

BIODERMA

CONGRESS REPORTS

CILAD 2024 Bioderma Congress Reports

Comptes rendus rédigés par le Dr Maria Alejandra Piegari Feliu (Dermatologue, Argentine) et le Dr Ricardo Limongi Fernandes (Dermatologue, Brésil).

Symposium : Les associations thérapeutiques en médecine esthétique

Symposium animé par : Dr Agüero de Zaputovich Maria de Fatima, Dr Dominguez Duarte Angelica Maria

Intervenants : Dr Agüero de Zaputovich Maria de Fatima, Dr Steiner Denise, le Dr Ruiz Avila Javier, Dr Dominguez Duarte Angelica Maria, Dr Jiménez Natalia, Dr López Gehrke Ingrid.

L'association thérapeutique que je privilégie dans la zone périoculaire

Intervenante : Dr Steiner Denise

Le Dr Steiner a souligné l'importance de la région périoculaire, l'une des principales zones où le vieillissement est visible au niveau du visage, en raison de ses caractéristiques spécifiques, comme une peau fine, des vaisseaux dilatés, une pigmentation accentuée, un relâchement cutané et des rides d'expression. En outre, la présence de poches de graisse et de cernes rend le rajeunissement encore plus difficile.

Principales altérations traitées :

- **les cernes ;**
- **les poches de graisse ;**
- **le relâchement et les rides.**

Techniques et associations thérapeutiques privilégiées par le Dr Steiner :

- **comblement + biorégénérateur ;**
- **produit de comblement utilisé** - acide hyaluronique réticulé.

Le traitement est appliqué en profondeur à l'aide de canules pour éviter la superficialisation et garantir un résultat naturel. Des mouvements lents et une quantité réduite sont essentiels pour éviter les irrégularités.

Biorégénérateur : PDRN (polydésoxyribonucléotide dérivé du sperme de saumon).

Bénéfices :

- propriétés anti-inflammatoires ;
- redensification des tissus ;
- modulation de la stimulation du collagène ;
- réparation cellulaire (action sur les cellules sénescentes).

Résultats :

- améliore le grain de peau et réduit le relâchement et les cernes ;
- le produit de comblement et le biorégénérateur peuvent être appliqués au cours de la même séance afin d'optimiser les résultats.

Peeling au phénol et à l'huile de croton + toxine botulique

• Peeling au phénol :

- il induit une lésion chimique contrôlée, renouvelant ainsi l'ensemble de l'épiderme et favorisant la néocollagénèse dans le derme réticulaire.
- Composition de la solution (Hetter) :
- partie fixe - 5,5 ml d'eau + 0,5 ml de savon compatible = 6 ml ;
- partie variable - phénol 88 % + solution-mère (1 ml d'huile de croton + 24 ml de phénol 88 %) = 4 ml.
- Cas présenté : 2 ml de phénol 88 % + 2 ml de solution-mère = concentration de l'huile de croton = 0,8 %.
- Technique d'application :
- à l'aide de cotons-tiges.
- Il faut obtenir un « frosting » homogène de couleur blanc grisâtre, indiquant que la profondeur est bonne.
- Importance de la préparation préalable de la peau.

• Toxine botulique :

- muscle orbiculaire de l'œil, 3 points contenant 4-5 unités chacun.

Résultats : renouvellement en profondeur de la peau périoculaire, grain de peau plus uniforme et rides estompées.

Les associations thérapeutiques présentées par le Dr Steiner sont très efficaces dans la région périoculaire et permettent un rajeunissement visible et durable.

L'association comblement + biorégénérateur améliore la structure et l'hydratation de la peau. Elle est donc idéale pour traiter les cernes et le relâchement cutané.

L'association **peeling au phénol et huile de croton + toxine botulique** est indiquée face aux rides profondes et au relâchement marqué, car elle favorise des résultats significatifs en matière de renouvellement de la peau.

L'approche complète, associant plusieurs techniques au cas par cas, reflète une évolution dans le traitement esthétique, où les résultats naturels et sûrs pour les patients sont désormais prioritaires.

L'association thérapeutique que je privilégie dans la zone péribuccale

Intervenant : Dr Ruiz Avila Javier

Cette présentation a mis en lumière les dernières innovations en matière de traitements esthétiques destinés à lutter contre les signes visibles de l'âge dans la zone péribuccale, ainsi que l'importance d'associer plusieurs techniques et technologies pour obtenir des résultats complets.

Approches et problématiques courantes

- **Signes de vieillissement** : relâchement, perte de volume, rides péribuccales («code-barres») et sillons nasogéniens.
- **Objectif** : traiter ces zones anatomiques dans leur ensemble de manière à obtenir un tiers inférieur du visage plus harmonieux.

Principaux traitements évoqués

1. Polydioxanone (PDO) liquide en injection

- Innovation inspirée de l'utilisation traditionnelle des fils tenseurs en PDO, mais désormais sous forme liquide pour une plus grande polyvalence.
- Avantages :
 - Stimule la production de collagène dans la peau, ce qui améliore sa fermeté et son élasticité.

- Permet une application précise dans les zones délicates telles que le contour de la bouche et des yeux.
- Ne crée pas de volume, caractéristique idéale dans les zones où l'excès de produit peut poser problème.
- Technique : application à l'aide d'une canule pour répartir uniformément le produit le long des lignes péribuccales.

2. **Peptides en injection**

- Les peptides tels que le palmitoyl pentapeptide-4 (Matrixyl), le tripeptide-1 et l'hexapeptide-12, l'acétyl hexapeptide-8 (Argireline) et d'autres (oligopeptide-24, décapeptide-4, Copper tripeptide-1, acétyl tétrapeptide-5, acétyl décapeptide-3) sont utilisés pour :
 - régénérer la peau et estomper les ridules ;
 - stimuler les facteurs de croissance sans créer de paralysie musculaire, et donc préserver l'expressivité naturelle.
- **Application** : ligne par ligne, à l'aiguille, pour un résultat précis et naturel.

3. **Toxine botulique hyperdilué (1:6)**

- Utilisations :
 - détendre les lignes péribuccales en employant des dilutions pensées pour éviter une paralysie complète ;
 - permettre une peau lisse sans limiter la fonction musculaire.
- Points clés :
 - 4 unités réparties en plusieurs points dans les lèvres supérieure et inférieure.

4. **Peelings**

- Acides glycolique (20-30 %), lactique (10-20 %), mandélique (10-20 %), phénolique, en sachant que chacun nécessite une formation bien précise.

5. **Association des technologies laser et lumière intense pulsée**

- Avantages du laser :
 - améliore le grain de peau et réduit les ridules dans la zone péribuccale.
- Lumière intense pulsée (IPL) :

- premier investissement technologique recommandé pour les cliniques ;
- indiquée dans le traitement des taches de soleil et des lésions vasculaires, et dans l'amélioration du teint général.

6. Radiofréquence fractionnée et microneedling

- Radiofréquence fractionnée :
 - idéale pour atténuer les rides profondes et favoriser la régénération dermique via des séances progressives.
- Microneedling (3-5 séances) :
 - utilisé pour administrer des exosomes, des peptides et d'autres molécules régénératrices dans les couches profondes de la peau.

7. Préparation et soin de la peau

- Avant le traitement : utilisation d'hydroquinone, d'acide kojique, de vitamine C et d'acide hyaluronique pour préparer la peau.
- Après le traitement : protocoles régénérants à base de peptides et d'antioxydants pour accentuer les résultats.

8. Recommandations générales :

- La formation est essentielle pour effectuer ces actes en toute sécurité et efficacement.
- L'utilisation de technologies certifiées et de produits de qualité est nécessaire pour garantir de bons résultats.
- Il est fondamental d'associer différents traitements pour aborder le vieillissement sous différents angles et fournir au patient une expérience plus agréable.

Conclusion : cette présentation a fourni un point de vue complet sur la prise en charge du vieillissement dans la zone péribuccale, tout en soulignant l'importance de personnaliser les traitements et d'utiliser des techniques innovantes. L'association de biostimulateurs, de peptides, de toxine botulique et de technologies telles que le laser et l'IPL garantit des résultats satisfaisants et naturels pour les patients, ce qui favorise leur bien-être et leur confiance.

L'association de traitements que je privilégie au niveau de la mâchoire et du cou

Intervenant : le Dr Dominguez Duarte Angelica Maria

Parmi les sujets de ce congrès, figurait le vieillissement du cou et de la mâchoire, zones clés pour un rajeunissement complet du visage. En effet, l'intervenante a rappelé que, même quand les patients prennent bien soin de leur visage, un cou négligé peut trahir leur âge.

Ce processus comprend un relâchement, une perte de soutien osseux, une accumulation de tissus adipeux et une détérioration de la peau, facteurs qui nécessitent une approche personnalisée et multidimensionnelle.

Aspects clés du vieillissement au niveau du cou et de la mâchoire

- **Facteurs anatomiques :**
 - perte de soutien osseux (maxillaire et mandibulaire) ;
 - flaccidité musculaire et cutanée ;
 - tissus adipeux sous le menton et sous la mâchoire ;
 - rides horizontales et cordes platysmales.
- **Détérioration de la peau :**
 - perte de qualité au niveau du grain de peau et de la coloration ;
 - apparition de lésions bénignes telles que la kératose séborrhéique et les lentigos.

Techniques de traitement :

1. Inducteurs de collagène

- Préférence pour les biostimulateurs plutôt que pour les fils tenseurs.
- Application stratégique de manière à redéfinir les contours de la mâchoire et améliorer la fermeté du cou.

2. Technologies de lipolyse et tension

- **Radiofréquence fractionnée avec microneedling (Morpheus) :**
 - Pénétration jusqu'à une profondeur de 7 mm pour une lipolyse et un effet tenseur.
- **Ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) :**
 - Utilisation de dispositifs modernes tels que Liftera, qui augmentent la précision tout en réduisant la douleur.

3. Enzymes lipolytiques

- Réduction des tissus adipeux sous le menton et sous la mâchoire.
- Association avec d'autres technologies pour un résultat plus précis.

4. Toxine botulique

- Injection au niveau des cordes platysmales, du menton et des muscles abaisseurs pour détendre le cou et améliorer son apparence.
- Dosage prudent pour éviter de trop paralyser la zone et d'induire une formation d'anticorps. En général, 12 à 14 unités de chaque côté.

5. Produits de comblement dermique

- Utilisation d'acide hyaluronique de faible densité au niveau des rides horizontales et pour dessiner le contour de la mâchoire.
- Application précise en petites quantités pour éviter les irrégularités.
- Kératoses séborrhéiques, dermatoses papuleuses noires, fibromes molluscum

6. Traitement des lésions cutanées associées au processus de vieillissement

Amélioration de la qualité de la peau

- **Laser fractionné (CO2 ou Erbium) :** améliore le grain de peau et la coloration.
- **Lumière intense pulsée et ND:YAG :** traitement de l'hyperpigmentation et des lésions vasculaires.
- **Préparation de la peau :** utilisation de produits topiques tels que la vitamine C et l'acide hyaluronique.

Cas présentés

1. Patients possédant un bon soutien osseux :

- Interventions minimales associant laser fractionné et acide hyaluronique de faible densité.

2. Patients présentant un relâchement avancé :

- Biostimulateurs plus puissants et association de plusieurs techniques pour générer de la tension et de la fermeté.

3. Patients présentant une quantité importante de tissus adipeux :

- Enzymes lipolytiques, radiofréquence et ultrasons pour éliminer les graisses et redessiner les contours.

L'essentiel à retenir :

- **Importance du cou :**
Le cou ne doit jamais être négligé, car il joue un rôle fondamental dans le rajeunissement complet du visage.
- **Traitement personnalisé :**
Chaque patient vieillit différemment ; c'est pourquoi un examen clinique détaillé et une approche personnalisée au cas par cas sont essentiels.
- **Traitement multicouche :**
Le vieillissement concerne la peau, les muscles, le tissu adipeux et les os. Les résultats sont meilleurs quand le traitement associe plusieurs techniques agissant sur toutes les couches.
- **Approche complète :**
L'association de technologies avancées, de biostimulateurs et de soins cutanés permet d'obtenir des résultats naturels et harmonieux.

Grâce à cette approche très complète, il est possible d'offrir aux patients des résultats visibles et satisfaisants, améliorant non seulement leur apparence, mais aussi leur confiance.

L'association thérapeutique que je privilégie au niveau du décolleté

Intervenant : Dr Jiménez Gómez Natalia

Cette présentation a mis en évidence l'augmentation exponentielle des actes de rajeunissement non chirurgicaux dans le monde, selon les données récentes de l'ISAPS. En effet, entre 2019 et 2023, une hausse de 40 % des traitements tels que la toxine botulique, les produits de comblement dermique et les tenseurs a été observée. Toutefois, cette attention portée au visage contraste avec d'autres zones du corps, comme le décolleté, qui ont tendance à être négligées en dépit d'une exposition importante au soleil.

Particularités anatomiques du décolleté

- **Caractéristiques de la peau :**
 - Épiderme et derme plus fins.
 - Glandes sébacées moins nombreuses, d'où une récupération plus difficile après les traitements.
- **Exposition au soleil :**
 - Zone sujette à des dommages cumulés dus au soleil. Importance d'une évaluation préalable au dermoscope.
 - Zone souvent négligée dans la routine cosmétique.

Avantages et précautions

- **Avantages :**

- Le décolleté est une zone qui est facile à couvrir, et donc compatible avec des associations thérapeutiques nécessitant une récupération plus longue.
- L'amélioration du grain et de la qualité de la peau est déjà visible après quelques séances.

- **Précautions :**

- La prudence est de rigueur dans l'application des traitements, en particulier les lasers et les sources lumineuses.
- Les passages à l'IPL doivent suffisamment se chevaucher pour éviter les zébrures.

Approche thérapeutique complète (360 °)

L'objectif principal est de répondre de manière complète aux différents besoins observés au niveau du décolleté, des taches au relâchement. Cette approche associe plusieurs traitements pour agir dans les domaines ci-dessous.

1. Surface :

- Lentigos, télangiectasies et autres lésions pigmentaires.
- Association privilégiée : lumière intense pulsée (IPL) + laser Q-Switched ou picoseconde Alexandrite.
- Réduction des paramètres pour éviter les complications (15-20 %).

2. Densité :

- Rides et perte d'élasticité.
- Association privilégiée : lumière intense pulsée (IPL) + plasma riche en plaquettes (PRP) sous forme de gel (administration en profondeur, à l'aide d'une canule de 25G et application superficielle, en mésothérapie à l'aide d'une aiguille courte de 31G).
- Alternatives au PRP : hydroxyapatite de calcium, dilution 1:2 ; acide hyaluronique réticulé ou Skinboosters pour les rides prononcées et les zones étendues ; acide poly-L-lactique, dilution 10-18 ml en 2 à 3 séances par an.
- Ultrasons micro-focalisés pour raffermir la peau.
- Radiofréquence associée à un microneedling pour améliorer le grain de peau et la fermeté.

3. Routine cosmétique :

- Au niveau du cou et du décolleté, adapter la routine cosmétique. Quand du rétinol est appliqué la nuit, commencer par une application par semaine.
- Augmenter la fréquence en fonction de la tolérance.

4. Soins complémentaires :

- Vêtements de nuit pour prévenir les rides posturales.
- Masques LED spécialement conçus pour la zone du décolleté.

Thérapies focales :

Résultats et exemples cliniques

Des images de cas réels ont été présentées...

- Réduction des taches pigmentaires après deux séances d'IPL et de laser picoseconde.
- Amélioration de la fermeté et du grain de peau grâce au plasma sous forme de gel et aux thérapies focales.

Conclusions

- Au niveau du décolleté, une approche complète et personnalisée est essentielle pour éviter tout contraste avec d'autres zones faisant l'objet d'un rajeunissement, comme le visage.
- Face aux patients, il est essentiel d'expliquer l'importance du traitement dans la zone du décolleté, tout en proposant des options adaptées en fonction de leurs besoins et de leur budget.
 - L'efficacité des traitements ne repose pas sur une seule technique ou un seul produit, mais l'association stratégique de plusieurs traitements.
 - L'intervenante a proposé une approche englobant des **injections, des médicaments appliqués par voie transdermique et des dispositifs**, approche qui maximise à la fois les résultats et l'utilisation du temps.

Cette présentation a mis en évidence le rôle crucial des dermatologues dans l'évaluation et le traitement des zones négligées telles que le décolleté, et souligné les innovations actuelles en matière de techniques non invasives et de thérapies focales.

L'association thérapeutique que je privilégie au niveau des mains

Intervenant : Dr López Gehrke Ingrid

Cette présentation a mis en évidence l'importance des traitements esthétiques complets, non seulement au niveau du visage, mais aussi dans des zones souvent négligées telles que le cou, le décolleté et surtout les mains. L'intervenante a souligné la mission des dermatologues, qui consiste à expliquer aux patients comment prendre globalement soin de leur peau, y compris dans les zones moins visibles, mais tout aussi exposées au vieillissement et aux dommages causés par le soleil.

Comment traiter le vieillissement au niveau des mains ?

1. Injections

- **Acide hyaluronique** : idéal pour redonner du volume et de la douceur tout en obtenant un résultat naturel. Il est recommandé d'utiliser des produits à faible indice de rigidité, qui pénètrent bien dans les tissus sans générer d'effets notables.
- **Biostimulateurs** : par exemple, le polycaprolactone (une demi-seringue dans chaque main) et l'hydroxyapatite de calcium, qui favorisent la production de collagène et donnent des résultats durables.
- **Traitements hybrides** : association de propriétés hydratantes et stimulantes, actuellement très appréciée pour sa polyvalence.

Acide hyaluronique - reconstitution du volume et hydratation

- **Une application en toute précision** : le dos de la main est divisé en trois segments (superficiel, veineux et tendineux). L'intervenante a insisté sur la nécessité de travailler uniquement sur le plan superficiel afin d'éviter des complications graves telles que le syndrome des loges.
- **Utilisation de canules** : à privilégier, plutôt que les aiguilles, car cette technique permet une répartition uniforme et sûre du produit.
- **Éviter une injection trop profonde** : si elles sont trop profondes, les injections peuvent provoquer des hématomes, des lésions vasculaires ou des complications plus graves, par exemple des infections ou une inflammation des tendons.

Soins spécifiques en fonction de chaque produit

- **Acide hyaluronique** : appliquer en couches superficielles à l'aide de canules, en évitant que les injections ne soient visibles. Idéal pour hydrater et repulper légèrement les mains.
- **Polycaprolactone** : apporte un volume durable (jusqu'à 18 mois). Le dosage doit être précis (maximum 0,5 ml par couche) afin d'éviter un effet trop marqué.
- **Hydroxyapatite de calcium** : il est recommandé de le diluer, afin d'améliorer la qualité de la peau et de lisser le grain de peau sans ajouter de volume significatif.

- L'intervenante préconise de programmer plusieurs séances à faible dose plutôt que d'essayer de résoudre tous les problèmes en une seule intervention. Cette approche permet de réduire les risques et d'optimiser les résultats.
- Les traitements au polycaprolactone nécessitent généralement une ou deux séances par an, en fonction des besoins.

Durée et fréquence des traitements

2. Administration de médicaments par voie transépidermique

- **Exosomes** : fonctions de communication, de transfert et de régénération. Indiqués pour améliorer la qualité de la peau et le grain de peau, traiter les taches, l'hyperchromie, l'HPI et les ridules.

3. Dispositifs

- **Lumière intense pulsée, laser Erbium**

Résultats visibles

- Des images avant et après les traitements ont été présentées, mettant en évidence les améliorations significatives apportées par des techniques adaptées.
- Les traitements à base de polycaprolactone et d'acide hyaluronique ont donné des résultats naturels et durables, y compris sur des lésions cutanées avancées au niveau des mains.

Dernières considérations

- L'association de plusieurs traitements est la clé pour obtenir des résultats complets en matière de rajeunissement et d'amélioration de l'apparence des mains.
- L'utilisation d'injections selon des techniques adaptées, en association avec la technologie et des médicaments transépidermiques est cruciale.
- Le produit doit être choisi selon l'expérience du praticien et selon les caractéristiques de la peau chez chaque patient.
- L'innocuité est une priorité. Des connaissances anatomiques approfondies et l'utilisation de techniques adaptées réduisent considérablement les risques.
- L'intervenante a souligné l'importance de continuellement informer les patients pour maximiser les bénéfices des traitements.

Cette présentation a souligné la pertinence d'une approche complète des traitements esthétiques, en accordant la priorité à l'innocuité et à la personnalisation en fonction des besoins de chaque patient. L'association de techniques et de produits innovants est indispensable pour obtenir des résultats efficaces et naturels. En outre, l'accent a été mis

sur l'importance d'inclure les mains dans les traitements anti-âge, zone qui, bien que souvent négligée, est essentielle pour un résultat harmonieux.

Symposium : Un peeling pour chaque indication

Symposium animé par : Dr Giansante Elda, Dr Steiner Denise

Intervenants : Dr Ortega Gutierrez Gabriela Lydia, Dr Giansante Elda, Dr Steiner Denise, Dr Ribeiro Da Silva Felipe.

Alternatives au peeling face à l'acné

Intervenant : Dr Ortega Gutierrez Gabriela Lydia

Le Dr Gabriela Lydia Ortega Gutiérrez a expliqué que l'objectif de sa présentation était d'aider les participants à mieux comprendre comment effectuer des peelings chimiques de manière efficace tout en évitant les complications.

Principaux points :

1. Généralités concernant les peelings chimiques

- **Définition :** les peelings chimiques consistent en des brûlures maîtrisées qui, lorsqu'elles sont réalisées correctement, permettent de résoudre de nombreux problèmes dermatologiques.
- **Importance des connaissances techniques :** la clé du succès réside dans la « lecture de la peau » chez chaque patient. Certes, les instructions fournies par les grandes marques de peelings sont utiles, mais le praticien doit malgré tout adapter la procédure en fonction des réactions de la peau.

2. Les catégories de peelings

Le Dr Ortega Gutiérrez a expliqué qu'il existe plus de 100 types de peelings chimiques ; les professionnels devraient en maîtriser au moins 10. Ces peelings sont classés selon les critères suivants...

- **Profondeur :**
 - Très superficiels.
 - Superficiels.
 - Moyens à superficiels.
 - Moyens.
 - Peu profonds.

- Les peelings ne sont jamais profonds, car en touchant la couche réticulaire de la peau, ils risqueraient de provoquer des cicatrices irréparables.

- **Mécanisme d'action :**

- **Caustique** - par exemple, l'acide trichloroacétique (TCA). L'intervenante n'utilise pas ces produits en raison de leur instabilité chimique, qui peut entraîner des complications, par exemple des atrophies.
- **Métabolique** - c'est le cas des acides alpha-hydroxylés tels que l'acide glycolique, des alpha-céto-acides tels que l'acide pyruvique, les acides rétinoïque, azélaïque, kojique et phytique.
- **Toxique** : résorcinol (24 à 53 %), acide salicylique et phénol. L'intervenante a rappelé que le phénol (son produit préféré) est un traitement avancé qui doit être utilisé uniquement par des professionnels expérimentés.

3. Règles d'application

Le Dr M. Ortega a mis l'accent sur plusieurs points importants.

- **Règle des 5 :**

- Lors d'une même séance, les peelings ne doivent pas être appliqués sur plus de 10 % de la surface du corps. À titre indicatif, c'est environ la surface que représentent le visage (5 %) et le cou (5 %). Les zones supplémentaires, telles que la poitrine ou le dos, doivent être traitées lors d'autres séances.
- Lorsqu'ils sont appliqués sur de grandes surfaces, les peelings toxiques peuvent provoquer une intoxication systémique.

- **Protocole de traitement général :**

- **Avant le peeling** : préparer la peau afin de réduire les risques. En cas d'acné, l'intervenante recommande d'appliquer de l'adapalène (0,1 %) pendant 15 jours de manière à ouvrir les follicules et optimiser l'action du peeling.
- **Peeling** : la technique doit être précise afin d'éviter les zones visibles ou les résultats inégaux. Le peeling peut être effectué par segments ou dans le sens des aiguilles d'une montre.
- **Après le peeling** : fournir des instructions précises en matière de soin. Par exemple : éviter l'exposition au soleil, utiliser des crèmes spéciales et ne pas manipuler les zones traitées.
- **Renouvellement du peeling** : 1 mois plus tard.

- **Entretien** : personnalisé en fonction de l'état du patient.

4. Sélection des patients

- **Évaluation clinique** : il est crucial de vérifier que les patients ne présentent pas une allergie aux ingrédients tels que l'acide salicylique ou les sulfates afin d'éviter les réactions croisées.
- **Des attentes réalistes** : les patients doivent comprendre que les peelings ne sont pas équivalents à la chirurgie et qu'il faut du temps pour obtenir des résultats visibles.
- **Consentement éclairé** : il est essentiel d'informer les patients des effets indésirables possibles, comme les brûlures ou les érythèmes, et d'obtenir préalablement leur accord.

Présentation de cas cliniques

Cas 1 : acné modérée et dermatite péribuccale

- Du phénol liquide à 5 % a été utilisé.
 - Résultats : réduction significative des lésions inflammatoires et amélioration globale du grain de peau.

Cas 2 : acné sévère et cicatrices

- Produit utilisé : résorcine 24 %.
 - Résultats : amélioration des lésions actives et des cicatrices.

Cas 3 : acné et plaies

- Traitement initial à l'acide rétinoïque liquide.
 - Résultats : réduction des plaies et des cicatrices induites par les manipulations.

Cas 4 : patiente souffrant d'acné sévère et d'antécédents psychologiques graves

- Contexte : tentatives de suicide dues à l'impact émotionnel de l'acné.
 - Traitement progressif au résorcinol 24 %.
 - Résultats : élimination complète des lésions et des cicatrices. La patiente a retrouvé son estime de soi, comme en témoignent son changement de comportement social et ses publications sur les réseaux sociaux.

Cas 5 : peeling superficiel et desquamation intense

- Contexte : patient ayant présenté une réaction intense malgré un peeling superficiel et une préparation adéquate.
 - Résultats : peau régénérée sans cicatrices ni complications, ce qui montre l'importance de la préparation.

Conclusion : comme l'a souligné le Dr Gabriela Lydia Ortega Gutiérrez, les peelings chimiques sont des outils sans danger et efficaces à condition d'être accompagnés de connaissances, d'une préparation et de protocoles adaptés. Leur utilisation permet non seulement d'améliorer la peau, mais aussi de transformer des vies en redonnant confiance aux patients.

Mes alternatives au peeling face au mélasma

Intervenant : Dr Giansante Elda

Le mélasma est un problème dermatologique chronique, récurrent et gérable qui nuit considérablement à la qualité de vie des patients. Le traitement s'avère difficile en raison de facteurs tels que les antécédents thérapeutiques, la durée et la modalité des traitements (monothérapie ou traitement combiné).

Objectifs du traitement : réduire l'intensité de la pigmentation et l'étendue des zones touchées, prévenir les récives, améliorer la qualité de vie des patients. Traitement proposé

La prise en charge du mélasma s'articule autour de quatre grands axes...

- **Photoprotection et traitement topique :** utilisation de crèmes solaires et d'antioxydants par voie orale, hydroquinone, d'acide glycolique, d'acide tranexamique, entre autres.
- **Microneedling, peeling chimique et PRP.**
- **Acide tranexamique par voie orale.**
- **Traitements avancés :** en association avec la lumière pulsée, le laser et d'autres modalités.

Le peeling chimique comme outil thérapeutique :

Le peeling chimique consiste à appliquer des agents caustiques pour induire une exfoliation contrôlée de la peau, classée selon la profondeur : très superficielle ou superficielle (épiderme), moyenne (derme papillaire) ou profonde (derme réticulaire).

Facteurs à prendre en compte pour le peeling :

- **Agent exfoliant :** concentration, technique (main, pinceau, spatule, écouvillon, gaze, écouvillon), nombre de couches appliquées, fréquence et durée du contact.

- **Intégrité de l'épiderme** : élimination des graisses, préparation de la peau (4 semaines avant le traitement).
- **Épaisseur de la peau** : type de peau, localisation anatomique. Identification du phototype des patients afin d'éviter les effets indésirables tels que l'hyperpigmentation post-inflammatoire.

Agents exfoliants couramment utilisés face au mélasma :

- Acide glycolique : selon la concentration (20 à 70 %), il peut atteindre différentes profondeurs.
- Jessner : dépend du nombre de couches ; traitement superficiel, ou moyen en cas de traitement combiné.
- Acide salicylique (15 - 30 %) : effet anti-inflammatoire, sans danger pour les peaux foncées.
- Acide mandélique : moins irritant, et efficace sur les peaux sensibles.
- Acide trichloroacétique (TCA) : utilisé à différentes concentrations en fonction des besoins thérapeutiques.

Protocole d'application

Évaluation initiale : antécédents médicaux, photographie et consentement éclairé.

Préparation (2-4 semaines) : utilisation de dépigmentants topiques tels que l'hydroquinone ou l'acide glycolique.

Le Jessner Peel est l'un des peelings les plus utilisés. Très pratique et sans danger, il permet un plus grand nombre de passages et une plus grande profondeur (4-6). Ce produit induit un frosting, une sensation de brûlure durant 5-6 min, qui est soulagée avec de l'air froid. Ce peeling augmente la pénétration de l'ATA. Précautions : ne pas utiliser sur de grandes surfaces, pour éviter une allergie ou une toxicité du résorcinol et de l'acide salicylique ; instabilité en cas d'exposition à la lumière.

Parmi les peelings face au mélasma, figure l'acide rétinoïque (trétinoïne), en concentration de 1 à 10 % dans du propylène glycol ou dans une base de maquillage. Ce produit agit au niveau cellulaire, où il stimule la synthèse du collagène. L'effet dure de 4 à 12 heures et induit une xérose et un érythème. L'exfoliation est observée à partir du deuxième jour et persiste pendant 2 à 5 jours.

Le peeling à l'acide salicylique à 15-30 % est très sûr pour les phototypes I-VI. En tant qu'acide bêta-hydroxylé lipophile, il pénètre principalement dans l'unité pilo-sébacée, caractéristique qui est excellente pour les patients souffrant d'acné. La cristallisation de l'acide sur la peau simule l'effet de frosting. Après l'application, la peau reste blanchâtre jusqu'à ce que l'acide soit éliminé en 30 à 120 minutes.

Le peeling à l'acide mandélique 30-50 % est également utilisé face au mélasma. Cet acide alpha-hydroxylé est dérivé de l'hydrolyse de l'extrait d'amande amère, moins irritant que l'AG. Application douce au pinceau ou à l'écouvillon. Après 5-15 min : érythème, légères démangeaisons et sensation de brûlure. Rincer à l'eau.

Le peeling à l'acide glycolique est très érythémateux et la réaction n'est pas uniforme, ce qui peut entraîner des ulcérations nécrotiques. Il ne figure pas parmi les solutions privilégiées par l'intervenante. Ce type de peeling doit obligatoirement être neutralisé, tout comme l'acide pyruvique. Il s'agit d'un acide alpha-acétique, qui n'est pas non plus très apprécié, mais qui donne de très bons résultats dans les cas liés à l'âge. Ce produit fonctionne très bien sur les vergetures.

Le peeling à l'acide trichloroacétique (TCA) à 10-50 % est stable et peu coûteux, tout en ne nécessitant aucune neutralisation. La profondeur dépend de l'intensité du frosting ou du volume de produit qui pénètre dans la peau. Le TCA peut être utilisé pour les peelings superficiels, moyens et profonds. Il est à éviter sur les phototypes IV-VI en raison du risque d'hyperpigmentation post-exfoliation.

- Pour les cernes sous les yeux : acide mandélique (seul ou en association avec l'acide thioglycolique), TCA 10 %, acide tranexamique, acide kojique 8-10 %.
- Face à l'hyperpigmentation au niveau des plis : acides rétinoïque, salicylique, mandélique et azélaïque.
- Peeling intelligent : ces produits de fabrication industrielle associent plusieurs acides, souvent avec de bons résultats et peu d'irritation. Par exemple : Meline, Dark Circles, Intimate, BioAgePeel, IntimatePeel PRO, ZK face et V Carbon System (Hollywood peel).
- Soins après le peeling : hydratation intense, utilisation systématique d'une crème solaire et surveillance étroite. Corticoïdes topiques : hydrocortisone et compresses froides. Ne pas arracher les croûtes. Prévoir rapidement un rendez-vous de contrôle.

Résultats cliniques : amélioration notable de la pigmentation après plusieurs séances de peeling chimique.

Conclusion : le peeling chimique est une technique sûre, accessible et efficace pour traiter le mélasma et d'autres pathologies dermatologiques. Son efficacité dépend de la formation du praticien et d'un choix de produits et protocoles adaptés.

« Apprendre à douter, c'est apprendre à penser » - Octavio Paz

Peeling profond au phénol et à l'huile de croton

Intervenante : Dr Steiner Denise

- En introduction, l'intervenante a évoqué l'importance du peeling au phénol dans le traitement du vieillissement et du mélasma. Gros problème = grande solution !

- Elle recommande aux professionnels intéressés de se familiariser avec cette méthode, au vu de son potentiel thérapeutique.

