

LM

LOOK & MEDECINE

**LA FORCE DES IMAGES
L'IMPACT DES SCIENCES MÉDICALES
SUR LE « LOOK »**

**LA SANTÉ ESTHÉTIQUE
ET LA MÉDECINE ANTI-ÂGE
À LA UNE**





Le vrai du faux sur les peelings

Catherine DE GOURSAC, MD
Membre du CA de l'AFME, du SNME,
Membre du conseil scientifique de la SFME



Tout d'abord une explication.

Le peeling vient du mot anglais «to peel» ou peler.

C'est un acte médical destiné à régénérer la peau qui apparaît plus jeune, plus lisse, débarrassée de ses imperfections.

Le peeling agit par l'exfoliation des cellules cutanées, du stratum corneum au derme réticulaire selon la force du peeling.

Cependant on a étendu l'appellation à la pose de principes actifs ayant une action ciblée comme les peelings pigmentaires ou anti-acné.

En général donc, le mot peeling vise des soins chimiques alors même que l'on peut parler de peeling mécanique lors d'exfoliation par agents physiques :

La dermabrasion et la microdermabrasion qui agissent de façon mécanique,

Le laser qui agit par abrasion thermique.

Les peelings chimiques feront seuls l'objet de cet article.

La majorité des peelings chimiques sont donc destinés à débarrasser la peau d'une épaisseur qui sera fonction de l'exfoliant chimique choisi.

Dans l'esprit du grand public, cette desquamation va affiner une peau qui l'est déjà lorsqu'elle est vieillissante, il ne fait pas le distinguo entre exfoliation du stratum corneum et traitement boostant le derme.

Or on s'est aperçu que cette exfoliation va dynamiser les fibroblastes par l'envoi de facteurs de croissances et ainsi stimuler la néo-collagénèse, ce qui va augmenter l'épaisseur de l'épiderme et du derme.

Un rappel des principes de base

Toute lésion chimique des couches superficielles ou profondes de la peau provoque une cascade de réponses entraînant une réparation cutanée.

La réparation épithéliale

La restauration d'un épithélium normal résulte de la migration des cellules épithéliales et nécessite

d'avoir une certaine densité d'annexes cutanées (d'où le danger de traiter des zones pauvres en annexes comme le cou ou le décolleté).

La réparation dermique : formation du tissu de granulation

La substance fondamentale s'appauvrit avec les années, or la réparation dermique provoquée par le peeling permettra de restaurer le tissu de granulation qui est constitué principalement de glycosaminoglycanes (dont l'acide hyaluronique), de fibronectine, de collagène et d'élastine.

La phase de remodelage

On a identifié une forte libération locale de facteurs de croissance qui favorise le remodelage du collagène et permettent un épaissement des différentes couches du derme avec un effet retard entre 2 et 3 mois.

La microcirculation

La néo-angiogénèse est proportionnelle à l'inflammation initiale et l'effet rajeunissant également. Pour diminuer cet érythème cutané post peeling, les LEDs sont d'un grand bénéfice.

Cependant plus l'érythème est persistant, plus le rajeunissement sera important.

Comment choisir son peeling ?

On distingue généralement les peelings en fonction de leur profondeur d'action qui peut être superficielle, moyenne, profonde.

Les paramètres pour choisir le type de peeling sont multiples dont le type de lésion à traiter (acné, pores dilatés, teint brouillé, hyperpigmentation, ridules...), le phototype du patient, la possibilité ou non d'éviction sociale, le risque d'ensoleillement.

Peelings superficiels

Ce type de peeling agit essentiellement du stratum corneum à la couche basale de l'épiderme.

Zoom sur les principes actifs

Ce sont généralement les peelings à base :
d'AHA (Alpha-Hydroxy-Acides) comme l'acide lactique, mandélique, tartrique...);
ou Béta-Hydroxy-Acides (acide salicylique).

D'autres principes actifs comme l'acide phytique ou acide azelaïque font partie des peelings superficiels.

On note que le choix des principes actifs sera fait en fonction de la clinique: héliodermie, taches pigmentaires, peau grasse ou acné...

- Notons que l'acide trichloro-acétique (TCA) dosé à 15 % entre également dans la catégorie des peelings superficiels. La desquamation est légère.

