

Rides de la lèvre supérieure

RÉSUMÉ: Les rides de la lèvre supérieure sont disgracieuses et leur correction délicate. En cas de rides profondes, seule une dermabrasion peut les faire disparaître. Elle peut être mécanique, chimique ou au laser. Les soins postopératoires doivent être bien conduits pour éviter d'éventuelles complications. En cas de ridules fines, des techniques moins agressives peuvent être utilisées : laser, radiofréquence, ultrasons. Les injections de toxine botulique ou de filler n'ont que peu de place dans cette indication.



→ P. ANDRÉ

Paris Université Skin Clinic,
PARIS.

Les rides de la lèvre supérieure sont un des signes majeurs du vieillissement cutané. Elles apparaissent chez la femme (chez l'homme, les poils servent d'armature), parfois dès la quarantaine, et sont accentuées chez les fumeuses. Elles commencent par de fines ridules visibles au repos (rides de repos) ou s'accentuant avec la contraction du muscle orbiculaire (rides dynamiques). Elles font souvent partie d'autres signes liés à l'héliodermie. Leur traitement relève de différentes techniques en fonction de leur sévérité.

>>> En cas de ridules dynamiques (fig. 1) isolées (pouvant réaliser des plis disgracieux lors de la parole), le seul traitement consisterait à diminuer la contraction musculaire par de la toxine botulique. Ce traitement est efficace mais peut gêner l'élocution et doit rester exceptionnel [1].



FIG. 1.

>>> En cas de ridules, seul un "gommeage" peut les effacer. La dermabrasion peut être faite soit mécaniquement (papier de verre, meule classique), soit par laser (CO₂, Erbium Yag) en mode continu ou fractionné.

>>> En cas de rides profondes, seule une dermabrasion pourra les faire disparaître. Aujourd'hui, les laser CO₂ ou Erbium sont très utilisés, mais le *peeling* au phénol reste d'actualité. Les injections de filler peuvent améliorer les rides, mais il faut utiliser un produit peu épais pour ne pas épaissir la lèvre, ce qui donnerait un aspect très laid de profil ("museau de tanche"); l'injection de l'arc de Cupidon (espace virtuel) redessine le bord du vermillon et évite au rouge à lèvres de filer dans les rides de la lèvre.

La toxine botulique

En France, trois formes de toxine botulique (TB) sont commercialisées : le Vistabel®, l'Azzalure® et le Bocouture®. Chaque toxine a son propre pouvoir d'action : les unités (U) de l'Azzalure® (1 U Vistabel® pour 2,5 à 3 U Azzalure®) sont différentes de celles des autres TB. Le plus souvent 1/2 U Vistabel® est injectée dans chaque ride dynamique contre l'arc de Cupidon, sans dépasser 2 ou 3 U au total (fig. 2).

POINTS FORTS

- Bien différencier les rides “dynamiques” (en code-barre), liées à la contraction musculaire, des rides “de repos” héliodermiques (plissé soleil) qui nécessitent une dermabrasion.
- Les lasers CO₂ et Erbium sont très efficaces, tout comme le *peeling* au phénol.
- Le suivi postopératoire est très important.

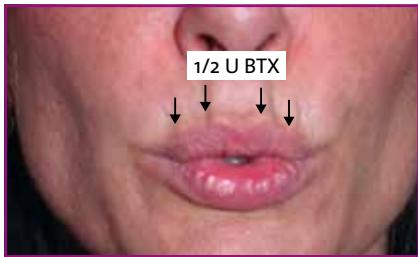


Fig. 2.



Fig. 3: Post-laser CO₂.



Fig. 4: Post-laser Erbium.

La dermabrasion

Elle peut se faire de façon mécanique, chimique ou au laser. Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients mais, surtout, c'est l'habitude de l'opérateur qui dictera le choix de la technique. S'agissant d'une intervention demandant des soins postopératoires attentifs, il faut informer les patients et leur avoir fait signer un devis avec “consentement éclairé”. L'aspect clinique pourrait effrayer le patient, d'où l'intérêt de lui montrer des photos avant-après.

L'intervention est réalisée sous anesthésie locale (tronculaire) et accompagnée d'une prise systématique d'anti-herpétique *per os* (Aciclovir, Valaciclovir) pour une durée de 10 jours. L'intervention est simple, rapide mais délicate. La meule entraîne des saignements et nécessite une protection de l'opérateur (visière transparente). Les lasers CO₂ (fig. 3) et Erbium (fig. 4) procurent des fumées désagréables pouvant nécessiter un système d'aspiration; le *peeling* au phénol localisé ne donne que peu de vapeurs qu'il est préférable de ne pas respirer (ventilation).