Mécanismes et résultats

- Principes d'action :
 - Le peeling au phénol et à l'huile de croton induit des lésions chimiques contrôlées, allant de l'épiderme au derme réticulaire.
 - Ce traitement stimule la régénération cellulaire et remodèle les fibres de collagène.
 - L'huile de croton est très importante pour la pénétration du phénol, car elle compacte davantage le collagène et l'élastine.
 - Le croton est un ingrédient originaire d'Indonésie qui se compose à 37 % d'acide oléique, 19 % d'acide linoléique, 7,5 % d'acide myristique et 1,5 % d'acide eicosanoïque. Les esters de phorbol permettent une inflammation et une plus grande pénétration du phénol.
- Résultats cliniques :
 - L'intervenante a montré des cas d'élastose sévère traités avec succès.
 - Elle a également cité une étude au long cours dans laquelle les résultats ont été maintenus pendant 20 ans.
 - L'histologie post-peeling montre une amélioration de l'épaisseur de l'épiderme, de l'organisation du collagène et une réduction de la mélanine.

Composition et formules

1. Formule de Baker-Gordon :
 - 3 ml de phénol, 2 ml d'eau distillée, 3 gouttes d'huile de croton et 8 gouttes de savon.
 - L'efficacité est garantie par la teneur élevée en phénol (50 %) et en huile de croton (2,1 %).
2. Modification de Hetter :
 - Une « solution-mère » associe du phénol à 88 % et de l'huile de croton dans des proportions précises (1 ml d'huile de croton + 24 ml de phénol à 88 %).
 - La profondeur et l'intensité du peeling peuvent être ajustées en modifiant la concentration en huile de croton.

Technique d'application

1. Préparation :

- Utilisation de trétinoïne 0,05 à 0,1 % et d'hydroquinone 4 à 5 %, seuls ou en triple association, pendant 4 semaines maximum. Traitement complété par des crèmes hydratantes.
- Une crème solaire à large spectre est essentielle pour prévenir d'autres dommages.
- Valaciclovir pour prévenir l'infection à HSV-1.

2. Application :

- Division du visage en unités anatomiques pour plus de sécurité. Des doses différentes peuvent être utilisées dans certaines régions anatomiques.
- Ingrédients mélangés au moment du traitement pour garantir la stabilité.
- Contrôle de l'application jusqu'à l'observation d'un « frosting » homogène grisâtre (indiquant la pénétration dans le derme) et délai de 15 minutes avant de passer à une autre unité anatomique.

3. Après le traitement

- Soins :
 - Utilisation de savons doux et d'émollients/vaseline, ou de masques en polyéthylène - à retirer après 5-7 jours.
 - La convalescence dure de 1 à 3 mois et s'accompagne d'un œdème et d'un érythème initiaux.
- Résultats à long terme :
 - Amélioration visible des rides, du grain de peau et de la pigmentation.
 - L'intervenante a présenté des cas de mélasmas traités avec succès pendant plus de 900 jours chez des patients au phototype élevé, sans hyperchromie post-inflammatoire, sans taches et sans récurrence.

4. Complications

- Effets indésirables possibles :
 - Infections bactériennes ou virales (par exemple, herpès simplex).
 - Dyschromies, cicatrices et chéloïdes en cas de mauvaise prise en charge.

- Rougeur prolongée et, rarement, dystrophies.
- Ectropion, milium, acné.
- Contre-indications :
 - Les maladies auto-immunes et l'alopecie fibrosante frontale constituent désormais des contre-indications absolues à ce traitement.
 - À utiliser avec précaution en cas de phototype élevé, afin d'éviter les complications pigmentaires.

Conclusion : le peeling au phénol et à l'huile de croton est une technique puissante, mais qui nécessite une préparation rigoureuse, des compétences techniques et des soins post-traitement. Des résultats durables peuvent être obtenus, en particulier dans les cas de photovieillessement sévère et de mélasma.

Complications associées au peeling

Intervenante : Dr Ribeiro da Silva Felipe

Le Dr Felipe a souligné que la question est vraiment compliquée. Il faut être très prudent lors des peelings chimiques, car il existe réellement un risque de complication. La bonne nouvelle est que toutes ces complications peuvent être évitées. En effet, il est possible de détecter les complications juste avant qu'elles ne surviennent. Il existe généralement des signes avant-coureurs.

L'intervenante a publié deux ouvrages avec le Dr Denise Steiner : l'un sur les peelings chimiques et l'autre sur les complications en cosmétologie, abordant entre autres les peelings chimiques. Toutes les complications ont déjà été décrites dans la littérature, de sorte qu'il existe systématiquement des travaux ou des données probantes pour nous aider à les traiter.

Les principaux groupes de complications comprennent les dyschromies, les cicatrices, les maladies infectieuses et les complications multifactorielles. Cette présentation portait sur les dyschromies et les infections.

Parmi les dyschromies, la plus courante (et la plus facile à traiter) est l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPI). Il s'agit d'une complication que les médecins, en particulier les apprentis dermatologues, redoutent beaucoup, mais qui n'en est pas vraiment une. En effet, il peut s'agir d'une « évolution naturelle » chez 76 % des patients traités par peeling chimique profond. C'est un problème que l'on peut prévenir et traiter. Les zones périoculaires et péri-buccales sont les plus fréquemment touchées.

En cas d'hyperpigmentation précoce accompagnée d'un érythème, l'intervenante recommande le propionate de clobétasol en crème 0,05 % pour réduire l'inflammation. Face aux hyperpigmentations à retardement (après 15-30 jours), le choix dépend du degré de sensibilité de la peau. Pour les peaux sensibles ou érythémateuses, l'option est

l'hydroquinone 4 % ; pour les peaux non sensibles, le trio de Kligman est appliqué, en l'adaptant si nécessaire, compte tenu du fait que la trétinoïne est irritante.

Une hypopigmentation peut également se produire, plus fréquemment chez les phototypes IV ou plus et chez les patients présentant une alopécie fibrosante frontale. Par ailleurs, l'hypopigmentation est fréquente après les peelings profonds, par exemple au phénol. Parmi les techniques de traitement, l'intervenant a cité la photothérapie par UVB à bande étroite, le laser fractionné, le latanoprost, le bimatoprost et les produits qui stimulent la mélanogénèse.

En ce qui concerne les infections, les plus fréquentes sont virales (principalement l'herpès simplex, rarement Epstein-Barr). Une indication importante est la douleur (pas de cloques/vésicules) après le peeling. En effet, les douleurs sont rares, même dans les zones profondes. Les infections peuvent être graves et entraîner des cicatrices permanentes si elles ne sont pas traitées rapidement. Une prophylaxie à base d'antiviraux (le valaciclovir présente la posologie la plus intéressante) est recommandée chez tous les patients traités par peeling moyen ou profond. Les infections bactériennes et fongiques sont plus rares, mais elles peuvent survenir, en particulier chez les patients qui utilisent des antibiotiques de manière inadaptée ou qui ne laissent pas respirer la zone. Penser à Candida en cas de lésions périfolliculaires.

En conclusion, le Dr Felipe nous a tous invités à devenir membres de l'International Peeling Society.

Symposium : Les produits de comblement

Symposium animé par : Dr Cortes Peralta Ely Cristina, Dr Sanchez Polania Boris Fernando, Dr Steiner Denise.

Intervenants : Dr Gonzalez Ardila Cesar Fernando, Dr Steiner Denise, Dr Zepeda Lopez Priscilla, Dr Cortes Peralta Ely Cristina, Dr Dominguez Duarte Angelica Maria, Dr Sanchez Polania Boris Fernando.

Les biostimulateurs comme alternative thérapeutique face au mélasma

Intervenant : Dr Gonzalez Ardila Cesar Fernando

Le Dr César Fernando González Ardila a commencé par rappeler que le mélasma est une maladie inflammatoire chronique et multifactorielle qui a un impact physique et émotionnel important sur les patients. Il a cité une étude menée récemment dans sa clinique, qui a montré que la qualité de vie des patients atteints de mélasma est profondément réduite. Il a également évoqué la corrélation entre d'une part la gravité et la durée du mélasma et d'autre part la qualité de vie, soulignant qu'il s'agit d'un problème chronique associé à des récurrences fréquentes, qui nécessite une approche thérapeutique globale.

1. Défis actuels dans le traitement du mélasma

Le Dr González a souligné que, bien que **le trio de Kligman** (mis au point en 1975) soit toujours utile, cette association thérapeutique ne peut pas être le seul traitement face au mélasma aujourd'hui. En effet, les patients exigent des résultats plus efficaces et plus durables, en particulier dans un contexte où de plus en plus de traitements et de résultats sont présentés sur les réseaux sociaux.

L'intervenant a insisté sur l'importance d'intégrer l'innovation et la technologie pour dépasser les attentes des patients.

2. Physiopathologie du mélasma

Une analyse détaillée de la physiopathologie du mélasma a été présentée, en mettant l'accent sur les points suivants...

3. Dommages au niveau de la membrane basale

- La membrane basale, synthétisée par les fibroblastes et les kératinocytes, subit des dommages structurels qui facilitent la circulation des cytokines dermiques vers les mélanocytes, ce qui stimule la mélanogénèse.
- En cas de mélasma, les zones touchées présentent une réponse complètement différente comparativement aux zones adjacentes, en raison des altérations au niveau de la membrane basale.

4. Rôle des fibroblastes

- L'intervenant a cité un article clé publié par Ana Espósito (du groupe d'Hélio Miot au Brésil) qui décrit la manière dont les fibroblastes dans les zones touchées par le mélasma ont un profil génétique altéré.
- Les fibroblastes présentent une surexpression des médiateurs inflammatoires et une sous-expression des facteurs liés à la différenciation cellulaire. En outre, leur croissance est plus lente et leur morphologie moins fusiforme.

5. Expression génétique dans le mélasma

- Le profil génétique du mélasma se caractérise par des mécanismes pro-inflammatoires et promélanogènes conduisant à un phénotype pigmentaire focalisé.

6. Relation avec la localisation anatomique

- L'intervenant a cité des études publiées dans *Nature* qui suggèrent que les fibroblastes se comportent différemment en fonction de leur localisation anatomique, ce qui pourrait expliquer des schémas pathologiques spécifiques comme celui du mélasma.

7. Biostimulateurs et nouvelles stratégies thérapeutiques

Le Dr González a présenté des données concernant les bénéfices des biostimulateurs pour ce qui est d'améliorer la qualité et l'éclat de la peau chez les patients atteints d'un mélasma. Des études ont montré que les biostimulateurs, sans association avec des traitements topiques ou des technologies laser, peuvent :

- améliorer la texture de la peau ;
- rendre la peau plus éclatante ;
- réduire considérablement la pigmentation.

8. Utilisation des fils PDO face au mélasma

Le Dr Gonzalez a présenté les résultats d'une étude pilote menée dans sa clinique et portant sur l'efficacité des fils PDO (polydioxanone) dans le traitement du mélasma.

Méthodologie de l'étude :

- Les patients étaient atteints d'un mélasma et n'avaient pas reçu de traitement au cours des 12 semaines précédentes.
- 10 fils PDO par côté étaient appliqués de chaque côté du visage, en association avec du collagène hydrolysé (Novabelle) pour stimuler l'environnement microcirculatoire.
- Les évaluations reposaient sur le score mMASI (Melasma Area and Severity Index) et les preuves photographiques entre la semaine 1 et la semaine 12.

Résultats :

- une amélioration de 30 à 40 % du score MASI a été observée chez tous les patients traités, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des traitements topiques, systémiques ou au laser.
- Cette approche a démontré qu'il est possible de traiter le mélasma au niveau du microenvironnement cellulaire, en prenant en compte des facteurs au-delà des mélanocytes.

Comme l'a expliqué le Dr González en conclusion, on a longtemps cru que le mélanocyte était le seul acteur du mélasma, mais il a été démontré que les fibroblastes jouent également un rôle crucial.

9. Dernière réflexion et invitation

Le Dr Gonzalez a souligné l'importance d'adopter une pensée innovante et créative pour obtenir de meilleurs résultats dans la prise en charge du mélasma. Il a également invité les participants à prendre part à la deuxième édition du congrès latino-américain sur le

mélasma et les troubles pigmentaires, qui se tiendra à Bogota du 15 au 17 août, tout en rappelant le succès retentissant de la première édition.

Embellissement des lèvres par une technique hybride : laser et produits de comblement

Intervenant : Dr Zepeda Lopez Priscilla

Le Dr Priscilla Zepeda a abordé la question du vieillissement de la peau et de son impact sur l'esthétique du visage, en particulier dans la région des lèvres. Le Dr Zepeda a indiqué que, bien que le vieillissement soit inévitable, des soins préventifs tout au long de la vie et des traitements appropriés peuvent en améliorer considérablement l'impact.

1. Vieillissement cutané

Le Dr Zepeda a expliqué que le vieillissement est dû à plusieurs facteurs, notamment les facteurs environnementaux, l'alimentation, le mode de vie et la génétique. Toutefois, l'intervenante a rappelé que la façon dont nous prenons soin de nous au fil des ans est cruciale pour atténuer les effets visibles de l'âge. L'un des aspects les plus importants du vieillissement est l'altération de la peau, qui devient plus fine, parallèlement à une diminution des fibroblastes et une réduction de la production de collagène et d'élastine, ce qui a un impact direct sur la turgescence et le volume de la peau. En outre, l'intervenante a évoqué une diminution de la vascularisation, d'où une impression de peau plus fine et vieillie.

2. Changements dans la zone péribuccale

En ce qui concerne les lèvres, le Dr Zepeda a noté que le vieillissement péribuccal est particulièrement évident. Avec l'âge, les lèvres perdent du volume et la lèvre supérieure a tendance à s'aplatir. L'arc de Cupidon, caractéristique de la jeunesse, s'estompe et les rides verticales (code-barres) deviennent plus visibles. De son côté, la lèvre inférieure a tendance à s'inverser et à s'orienter vers les dents du bas, ce qui donne aux patients une apparence plus âgée. À ces changements, s'ajoutent l'inversion de la commissure des lèvres et la perte de vascularisation, ce qui donne des lèvres pâles et sans vie.

3. Maladies des tissus sous-jacents

Le Dr Zepeda a souligné que le vieillissement ne concerne pas uniquement la peau, mais qu'il s'agit d'un processus interactif qui commence dans les tissus les plus profonds. L'intervenante a ainsi expliqué que l'atrophie osseuse et la résorption osseuse et musculaire sont des facteurs clés dans le vieillissement du visage. C'est particulièrement vrai dans la partie inférieure du visage, où les sillons nasogéniens et les unités esthétiques sont plus prononcés, ce qui peut donner un aspect « fatigué » ou « grincheux ».

4. Techniques de rajeunissement péribuccal

L'intervenante a cité les traitements les plus populaires et les plus efficaces, en particulier les produits de comblement dermique, l'application de peelings, l'utilisation de lasers, la

radiofréquence et d'autres technologies de pointe. En outre, elle a indiqué que de nombreux chirurgiens esthétiques ont commencé à adopter des techniques moins invasives, en particulier lorsqu'il s'agit de rajeunir le visage dans des zones délicates telles que la région péribuccale.

5. Approche en matière de laser ND-YAG

Le Dr Zepeda a présenté son approche personnelle dans l'embellissement des lèvres à l'aide du **laser ND-YAG**. Cette technique s'est avérée efficace pour traiter les altérations cutanées de la zone péribuccale, en améliorant la texture, la vascularisation et, bien sûr, le volume et la définition des lèvres. Le Dr Zepeda a expliqué que cette technologie permet d'obtenir des résultats naturels et moins invasifs en matière de rajeunissement péribuccal, sans les risques liés à des actes plus agressifs.

Conclusion :

Le Dr Zepeda a conclu son intervention en indiquant que le vieillissement est un processus inévitable, mais qu'avec des soins adaptés et l'utilisation de technologies de pointe, il est possible d'améliorer l'apparence de la peau et de préserver un aspect jeune et en bonne santé. L'intervenante a souligné l'importance de la prévention et des traitements précoces pour que les patients vieillissent non seulement dans la dignité, mais aussi en mettant l'accent sur leur bien-être et leur esthétique.

Cette présentation constituait une introduction utile pour les professionnels de santé qui s'intéressent aux techniques de rajeunissement péribuccal. Elle a permis de découvrir une approche équilibrée entre la science et l'esthétique dans le traitement du vieillissement du visage.

Hydroxyapatite de calcium – traitement des complications

Intervenant : Dr Cortes Peralta Ely Cristina

Le Dr Ely a présenté les principaux types de complications liés à la CaHA :

1. en lien avec le niveau de maîtrise ;
2. en lien avec le matériel ;
3. en lien avec la technique et le site d'application ;
4. complications vasculaires.

Comment les gérer ?

La formation de nodules est de loin la complication la plus fréquente. Dans ce cas, l'intervention minimale consiste à créer une hyper dilution dans le nodule à l'aide de sérum physiologique, d'eau stérile ou de hyaluronidase, puis à masser vigoureusement après l'injection et à répéter l'opération si nécessaire. Les traitements pharmacologiques (collagénase) ou au laser (Erbium/CO2) sont moins fréquents.

En cas d'occlusion artérielle, l'utilisation d'acide acétylsalicylique 300 mg, de hyaluronidase, de prednisone, de sildénafil 50 mg/jour pendant 3 jours, d'héparine SC pendant 7 jours, de doxycycline, d'aciclovir et de caisson hyperbare peut être envisagée. Au cours du suivi, en cas de troubles de la circulation, l'intervenante recommande de répéter l'injection de hyaluronidase, de continuer l'aspirine, la hyaluronidase et la prednisone tous les jours ou d'évaluer d'autres options thérapeutiques.

Traitement de la zone péribuccale à l'acide hyaluronique, au-delà de la zone vermillon

Intervenant : le Dr Dominguez Duarte Angelica Maria

Le Dr Angélica María Domínguez Duarte a présenté un exposé technique concernant les traitements esthétiques non invasifs et mini-invasifs pour l'embellissement des lèvres et de la zone péribuccale. Elle a souligné l'importance de comprendre l'anatomie du visage, de choisir des techniques au cas par cas et de privilégier des résultats dynamiques et naturels.

Points clés dans le traitement des lèvres

1. Importance du naturel et du dynamisme :

- L'intervenante a insisté sur le fait que les lèvres doivent conserver leur mobilité et leur expressivité pour éviter des résultats artificiels.
- Les lèvres immobiles ou trop traitées sont perçues comme peu attrayantes.

2. Anatomie cruciale dans le traitement des lèvres :

- **Artère faciale**
 - Elle suit un tracé tortueux au niveau de la partie antérieure du masséter et possède d'importantes branches : labiale supérieure, inférieure et coronaire.
 - Il est essentiel de connaître sa localisation, car le risque vasculaire est élevé dans la région sous-muqueuse.
- **Muscle orbiculaire de l'œil**
 - Ce muscle joue un rôle de sphincter et possède une grande amplitude de mouvement.

3. Techniques d'application des produits :

- **Réduction des rides et volume naturel**
 - Techniques mini-invasives pour les patients qui ne souhaitent pas de produits de comblement volumétriques.

- Application sur l'arc de Cupidon et le tubercule inférieur pour libérer le muscle orbiculaire de l'œil et générer un léger effet de volume.
 - **Contour des lèvres**
 - Au bord de la zone vermillon, de préférence sur la partie médiane, afin d'éviter des résultats exagérés.
 - **Augmentation du volume via des lignes verticales**
 - Traits verticaux du bord de la zone vermillon vers l'espace sous-muqueux.
 - Précision et aspiration continue sont essentielles pour éviter les complications.
4. **Utilisation d'une canule :**
- Technique considérée comme plus sûre que l'aiguille, en particulier dans les zones profondes ou à proximité de l'artère labiale.
 - La canule permet de différencier les compartiments adipeux superficiels et profonds, ce qui permet de mieux maîtriser l'injection.
5. **Correction de la commissure des lèvres :**
- Technique à l'aiguille pour relever les commissures...
 - Point d'entrée 1 à 2 mm au-dessus de la commissure.
 - Injection de produit dans des trajectoires linéaires pour fournir un soutien structurel et donner l'impression que les commissures sont relevées.

Traitement de la zone péribuccale

1. **Réduction des lignes de type code-barres :**
- Utilisation d'acide hyaluronique de faible densité pour hydrater la peau sans ajouter de volume.
 - Technique de l'éventail à partir des points d'entrée médians dans le derme.
2. **Sillon nasogénien et rides de la marionnette :**
- Acide hyaluronique de densité moyenne ou élevée, selon le degré de restructuration souhaité.

- Privilégier la canule pour un accès sûr et homogène.

3. Éviter l'allongement associé aux filtres :

- L'intervenante a expliqué que l'injection de filtres peut visuellement allonger les lèvres et ajouter du poids, ce qui nuit à l'esthétique du visage.
- Quand elle décide de traiter cette zone, elle utilise une technique sous-cutanée orientée vers la ligne médiane.

Résultats observés :

- **Proportionnalité et dynamisme**

- L'association de plusieurs techniques permet d'améliorer l'harmonie du tiers inférieur du visage tout en préservant une mobilité naturelle.

- **Rajeunissement du visage dans sa globalité**

- Le traitement de la zone péribuccale et le soutien de zones telles que le menton et la mâchoire ont un impact positif sur le tiers inférieur et le cou.

À retenir

- **Les lèvres sont un symbole de beauté et de jeunesse.**

- Il est essentiel de comprendre les attentes des patients et de choisir les bonnes techniques pour répondre à leurs souhaits sans compromettre un effet naturel.

- **Attention aux souhaits des patients.**

- **Expliquer les objectifs du traitement.**

- **Choisir le produit et la technique à utiliser.**

- **Ne pas oublier de traiter la zone péribuccale et le tissu de soutien.**

- Le traitement des lèvres ne consiste pas seulement à travailler sur la zone vermillon, mais aussi sur les régions environnantes afin d'obtenir une amélioration globale du visage.

- **Concept du PRO-VIEILLISSEMENT.**

- S'il est vrai que le vieillissement est inévitable, des solutions peuvent être proposées pour aider les patients à paraître à leur avantage à chaque étape de leur vie.

Une dernière remarque : le Dr Domínguez a invité les professionnels à continuer à perfectionner leurs compétences techniques, à se tenir au courant de l'anatomie du visage et à toujours faire passer la sécurité des patients avant tout le reste dans chaque acte de médecine esthétique.

Qualité de la peau : de la biorevitalisation à la biorégénération, approche par dispositifs injectables – associations thérapeutiques

Intervenant : Dr Sanchez Polania Boris Fernando

Introduction : le Dr Boris Fernando Sánchez Polanía a commencé par rappeler que la qualité de la peau influence non seulement la perception que les patients ont d'eux-mêmes, mais aussi leur santé émotionnelle, leur qualité de vie et leurs interactions sociales. Or malgré son importance, le concept de qualité de la peau a été négligé dans les études cliniques rigoureuses, et la terminologie utilisée pour le décrire varie considérablement d'un professionnel à l'autre.

Définition de la qualité de la peau : le Dr Sanchez a expliqué que la qualité de la peau peut être évaluée à l'aide de 16 attributs clés, notamment :

- les ridules et les rides ;
- la sécheresse et l'excès de sébum ;
- le relâchement, la fermeté et l'épaisseur.

Ces attributs servent de guide objectif aux médecins pour évaluer l'état de la peau et permettent d'adopter un langage commun pour la décrire.

Rôle de la matrice extracellulaire dans le vieillissement de la peau : d'après le Dr Sánchez, le vieillissement cutané est lié à des changements structurels dans toutes les couches de la peau, en particulier dans la matrice extracellulaire (MEC). Cette structure, qui fournit un soutien biochimique et cellulaire au derme, est essentielle au maintien d'une peau saine.

Les données ont montré que le fibroblaste joue un rôle majeur dans la synthèse des composants de la MEC, y compris les fibres de collagène et l'élastine. Avec le vieillissement, ces fibres se fragmentent sous l'effet d'enzymes telles que les métalloprotéases, ce qui entraîne une fragmentation du collagène dermique -> dégradation de la MEC -> affaissement des fibroblastes.

Cet affaissement réduit la production de collagène et d'élastine, ce qui contribue au relâchement, à la perte d'élasticité et à d'autres signes de l'âge.

Interventions visant à améliorer la qualité de la peau : le Dr Sanchez a mis en évidence trois approches principales, étayées par des preuves scientifiques, pour intervenir sur la qualité de la peau...

1. Biorevitalisation

- Il s'agit d'étirer les fibroblastes pour améliorer la production de collagène.
- Cette technique utilise des produits tels que des acides hyaluroniques à petites particules appliqués par voie intradermique ou sous-cutanée.
- Elle améliore l'architecture et le soutien de la peau.

2. Biostimulation

- Elle consiste à recruter des fibroblastes et à les transformer en myofibroblastes pour augmenter la synthèse de collagène de type I et III.
- Outils : biostimulateurs de collagène tels que l'hydroxyapatite de calcium, l'acide polylactique, le polycaprolactone et le polydioxanone, ainsi que les technologies à base d'énergie.

3. Biorégénération

- Cette approche induit la surexpression des gènes associés à la synthèse de la matrice extracellulaire.
- Cette méthode associe des biostimulateurs et des acides hyaluroniques libres et réticulés pour améliorer la texture, la fermeté et l'éclat.

Données cliniques et résultats : l'intervenant a présenté des études qui montrent comment l'association de plusieurs traitements peut transformer significativement la qualité de la peau...

- Les acides hyaluroniques réticulés et libres améliorent le grain de peau, réduisent la taille des pores et augmentent l'éclat.
- Les biostimulateurs tels que l'acide polylactique favorisent la régénération de la MEC, augmentent la fermeté et réduisent le relâchement cutané.

Le Dr Sanchez a présenté des cas cliniques dans lesquels plusieurs traitements ont été associés :

- utilisation de canules pour l'application subdermique et sous-cutanée de produits ;
- amélioration visible des contours du visage, de la fermeté et de l'éclat ;
- des patients présentant un relâchement et une perte de définition au niveau des joues et de la mâchoire ont montré une nette amélioration après le traitement.

Associations thérapeutiques : le protocole proposé comprend...

- de l'acide hyaluronique superficiel pour une hydratation en profondeur ;

- de l'acide polylactique dans les couches sous-cutanées pour stimuler le collagène ;
- un traitement qui ne se concentre pas uniquement sur le visage, mais aussi sur le cou et les zones adjacentes pour un rajeunissement harmonieux.

Résultats observés :

- amélioration de la texture et de l'éclat de la peau ;
- un contour du visage mieux défini ;
- réduction significative du relâchement dans des zones telles que les joues et le cou.

Conclusions : pour finir, le Dr Sanchez a expliqué que traiter la qualité de la peau, ce n'est pas uniquement combattre les signes superficiels du vieillissement. Il s'agit d'une approche complète qui associe la science, la technique et l'art pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient. Cette approche permet non seulement d'améliorer l'apparence, mais aussi de renforcer la confiance et le bien-être émotionnel des patients. **« Il est impossible d'arrêter le vieillissement, mais nous pouvons accompagner nos patients dans ce processus, en les aidant à vieillir au mieux. »**

Symposium : La toxine botulique

Symposium animé par : Dr Alcala Perez Daniel

Intervenants : Dr Alcala Perez Daniel, Dr Dominguez Duarte Angelica Maria, Dr Olivera Rosa, Dr Ruiz Avila Javier, Dr Montiel Judith.

Nouveautés concernant la toxine botulique

Intervenant : Dr Alcala Perez Daniel

Introduction

Le Dr Daniel Alcala Perez a passé en revue les caractéristiques innovantes et les nouvelles utilisations des toxines botuliques, en soulignant les avancées en matière de sérotypes, de formulations liquides et d'utilisations autres dans des domaines tels que la neurologie, la dermatologie et l'esthétique avancée.

Évolution des toxines botuliques

Le Dr Alcala a présenté en détail le parcours historique et scientifique des toxines botuliques, depuis leurs premières versions jusqu'aux formulations actuelles. Il a évoqué les sujets suivants...

- **Sérotypes disponibles :** bien qu'il existe 7 sérotypes de neurotoxines botuliques, les toxines de type A et B restent les plus utilisées dans la pratique clinique. La neurotoxine botulique E se caractérise par un effet plus rapide, mais plus court.

- **Toxines génétiquement modifiées** : l'objectif de ces modifications est d'obtenir une action plus rapide et plus personnalisée, adaptée à la durée souhaitée en fonction de la région anatomique traitée.
- **Innovations en matière de formulations** : l'intervenant a souligné les avantages des toxines botuliques sous forme liquide qui sont sur le point d'être mises sur le marché (Medytox - NivobotulinumtoxinA). Ces avantages sont notamment :
 - **la facilité de préparation** : la présentation liquide élimine les erreurs de dilution, réduit le risque de contamination et supprime le temps de préparation ;
 - **un impact moindre sur l'environnement** : en réduisant l'utilisation de fournitures médicales telles que les seringues et les aiguilles, ces formulations favorisent le développement durable ;
 - **l'efficacité opérationnelle** : les toxines liquides sont prêtes à l'emploi, ce qui permet d'optimiser les actes de médecine esthétique.

Applications esthétiques avancées

Le Dr Alcalá a mis l'accent sur plusieurs utilisations innovantes de la toxine botulique...

- **Microbotox (ou Baby Botox)** : il est utilisé pour améliorer le grain de peau en appliquant des doses diluées sur les zones périoculaires et faciales, ce qui procure un effet lifting subtil (dilution 1:5).
- **Correction des asymétries faciales** : dans les cas de paralysie faciale en particulier, les toxines aident à équilibrer la symétrie esthétique et fonctionnelle.
- **Réduction de l'hypertrophie du masséter** : des applications précises permettent de redessiner le contour de la mâchoire et de réduire le volume du masséter.

Applications médicales à l'étude

- **Troubles de la pigmentation** : le rôle potentiel de la BoNT dans l'inhibition de la mélanogénèse est étudié en raison de sa capacité à scinder les protéines SNARE VAMP 1-3. La toxine botulique pourrait potentiellement être utile dans le traitement de la mélanose et prévenir la progression de tumeurs telles que les mélanomes.
- **Dépression** : des études de phase III suggèrent que ce traitement peut améliorer l'humeur, mais les chercheurs ignorent si les effets sont neurologiques ou psychologiques.
- **Acné** : bien que les résultats soient variables, des études préliminaires suggèrent que la toxine botulique diminue la production de sébum et les lésions inflammatoires.

- **Alopécie** : les chercheurs étudient l'effet de la toxine botulique dans deux objectifs : prolonger la phase anagène du follicule pileux (baisse de l'activité des cellules au niveau de la papille dermique) ; et réduire l'inflammation au niveau du cuir chevelu (réduction du TNF alpha et des interleukines).
- **Migraines** : cette utilisation bien établie continue d'être optimisée en termes de dose et de localisation.
- **Démangeaisons** : plusieurs théories ont été formulées concernant le mécanisme d'action de la toxine botulique, mais les données disponibles sont insuffisantes.

Considérations anatomiques et techniques

Le Dr Alcalá a souligné l'importance de connaître l'anatomie spécifique de chaque patient afin d'obtenir des résultats optimaux. Parmi les dernières avancées, il a cité les suivantes...

- **Techniques de lifting des sourcils** : le nombre et la localisation des points d'injection doivent être ajustés en fonction de l'objectif esthétique souhaité (lifting frontal complet ou partiel). Il est recommandé d'injecter la toxine près du bord du sourcil, voire en dessous, afin d'éviter les effets indésirables tels que le ptosis.

Effets indésirables et controverses

Le Dr Alcalá a évoqué l'apparition de réactions allergiques inhabituelles, telles qu'un érythème et des démangeaisons au niveau du site d'injection, événements qui sont observés même avec des marques de toxine connues. L'intervenant a également évoqué des domaines de recherche non concluants, tels que les utilisations suivantes de la toxine botulique...

Nouvelles tendances en médecine esthétique

L'intervenant a cité de nouvelles techniques comme le « Barbie Botox », utilisé pour affiner et allonger le cou grâce à 6 points d'injection bilatéraux (5U par point) dans le muscle trapèze. Cette tendance a gagné en popularité grâce à sa mise en lumière sur les réseaux sociaux.

Conclusions :

Pour finir, le Dr Alcalá a rappelé l'importance de résultats à l'effet naturel tout en soulignant les progrès constants de la recherche concernant la toxine botulique. Il a insisté sur la nécessité de personnaliser chaque traitement et de se tenir au courant des dernières découvertes scientifiques pour garantir une utilisation efficace et sans danger.

Trucs et astuces au niveau du tiers supérieur

Intervenant : le Dr Dominguez Duarte Angelica Maria

Le Dr Angélica María Domínguez Duarte a présenté les techniques avancées d'application des toxines botuliques pour traiter différents muscles du visage. Elle s'est concentrée sur l'anatomie fonctionnelle et sur la manière d'optimiser les résultats esthétiques naturels tout en évitant les effets indésirables, via les conseils suivants...

