lasers, comblement, toxine botulique...

Les rides, signes apparents du vieillissement mais pas unique manifestation, peuvent être superficielles (vieillesse liée au soleil), profondes liées à l'influence des muscles sur la peau (rides « d'expression ») ou liées à l'affaissement du visage comme le sillon naso-génien. Selon la nature des rides, le traitement doit s'adapter et le choix de la technique sera différent : produits de comblement ou toxine botulique. De même, la prise en compte de la perte de volume liée aux modifications des compartiments graisseux du visage amènera à proposer leur restauration par des techniques de volumétrie.

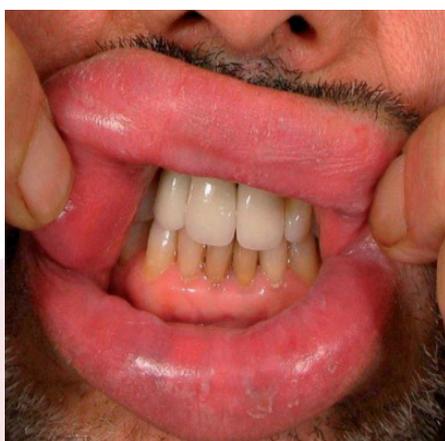
Injections de produits de comblement : proscrire les produits non dégradables.

L'injection de produits de comblement, comme tout geste « invasif », peut entraîner des effets secondaires transitoires ou de longue durée, parfois même définitifs, selon la nature du produit utilisé :

- ✓ produits dits « résorbables », dont le chef de file est l'acide hyaluronique,
- ✓ produits « lentement dégradables » : New Fill, Sculptra, Radiesse...
- ✓ produits « non-dégradables », parfois responsables de réactions secondaires immédiates ou plus souvent très retardées et importantes jusqu'à nécessiter une exérèse chirurgicale.

Ces complications peuvent être liées :

- ✓ au produit ou au geste lui-même : érythème, hématomes punctiformes, œdème, signes transitoires disparaissant sans séquelles en 3 à 10 jours,
- ✓ au patient porteur d'un terrain auto-immun non identifié lors de l'interrogatoire,
- ✓ au choix d'un produit non adapté à la zone à traiter.



Œdème des lèvres 20 ans après injection de silicone dans les lèvres (produit non résorbable)

Photos Dr D. Boineau



Granulome après injection d'acide hyaluronique (produit résorbable)

Leur prévention passe par un **interrogatoire médical rigoureux** à la recherche d'une éventuelle allergie, de maladies auto-immunes ou d'autres pathologies pouvant contre-indiquer le traitement. Une prise de médicaments et des antécédents de traitements cosmétologiques et/ou esthétiques médicalisés, et en ce cas, avec quels produits, doivent être également précisés par le patient.

L'**examen physique soigneux** par le praticien afin de déterminer, de décrire le défaut à corriger et d'expliquer au mieux au patient les actes pratiqués est également indispensable. Au terme de cette étape, un **plan de traitement** sera proposé, un **document d'information et de consentement** ainsi qu'un **devis** seront remis au patient. Un délai de réflexion de 15 jours est souhaitable.

La gestion des complications nécessite la réactivité du médecin toujours prêt à répondre au téléphone ou à revoir le patient au moindre signe d'inquiétude.

Les injections de toxine botulique ont une action réversible et limitée dans le temps dont les patients doivent être avertis

Les **injections de toxine botulique** ont une action élective sur la composante musculaire du vieillissement en agissant au niveau de la jonction neuromusculaire. Leur action est limitée dans le temps (5 à 6 mois) et totalement réversible.

Il n'existe pas avec la toxine botulique de complications vraies durables, mais le respect des contre-indications (maladies neuromusculaires, grossesse, allaitement) s'impose.

Les deux types de complications rapportées sont les **complications liées à l'injection** telles que douleur au point d'injection, ecchymoses, maux de tête, disparaissant spontanément, et les **complications liées à la diffusion du produit**, entraînant un effet non désiré sur un muscle anatomiquement proche.

Des résultats insuffisants sont dus le plus souvent à une mauvaise évaluation clinique préalable à l'injection que la consultation de contrôle permettra de rectifier.

A tout patient injecté par un produit de comblement ou de la toxine botulique doit être remis un « carnet de suivi » sur lequel sera noté le nom du produit, le numéro de lot et la ou les zones injectées.

VigiDEC, une structure de vigilance spécifique

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pratiqués, le groupe Dermatologie Esthétique et Correctrice de la Société Française de Dermatologie (gDEC) a mis en place un système de vigilance confraternelle, VigiDEC (*Vigilance en Dermatologie Esthétique et Correctrice*) qui consiste à recueillir des données de pharmacovigilance déclarées via le site internet du gDEC. L'objectif est de centraliser la vigilance en dermatologie esthétique en intégrant les différentes structures impliquées. La Commission d'évaluation des techniques en dermatologie esthétique et interventionnelle (CETDEI) mise en place par la SFD en assure la centralisation.

