

Peeling au phénol localisé au pourtour de la bouche ou le “code barre” se lit au laser et s’efface au peeling

RÉSUMÉ : L’auteur fait part de son expérience des peelings profonds des lèvres. Il explique les conditions de survenue du vieillissement de cette région et en déduit les meilleurs moyens à sa disposition en l’état actuel des connaissances : comblement léger et peeling profond. Il explique le mode d’application du peeling et la nécessité de l’associer à un peeling de degré moindre sur le reste du visage et montre la durabilité du résultat.



→ J.L.H. VIGNERON
Centre Villabianca Dermatologie,
SAINT-PAUL-DE-VENCE.

Le peeling périoral peut être considéré comme une technique particulière parmi les peelings car, d’une part, il s’applique sur une zone souvent altérée précocement et, d’autre part, le tissu à traiter nécessite une action de réjuvenation particulièrement active.

Vieillessement périoral, conditions de survenue

1. L’héliodermie

Les rides radiaires de la lèvre supérieure surviennent dans un contexte général d’héliodermie, d’un niveau minimum de 2 de la classification de Glogau. Il n’est pas rare d’observer une atteinte plus nette de cette région qui présente des signes de sénescence avant le reste du visage, comme d’ailleurs les régions périorbitaires.

Pour ne considérer que les effets des UV, une explication partielle est donnée par l’orientation de la surface de la lèvre supérieure qui est orientée légèrement vers le haut. Il y a donc une quantité de photons absorbés plus importante que pour les zones voisines plus verticales

sur lesquelles prédomine la réflexion plus que l’absorption. On observe donc plus d’altérations des fibres élastiques et collagènes par les UV qui pénètrent. Perdant ainsi ses qualités d’élasticité, la peau de la lèvre ne reprend plus sa surface initiale après les allongements dus par exemple au sourire ou à la parole. Le tissu nécessaire à ces activités, quand la bouche est au repos, reste tel quel, sans réduction de surface, il se plisse.

2. La mobilité

La région périorale est très mobile. La bouche est constamment en mouvement. L’orbiculaire des lèvres est le principal muscle, ses fibres sont concentriques de l’orifice buccal et, bien entendu, les rides se forment perpendiculairement à l’anneau musculaire.

3. La ptose

Un autre élément est l’effet de la gravité terrestre sur cette lèvre, ce qui a pour effet d’allonger le philtrum. On estime que la longueur du philtrum augmente de 50 % entre 20 et 50 ans. Le résultat de cet allongement est un enroulement de la lèvre rouge vers l’intérieur.

Visuellement, la lèvre rouge s'amincit et la limite rouge-blanc perd de sa définition. Certaines femmes disent "j'ai mangé mes lèvres".

4. Les modifications des structures sous-jacentes

Les lèvres sont en appui sur les gencives et les dents. Les années passant, l'involution des maxillaires et les modifications gingivales ont pour effet global un recul du soutien, ce qui aggrave l'inversion des lèvres rouges. Dans le même domaine, certaines pathologies dentaires peuvent nécessiter le remplacement des dents naturelles par des prothèses dont le volume est généralement différent et souvent inférieur, d'où également un recul du soutien des lèvres.

Propositions thérapeutiques

Comme l'analyse précédente permet de le comprendre, l'amélioration de la situation sera possible par des actions sur les différentes composantes. Nous exposerons ici l'action de restructuration des structures dermo-épidermiques par le peeling, mais nous considérons que, dans 90 % des cas, un discret remplissage de "l'ourlet" appelé aussi "sillon virtuel", situé à la limite lèvre rouge-lèvre blanche, est nécessaire.

1. Le comblement

Ces injections préalables permettent à la peau de se régénérer après le peeling sur un soutien ferme et dessiné. Nous avons pratiqué les peelings profonds isolés, sans comblement, pour nos cinq premiers phénols et avons compris très vite que les injections étaient nécessaires. En effet, si le peeling lisse la surface et densifie le derme, il ne corrigera pas complètement la perte de substance de chaque indentation ou ride venant couper le bord de la lèvre autant sur le versant cutané que sur le versant demi-muqueux.