1. Ne pas trop relâcher le muscle frontal, surtout dans sa partie centrale, car c'est le seul élévateur du tiers supérieur.
2. Chez les personnes âgées dont les muscles frontaux sont atrophiés, toujours traiter en hauteur et modeler les sourcils selon le dessin souhaité.
3. Si l'on souhaite relever davantage les sourcils, surtout dans les parties centrales et latérales, utiliser la technique BANE.
4. Les muscles frontal, nasal, orbiculaire de l'œil, élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez et abaisseur du sourcil participent également à la contraction de la zone entre les sourcils.
5. Plusieurs muscles situés au même endroit, mais à des profondeurs différentes, sont impliqués dans la contraction de la zone entre les sourcils.
6. Ne JAMAIS oublier d'évaluer la nécessité de traiter le muscle abaisseur du sourcil, surtout après plusieurs traitements par toxines qui favorisent son hypertrophie. En effet, ce muscle, initialement peu étudié dans les textes anatomiques, joue un rôle crucial dans le tiers supérieur du visage. Le Dr Dominguez a fait part de ses observations personnelles concernant l'hypertrophie musculaire secondaire à plusieurs traitements à la toxine botulique et concernant l'influence de ces modifications sur l'esthétique de la zone entre les sourcils.
7. Pour relever le sourcil, il est possible de détendre le muscle orbiculaire de l'œil sur toute la partie supérieure du sourcil, et pas uniquement sur la partie latérale.
8. La réduction des doses N'EST PAS SYNONYME de naturel ; en revanche, l'effet est systématiquement plus court. La dose standard dans le tiers supérieur est en moyenne de 64 unités (certains patients ont besoin de plus et d'autres de moins).

Le Dr Dominguez a souligné l'importance de comprendre l'anatomie du visage et la dynamique des muscles pour garantir des résultats sûrs, efficaces et naturels dans l'injection de toxines botuliques. Pour finir, elle a remercié les participants tout en rappelant l'importance d'une utilisation prudente, personnalisée et fondée sur des données probantes.

La toxine botulique face à l'hyperhidrose

Intervenant : Dr Olivera Rosa

Le Dr Rosa Olivera a commencé son intervention en se concentrant sur les traitements de l'hyperhidrose par toxine botulique, tout en soulignant son expérience avec la marque de

toxine botulique, avant d'évoquer l'élaboration de directives internationales en la matière. La présentation comprenait des conseils pratiques sur la manière de traiter les différentes zones du corps, en commençant par les aisselles. L'intervenante a également évoqué le bon dosage et l'importance d'utiliser des flacons de 100 ou 500 unités, selon le cas.

Points clés :

- **Dosage et utilisation :** le Dr Olivera a rappelé qu'une dose d'au moins 50 unités par zone est nécessaire pour traiter l'hyperhidrose, en particulier au niveau des aisselles. Elle a ensuite montré comment appliquer la toxine en des points équidistants (25 unités dans chaque point, selon un mouvement radial, au centre de deux cercles concentriques), en utilisant une technique d'injection simple de 50 unités par aisselle, soit un total de 100 unités.
- **Prise en charge de la douleur :** pour gérer la douleur pendant l'intervention, l'intervenante recommande l'utilisation de glace ou de vibrations. Dans certains cas, des blocs locaux à la lidocaïne peuvent être utiles, en particulier dans les zones les plus sensibles comme les mains. La gestion de la douleur devient un défi majeur lorsqu'il s'agit de traiter des zones telles que les mains ou les pieds.
- **Techniques d'injection dans d'autres zones :** l'intervenante a montré comment effectuer le traitement sur les mains, en expliquant que l'injection de toxine botulique dans cette zone nécessite un dosage spécifique (50 unités de toxine diluées dans une solution saline). Elle a par ailleurs abordé les techniques de traitement de zones telles que les pieds et les aisselles, où il est possible d'utiliser une aiguille plus courte ou des méthodes plus précises afin d'éviter une raideur musculaire.
- **Évaluation et personnalisation :** le Dr Olivera a souligné l'importance de personnaliser chaque traitement en fonction des besoins des patients, afin de garantir l'efficacité et l'innocuité des injections. En outre, elle a évoqué la nécessité d'ajuster la dose et la technique en fonction de la zone et de la profondeur musculaire.
- **Examens diagnostiques :** pour l'identification des zones d'hyperhidrose, l'intervenante a présenté une technique de diagnostic simple à l'aide d'amidon et d'iode, qui permettent de repérer visuellement les zones de transpiration excessive.
- **Effets indésirables :** bien que rares, l'intervenante a cité plusieurs effets indésirables, par exemple des hématomes, des douleurs dans les mains et une faiblesse dans le mouvement de pince avec le pouce, qui peuvent survenir pendant le traitement. Ces effets sont généralement légers et temporaires.
- **Cas particuliers :** dans des situations plus complexes, comme les patients souffrant d'hyperhidrose dans des zones moins courantes ou les personnes souffrant de douleurs intenses, d'autres techniques sont possibles, comme l'anesthésie locale

avec garrot, méthode qui est toutefois moins utilisée en raison de l'inconfort qu'elle génère.

- **Techniques en cas d'hyperhidrose sévère** : l'intervenante a montré l'utilisation de la toxine botulique chez les patients amputés ou dans des zones comme l'aîne, les fesses et le dos, selon un protocole spécifique.

En conclusion, le Dr Rosa Olivera a expliqué que dans le traitement de l'hyperhidrose par toxine botulique, la clé du succès réside dans la personnalisation du traitement et le choix de doses et des techniques adaptées en fonction des besoins des patients, ce qui garantit des résultats durables et naturels.

Toxine botulique dans le tiers inférieur du visage

Intervenant : Dr Ruiz Avila Javier

Dans le cadre de sa présentation, le Dr Javier Ruiz Ávila a abordé les aspects les plus importants de l'utilisation de la toxine botulique dans la zone péribuccale, en insistant sur le choix de doses adéquates et personnalisées pour chaque patient. L'intervenant a indiqué que bien qu'elle soit un sujet récurrent et bien connu en médecine esthétique, la toxine botulique reste une question d'actualité en raison de son efficacité et du développement constant de nouvelles techniques.

1. **Importance des doses personnalisées** : le Dr Ruiz Avila a insisté sur le fait que chaque patient est unique et que les doses de toxine botulique doivent donc être soigneusement ajustées. Il a rappelé que les petites doses peuvent donner d'excellents résultats, mais, si elles ne sont pas administrées correctement, elles peuvent également avoir des effets indésirables. Pour les zones telles que le tiers inférieur du visage, comme le menton et le platysma, il a souligné la nécessité de suivre des directives détaillées et des techniques précises.
2. **Techniques de microdosage dans la région péribuccale** : le Dr Ruiz Avila a expliqué sa méthode d'injection de micro-doses de toxine botulique dans la région de la lèvre supérieure, en particulier pour traiter les « codes-barres » ou les rides d'expression. Ces faibles doses, 3 à 4 unités par zone, permettent d'estomper les rides sans paralyser complètement les muscles du visage, afin que les patients conservent une expression naturelle.
3. **Effet des réseaux sociaux sur les attentes des patients** : les réseaux sociaux ayant gagné en influence, les patients arrivent souvent dans les cabinets avec des attentes irréalistes, inspirés par les vidéos et photos avant/après qu'ils ont vues sur des plateformes comme Instagram. Le Dr Ruiz Avila a souligné qu'il est important d'informer les patients sur ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, et d'éviter les promesses irréalistes de résultats immédiats ou parfaits.
4. **Innovation dans les traitements** : le recours à des produits nouveaux et des techniques nouvelles était un sujet central dans son intervention. Ainsi, l'intervenant a évoqué les **filis liquides**, option innovante qui est principalement utilisée pour

traiter la région péribuccale et qui commence à gagner en popularité dans des pays tels que la Corée, la Russie et certaines parties de l'Europe. Ce produit, à base de polydioxanone, est l'un des rares biostimulateurs pouvant être utilisés en toute sécurité dans la zone péribuccale.

5. **Les biostimulateurs et leur utilisation en médecine esthétique faciale :** outre la toxine botulique, le Dr Ruiz Avila a évoqué les biostimulateurs, en particulier les acides hyaluroniques de faible densité, pour améliorer la qualité de la peau et traiter le relâchement, notamment dans les tiers moyen et supérieur du visage. Ces traitements, tels que les **peptides régénérateurs** et les **exosomes**, sont complémentaires des traitements à la toxine botulique et peuvent aider à prolonger l'effet dans la durée.
6. **Recommandations et approche complète en médecine esthétique :** enfin, le Dr Ruiz Avila a souligné l'importance d'associer les traitements esthétiques et une approche complète comprenant des habitudes saines telles qu'une alimentation équilibrée, de l'exercice physique régulier et un repos suffisant. Il a rappelé que, s'il est vrai que la médecine esthétique a un impact important, elle ne doit pas être le seul aspect envisagé pour conserver une peau et un corps sains sur le long terme.

En résumé, la présentation du Dr Javier Ruiz Avila a fourni des informations précieuses sur les techniques modernes et l'utilisation adaptée de la toxine botulique, tout en soulignant l'importance de personnaliser les traitements au cas par cas et de fixer des attentes réalistes dans le contexte de la médecine esthétique. L'intervenant a également mis l'accent sur l'utilisation de technologies et de traitements innovants, tels que les fils liquides et les biostimulateurs, afin d'obtenir des résultats optimaux sans compromettre les expressions faciales naturelles.

Parte inferior do formulário

Effets de plus en plus courts de la toxine botulique : comment contourner ce problème ?

Intervenant : Dr Pabon Ospina Luz Helena

Le Dr Luz a cité l'exemple d'une patiente de 52 ans qui a reçu 44 unités de toxine onabotulinique, plus un rappel de 7 unités de toxine botulique. Malgré des résultats satisfaisants, cette patiente est revenue 5 semaines plus tard, car l'effet du traitement avait disparu. Le jour où cette patiente a été traitée, sa mère et sa sœur ont elles aussi reçu une toxine de la même marque et du même lot et ont obtenu une excellente réponse, sans qu'il soit nécessaire de procéder à de nouvelles injections.

Échecs thérapeutiques de la toxine botulique

L'échec thérapeutique de la toxine botulique fait débat depuis 1988. L'intervenante a expliqué que cet échec peut être classé en plusieurs catégories...

Les non-répondeurs primaires

Ils ne répondent ni à la première injection ni aux injections ultérieures.

Les raisons de ces échecs thérapeutiques sont les suivantes : doses trop faibles, injection dans le mauvais muscle et contractures musculaires, antécédents de botulisme, antécédents de vaccination, BoNT mal emmagasinée/dégradée.

Les non-répondeurs secondaires

Ils cessent de répondre après une période initiale d'efficacité.

Les raisons des échecs thérapeutiques sont les suivantes : présence d'anticorps neutralisants (53,5 %), doses insuffisantes, mauvaise localisation, modification des schémas d'activité musculaire ou progression de la maladie, reconstitution agressive, conditions de conservation inadaptées, facteurs génétiques (HLA, maladies auto-immunes).

Formation d'anticorps neutralisants : facteurs de risque

Doses élevées à chaque séance, doses cumulées élevées (le Dr Pabon a rappelé que les doses cumulées de toxine botulique ne doivent pas dépasser 400 unités par période de trois mois. En outre, elle a expliqué que les doses utilisées à des fins cosmétiques sont considérablement moins élevées que celles utilisées à des fins médicales ou neurologiques), utilisation de RimabotulinumtoxinB, intervalles courts/rappel 1 à 2 semaines après l'injection initiale, injection près des ganglions lymphatiques (cou), maladies auto-immunes.

Études concernant les échecs thérapeutiques

Le Dr Pabón a évoqué une étude de 2021 par José et al. qui a montré des résultats prometteurs chez les patients ayant reçu de la toxine botulique de type A à la semaine 12 et chez qui des améliorations significatives ont été observées à la semaine 14. Ce résultat suggère que les facteurs immunologiques et neurologiques jouent un rôle important dans l'échec thérapeutique.

Recommandations pour optimiser l'utilisation de la toxine botulique

Réaliser une dilution adaptée et un dosage correct, respecter les conditions de conservation et éviter d'utiliser des flacons ouverts au-delà d'une certaine durée, espacer correctement les injections (au moins 12 semaines), coordonner les périodes d'injection avec d'autres traitements spécialisés afin d'optimiser les résultats. Envisager l'utilisation de l'IncobotulinumtoxinA en cas d'échec secondaire.

En cas d'échec thérapeutique secondaire, le Dr Pabon explique qu'il peut être nécessaire d'interrompre les injections (« pause » de 1 à 2 ans), et certaines études préconisent également d'envisager l'utilisation du **zinc** (bien que cette recommandation est controversée).

Symposium : La médecine esthétique en cas de maladie auto-immune

Symposium animé par : Dr Brayne Paula Peter, Dr Diaz Yadira.

Intervenants : Dr Brayne Paula Peter, Dr Miniño Brea Martha, Dr Frias Jennifer, Dr Giansante Elda, Dr Misticone Moreno Susana, Dr Diaz Yadira.

Approche face aux patients atteints de maladies auto-immunes en médecine esthétique

Intervenant : Dr Paula Familia Peter Brayne

Cette présentation portait principalement sur la relation entre les maladies auto-immunes et les actes cosmétiques, notamment les différences entre les systèmes immunitaires innés et adaptatifs, les facteurs ayant un impact sur l'immunité dans la peau, et les précautions nécessaires lors du traitement de patients souffrant de pathologies auto-immunes.

Immunité : innée et adaptative

1. Immunité innée

- C'est le système de défense que nous possédons dès la naissance.
- Il réagit immédiatement face aux agents infectieux ou traumatiques.
- Il comprend des cellules telles que les macrophages, les neutrophiles et les « natural killer » (NK).
- Il reconnaît un nombre limité d'antigènes.

2. Immunité adaptative

- Elle évolue avec le développement de l'organisme.
- Elle est plus précise et reconnaît un nombre illimité d'antigènes.
- Elle est médiée par les lymphocytes B et T, qui produisent des anticorps.
- Son activation est plus lente comparativement au système immunitaire inné.

3. Défenses de la peau

- La peau est un organe intelligent qui possède son propre système immunitaire.
- **Kératinocytes** : première ligne de défense.

- **Cellules de Langerhans** : elles jouent un rôle de sentinelles et présentent les antigènes aux lymphocytes T.
- L'intervenante a évoqué l'identification récente des lymphocytes B dans la peau, découverte qui permet des traitements plus ciblés.

Les maladies auto-immunes et leur impact sur la peau

1. Généralités

- Il existe plus de 80 maladies auto-immunes.
- Les manifestations cutanées sont présentes dans 75 % des cas.
- Environ 10 % de la population souffrent d'une maladie auto-immune.

2. Considérations préalables à un acte esthétique

- Évaluer le type de maladie (par exemple : photosensibilité, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde, syndrome des antiphospholipides).
- Déterminer si la maladie est en rémission depuis au moins 6 mois.
- Identifier les comorbidités et les lésions cumulées au niveau des organes.

3. Facteurs déclenchants

- Interventions invasives et médicaments tels que les anticoagulants, les anticonvulsivants et les antibiotiques.
- Les biothérapies (par exemple, l'adalimumab) peuvent avoir un impact sur la stabilité de la maladie.

Précautions et examen des antécédents

1. Antécédents médicaux complets

- Vérifier les antécédents familiaux et personnels.
- Identifier les traitements médicamenteux actuels.
- Effectuer un examen physique complet afin de détecter les éventuelles lésions associées à la maladie.

2. Analyses de laboratoire recommandées

- Hémogramme, VHS.
- Taux de vitamine D et de ferritine.

- Hormones thyroïdiennes et anticorps antithyroïdiens.
 - Complément et autres anticorps spécifiques.
3. **Consentement éclairé** : l'intervenante a expliqué qu'en République dominicaine, il est important d'obtenir un consentement juridiquement valable, signé devant un avocat afin de garantir sa valeur légale.

Actes de médecine esthétique chez les patients atteints de maladies auto-immunes

1. Évaluation des risques

- S'assurer que le patient ne présente pas d'inflammation active.
- Éviter d'ajouter des produits de comblement sur des traitements précédemment injectés.
- Attention aux patients photosensibles.

2. Produits et techniques

- Utiliser des produits de faible poids moléculaire et modérément réticulés.
- L'injection doit être précise et éviter les profondeurs extrêmes.

3. Soins post-traitement

- Éviter les activités susceptibles de provoquer une inflammation, par exemple le sport intense ou les saunas.
- Surveiller les réactions possibles telles que l'érythème, l'œdème, les changements de la pigmentation, les granulomes ou les infections bactériennes à retardement.

Conclusion

1. Importance du dialogue entre le médecin et les patients

- Écouter les attentes des patients et évaluer la faisabilité.
- Expliquer les risques possibles et les résultats pouvant être espérés de manière réaliste.

2. Effets indésirables

- Reconnaître les complications précoces et les traiter au moyen d'antibiotiques adaptés.
- Éviter d'avoir immédiatement recours aux corticoïdes.

3. Principales recommandations

- Attendre une rémission stable avant de procéder à des actes médicaux.
- Désinfecter à la chlorhexidine et non à l'alcool.
- Utiliser en priorité des produits sûrs et des techniques adaptées afin de réduire les risques.

Cette présentation a souligné la nécessité d'une prise en charge globale et personnalisée des patients atteints de maladies auto-immunes qui souhaitent subir des actes de médecine esthétique, en accordant toujours la priorité à leur sécurité et à leur bien-être.

Contre-indications esthétiques dans les collagénoses

Intervenant : Dr Miniño Brea, Martha

Le Dr Martha a évoqué une approche complète pour traiter les patients atteints de maladies auto-immunes. Elle a insisté sur la nécessité de changer d'attitude face à la vie, de modifier les comportements, les modes de vie et les modes de pensée susceptibles d'induire une inflammation. Sa présentation portait sur les contre-indications, les facteurs qui perpétuent l'inflammation et les soins à apporter à ces patients, y compris les aspects cosmétiques.

Points clés concernant les changements de mode de vie

1. Éviter l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) :
 - Les rayons UV sont un photosensibilisateur qui ont des effets délétères sur les patients atteints de maladies auto-immunes.
 - Les UV endommagent les acides nucléiques et déclenchent une inflammation chronique persistante en activant l'inflammasome.
 - Des taux sériques optimaux de vitamine D sont associés à une meilleure photoprotection et à une réduction de l'activité inflammatoire.
2. Nutrition et microbiome intestinal :
 - L'alimentation joue un rôle crucial, en particulier dans les maladies telles que la polyarthrite rhumatoïde.
 - La dysbiose intestinale affecte l'axe peau-intestin-cerveau et peut exacerber les signes et symptômes des maladies auto-immunes.
 - Les médicaments utilisés face à ces maladies modifient également la perméabilité intestinale.
3. Exercice physique :

- Il est recommandé de pratiquer une activité physique modérée, car cela améliore la fonction immunitaire tout en réduisant l'inflammation et la fatigue (symptôme courant dans les maladies telles que le lupus).
- L'exercice doit être adapté pour éviter une mobilisation excessive.

4. Stress et sommeil :

- Le stress induit une inflammation chronique et modifie les réponses immunitaires de type Th1 et Th2.
- L'amélioration de la qualité du sommeil grâce à la mélatonine peut contrecarrer l'inflammation et améliorer la qualité de vie.

5. Élimination des substances nocives :

- Tabagisme - Il nuit à l'immunité innée et adaptative, ce qui réduit l'efficacité de certains traitements tels que les antipaludéens et les biothérapies.
- Alcool et drogues récréatives - Ils induisent une inflammation systémique et altèrent l'efficacité des médicaments.
- Café - Il n'est pas contre-indiqué, mais une consommation excessive peut augmenter l'inflammation en cas de polyarthrite rhumatoïde (>7 tasses/jour).

Contre-indications absolues et relatives dans le cadre des maladies auto-immunes

1. Contre-indications absolues :

- Abandon du traitement.
- Tabagisme.
- Exposition au soleil insuffisamment contrôlée (peut avoir un rôle protecteur contre la sclérose en plaques, le diabète de type I, la polyarthrite rhumatoïde).
- Consommation d'alcool et de drogues récréatives.

2. Contre-indications relatives :

- Activité physique extrême (par exemple, marathons, CrossFit).
- Interventions invasives chez les patients atteints d'une maladie active.
- Grossesse dans certaines maladies insuffisamment surveillées.

Aspects cosmétiques dans le cadre des maladies auto-immunes

1. Acide hyaluronique :

- Les produits de faible poids moléculaire peuvent induire des réponses inflammatoires via les récepteurs de type Toll 2 et 4. Leur utilisation face au lupus fait encore débat.
- Les réactions à retardement sont médiées par les lymphocytes Th1. 3 théories : structure de l'AH, biofilm, état immunologique. Chez les patients vaccinés ou ayant des antécédents de COVID-19, d'infections dentaires, de processus auto-immuns actifs, de traitement par AH de faible poids moléculaire, ces risques peuvent être accrus.

2. Lupus :

- Condition requise : maladie faiblement active ou en rémission ; ne jamais abandonner le traitement. Utilisation du laser en cas d'hyperpigmentation, ou stimulation du collagène, ce qui permet de traiter le lupus et d'autres affections, toujours sous contrôle médical. Pour le transfert de tissus adipeux (lupus profond), prétraitement par corticoïdes. AH, PLLA -> effets satisfaisants et aucune réaction indésirable ni aggravation de la maladie.
- Interventions invasives : risque accru de complications -> réactivation de la maladie, hypercoagulation, altérations de la cicatrisation.

3. Sclérodémie :

- Les traitements cosmétiques doivent être axés sur la fonctionnalité, par exemple améliorer la microstomie et faciliter les activités de base (parler, manger).
- Des techniques telles que le transfert de tissus adipeux et le laser pulsé sont recommandées pour traiter le durcissement de la peau.

4. Implants mammaires et produits en silicone :

- Peuvent induire des maladies auto-immunes (syndrome ASIA).
- Processus sclérodermiforme.
- Présence d'anticorps anti-centromères -> réversible après élimination du produit.
- Le retrait des implants améliore généralement les signes et symptômes, même sans traitement supplémentaire.

Conclusions et recommandations

- La santé dans le cadre des maladies auto-immunes nécessite un changement complet d'hygiène de vie et d'environnement.
- Ne jamais arrêter le traitement, même si les signes et symptômes s'améliorent.
- Adapter les activités physiques et éviter les facteurs de risque absolu tels que l'alcool, le tabac et l'exposition au soleil.
- Les actes de médecine esthétique et réparatrice peuvent être réalisés sous surveillance médicale stricte à condition que le patient présente une rémission ou une activité minimale.
- L'AH de faible poids moléculaire peut provoquer des réactions d'hypersensibilité - > attention à la COVID.
- Une collaboration étroite avec des spécialistes (rhumatologues, dermatologues) doit être maintenue pour évaluer les risques et les bénéfices.

Message final : l'observance et une approche pluridisciplinaire sont essentielles pour garantir une meilleure qualité de vie aux patients atteints de maladies auto-immunes.

Produits de comblement. Est-ce possible ? Lequel ? Pour quelle utilisation ?

Intervenant : Dr Frías Mendez Jennifer Antonia

Le Dr Jennifer Frías, au cours de sa présentation, a évoqué les actes de médecine esthétique chez les patients atteints de maladies auto-immunes, en particulier le lupus érythémateux disséminé (LED) et d'autres maladies du tissu conjonctif. L'intervenante a souligné l'équilibre délicat entre d'une part les bénéfices fonctionnels et esthétiques et d'autre part le risque de réactivation de la maladie. En outre, elle a présenté des cas cliniques pertinents et des publications qui sont en faveur des pratiques actuelles.

Patients atteints de lupus et médecine esthétique : considérations clés

- Patients célèbres atteints de lupus : le Dr Frías a cité des personnalités publiques telles que Michael Jackson et Selena Gomez, qui présentent tous deux des antécédents de lupus et ont parlé publiquement de leur combat contre la maladie.
- Objectif esthétique et fonctionnel : les patients cherchent non seulement à améliorer leur apparence, mais aussi leur qualité de vie, d'où une nécessité d'interventions sûres aux résultats durables.
- Conflits d'intérêts : l'intervenante a rappelé l'importance de faire la distinction entre les traitements purement esthétiques et ceux qui améliorent la fonction des tissus touchés par la maladie.

Revue de la littérature concernant les traitements injectables

1. Sécurité des interventions en cas de lupus inactif :

- Les études indiquent qu'il n'existe aucune preuve concluante de réactivation du LED à la suite de traitements cosmétiques, à condition que la maladie soit inactive depuis au moins 6 mois et que les patients ne soient pas sous immunosuppresseurs puissants.
- Ces interventions sont étayées par des données probantes de niveau 2A-2B.

2. Options thérapeutiques évoquées :

- Graisse autologue :
 - Avantages : ce traitement est biocompatible, abordable et apporte des bénéfices fonctionnels durables. Il favorise également l'angiogenèse et améliore la qualité des tissus.
 - Limites : la survie du greffon varie entre 25 et 80 %. Son utilisation peut être compliquée en cas de fibrose.
 - Technique : les graisses doivent être prélevées selon une méthode minutieuse, affinées à la centrifugeuse et injectées à l'aide de canules spéciales pour éviter les lésions vasculaires.
 - Données cliniques : quand il est efficace, le traitement permet des améliorations fonctionnelles et esthétiques persistantes.
- Acide hyaluronique et autres biostimulateurs :
 - Ils permettent des résultats immédiats et une faible incidence des effets indésirables, mais nécessitent plusieurs séances à petite dose.
 - Chez les patients atteints de lupus, il est recommandé d'utiliser des petits volumes pour réduire le risque de nodules.

Présentation de cas cliniques

1. Cas 1 : patiente atteinte de panniculite lupique.
 - Contexte : maladie diagnostiquée en 2008 ; atrophie faciale sévère traitée par des lipo-transferts à différents stades.
 - Résultats : améliorations visibles de la fonction buccale et de l'esthétique après des interventions en 2023 et 2024. Des bénéfices cumulés ont été observés après chaque intervention.
 - Complication : malgré de bons résultats initiaux, une réactivation du LED a été observée après la dernière intervention.
2. Cas 2 : patient présentant une fibrose sévère après une liposuction.

- Contexte : patient jeune atteint de panniculite lupique, inactive depuis 20 ans. Plusieurs lipo-transferts ont été effectués, mais les résultats ont été limités en raison de la mauvaise qualité du tissu utilisé.
- Complication : réactivation de la maladie après les interventions, mise en évidence par une protéinurie et des signes et symptômes systémiques.

Études pertinentes

- Recherche menée à Naples :
 - Évaluation de différentes techniques de gestion de la graisse autologue (macro-, micro- et nano-graisse) chez des patients atteints de maladies auto-immunes. Les résultats ont montré une grande satisfaction et des améliorations fonctionnelles et esthétiques, malgré une survie variable des greffons.
- Enquête au Brésil (2023) :
 - Cette enquête a analysé l'expérience des dermatologues concernant les produits de comblement au niveau du visage chez les patients atteints de lupus. Un taux de réactivation de la maladie de 6,8 % et un taux de complications de 8 % ont été observés (chiffres similaires à ceux des patients sans lupus).

Conclusions :

Critères stricts avant les traitements :

- Avant toute intervention, les médecins doivent impérativement établir et connaître les critères d'activité des patients atteints de collagénoses.
- Les interventions doivent être réalisées à un moment où la maladie est inactive et stable.
- Entre autres bénéfiques, les produits de comblement constituent une option sûre pour améliorer les déficits esthétiques importants.
- Davantage d'études sont nécessaires pour des interventions plus sûres.

Laser et collagénose sont-ils compatibles ?

Intervenant : Dr Misticone Moreno Susana

Introduction

Le Dr Susana Misticone Moreno a commencé par évoquer l'impact positif des technologies laser sur la pratique dermatologique et la manière dont elles ont évolué pour devenir des outils indispensables au traitement de diverses affections, y compris les collagénoses. Ces

maladies, bien que complexes, ne doivent pas empêcher les patients de bénéficier des avantages esthétiques et thérapeutiques du laser. Dans le cadre de son intervention, le Dr Misticone a présenté des études de cas, des recommandations fondées sur des données probantes et son expérience personnelle dans l'utilisation des technologies à base de lumière face à ce type de pathologie.

Contexte et préoccupations initiales

La dermatologue a expliqué que, historiquement, l'utilisation des lasers chez les patients atteints de collagénoses a fait débat, car les médecins craignaient une exacerbation des maladies auto-immunes. Toutefois, des études récentes et l'expérience clinique ont montré que ces technologies peuvent être utilisées en toute sécurité chez des patients atteints de maladies telles que le lupus érythémateux, la sclérodermie et la morphee, à condition de respecter les protocoles appropriés.

Principales craintes et difficultés

- Activation ou exacerbation de la maladie auto-immune.
- Absence de directives spécifiques pour une utilisation sûre des lasers face à ces pathologies.
- Interaction entre le laser et les médicaments que les patients prennent habituellement.

Bénéfices du laser en cas de collagénose

Le Dr Misticone a expliqué que les technologies à base de lumière ont des applications à la fois esthétiques et fonctionnelles, qui améliorent considérablement la qualité de vie des patients. Les principaux bénéfices sont les suivants :

- **Réduction de l'érythème et des télangiectasies** (à l'aide de la lumière intense pulsée et du laser à colorant pulsé).
- **Prévention des tissus cicatriciels** dans le lupus cutané chronique par des interventions précoces.
- **Amélioration fonctionnelle de la sclérodermie et de la morphee**, aidant à retrouver l'élasticité et le mouvement dans les zones touchées.
- **Effets anti-inflammatoires** dans des cas actifs soigneusement sélectionnés.

Protocoles et recommandations

La dermatologue a présenté des stratégies pour maximiser l'efficacité et l'innocuité du laser chez ces patients :

- **Privilégier les lasers non ablatifs ou peu ablatifs** dans la mesure du possible.

- **Utiliser des fluences faibles** pour réduire le risque d'exacerbation de la maladie induite par le laser.
- **Traiter de préférence aux stades inactifs de** la maladie.
- **Surveiller attentivement** les réactions cutanées dans les jours qui suivent l'intervention.
- **Éviter l'exposition au soleil** et à la chaleur immédiatement après le traitement.

Exemples de technologies pouvant être utilisées

- Lumière intense pulsée (IPL) millisecondes face à l'érythème facial et aux télangiectasies (patients LE et sclérodémie).
- Laser à colorant pulsé face aux lésions LEC localisées et réfractaires.
- Laser CO₂ fractionné ou laser Erbium face aux cicatrices atrophiques/face à la maladie de morphee, à utiliser avec précaution.
- Laser CO₂ et calcinose cutanée.
- Lasers à rubis, alexandrite, diode et Nd-YAG pour l'épilation.
- Laser Nd:YAG, diode, à colorant pour le rajeunissement.

Recommandations générales

Le Dr Misticone a présenté une liste de principes pour une prise en charge sûre et efficace des patients atteints de collagénoses.

- Toujours évaluer l'activité de la maladie avant toute intervention.
- Choisir un laser adapté en cas de phototype foncé.
- Contre-indiqué en cas d'infection cutanée active.
- Pré-médication en cas d'antécédents d'infections virales (herpès).
- Privilégier le bien-être général des patients plutôt que les résultats esthétiques.
- Adopter une approche complète associant les technologies à base de lumière et d'autres traitements dermatologiques et esthétiques.

Conclusion

Pour finir, le Dr Misticone a rappelé que les lasers sont des outils sûrs et efficaces chez les patients atteints de collagénoses lorsqu'ils sont utilisés correctement. Il faut connaître les paramètres pour effectuer un traitement adapté. Toujours utiliser les fluences les plus

faibles possibles et éviter ces traitements quand la maladie est active. L'intervenante invite les dermatologues à se débarrasser de leurs craintes et à adopter ces technologies, en insistant toujours sur des protocoles bien définis, un suivi constant et une attitude RÉFLÉCHIE.

Des traitements esthétiques sans danger en cas de collagénose

Intervenant : Dr Diaz Yadira

Le Dr Yadira a commencé par nous conseiller d'examiner très attentivement les patients atteints d'une maladie auto-immune. Chez ces patients, les actes de médecine esthétique ont des limites.

En ce qui concerne la toxine botulique, elle n'est PAS contre-indiquée en cas de maladie auto-immune. Malheureusement, d'un point de vue scientifique, il n'existe toujours pas de réponse, car les données scientifiques et les études sont peu nombreuses. Une étude portant sur plus de 500 patients a conclu que tant que la maladie est contrôlée, le Botox semble être sans danger. La maladie doit être contrôlée depuis au moins 3 à 6 mois, les patients ne doivent pas être sous corticoïdes et ils ne doivent pas avoir présenté de complications lors d'utilisations antérieures.

Les produits de comblement, les biostimulateurs et les fils peuvent être perçus comme des corps étrangers malgré leur biocompatibilité et provoquer des réactions immunitaires intentionnelles. Quand ces réactions deviennent chroniques ou quand la réponse inflammatoire est excessive, elles donnent lieu à un effet indésirable. Les produits de comblement non permanents recommandés en cas de LE sont le PLLA et l'AH.

L'intervenante a présenté le cas d'une patiente de 64 ans ayant reçu des produits de comblement (AH) et du BoNT en 2016. Cette patiente a développé un œdème et une hyperpigmentation après une hydratation des paupières en injection. Dans ce contexte, l'intervenante a expliqué que « lorsque rien n'est sûr, tout est possible. »

DermaBUSINESS : Planifier la réussite de votre cabinet privé

Symposium animé par : Dr Quiroz Carlos

Intervenants : Dr Estrada Fernandez Maria Paulina, Dr Quiroz Carlos, Dr Peralta Maria Rosario, Dr Quiroz Valencia Nathalie, Dr de La Roche Carlos, Dr Toledo Lelevier Mario Gastón.