Les techniques d'amélioration des signes de vieillissement comme les injections de produits de comblement et/ou de toxine botulique sont des techniques médicales nécessitant une expertise. Les injections de produits de comblement doivent être réalisées avec de l'acide hyaluronique résorbable, les produits non résorbables devant être proscrits en raison de complications potentielles à retardement. Un interrogatoire médical détaillé et un examen clinique sont incontournables. Les injections de toxine botulique ont un effet limité dans le temps, les patients doivent en être avertis. Enfin, il faut savoir prendre en charge les complications dès qu'elles sont signalées.

Dr Régine Bousquet-Rouaud, Montpellier

Le traitement de la silhouette s'est développé grâce aux progrès récents des **techniques non invasives** qui permettent désormais de traiter les plans profonds. Plébiscitées par les patients, ces procédures non chirurgicales représentent désormais en Amérique du Nord, 80 % des procédures en esthétique.

Le relâchement de la peau, la surcharge graisseuse localisée et la cellulite sont dorénavant traités par les **lasers**, les **radiofréquences**, les **ultrasons focalisés** et la **cryolipolyse**. Ces techniques non invasives, utilisées précocement, peuvent être combinées avec la chirurgie esthétique traditionnelle comme la liposculpture dont l'efficacité reste indiscutable. Le rôle du dermatologue, spécialiste de la peau, est de choisir parmi les techniques disponibles celles qui seront les plus sûres, les plus efficaces, mais la prolifération des machines sur le marché nécessite une vigilance accrue. L'hyperspécialisation du dermatologue demeure la clef du succès de ces nouveaux traitements.

Agir précocement.

Il est bien entendu plus facile et plus rapide de traiter une cellulite débutante, des surcharges localisées de petite importance lorsque la peau est jeune et élastique. **L'hygiène alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière** sont essentielles pour ralentir le processus physiologique du vieillissement et maintenir les résultats après traitement.

Identifier les problèmes.

La peau peut être relâchée, manquer de fermeté et d'élasticité en particulier dans certaines zones au niveau des articulations (genoux et bras) à la face interne des cuisses ou au niveau de l'abdomen. Ce relâchement peut être associé à des rides et ridules, à des vergetures après grossesse... La «peau d'orange» décrit parfaitement le phénomène physiologique de la cellulite présent chez 85 à 98 % des femmes en période d'activité génitale, hormono-sensible et génétiquement contrôlée, associée souvent, mais pas toujours, aux surcharges graisseuses localisées telles que « les poignées d'amour », « le petit ventre », « la culotte de cheval » et l'excès de pannicule adipeux à la face interne des genoux.

Proposer la « bonne » méthode.

La responsabilité du dermatologue est de proposer des solutions thérapeutiques efficaces, en toute sécurité. Les techniques actuelles de traitement de la silhouette ou «body shaping» sont le fruit d'une recherche active et **d'une coopération entre médecins, industriels et dermatologues passionnés...**

Traitement du relâchement cutané par VELASHAPE

Patiente de 62 ans

Avant



Après



Photos Dr Régine Bousquet-Rouaud

Radiofréquence et lasers

Ces traitements visent à **raffermir la peau** par une action sur le derme et l'hypoderme : ce sont les lasers Nd : Yag, les lasers fractionnés non ablatifs, les radiofréquences.

L'application de **lasers** à la surface de la peau crée une énergie thermique qui diffuse dans le derme et induit une fabrication de nouvelles fibres de collagène et de fibres élastiques de bonne qualité par les fibroblastes.

Pour traiter l'hypoderme, l'application de **radiofréquence** sur la peau entraîne une vibration électronique qui produit une quantité de chaleur provoquant une vasodilatation, une oxygénation des tissus, une activation de la synthèse de néo collagène et d'élastine, mais également une libération par les cellules adipeuses de leur contenu lipidique et donc

une réduction du volume des adipocytes. Ces appareils sont particulièrement indiqués dans la **cellulite** car ils raffermissent et contribuent à l'amincissement. L'avantage de la radiofréquence est de pouvoir descendre dans les plans profonds, tout en protégeant les structures traversées.

Ultrasons focalisés et cryolipolyse

Si les techniques de lipolyse invasive réservées aux chirurgiens (liposuction associée éventuellement au laser et autres techniques chirurgicales) restent à l'évidence les plus efficaces au prix toutefois d'une plus grande morbidité, les dermatologues pratiquent les techniques de **lipolyse non invasives**. La destruction des adipocytes ou adipocytolyse par les ultrasons focalisés et la cryolipolyse permet d'obtenir des résultats durables car les possibilités de régénération des adipocytes sont faibles.