Notre technique est donc de remplir cette bordure à la 30 G, "comme par un fil" – pas plus – et de ne jamais combler les rides radiaires, ce qui pourrait facilement donner un aspect en "capot". Cette très discrète injection est effectuée autant sur le bord de la lèvre supérieure que de la lèvre inférieure et ce serait une erreur que de ne traiter que la supérieure. La très faible quantité utilisée permettrait d'utiliser le mot infiltration plus que le mot comblement. Ajoutons que, quelque soit le produit utilisé, on sera surpris de la durabilité, supérieure à celle observée avec le même produit mais sans peeling. L'intensité des néosynthèses élastiques et collagènes en est l'explication.

2. Le relissage

Dans notre pratique, il s'agit exclusivement de l'utilisation du peeling profond. Le peeling moyen n'agit pas sur les rides radiaires des lèvres. En classification de Glogau, les stades 3 et 4 sont l'indication du peeling profond. Rappelons ici qu'un peeling n'est pas un acte de destruction, mais toujours un acte de stimulation.

• Choix du produit

Certains souhaitent utiliser l'acide trichloracétique pour réaliser des peelings profonds, ce qui sous-entend une concentration de 40 ou 45 %. Pour ma part, je considère cette molécule comme la molécule reine du peeling moyen, mais le risque cicatriciel est bien réel après TCA profond et Obagi lui-même concède 5 % de cicatrices hypertrophiques lorsque le TCA est utilisé au-delà de 40 %. Un TCA ne doit jamais être utilisé au-delà de 30 % (M/M) et, à cette concentration, il n'a pas un effet de peeling profond.

Mon choix se résume donc à deux formules phénolées :

- l'Exopeel est ma solution de référence ;
- la formule de Baker Gordon peut être utilisée en cas de code-barre particulièrement sévère, sur une peau épaisse.

• Technique (fig. 1 et 2)

Une anesthésie tronculaire des sous-orbitaires et des mentonniers est préférable. Elle est quasiment indispensable si on pratique les injections des bords des lèvres préalablement au peeling.

Le dégraissage radical à l'acétone doit être soigneux et vigoureux. La solution est ensuite appliquée au coton-tige en bois en ouvrant les rides par traction et, éventuellement, en grattant le fond des rides. Tant que le fond des rides n'a pas blanchi et que ce blanchiment n'a pas persisté deux minutes, c'est insuffisant et il faut réappliquer. C'est l'obtention de ce blanchiment persistant qui est appelée une imprégnation. Avec la solution Exopeel, il faudra obtenir trois imprégnations, en attendant 10 minutes entre chaque application (fig. 3). Avec la solution de Baker Gordon, une application appuyée est généralement suffisante ; cela semble plus simple, mais il faut lire plus loin les effets secondaires.

Cinq minutes après la dernière application, on pose un adhésif étanche à l'oxyde de zinc. Ce pansement sera laissé en place 24 heures. Il est alors retiré, la peau est nettoyée de l'épiderme liquéfié. Dans la méthode Exopeel, on réapplique le coton-tige humide de la veille en frottant les traits des rides de la veille. Comme elles ont généralement disparu, il est important d'avoir dessiné la bouche et les rides avant le peeling sur une feuille de papier ou d'avoir fait une photo.

Ensuite, une poudre cicatrisante associant Mimosa et Bismuth est posée sur toute la zone humide. C'est cette poudre qui va sécher, former une concrétion avec la lymphe et assurer le rôle de pansement immobilisant et protecteur pendant les 7 jours de réépidermisation.

• Suites

>>> **Le jour même :** l'application du peeling est indolore. C'est après la fin



FIG. 1 : Déroulement d'un peeling des lèvres en images.

A : Cliché initial après léger comblement du bord de lèvres.

B : Début de l'application du TCA 30 % lotion sur le haut du visage.

C : Fin de l'application du TCA 30 % lotion.

D : Application de la solution phénolée sur la lèvre supérieure et sur le liseré de la lèvre inférieure.

E : Fin du peeling. Notez l'œdème gris rose de la zone traitée par le peeling profond.

F : Application du pansement à l'oxyde de zinc sur le peeling profond pour 40 % d'efficacité en plus.

G : Le lendemain: noter l'œdème général et la suffusion lymphatique de la zone traitée par le peeling profond.

H : Application de la poudre Mimosa, en place pour 7 jours.