Planification stratégique : définir des objectifs pour organiser votre cabinet privé

Intervenant : Dr Estrada Fernandez Maria Paulina

PAR QUOI COMMENCER ?

L'intervenante conseille de commencer par cinq points de base...

1. DÉFINIR l'ADN de notre marque, la méthode d'administration et la structure, en établissant clairement les objectifs que l'on souhaite atteindre, puis en étant toujours fidèle à cet ADN, à nos valeurs personnelles et aux valeurs que l'on souhaite inculquer à l'établissement en question.
2. PLANIFIER, élaborer des stratégies et un plan d'action à suivre.
3. METTRE EN ŒUVRE ce plan, avec certaines ressources.
4. SURVEILLER, évaluer le processus et analyser les données.
5. AJUSTER, apporter des modifications en fonction de l'évaluation du processus.

Il est essentiel de définir l'**ADN de notre marque** pour avoir des principes, des valeurs et des objectifs clairs qui nous montreront la voie à suivre, tout en restant cohérents sur le long terme. De plus, une structure administrative solide dès le départ, alignée sur les objectifs, est la clé du succès. Cependant, pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de s'entourer de spécialistes qui nous aideront face aux tâches administratives que nous ne connaissons pas, sans toutefois perdre le contrôle ni cesser de s'impliquer activement à chaque étape.

La **planification** est cruciale pour rester bien organisés et orienter les décisions importantes, telles que le recrutement du personnel, la définition des services proposés et l'acquisition du matériel, toujours via un processus d'apprentissage constant. Les objectifs doivent suivre la règle **SMART** : être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels. Les grands objectifs sont généralement décomposés en objectifs plus petits, qui nécessitent la participation de toute l'équipe pour garantir une bonne cohérence et collaboration. La constance dans la stratégie est vitale, en fixant des objectifs à court terme (comme la stratégie numérique), à moyen terme (gestion du temps et réduction de l'attente) et à long terme (recrutement).

Pour définir un **plan d'action**, il faut analyser la situation actuelle et élaborer des stratégies en vue d'atteindre les objectifs finaux. Pour cela, il est nécessaire d'identifier des indicateurs de réussite, des actions concrètes, les personnes chargées de ces tâches, les ressources requises (financières et humaines) et un calendrier.

Il existe des outils utiles pour faciliter ce processus : la **matrice SWOT** pour les macro-stratégies, l'analyse des ressources via des budgets et des calendriers (comme Google), et la gestion du temps à l'aide d'agendas et d'échéances (outils comme Trello).

L'intervenante a décrit la technique SWOT, outil d'analyse stratégique utilisé pour évaluer la situation d'une entreprise, d'un projet ou d'un contexte en particulier. SWOT est un acronyme anglais qui désigne...

Les *points forts* (« strengths ») de l'établissement, par exemple l'expertise et la spécialisation du dermatologue, les technologies avancées en matière de diagnostic et de traitement, les bonnes relations avec les patients, la localisation stratégique et une

réputation positive. Cependant, il existe des *faiblesses* (« *weaknesses* ») telles que la dépendance à un seul professionnel, une capacité d'attention limitée, un manque de visibilité sur Internet, des coûts élevés en matière de matériel et de technologie et des ressources administratives limitées. Parmi les *opportunités* (« *opportunities* ») figurent la hausse de la demande de traitements, les partenariats possibles avec d'autres établissements et professionnels, l'intérêt accru pour la santé de la peau, le marketing numérique et l'utilisation de la télémedecine. Enfin, les *menaces* (« *threats* ») incluent les changements de réglementation, les crises économiques et l'évolution des comportements.

En fin de compte, il faut s'adapter, en analysant les résultats obtenus par rapport aux attentes, et procéder à des ajustements en conséquence.

L'intervenante a cité comme exemple la publicité coûteuse dans laquelle elle a investi à ses débuts et qui n'a pas donné le résultat escompté. Après cela, elle a suivi des cours de graphisme pour se charger elle-même de cette tâche en fonction de ses objectifs.

En conclusion, l'intervenante a expliqué que la planification stratégique fournit une approche et une vision claires. Elle nous permet d'adopter des objectifs qui correspondent bien à l'ADN de notre marque, mais aussi une structure administrative adaptée et une évaluation continue, qui sont des éléments clés du succès.

Comprendre le modèle financier de votre cabinet

Intervenant : Dr Quiroz Carlos

Parce que les dermatologues doivent impérativement comprendre leurs propres modèles d'activité, l'intervenant a lui aussi évoqué la méthode SWOT pour définir le modèle le plus adapté au cas par cas.

Les menaces comprennent une grande complexité, de multiples options pour les patients sur le marché de la médecine et des attentes élevées, tandis que les principales difficultés sont la croissance, la gestion des ressources et la maximisation de la rentabilité.

Parallèlement à toutes ces difficultés et menaces, il existe aussi des pressions positives qui nous obligent à nous différencier non seulement par nos connaissances dermatologiques, mais aussi dans la façon de fournir les services.

L'intervenant a expliqué la nécessité de se familiariser avec la rentabilité, qui sera finalement le concept le plus important pour offrir un meilleur service aux patients.

Il suggère donc que les forces pour saisir toutes ces opportunités se trouvent dans un modèle d'activité bien constitué et mis en œuvre.

Les modèles d'activité ou points forts permettent de prendre des décisions stratégiques, d'optimiser les ressources, d'identifier les opportunités, de s'adapter aux évolutions du marché, d'améliorer l'expérience des patients et de contrôler les coûts et les dépenses. De

son côté, la différenciation par l'augmentation des connaissances médicales et la qualité du service proposé représente une opportunité importante.

Qu'est-ce qu'un modèle d'activité ?

C'est l'ensemble des stratégies, des processus et des pratiques qu'un établissement utilise pour fournir et calculer la valeur.

Le concept de valeur ne se réfère pas seulement à l'argent, mais varie selon le marché. Dans le cas des médecins, la valeur principale se trouve au niveau des patients. Par conséquent, en médecine, la valeur de l'entreprise réside souvent dans la façon dont on capte, traite et retient ces derniers.

Le modèle d'activité comprend donc différents aspects, mais le patient doit toujours être au centre.

Éléments du modèle d'activité :

- source de revenus (services) – consultations, produits vendus au cabinet, actes pratiqués ;
- ressources clés – personnel médical et non médical, infrastructure et équipement, ressources financières ;
- structure des coûts – il est important de prendre en compte les coûts fixes, les coûts variables, les coûts directs et les coûts indirects, qui doivent être ajustés avec le temps ;
- proposition de valeur ;
 - avantages fonctionnels – liés à la qualité des consultations et des traitements proposés, mais aussi aux services complémentaires (créneaux disponibles, téléconsultations, etc.) ;
 - avantages émotionnels qui permettent d'établir un contact avec les patients ;
 - avantages symboliques, tels qu'ils sont perçus par le marché d'après les services proposés ;
- segment de clientèle – patients que l'on veut atteindre, élément pour lequel il est important de faire une étude démographique, psychographique, de comportement d'achat et de type de service en fonction de chaque patient ;
- canaux de distribution – une fois que nous avons sélectionné le type de patient ciblé, nous devons choisir où montrer mon travail. Il peut s'agir de canaux numériques, présentiels (cabinet, événements, collaborations), de réseaux médicaux, de programmes de parrainage auprès d'influenceurs et d'ambassadeurs ;

- relation avec les patients - connaître les patients, améliorer leur expérience et transformer cette interaction en opportunité de croissance, tant pour le patient que pour soi (voir la photo) ;
 - phase d'attraction et de captation ;
 - phase d'intégration ;
 - phase de suivi et d'entretien ;
 - phase de fidélisation ;
 - phase de récupération ;
 - phase d'expansion et de communication continue.

Conclusion : en construisant correctement votre modèle d'activité, vous n'êtes pas certains de réussir comme beaucoup d'autres, mais vous pourrez maintenir le cap que vous vous êtes fixé.

Stratégies pour créer un meilleur contenu sur les réseaux

Intervenant : Dr Toledo Lelevier Mario Gaston

L'intervenant a expliqué comment créer du contenu sur les réseaux, afin de renforcer notre pratique médicale, sans perdre de vue notre objectif.

Les réseaux sociaux, bien que non indispensables, sont un outil gratuit et précieux pour atteindre plus de patients et faire connaître notre travail. Il est essentiel d'éviter les ventes directes ; à la place, proposer un contenu utile, par exemple des informations qui apportent de la valeur. Lorsque l'on crée des vidéos, l'essentiel est de générer des émotions et d'être utile au consommateur. Un exemple consiste à raconter une histoire dans un ordre bien précis : d'abord montrer un « avant et après » pour susciter une émotion, puis fournir des informations qui expliquent le cas et apportent de la valeur. Les promotions personnelles ne doivent pas être incluses ; il peut s'agir d'informations exclusives de l'établissement.

L'intervenant a présenté 5 clés pour augmenter son impact sur les réseaux en tant que médecin :

- qu'on nous voie, que notre visage soit bien visible pour créer un lien avec le public ;
 - utiliser tous les réseaux sociaux ;
 - diviser le contenu en V1, V2, V3 :
 - V1 80 % - vidéos de valeur, contenu utile, informatif ;
 - V2 10 % - vidéos virales, suivant une tendance ;

- V3 10 % - vidéos de vente discrète, par exemple « avant/après » ;
- s'appuyer sur les collaborateurs pour se tenir au courant des tendances et savoir ce qui intéresse le public.

Quelques astuces supplémentaires pour élaborer des vidéos :

- soigner le montage, ajouter des sous-titres ;
 - chaque vidéo ou réel doit s'accompagner d'un script - introduction mettant en avant un sujet attrayant, partie principale, puis conclusion avec un appel à l'action ;
 - utiliser la vidéo pour segmenter le marché ;
 - ajouter les vidéos à une heure adaptée, où le public est disponible (17 h), ajouter toutes les vidéos en même temps ;
 - le lundi, mardi, mercredi et jeudi sont les meilleurs jours pour publier des vidéos ;
 - demander des avis à des tiers, suivre les tendances.

Comment constituer une #dreamteam ? Votre équipe de travail est votre outil le plus puissant.

Intervenant : Dr Quiroz Valencia Nathalie.

L'intervenante nous a présenté les informations clés pour constituer une bonne équipe de travail.

Une bonne équipe de travail est essentielle pour améliorer l'efficacité de la prise en charge médicale, assurer un service rapide et personnalisé, en plus d'optimiser les délais et de réduire les erreurs, ce qui a un impact direct sur la rentabilité de la clinique. Le choix du personnel doit reposer sur la recherche de personnes qualifiées, ayant des compétences techniques et sociales, et correspondant aux valeurs de l'établissement. Il est important d'impliquer l'équipe actuelle dans ce processus, de mener des entretiens détaillés et de proposer des formations continues pour favoriser le développement personnel et professionnel. De plus, le fait de fixer des objectifs clairs et réalistes motive l'équipe, et le fait de saluer les réussites renforce le sentiment d'appartenance et les comportements positifs.

Le dirigeant joue un rôle clé, car il doit être exemplaire, montrer de l'enthousiasme et être prêt à écouter son équipe. De même, les possibilités d'avancement et un suivi constant à travers des réunions régulières contribuent à entretenir un environnement de travail positif, dans lequel la collaboration, le respect et la confiance sont valorisés. Une équipe bien formée améliore non seulement les soins aux patients, mais augmente également la

satisfaction au travail et la rentabilité du cabinet, ce qui favorise la croissance et le succès de l'établissement.

Mettre à profit différentes plateformes pour exprimer notre message

Intervenant : Dr Toledo Lelevier Mario Gaston

Une stratégie marketing efficace, alliant contenu numérique et traditionnel, doit se concentrer sur le positionnement et la crédibilité de la marque, préserver la réputation du médecin, attirer de nouveaux patients et encourager leur suivi et leur fidélisation.

Il est important d'utiliser le même contenu sur tous les réseaux sociaux, car chacun attire un public différent.

Ceci étant, tout converge vers Instagram où il est important d'avoir Linktree pour que les patients puissent accéder aux équipes, aux produits, etc.

Sur **Instagram**, la première story doit générer de l'émotion ou de l'interaction (par exemple, un « avant et après » ou une boîte à questions) pour augmenter sa portée au cours de la journée. Il est important de publier du contenu au quotidien : jusqu'à 8 stories, toutes téléchargées en même temps pour exploiter l'algorithme. Les stories doivent suivre une séquence, il faut changer de fond toutes les deux ou trois publications et mesurer l'interaction du public pour ajuster le contenu futur.

TikTok est une plateforme idéale pour du contenu viral, notamment avec des diffusions quotidiennes en direct. Il est recommandé de visionner les autres contenus pour s'en inspirer, tout en conservant une cohérence dans les messages.

Les **podcasts** offrent l'occasion de partager des informations de qualité avec les patients, de générer des liens via des invités et de se positionner dans le domaine de la santé, tout en touchant un profil de public différent.

Dans **WhatsApp Business**, il est essentiel d'utiliser des réponses rapides, de les personnaliser en fonction des besoins des patients et de disposer d'un catalogue de services proposés bien à jour.

Pour les vidéos, l'intervenant conseille de reprendre la même structure que pour les réels : une introduction claire, un corps au contenu utile et un appel à l'action à la fin. Les vidéos doivent impérativement être courtes, sans pause, avec des arrière-plans variés et un contenu axé sur votre spécialité. Utilisez-les pour segmenter votre marché : par exemple, si vous travaillez avec des lasers, créez du contenu sur le mélasma et l'hyperpigmentation. Évitez de citer des marques ou des produits précis.

Évaluer les services proposés : comment fixer un prix adapté ?

Intervenant : Dr Quiroz Carlos

Aspects à prendre en compte dans la tarification : d'après l'intervenant, l'essentiel est de connaître clairement les coûts et les marges pour pouvoir ensuite évaluer les points suivants :

1. coûts totaux ;
2. marge ;
3. valeur perçue par les patients ;
4. tarifs pratiqués par la concurrence ;
5. segmentation des services ;
6. demande saisonnière ou évaluation de la demande ;
7. réglementations et normes ;
8. capacité opérationnelle ;
9. inflation et ajustements périodiques ;
10. promotions et forfaits.

L'intervenant conseille de commencer par faire une liste des tâches nécessaires pour pouvoir définir les tarifs...

1. Décrire en détail les services que l'on souhaite proposer.
2. Faire une liste des ressources nécessaires pour pouvoir proposer chacun des services.
3. Définir leur valeur et l'ajuster en fonction du délai d'exécution.
4. Calculer la marge de rentabilité au prix de vente.

L'intervenant a cité un exemple dans lequel le coût horaire du cabinet est de 100 dollars et l'on souhaite avoir une rentabilité de 30 %. (Il a précisé que le coût et la rentabilité sont à choisir par chacun.)

Il propose la formule suivante pour calculer le prix de vente :

$$\text{Prix de vente} = (\text{coût total}) / (1 - \text{marge}) = 100 / (1 - 0,3) = 100 / 0,7 = 142$$

Dans l'exemple ci-dessus, pour avoir une rentabilité de 30 %, si le coût est de 100, le prix de vente doit être de 142.

Conclusion : la prise en compte des coûts totaux ajustés en fonction des délais d'exécution est le point de départ pour commencer une stratégie tarifaire adaptée.

Sociétés commerciales médicales : mon expérience

Intervenant : Dr de La Roche Carlos

Les principaux objectifs quand on crée une société sont le retour sur investissement, la génération de revenus passifs, l'amélioration de la qualité de vie, la garantie de la durabilité de l'entreprise, la création d'emplois et la construction d'une culture d'entreprise reproductible.

- **Choisir un bon partenaire** : il est essentiel de partager une vision, des valeurs et une éthique communes, d'avoir des compétences complémentaires et de maintenir une communication et un engagement constants. Un accord d'actionnaires par écrit est indispensable.
- **Efficacité du leadership** : inspirer l'équipe, encourager la créativité, communiquer clairement, résoudre les problèmes et prendre des décisions stratégiques sont des compétences essentielles pour diriger.
- **Gestion des talents humains** : disposer d'un personnel qualifié possédant des valeurs morales, proposer continuellement des formations, offrir des incitations et réduire les départs. Il est essentiel d'adopter des indicateurs de gestion et de définir des processus clairs pour chaque activité.
- **Conseil d'administration solide** : incorporer un gérant et des mentors, ainsi que des conseillers externes, pour analyser le marché, évaluer les acquisitions, planifier la croissance et établir des stratégies à long terme.
- **Diversification financière** : les associés doivent générer des revenus passifs et rechercher la liberté financière, sans dépendre exclusivement de la société.
- **Planification financière** : éviter les erreurs courantes, par exemple dans le choix entre la location ou l'achat de locaux, et augmenter le fonds de roulement pour stimuler la croissance.
- **Évaluation des bénéfices** : prioriser le renouvellement et l'acquisition d'équipements, réduire les coûts dans des domaines clés tels que la comptabilité, le marketing, les réseaux sociaux et le conseil juridique, et tirer parti des avantages fiscaux.

Communications orales : acné et rosacée

Symposium animé par : Dr Melendez Ramirez Esperanza et Dr Tavera Zafra Mariela

Intervenants : Dr Mendez Villanueva Diego, Dr Rotela Fisch Verónica Rose Marie, Dr Ionescu Marius Anton, Dr Pigem Gasos Ramon.

Comparaison de deux techniques de mesure des démodex chez les patients atteints de rosacée : biopsie standard de la surface cutanée vs examen direct au microscope

Intervenant : Dr Mendez Villanueva Diego

L'intervenant a d'abord rappelé quelques concepts pour ensuite se concentrer sur son exposé.

Les démodex sont un ectoparasite commensal présent chez 23 à 100 % des adultes en bonne santé. Or des études ont montré que cet acarien a une prévalence plus élevée chez les patients atteints de rosacée. Cependant, la littérature n'est pas unanime sur ce pourcentage.

L'objectif de la présentation était de comparer la sensibilité de la biopsie standard de la surface cutanée (SSSB) et de l'examen direct au microscope (DME) chez les patients atteints de rosacée. Un autre objectif était de déterminer la prévalence de l'infestation par le démodex chez les patients atteints de rosacée.

Les résultats sont considérés comme positifs lorsque la densité d'acariens est supérieure à 5 par cm².

L'intervenant a présenté une étude de conception transversale qui portait sur des patients atteints de rosacée dans 2 services dermatologiques pendant 8 mois. 61 patients atteints de rosacée érythémateuse et papulo-pustuleuse, et âgés de plus de 18 ans, ont été inclus. La dermoscopie était compatible avec cette étude.

Critères d'exclusion : rosacée oculaire ou phymateuse, autres maladies dermatologiques, traitement récent (moins de 3 mois).

Pour chaque patient, les deux techniques étaient effectuées dans des zones cliniquement significatives. Le nombre de démodex, le délai de chaque technique et la douleur associée ont été évalués.

Résultats : jusqu'à 62 % d'infestation ont été détectés chez les patients via la biopsie cutanée standard, contre 28 % avec le DME. La densité d'acariens était de 30,08 acariens par cm² d'après la biopsie cutanée standard, contre 5,56 acariens par cm² d'après l'examen direct au microscope.

La douleur associée a été mesurée d'après l'échelle visuelle analogique : elle était de 2,7 points pour la biopsie cutanée standard et 2,02 points pour le DME. Aucune différence significative n'a été détectée.

D'après l'intervenant, ces écarts pourraient être dus au fait que le cyanoacrylate adhère à l'acarien et l'extrait complètement, contrairement à l'autre technique où l'extraction est plutôt fragmentée.

En conclusion, la biopsie cutanée standard est une méthode plus fiable. Jusqu'à 64 % des patients atteints de rosacée présentent une infestation par le démodex.

Le DME sous-estime la densité des acariens.

Ces résultats ont conduit à considérer la SSSB comme la technique standard dans les centres participant à l'étude.

Mésotoxine : nouvelle alternative face à la rosacée

Intervenant : Dr Rotela Fisch Verónica Rose Marie

Le Dr Verónica Rotela a présenté une étude descriptive concernant l'utilisation de la toxine botulique en mésothérapie (mésotoxine) comme traitement alternatif face à la rosacée. Cette étude avait été réalisée dans un centre médical d'Asunción, au Paraguay, en 2023.

L'objectif de l'étude était de déterminer l'efficacité de la toxine botulique par mésothérapie dans le traitement de la rosacée : en identifiant les caractéristiques cliniques et biologiques des patients ; en évaluant les composants spécifiques de l'amélioration ; et en analysant comment la diminution de l'érythème et des flushs pourrait être liée à l'inhibition des neurotransmetteurs impliqués dans la vasodilatation et la régulation du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire.

Pour ce faire, une étude observationnelle, descriptive et rétrospective a été réalisée. 30 patients atteints de rosacée et traités par mésothérapie à la toxine botulique ont été inclus en 2023.

L'évaluation était réalisée via des photographies conventionnelles, des photographies avec caméra Reveal (structure vasculaire et pigmentaire), l'utilisation d'une échelle modifiée et une évaluation des changements dans les différents composants de la rosacée.

Les injections étaient pratiquées selon la technique des micropapules uniformes, 0,05 ml de solution espacés de 1 cm en quadrillage, par voie intradermique, 10 UI par joue (dilution 100 UI dans 5 cc de sérum physiologique).

Les résultats suivants ont été observés :

- 76 % de femmes et 23 % d'hommes.
 - Âge entre 31 et 51 ans ; phototype prédominant : III (53,3 %).
 - La rosacée érythémateuse-télangiectasique était le sous-type le plus fréquent.
 - Tous les patients ont montré une amélioration : modérée dans 20 % des cas, bonne dans 43,3 % des cas et excellente dans 36,36 % des cas.
 - Évaluation clinique : diminution de l'érythème chez 25 patients, réduction des papulopustules chez 4 patients et amélioration de la qualité de la peau (diminution de la séborrhée et des pores) chez 28 patients.

- Évaluation clinique avec caméra Reveal (n=19): 58 % d'améliorations modérées, 32 % d'améliorations bonnes et 2 % d'améliorations excellentes.

Ces résultats coïncident avec des études antérieures menées en Colombie, au Pérou, aux États-Unis et en Corée, qui mettent en évidence l'efficacité de la toxine botulique dans la réduction de l'érythème et d'autres signes et symptômes associés.

La toxine botulique en mésothérapie s'est révélée efficace dans tous les sous-types de rosacées étudiés, soulignant son utilisation potentielle hors AMM.

L'intervenante suggère d'ajouter cette utilisation dans la théorie, pour une diminution de l'érythème et des flushs, sur la base de l'inhibition des neurotransmetteurs et même de la régulation du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire.

En conclusion : une amélioration clinique subjective et objectivable a été observée chez tous les patients, qui comptaient davantage de femmes, de moins de 40 ans, de phototype III et présentant une rosacée érythémateuse-télangiectasique. Une diminution significative de l'érythème, des télangiectasies, des papules et des pustules était constatée dans la composante objectivable de la rosacée, qui identifie des structures moins perceptibles, de sorte que l'amélioration clinique n'est pas nécessairement similaire.

Il est important de mener d'autres études pour évaluer la durée des effets, à l'aide d'outils validés (Rosa-QoI) et sur des échantillons plus larges de patients. La mésotoxine peut être considérée comme une alternative prometteuse dans le traitement de la rosacée.

Caractéristiques cliniques et microbiome dans l'acné : évaluation taxonomique métagénomique.

Intervenant : Dr Ionescu Marius Anton

Introduction

L'intervenant a évoqué les « interactomes », qui comprennent des interactions entre les microbes, les cellules de l'hôte, les bactéries pathogènes et les saprophytes.

Microbiote et microbiome

Le terme *microbiome* est utilisé lorsque le microbiote est déterminé avec précision par analyse métagénomique. Cette différence a été largement mise en lumière au cours de ces dernières années. Microbiote : ensemble de micro-organismes commensaux, pathogènes et symbiotiques qui habitent le corps humain. Microbiome : il comprend non seulement ces micro-organismes, mais aussi les gènes et les métabolites qui résultent de l'interaction avec l'environnement et l'hôte.

Physiopathologie de l'acné

En ce qui concerne la physiopathogénèse de l'acné, l'intervenant a souligné qu'elle est plus complexe que l'hyperseborrhée et l'hyperkératinisation. Des facteurs tels que les récepteurs de type Toll, le manque de peptides antimicrobiens et les modifications du microbiome contribuent au problème. Un changement notable dans le microbiome est la présence dominante des ribotypes Rt 4 et Rt 5 de *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) (plus anaérobie), qui sont pro-inflammatoires et plus virulents, car ils produisent des biofilms qui perpétuent l'inflammation et génèrent une résistance aux antibiotiques.

Concurrence microbienne

Staphylococcus epidermidis rivalise avec les ribotypes Rt4 et Rt5 de *C. acnes*, ce qui inhibe leur prolifération. Des études récentes examinent l'utilisation de *S. epidermidis* en application topique comme nouvelle stratégie dans le traitement de l'acné.

Des options thérapeutiques inédites

En plus des traitements conventionnels, de nouvelles approches sont explorées, notamment :

- une modulation de l'immunité innée via des récepteurs de type Toll (TLR2-REGUL) ;
- des biothérapies anti-IL-17 ;
- la vaccination (anti-CAMP) ;
- une inhibition des biofilms (brevet MPA-REGUL).

Études cliniques et métagénomiques

Chez des patients acnéiques, une étude clinique a été menée concernant une émulsion cosméceutique contenant 2 brevets TLR2-REGUL et MPA-REGUL, appliquée deux fois par jour pendant deux mois. Les résultats suivants ont été observés :

- réduction de tous types de lésions ;
- augmentation du ribotype Rt6 de *C. acnes* (non associé à l'acné) ;
- diminution significative des ribotypes pro-inflammatoires Rt4 et Rt5 au niveau de la peau lésée.

En outre, des analyses métagénomiques avec séquençage de l'ADN ribosomique 16 S ont été effectuées, identifiant 10 ribotypes connus de *C. acnes* et 36 sous-types de *S. epidermidis*.

En conclusion, une corrélation a été trouvée entre l'amélioration clinique et la restauration de l'équilibre au niveau du microbiome cutané. Ces résultats sont disponibles dans un article en accès libre sur PubMed et ont été présentés à l'Académie américaine de dermatologie (AAD) en mars dernier :

Ionescu, M.-A.; Tatu, A.L.; Busila, C.; Axente, E.R.; Badalato, N.; Feuilloley, M.G.J.; Asquier, E.; Martínez, J.D.; Lefeuvre, L. Microbiome Modulation in Acne Patients and Clinical Correlations. *Life* **2024**, *14*, 688. <https://doi.org/10.3390/life14060688>

De nouvelles données concernant les traitements topiques

Intervenant : Dr Pigem Gasos Ramon

Un certain nombre de cas ont été présentés concernant l'utilisation de peelings et de masques en monothérapie et en tant que traitements adjuvants chez des patients atteints de rosacée et d'acné.

L'intervenant a déclaré un conflit d'intérêt concernant le laboratoire Mesoestetic.

Les principaux points sont détaillés ci-dessous...

Rosacée

- **Traitement** : utilisation en monothérapie d'un peeling médical composé d'acides azélaïque, salicylique, lactique et rétinien.
- **Technique** : application de deux couches avec neutralisation ultérieure. Quatre séances, toutes les trois semaines.
- Résultats :
 - érythème immédiat qui dure 48 heures ;
 - diminution de l'inflammation (papules et pustules) ;
 - amélioration du grain de peau, telle que perçue par les patients ;
 - réduction de la réactivité vasculaire, bien que les télangiectasies et les modifications chroniques phymateuses ne sont pas traitées.

Acné légère et modérée

- Peeling médical :
 - **Composition** : acide salicylique 30 % en association avec le MD Complex (arginine, acide caféique, acide shikimique).
 - Résultats :
 - amélioration des lésions comédoniennes et inflammatoires légères ;
 - efficacité limitée dans les cas sévères ;
 - amélioration du grain de peau, atténuation de la HPI et diminution de l'érythème post-inflammatoire.

- **Utilisation** : monothérapie, séances espacées de trois semaines.
- Masque (BLEMIDERM)
 - **Composition** : rétinoïdes, acide salicylique, acide shikimique, acide pyruvique, acide mandélique, énoxolone, soufre, huile de neem.
 - Plus concentré et plus puissant que le peeling, indiqué pour les cas modérés et pour prévenir les cicatrices. Laisser agir seulement 10 minutes.
 - Il est généralement associé à un traitement à domicile pendant trois mois.
 - Résultats : réduction des lésions inflammatoires et amélioration des cicatrices initiales.

Acné sévère (adjuvant)

- Le masque a été utilisé en complément du traitement oral, notamment l'isotrétinoïne à faible dose.
- Aide à moduler le processus de cicatrisation dès les premières étapes.

Conclusions

1. Rosacée :
 - Le peeling permet efficacement de réduire l'inflammation et d'améliorer la qualité de la peau.
2. Acné :
 - Le peeling est utile dans les cas légers à modérés, mais il est plus efficace en tant que traitement adjuvant.
 - Le masque est plus adapté pour traiter les cicatrices et les lésions plus graves.
3. Considérations générales :
 - Sélectionner avec soin les patients, notamment dans le privé.
 - Explorer des zones moins évidentes comme le dos et le décolleté pour optimiser les traitements.
 - Ces traitements augmentent l'observance, la satisfaction et le suivi en consultation.

Message final : les peelings et les masques sont des outils thérapeutiques utiles en dermatologie, à la fois en monothérapie et en association avec d'autres traitements. Ils offrent des avantages tangibles contre la rosacée et l'acné.

Événements indésirables, qualité de vie et satisfaction associés au laser à colorant pulsé (PDL), à la toxine botulique ou à la bithérapie face à la rosacée érythémato-télangiectasique : expérience chez 80 patients

Intervenant : Dr Rivera Perdomo Eduardo

L'intervenant nous a rappelé que la rosacée érythémato-télangiectasique, caractérisée par un érythème facial persistant, des télangiectasies et des symptômes tels que des sensations de brûlure et des démangeaisons, a un impact émotionnel et social profond sur les patients. Cette étude visait à évaluer l'innocuité et l'efficacité du **laser à colorant pulsé (laser dye)**, de la **toxine botulique** et de leur association en tant que traitements innovants dans les cas réfractaires aux traitements conventionnels.

Le laser à colorant pulsé (PDL) : il a comme chromophore l'oxyhémoglobine ; son énergie se dissipe sous forme de chaleur pour générer des lésions vasculaires, avec ce qui induit immédiatement un purpura. Ce laser a des effets anti-angiogéniques et anti-inflammatoires.

Toxine botulique : elle inhibe la libération de médiateurs inflammatoires tels que la substance P, le peptide lié au gène de la calcitonine et le peptide intestinal vasoactif. Elle réduit par ailleurs l'érythème induit par la cathélicidine LL37, la dégranulation des mastocytes et l'expression de l'ARNm, d'où un effet anti-inflammatoire au niveau cutané.

Méthodologie et participants

- **Conception de l'étude :** observationnelle et ambispective (2018-2023).
- **Échantillon :** 80 patients, principalement des femmes (63), âgés en moyenne de 45 ans et présentant des phototypes III-IV. Les patients atteints de rosacée phymateuse, les patientes enceintes et allaitantes et les patients présentant un cancer ont été exclus.
- Actes :
 - laser à colorant chez 50 patients ;
 - toxine botulique chez 8 patients (0,15 à 0,25 U par point) ;
 - bithérapie chez 22 patients.

Les caractéristiques cliniques (présence de télangiectasies, atteinte faciale, atteinte extra-faciale, flushes, prurit) ont été évaluées. Ont aussi été mesurés : la qualité de vie à l'aide de l'échelle SKINDEX-29 ; les événements indésirables (douleur, érythème, purpura,

asymétrie faciale, macules hypopigmentées); le degré de satisfaction ; et la recommandation des traitements, après-coup.

Principaux résultats

1. Résultats cliniques notables :

- le laser à colorant a significativement réduit l'érythème et les télangiectasies grâce à son effet photoacoustique et anti-angiogénique ;
- la toxine botulique, injectée selon la technique du mésobotox, a montré des bénéfices face à l'inflammation cutanée en inhibant les médiateurs vasodilatateurs et pro-inflammatoires ;
- l'association des deux traitements a amélioré les résultats chez les patients présentant des signes et symptômes plus sévères.

2. Impact sur la qualité de vie :

- 97,5 % des patients ont signalé une amélioration notable de leur qualité de vie après le traitement ;
- 80 % ont fait preuve d'une plus grande estime de soi et 76,25 % ont signalé une amélioration de leurs relations interpersonnelles.

3. Satisfaction et recommandation :

- plus de 81 % des patients recommanderaient ces traitements, notamment pour leur impact esthétique et fonctionnel.

4. Événements indésirables :

- l'érythème transitoire post-intervention était le principal effet indésirable ;
- un cas d'hypopigmentation et une légère asymétrie faciale ont été les seuls effets indésirables notables.

