



Dr Béatrice ZAKARIAN - Le Pontet

afme

AGENTS CHIMIQUES ET PEELINGS DEPIGMENTANTS PREMIÈRE PARTIE

Les problèmes de la pigmentation cutanée représentent aujourd'hui une préoccupation majeure en esthétique ainsi qu'un motif fréquent de consultation. La demande thérapeutique est importante. Que pouvons-nous proposer à nos patients ?

Différentes techniques s'offrent à nous : dans ce sujet, nous parlerons principalement des agents chimiques et peelings dépigmentants.

Lors de cette première partie, nous aborderons les altérations cutanées que nous sommes à même de traiter avec les différents agents chimiques topiques dépigmentants et lors d'une deuxième partie nous verrons les différents peelings à visée dépigmentante pour traiter également ces lésions

QUELLES ALTERATIONS CUTANÉES PEUT-ON TRAITER ?

MELASMA

Il s'agit d'une hyper mélanose acquise du visage qui se développe lentement et symétriquement et dont la teinte va du brun clair au brun foncé.

Le mélasma apparaît le plus souvent chez les femmes de phototype foncé lorsqu'elles utilisent une contraception orale ou pendant la grossesse.

Mais il peut aussi être observé en dehors de toute imprégnation hormonale chez la femme ou chez l'homme. Le mélasma apparaît alors aussi bien souvent en période estivale au cours des premières expositions solaires chez les patients ayant un phototype clair mais il peut aussi débuter en saison hivernale chez les patients ayant un phototype foncé.

On peut évaluer à 4 le nombre de formes cliniques selon la topographie de l'hyperpigmentation :

- le type centrofacial : joues, front, menton et lèvre supérieure (63% des cas)
- le type malaire : atteinte symétrique des joues et du nez (21 % des cas)
- le type maxillaire : atteinte de la branche montante du maxillaire inférieur (8% des cas)
- le type labiomentonnière : atteinte de la lèvre supérieure

et du menton (8 % des cas)

Le mélasma se caractérise par une augmentation des mélanocytes et de la mélanine dans la basale et les couches supra basales et il y a quasiment toujours une participation dermique à l'inverse des pigmentations post-inflammatoires.

Dans bon nombre de cas, le mélasma évolue spontanément vers la dépigmentation après l'accouchement ou l'arrêt du traitement oestrogénique.

Mais un certain nombre de mélasmas peuvent persister chez des patients au phototype foncé et ils vont alors faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique.

KERATOSES ACTINIQUES

Egalement appelées kératoses solaires : ce sont de petites taches rosées, un peu râpeuses car recouvertes de squames de 2 à 6 mm de diamètre.

Elles sont localisées dans les régions exposées au soleil : les tempes, le visage, le cou, le haut du thorax, le dos des avant-bras et les mains.

Ces kératoses actiniques sont un état précancéreux et peuvent dégénérer en lésion cancéreuse de type basocellulaire.

LENTIGOS SENILES

Ce sont des taches hyper pigmentées d'une taille allant de 1 mm à quelques centimètres et qui surviennent sur les zones photo exposées.

Elles sont de couleur marron clair, sont lisses et peuvent devenir confluentes.

Elles sont généralement localisées sur les zones du corps qui sont soumises à un vieillissement cutané important (exposition solaire) : le visage, les mains, le cou et le décolleté. Elles apparaissent après 40 ans.

PIGMENTATIONS POST INFLAMMATOIRES

Ce sont des taches pigmentées de couleur marron que l'on rencontre souvent en post laser ou post TCA.

LES AGENTS CHIMIQUES LOCAUX DEPIGMENTANTS

Utilisés sous forme de topiques locaux à domicile, ce sont des éléments complémentaires et indispensables aux peelings et qui rentrent dans la composition de la plupart d'entre eux.
En pré peeling... ils vont préparer la peau.
En post peeling...ils vont perpétrer l'effet du peeling et en limiter le rebond pigmentaire.

HYDROQUINONE

Elle Inhibe l'action de la tyrosinase et par conséquent la mélanogénèse

Elle est utilisée en préparation de Klingmann 3% ou 5% ou avec Exciprep

Mais risque d'effets secondaires indésirables si prescription longue ou utilisation prolongée par la patiente sans avis médical à type de :

- Rougeurs et irritations
- Pigmentations paradoxales
- Corticodépendance et rosacée +++
- La grossesse est absolument contre indiquée

Préparation Kligmann à 3%

Acide rétinoïque 0,01g
Hydroquinone 2g
Hydrocortisone base 0,5g
Acide ascorbique 0,5g
Alcool 90° 6ml
Propylène glycol 3ml+ excipient cétraline 50 g

Préparation Kligmann à 5%

acide rétinoïque 5mg
hydroquinone 1g
hydrocortisone base 0,2g
excipient hydroquinone qsp 20g

Préparation avec Exciprep

Hydroquinone 1,6g
Hydrocortisone 0,4g
Exciprep 40g

ACIDE RETINOÏQUE

C est un dérivé de la vitamine A acide.

