Congrès AIME

La beauté des zones oubliées : décolleté, mains et pieds

COMPTE RENDU RÉDIGÉ PAR D. POISBLEAU
Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL.

Anatomie appliquée aux procédures esthétiques et pourquoi c'est un problème féminin

D'après la communication du Dr Philippe Garcia

1. Le décolleté

Zone de séduction, le décolleté correspond à un triangle à base supérieure qui part de la base du cou et de la clavicule pour descendre jusqu'à la pointe du sternum. La peau y est fragile et adhérente aux tissus sous-jacents, peu souple. Son vieillissement se traduit par des rides horizontales à la base du cou, des rides verticales en éventail présternales et des taches pigmentaires.

2. Les mains

La peau de la face dorsale y est fine, souple, mobile et fragile avec un tissu lamelleux lâche sans pannicule adipeux. On retrouve de nombreux vaisseaux et nerfs, et une aponévrose mince et résistante d'où la peau se décolle facilement. Elle est limitée en haut par le ligament annulaire dorsal, en bas par les tendons extenseurs et latéralement par les métacarpiens extrêmes (***fig. 1***).

Les injections d'acide hyaluronique s'y font entre la peau et cette aponévrose superficielle mince et résistante, à la canule. Les traitements envisageables à ce niveau associent les fils PDO, l'acide hyaluronique, l'acide polylactique avec dilution, les injections de graisse ou encore la mésothérapie.

3. Les pieds

La peau est fine sur la voûte plantaire et épaisse en avant du pied, là où elle repose sur le sol. On retrouve un riche réseau veineux au sein du tissu graisseux, lequel est épais sur les surfaces portantes. Les tendons se situent sous cette couche graisseuse, sous l'aponévrose plantaire superficielle (***fig. 2***).

Fig. 1 : Anatomie de la face dorsale de la main.

Fig. 2 : Anatomie de la voûte plantaire.

Congrès AIME

PRP, un outil de choix ?

D'après la communication
du Dr Elena Rumyantseva

Le Dr Rumyantseva utilise l'injection de PRP (*Platelet rich plasma*) depuis plus de 20 ans, y compris au niveau des zones oubliées. En effet, le décolleté, les mains et les pieds sont aussi sujets au vieillissement intrinsèque et extrinsèque, *via* l'influence de facteurs environnementaux comme le tabac, l'exposition à des produits chimiques ou les rayons UV. On observe une diminution de la fonction structurelle et de l'intégrité de la matrice extracellulaire, associée à une dégénérescence du collagène et de l'élastine, se traduisant par une perte de tonicité et d'élasticité de la peau.

Le PRP est un excellent outil pour préparer les patients aux autres traitements par agents physiques, en boostant la microcirculation (angiogenèse) et la croissance des fibroblastes. On peut l'associer aux procédures physiques (radiofréquence, HIFU, IPL, CO_2, YAG, etc.) et aux injectables (***fig. 3***).

Cette technique est contre-indiquée dans le mois suivant une infection virale ou bactérienne, en cas d'hormonothérapie, d'anémie ferriprive, de résistance à l'insuline, chez les patients végétariens non supplémentés ou traités au long terme par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Il faut savoir dépister et traiter ces patients en amont en recherchant les signes cliniques évocateurs (rosacée, mycose interdigitale, érythrasma, candidose endobuccale, etc.). Le Dr Rumyantseva propose un bilan biologique de débrouillage pour tous les patients associant le dosage du zinc, de la vitamine D, de l'hémoglobine glyquée, des oméga-3, de la protéinémie et de l'hémoglobine.

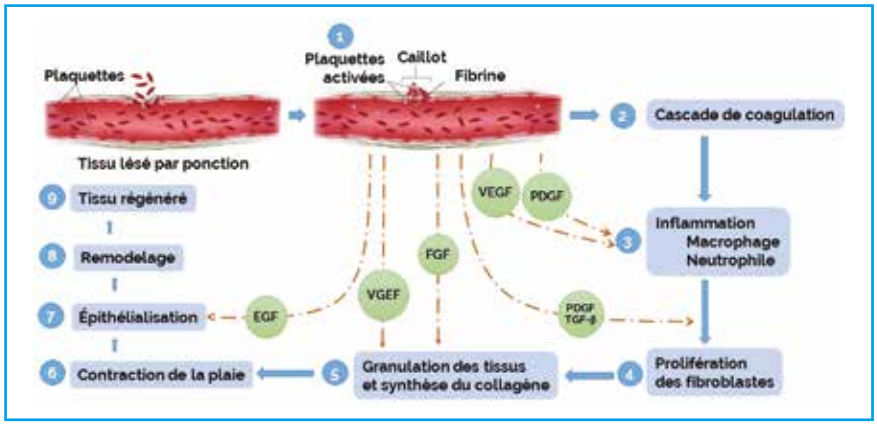

Fig. 3 : Mécanisme d'action du PRP (*Platelet Rich Plasma*).