Cette étude montre que le laser à colorant et la toxine botulique, seuls ou en association, sont des options thérapeutiques efficaces et sûres face à la rosacée érythémato-télangiectasique. En plus d'améliorer les signes cliniques, ces traitements ont eu un impact positif sur la qualité de vie et le bien-être émotionnel des patients, avec une faible incidence des effets indésirables, ce qui ouvre de nouvelles possibilités pour les cas résistants.

L'intervenant a conclu sa présentation avec des cas illustratifs qui mettent en évidence l'avant et l'après des différents actes, soulignant la transformation clinique et émotionnelle chez les patients traités.

Communications orales : cheveux et ongles

Symposium animé par : Dr Melendez Ramirez Esperanza et Dr Tavera Zafra Mariela

Intervenants : Dr Alcocer-Salas Michelle, Dr Montero Castaño Jeyson.

Dermatose pustuleuse érosive du cuir chevelu : expérience d'un centre de référence dans l'ouest du Mexique

Intervenant : Dr Alcocer Salas Michelle.

L'intervenante a présenté un cas de dermatose pustuleuse érosive du cuir chevelu chez une patiente de 94 ans ayant des antécédents de kératose actinique préalablement traitée par 5-fluorouracile. La patiente consultait pour une lésion qui a initialement pris la forme d'une petite papulo-pustule sur le front, avant d'augmenter en taille et d'évoluer en une plaque érythémateuse au niveau du cuir chevelu, associée à des zones érodées, des croûtes jaunâtres et des bords bien définis. La dermoscopie a révélé l'absence d'ouvertures folliculaires, des zones rougeâtres, un exsudat huileux et des croûtes jaunâtres, raison pour laquelle une biopsie de ces lésions a été effectuée. Les diagnostics différentiels étaient les suivants : pemphigus, dermatose séborrhéique et teigne.

L'analyse histopathologique a montré un épiderme atrophique, des pustules sous-cornéennes et un infiltrat inflammatoire composé de neutrophiles, de lymphocytes et d'histiocytes, mettant en évidence une atrophie cutanée et une élastose solaire. Les cultures mycologiques se sont avérées négatives, confirmant le diagnostic de dermatose pustuleuse érosive du cuir chevelu.

L'intervenante a ensuite présenté une brève description de cette affection.

Elle a été décrite pour la première fois en 1979 par Burton et touche principalement les personnes âgées, surtout les femmes. À noter que la pathogenèse de la maladie n'est pas complètement élucidée, mais qu'elle est associée à l'alopecie androgénique, aux lésions actiniques chroniques et aux traumatismes. En outre, des facteurs tels que les traitements topiques (par exemple le 5-fluorouracile), les infections et les interventions chirurgicales pourraient être impliqués, même si aucune corrélation n'a été établie avec certitude.

Sur le plan clinique, elle touche principalement le vertex et la région frontale, est asymptomatique et se manifeste par des pustules, des érosions, des croûtes jaunâtres et, dans certains cas, une alopecie cicatricielle due à une inflammation chronique. À la dermoscopie, on observe une absence d'ouvertures folliculaires, des vaisseaux sanguins superficiels et, dans certains cas, une atrophie mettant en évidence des bulbes pileux. L'histopathologie n'est pas spécifique, mais elle est cruciale pour la différencier d'autres diagnostics tels que le carcinome épidermoïde ou basocellulaire et d'autres dermatoses neutrophiles.

Le traitement recommandé dépend de la présence d'une atrophie sévère ou non. En cas d'atrophie, les inhibiteurs de la calcineurine topiques sont indiqués. En l'absence d'atrophie, en revanche, des corticoïdes topiques peuvent être utilisés.

Parmi les cas de l'institut de dermatologie de Jalisco, trois patientes (toutes des femmes, âge moyen 80 ans) ont reçu des corticoïdes topiques, qui ont permis une amélioration significative de l'état de la peau.

Le diagnostic précoce de cette maladie est essentiel pour éviter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients. La détection précoce favorise un traitement rapide et prévient la progression de l'inflammation chronique. Ce type de dermatose reste rare et, dans de nombreux cas, sous-diagnostiqué, d'où l'importance de le garder à l'esprit parmi les suspicions cliniques.

Effluvium télogène : proposition d'approche thérapeutique

Intervenant : Dr Montero Castaño, Jeison

L'effluvium télogène est une cause fréquente d'alopecie caractérisée par une augmentation de la chute des cheveux en raison d'altérations au niveau de leur cycle de croissance. Cette affection apparaît généralement après des événements stressants et peut être classé comme aigu (moins de 6 mois) et chronique (plus de 6 mois).

L'intervenant a présenté les mécanismes physiopathologiques proposés par le Docteur Reborá :

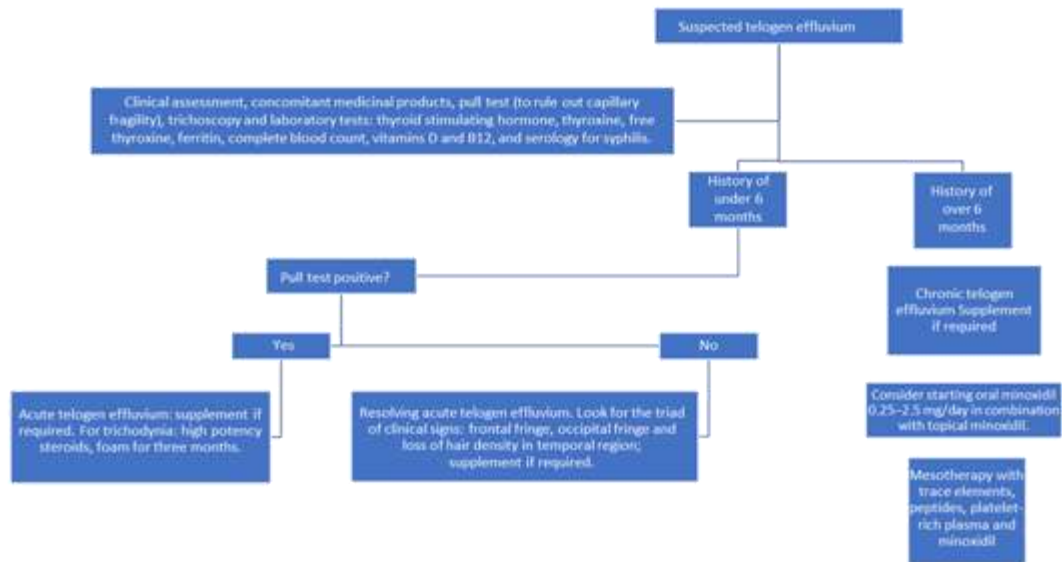
- téloptose prématurée - libération accélérée des cheveux due à la protéolyse des cadhérines et libération des cheveux en phase télogène, taux élevés de TNF-alpha. Ce mécanisme peut être déclenché par des facteurs endogènes (comme la dermatite séborrhéique) ou exogènes (comme l'exposition aux rayons UV ou aux médicaments) ;

- téloptose collective - synchronisation des cycles capillaires entraînant une chute massive, fréquente lors de la chute des cheveux chez le nouveau-né, en post-partum ou lors de l'utilisation chronique de contraceptifs oraux ;

- entrée prématurée dans la phase télogène - provoquée par des médicaments cytostatiques, des carences nutritionnelles (anémie ferriprive, carence en vitamine D) ou des maladies auto-immunes comme la thyroïdite de Hashimoto. Symptôme fréquent : trichodynie.

Parmi les signes et symptômes, l'intervenant a cité la trichodynie (sensation de douleur ou d'inconfort dans le cuir chevelu), qui peut être liée à une carence en vitamine B12 et à d'autres maladies auto-immunes. Il est donc crucial d'identifier les mécanismes d'alopecie concernés et d'exclure d'autres affections, comme l'alopecie androgénétique.

L'intervenant propose l'algorithme de diagnostic suivant :



1. Test de traction : un résultat positif oriente vers l'effluvium télogène. Le diagnostic doit être confirmé par des bulbes pileux.
2. Trichoscopie : elle a une valeur diagnostique limitée ; les résultats communs à d'autres affections comprennent des follicules vides (points jaunes) et des unités folliculaires comprenant un seul cheveu, des poils en repousse.
3. Analyses de laboratoire : profil thyroïdien, hémogramme, ferritine, niveaux de vitamine D et B12, et sérologie syphilis.

L'intervenant a proposé plusieurs stratégies de prise en charge...

Supplémentation nutritionnelle : corriger les carences, notamment en fer et en vitamine D, qui sont fréquentes en cas d'effluvium télogène.

Traitements médicamenteux :

- le minoxidil oral (0,25 à 2,5 mg par jour) est efficace ; le minoxidil topique 5 % peut également être utilisé ;
 - les corticoïdes topiques peuvent être utilisés chez les patients trichodysiques, mais pas pendant plus de trois mois ;
 - autres - mésothérapie, nutraceutiques.

Surveiller la réponse au traitement à 3 mois. S'il n'y a pas d'amélioration, envisager une biopsie du cuir chevelu pour écarter d'autres pathologies.

Communications orales : mélasma

Symposium animé par : Dr Melendez Ramirez Esperanza et Dr Tavera Zafra Mariela

Intervenant : Dr Mateo Claudia.

La metformine topique 30 % comme traitement alternatif face au mélasma

Intervenant : Dr Mateo Claudia.

La présentation a débuté par un aperçu de l'utilisation de la metformine en crème 30 % comme alternative thérapeutique pour traiter le *mélasma*, affection cutanée chronique caractérisée par une hyperpigmentation, qui touche principalement les femmes âgées de 30 à 40 ans. Cette affection est associée à une activité accrue dans l'unité mélano-épidermique, en particulier dans les zones exposées au soleil.

L'intervenante a souligné le rôle des *mélanocytes*, cellules responsables de la production de pigments via un processus complexe connu sous le nom de *mélanogenèse*. Des études récentes suggèrent que d'autres cellules, telles que les *kératinocytes*, les *fibroblastes* et les *mastocytes*, contribuent également à ce problème de peau. Les phénomènes clés sont les suivants :

1. activation inadéquate des mélanocytes ;
2. élastose solaire avec agrégation de mélanine ;
3. augmentation du nombre de mastocytes ;
4. altérations de la membrane basale ;
5. vascularisation accrue.

Ensuite, l'intervenante s'est concentrée sur l'activation inadéquate des mélanocytes.

L'activation inadéquate des mélanocytes est principalement déclenchée par les *rayons ultraviolets*, qui endommagent l'ADN des *kératinocytes*, ce qui augmente la production de proopiomélanocortines qui scindent l'hormone alpha stimulant les mélanocytes. Ce processus active différentes voies de signalisation qui stimulent l'activité mélanocytaire. Plusieurs mécanismes de signalisation intracellulaire sont impliqués, notamment :

- la voie Wnt/ β -caténine ;
- le complexe C-KIT ;
- la voie phosphatidylinositol 3 kinase.

Le traitement doit inclure la prise en charge des dommages dus au soleil, de l'hyperpigmentation, du stress cellulaire et de la néovascularisation.

En 2014, dans la première publication sur l'utilisation de la metformine topique, le potentiel de ce traitement était étudié dans le traitement du mélasma pour ses effets sur les voies de signalisation de l'*adénosine monophosphate (AMP)*. En effet, la metformine réduit l'expression de l'AMP, inhibant ainsi la mélanogenèse. Des études ont montré que la

metformine n'est pas toxique pour les cellules normales, y compris les mélanocytes et les kératinocytes, et peut inhiber la prolifération des cellules de mélanome.

L'intervenante a décrit l'étude clinique...

Une étude quasi expérimentale a été réalisée à l'*Hospital Universitario de Caracas* entre janvier et octobre 2023. Elle portait sur 30 femmes chez qui un mélasma avait été diagnostiqué. La méthodologie de l'hémi-face a été utilisée pour comparer l'efficacité de la metformine en crème et un groupe témoin utilisant de l'hydroquinone 4 %. L'étude s'articulait en trois phases, comprenant chacune la réalisation de photographies, un score Hemi-mMasi et un examen des effets indésirables.

1. Évaluation initiale et documentation.
2. Évaluations intermédiaires à 4 semaines.
3. Évaluations finales à 8 semaines et enquête de satisfaction.

Résultats

- La majorité des patientes était âgée de 41 à 50 ans et présentait un phototype IV. 68 % présentaient un mélasma centro-facial.
- Efficacité : bien que l'hydroquinone ait produit des résultats plus rapides, la metformine a montré une amélioration significative vers la huitième semaine. Les deux traitements ont réduit la sévérité du mélasma avec une baisse du score Hemi-mMasi.
- Effets indésirables : des effets minimes ont été rapportés, avec quelques cas d'érythème et de prurit.

À la fin de l'étude, 88 % des patientes étaient satisfaites du traitement par metformine, tandis que 100 % étaient satisfaites de l'hydroquinone.

L'étude a conclu que la metformine topique est un traitement efficace et sûr face au mélasma, permettant une amélioration significative de la pigmentation et de la qualité de vie des patients. Ces résultats sont en faveur d'une étude de la metformine dans des applications dermatologiques au-delà de son utilisation traditionnelle.

Symposium acné/rosacée : « À faire et à ne pas faire face à l'acné et à la rosacée »

Symposium animé par : Dr Gomez Flores Minerva, Dr Massa Antonio, Dr Troielli Patricia.

Intervenants : Dr Santos Muñoz Andrea, Dr Barnes Franz, Dr Muñoz Olate Carla, Dr Montealegre Gomez Carlos, Dr Obregon Alzamora Jannell, Dr Gomez Flores Minerva, Dr Tavares da Silva Lamarão Paulo Jorge, Dr Navarro Lopez Vicente Manuel et Dr Troielli Patricia.

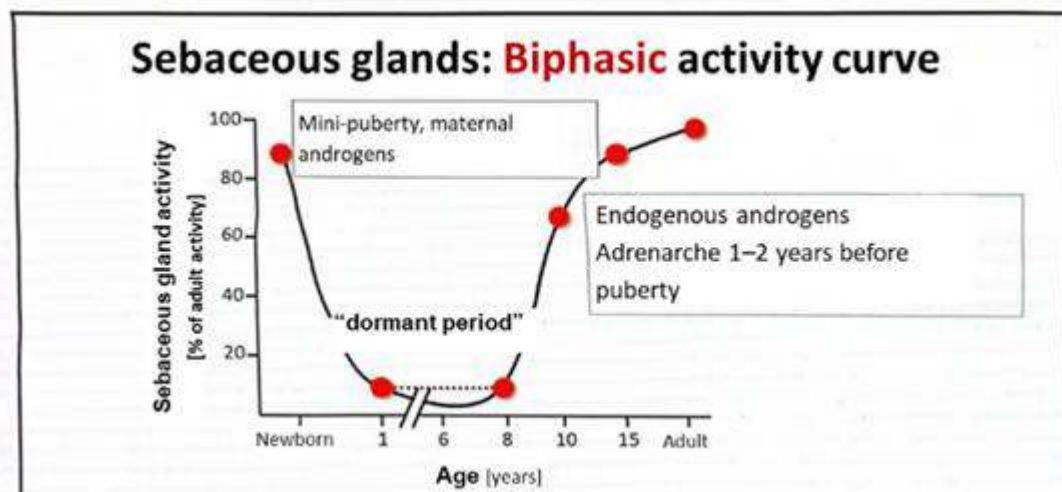
Acné modérée à sévère chez les pré-adolescents

Intervenant : Dr Santos Muñoz Andrea

L'intervenante a commencé sa présentation par une brève introduction...

L'acné est l'une des maladies les plus fréquentes qui peut survenir dès les premiers jours de la vie et puis lors des premiers signes de la puberté. Cette affection touche 90 % des adolescents et environ 20 % des nouveau-nés. La pathogenèse est similaire à tous les âges, bien que l'acné INFANTILE puisse être un marqueur d'autres pathologies, nécessitant dans certains cas des examens cliniques supplémentaires.

L'intervenante a montré le graphique suivant pour expliquer que l'activité de la glande sébacée est biphasique ; elle est silencieuse entre les âges de 1 et 8 ans, période au cours de laquelle l'apparition de lésions doit attirer l'attention.



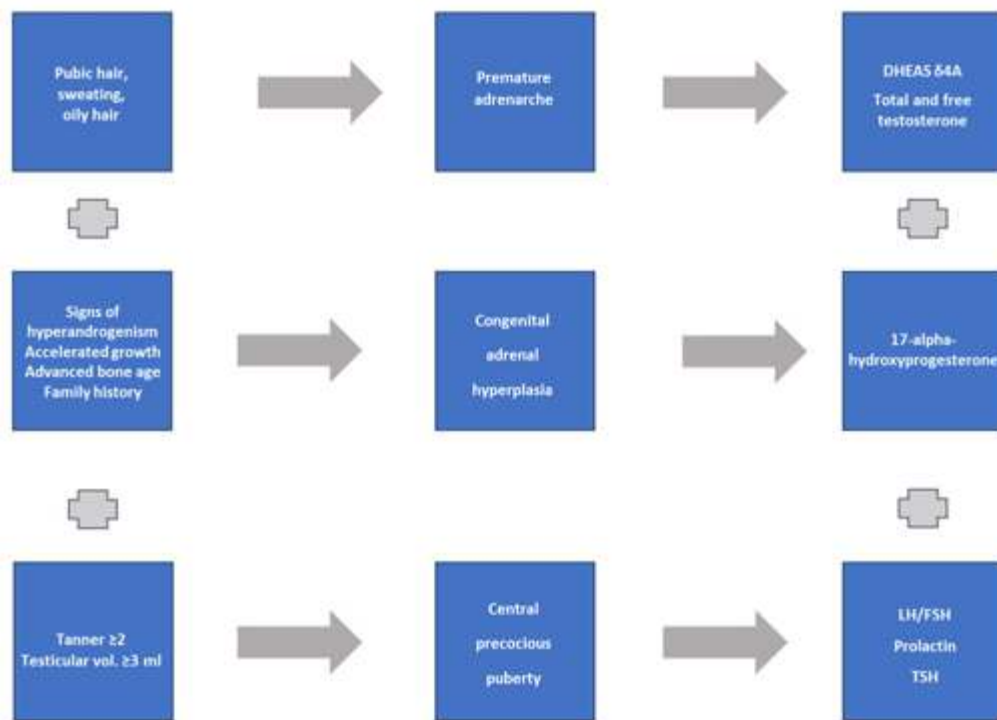
Classification de l'acné en pédiatrie :

TYPE D'ACNÉ	ÂGE	MORPHOLOGIE	LOCALISATION	MALADIE SYST. ASSOC.
Néonatale	0-2 mois	Papules érythémateuses et papulo-pustules Peu de comédons	Joues, menton, paupières et front	Rare
Infantile	2 mois à 1 an	Papules, pustules, peu de comédons	Joues	Rare

Enfance moyenne	1 à 7 ans	Comédons, papules inflammatoires, pustules et nodules	Front, poitrine, dos	OUI
Pré-adolescence	7 à 12 ans	Comédons, papules inflammatoires, pustules, nodules et kystes	Front, joues, poitrine et dos	Rare
Adolescence	12 à 18 ans	Comédons ouverts et fermés, papules érythémateuses	Front, nez, poitrine et dos	Rare

Dans le détail, l'intervenante a cité plusieurs caractéristiques principales de chacun de ces types d'acné...

1. **L'acné néonatale** (20 % des nouveau-nés) touche principalement les joues et le front avec présence de papules, pustules, comédons, rarement des nodules et des cicatrices. Parmi les causes possibles, l'altération du microbiome constitue un facteur essentiel (*Malassezia*). Il est important d'évaluer si les mères prennent des médicaments (lithium, corticoïdes, phénytoïne). La physiopathogénèse est due à une augmentation de l'activité des androgènes surrénaliens et testiculaires, d'où une acné plus fréquente chez les hommes. SIGNES ALARMANTS PENDANT CETTE PÉRIODE : acné néonatale importante, signes de virilisation et troubles de la croissance.
 2. **L'acné infantile** est rare, plus inflammatoire et principalement observée chez les garçons. Elle touche davantage les joues et prédispose à une acné sévère à l'adolescence. Elle est due à une persistance des androgènes surrénaliens. Dans les cas réfractaires, évaluer l'hyperandrogénie.
 3. **L'acné préscolaire**, de 1 à 7 ans, est rare. À CE STADE, IL N'Y A PAS DE PRODUCTION D'ANDROGÈNES SURRÉNALIENS. IL FAUT DONC TOUJOURS RECHERCHER UNE HYPERANDROGÉNIE. Cette acné est un signe d'alarme, car il peut s'agir de la première manifestation de l'hyperandrogénie. Les patients présentent des lésions inflammatoires et de rétention.
- Évaluation de base : âge osseux, courbe de croissance et analyses de laboratoire (testostérone totale et libre, DHEA/DHEAS, 17 alpha-hydroxyprogestérone, LH, FSH, prolactine).



4. **Acné prépubère** : elle est de plus en plus fréquente, précède la pubarche, touche la zone T, principalement sous forme de comédons. Elle permet de prédire une acné sévère.

En ce qui concerne les traitements, l'important est qu'ils soient sans danger et simples à administrer pour une bonne observance, à la fois de la part des patients et de leurs aidants. La plupart de ces traitements sont hors AMM. Ils ne diffèrent généralement pas du traitement des adultes à l'exception du fait que les tétracyclines ne peuvent pas être utilisées chez les enfants de moins de 8 ans et l'isotrétinoïne sont contre-indiquées avant 12 ans.

Il est important de garder à l'esprit que la plupart des cas sont généralement légers et que les dermo-cosmétiques sont donc généralement un excellent allié. Il est également important de protéger et de restaurer la barrière cutanée et le microbiome à chaque étape du traitement.

Instagram, WhatsApp, TikTok... Amis ou ennemis ?

Intervenant : Dr Barnes Franz

L'intervenant a proposé 4 stratégies pour que les réseaux sociaux deviennent nos alliés.

1. Diffusion massive de l'information : les réseaux sociaux sont des canaux utiles pour démentir les mythes courants.
2. Recommandations personnalisées et déontologiques : rechercher différentes façons d'établir un contact avec le public afin d'encourager des consultations personnalisées et d'éviter que les patients ne suivent les conseils erronés ou

nuisibles qui circulent sur les réseaux. En revanche, l'intervenant souligne que ce n'est pas un support convenable pour les consultations.

3. Un contenu visuel percutant qui attire l'attention du public, mais qui reste conforme à la déontologie des publications.
4. Humanisation de la dermatologie : une présence active et soignée augmente la confiance dans la science et, à son tour, renforce votre réputation en tant que figure médicale.

Des défis à relever :

- rester authentique ;
- se mettre à jour en permanence ;
- déléguer certaines tâches ;
- vérifier la véracité de l'information ;
- fixer des limites ;
- trouver l'équilibre entre le professionnel et le personnel.

Acné tardive chez l'adolescent : différentes stratégies

Intervenant : Dr Muñoz Olate Carla

L'intervenante a commencé par rappeler la définition de l'OMS...

Acné juvénile : entre 10 et 24 ans

Acné de l'adulte, au-delà de 24 ans

- Persistante : débute à l'adolescence
- Tardive : apparaît après 25 ans
- Récidivante : poussées dès l'adolescence, mais plus fréquentes à l'âge adulte.

Les différences entre l'acné chez l'adolescent et à l'âge adulte ont été présentées :

Caractéristiques	Acné chez l'adolescent	Acné chez l'adulte
Âge	10-19 ans (a)	> 25 ans
Genre	Plus fréquente chez les hommes	Plus fréquente chez les femmes

Sévérité	Légère : type comédonien Sévère : type noduleux	Généralement de type inflammatoire-papuleux léger
Localisation	Visage : joues, tronc	Visage : joues, menton, mâchoire, tronc rarement atteint
Type de lésions	Comédons	Lésions papulo-pustuleuses inflammatoires
Comédons	Courants	Rares, mais plus fréquents chez les fumeurs
Papules inflammatoires	Courants	Fréquentes
Kystes	Possibles, en fonction de la sévérité	Rare
Cicatrices	En fonction de la sévérité	Courants
Production de sébum	Augmentée	Augmentée
Flore microbienne	Cutibacterium acnes (C. acnes)	Cutibacterium acnes (C. acnes)
Troubles hormonaux	Possibles	Fréquentes
Réponse au traitement	Bonne	Résistance fréquente/rechutes fréquentes

(a) L'acné qui survient entre 10 et 24 ans doit être appelée « acné juvénile ».

Le traitement peut suivre les directives publiées par l'Académie cette année. Ceci étant dit, le grand défi thérapeutique ne se situe pas au niveau de l'algorithme, mais dans la façon dont nous obtenons une bonne observance chez ces patients.

Quelques conseils pour y parvenir : donner des instructions écrites en évitant les schémas compliqués et en utilisant des agents combinés pour réduire la quantité de produits. Expliquer la bonne utilisation (dans toute la zone, et non par petites touches) et les effets indésirables possibles.

En ce qui concerne la spironolactone, l'intervenante a examiné les indications chez l'adulte et chez l'adolescent :

- acné adulte persistante ou récidivante ;
- poussées prémenstruelles chez la femme ;
- cas réfractaires à d'autres traitements ;
- patients qui ne sont pas des candidats à l'isotrétinoïne ;
- signes d'hyperandrogénie ;
- en monothérapie ou en association avec l'ATB les trois premiers mois ;
- plus de 11 ans, 1 an après la ménarche ;
- amélioration significative de 66 % à une posologie de 50 à 100 mg/jour.

Enfin, au sujet de l'acné et de l'IMC, l'intervenante a expliqué qu'il n'existe pas de consensus et que les résultats sont contradictoires en ce qui concerne cette corrélation. Par conséquent, il est déconseillé de se concentrer sur l'alimentation, car la population adolescente est très sujette aux troubles de l'alimentation. Se contenter de suggérer des habitudes saines.

Acné-rosacée – l'isotrétinoïne à faible dose : rapport entre coût et bénéfice

Intervenant : Dr Montealegre Gomez, Carlos

L'intervenant a commencé par résumer les caractéristiques cliniques et évoquer la physiopathologie, l'impact sur la qualité de vie et les traitements actuels, en mettant l'accent sur l'utilisation de l'isotrétinoïne.

Concernant l'acné, les points suivants sont à retenir :

- maladie inflammatoire chronique s'accompagnant de stades pré-inflammatoires et pro-inflammatoires ;
- elle touche principalement la tête et le tronc, détériorant significativement la qualité de vie ;
- surtout présente chez les adolescents et les jeunes, mais peut apparaître à n'importe quel âge ;
- physiopathogénie :
 - facteurs génétiques ;
 - facteurs hormonaux - IGF-1, androgènes ;
 - phénotypes pathogènes de C. Acnes comme les biotypes 4 et 5 ;
 - hyperkératinisation, altération de la production et de la qualité du sébum.

Concernant la rosacée, l'intervenant a souligné les concepts suivants :

- maladie inflammatoire chronique avec hyperréactivité vasculaire et inflammation folliculaire ;
- elle touche principalement les personnes d'âge moyen, mais peut commencer à un âge précoce ;
- physiopathologie :
- la génétique intervient moins que dans l'acné ;
- les facteurs liés à l'altération de la barrière cutanée prédominent ;
- altération vasculaire et glandulaire, avec un important composant inflammatoire qui peut évoluer en fibrose.

L'intervenant a rappelé plusieurs concepts concernant l'isotrétinoïne...

- C'est le traitement le plus efficace face à l'acné sévère, avec un excellent rapport coût-bénéfice, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire comme la Colombie.
- Bien que les effets indésirables soient principalement cutanés et gérables, le suivi clinique est crucial.
- L'isotrétinoïne peut également être une option précieuse face à la rosacée, mais elle est à envisager en deuxième ligne uniquement et dans des cas sélectionnés avec soin.
- Dérivé naturel de la vitamine A approuvé par la FDA en 1982.
- Hautement lipophile.
- Régule la kératinisation et inhibe *C. Acnes* via les récepteurs à l'acide rétinoïque.
- Réduction de l'activité sébacée par des effets pro-apoptotiques au niveau de sébocytes qui concernent principalement la p53.
- Effets anti-inflammatoires via la modulation des macrophages et des neutrophiles.
- Effets indésirables courants : cutanéomuqueux, facilement gérables.
- Les complications graves (réactions hépatiques, cutanées sévères) sont rares et aucun lien de cause à effet n'a été démontré avec les suicides.
- À surveiller : principalement les triglycérides, les transaminases et vérifier l'absence de grossesse chez la femme.

Indications de l'isotrétinoïne à faible dose face à l'acné :

- définition des faibles doses :
 - 0,3-0,4 mg/kg/jour (environ 20 mg par jour) ;
 - très faibles doses : moins de 10 mg par jour ;
- avantages des faibles doses :
 - réduction des effets indésirables ;
 - amélioration de l'observance ;
 - Idéal pour les patients très sensibles aux effets indésirables ou ayant des antécédents d'intolérance aux doses standards ;
 - en cas d'acné sévère, l'association avec des corticoïdes peut permettre de contrôler l'inflammation initiale.
- Durée du traitement :
 - continuer jusqu'à ce que le patient ne présente aucune lésion nouvelle pendant 2 à 4 mois ;
 - arrêter lorsqu'il y a une amélioration prolongée, sans qu'il soit nécessaire d'atteindre une dose cumulée stricte de 150 mg/kg, bien que certains patients puissent nécessiter jusqu'à 200 mg/kg.

Indications de l'isotrétinoïne à faible dose face à la rosacée :

- efficacité des faibles doses ;
 - particulièrement utiles en cas de rosacée granulomateuse, phymateuse et en cas d'inflammation élevée ;
 - des doses inférieures à 20 mg/jour sont efficaces, bien qu'il n'y ait pas de consensus clair concernant leur utilisation dans cette pathologie.
- Avantages face à la rosacée :
 - elles permettent de contrôler l'inflammation sans avoir recours à des doses élevées, ce qui réduit le risque d'effets indésirables ;
 - meilleure tolérance au long cours, notamment chez les patients à la peau plus sensible.
- Durée du traitement :

- dans la littérature, une moyenne de 4 mois est suggérée, mais dans la pratique clinique, certains patients peuvent nécessiter des traitements plus longs.

Conclusion : face aux deux pathologies, l'isotrétinoïne à faible dose s'est avérée être une stratégie efficace, sûre et associée à moins d'effets indésirables que les doses conventionnelles. Face à l'acné, les faibles doses sont bien étudiées et largement utilisées, montrant une grande efficacité même dans l'acné sévère lorsqu'elles sont associées à des corticoïdes. Face à la rosacée, les faibles doses sont une alternative prometteuse pour les cas résistants, bien qu'elles soient considérées comme un traitement de deuxième ligne, et leur mise en œuvre dépend davantage de l'expérience clinique que de directives formelles.

Traitements topiques face à l'acné : conseils pour les peaux sombres.

Intervenant : Dr Obregon Alzamora Jannell

L'intervenante a commencé par déclarer que l'hyperpigmentation post-inflammatoire est généralement la première préoccupation chez les patients acnéiques, en sachant qu'elle est exacerbée par des facteurs ethniques, géographiques et climatiques.

Cette présentation reprenait un résumé des recommandations pour le traitement topique, dans le cadre des directives AAD 2024 et NICE 2021.

Associations thérapeutiques fixes :

Première ligne de traitement pour son efficacité, son faible coût et sa facilité à améliorer l'observance. Plusieurs mécanismes maximisent l'efficacité.

Durée minimale recommandée : 12 semaines, en évaluant les résultats après cette période.

Monothérapie locale :

Utile dans des cas bien précis, mais moins efficace que les associations thérapeutiques.

La réponse clinique peut être observée après 6 à 8 semaines. Il est essentiel d'expliquer ce délai aux patients afin de gérer leurs attentes.

Options topiques :

Rétinoïdes topiques (trétinoïne, adapalène, tazarotène et tripharotène) :

- comédolytiques et anti-inflammatoires ;
- atténuent la dépigmentation ;
- tous ont une efficacité similaire, bien que leur tolérance varie en fonction du véhicule et de la concentration ;

- adapalène 0,1 % : idéal pour les peaux sensibles, car il provoque moins d'irritations ;
- commencer par de faibles concentrations et augmenter progressivement ;
- appliquer par intermittence (3 fois par semaine) pendant les premières semaines ;
- chez les peaux sensibles, laver la zone traitée après une heure d'application.

Peroxyde de benzoyle :

- comédolytique léger, pour les lésions inflammatoires et non inflammatoires. Évite la résistance bactérienne ;
- les concentrations faibles (3 %) réduisent les effets indésirables ;
- une posologie deux fois par jour pendant deux semaines est sûre et efficace ;
- idéal en association avec des antibiotiques topiques pour éviter la résistance bactérienne.

Antibiotiques topiques :

- non recommandés en monothérapie au long cours en raison de la résistance bactérienne ;
- efficaces en association avec le peroxyde de benzoyle ;
- précautions - l'association du peroxyde de benzoyle avec la dapsonne peut provoquer une coloration temporaire de la peau (orange ou marron).

Recommandations conditionnelles :

- clascotérone - antiandrogène topique, inhibe la synthèse des lipides et des cytokines inflammatoires. Inconvénient : coût élevé ;
- acide salicylique (0,5-2 %) - réduit les comédons ouverts et les lésions inflammatoires ;
- acide azélaïque - comédolytique, anti-inflammatoire, antibactérien, dépigmentant. Excellente option pour les peaux sensibles, l'acné chez la femme adulte et les phototypes élevés. Utiliser à 15 % deux fois par jour.