Indications

Le peeling superficiel est destiné à traiter :

- les ridules;
- teint brouillé;
- pigmentations épidermiques liées au soleil (lentigo, mélasma superficiel);
- photo-vieillesse débutant;
- éphélides;
- acné encore évolutive.

C'est un peeling doux, indolore, sans éviction sociale.

La desquamation sera fine donc peu visible surtout si la peau est très hydratée.

Peelings moyens

Le peeling moyen agit jusqu'au derme papillaire afin d'éliminer la couche épidermique et la partie haute du derme.

Principes actifs

La Solution de Jessner est un peeling chimique combinant l'acide lactique, l'acide salicylique et le résorcinol dans une base d'éthanol, mais elle se pratique de moins en moins.

Le peeling au TCA (dérivé trichloré de l'acide acétique)



est particulièrement utilisé à diverses concentrations, notamment à 30%.

Il agit en coagulant les protéines de l'épiderme entraînant un «givrage» qui traduit la nécrose et la dessiccation des cellules épidermiques avant d'atteindre le derme où il est neutralisé.

Contrairement aux AHA, l'intensité de son effet est modulable *via* sa concentration ainsi que la quantité déposée (nombre de couches appliquées sur la peau).

Il faut être attentif à la qualité du blanchiment :

- léger floconnage = desquamation relativement discrète;
- givrage uniforme = desquamation en plaque.

On peut prédire très justement le temps d'éviction sociale en fonction de l'intensité du blanchiment.

Indications

Ce type de peeling est indiqué dans le traitement des lésions épidermiques profondes et dermiques superficielles :

- particulièrement les signes d'héliodermie du visage;
- lentigos;
- kératoses actiniques;
- et les **ridules le code barre** de la lèvre supérieure.

Il agit également sur l'acné évolutive, les rides et le relâchement cutané.

Peelings profonds

Le peeling profond est un peeling plus agressif à base de phénol. Il possède une action jusqu'au derme réticulaire moyen.

Principe actif

Le phénol ou acide phénique, appliqué sur la peau, va provoquer la destruction totale de l'épiderme jusqu'au derme profond par «brûlure chimique».

Nous avons désormais des peelings au phénol dit «atténué» et on peut jongler en fonction de la cartographie du visage du patient en intensité du phénol par exemple :

- un phénol profond sur la lèvre supérieure,





- un phénol moyen sur le menton
- et un phénol atténué sur les joues.

Indications

Le peeling au phénol est considéré comme un « lifting chimique » : il permet de traiter en une seule séance :

- des rides péribuccales et péri-oculaires ;
- un photo-vieillessement cutané marqué ;
- des cicatrices d'acné ;
- un menton rhomboïdal...

Il s'adresse à des patients qui peuvent supporter les suites lourdes :

- éviction sociale totale de 10 jours ;
- avec érythème résiduel de plusieurs semaines (c'est pour cela que je ne traite plus les hommes car le maquillage est indispensable).

Les jeunes femmes avec des cicatrices d'acné multiples sont une excellente indication car l'efficacité du phénol est nettement supérieure au laser et elles savent masquer l'érythème comme personne.

Le résultat obtenu est sans équivalent à l'heure actuelle.

Les suites sont à bien décrire aux patients avec consentement éclairé détaillé et il faut lors de la première consultation détecter les personnes qui ne les supporteront pas psychologiquement.

Le subgallate de bismuth jaune vif est appliqué sur la surface traitée et sera gardé 6 jours.

L'œdème est important sur certaines zones dont la péri-oculaire.

Donc le patient est **immontrable** pendant 8 jours au moins.

L'érythème résiduel est intense les premiers jours puis la peau accepte le maquillage au bout de 5 jours après desquamation du subgallate.

En tout il faut compter plusieurs mois avant de retrouver une peau sans érythème.

Les LEDs permettent de diminuer considérablement la durée de l'érythème.

Le résultat est optimum à 6 mois : plus l'inflammation est forte, plus le résultat sera différé et bon.

Le peeling profond est donc réservé aux patients très motivés à phototype inférieure ou égal à 3 et aux praticiens expérimentés et bien formés.