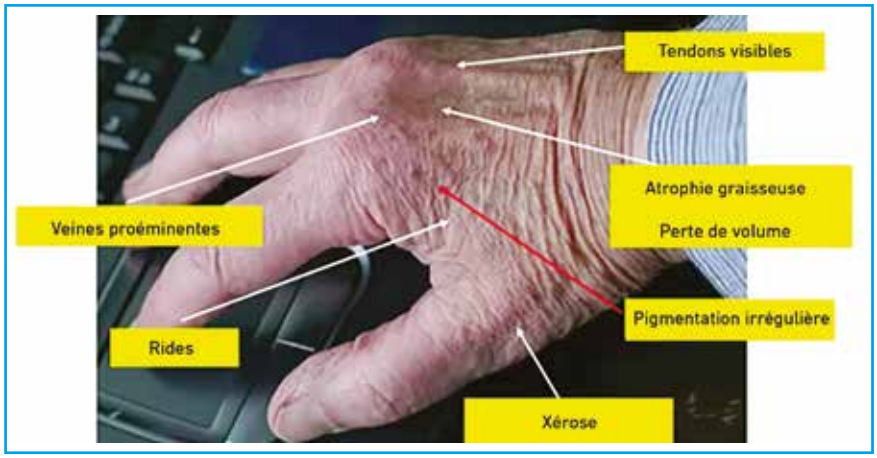

Fig. 4 : Vieillissement cutané des mains.

Quelle est la place du laser ?

D'après la communication
du Dr Arnaud Lambert

Les mains signent le véritable vieillissement car leur traitement est souvent négligé et en discordance avec ceux réalisés au niveau du visage. Plusieurs échelles permettent de grader ce vieillissement (échelle de Merz, échelle de Busso en 5 stades) (***fig. 4***).

Il s'agit d'un challenge thérapeutique car la cicatrisation y est souvent plus difficile que sur les autres zones. Plusieurs options thérapeutiques sont envisageables : injectables, peelings, cosmétiques, sclérothérapie, chirurgie et lasers. On peut associer les techniques, en injectant par exemple de l'acide hyaluronique en fin de séance laser. On distingue selon les longueurs d'ondes utilisées :

- Les lasers Q-switched : il s'agit du *gold standard*. Une à deux séances sont réalisées, avec une longueur d'ondes très courte. Il faut effectuer un balayage afin d'éviter un contraste trop important entre la zone traitée et les zones adjacentes. On cherche à obtenir un blanchiment de la zone. Les suites classiques

Fig. 5 : Laser Q-switched.

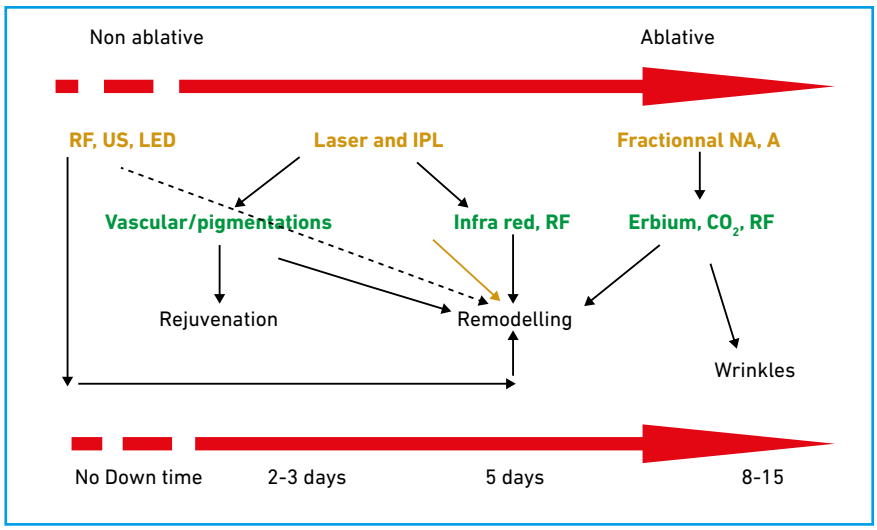

Fig. 6 : Lasers ablatifs et non ablatifs.

Fig. 7 : Raffermissement cutané par laser fractionné ablatif.

sont marquées par des croûtes avec une desquamation au 10e jour (***fig. 5***).

- Les lasers fractionnés non ablatifs.

- Les lasers fractionnés ablatifs (***fig. 6 et 7***).

- La lumière pulsée (*Intense pulsed light*, IPL) : on utilise ici des spectres sélectifs, et non une longueur d'ondes précise, choisis en fonction des zones que l'on cherche à traiter. Ils se situent entre 400 et 1 200 nm. Le BBL (*BroadBand light*) est une évolution de l'IPL avec une fréquence plus importante et un meilleur refroidissement limitant le risque de lésions par brûlure. Les suites sont marquées par une desquamation à 14 jours.

- Les lasers non fractionnés ablatifs.

- La thérapie photodynamique (PDT).