Considérations particulières : *patients présentant des phototypes élevés* - la prudence est de rigueur en raison de la propension à l'hyperpigmentation et aux tissus cicatriciels. Utiliser des associations topiques et une photoprotection stricte.

Grossesses : sans risque - acide azélaïque, PB, érythromycine, clindamycine. Acide salicylique : sans danger dans des zones limitées et pour une courte durée.

Astuces pour éviter l'hyperpigmentation due à l'acné :

commencer le traitement tôt et éviter la manipulation des lésions.

Utilisation de nettoyants doux, hydratants et photoprotecteurs à large spectre.

Conclusion : la prise en charge topique de l'acné doit être personnalisée, tenir compte de la sévérité, du type de peau et des préférences des patients. Les associations thérapeutiques fixes et une dose initiale faible sont des stratégies clés pour améliorer l'observance et les résultats cliniques. La photoprotection est essentielle, notamment chez les phototypes élevés.

Le peroxyde de benzoyle face à la rosacée.

Intervenant : Dr Gomez Flores Minerca

L'intervenante nous rappelle les traitements approuvés face à la rosacée :

- doxycycline ;
- métronidazole (0,75-1 %) - large utilisation en monothérapie ou en association thérapeutique ;
- acide azélaïque (15 %) - effets anti-inflammatoires et dépigmentants ;
- sulfacétamide avec soufre - action kératolytique et antibactérienne ;
- ivermectine (1 %) - idéal dans les formes inflammatoires et pustuleuses ;
- minocycline en mousse ;
- brimonidine gel 0,33 % ;
- oxymétazoline crème 1 %.

Peroxyde de benzoyle encapsulé (nouvelle formulation à 5 %) approuvé en 2022 :

- puissant antioxydant, antibactérien, kératolytique, comédolytique, anti-séborrhéique ;
- indications - monothérapie, entretien ou en association avec des antibiotiques/rétinoïdes pour un effet synergique ;
- Événements indésirables : irritations, exfoliation et dermatite de contact, limitant son utilisation en première ligne.

Données en ce qui concerne le peroxyde de benzoyle face à la rosacée :

- historiquement non inclus dans les principales directives (groupes européens, latino-américains et canadiens) ;

- des études de 2004 et 2008 ont montré l'efficacité du peroxyde de benzoyle associé à d'autres traitements topiques comme le métronidazole, en particulier dans la rosacée papulo-pustuleuse ;
- en 2019, de nouvelles formulations affichant une meilleure tolérance ont commencé à être incorporées dans des directives suisses, mais pas dans d'autres directives internationales ;
- études récentes (2022) - les progrès au niveau des véhicules (micro-encapsulation en silice) permettent une libération lente et prolongée, améliorant la tolérance et l'efficacité. Résultats à partir de 4 semaines, élimination des lésions comprise entre 44 et 50 % à 3 mois. Effets indésirables faibles (< 2 %), suggérant une utilité dans certains cas où d'autres traitements n'atteignent pas les objectifs thérapeutiques.

Bien que représentant une option émergente aux résultats prometteurs, le peroxyde de benzoyle encapsulé n'est pas encore largement adopté dans les principales directives. Son utilisation est recommandée dans certains cas, en particulier lorsque d'autres traitements ne permettent pas une élimination des lésions, en tenant toutefois toujours compte des effets indésirables.

Démodex dans la rosacée : cause ou conséquence ?

Intervenant : Dr Tavares da Silva Lamarão Paulo Jorge

L'intervenant nous rappelle les faits suivants en guise d'introduction...

- Les acariens *Demodex folliculorum* et *Demodex brevis* sont des micro-organismes qui font partie du microbiome naturel de la peau humaine.
- Ils vivent principalement dans les follicules pilo-sébacés et les glandes sébacées. Bien qu'ils ne causent généralement pas de dommages, ils peuvent proliférer de manière excessive dans certaines conditions.
- Cette prolifération est associée à des tableaux cliniques comme la démodécie et la rosacée.
- Son rôle dans la physiopathologie de maladies comme la rosacée est débattu depuis plus d'un siècle.
- Les chercheurs se demandent si sa présence exacerbée est une cause ou découle simplement d'une inflammation préexistante au niveau de la peau concernée.

Tableaux cliniques liés aux démodex

1. Démodécie primaire :
 - squames discrètes dans les follicules pileux sans inflammation marquée ;
 - elle prend généralement une forme légère et parfois unilatérale.

2. Rosacéiforme :

- signes cliniques similaires à ceux de la rosacée papulo-pustuleuse ;
- Ce type de démodécie peut imiter ou coexister avec la rosacée.

3. Atteinte palpébrale :

- les démodex peuvent également toucher les paupières, provoquant une blépharite.

Relation entre démodex et rosacée

- La physiopathologie de la rosacée est complexe et multifactorielle ; elle repose sur l'interaction de facteurs environnementaux, génétiques, immunologiques et neurovasculaires.
- Dans ce contexte, le rôle des démodex a été longuement débattu.
- Des études récentes suggèrent que, dans certains cas, la rosacée papulo-pustuleuse pourrait être considérée comme une infection chronique médiée par les démodex.

Arguments en faveur du rôle causal des démodex dans la rosacée

1. Densité élevée sur la peau concernée.

- Plusieurs études montrent que les patients atteints de rosacée papulo-pustuleuse ont une densité d'acariens plus élevée que la population générale.
- Dans les rares cas où aucun niveau élevé de démodex n'est détecté, ce résultat peut s'expliquer par de faux négatifs ou par l'élimination de l'acarien via la réponse immunitaire de l'hôte.
- Chez les patients atteints de rosacée, l'histopathologie met en évidence un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire périphérique et des granulomes associés à la présence de démodex (lymphocytes T helper17).

2. Stimulation de l'immunité innée et adaptative.

- Les démodex peuvent activer les récepteurs TLR2, avec libération ultérieure de LL-37 (cathélicidine), peptide à action immunomodulatrice et antimicrobienne qui est surexprimé en cas de rosacée.
- Altération de la barrière cutanée.

- Les démodex peuvent également induire des réponses immunologiques adaptatives via des antigènes libérés au cours de leur cycle de vie, par exemple endo- et exo-cuticules (*Bacillus oleronius*).

3. Preuves thérapeutiques.

- Les antiparasitaires topiques, comme l'ivermectine, se sont révélés très efficaces dans le traitement de la rosacée papulo-pustuleuse.
- Leur efficacité appuie l'hypothèse selon laquelle les démodex sont un facteur clé dans la pathogenèse de la maladie.

Arguments contre le rôle causal

- Il est possible que la prolifération des démodex ne soit pas la cause première, mais une conséquence de l'inflammation présente dans la peau touchée.
- Il est possible que la rosacée, en tant que maladie inflammatoire chronique, crée un environnement favorable à la reproduction de l'acarien, ce qui perpétue un cycle inflammatoire.

Conclusions et recommandations

- La prolifération excessive des démodex pourrait être considérée comme un facteur nécessaire, mais non suffisant, dans la physiopathologie de la rosacée.
- L'interaction entre les démodex et d'autres facteurs prédisposants (environnementaux, génétiques, immunologiques et neurovasculaires) serait cruciale pour l'apparition et la perpétuation de la maladie.
- Les démodex jouent un rôle important dans la physiopathologie de la rosacée, notamment dans les formes papulo-pustuleuses.
- Les traitements antiparasitaires topiques sont recommandés en première ligne dans ces cas.
- Cependant, il est important de poursuivre les recherches pour mieux comprendre cette interaction complexe et élaborer des stratégies thérapeutiques plus ciblées.

Bonnes bactéries et mauvaises bactéries dans la rosacée et l'acné

Intervenant : Dr Navarro Lopez Vicente Manuel

L'intervenant a commencé sa présentation par une brève introduction...

- Bien que les mécanismes par lesquels le microbiote intestinal influence la progression de différentes pathologies cutanées ne soient pas complètement établis, certaines études ont montré que les patients présentent des dysbioses accompagnées de réductions de la diversité, de la richesse et des bactéries

productrices d'acides gras à chaîne courte (AGCC). Cette altération microbienne est responsable d'une translocation bactérienne intestinale et donc d'une inflammation systémique de bas grade.

- La modulation du microbiote intestinal par l'administration de probiotiques en tant que traitement adjuvant ou alternatif pourrait améliorer l'efficacité du traitement conventionnel et réduire ses effets indésirables.
- Dans une étude de 2015, des traces d'ADN bactérien ont été détectées dans le sang de patients présentant des poussées sévères de psoriasis, ce qui indique que la translocation bactérienne intestinale est un facteur déclencheur d'inflammation systémique.

L'intervenant a ensuite décrit les études de son groupe de recherche concernant différentes souches qui pourraient présenter des bénéfices face à l'acné.

Probiotiques (*Lactocaseibacillus rhamnosus* CECT 3001) + spiruline (*Arthrospira platensis* BEA_IDA 0074B)

1. Dans un pré-essai clinique pilote, *Lactocaseibacillus rhamnosus* CECT 3001 a démontré :
 - un effet anti-inflammatoire systémique sur les marqueurs inflammatoires sanguins - IL-10, LPS, ADN bactérien ;
 - une amélioration clinique de l'acné selon le GAGS, le score AGSS et le nombre de lésions inflammatoires.
2. La spiruline en tant que cyanobactérie fonctionnelle (*Arthrospira platensis* BEA_IDA 0074B) :
 - bien qu'elle ne fasse pas partie du microbiote intestinal, elle possède des propriétés anti-inflammatoires, car elle contient de la phycocyanine.

Résultats microbiologiques selon les différents travaux publiés jusqu'à présent

- Les patients acnéiques présentent une diminution des bactéries productrices d'acides gras à chaîne courte (qui favorisent une barrière intestinale saine).
- Ce déséquilibre peut favoriser la translocation bactérienne et perpétuer l'inflammation.

En ce qui concerne la rosacée et le microbiote intestinal, sur la base de publications récentes, l'intervenant a présenté un essai clinique randomisé en double aveugle et comparatif contre placebo qu'il mène actuellement avec son groupe de travail afin d'évaluer *Lactocaseibacillus rhamnosus* CECT 30579 et *Bifidobacterium Longum* CECT 30615.

Conclusions générales au sujet du microbiote et des maladies cutanées

- Diminution de la biodiversité bactérienne au niveau intestinal, en particulier des bactéries productrices d'acides gras à chaîne courte.
- Utilisation de probiotiques spécifiques en vue de réduire l'inflammation systémique et cutanée.
- Les études actuelles cherchent à confirmer si la manipulation du microbiote intestinal peut influencer directement l'origine et la progression de ces maladies.

Symposium : Acné/Rosacée 2

Symposium animé par : Dr Cohen Sabban Emilia Noemí et Dr Piquero Casals Jaime.

Intervenants : Dr Cohen Sabban Emilia Noemí, Dr Santos Muñoz Andrea, Dr Alegre Sanchez Adrián, Dr Valencia Ocampo Oscar Jairo, Dr Piquero Casals Jaime, Dr Lopez Estebanz Jose Luis, Dr La-Rotta Higuera Edgar Enrique, Dr Rengifo Palacios Jaime Alberto.

Mise à jour de l'algorithme dans la prise en charge de l'acné

Intervenant : Dr Cohen Sabban Emilia Noemí

- L'intervenante a présenté un résumé des dernières directives et révisions publiées en 2024.
- Principaux points soulignés par l'intervenante :

1. Examens microbiologiques :

- les antibiogrammes et les cultures ne sont pas recommandés en systématique chez les patients acnéiques. Exceptions : en cas de suspicion de folliculite à Gram (-) ou Pityrosporum ou face à d'autres infections.

2. Examens endocrinologiques :

- les bilans hormonaux de routine ne sont pas recommandés chez tous les patients acnéiques ;
- chez les femmes présentant des dysménorrhées ou des signes de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), des tests hormonaux tels que LH/FSH, testostérone totale et libre, androstènedione et DHEA doivent être effectués ;
- demander la 17-hydroxyprogestérone en cas de suspicion d'hyperplasie congénitale des surrénales d'apparition tardive.

3. Traitements topiques (ils sont la base du traitement à toutes les étapes)

- Rétinoïdes : ils sont le pilier fondamental dans le traitement topique de l'acné, et leur utilisation doit être continue, car ils démontrent une grande efficacité dans différentes phases de l'acné.
- Antibiotiques topiques : jamais en monothérapie.
- PB (peroxyde de benzoyle) : il doit faire partie du traitement pour agir sur les lésions inflammatoires, car il agit également contre les souches résistantes.
- Acide azélaïque : utile chez les patients souffrant d'acné légère à modérée, en particulier chez les femmes enceintes et les patients présentant des phototypes élevés.
- Clascotérone 1 % : nouvel anti-androgène topique, efficace chez les hommes et les femmes de plus de 12 ans, souffrant d'acné légère à modérée. Il peut constituer une alternative au traitement hormonal systémique.
- Dernière recommandation : associer différents mécanismes d'action.

4. Soins systémiques

- Antibiotiques systémiques : les tétracyclines sont prescrites en première ligne face à l'acné modérée à sévère, ne répondant pas à un traitement topique ou touchant plusieurs localisations. La sarécycline est une nouvelle tétracycline qui a moins d'impact moindre sur le microbiote intestinal. Cependant, l'utilisation d'antibiotiques doit être limitée pour éviter la résistance, et le traitement ne doit pas dépasser 3-4 mois.
- Contraceptifs oraux : les pilules combinées (œstrogènes + progestatifs) sont utiles, notamment celles de quatrième génération (comme la drospirénone), et elles peuvent être utilisées sans risque significatif d'interaction avec les antibiotiques.
- Spironolactone : utilisée comme anti-androgène, elle est efficace chez les femmes, notamment en association avec les contraceptifs oraux pour son action synergique. Il n'est pas nécessaire de surveiller les taux de potassium chez les femmes de moins de 45 ans. À l'heure actuelle, ce traitement n'est pas approuvé par la FDA.

5. Isotrétinoïne

- Dose cumulée : une dose fixe de 120-150 mg/kg n'est plus recommandée. L'approche actuelle consiste à traiter jusqu'à l'obtention d'une amélioration clinique complète. Dans certains cas, l'isotrétinoïne peut être arrêtée avant d'atteindre la dose traditionnelle.
- Effets indésirables : bien que le lien avec les maladies neuropsychiatriques et les maladies inflammatoires de l'intestin ait été démenti, les antécédents du patient doivent toujours être évalués.

- Le traitement est compatible avec les actes suivants : peelings superficiels, lasers non ablatifs et à lumière, y compris pour l'épilation, vasculaires et fractionnés non ablatifs.

6. Produits cosmétiques

- Chez les patients acnéiques, la barrière cutanée est compromise. Il est essentiel d'utiliser des produits qui aident à réparer cette barrière, tels que des nettoyants doux, des hydratants et des photoprotecteurs, afin d'améliorer les résultats du traitement.

7. Alimentation et probiotiques

- Alimentation : il est important d'éviter les aliments à indice glycémique élevé, qui favorisent l'inflammation et augmentent la sécrétion de sébum. Les produits laitiers ont un rôle moins clair puisqu'ils ont un effet chez certaines populations, mais pas toutes.
- Probiotiques : il a été démontré que les probiotiques, en particulier ceux qui augmentent l'interleukine-10 (comme certains lactobacilles), aident à réduire l'inflammation et les lésions d'acné. Les compléments alimentaires contenant de multiples souches et des extraits botaniques ont également montré des bénéfices et doivent être utilisés dès le début du traitement, en particulier si des antibiotiques systémiques sont indiqués.

Isotrétinoïne : le bon, la brute et le truand

Intervenant : Dr Lopez Estebarez Jose Luis

Le traitement par isotrétinoïne orale est considéré comme l'option la plus efficace face à l'acné, en particulier dans les cas modérés et sévères. Cependant, l'utilisation de ce médicament présente plusieurs aspects à prendre en compte...

Le bon

- Efficacité : l'isotrétinoïne affiche un taux d'élimination presque totale des lésions à 12 semaines, qui en fait l'option la plus efficace (87 %) comparativement aux antibiotiques oraux ou aux traitements topiques.
- Résultats : les traitements oraux à l'isotrétinoïne montrent de meilleurs résultats en termes de diminution des lésions inflammatoires, malgré le fait qu'ils laissent parfois des cicatrices.

La brute

- Contre-indications : en raison de sa tératogénicité, l'isotrétinoïne n'est pas indiquée chez les patients présentant certaines affections ou ayant déjà reçu d'autres traitements.

- Effets indésirables : les effets indésirables les plus fréquents sont les effets cutanéomuqueux, l'augmentation des triglycérides (19 %) et les troubles hépatiques. Les doses élevées, bien qu'efficaces, augmentent le risque d'effet indésirable.

Le truant

- Récidive : s'il est vrai que les doses élevées semblent plus efficaces, les taux de récurrence de l'acné (12,5 %) restent préoccupants, même lorsque de fortes doses cumulées sont atteintes. Divers facteurs entrent en jeu, par exemple la sévérité de l'acné, la présence d'une hyperandrogénie, l'âge (les personnes de plus de 30 ans ont moins de récurrences), et d'autres facteurs tels que le tabagisme.

Considérations en ce qui concerne la posologie

- Des doses élevées peuvent être nécessaires en cas d'acné sévère ou lorsqu'une résolution rapide des lésions est nécessaire, mais leur utilisation ne garantit pas un taux de récurrence inférieur. L'intervenant recommande d'utiliser des doses élevées également chez les jeunes adultes, en cas d'antécédents familiaux d'acné ou quand le tronc est touché.
- L'utilisation de faibles doses (0,1-0,4 mg/kg/jour) est de plus en plus recommandée, même en cas d'acné modérée, en raison d'effets indésirables moindres et d'un risque réduit de récurrence. Autres indications à faible dose : peau sensible, acné chez la femme adulte, acné légère à modérée avec séborrhée importante.

Comment améliorer le traitement par isotrétinoïne ?

- Utilisation des antihistaminiques et des oméga 3 : l'ajout d'antihistaminiques, comme la lévocétirizine, peut augmenter l'efficacité du traitement, réduire les effets indésirables cutanés (comme la xérodémie, la chéilite) et améliorer l'observance. De même, l'utilisation des oméga 3 (2 gélules de 1040 mg/jour) aide à réduire les effets indésirables cutanéomuqueux, et donc à prévenir l'exacerbation des effets indésirables de l'isotrétinoïne.
- Association avec d'autres traitements : l'utilisation de faibles doses en association avec d'autres traitements tels que le laser non ablatif et la radiofréquence fractionnée a montré de bons résultats, améliorant la cicatrisation sans effets indésirables significatifs.

Le microbiome dans l'acné et la rosacée

Intervenant : Dr Santos Muñoz, Andrea

Le microbiome humain, en particulier le microbiome cutané, est un écosystème complexe composé d'une grande variété de micro-organismes, comprenant des bactéries, des champignons, des virus et des archées. En général, 30 % des cellules de notre corps sont humaines, tandis que 70 % correspondent à des bactéries, dont plus de 1 000 espèces colonisent différentes zones du corps humain.

Le microbiome désigne l'ensemble des micro-organismes, leurs gènes et métabolites qui colonisent différentes parties du corps humain. Ce terme englobe non seulement les bactéries, mais aussi les champignons, les virus et les archées. Le microbiome cutané est donc un ensemble d'organismes bactériens qui habitent notre peau, jouant un rôle fondamental dans la protection, la régulation, la réparation de la peau et la tolérance immunitaire.

La composition et la fonction du microbiome cutané sont influencées par plusieurs facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques comprennent la génétique, l'âge, le sexe et les pathologies, tandis que les facteurs extrinsèques englobent l'environnement, l'hygiène de vie et l'utilisation de produits cosmétiques. La peau est divisée en différentes zones présentant des caractéristiques microbiennes propres : zones sèches, humides et sébacées, chacune ayant une flore bactérienne adaptée à ses conditions locales.

Le microbiome évolue au cours de la vie. Chez les nouveau-nés, le microbiome est moins diversifié et plus instable, ce qui le rend plus sensible aux altérations dues à des facteurs externes tels que l'utilisation inadaptée d'antibiotiques, qui peuvent modifier de manière permanente la composition bactérienne. Chez les enfants et les adolescents, le microbiome reste très dynamique et vulnérable à des facteurs tels que l'environnement, l'alimentation et l'interaction avec d'autres personnes. À l'âge adulte, le microbiome se stabilise et devient plus diversifié, ce qui contribue à la protection contre les infections. Chez les personnes âgées, la diversité microbienne diminue et la composition microbiologique de la peau tend à être plus homogène entre les individus.

Les altérations du microbiome, en particulier au début de la vie, peuvent avoir des effets durables et sont associées à une susceptibilité accrue à diverses maladies, y compris les maladies inflammatoires de la peau.

Le microbiome cutané possède plusieurs fonctions, dont la protection contre les micro-organismes pathogènes, la régulation du système immunitaire et la réparation de la barrière cutanée. De plus, il joue un rôle crucial dans la tolérance immunitaire, aidant à préserver l'équilibre entre les réponses immunitaires et évitant les réponses exagérées pouvant conduire à des maladies inflammatoires.

En ce qui concerne la barrière cutanée, on sait désormais qu'il s'agit d'une structure dynamique dans laquelle le microbiome joue un rôle central. Un microbiome sain, caractérisé par une diversité microbienne stable et équilibrée, est fondamental pour maintenir l'intégrité de la peau. Toute altération de cet équilibre peut conduire à une dysbiose, qui à son tour prédispose aux maladies inflammatoires de la peau.

Traditionnellement, l'acné était associée à une augmentation de la prolifération de *Cutibacterium acnes*. Cependant, des recherches plus récentes suggèrent qu'il ne s'agit pas simplement d'une augmentation de la quantité de *C. acnes*, mais aussi d'une diminution de la diversité bactérienne dans la peau. avec prolifération de souches de *C. acnes* plus pathogènes (phylotype 1A1-1B), ce qui contribue à l'apparition de lésions inflammatoires.

De plus, *Staphylococcus epidermidis*, normalement considéré comme un pathogène opportuniste, joue en réalité un rôle protecteur sur la peau. En effet, cette bactérie produit des peptides antimicrobiens qui inhibent la prolifération de souches pathogènes de *C. acnes*. À ce titre, elle peut favoriser la production d'interleukine 10 qui module la réponse immunitaire en cas d'acné.

Dans le cas de la rosacée, la recherche sur le microbiome est moins avancée, mais certaines études suggèrent que *Demodex folliculorum*, qui est un acarien présent naturellement dans la peau humaine, joue un rôle crucial dans la pathogenèse de cette affection. L'interaction entre *Demodex* et d'autres micro-organismes, tels que *Bacillus oleronius*, peut aggraver les signes et symptômes de la rosacée, en particulier chez les patients présentant une augmentation de la température cutanée. S'il est vrai que *S. epidermidis* protège contre l'acné, il a parfois un effet délétère dans le cadre de la rosacée, où il exacerbe l'inflammation cutanée.

Le microbiome intestinal influence également la peau, notamment dans les maladies inflammatoires comme l'acné et la rosacée. Un déséquilibre du microbiome intestinal, avec diminution des bactéries bénéfiques comme les *Firmicutes* et augmentation des *Bacteroidetes*, peut déclencher une inflammation systémique qui, à son tour, nuit à la santé de la peau. Des facteurs alimentaires, tels qu'une alimentation riche en sucres raffinés et en graisses saturées, peuvent altérer à la fois le microbiome intestinal et cutané, exacerbant les maladies inflammatoires de la peau.

Le traitement des affections dermatologiques associées à des altérations du microbiome doit se concentrer sur la restauration d'un microbiome cutané équilibré. C'est pourquoi l'intervenante conseille d'envisager l'utilisation de probiotiques oraux, de prébiotiques et de postbiotiques topiques pour favoriser la diversité microbienne et améliorer la santé cutanée, même si les données scientifiques sont encore limitées quant à l'efficacité de ces traitements.

En résumé, le microbiome cutané est un composant essentiel de la santé dermatologique. Il est crucial de préserver sa diversité et son équilibre pour prévenir et traiter des maladies telles que l'acné, la rosacée et d'autres affections inflammatoires chroniques.

Prise en charge de l'acné dorsale

Intervenant : Dr Alegre Sanchez, Adrian

L'acné du tronc concerne une grande proportion de patients acnéiques, puisque plus de 50 % des patients atteints d'acné au visage ont également des lésions sur le tronc. Beaucoup ne consultent pas pour ces lésions parce qu'ils les trouvent moins importantes, pensent qu'il n'existe pas de traitement ou les confondent avec d'autres maladies. Pourtant, ce type d'acné peut influencer le choix du traitement face à l'acné faciale, car les lésions sont souvent plus sévères que sur le visage, ce qui nécessite une approche thérapeutique plus intense.

Bien que l'impact de l'acné dorsale sur la qualité de vie ait été peu étudié, il a été observé que ces patients, principalement des adolescents et des jeunes, subissent un impact significatif à certaines périodes de l'année, par exemple en été. Une étude portant sur près de 1 000 patients a montré que 92 % avaient de l'acné faciale, 61 % présentaient des lésions sur le dos et 45 % sur le tronc antérieur. Cela montre que les zones les plus touchées par l'acné du tronc sont le dos, suivi de la poitrine et des épaules. De plus, moins de 5 % des cas d'acné du tronc se limitent à cette zone, ce qui suggère la coexistence presque systématique d'une acné du visage.

L'acné du tronc est généralement plus fréquente chez les hommes et apparaît plus tard que l'acné faciale. Une relation a été observée avec des niveaux élevés de testostérone, qui favorisent l'apparition de l'acné dans cette zone.

Le diagnostic différentiel est crucial, car l'acné dorsale peut être confondue avec une acné fongique, des éruptions acnéiformes, des miliaires, voire une hidradénite suppurée ou une acné conglobata dans certains cas.

Quant à l'étiopathogénie de l'acné dorsale, elle est similaire à l'acné faciale : altérations de la kératinisation folliculaire et réponse immunitaire exacerbée (surexpression de TLR-4, IL-2, IL-10, réduction de MMP-9). Cependant, contrairement à l'acné faciale, une hyperseborrhée n'est pas toujours observée, d'où un traitement parfois différent. De plus, les patients souffrant d'acné du tronc ont une plus grande prédisposition aux cicatrices, en particulier dans les phototypes sombres, et à la pigmentation post-inflammatoire.

L'acné du tronc est difficile à traiter en raison de l'étendue des lésions et de la difficulté d'appliquer des traitements topiques sur de grandes surfaces. Les rétinoïdes topiques comme le trifarotène sont efficaces, mais ils peuvent provoquer des irritations. Il est donc recommandé de les appliquer de façon intermittente. Parmi les autres traitements topiques, figurent le dapsoné en gel 7,5 % ou l'acide azélaïque en solution mousseuse à 10-20 %.

Les traitements oraux, comme l'isotrétinoïne, sont efficaces, mais en raison de la corrélation moindre avec la sécrétion de sébum, leur action est plus lente et nécessite des doses plus élevées. Les tétracyclines sont efficaces quand l'aspect inflammatoire est important et la spironolactone est intéressante chez la femme adulte. Enfin, l'adalimumab est utile en cas d'acné fulminans ou conglobata.

Parallèlement, il est important de s'attaquer aux facteurs externes tels que l'hyperhidrose, qui peut contribuer à l'aggravation de l'acné, ou la supplémentation en protéines ou testostérone.

En ce qui concerne les traitements cosmétiques, l'intervenante recommande l'utilisation de produits exfoliants et d'acide salicylique en spray pour le corps.

Le gluconate de zinc, à une dose de 30 mg par jour pendant 3 mois, a également montré son efficacité dans certains cas.

Les traitements au laser peuvent être utiles, notamment les lasers vasculaires en cas d'inflammation et les dispositifs de remodelage au niveau des cicatrices. Dans certains cas, la photo-épilation est recommandée pour prévenir et traiter les cicatrices dans les zones où l'acné est plus sévère.

Acné chez la femme adulte : trucs et perles

Intervenant : Dr Valencia Ocampo Oscar Jairo

L'acné chez la femme adulte est devenue une préoccupation croissante en dermatologie, car elle présente une prévalence significative, atteignant même 15 % chez les femmes ménopausées.

La prise en charge de l'acné chez la femme adulte nécessite une évaluation approfondie de divers facteurs influençant la pathogenèse de la maladie. Parmi les plus importants figurent l'utilisation de cosmétiques irritants, l'alimentation, le stress et la privation de sommeil. Une approche empathique et globale, incluant l'évaluation émotionnelle du patient, est donc essentielle pour une prise en charge efficace.

L'acné chez la femme adulte est souvent liée à une hyperandrogénie, notamment en cas de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Les signes typiques comprennent la séborrhée, l'hirsutisme et l'alopecie androgénique.

Il est important de se rappeler que les contraceptifs oraux combinés restent une option thérapeutique fondamentale chez ces patientes. De plus, la supériorité de la spironolactone comparativement à la clindamycine a été démontrée dans le traitement de l'acné chez la femme adulte, notamment en présence de signes d'hyperandrogénie. La spironolactone agit comme un anti-androgène, bloquant les effets des androgènes sur les glandes sébacées, et les données montrent que 80 % des patientes répondent positivement à ce traitement. L'hyperkaliémie, qui fait partie des effets indésirables redoutés en cas de traitement par spironolactone, est rare chez les femmes de moins de 45 ans.

L'acné est également fréquemment associée à des comorbidités métaboliques, telles que la résistance à l'insuline, en particulier chez les patientes atteintes d'un syndrome des ovaires polykystiques. L'obésité, accompagnée d'acanthosis nigricans, est également souvent observée. Dans ces cas, les agents qui sensibilisent à l'insuline, comme la metformine, ont montré des bénéfices, notamment chez les femmes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25. De plus, l'inositol, connu pour ses effets bénéfiques dans la prise en charge du SOPK, est de plus en plus utilisé comme option thérapeutique complémentaire.

Les dermatologues doivent impérativement reconnaître que de nombreuses femmes adultes souffrant d'acné ont également la peau sensible, des altérations de la production de céramides et une diminution de la fonction mitochondriale. L'irritation de la peau due à l'utilisation de rétinoïdes est un problème fréquent, car jusqu'à 50 % des femmes peuvent présenter des effets indésirables dus à une hypersensibilité cutanée. Il est recommandé

d'utiliser des rétinoïdes à faible potentiel irritant, tels que le rétinaldéhyde, et des traitements intermittents ou à faible concentration pour réduire l'irritation. De plus, le soin de la barrière cutanée à l'aide d'émollients est essentiel pour améliorer la tolérance au traitement.

Les cicatrices d'acné sont une complication fréquente, en particulier en cas de phototype foncé, car ces patientes risquent davantage de développer des cicatrices hypertrophiques et une hyperpigmentation post-inflammatoire. La prise en charge des cicatrices doit être agressive pour prévenir la formation de cicatrices hypertrophiques, en utilisant des traitements topiques efficaces, par exemple les associations à base de peroxyde de benzoyle, qui ont montré de bons résultats. Chez les phototypes foncés, des précautions particulières doivent être prises pour éviter l'hyperpigmentation, qui est plus fréquente en raison d'une inflammation accrue de la peau.

L'acné excoriée est fréquente chez les femmes souffrant de troubles psychologiques. Les données montrent que jusqu'à 4 % des patientes peuvent souffrir de ce trouble. La prise en charge doit être pluridisciplinaire, englober à la fois un traitement dermatologique et psychologique, en sachant que la mauvaise observance représente une difficulté majeure. Dans ces cas, il est essentiel de traiter la cause sous-jacente, telle que l'anxiété ou le trouble obsessionnel compulsif, qui conduisent souvent à des comportements répétitifs.

Pendant la grossesse, l'acné touche jusqu'à 43 % des femmes, et la prise en charge nécessite des soins particuliers. L'acide azélaïque est une option sûre et efficace à tous les stades de la grossesse, car ce traitement ne présente aucun risque pour le fœtus. Ce principe actif a des propriétés anti-inflammatoires, et son efficacité a été démontrée à la fois dans le traitement de l'acné et dans la prise en charge des troubles pigmentaires, comme le mélasma. De plus, l'acide azélaïque est utile dans le maintien d'un traitement au long cours chez les femmes souffrant d'acné qui ne répondent pas à d'autres traitements conventionnels.

Certaines études ont examiné les probiotiques, à la fois topiques et oraux, en tant qu'option thérapeutique complémentaire pour le traitement de l'acné. Bien que leur efficacité face à l'acné soit encore hypothétique, ils pourraient avoir un effet synergique avec les antibiotiques oraux. Le gluconate de zinc s'est également avéré utile pour ses propriétés anti-inflammatoires et a été administré avec succès dans le traitement de l'acné. Une dose quotidienne de 30 mg de zinc élémentaire est recommandée pour réduire l'inflammation associée à l'acné.

La prise en charge de l'acné chez la femme adulte doit être complète, en tenant compte des facteurs hormonaux, émotionnels et environnementaux. Enfin, les traitements doivent être adaptés aux besoins de chaque patiente, afin d'améliorer la qualité de vie et l'observance.