Les ultrasons focalisés

Inspirés des techniques de destruction des calculs de l'appareil urinaire, ces ultrasons médicaux de haute intensité sont focalisés sur la zone adipeuse à traiter grâce à un système sophistiqué de guidage informatique.

Quelle que soit la technique utilisée, le principe consiste à détruire les cellules adipeuses et libérer les lipides qui seront ensuite éliminés par le foie.

La technique est sans danger car elle reproduit un mécanisme physiologique de libération des lipides par les adipocytes comme lors d'un sont des indications de choix, tandis que la grossesse et les maladies du foie représentent des contre indications.

La cryolipolyse

La cryolipolyse consiste à provoquer une inflammation du tissu adipeux par le froid (panniculite au froid) responsable d'une fonte du pannicule adipeux. En une séance d'une heure, il est ainsi possible de diminuer de façon nette les **bourrelets graisseux localisés sous le nombril**, les **poignées d'amour** et la **région sous fessière**. Les résultats cliniques ont été confirmés par de nombreuses études et des techniques objectives telles que les échographies de la peau, la résonance magnétique nucléaire et les biopsies de peau. Les ultrasons permettent de traiter des zones plus larges que la cryolipolyse, les surcharges graisseuses importantes restant du ressort de la chirurgie.

La gestion des attentes des patients est capitale. Les techniques non invasives mises maintenant à disposition permettent d'y répondre, à condition de proposer la « bonne » méthode en toute sécurité, ce qui nécessite une expertise du praticien. Il est indispensable de pouvoir planifier le programme de traitement, et de l'associer aux conseils diététiques et de pratique d'activité physique. La consultation initiale permet d'analyser l'ampleur de la tâche et d'expliquer quels résultats il est licite d'attendre.

Références bibliographiques

- Alster TS, Tanzi EL. Cellulite treatment using a novel combination of radiofrequency, infrared light and mechanical tissue manipulation device. *J Cosmet Laser Ther.* 2005; 7: 81-5.
- Sadick NS, Mulholland RS. A prospective clinical study to evaluate the efficacy and safety of cellulite treatment using the combination of optical and RF energies for subcutaneous tissue heating. *J Cosmet Laser Ther.* 2004; 6: 187-90.
- Avram MM. Cellulite a review of its physiology and treatment. *J Cosmet Laser Ther.* 2004; 6: 181-185.
- Anderson RR, Farinelli W, Laubach H, Manstein D, Yaroslavsky AN, Gubelli J et al. Selective photothermolysis of lipid-rich tissues: a free electron laser study. *Lasers Surg Med.* 2006; 38: 913-919.
- Key DJ. Single-treatment skin tightening by radiofrequency and long-pulsed, 1064 nm Nd:Yag laser compared. *Lasers Surg Med.* 2007; 39: 169-175.
- Brightman L et al. Improvement in arm and postpartum abdominal and flank deposits and skin laxity using a bipolar radiofrequency; infrared, vacuum and mechanical massage device. *Lasers Surg Med.* 2009; 41: 791-798.
- Bousquet-Rouaud et al High frequency ultrasound evaluation of cellulite treated with the 1064 nm Nd: YAG laser. *J Cosmet Laser Ther.* 2009; 11: 34-44.
- Manstein D, Laubach H, Watanabe K, Farinelli W, Zurakowski D, Anderson RR. Selective cryolysis: a novel method of non-invasive fat removal. *Lasers Surg Med.* 2008 Nov;40(9):595-604.
- Teitelbaum S.A et coll. Non-Invasive Body Contouring by Focused Ultrasound: Safety and Efficacy of the Contour I™ Device in a Multi-Center Controlled Clinical Study. *Plast. Reconstr Surg.* 2007; 120: 179.

Pr Thierry Passeron, Nice

Les lasers déclenchés, encore appelés lasers pigmentaires ou laser Q-Switch comme le laser Yag ou le laser Alexandrite, permettent de traiter les taches pigmentaires et notamment les lentigos actiniques et les tatouages. Leur particularité est d'émettre des impulsions délivrées sur des temps très courts de l'ordre de 10 à 100 millisecondes. Le transfert de cette énergie de façon extrêmement rapide, pulvérise la mélanine ou les particules de pigment qui sont ensuite progressivement dégradées par l'organisme.

Le laser picoseconde, une avancée technologique prometteuse

Son efficacité et sa bonne tolérance démontrées dans une première étude prospective.