Il entraîne la diminution de la fabrication de la mélanine par les mélanocytes et augmente la vitesse d'élimination des cellules mortes de la peau chargée en pigments mais attention car longueur d'application pour obtenir une efficacité.

La grossesse est bien sur contre indiquée.

ACIDE AZELAIQUE

C est un acide qui inhibe l'activité de la tyrosinase et qui est souvent utilisé en association avec d'autres agents.

ACIDE KOJIQUE

Il bloque la fabrication de la mélanine et possède aussi des propriétés antibactérienne et antifongique.

ACIDE PHYTIQUE

C'est un Inhibiteur de la tyrosinase.

VITAMINE C

C'est un régulateur de l'activité des mélanocytes.

Elle inhibe également la tyrosinase

ETUDE ACIDE ASCORBIQUE VERSUS HYDROQUINONE

(International journal of dermatology 2004)

Le patient applique chaque nuit un coté du visage HQ 4% et ACIDE ASCORBIQUE sur l'autre coté pendant 4 mois

RESULTATS

90% pour HQ et 70% pour ACIDE ASCORBIQUE : ceci pour démontrer l'impact de la vitamine C comme agent dépigmentant.

L'acide ascorbique a un effet bénéfique sur le mélasma, avec un minimum d'effets secondaires par rapport à l'hydroquinone.

Il peut être utilisé pour de longues périodes comme traitement initial ou d'entretien.

HYDROXYACIDES (AHA) : ACIDE GLYCOLIQUE

L'acide glycolique est le plus petit des hydroxyacides. Il est obtenu à partir d'extrait de canne à sucre, de betteraves ou de raisin.

Il permet d'améliorer la texture de la peau et de réduire l'hyperpigmentation.

Il permet d'éliminer la couche supérieure de l'épiderme pour laisser apparaître la couche inférieure plus jeune.

ARBUTINE- BUSSESOLE

Ce sont des régulateurs de pigmentation.

La busserole contient un principe actif appelé arbutine qui régule la formation de la mélanine.

DERMOCORTICOIDES

Ils sont utilisés en association avec d'autres dépigmentants.

LES SPECIALITES COMMERCIALES : où ces agents dépigmentants sont souvent associés.

YELLOW CREAM : busserole, acide kojique, acide phytique, acide salicylique et AHA

SPOT CREAM : emblica, rétinol, acide mandélique, idebénone, acide salicylique

MELALIGHT sérum : vit C levogyre, acide phytique, complexe polyphénols avec le système ROS

AMELAN M : acide kojique, acide phytique et vit C

CEBELIA dépigmentant renforcé : vit C, vit PP, AHA et Pékaline qui agit en amont de la tyrosinase

CONCLUSION

Dans cette première partie nous venons d'aborder les principaux agents chimiques à visée dépigmentante.

Dans une seconde partie à venir, nous aborderons les différents peelings à visée dépigmentante qui s'offrent à nous et qui permettent également, en complément, de répondre à la demande de nos patients.

BIBLIOGRAPHIE

KANG HY, BAHADORAN P, SUZUKI I et al. *In vivo reflectance confocal microscopy detects pigmentary changes in melasma et a cellular level resolution. Exp Dermatol, 2010; 19: e225-33*
 - HERNANDEZ-BARRERA R, TORREZ-ALVAREZ B, CASTANEDO-CAZARES JP et al. *Solar elastosis and presence of mast cells as key features in the pathogenesis of melasma. Clin Exp Dermatol, 2008; 33: 305-308*

- Katsambas A, Stratigos A. *Depigmenting and bleaching agents: coping with hyperpigmentation. Clin Dermatol 2001; 19: 483-8*

- ERBIL H et al. *Efficacy and safety of serial glycolic acid peels and a topical regimen in the treatment of recalcitrant melasma. J Dermatol, 2007; 34: 25-30*

- Sharquie KE, Al-Tikreety MM, Al-Mashhadani SA, *Lactic acid as a new therapeutic peeling agent in melasma. Dermatol Surg, 2005 Feb; 31(2): 149-54; discussion 154*

- Pathak MA, Fitzpatrick TB, Kraus EW. *Usefulness of retinoic acid in the treatment of melasma. J Am Acad Dermatol, 1986, 15 :894-8*

- Griffiths CE, Finkel LT, Ditre CM et al. *Topical tretinoin (retinoic acid) improves melasma : a vehicule-controlled, clinical trial. Br J Dermatol, 1993, 129 : 415-421*

- Hurley ME, Guevara IL, Gonzales RM et al. *Efficacy of glycolic acid peels in the treatment of melasma. Arch Dermatol 2002; 12: 1578-82*

- Gorlier C, Ortonne JP. *Produits dépigmentants. Encycl Med Chir, Cosmetol Dermatol, 2001, 50-210-A-10*

- Balina LM, Graupe K. *The treatment of melasma 20 p. 100 azelaic acid versus 4 p. 100 hydroquinone cream. Int J Dermatol, 1991, 30 : 893-895.*

**LES FORMATIONS
DE L'AFME
SONT SUR
LE WEB :**

formationmedecineesthetique.com