La cosméceutique contre l'acné et la rosacée

Intervenant : Dr Piquero Casals Jaime.

Le concept de *cosméceutique* désigne les produits qui possèdent des propriétés à la fois cosmétiques et pharmacologiques.

Le message principal que l'intervenant souhaitant transmettre était que les produits cosmétiques et les médicaments ne sont pas des ennemis.

Par son action synergique, la cosméceutique peut améliorer les résultats du traitement et réduire les effets indésirables, tels que la sécheresse ou l'irritation.

L'utilisation de produits cosméceutiques permet également d'améliorer l'observance du traitement médical. Ces produits peuvent non seulement compléter les médicaments, mais aussi servir de pont entre les phases de traitement pour éviter le rebond de l'acné ou diminuer les effets indésirables des traitements plus agressifs tels que l'isotrétinoïne.

Exemples de cosméceutiques :

Cosméceutique « tout-en-un » : acné, mélasma, photovieillissement...

Acide glycolique (acide alpha-hydroxylé, petite molécule qui pénètre très facilement dans la peau).

- Dans la couche cornée, ce traitement diminue la cohésion cellulaire (desquamation/exfoliation), stimule la synthèse du collagène, de l'acide hyaluronique et des fibroblastes. Il induit une prolifération épidermique via la prolifération des kératinocytes au niveau de la couche basale, médiée par l'activation de TRPV1 et la libération d'ATP.
- Des applications répétées et régulières d'acide glycolique sur le visage ont montré une diminution significative des rides du visage et des signes de l'âge, tels que les dyschromies.
- Propriétés bactéricides, ayant un effet anti-inflammatoire.
- Il est important de choisir la bonne galénique : crème (photovieillissement, peau sèche) ou gel (acné ou séborrhée).

Autres cosméceutiques utiles contre l'acné :

- acide salicylique (réglementation internationale à 2 %) aux propriétés exfoliantes, kératolytiques et antimicrobiennes. Liposoluble ;
- zinc PCA - séborégulateur et antimicrobien ;
- biosaccharide gum-2 - antimicrobien et apaisant ;
- niacinamide - séborégulateur, anti-inflammatoire, dépigmentant.

L'intervenant a également cité des exemples de formulations comprenant des cosméceutiques synergiques pour une utilisation sur les peaux grasses à tendance acnéique :

- mousses nettoyantes et gel crème actif - zinc PCA + biosaccharide gum-2 (propriétés antimicrobiennes, apaisantes) + niacinamide ;
- gel nettoyant - zinc PCA + acide salicylique + glycérine végétale ;
- acide glycolique + acide salicylique en spray pour l'acné dorsale et les lésions résiduelles ;
- acide mandélique + acide salicylique + niacinamide - gel pour applications localisées à l'aide d'un applicateur ;
- gel actif - rétinol + zinc PCA + niacinamide.

En ce qui concerne les rétinoïdes (rétinol et rétinaldéhyde), ils sont utilisés parce qu'ils favorisent la différenciation des kératinocytes, normalisent la kératinisation désordonnée dans les follicules sébacés, aident à contrôler la synthèse des lipides, renforcent la fonction barrière, unifient le teint, réduisent l'inflammation.

La photoprotection est un autre aspect fondamental dans la prise en charge des affections cutanées. L'intervenant a souligné l'importance des crèmes solaires, qui non seulement protègent contre les UV, mais peuvent également avoir des effets anti-inflammatoires et apaisants, essentiels chez les patients atteints de maladies telles que l'acné et la rosacée. Dans le cadre de la rosacée, certaines crèmes solaires contiennent des actifs anti-inflammatoires qui améliorent l'apparence de la peau, sans être irritantes, ce qui est particulièrement utile quand on cherche à éviter le recours au maquillage.

Concernant les cosméceutiques face à la rosacée, l'intervenant a cité le niacinamide, l'acide azélaïque et la glycine, entre autres.

Enfin, le message central est que les produits cosméceutiques doivent être considérés comme un outil à part entière dans la pratique dermatologique. Il est important que les dermatologues soient formés aux propriétés de ces produits afin de les intégrer correctement dans les traitements, ce qui améliorera la qualité de vie des patients.

De la physiopathologie au traitement de la rosacée

Intervenant : Dr Rengifo Palacios Jaime Alberto

L'intervenant a décrit la physiopathologie et les traitements possibles à l'heure actuelle face à la rosacée, tout en rappelant qu'il s'agit d'une affection complexe dont le traitement reste difficile, malgré qu'elle soit connue depuis plus de 100 ans.

Quelques points à retenir...

Un des facteurs clés est le microbiote, notamment la densité des démodex, qui peuvent déclencher une cascade inflammatoire. Ce phénomène est amplifié par certaines bactéries, comme *Bacillus Oleronius*, qui augmentent l'inflammation. Dans ce contexte, les récepteurs de type TLR et les canaux calciques sont essentiels à l'activation des réponses inflammatoires et vasculaires.

Une autre découverte pertinente est la LL 37, peptide qui participe à l'inflammation, ainsi que l'angiogénèse, qui contribue également à la pathogenèse de la rosacée.

Les mécanismes neurovasculaires sont essentiels dans la rosacée. Les sensations de brûlure et l'activation des récepteurs TRP sont médiées par des facteurs tels que la capsaïcine et d'autres canaux calciques, ce qui provoque une dilatation des vaisseaux qui se reflète dans les signes et symptômes.

Le traitement de la rosacée englobe différentes approches.

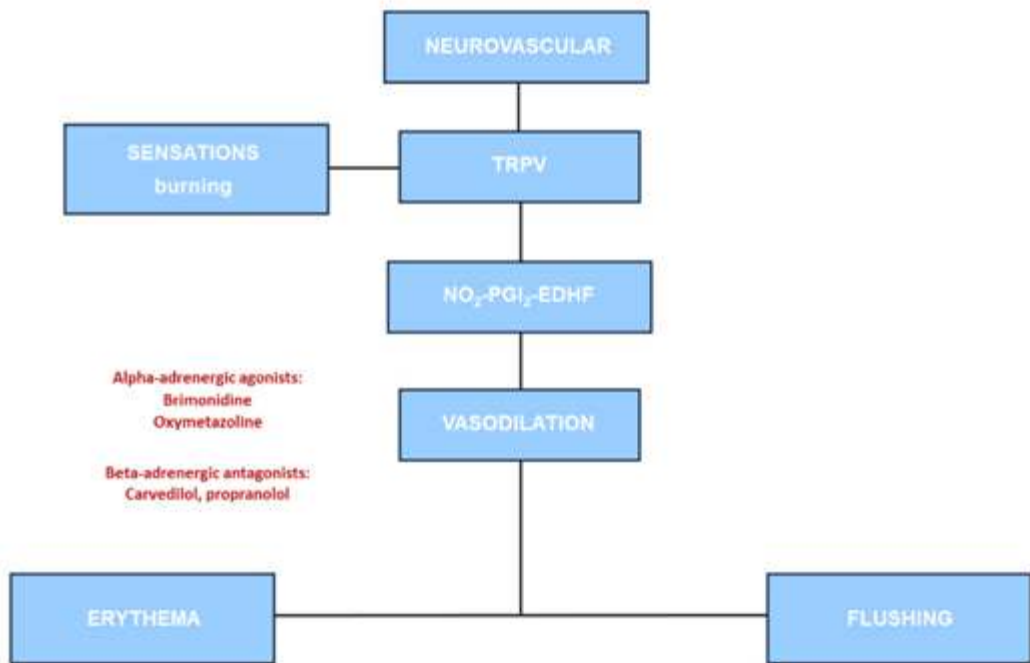
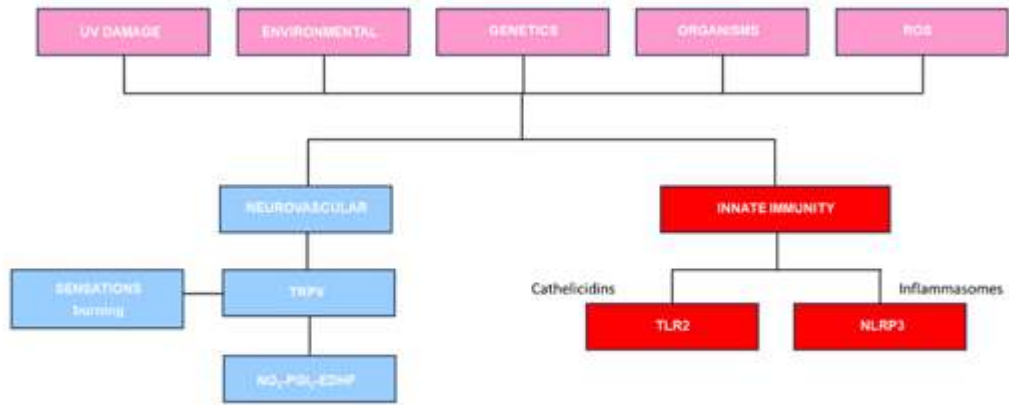
Dans le domaine de l'immunité innée, des médicaments tels que l'isotrétinoïne et les tétracyclines sont mis en lumière. De plus, l'ivermectine et le métronidazole donnent de bons résultats en tant qu'anti-inflammatoires. Le traitement topique peut inclure des inhibiteurs de la protéase, qui sont à l'étude, et des médicaments tels que l'oxymétazoline face à la vasodilatation.

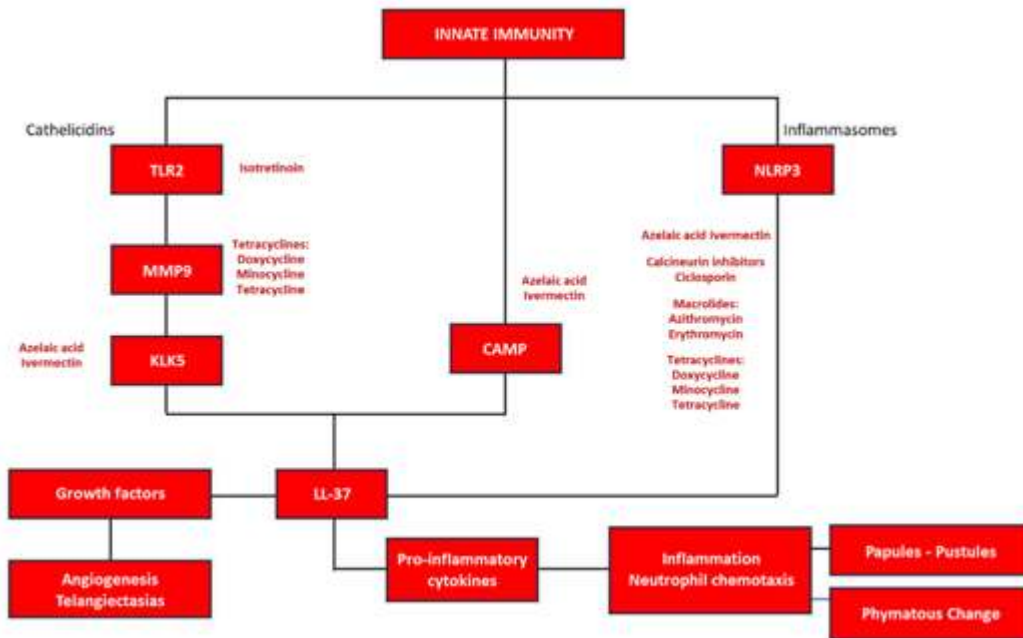
Des traitements prometteurs sont en cours de développement :

- inhibiteur du protéasome ACU-D1 - inhibition du facteur nucléaire NF-kappa et diminution des cytokines pro-inflammatoires (pommade 2 fois par jour) ;
- B244 - inhibiteur des cytokines pro-inflammatoires (pulvérisation 2 fois par jour) ;
- CGB-400 - inhibe KLK5 (gel 2 fois par jour).

Sur le long terme, il est crucial de sensibiliser les patients à l'importance d'éviter les facteurs déclencheurs. Les habitudes alimentaires, comme éviter les aliments épicés et transformés, restent recommandées.

En ce qui concerne le pronostic, la réponse au traitement dépend en grande partie des facteurs sous-jacents chez chaque patient, d'où une prise en charge de la rosacée complexe, mais pas impossible. La clé est de personnaliser les traitements en fonction de l'étiologie et des caractéristiques propres aux patients, en soulignant l'importance d'une approche globale et éclairée dans la prise en charge de cette affection.





Vous trouverez ci-dessous les graphiques ORIGINAUX présentés par l'intervenant dans sa thèse, graphiques qui résumant à la fois la physiopathogénie et le traitement proposé.

Geng, R. S. Q., Bourkas, A. N., Mufti, A., & Sibbald, R. G. (2024). Rosacea: Pathogenesis and Therapeutic Correlates. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 28(2), 178-189. <https://doi.org/10.1177/12034754241229365>.

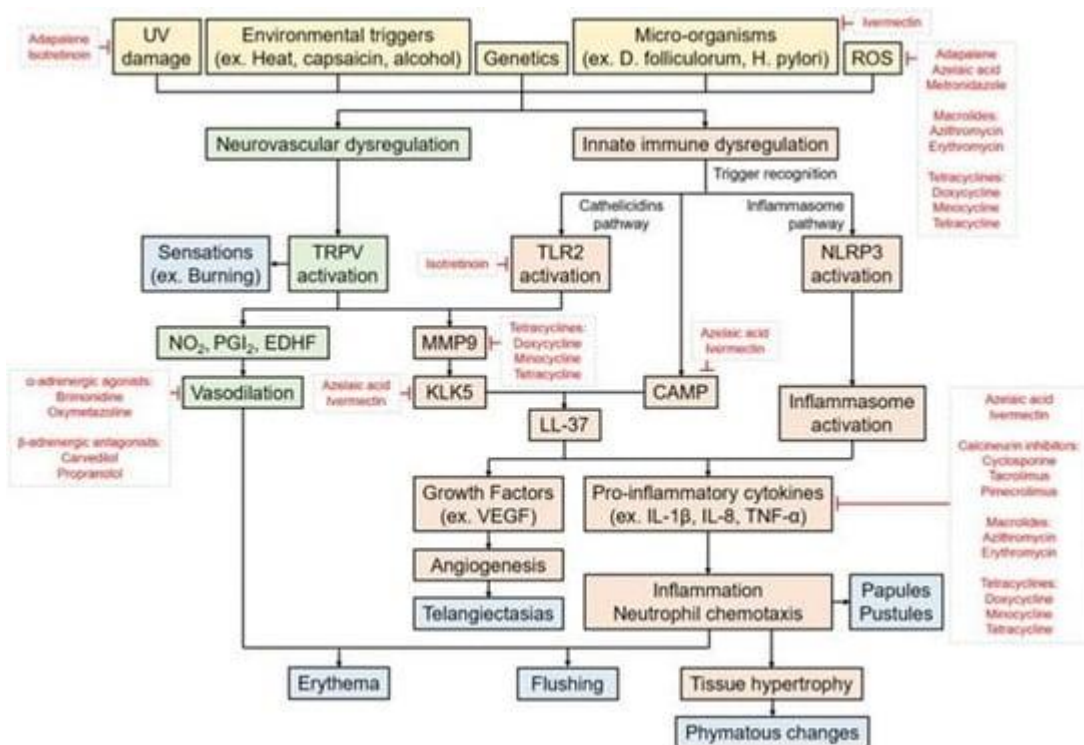
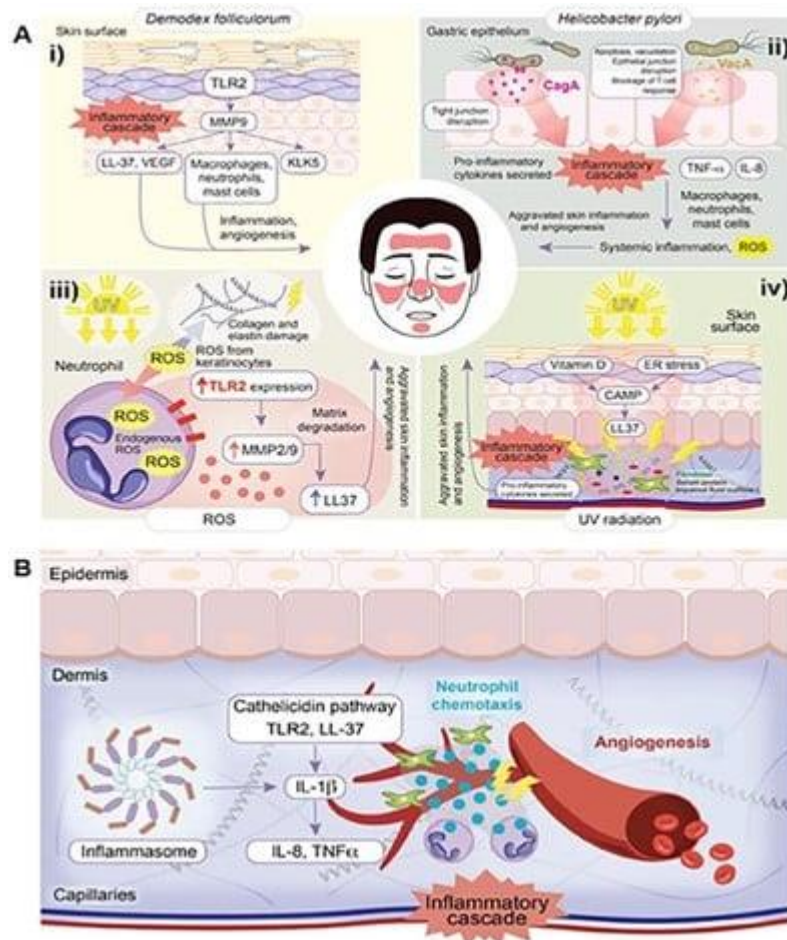


Schéma des facteurs de risque, des facteurs déclencheurs et des voies de physiopathogénèse de la rosacée. La physiopathogénèse de la rosacée comprend

probablement une interaction complexe entre plusieurs facteurs et voies, y compris un dysfonctionnement neurovasculaire et un dysfonctionnement du système immunitaire inné, auquel participent des cathélicidines et des inflammasomes. Ces processus donnent lieu aux signes et symptômes et aux caractéristiques cliniques de la rosacée, représentés en bleu. Les cibles connues des médicaments actuellement utilisés dans le traitement de la rosacée sont indiquées.



(A) Voie proposée en ce qui concerne les cathélicidines, qui seraient impliquées dans la physiopathogénie de la rosacée. La production de LL-37 entraîne divers effets physiologiques, notamment une angiogénèse, une vasodilatation, une inflammation et une dégradation de la matrice. (i) Des densités élevées de *Demodex folliculorum* augmentent l'expression de TLR2 dans les sébocytes. L'activité accrue de TLR2 provoque une augmentation de l'activité de KLK5 et de la production de LL-37. (ii) Les souches de *Helicobacter pylori* CagA⁺ et VacA⁺ stimulent l'activation des mastocytes, puis une augmentation des histamines et des prostaglandines, favorisant l'inflammation. (iii) Via la régulation ascendante de MMP2 et la signalisation de TLR2, les dérivés réactifs de l'oxygène (DRO) favorisent la dégénérescence de la matrice et augmentent la production de LL-37. (iv) Les rayons ultraviolets (UV) favorisent l'expression de CAMP dans les kératinocytes par des voies dépendantes de la vitamine D et du stress dans le réticulum endoplasmique (RE). CAMP peut ensuite être scindé en fragments bioactifs de LL-37.

(B) Voie proposée en ce qui concerne l'inflammasome qui serait impliquée dans la physiopathogénèse de la rosacée. L'activation de l'inflammasome entraîne plusieurs effets physiologiques, y compris une chimiotaxie des neutrophiles, une angiogénèse et une inflammation. Les voies des cathélicidines et de l'inflammasome sont étroitement liées. TLR2 = récepteur de type toll 2 ; KLK5 = kallikréine-5 ; CagA+ = gène associé à la cytotoxine A positive ; VacA+ = cytotoxine vacuolisante A positive ; MMP2 = métalloprotéase matricielle 2 ; DRO = dérivés réactifs de l'oxygène ; UV = ultraviolet ; CAMP = peptide antimicrobien de la cathélicidine ; RE = réticulum endoplasmique.

Symposium dermatose pigmentaire

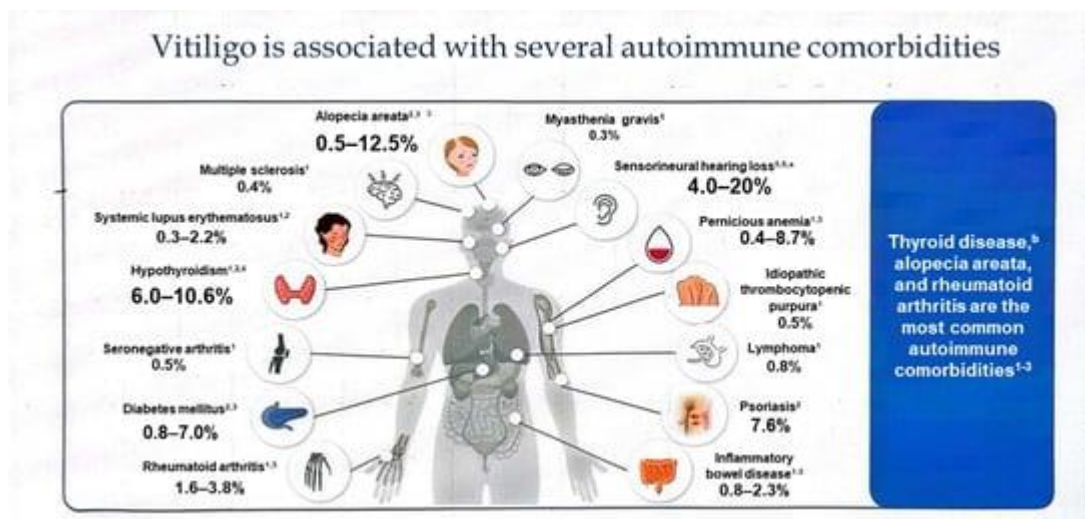
Symposium animé par : Dr Gonzalez Ardila Cesar Fernando et Dr Arellano Mendoza Maria Ivonne

Intervenants : Dr Lopez Estebanz Jose Luis, Dr Passeron Thierry, Dr Barbara Vazquez Lourdes Rita, Dr Esósito Ana Cláudia, Dr Arellano Mendoza Maria Ivonne et Dr Pérez Katherine.

Vitiligo : signes cliniques et diagnostics différentiels

Intervenant : Dr Lopez Estebanz Jose Luis

L'intervenant a commencé par montrer des illustrations de patients atteints de vitiligo et de plusieurs diagnostics différentiels, en vue de souligner que les patients atteints de vitiligo peuvent avoir des maladies auto-immunes associées telles que les troubles de la fonction thyroïdienne, la polyarthrite rhumatoïde, entre autres, ainsi que des comorbidités psychologiques, telles que l'anxiété et la dépression.



À noter également l'association avec les troubles thyroïdiens et les troubles neurosensoriels tels que les troubles de l'audition.

Il a par ailleurs rappelé la classification entre le vitiligo segmentaire et non segmentaire, ce dernier étant le plus fréquent. L'intervenant a mis en évidence certaines variantes cliniques

comme le vitiligo folliculaire, ponctué, inflammatoire, hypomélanique et trichrome ; ou des localisations particulières telles que les organes génitaux et les muqueuses.

Il a également rappelé que 50 % des vitiligos apparaissent avant l'âge de 20 ans, d'où l'importance d'un traitement précoce.

L'intervenant a souligné l'utilité de la lampe de Wood pour évaluer l'étendue du vitiligo et identifier les lésions qui peuvent ne pas être visibles sous une lumière normale.

Il a en outre énuméré les signes d'activité du vitiligo tels que les lésions en confettis, le phénomène de Koebner ou le signe trichrome indiquant que la maladie est active et nécessite un traitement en urgence pour éviter sa progression.

Dans le reste de sa présentation, l'intervenant a montré des photos cliniques correspondant à des diagnostics différentiels, notamment :

- le nævus anémique, qui disparaît à la diascopie ;
- le nævus dépigmenté, qui est une hypomélanose, mais sans absence de pigmentation ;
- la sclérose tubéreuse de Bourneville, qui prend la forme de macules hypomélaniques en feuille de frêne et d'une leucodermie en gouttes, en sachant que les lésions cutanées sont généralement les premières à apparaître ;
- le lichen scléro-atrophique, c'est-à-dire des plaques blanchâtres asymptomatiques ou légèrement prurigineuses, avec érythème périphérique et surface lisse blanc ivoire ;
- le piébaldisme et l'albinisme ;
- l'hypomélanose en gouttes idiopathique, due à une exposition chronique au soleil ;
- le lichen plan, qui donne une alopecie frontale fibrosante ;
- la sclérodermie systémique, associée au signe du sel et poivre ;
- les infections, de type lèpre, pityriasis versicolor, hypomélanose maculaire progressive ;
- le mycosis fongoïde, avec desquamation, érythème, atrophie ;
- enfin, le cas d'un patient chez qui un mélanome avait été diagnostiqué et qui, après avoir reçu du pembrolizumab, avait développé des lésions vitiligoïdes uniquement dans la zone des lésions de mélanome et des métastases.

En conclusion : le vitiligo est une affection complexe associée à divers tableaux cliniques et diverses comorbidités. Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels pour ne pas manquer la fenêtre d'opportunité thérapeutique.

Vitiligo : nouvelles approches médicales

Intervenant : Dr Passeron Thierry

Au début de sa présentation, l'intervenant a tout d'abord souligné trois objectifs dans le traitement du vitiligo :

- stopper la dépigmentation ;
- induire une pigmentation, processus qui prend généralement 6 à 24 semaines ;
- prévenir les rechutes.

Avant de commencer le traitement, il est essentiel de déterminer si le vitiligo est actif (Koebner, dépigmentation en confetti, bords hypochromes). En cas de détection, le traitement est à commencer en urgence, en recommandant une association d'UVB à bandes étroites et de mini traitements par corticoïdes oraux (par exemple, méthylprednisolone).

Ensuite, pour induire la pigmentation, il est démontré que la meilleure stratégie est l'association d'une part d'une photothérapie par UVB à bande étroite ou d'une exposition au soleil, et d'autre part de traitements topiques, tels que les inhibiteurs de la calcineurine ou les corticoïdes puissants.

Comme stratégie pour prévenir les rechutes, l'intervenant recommande :

- vitiligo localisé - tacrolimus 0,1 % deux fois par semaine, ce qui diminue le risque de rechute de 40 % à près de 10 % ;
- vitiligo généralisé - UVB 2 à 4 séances par mois, d'après l'avis des experts, mais peu de données probantes.

De nouvelles thérapeutiques...

- Ruxolitinib topique (crème 1,5 %) : il est approuvé par la FDA et l'EMA à partir de 12 ans et a montré de bons résultats en monothérapie, mais l'association avec d'autres traitements tels que UVB à bande étroite est encore meilleure. Il est généralement sans danger et les effets indésirables sont légers.
- Inhibiteurs de JAK (ritlécitinib, povorcitinib, upadacitinib, baracitinib) : ils ont montré des résultats prometteurs et des essais cliniques de phase II et III sont en cours. Ceux-ci fonctionnent souvent mieux en association avec les UVB à bande étroite.

Autres approches :

- afamélanotide, analogue de l' α -MSH, dont l'utilisation est limitée aux phototypes plus foncés ;

- GP-SOD, antioxydant gastroprotecteur dont les données montrent qu'il améliore les résultats lorsqu'il est associé aux UVB-BE.

Nutrition, oxydation et troubles de la pigmentation

Intervenant : Dr Nuño Gonzalez Almudena

L'hyperpigmentation, comme le mélasma et les lentigos, résulte d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs, dont l'exposition au soleil, la génétique et les influences hormonales. Un facteur clé est le stress oxydatif, qui conduit à une augmentation du dépôt pigmentaire. Ce phénomène est dû à un déséquilibre entre la production de radicaux libres (provenant de la respiration mitochondriale et d'agents extérieurs) et les défenses antioxydantes du corps (enzymes telles que la superoxyde dismutase et la catalase, et antioxydants non enzymatiques tels que le glutathion, les vitamines C et E). Le stress oxydatif active la tyrosinase, ce qui augmente la pigmentation. De plus, les dommages au niveau de l'ADN et les produits finaux à glycation avancée (AGE en anglais) contribuent également à la mélanogenèse et à l'accumulation de pigments.

Bien que les antioxydants topiques soient couramment utilisés, en ce qui concerne les antioxydants oraux, de nombreuses études affichent des résultats disparates et les doses supra-physiologiques peuvent altérer l'équilibre redox et favoriser les états pro-oxydants.

L'intervenante a récapitulé les antioxydants que l'on peut trouver dans les aliments, notamment : les polyphénols, les caroténoïdes, les vitamines C, D et E, la mélatonine, les Polypodium Leucotomos.

Les polyphénols agissent comme des chasseurs de DRO, en synergie avec d'autres vitamines antioxydantes. Ils sont surtout présents dans les fruits rouges, le chocolat, le cacao, le vin. Des études montrent que des extraits tels que l'écorce de pin maritime et l'acide ellagique (dans les grenades et les baies) peuvent réduire la pigmentation, et donc être utiles pour le traitement du mélasma et des lentigos solaires.

Les caroténoïdes tels que la lutéine (dans les légumes verts) et la zéaxanthine (dans les légumes jaune orangé) possèdent des propriétés antioxydantes et sont des filtres de lumière à haute énergie. Ils sont présents dans les épinards, le chou kale, les poivrons, entre autres

Les vitamines C et E sont de puissants antioxydants présents dans diverses sources alimentaires.

Concernant la vitamine D, l'intervenante conseille une supplémentation en cas de carence.

L'intervenante a expliqué que le glutathion est le principal antioxydant cellulaire qui inhibe également la synthèse de la mélanine. C'est un chélateur du cuivre qui perturbe l'activité de la tyrosine, perturbe le transfert de la tyrosinase vers les prémélanosomes et augmente les niveaux de cystéine, qui favorisent la synthèse de la phéomélanine au détriment de l'eumélanine. Non seulement le glutathion est obtenu à partir de plusieurs aliments, mais il

peut être synthétisé lors de l'exercice physique, du sommeil ou de toute activité physique. Selon les essais cliniques, la dose correcte serait de 500 mg/jour

La mélatonine (dérivée de la sérotonine) est un puissant antioxydant qui régule le rythme circadien et peut améliorer la pigmentation. Elle peut être administrée par voie topique ou orale, même si dans cette dernière, la biodisponibilité est faible et nécessite donc de fortes doses, le soir.

Enfin, les AGE peuvent induire une mélanogenèse et provoquer un stress oxydatif accru. Pour diminuer leur production, il est important d'éviter les aliments frits, les glucides raffinés et les viandes rouges, et de leur préférer les légumes, les fruits et les méthodes de cuisson telles que la vapeur.

Polypodium Leucotomos pour son grand effet anti-inflammatoire, est utilisé en cas de mélasma et de vitiligo.

Le microbiote intestinal joue également un rôle important, qui a été analysé dans de multiples études portant sur des patients avec et sans mélasma. Une abondance de *Collinsella* a été mise en évidence chez les patients atteints d'un mélasma et les chercheurs pensent que cette bactérie joue un rôle important en modifiant le métabolisme des œstrogènes, mais d'autres études sont nécessaires.

En fin de compte, le plus efficace est une approche complète axée sur une alimentation saine, de l'exercice physique, un sommeil adéquat, la gestion du stress. La supplémentation peut jouer un rôle complémentaire, mais ne doit pas se substituer aux changements d'hygiène de vie.

Perles thérapeutiques face au mélasma

Intervenant : Dr Esposito Ana Claudia

Le traitement du mélasma repose sur quatre piliers : **la photoprotection**, le **traitement systémique**, **les actes médicaux** et le **traitement topique**. S'il est vrai que l'association standard se compose d'une photoprotection et d'un trio pharmacologique, toutes les patientes ne tolèrent pas cette dernière en raison d'effets indésirables possibles, tels que l'ochronose. Par conséquent, de nouvelles molécules et des traitements fondés sur des preuves scientifiques ont été explorés.

Metformine

topique

La metformine 30 % réduit la transcription des protéines mélanogènes, comme la tyrosinase. Dans le cadre des études, elle s'est avérée aussi efficace que le trio pharmacologique après 8 semaines d'utilisation, tout en affichant une bonne tolérance et des résultats prometteurs.

Melasyl

Melasyl est un inhibiteur de la mélanogenèse qui agit sur les précurseurs comme la DOPA, l'acide DHICA et le DHI, mais n'inhibe pas la tyrosinase. Le produit Melab3 associe le Melasyl et de la niacinamide 10 %. Dans le cadre des études, son efficacité s'est avérée

comparable à l'hydroquinone 4 % après 80 jours, l'avantage étant qu'il s'agit d'un produit cosmétique, plutôt que d'un médicament.

Thiamidol

Dérivé du résorcinol, c'est un inhibiteur de la tyrosinase humaine sans effet cytotoxique. Appliqué 4 fois par jour, il est aussi efficace que l'hydroquinone 4 %. Une nouvelle formulation associe le thiamidol avec l'acide rétinoïque (0,1 %) et l'acétate de dexaméthasone (0,1 %) ; les résultats sont similaires au trio traditionnel.