Le vrai et le faux des peelings

■ « Le peeling apparaît comme l'acte de médecine esthétique le plus consensuel pour les patients non-initiés ».

Vrai – Une étude a montré que c'est le premier geste d'entrée dans les procédures de cosmétiques médicales.

■ « La peau fine serait une contre-indication car le peeling affinerait la peau ».

Faux – Dans la mesure où les actifs permettent une dissolution de l'épiderme (du stratum corneum jusqu'à la basale en fonction de son intensité), la libération locale de facteurs de croissance dans le derme et l'épiderme provoque in fine un épaissement des différentes couches de la peau.

Ceci est à bien expliquer aux patients car cela leur démontre que chaque peeling donne un bénéfice au long terme.

■ « Le grand public sait que nous disposons d'une gamme dorénavant extrêmement large de peelings et que le même vocable regroupe des entités aussi variées que des actions ».

Faux – Pour lui tous les peelings sont équivalents. Pourtant, les peelings anti-acné traitent les éruptions cutanées mais également de la phase de cicatrisation et des cicatrices d'acné.

D'autres peelings agissent sur la pigmentation dont les lentigines, les éphélides, la pigmentation post-inflammatoire, le mélasma. D'autres permettent d'améliorer la qualité de l'épiderme (teint brouillé, pores dilatés, ridules, etc.)

■ « On assiste à une diabolisation du TCA et du phénol »

Vrai – Pourtant, nous savons maintenant faire un peeling médical au TCA sans provoquer d'éviction sociale et donnant de bons résultats en réitérant les séances avec des solutions peu dosées.

Quant au peeling au phénol, en dépit de ses inconvénients, il s'impose comme le « lifting chimique » le plus actif.

Nous avons désormais la possibilité de graduer la force du peeling profond en fonction des zones, des phototypes et du désir du patient.

Dans notre pratique

Une consultation initiale est indispensable avant tout acte thérapeutique afin de vérifier que les patient(e)s remplissent les critères de faisabilité du traitement médico-esthétique, leur expliquer le déroulé du soin, le protocole, les suites et les risques d'effets secondaires.

Les peelings chimiques sont des outils indispensables dans l'arsenal thérapeutique du médecin à orientation esthétique et, je le rappelle, c'est très souvent le premier stade pour entrer dans les actes esthétiques.

Cet acte est réalisé au cabinet médical par un opérateur entraîné.

À mon sens, les peelings sont incontournables dans certaines indications :

- Dans le rajeunissement cutané pour traiter : les ridules de la paupière inférieure, le code barre de la lèvre supérieure, le dos des mains.
- Pour accélérer la disparition des taches hyperpigmentées en cas de mélasma et de chloasma mais également dans le traitement de

pigmentation post-inflammatoire et des lentigines multiples.

- Dans la prise en charge de l'acné, notamment chez les personnes à phototype élevé lorsque la cicatrisation est trop lente et laisse des marques résiduelles sur une durée trop importante.
- En présence de cicatrices définitives chez les femmes jeunes. Le peeling profond aura les résultats les plus performants.

Mon protocole pour les peelings doux

Pour les peelings aux AHA (que nous avons abandonnés pour des raisons expliquées ci-dessous), il faut prévoir plusieurs séances espacées de 3 semaines et utiliser des concentrations croissantes d'acide glycolique (20 % à 70 %).

Malheureusement certaines esthéticiennes se sont emparées de ce peeling qu'elles utilisent à très faibles concentrations pour un effet minime et comme il faut se différencier, nous n'utilisons que les peelings plus forts.

De plus, même si les effets secondaires sont peu importants (érythème léger, sécheresse cutanée, desquamation modérée), le peeling à l'acide glycolique peut provoquer une épidermolyse non prévisible engendrant une éviction sociale de quelques jours.

Le TCA est reproductible, à l'inverse de l'acide glycolique qui a un effet aléatoire.

Mes stratégies thérapeutiques

Pour avoir un coup d'éclat nous privilégions les peelings au TCA à 15 % à raison de 3 à 4 séances à 1 mois d'intervalle selon le degré d'héliodermie.

En général, les patients sont enchantés, car pas d'éviction sociale et un « rajeunissement » visible à terme.