FIG. 2 : Attirons l'attention sur la précision du tracé du liseré.

2A : Fin de l'acte. On a insisté sur un liseré de 2 mm sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure. La lèvre supérieure a été traitée dans son ensemble en insistant sur le liseré. La lèvre inférieure n'a été traitée que sur le liseré.

2B : Une semaine plus tard, les lèvres sont réépidémisées.



FIG. 3 : Notez la limite du liseré de la lèvre inférieure. Aspect obtenu après le 1^{er} passage. Le blanc n'est pas encore compact et n'atteint pas encore tous les fonds de rides.

de l'acte et pendant les 3 heures qui suivent qu'une douleur existe dans 60 % des cas. Dans 40 % des cas, la patiente rapporte une chaleur non douloureuse. On prescrit cependant systématiquement un antalgique en post-peeling, sauf aux patientes déclarant ne jamais faire aucune anesthésie pour les soins dentaires (!). C'est également dans les heures qui suivent qu'un œdème important se constitue, non seulement en péri-buccal, mais avec une diffusion plus ou moins importante au bas du visage en fonction de la densité du derme en structures fibrillaires et donc de sa résistance à l'étirement.

>>> 2^e et 3^e jours : encore de l'œdème, mais qui s'estompe. La poudre est sèche. Pas de soins spécifiques.

>>> 4^e au 7^e jours : l'œdème a disparu. La poudre est sèche et craquèle. On hydrate légèrement.

>>> 8^e jour : la patiente imprègne le masque de poudre avec un corps gras et ainsi le désagrège. La peau apparaît lisse, rouge et gonflée. Il ne faut jamais voir la patiente ce jour là car le masque a pu laisser des empreintes en creux qui sont vues par la patiente comme des rides résistantes. Donc voir la patiente à partir du 9^e jour, ce sera lisse et elle sourira. La peau est maquillable dès ce jour.

● **La rougeur est une suite normale**

La rougeur va progressivement s'estomper en 4 à 8 semaines. C'est le temps nécessaire à la reconstruction du derme. Pour les phototypes 0 et 1, le problème sera une rougeur et une sensibilité prolongées. C'est néanmoins dans ces cas que le résultat sera le plus lissant, car l'épiderme est généralement moins épais lorsque le phototype est clair.

● **Les effets indésirables**

>>> L'achromie peut être observée après Baker Gordon, c'est pourquoi

cette solution doit voir ses indications limitées aux codes barres très sévères sur phototypes 1, 2. Mais, par principe, quand on prévoit l'utilisation du Baker Gordon – ou de la formule *heaviest* de Gregory Hetter qui est strictement un Baker Gordon (2,2 % de croton) – il faut prévenir la patiente de l'éventualité d'une achromie et de la forte probabilité d'une hypochromie. Sur les phototypes 4 et 5, la formule de Baker Gordon est contre-indiquée car le risque d'achromie est majeur, avec une quasi impossibilité de la maquiller. L'utilisation de l'Exopeel est possible sur ces phototypes élevés, ce qui souligne sa spécificité d'action.

>>> Hypochromie ou rajeunissement ?

L'hypochromie est une réalité qui correspond à une diminution de l'activité de mélanogenèse, donc à un virage de la teinte vers le blanc. Il faut la distinguer d'une évolution du teint vers un "rose jeune". Une peau jeune et "fraîche" est un peu rosée : les structures fibrillaires dermiques sont denses et plutôt horizontales, la lumière se réfléchit de telle sorte que les longueurs d'onde réfléchies – celles que nous percevons – donnent cette teinte plutôt claire et rosée. C'est bien dans ce sens qu'évolue la peau après un peeling profond, ce qui correspond à l'effet *reverse* décrit par Butler, avec un retour à des structures histologiques et à des caractéristiques histo-chimiques de peau plus jeune. La peau rajeunie par un peeling profond est toujours un peu plus claire et un peu plus rose qu'elle ne l'était avant le peeling.

De cette constatation découle une modification des indications :

- on ne fera jamais un peeling profond des lèvres sans faire un peeling moyen (TCA25-30) du reste du visage (peeling dit combiné) ;
- on ne fera jamais de peeling combiné phénol-TCA sur un visage uniformément Glogau 4.