Méthimazole

Cet antithyroïdien inhibe la peroxydase et la tyrosinase, sans effet systémique. Dans le cadre des études, le méthimazole 5 % s'est avéré plus efficace que l'hydroquinone 2 %, mais moins efficace que l'hydroquinone 4 %.

Nouveaux produits au Brésil

Une association d'hexapeptides, de lactoferrine, de phosphatidylsérine et d'acide tranexamique a montré une amélioration notable après 12 semaines, dans des études comparatives avec l'hydroquinone à 4 %.

En conclusion, dans un contexte d'options thérapeutiques de plus en plus diverses, il est essentiel de s'appuyer sur des données probantes pour prescrire des traitements efficaces et sûrs.

Photoprotection spéciale en cas de troubles de la pigmentation

Intervenant : Dr Arellano Mendoza, Maria Ivonne

Pour commencer, l'intervenante a rappelé le concept de l'exposome, c'est-à-dire tous les facteurs auxquels une personne est exposée et qui conditionnent son état de santé ou sa maladie, tels que la pollution, le tabac, la température, la nutrition, le stress, la qualité du sommeil et le rayonnement solaire.

En ce qui concerne les mécanismes moléculaires associés aux photodommages, ils sont multiples. L'intervenante en a cité plusieurs : la génération de radicaux libres (DRO et ERA) ; la génération de métabolites nocifs qui participent à l'immunosuppression par leurs effets sur les cellules de Langerhans et les mastocytes (photo-isomérisation et photodécomposition de l'acide urocanique trans) ; l'inflammation médiée par le monoxyde d'azote et les prostaglandines ; et les altérations de l'ADN nucléaire et mitochondrial.

L'inflammation, la dégranulation anormale des mastocytes et les altérations de la mélanogenèse sont les principaux facteurs qui entrent en jeu dans le mélasma.

D'autre part, l'intervenante a cité les opsines, protéines membranaires des mélanocytes, sensibles à la lumière bleue et capables d'induire une mélanogenèse.

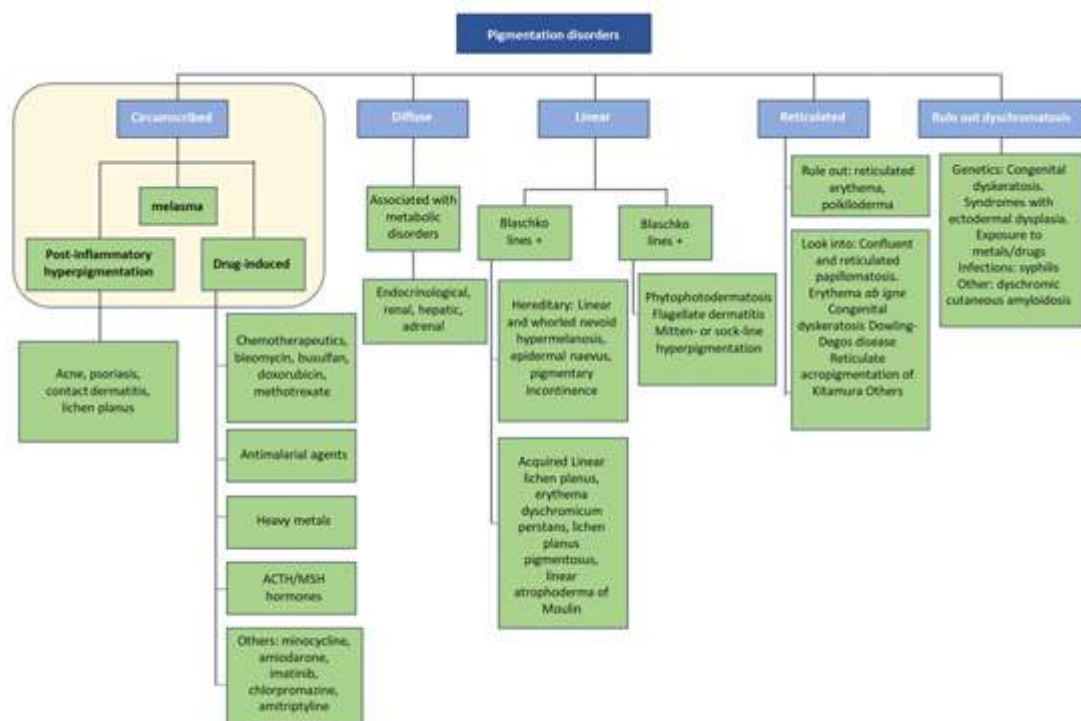
Pour éviter l'apparition et les rechutes du mélasma et d'autres troubles pigmentaires, l'intervenante a rappelé qu'il est recommandé d'utiliser un photoprotecteur à large spectre

avec un colorant comme l'oxyde de fer, qui contient également des antioxydants. Certains produits disponibles sur le marché ont différents principes actifs (dépigmentants ou photolyases) qui augmentent leur efficacité.

L'intervenante a énuméré les principaux ingrédients présents dans les crèmes solaires :

- inorganiques (dioxyde de titane, oxyde de zinc, oxyde de fer) - ils réfléchissent ou dispersent les UV et la lumière visible, forment une couche de particules inertes, photo-stables, sans risque de sensibilisation, et n'induisent pas de réaction avec les protecteurs organiques ;
- organiques (Mexoryl, cinnamates, Tinosorb) - ils absorbent principalement les UVA, les UVB et/ou affichent un large spectre, et nécessitent une stabilité chimique et un véhicule adapté.

L'intervenante a rappelé avec insistance qu'il existe de multiples troubles pigmentaires, qui sont résumés dans l'algorithme suivant, en tenant compte du fait qu'à chaque altération correspond une photoprotection et que le photoprotecteur doit être adapté à chaque patient, afin d'obtenir la plus grande observance possible.



Nouveautés : les lasers face aux troubles de la pigmentation

Intervenant : Dr Perez Katherine

Le traitement du mélasma en Amérique latine est confronté à de multiples défis en raison de sa physiopathologie complexe, qui fait intervenir non seulement des mélanocytes hyperactifs, mais aussi des kératinocytes, des fibroblastes, des mastocytes, des cellules endothéliales et des sébocytes, tous contribuant à l'inflammation et à la pigmentation.

L'intervenante recommande d'établir un diagnostic précis avant le traitement.

Diagnostic précis en amont pour décider quel type de matériel utiliser pour le traitement...

- Évaluation dermoscopique : fondamentale pour différencier le type de mélasma et déterminer le rapport entre composants pigmentaires et vasculaires.
- Évaluation cutanée : analyser les zones sujettes à l'hyperpigmentation (mains, aisselles) pour anticiper les effets indésirables du traitement.

Parmi les lasers pour mélasma à composante vasculaire, l'intervenante recommande le laser 532, car il traite à la fois le composant vasculaire et le composant pigmentaire.

- Particulièrement efficace face au mélasma à forte composante vasculaire et chez les phototypes III-IV.
 - Des études menées au Pérou sur 20 patients ont montré une réduction significative de la composante vasculaire et une amélioration visible de l'apparence du mélasma.
 - Dans les cas réfractaires à d'autres traitements (comme le laser Q-Switched), le laser 532 nm permet des résultats remarquables en ciblant spécifiquement la composante vasculaire.

Face au mélasma, l'intervenante propose un protocole dans lequel les lasers sont un outil thérapeutique qui doit être accompagné d'autres mesures :

- première session - 532 sous-pulsé 1 séance/Nd Yag pulsé long/colorant/IPL ;
- deuxième session - 21 à 28 jours plus tard laser Q-Switched (4 séances tous les 21 jours) ;
- probiotiques ;
- traitement topique à domicile jour et nuit ;
- protection solaire anti-UVA/UVB/lumière visible ;
- en option et selon les cas - nutriceutiques et acide tranexamique.

Dans le cas du *mélasma à forte composante pigmentaire*, l'intervenante privilégie le laser Q-Switched/picoseconde (4 séances espacées de 21 jours).

L'intervenante recommande également certains produits topiques en complément du traitement au laser, et a souligné qu'elle n'aime généralement pas utiliser l'hydroquinone ou les corticoïdes. Elle recommande donc :

- l'acide mandélique 12 % ;

- la vitamine C 5 % ;
- l'arbutine 4 % ;
- la mélanostatine-5 5 % ;
- la niacinamide 5 % ;
- le sulfate de magnésium 3 % ;
- la vitamine E 3 % ;
- le rétinol 0,1 % ;
- la cystéamine 0,5 %.

Dans la suite de sa présentation, l'intervenante a recommandé différents lasers pour différents troubles pigmentaires, toujours accompagnés d'un traitement à domicile et d'une photoprotection :

- *lentigos solaires* - laser 532 nm ;
- *HPI* due à l'acné ou à d'autres pathologies - laser Q-Switched / picoseconde tous les 21 jours ;
- *pigmentations exogènes* : laser Q-Switched / picoseconde/ondes de choc ;
- *lésions hypopigmentées dans le cadre du mélasma* - l'intervenante NE RECOMMANDE pas DE CONTINUER À UTILISER LES PLATEFORMES LASERS ; thermoablation mécanique (Tixel 2), infiltrations hebdomadaires d'acides aminés et d'acide hyaluronique (Sunekos performa) ;
- *nævus d'Ota* - elle recommande un laser picoseconde jusqu'à une rosée sanglante.

En conclusion, face au mélasma, la réussite du traitement repose sur un diagnostic précis, un choix d'outils adaptés tels que le laser et une approche au cas par cas pour éviter les effets indésirables. Le cas échéant, la réduction de la composante vasculaire est essentielle, car elle permet d'obtenir des résultats esthétiques satisfaisants et sûrs pour les patients.

Séance plénière : le premier consensus latino-américain autour de la photoprotection

Intervenants : Dr Lopez Estebarez Jose Luis et Dr Lupi Da Rosa Santos Omar

Les intervenants ont présenté le premier document scientifique sur la photoprotection écrit par des dermatologues latino-américains et destiné à la population latino-américaine, avec ses spécificités. Cette publication est destinée aux dermatologues, aux médecins d'autres spécialités, aux autres professionnels de santé et aux organismes gouvernementaux et d'information.

27 dermatologues de 13 pays y ont participé (9 auteurs et 18 co-auteurs).

La méthodologie DELPHI modifiée a été utilisée : les propositions ayant obtenu moins de 80 % d'accord ont été réécrites et à nouveau soumises à un sondage, jusqu'à ce qu'elles obtiennent toutes un score de 80 % ou plus parmi les experts.

Principaux messages :

- Les particularités de l'Amérique latine doivent impérativement être prises en compte lorsqu'il s'agit d'interpréter les publications et recommandations internationales. La majorité de la population latino-américaine est exposée quotidiennement à de fortes doses de rayonnement solaire. Une partie très importante et peuplée de l'Amérique latine vit dans la région tropicale et subtropicale de la planète. Il est donc important de prendre en compte non seulement le facteur latitudinal, mais également les facteurs orographiques (phénomène météorologique lié à la topographie d'une région) qui peuvent augmenter les niveaux de rayonnement UV.
- En Amérique latine, il existe un problème important de sous-enregistrement des cas de cancers de la peau. En effet, de nombreux pays ne possèdent pas des systèmes complets de collecte des données, ce qui rend difficile l'évaluation précise de l'incidence de cette maladie.
- Les crèmes solaires devraient être classées parmi les produits cosmétiques pour améliorer leur accessibilité et leur distribution. De nouveaux filtres organiques ont été développés qui sont sans danger même pour les populations vulnérables, telles que les femmes enceintes et les enfants.
- Les filtres solaires approuvés dans la région ne font pas consensus. Ainsi, certains filtres autorisés au Brésil peuvent ne pas être reconnus au Mexique ou dans d'autres pays, ce qui génère de la confusion et des incohérences en ce qui concerne l'innocuité et l'efficacité des produits.
- La sensibilisation à la protection solaire est importante dès le plus jeune âge, via des campagnes nationales autour de la photoprotection.
- Interdiction des cabines de bronzage.
- Les intervenants recommandent d'exiger des photoprotecteurs dans lesquels la protection anti-UVA doit représenter au moins 1/3 du FPS. Ils encouragent par ailleurs l'élaboration de protections solaires possédant une haute protection contre les UVA. Ils reconnaissent également l'importance des effets de la lumière visible sur la peau, et recommandent donc davantage de recherche pour proposer des filtres anti-UV/lumière visible, si possible sans ajout de pigments.
- Les intervenants rappellent que la photoprotection est une association de plusieurs mesures photoprotectrices ; aucune mesure à elle seule n'est suffisamment efficace.

C'est pourquoi l'utilisation de mesures mécaniques de photoprotection doit être encouragée, en particulier chez les populations les plus sensibles telles que les enfants et les travailleurs en plein air.

- L'exposition au soleil sans protection ne doit pas être considérée comme une source de vitamine D.
- Pendant la grossesse et le post-partum, il est recommandé de ne pas utiliser de produits contenant de la benzophénone-3 (BP3, oxybenzone).
- Comme on le sait, il est recommandé d'appliquer les crèmes solaires 15 minutes avant l'exposition au soleil, puis toutes les 2 heures, tout en choisissant le bon véhicule et un produit adapté en cas d'activités aquatiques.
- De 0 à 6 mois : pas d'exposition au soleil, utilisation uniquement de protections mécaniques.
- Après 6 mois : FPS supérieur à 50 ; l'utilisation de sprays est déconseillée ; leur préférer les crèmes ou sticks qui contiennent principalement des filtres inorganiques non particuliers ou des filtres organiques particuliers modernes.
- Émettre des recommandations spéciales en matière de photoprotection face à différentes pathologies telles que : le cancer de la peau mélanome et non mélanome, le photovieillissement, les troubles pigmentaires, le lupus érythémateux, l'acné, la rosacée, la dermatite atopique, le psoriasis et le vitiligo.

Symposium : anciens médicaments, nouveaux usages

Symposium animé par : Dr Del Solar Manuel, Dr López Cordero Sofia, Dr Giansante Elda.

Intervenants : Dr Perez Alfonzo Ricardo, Dr Diez De Medina Duran Juan Carlos, Dr López Cordero Sofia, Dr Uraga Pazmiño Enrique, Dr Cohen Sabban Emilia Noemí

La colchicine

Intervenant : Dr Uraga Pazmiño Enrique

La colchicine est un anti-inflammatoire et antimitotique utilisé depuis plusieurs dizaines d'années dans le traitement de diverses maladies, telles que la goutte, la fièvre méditerranéenne familiale et la péricardite. Au cours des dernières années, son utilisation s'est étendue aux maladies de la peau et à d'autres affections telles que le psoriasis et certaines vascularites.

Au niveau de l'absorption, la colchicine est administrée par voie orale et affiche une biodisponibilité de 45 %, atteignant sa concentration maximale entre 2 et 4 heures après l'ingestion. Son effet anti-inflammatoire devient plus évident entre 24 et 48 heures après son administration.

En ce qui concerne son mécanisme d'action, les études ont démontré que la colchicine inhibe la polymérisation des microtubules en se liant à la tubuline, d'où son efficacité en tant qu'antimitotique. Cette molécule modifie également l'expression de la L-sélectine au niveau des neutrophiles et la distribution de la E-sélectine, ce qui a un effet anti-inflammatoire. Enfin, la colchicine est un antifibrotique et un immunosuppresseur.

Bien que la liste des pathologies dermatologiques dans lesquelles la colchicine est indiquée soit large, seules trois ont un niveau de preuve 1 : *la pustulose palmoplantaire, la stomatite aphteuse récidivante et les kératoses actiniques*, dans cette dernière sous forme topique.

La colchicine est généralement administrée à une dose comprise entre 0,5 et 2 mg, la posologie optimale étant de 1 mg par jour dans la plupart des cas. Elle se présente sous forme topique (en crèmes et pommades) et, dans les cas plus graves, peut être administrée par voie intraveineuse, bien que cette dernière option comporte des risques plus élevés de toxicité systémique.

La colchicine présente des interactions avec divers médicaments tels que les antibiotiques (clarithromycine, érythromycine), les antifongiques, les immunosuppresseurs et les statines, qui peuvent augmenter sa concentration et entraîner des effets indésirables graves. Elle est également à éviter en cas d'insuffisance rénale et/ou hépatique.

Les effets indésirables les plus fréquents sont la diarrhée, les nausées et les vomissements. Dans de rares cas, la colchicine peut entraîner une toxicité hépatique ou une alopécie. Les cas de surdosage peuvent entraîner des signes et symptômes graves, tels qu'une défaillance multiorganique et la mort.

Contre-indications : hypersensibilité, grossesse, insuffisance rénale ou hépatique, troubles gastro-intestinaux, troubles cardiaques, troubles hématologiques tels que les dyscrasies sanguines, 14 jours après l'utilisation d'inhibiteurs du cytochrome P450 et/ou de la glycoprotéine P.

L'intervenant a ensuite présenté une étude de cas dans lesquels la colchicine a produit des résultats favorables : granulome annulaire généralisé, granulome annulaire facial, psoriasis pustuleux généralisé en association avec une biothérapie, urticaire chronique spontanée résistante à d'autres traitements, érythème noueux, lichen plan pigmentogène, PEAG, acné fulminante. En résumé, la colchicine est un médicament efficace face à diverses pathologies inflammatoires, mais son utilisation doit être soigneusement surveillée en raison des risques d'effets indésirables et de toxicité.

Les antipaludéens

Intervenant : Dr Perez Alfonzo Ricardo

Les antipaludéens (chloroquine, hydroxychloroquine, quinacrine) ont des effets immunomodulateurs, anti-inflammatoires, antiprolifératifs, photoprotecteurs et antithrombotiques, hypolipémiants, hypoglycémiant, sans provoquer d'immunosuppression significative.

Indications : traitement et prophylaxie du paludisme et de plusieurs maladies auto-immunes.

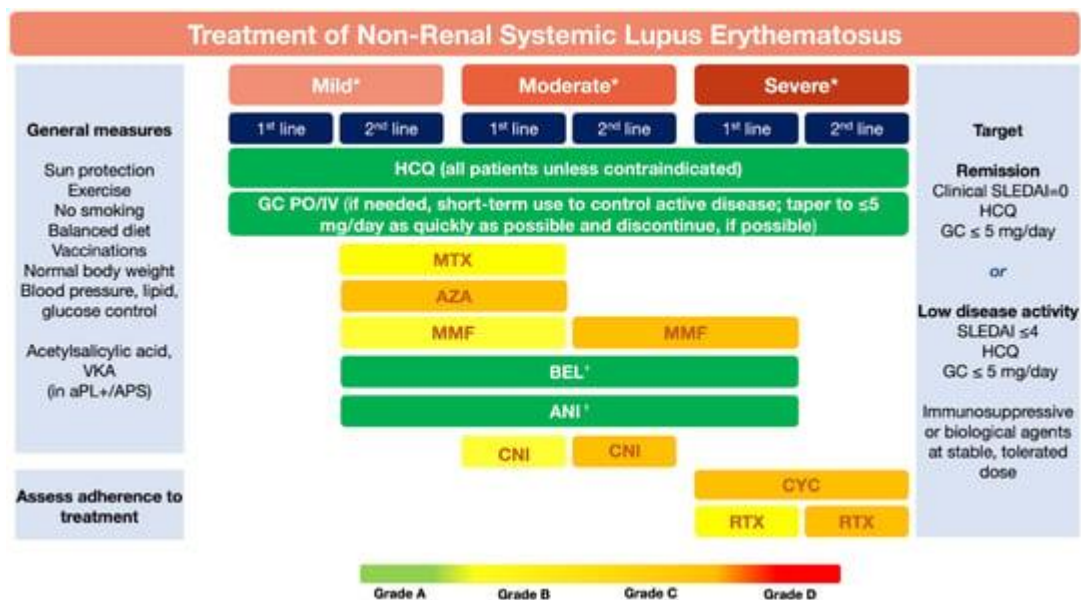
Il existe de nombreuses maladies de peau face auxquelles des antipaludéens peuvent être indiqués : porphyrie cutanée tardive, dermatomyosite, sarcoïdose, granulome annulaire généralisé, granulome à corps étranger, voire rosacée.

L'hydroxychloroquine a un effet thérapeutique à retardement, nécessitant peut-être un mois pour montrer des résultats. La molécule est emmagasinée dans les tissus contenant de la mélanine, tels que la peau et la rétine, avant d'être éliminée dans les urines. Bien qu'elle traverse le placenta et passe dans le lait, son risque tératogène est faible.

Efficace sur les lésions spécifiques du LECC, LECA, LECS et LE tumidus, elle améliore les signes systémiques du LED et a un effet sur les lésions non spécifiques (ulcères buccaux, photosensibilité et calcinose).

L'intervenant a expliqué qu'il existe une période de latence avant qu'elle ne fasse effet. C'est pourquoi il prescrit des corticoïdes systémiques avec les antipaludéens, pour ensuite arrêter les corticoïdes après une baisse progressive de la dose.

L'intervenant conseille fortement de suivre les indications du tableau suivant :



L'intervenant a insisté sur plusieurs points...

- L'hydroxychloroquine est la pierre angulaire dans le traitement du LED. L'intervenant a souligné que lors de l'arrêt du traitement, il existe un risque relatif d'activité ou d'augmentation de la sévérité, qui peut être multipliée par 2,5. Par conséquent, en l'absence de contre-indication, le traitement ne doit pas être arrêté.
- L'utilisation précoce d'hydroxychloroquine face au LEC prévient le développement d'auto-anticorps et le LES.

- Dans les cas sévères de résistance aux antipaludéens, nécessitant un traitement par thalidomide, ne pas arrêter les antipaludéens, car ils ont un effet antithrombotique qui contrebalance l'effet prothrombotique du thalidomide.

La dose doit être ajustée selon le poids et la fonction hépatique ou rénale du patient. L'administration nécessite une surveillance ophtalmologique régulière car, bien que les effets oculaires soient rares, ils peuvent inclure une rétinopathie irréversible si le médicament est utilisé pendant plus de 5 ans ou à de fortes doses. Recommander aux patients le port de verres foncés, ainsi que l'arrêt du tabac.

Il est également important de vérifier le G6PD avant le traitement afin d'éviter une toxicité hématologique. Les autres effets indésirables fréquents comprennent les nausées, les vomissements, la diarrhée et la pigmentation cutanée, en sachant qu'ils sont généralement réversibles. Il est important de ne pas interrompre le traitement sans surveillance médicale, car son arrêt augmente le risque de récurrence de la maladie.

Quant aux contre-indications, elles incluent la rétinopathie, l'insuffisance rénale ou hépatique, le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase et certaines maladies psychiatriques. Bien qu'elle traverse la barrière placentaire, l'hydroxychloroquine n'est pas contre-indiquée en cas de grossesse, car elle n'a pas été associée à des malformations congénitales.

Doxycycline

Intervenant : Dr Cohen Sabban Emilia Noemí

La doxycycline est un antibiotique semi-synthétique dérivé des tétracyclines. Elle possède un large spectre, efficace contre les bactéries à Gram positif, Gram négatif et intracellulaires telles que Chlamydia et les mycoplasmes. À l'heure actuelle, elle est pertinente dans le traitement des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) acquis dans la communauté.

Caractéristiques pharmacologiques

- Absorption : bonne biodisponibilité orale, modifiée par les aliments (1-20 %) et les ions métalliques présents dans les produits laitiers ou les compléments alimentaires (jusqu'à 50 %).
- Distribution : lipophile, elle traverse la barrière hémato-encéphalique et se lie aux protéines plasmatiques (90 %).
- Excrétion : principalement hépatique, compatible avec l'insuffisance rénale.
- Posologie habituelle : 100 mg/jour.

Mécanismes d'action et de résistance

1. Action bactériostatique : inhibe la synthèse des protéines bactériennes en se liant à la sous-unité ribosomale, ce qui empêche la traduction de l'ARNm.
2. Action anti-inflammatoire : indépendante de son effet bactériostatique ; elle inhibe la chimiotaxie des neutrophiles, réduit l'activité des métalloprotéases, diminue la régulation des cytokines pro-inflammatoires au niveau de l'immunité innée et élimine les dérivés réactifs de l'oxygène.
3. Résistance bactérienne :
 - gènes qui protègent le ribosome ;
 - gènes sauteurs ou gènes de résistance médiés par les plasmides qui sont transmis entre les souches de la même espèce ;
 - dose sous-antimicrobienne (inférieure à 40 mg par jour) - on ne sait pas si elle génère une résistance ou non.

Indications cliniques

1. Acné :
 - Effet après trois semaines ; durée maximale recommandée de 3-4 mois.
 - Monothérapie contre-indiquée ; à associer avec des rétinoïdes, du peroxyde de benzoyle ou des polythérapies fixes, mais pas avec des antibiotiques topiques.
 - Les doses sous-antimicrobiennes ne sont pas recommandées dans l'acné ; leur efficacité n'a pas été démontrée.
2. Rosacée :
 - La doxycycline est efficace à faible dose (40 mg/jour) face aux formes inflammatoires.
 - Les formulations à libération modifiée réduisent les effets indésirables.
3. Maladies sexuellement transmissibles (MST)
 - Elle est utile face aux infections à Chlamydia Trachomatis et Mycoplasma genitalium.
 - Alternative dans le traitement de la syphilis pour les patients allergiques à la pénicilline.
 - Désormais utilisée en prophylaxie post-exposition (dans les 72 heures). Néanmoins, l'intervenante estime que cette utilisation pourrait entraîner davantage de résistances.

4. Autres indications :

- maladie de Lyme précoce et localisée ;
- maladies bulleuses légères (cas spécifiques) ;
- infections à mycobactéries atypiques en association avec des antibiotiques (Mycobacterium marinum et fortuitum).

Effets indésirables

- Fréquents : gastro-intestinaux (nausées, vomissements, douleurs abdominales, œsophagite) et photosensibilité.
- Rares : hypertension intracrânienne bénigne, hépatotoxicité, effets vestibulaires et réactions d'hypersensibilité cutanée.

Contre-indications absolues : utilisation chez l'enfant avant 8 ans, grossesse/allaitement.

Conclusion : la doxycycline est un médicament polyvalent qui présente de nombreuses indications en dermatologie, notamment dans la prise en charge de l'acné, de la rosacée et de certaines MST. Son utilisation doit cependant être rationnelle afin de réduire la résistance bactérienne et les effets indésirables.

L'acétylcystéine

Intervenant : Dr Diez de Medina Juan Carlos

L'acétylcystéine est un médicament considéré comme l'un des meilleurs antioxydants. Il est utilisé depuis 1960 et approuvé par la FDA en tant qu'expectorant. Malgré son utilisation prolongée, aucune intoxication significative n'a été rapportée et ses effets indésirables sont minimes. Ce médicament, qui est un précurseur de la L-cystéine et favorise la production de glutathion, a un impact positif sur le système nerveux central, en particulier sur la régulation de la dopamine, d'où son utilité face aux troubles tels que l'anxiété, la dépression, la schizophrénie et les troubles bipolaires.

En dermatologie, l'acétylcystéine est principalement utilisée comme adjuvant dans le traitement de diverses pathologies cutanées, notamment la trichotillomanie, les excoriations psychogènes et l'acné. Bien que les études soient limitées, des données anecdotiques suggèrent que l'acétylcystéine a des effets positifs, en particulier face aux affections associées à l'anxiété. Le traitement est généralement administré à une posologie de 600 mg toutes les 12 heures chez l'adulte et de 300 à 600 mg chez l'enfant, en fonction de l'âge (cette molécule peut être prescrite dès l'âge de 2 ans).

L'intervenant a présenté des cas dans lesquels des améliorations significatives ont été observées chez des patients présentant des lésions cutanées induites par des comportements compulsifs. Par exemple, un patient présentant des excoriations psychogènes a connu une réduction notable des signes et symptômes d'anxiété et des

lésions après 45 jours de traitement. D'autres cas de lésions dermiques chez des patients anxieux ont également montré une amélioration considérable avec l'utilisation d'acétylcystéine.

Bien que les études cliniques soient encore insuffisantes, l'acétylcystéine semble être une option thérapeutique sûre et efficace dans le traitement des troubles dermatologiques liés à l'anxiété et aux comportements compulsifs, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. L'intervenant recommande de poursuivre les recherches sur son utilisation, mais à ce jour, son profil de tolérance est remarquablement favorable.

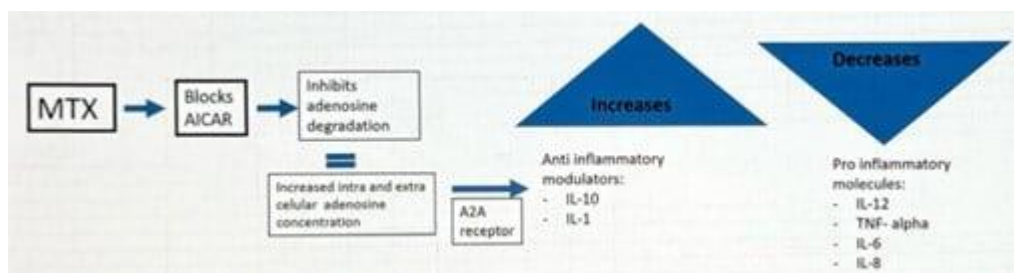
Conclusion : l'acétylcystéine est un médicament sûr et prometteur en dermatologie, puisqu'il affiche des résultats positifs dans le traitement de diverses affections liées à l'anxiété, même si davantage d'études sont nécessaires pour confirmer son efficacité à grande échelle.

Le méthotrexate : un vieil allié

Intervenant : Dr Sofia Cordero

Cette présentation portait sur l'utilisation du méthotrexate à faible dose en tant qu'alternative thérapeutique face aux maladies auto-immunes et inflammatoires, soulignant la capacité à prescrire cette molécule dans un contexte où les patients n'ont pas toujours accès aux biothérapies modernes.

Mécanisme d'action et propriétés : le méthotrexate à faible dose possède un effet immunomodulateur qui inhibe la dégradation de l'adénosine et bloque certaines enzymes. Cette action augmente les médiateurs anti-inflammatoires, comme l'interleukine 10, et diminue les médiateurs pro-inflammatoires, comme le TNF-alpha.



1. Indications principales

- **Polyarthrite rhumatoïde** : les données les plus solides confirment son utilité face à cette pathologie.
- **Autres indications** : bien qu'il n'arrive pas au même niveau que les biothérapies modernes, le méthotrexate est toujours utilisé dans les maladies où les patients n'ont pas accès à ces traitements, telles que la dermatite atopique, l'urticaire chronique, le psoriasis, la sclérose systémique et la pelande, entre autres.

2. Autres indications :

- **Urticaire chronique** : dans une étude de cas portant sur des patients qui présentaient une urticaire résistant aux antihistaminiques, le méthotrexate à faible dose (15 mg/semaine) a montré une réponse positive chez 87 % des patients après 4,5 mois de traitement.
- **Dermatite atopique** : selon une autre étude de cas, dans des DA modérées à sévères qui ne répondaient aux corticoïdes topiques, une réponse positive a été observée chez 53-90 % des patients après 4-12 semaines sous méthotrexate à faible dose. La patience est de rigueur, car le traitement peut mettre jusqu'à 24 semaines avant de faire totalement effet.
- **Maladies bulleuses** : le méthotrexate est utilisé comme traitement adjuvant en plus des corticoïdes afin de réduire les doses et les effets indésirables de ces derniers. De bons résultats sont observés dans la plupart des cas.
- **Sclérose systémique** : aux premiers stades de la maladie, le méthotrexate améliore la fibrose cutanée, mais doit être utilisé avec prudence en raison du risque d'effets indésirables hépatiques et rénaux.
- **Pelade** : malgré des données limitées, le méthotrexate est utilisé en association avec des corticoïdes et produit une réponse satisfaisante chez certains patients, bien que les preuves de cette efficacité soient rares.
- **Mycosis fongoïde** : des doses plus élevées de MTX sont nécessaires, à partir de 25 mg, en sachant que le traitement est plus efficace au début de la maladie.
- **Kératoacanthomes** : lorsque le traitement chirurgical n'est pas possible, il est possible d'administrer du méthotrexate en intralésionnel.

3. Innocuité et effets indésirables

les effets indésirables les plus fréquents incluent une augmentation des transaminases, des nausées et de la fatigue. Il est essentiel de surveiller régulièrement les patients afin d'éviter toute toxicité, notamment en cas de comorbidités ou de traitement prolongé. La supplémentation en acide folique (5 mg par semaine) peut réduire les effets indésirables sans nuire à l'efficacité.

4. Considérations importantes

- **Interactions médicamenteuses** : une attention particulière est portée à l'interaction avec les AINS, qui peuvent augmenter la toxicité du méthotrexate. Il faut impérativement informer les patients des interactions possibles avec d'autres médicaments couramment utilisés.
- **Surveillance** : des examens initiaux et un suivi attentif des patients sont nécessaires pour ajuster la posologie et prévenir les complications.

5. **Conclusion** : le méthotrexate à faible dose reste un traitement précieux, en particulier dans les pays aux ressources limitées. Malgré le peu de preuves récentes, son faible coût, son accessibilité et son efficacité face à diverses pathologies en font une option importante dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques. L'intervenante recommande de poursuivre la recherche et de publier davantage de cas cliniques afin de renforcer les connaissances concernant son utilisation.