Lors du premier peeling je traite de façon tout à fait légère, le floconnage est à peine discernable.

Ainsi, les patients apprennent à gérer les suites de peau sèche avec une desquamation quasi invisible grâce à une bonne stratégie cosmétologique.

Les peelings suivants seront un peu renforcés (nombre d'applications dans la séance plus importants) : pour arriver à un givrage discret afin de conserver cette non éviction sociale si nécessaire à la vie courante mais en les coachant bien sur la cosmétologie post acte afin de dissoudre ces fines squames dans les jours qui suivent.

J'utilise également des peelings pour leur visée anti-acnéique (acide salicylique, glycolique et acide lactique

avec Ph faible) dans la prise en charge quotidienne des patients. Ils permettent à ces derniers de mieux gérer leur vie sociale aussi bien en contrôlant leur éruption qu'en accélérant leur cicatrisation. Juste après des peelings, ils font une séance de LEDs de 10 mn en rouge et bleu qui va permettre d'accélérer la cicatrisation de l'éruption cutané et stériliser par la lumière bleue qui est bactéricide. Les patients sont demandeurs d'effet anti-éruption mais également d'accélérer la cicatrisation qui peut mettre plusieurs mois notamment sur les phototypes élevés.

Les peelings TCA me sont également indispensables pour combattre la pigmentation dans ma pratique quotidienne étant donnée l'augmentation croissante du mélasma (dû aux perturbateurs endocriniens et aux substances œstrogènes-like ?).

Je les optimise en associant plusieurs peelings spécifiques dans la même séance avec toujours un premier passage de TCA à 15 %, puis immédiatement après les 2 ou 3 peelings choisis et je termine par une application d'hydroquinone à forte concentration mélangée à un masque du commerce qui sera gardé plusieurs heures. Ces peelings ne sont efficaces qu'accompagnés d'une stratégie cosmétologique draconienne.

Mon protocole pour peelings moyens

Le peeling au TCA à 30 % est assez douloureux.

C'est pourquoi la solution choisie est appliquée, zones par zones, à proximité d'une ventilation afin d'atténuer la sensation de cuisson.

En pratique, nous n'appliquons pas de crème anesthésiante qui empêcherait la bonne pénétration de la solution.

La lenteur d'application du peeling ainsi que le fait de traiter de proche en proche par petites surfaces offrent une meilleure tolérance.

Le TCA permet une application à la carte car le degré de givrage obtenu permet de déterminer la profondeur d'action et la durée de l'éviction sociale selon l'agenda des patients.

Le médecin peut insister sur certaines zones comme les régions péri-buccales et péri-orbitaires et appliquer la solution de façon peu agressive sur le reste du visage pour réaliser un peeling « full face ».

Dès l'apparition du givrage souhaité, le praticien pourra neutraliser le peeling à l'aide d'une compresse imbibée d'eau. Un piqueté blanc (givrage floconneux) n'entraîne aucune éviction sociale sous réserve que

le patient applique pendant 15 jours des crèmes émollientes pour dissoudre les squames.

Un givrage léger, blanc peu intense, donne desquamation plus difficilement camouflable et 10 jours.

En revanche un givrage blanc bien franc entraîne des croûtes oxydées brunâtres qui tombent le 6/7e jour. Plus la solution est concentrée et le nombre d'applications important, plus la durée d'éviction sociale est curieusement courte mais intense.

Des topiques hydratants, anti-inflammatoires, cicatrisants et anti-pigmentation sont la clé de la réussite des peelings moyens au TCA pour diminuer le risque de prurit, d'acné cosmétique.

Le risque d'hyperpigmentation post inflammatoire n'est pas négligeable sur les phototypes élevés. Il est donc nécessaire d'encadrer le peeling par des produits à base d'hydroquinone.

Ce peeling véritablement « sur mesure » permet d'optimiser la satisfaction du patient. Il est incontournable dans notre pratique.

Mon protocole pour peelings profonds

La première consultation : 2 à 4 semaines avant la séance de peeling.

On examinera la peau, déterminera le phototype et la faisabilité du peeling sur le patient ainsi que sa forme psychologique car il sera en éviction totale pendant longtemps.