>>> Rebond pigmentaire

Il convient ici d'insister sur le fait que, sur les phototypes médians, le risque de rebond pigmentaire – bien réel après les peelings moyens – est très faible après peeling profond. Il sera observé :

- soit après un geste brutal tel qu'un arrachage de croûte, et c'est alors une pigmentation post-inflammatoire ;
- soit après un peeling profond exécuté timidement et n'agissant que comme un peeling moyen.

>>> Les cicatrices hypertrophiques

Je n'en ai pas rencontré sur la lèvre supérieure avec une formule phénolée. J'en ai provoqué avec un TCA profond. La littérature rapporte des cas de cicatrices chéloïdes après phénol, mais rarement au niveau de la lèvre supérieure.

>>> Les effets généraux

Les effets généraux relatés historiquement après peelings phénolés *full face*, tachycardie, arythmie, n'ont jamais été rapportés après peeling localisé.

Résultats et durabilité

1. Efficacité

Un peeling phénolé des lèvres, s'il est bien fait, apporte un résultat radical. Les lèvres sont lissées, elles retrouvent tonicité et élasticité. Toutefois, nous avons rencontré 3 cas, sur plus de 1 000 cas de peeling phénolé intéressant les lèvres (soit des *full face*, soit des combinés), pour lesquels le résultat est resté insuffisant. Et ce résultat décevant n'a pas été amélioré par un deuxième peeling localisé pratiqué quelques mois plus tard, alors que ce deuxième acte se voulait très agressif. Pourtant, ces cas concernaient de très bonnes indica-



FIG. 4 : Roller à utiliser en cours de peeling.

tions. Peut-on alors imaginer que chez certaines patientes, l'évolution des rides se fasse vers une fibrose impénétrable ? Et cela au point qu'une solution chimique caustique ne pénètre pas et ne puisse pas stimuler le derme profond ? C'est ce raisonnement qui nous amène à utiliser le Roller pendant le peeling sur une peau à couche cornée épaisse afin de créer des puits de pénétration et de réappliquer la solution après le Roller (fig. 4).

2. Durabilité

C'est là un point distinctif du peeling phénolé par rapport à tous les actes de *resurfacing*: le résultat est là pour très longtemps.

Les lèvres et les zones orbitaires sont les premières à montrer un retour partiel des rides, vers la 6^e année, mais la qualité de la peau elle-même reste belle au moins 10 ans. Toutes les patientes traitées et examinées plus de 10 ans après montrent une qualité de peau meilleure qu'à l'initial (fig. 5 à 9).

3. Les peelings combinés

Il faut maintenant ajouter un aspect fondamental dans l'obtention d'un résultat harmonieux. Réaliser un peeling profond de la lèvre, c'est bien et les résultats sont souvent excellents. Mais ne traiter qu'une zone, la rajeunir de façon radicale et laisser le reste du visage sans secours, quel dommage ! Surtout quelle erreur esthétique ! Par conséquent, il est nécessaire de traiter le reste du visage par un peeling moyen afin d'améliorer le teint, diminuer les ridules et les taches et minimiser la différence d'aspect par rapport à la lèvre.

Conclusion

Le relissage de la lèvre par le peeling au phénol permet, par un bon choix



FIG. 5 : A : Aspect initial.
B : Aspect à 7 jours.
C : Aspect à 2 mois.
D : Aspect à 6 ans sur une ride placée dans une cicatrice de la lèvre inférieure.



FIG. 6 : A : Aspect initial: lèvre supérieure détruite par des problèmes dentaires.
B : Aspect à 8 jours.
C : Aspect pendant le peeling. Notez déjà la restructuration par un comblement discret et par l'œdème immédiat.



FIG. 7: A: Aspect initial : lèvre avec altération majeure.

B: Aspect à 2 semaines.

C: Aspect à 2 mois.

D: Aspect à 1 an et demi : notez le bon résultat et la légère dyschromie qui aurait été évitée par un peeling combiné.



FIG. 8: A: Initial.

B: Aspect à 12 jours.

C: Aspect à 90 jours.

D: Aspect à 1 an : notez le bon résultat et la légère dyschromie qui aurait été évitée par un peeling combiné.