La première étude prospective évaluant l'efficacité d'un laser picoseconde de type Alexandrite, ayant une longueur d'onde de 758 nanomètres, a été réalisée sur 12 patients de phototype I à IV présentant des tatouages noirs ou bleus ⁽¹⁾. Il a été constaté une **disparition de plus de 75 % du tatouage dans tous les cas après environ 4 séances**, avec une clairance totale obtenue chez 58 % des patients. Les effets secondaires étaient similaires à ceux obtenus avec un laser déclenché classique, c'est-à-dire des **hypopigmentations** post-inflammatoires dans environ **20 % des cas**, donnant un aspect d'image en « fantôme » du tatouage, régressant progressivement avec le temps.

Une étude comparative est nécessaire pour affirmer la supériorité de cette nouvelle technologie.

La confirmation de l'efficacité et de la bonne tolérance de ces lasers picoseconde évaluées à travers cette première étude prospective mais non comparative, est cependant nécessaire, car elle ne permet pas de conclure à la supériorité de cette nouvelle technologie par rapport aux lasers déclenchés classiques. Ces résultats ne peuvent donc qu'être mis en perspective avec les données de la littérature sur les lasers déclenchés traditionnels avec lesquels l'élimination des tatouages nécessite la réalisation de 4 à 8 séances ^(2,3) avec une clairance totale obtenue chez 87 % des patients ^(2,3) et des lésions d'hypopigmentation post-inflammatoires observées dans 0 à 50 % des cas.

L'extrême difficulté à comparer les tatouages entre eux, compte-tenu de la multiplicité des paramètres à prendre en compte (couleur, quantité et qualité des pigments utilisés, rapidité d'élimination des pigments par l'organisme, profondeur de réalisation du tatouage ou encore expertise du tatoueur...), impose donc la réalisation d'une étude prospective comparative des deux techniques chez un même patient, étape indispensable pour conclure à la supériorité de cette nouvelle technologie.

Le laser picoseconde représente une réelle nouveauté technologique à l'efficacité et la bonne tolérance démontrées dans une première étude prospective réalisée sur 12 patients.

Une étude comparative est néanmoins indispensable pour affirmer la supériorité de cette nouvelle technologie par rapport aux lasers déclenchés classiques.

Références bibliographiques

1. Saedi Nazanin et al. Treatment of tattoos with a picosecond Alexandrite Laser. Arch Dermatol. 2012; 148 (12): 1360-1363
2. Fitzpatrick RE, Goldman MP. Tattoo removal using the alexandrite laser. Arch Dermatol. 1994; 130(12): 1508-1514.
3. Alster TS. Q-switched alexandrite laser treatment (755 nm) of professional and amateur tattoos. J Am Acad Dermatol. 1995; 33(1): 69-73

Dr Gérard Toubel, Rennes

Des lasers de plus en plus performants permettant de réduire le nombre et la durée des séances.

La longueur d'onde des faisceaux des lasers vasculaires est "spécifique" du rouge. Ces faisceaux sont très bien absorbés par l'hémoglobine du globule rouge ce qui crée une source de chaleur détruisant le vaisseau avoisinant. Ils sont donc très utilisés pour traiter les lésions vasculaires telles que les **angiomes plans** ou la **couperose**.

Les progrès technologiques réalisés au fil du temps ont permis de réduire le nombre et la durée des séances. Les 2 à 3 séances autrefois nécessaires peuvent désormais être remplacées par une séance unique de 10 minutes pour un résultat identique.

Savoir choisir la bonne technique en fonction de la lésion à traiter, une affaire de spécialiste.

Il existe **différents types de lasers vasculaires selon la longueur d'onde émise** : le laser KTP (532 nm), les lasers à colorant pulsé (585 à 595 nm)... Cette offre large permet ainsi de proposer un traitement dans différentes indications et plusieurs types d'anomalies vasculaires. Le choix d'une technique par rapport à une autre reste du ressort d'un dermatologue expérimenté, l'idéal étant de disposer de différentes techniques afin de choisir le traitement le plus adapté en fonction de l'indication.

Les angiomes plans, savoir choisir entre photothermolysé ou photocoagulation.

Le principe thérapeutique consiste à faire disparaître les vaisseaux apparents par production d'un effet thermique secondaire à la pénétration de la lumière à travers la peau et à son absorption par l'hémoglobine du globule rouge. La lumière laser doit donc avoir **une longueur d'onde efficace, entre 490 et 590 nm** (lumière vert-jaune), pour répondre à cet objectif. Le deuxième impératif indispensable au succès thérapeutique est **le respect du tissu avoisinant les vaisseaux**, sous peine de voir se développer une cicatrice.