On pourra déterminer la force du peeling au phénol (car je le rappelle, nous avons à notre disposition la possibilité de moduler la force du phénol). On prescrira un encadrement cosmétologique.

La préparation cutanée se fait à l'aide de crèmes dépigmentantes à l'hydroquinone comme le traitement dépigmentant de Kligman. Cela va permettre de mettre au repos les mélanocytes et prévenir une hyperpigmentation post inflammatoire.

Il faut renouveler son application 3 semaines après la fin de l'érythème intense.

Un traitement oral préventif de l'herpès indispensable doit être poursuivi pendant toute la durée de la cicatrisation.

Si nous travaillons sur des zones à fort œdème (paupières) alors des corticoïdes peuvent être prescrits pour le limiter.

Des antalgiques sont proposés pour les heures qui suivent le soin.

Lors de la séance :

Avant d'appliquer le produit, une anesthésie locale est nécessaire pour atténuer la sensation de brûlure. L'application est lente, petite zone par petite zone sur environ 1 heure.

Dès l'application terminée, on posera un masque occlusif à conserver durant 24 heures sur la ou les zones traitées afin d'optimiser l'action du peeling et surtout de protéger la peau à vif, de toute contamination extérieure avant le retour à domicile.

Pendant la semaine qui suit le soin :

Ce masque est retiré au bout de ces 24 heures.

Une poudre régénérante de subgallate de bismuth de couleur jaune est alors placée sur les zones traitées. Elle sera gardée environ une semaine.

Le patient devra avoir chez lui une réserve de poudre afin d'en appliquer après chaque nuit, période où les frottements avec l'oreiller va faire tomber des parties du masque.

Au 6^e ou 7^e jour :

Le retrait de la poudre est effectué à la fin de cette période à l'aide de vaseline à domicile. Il faut appliquer en couche épaisse la vaseline qui dissoudra sur plusieurs heures la croute formée par le subgallate de bismuth. L'opération est susceptible de durer plus de 12 h.

La peau peut alors être maquillée à partir du 3^e ou 4^e jour pendant les semaines post-acte pour masquer la rougeur.

Les suites :

L'érythème postpeeling peut perdurer pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Pour diminuer considérablement la durée de l'érythrose quelques séances de LEDs seront d'un grand secours pour leur action anti-inflammatoire et cicatrisante.

Une seule séance suffit mais ce peeling profond entraîne une éviction sociale totale pendant une

dizaine de jours ainsi qu'une éviction solaire avec l'application d'un écran total dans les mois qui suivent le traitement.

Les résultats définitifs sont obtenus entre six mois et un an plus tard.

C'est un acte lourd mais son efficacité lui confère un pouvoir liftant très naturel pour les personnes présentant une peau très abîmée (surtout par le soleil) et très motivées.

Conclusion

Les peelings recouvrent une entité extrêmement variée et qui se personnalise non seulement pour chaque patient mais également selon la période de l'année et également par zone.

En ce sens que l'on peut faire un type de peeling par exemple anti-rides en péri-buccale, un autre peeling anti-acné sur le front et encore un autre pour traiter le mélasma sur les joues.

L'essentiel est de bien savoir poser les indications et de bien maîtriser la technique, en prenant en charge le patient avant, pendant et après l'intervention.

RÉFÉRENCES

1. Pelletier-Louis ML. Chemical peels and management of skin aging. *Ann Chir Plast Esthet.* 2017 Oct;62(5):520-531.
2. Vigneron JLH. Effets Quantitatifs et qualitatifs des Peelings Chimiques. *Journal de médecine esthétique et de chirurgie dermatologique* 2010, 37(148), 213-216.
3. Deprez P. "Anterior" chemabrasion for acne scars treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2019; 12: 141-149.
4. Deprez P. *Textbook of Chemical Peels Superficial, Medium, and Deep Peels in Cosmetic Practice.* 2nd ed. CRC Press; 2017:152-181.
5. André P, Evenou P, Bachot N. Peeling au phénol. *EMC - Cosmétologie et Dermatologie esthétique* 2010:1-7.
6. Deutsch JJ. *Les peelings chimiques.* Ed. Arnette 1998.
7. Landau M. Chemical peels. *Clin Dermatol.* 2008 Mar-Apr; 26(2):200-8.