Le choix des injectables pour le décolleté et les mains

D'après la communication du Dr Catherine De Goursac

Les premiers signes de vieillissement des mains apparaissent après 40 ans (lentigines, déshydratation cutanée). Après 50 ans, les veines et les tendons deviennent très visibles et les mains se squelettisent. À ce niveau, le Dr De Goursac utilise plusieurs inducteurs tissulaires afin de restaurer les volumes, atténuer les veines et tendons apparents et retrouver une qualité de peau élastique et ferme :
– acide hyaluronique (Skinbooster) ;
– acide polylactique (Sculptra, Lanluma) ;
– hydroxyapatite de calcium (Radiesse, Crystalis) ;
– caprolactone (Ellanse).

Il est intéressant de combiner ces inducteurs tissulaires à des traitements physiques améliorant la qualité de la peau (laser, radiofréquence, peelings, etc.). On utilisera des acides hyaluroniques peu volumiques. Il ne faut pas oublier de traiter les phalanges, qui peuvent dénoter avec le dos des mains et sont fréquemment insuffisamment injectées. Il faut réaliser une dilution afin de limiter les irrégularités et bien masser en fin de séance. La technique du *blanching* permet un défroissage optimum sans irrégularités, avec une aiguille de 32 G en épidermique superficiel (***fig. 8***).

Fig. 8 : Injection de fillers sur la face dorsale de main.

Congrès AIME

Fig. 9 : Décolleté, deux séances d'acide hyaluronique.

Le décolleté est une zone très sensible à l'héliodermie, sujette aux désordres pigmentaires (lentigos, kératoses) et vasculaires (angiomes stellaires, télangiectasies). L'épiderme et le derme y sont plus fins que sur le reste du corps, et les glandes sébacées et les follicules pileux plus rares. Le vieillissement y est donc plus rapide qu'au niveau du visage. Le Dr De Goursac recommande une injection de 2 mL d'acide hyaluronique au niveau du décolleté, préférentiellement à la canule (***fig. 9***).

Le footlift à la française

D'après la communication
du Dr E. Essayagh

Le Dr Essayagh nous a ensuite présenté sa vision du *footlift* à la française, ou comment recapitonner les coussinets antérieurs des pieds pour lutter contre les douleurs liées au port de talons hauts. Il s'agit d'une idée née outre-Atlantique, cherchant à lutter contre les douleurs de pieds inhérentes au port de ce type de chaussures en injectant de l'acide hyaluronique sous l'avant-pied.

Avec les talons, la marche s'effectue lentement jambe tendue en avant, la voûte plantaire ne repose presque pas sur la semelle, les jambes s'entrecroisent et le poids du corps est porté par l'avant du pied avec une compensation par un léger flessum du genou et une hyperlordose (***fig. 10***). Un hyperpression se fait en regard de la tête des 2e et 3e métatarsiens. Cela est bien mis en évidence par l'analyse au podoscope à fluorescence (***fig. 11***).

La technique proposée par le Dr Essayagh repose sur une injection à la canule de ½ à 1 seringue d'acide hyaluronique (AH) dans l'espace cellulograisseux situé en

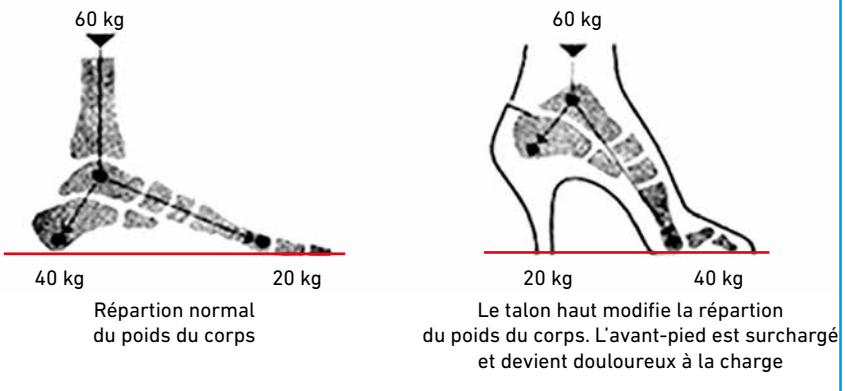

Fig. 10 : Répartition du poids du corps avec et sans talons hauts.

Fig. 11 : Analyse au podoscope à fluorescence.

regard des têtes des métatarsiens où l'on ne trouve ni nerf ni gros vaisseau. Le traitement débute par une petite injection de lidocaïne, puis une canule de 25 G est introduite entre le 2e et le 3e métatarse en regard de la tête du 2e métatarsien. Un AH de réticulation moyenne est utilisé.

Il s'agit d'un geste simple réalisé sous anesthésie locale, marqué par une légère douleur et la nécessité de porter des baskets pendant 48 heures. Le résultat est stable dans le temps et dure en moyenne 6 à 9 mois, avec un confort de marche mesurable dès la première semaine.

POUR EN SAVOIR PLUS

Van Schie CH, Whalley A, Armstrong DG *et al.* The effect of silicone injections in the diabetic foot on peak plantar pressure and plantar tissue thickness: A 2-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*, 2002;83:919-923.

Cabrera-Ramírez JO, Puebla-Mora AG, González-Ojeda A *et al.* Plasma rico en plaquetas en el tratamiento del fotodaño cutáneo en las manos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2017;108:746-751. doi:10.1016/j.ad.2017.04.006

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.