Deux possibilités thérapeutiques sont offertes au dermatologue :

- L'utilisation d'un effet thermique pur, avec contrôle de l'intensité de l'élévation thermique et surtout de la diffusion de chaleur pour éviter que le tissu entourant le vaisseau ne soit lésé ; c'est le principe de la **photocoagulation sélective** obtenue par des **lasers continus ou semi-continus**, couplés à des systèmes robotisés permettant de distribuer les spots lumineux de manière intelligente sur l'angiome plan. Les angiomes plans foyers et épais de l'adulte représentent une excellente indication.
- La deuxième stratégie consiste à élever brutalement et pendant un temps très court la température au niveau même des globules rouges, sans diffusion thermique en dehors de cette cible, et à provoquer ainsi une hyperpression brutale aboutissant à l'éclatement du vaisseau ; c'est le principe de la **photothermolysé sélective** obtenue grâce au **laser à colorant pulsé** utilisé avec une pièce à main que l'opérateur déplace sur la surface à traiter. C'est actuellement la seule technique validée pour traiter les nourrissons et les enfants.

Aujourd'hui, **quelque soit le laser utilisé, le traitement ne peut aboutir à la disparition complète de l'angiome**. Un très bon résultat est un effacement suffisamment significatif pour permettre sa tolérance esthétique au prix d'un maquillage très léger. L'obtention du résultat optimal se fait au prix de passages répétés sur la même zone de l'angiome au cours de différentes séances, dont le nombre hélas, ne peut pas être déterminé à l'avance. **L'utilisation, après la séance, de molécules inhibant la néoangiogénèse peut améliorer les résultats**. Les angiomes qui répondent le mieux au traitement laser sont les angiomes faciaux, alors que les angiomes des membres inférieurs sont plus réfractaires. La coloration et l'aspect initial de l'angiome influent également sur le résultat.

La principale complication reste l'aspect cicatriciel. Les cicatrices sont devenues cependant très rares depuis l'utilisation de robots optimisant la régularité de la distribution lumineuse ou le colorant pulsé. Une résurgence de l'angiome peut dans de très rares cas apparaître plusieurs années après un traitement laser, surtout quand le résultat initial n'était pas optimal.

Selon le stade de l'érythrocouperose, savoir choisir entre laser KTP ou laser à colorant pulsé.

Une seule séance de **laser à colorant pulsé** donne un bon résultat et une deuxième séance améliore encore l'aspect final au stade **d'érythrocouperose**. C'est la technique de choix puisque les autres techniques nécessitent plusieurs séances et augmentent donc le coût du traitement pour des résultats moins spectaculaires.

La prise en charge de la **couperose** se résume à une ou deux séances de **laser KTP** très efficace si l'on utilise de larges spots de travail. La rançon thérapeutique immédiate est marquée seulement par un gonflement qui dure quelques jours sans réelle trace visible. L'utilisation dans le futur d'une crème anesthésiante n'interférant pas avec le traitement laser comme celles dont on dispose actuellement qui entraînent une vasoconstriction néfaste, constituera un incontestable progrès.

L'**érythrocouperose** associe un érythème et des vaisseaux dilatés bien visibles. Selon la prédominance du réseau vasculaire ou du fond érythrocouperosique, le choix se fera entre le **laser KTP** et le **laser à colorant pulsé**, l'idéal étant d'utiliser les deux techniques dans la même séance, ce qui implique un bon équipement laser et une excellente maîtrise.

L'**érythrosisme colique**, érythrocouperose au niveau des faces latérales du cou parfois associée à des taches pigmentaires, sera traitée aussi bien avec le laser à colorant pulsé qu'avec le **laser KTP** ou une **lampe intense pulsée** en prenant soin de bien refroidir la peau et d'utiliser des puissances faibles de travail car il s'agit d'une zone à risque cicatriciel.

Laser Nd :Yag, le traitement de référence des varicosités des membres inférieurs.

Le laser Nd :Yag est un laser polyvalent, couvrant une large palette d'indications. Sa grande profondeur d'action peut toutefois entraîner des dégâts non visibles dans les suites immédiates, ce qui implique une **véritable expertise de son utilisateur**. Il émet un faisceau d'une longueur d'onde de 1 064 nm peu absorbé par l'oxyhémoglobine et par la mélanine, mais qui présente une bonne profondeur de pénétration cutanée ce qui est un avantage, mais aussi un inconvénient lorsqu'on ne maîtrise pas cette technique. Tout particulièrement indiqué pour le traitement des varicosités des membres inférieurs, surtout lorsqu'elles sont bleuetées et de petit diamètre, il s'agit désormais du traitement de référence. Le perfectionnement de la technique autorise aujourd'hui la prise en charge de vaisseaux de calibre de plus en plus gros.