POINTS FORTS

- ➞ Tout peeling est un acte de stimulation, pas de destruction.
- ➞ Le peeling au phénol provoque un effet *reverse*, c'est-à-dire un authentique rajeunissement des structures dermo-épidermiques.
- ➞ Le peeling au phénol est le seul peeling capable d'effacer les rides pour plusieurs années.
- ➞ Le risque du peeling profond localisé est la rougeur prolongée, et parfois la dyschromie, pas la pigmentation post-inflammatoire comme après les peelings moyens.
- ➞ Les études comparatives phénol versus laser CO₂ continu montrent un meilleur résultat clinique du peeling, une meilleure qualité histologique et une meilleure durabilité côté peeling.
- ➞ Le peeling profond localisé est un acte dermatologique, à effectuer au cabinet.



FIG. 9: A: Initial. B: Aspect à 9 ans.

du produit et par une bonne technique, d'obtenir d'excellents résultats. L'injection concomitante des lèvres optimise le résultat. Par ailleurs, la logique esthétique impose de proposer à nos patientes un peeling combiné TCA-phénol afin d'harmoniser l'aspect du visage.

Bibliographie

ALT TH. Occluded Baker/Gordon chemical peel: review and update. *J Dermatol Surg Oncol*, 1989; 15: 998-1008.
BAKER TJ, GORDON HL. Chemical peel as a practical method for removing rhytides of upper lip. *Ann Plast Surg*, 1979; 2: 209-212.
BRODY HJ, HAILEY CW. Medium-depth chemical peeling of the skin: a variation of superficial chemosurgery. *J Dermatol Surg Oncol*, 1986; 12: 1268-7512.

BUTLER PE, GONZALEZ S, RANDOLPH MA *et al*. Quantitative and qualitative effects of chemical peeling on photo-aged skin: an experimental study. *Plast Reconstr Surg*, 2001; 107: 222-228.

COLLINS PS. Chemical face peels in Evaluation and treatment of the aging face. MELVIN L. Elson, 1995, 34-67.

DEPREZ PH. Une technique de rajeunissement, le peeling au phénol modifié. *J Med. Esth Chir Derm*, 1996; 91: 171-178.

FINTSI Y. Exoderm, a novel, phenol based peeling method resulting in improved safety. *Am J Cosm Surg*, 1997; 1: 49-54.

HETTER GP. Facial peeling with different strengths of phenol and croton oil. *Abstracts Am Soc Aesthetic Plast Surg*, 1996.

KLIGMAN AM, BAKER TJ, GORDON HL. Long term histology follow up of phenol peels. *Plast Reconstr Surg*, 1985; 75: 652-659.

KOTLER R. Facial peeling: phenol. In PARISH L, LASK G, editors: *Aesthetic Dermatology*, New York, 1991, McGraw Hill, 128-139.

LITTON C. Chemical Face Lifting. *Plast Reconstr Surg*, 1962; 29: 371-380.

STEGMAN S. Chemical Peel. In: STEGMAN S, TROMOWITCH T, eds. *Cosmetic Dermatologic Surgery*. Chicago: Yearbook Medical Publisher, 1983:27-46.

TRAUCHESSEC JM, PISSOT F, VIGNERON JL. Softpeel with homogenated trichloroacetic acid. *Journ Aesth Derm Cosm Surg*, 1999, 3: 223-229.

VIGNERON JL. Peelings chimiques, mes indications. *J Med Esth Chir Derm*, 1999; 101: 39-47.

VIGNERON JL. Les peelings chimiques en Europe, situation actuelle. *J Japan Soc Aesth Surg*, 2000; 2: 55-68.

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

réalités

[Bulletin d'abonnement]

Je m'abonne à
réalités Thérapeutiques
en Dermato-Vénérologie

Médecin ☐ 1 an : 60 €
 ☐ 2 ans : 95 €

Etudiant/Interne ☐ 1 an : 50 €
(joindre un justificatif) ☐ 2 ans : 70 €

Etranger ☐ 1 an : 80 €
(DOM-TOM compris) ☐ 2 ans : 120 €

BULLETIN À RETOURNER À :
PERFORMANCES MÉDICALES
91, AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE
75011 PARIS

Déductible des
frais professionnels



Nom

Prénom

Adresse

Ville

E-mail

Code postal

Règlement ☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

Signature

☐ Par carte bancaire (sauf American Express)

carte n°

cryptogramme date d'expiration