Le suivi postopératoire est très important pour obtenir une cicatrisation rapide et de bonne qualité. En fin d'intervention, un pansement adapté est mis en place: pommade grasse (vaseline, Bepanthen®, Cicaplast®...) recouverte d'une compresse à changer le lendemain ou 48 h après le phénol (dans ce cas, un pansement semi-occlusif est privilégié). L'antisepsie peut se faire à la chlorhexidine (Septal®, Diaseptyl®).

Il faut bien dire au patient de faire pénétrer la pommade appliquée sur une compresse pour éviter la formation de croûtes qui retarderaient la cicatri-

sation et représenteraient un risque de surinfection. Une visite de contrôle est nécessaire à 48 h puis à J8, J15 et J30. La cicatrisation est obtenue entre le 12^e et le 15^e jour si les soins sont bien faits. Une rougeur peut durer 30 à 45 jours, mais le maquillage peut être appliqué dès l'obtention de la cicatrisation (vers J15). Une hyperpigmentation réactionnelle peut apparaître sur des phototypes 3 et plus (surtout en cas d'exposition solaire) et devrait disparaître progressivement sur quelques semaines, sinon en appliquant des produits dépigmentants.

Le risque de cicatrice hypertrophique existe, il apparaît le plus souvent vers la 3^e semaine: l'application de corticoïdes et l'utilisation de laser vasculaire permettent d'éviter l'évolution vers une cicatrice chéloïdienne. Si le traitement a été trop “fort”, une dyschromie plus claire peut survenir des mois plus tard. L'achromie totale était observée surtout après le *peeling* au phénol de Baker-Gordon et reste exceptionnelle.

Les résultats sont excellents avec toutes les techniques [2, 3] (fig. 5 et 6), mais dépendent de l'expérience de l'opéra-



Fig. 5: Laser CO₂.



Fig. 6: Laser Erbium.



Fig. 7: Phénol (Hetter).

teur. Le *peeling* au phénol me semble la solution la plus simple, la plus reproducible et elle reste la moins chère (fig. 7).



Fig. 8: Erbium "pixélisé" light.

Les lasers ablatifs fractionnés

Il s'agit des lasers CO₂ et Erbium dont le faisceau est "pixélisé" pour produire des puits de cicatrisation séparés de la zone de peau saine [4] (fig. 8). Cette technique entraîne des suites opératoires plus simples, mais des résultats moins probants et nécessite donc plusieurs séances pour obtenir de bons résultats. Les fines ridules en sont l'indication privilégiée.

Les lasers non ablatifs, radiofréquences et ultrasons focalisés

Ce sont des systèmes de stimulation [5-8] qui engendrent un phénomène de cicatrisation par effet essentiellement thermique et mécanique. Ces techniques sont moins efficaces sur la lèvre que les précédentes, mais sont toutefois intéressantes sur les fines ridules.

Les lasers non ablatifs (Fraxel®...), les radiofréquences fractionnées avec aiguilles, les ultrasons focalisés à 1,5 mm et 3 mm améliorent la texture cutanée, mais nécessitent plusieurs séances.

Conclusion

La correction des rides de la lèvre supérieure demande une bonne connaissance des techniques de dermabrasion, qui restent les meilleures solutions à ce jour. Les lasers ablatifs sont très efficaces, mais il faut disposer de ces technologies coûteuses. Le *peeling* au phénol dans cette indication est sans risque systémique, facile à réaliser, reproducible et peu cher ; il devrait être connu de tout dermatologue esthétique.

Bibliographie

1. SEMCHYSHYN N, SENGELMANN RD. Botulinum toxin A treatment of perioral rhytides. *Dermatol Surg*, 2003;29:490-495.
2. LANGSDON PR, MILBURN M, YARBER R. Comparison of the laser and phenol chemical peel in facial skin resurfacing. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000;126:1195-1199.
3. TANZI EL, ALSTER TS. Single-pass carbon dioxide versus multiple-pass Er:YAG laser skin resurfacing: a comparison of post-operative wound healing and side-effect rates. *Dermatol Surg*, 2003;29:80-84.
4. CARNIOL PJ, HAMILTON MM, CARNIOL ET. Current Status of Fractional Laser Resurfacing. *JAMA Facial Plast Surg*, 2015;17:360-366.
5. AUGUSTYNIAK A, ROTSZTEJN H. Fractional non-ablative laser treatment at 1410 nm wavelength for periorbital wrinkles - reviscometrical and clinical evaluation. *J Cosmet Laser Ther*, 2016;18:275-279.
6. SADICK NS, MALERICH SA, NASSAR AH et al. Radiofrequency: an update on latest innovations. *J Drugs Dermatol*, 2014;13:1331-1335.
7. DUNBAR SW, GOLDBERG DJ. Radiofrequency in Cosmetic Dermatology: An Update. *J Drugs Dermatol*, 2015;14:1229-1238.
8. PAK CS, LEE YK, JEONG JH et al. Safety and efficacy of ulthera in the rejuvenation of aging lower eyelids: a pivotal clinical trial. *Aesthetic Plast Surg*, 2014;38:861-868.

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