Le traitement des **télangiectasies violettes ou bleuâtres du visage** ainsi que la pathologie veineuse orofaciale incite à davantage de prudence car il existe un réel risque cicatriciel. Cependant, les gros vaisseaux couperosiques du nez résistant ou récidivant avec les lasers vasculaires classiques, répondent très bien au laser Nd :Yag long pulse, mais il faut utiliser des fluences moins élevées que sur les membres inférieurs.

L'autre grande indication est l'épilation **des phototypes foncés et des peaux bronzées** (jusqu'au phototype VI). Elle est possible avec les lasers Nd :Yag long pulse, sous réserve de l'utilisation de fortes fluences et d'un bon refroidissement.

Enfin, le **photorajeunissement** pourrait être une autre indication du laser Nd :Yag. Quelques publications montrent un effet tenseur au niveau du visage grâce à sa profondeur d'action qui pourrait rétracter les septas sous cutanés à la manière des appareils utilisant la radiofréquence.

Les progrès technologiques progressivement apportés aux lasers vasculaires permettent aujourd'hui de réduire le nombre et la durée des séances. Savoir choisir la bonne technique en fonction de la lésion à traiter est une affaire de spécialiste. Le laser Nd :Yag est devenu quant à lui le traitement de référence des varicosités des membres inférieurs.

Références bibliographiques

- Srinivas CR, Kumaresan M. Lasers for vascular lesions: standard guidelines of care. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 May-Jun;77(3):349-68. doi: 10.4103/0378-6323.79728.
- Dahan S. [Laser and intense pulsed light management of couperose and rosacea]. Ann Dermatol Venereol. 2011 Sep;138 Suppl 2:S167-70. doi: 10.1016/S0151-9638(11)70084-9. French.
- Bencini PL, Tourlaki A, De Giorgi V, Galimberti M. Laser use for cutaneous vascular alterations of cosmetic interest. Dermatol Ther. 2012 Jul-Aug;25(4):340-51. doi: 10.1111/j.1529-8019.2012.01463.x.
- Ortiz AE, Nelson JS. Port-wine stain laser treatments and novel approaches. Facial Plast Surg. 2012 Dec;28(6):611-20. doi: 10.1055/s-0032-1329936. Epub 2012 Nov 27.



Qui sommes-nous ?

Groupe Chirurgical de la Société Française de Dermatologie

www.groupechirsfd.com



Dermatologues membres de la SFD, ayant une activité de chirurgie cutanée, issus du milieu universitaire ou libéral, nous sommes attachés à une formation collégiale.

L'apprentissage et le perfectionnement de nos gestes techniques, du respect des marges d'exérèse, de la gestion de l'hémostase, l'amélioration de notre environnement de travail, le respect des règles d'hygiène et de sécurité font partie des thèmes de nos réunions de formation.

Groupe Laser de la Société Française de Dermatologie

www.groupelasersfd.com



Créé en 1998, le Groupe Laser est le groupe thématique officiel de la Société Française de Dermatologie.

C'est une association d'enseignement post-universitaire qui s'est donnée pour mission de regrouper les dermatologues pratiquant des actes laser ou de technologie apparentée tant à visée thérapeutique qu'esthétique. Le Groupe Laser vise à promouvoir les règles de «bonne pratique» des lasers et des technologies apparentées en dermatologie afin de promouvoir l'excellence dans la prise en charge des patients.

Le site du Groupe Laser comporte également de nombreux renseignements pratiques, et exploite une base de référence de bibliographie.

Groupe Dermatologie Esthétique et Correctrice de la Société Française de Dermatologie

www.grdec.com



Le gDEC a pour vocation :

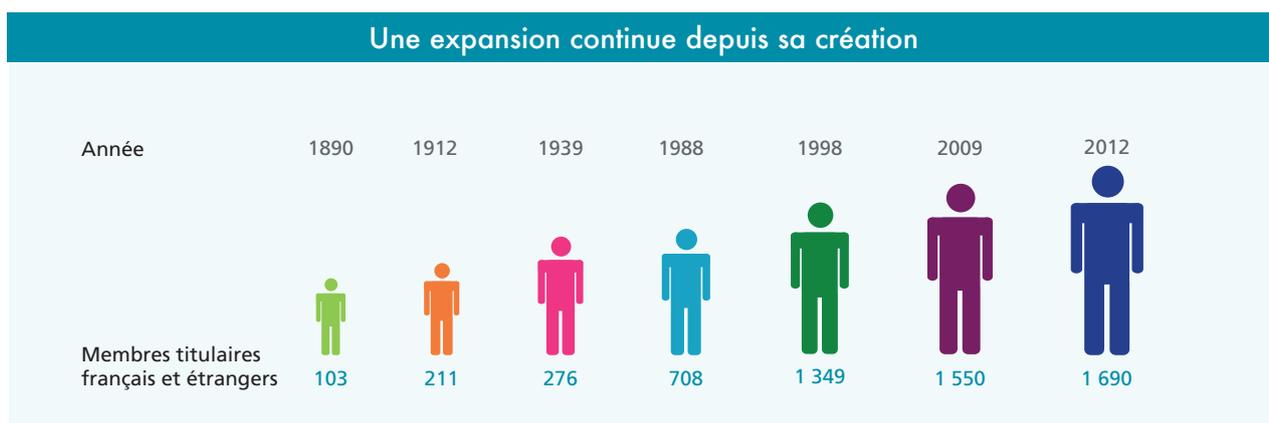
- L'information des patients désireux d'entreprendre un acte médical à visée esthétique.
- La mise en ligne d'outils permettant aux dermatologues de maintenir leurs compétences au plus haut niveau d'exigence
- La mise en ligne de: compte-rendus de congrès internationaux, documents et vidéos récents illustrant différentes techniques, des mises à jour bibliographiques.
- L'accès à un forum de discussions thématiques, l'accès à un réseau de confrères francophones motivés par le même souci d'exigence et d'excellence.
- La collecte des effets indésirables déclarés par les dermatologues concernant les produits à usage esthétique.
- L'organisation de congrès annuels, journées thématiques et ateliers de formation.

Mieux connaître la Société Française de Dermatologie et de pathologie sexuellement transmissible

UNE ASSOCIATION SCIENTIFIQUE HISTORIQUE

Association reconnue d'utilité publique par décret le 12 Janvier 1895, la Société Française de Dermatologie et de Pathologie Sexuellement Transmissible (SFD) a été fondée le 22 juin 1889 sous le nom de Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. Elle est actuellement administrée par un Conseil d'Administration comprenant 21 dermatologues libéraux, hospitaliers et hospitalo-universitaires, renouvelés par tiers chaque année qui élisent les membres du Bureau : le Président, 3 Vice-présidents, le Secrétaire Général et le Trésorier.

UNE EXPANSION CONTINUE DEPUIS SA CREATION



LES GROUPES THEMATIQUES DE LA SFD

L'existence au sein de la SFD de nombreux groupes thématiques qui ont chacun un intérêt particulier dans un domaine précis de la spécialité et leur fonctionnement propre est une de ses particularités.

Composés de dermatologues cliniciens, hospitalo-universitaires, libéraux et de chercheurs, ils permettent un partage d'expérience et la mise en place d'études multicentriques autour de thèmes communs.

Ces groupes ont permis d'insuffler une réelle énergie, tout particulièrement dans le domaine de la recherche clinique et de la formation. Ils témoignent de la diversité des domaines d'intérêt des dermatologues et du dynamisme de la dermatologie française.

TROIS GRANDES MISSIONS

La SFD a pour objectifs de promouvoir la dermatologie française dans la communauté médicale et scientifique française et internationale, que ce soit à travers le soutien de la recherche médicale, le développement de la formation continue ou l'évaluation des soins.

LA RECHERCHE MEDICALE

Aider au développement de la recherche médicale clinique, biologique et fondamentale dans les domaines de la dermatologie et des infections sexuellement transmissibles, est une des priorités de la SFD, puisqu'une part importante de son budget y est consacrée (850 000 euros par an). Afin de favoriser la recherche en dermatologie hospitalière et libérale, le Conseil scientifique de la SFD attribue chaque année des bourses destinées à soutenir des projets de recherche clinique ou clinico-biologique dont la thématique doit être centrée sur l'étude d'une pathologie dermatologique et/ou de sa physiopathologie. Huit bourses pour le soutien à la formation à la recherche en Dermatologie sont aussi attribuées annuellement pour permettre à des dermatologues diplômés ou en cours de formation, d'effectuer un stage de recherche fondamentale ou de recherche clinique dans le cadre d'une formation de type Master-2 ou Doctorat ou Post-doctorat.

EVALUATION ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

L'amélioration continue de la pratique professionnelle en Dermatologie est également un des objectifs que s'est fixé la SFD. L'évaluation des soins, notamment des innovations diagnostiques et thérapeutiques, les actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie et l'élaboration de recommandations professionnelles sont l'expression de cette volonté. Différentes conférences de consensus et des recommandations pour la pratique ont été réalisées sur des sujets importants de dermatologie tels que l'herpès cutanéomuqueux, l'urticaire chronique, la dermatite atopique, les carcinomes baso-cellulaires, les carcinomes épidermoïdes et le mélanome.

L'association **Recommandations en Dermatologie (aRED)** de la SFD a été créée afin de promouvoir les principes et les outils de la médecine basée sur les preuves, la réalisation de revues systématiques, de recommandations et de guides pratiques grâce à des actions de formation, l'attribution de bourses, la participation aux groupes de recommandations et la publication d'une rubrique dédiée à la médecine basée sur les preuves dans les Annales de Dermatologie et de Vénérologie. L'aRED collabore étroitement avec le satellite Français du groupe Skin de la Collaboration Cochrane récemment créé.

La SFD est un partenaire actif des organismes publics, en particulier de l'INSERM et l'Agence Nationale de la Recherche, de l'Institut National du Cancer pour l'organisation des soins en cancérologie, et de la Haute Autorité de Santé pour l'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations pour la pratique.

LA FORMATION CONTINUE

Les Journées Dermatologiques de Paris

Plus de 4 000 dermatologues s'y retrouvent chaque année en décembre. De nombreuses thématiques cliniques, thérapeutiques et de recherche sont abordées, réalisant une Formation Médicale Continue de haut niveau avec l'organisation d'ateliers pratiques, de séances de FMC, de communications scientifiques et de présentations de posters.

Les Journées de Dermatologie Interventionnelle de Paris

Partage de l'expertise de chacun des trois groupes thématiques - Dermatologie Chirurgicale, Laser et Dermatologie Esthétique et Correctrice - par des sessions transversales conjointes, ces journées ont pour ambition de réunir les médecins dermatologues, mais aussi les médecins spécialistes impliqués dans le domaine de la dermatologie interventionnelle et esthétique. Elles abordent les aspects fondamentaux, scientifiques et pratiques des différentes facettes de la dermatologie interventionnelle sous la forme de communications scientifiques, de formations médicales pratiques et de symposiums.

Les Quatre Saisons de la Dermatologie

Quatre séances à thème ont lieu chaque année un jeudi en janvier, mars, juin et octobre, à Paris. Durant ces réunions, des communications libres ou thématiques sont présentées, ainsi qu'une conférence par un orateur invité français ou étranger. Ces conférences sont systématiquement retransmises sur le site internet de la SFD. Organisées par le Comité des programmes des 4 Saisons, les réunions « du jeudi » de la Société ont été l'occasion de multiples descriptions de nouvelles maladies, de formes cliniques particulières ou de nouveautés thérapeutiques.

Les Annales de Dermatologie et de Vénérologie

Revue périodique officielle de la SFD, les Annales présentent des travaux originaux et des articles de formation consacrés à la dermatologie, aux maladies sexuellement transmissibles et à la biologie cutanée. Les 12 numéros annuels sont également consultables en ligne.

Le site professionnel de la SFD vous permet d'accéder à toutes les informations concernant les activités menées par la SFD et à l'actualité en dermatologie. La SFD vous offre ainsi une information scientifique de référence adaptée à la pratique en dermatologie. sfdermato.com

Offrir aux patients et au grand public une information utile, accessible et de qualité en dermatologie est essentiel pour la Société Française de Dermatologie. C'est pourquoi le site dermato-info.fr destiné au grand public, apporte à vos patients une information validée et actualisée sur la peau saine, les pathologies cutanées les plus fréquentes, leur prévention et leur prise en charge. Au quotidien, il peut être un outil de travail complémentaire en le conseillant aux patients. dermato-info.fr



Le site de la Filière Maladies Rares en Dermatologie (FIMARAD) pour les professionnels de santé et les patients, est un répertoire et un site de référencement des maladies rares en Dermatologie afin de tout connaître sur les centres de Référence Maladies Rares en France. fimarad.org

Bureau de la SFD

Pr Olivier CHOSIDOW : Président
Pr Jean-Philippe LACOUR : Past-président
Prs François AUBIN, Michel d'INCAN, Dr Patricia SENET : Vice-présidents
Dr Sandra LY : Trésorière
Pr Marie-Aleth RICHARD : Secrétaire Générale

Contact presse

Dr Brigitte ROY-GEFFROY
b.roygeffroy@sfdermato.com - Tél. : 01 43 27 01 66

Société Française de Dermatologie

Maison de la Dermatologie
25, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél : 01 43 27 01 56 - Fax : 01 43 27 01 86
secretariat@sfdermato.com
www.sfdermato.com
www.dermato-info.fr

JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS

10-14 DÉCEMBRE

PALAIS DES CONGRÈS / PORTE MAILLOT - PARIS

2013

COMITÉ D'ORGANISATION :
C. BEDANE - M.T. LECCIA - M. VIGUIER

SECRETARIAT SCIENTIFIQUE :
M.-J. DINANT - S. FOJUTOWSKI
Tél. : 01 43 27 01 67
Fax. : 01 43 27 01 86



Société Française de Dermatologie - 25, rue la Boétie - 75008 PARIS
e-mail : jdp@sfdermato.com