



INTERVENTIONS DERMATOLOGIQUES POUR LES MANIFESTATIONS FACIALES DE LA SCLÉRODERMIE

Thaisa Cotton, MD FRCPC, fellow postdoctorale
en rhumatologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Elena Netchiporouk, MD MSc FRCPC, dermatologue,
Centre universitaire de santé McGill

Sabrina Hoa, MD MSc FRCPC, rhumatologue,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal



La sclérodémie entraîne des troubles fonctionnels et esthétiques du visage chez de nombreuses patientes. Cela peut en outre affecter leur qualité de vie et leur santé psychologique. Malgré l'augmentation du recours aux interventions esthétiques dans la population générale, il y a malheureusement un manque de données probantes permettant d'évaluer la sécurité et l'efficacité de ces interventions chez les personnes atteintes de sclérodémie. Dans cet article, nous examinons certaines des interventions dermatologiques utilisées pour traiter les manifestations faciales courantes de la sclérodémie.

INTERVENTIONS DERMATOLOGIQUES POUR LES MANIFESTATIONS FACIALES DE LA SCLÉRODERMIE

LES TÉLANGIECTASIES

Les télangiectasies sont des dilatations de petits vaisseaux sanguins qui peuvent se présenter sous forme de taches rouges sur la peau des personnes atteintes de sclérodermie. Elles apparaissent généralement sur le visage, et plus rarement sur d'autres zones exposées au soleil. Bien qu'elles ne soient pas dangereuses, les télangiectasies peuvent être une source de détresse psychologique et d'insatisfaction quant à l'image corporelle. Il existe peu d'études sur le traitement des télangiectasies liées à la sclérodermie, lesquelles sont décrites comme étant plus résistantes au traitement que les télangiectasies non liées à la sclérodermie. Malgré l'absence de données probantes, il existe deux traitements prometteurs : le laser à colorant pulsé (*Pulsed Dye Laser ou PDL*) et la lumière pulsée intense (*Intense Pulse Light ou IPL*), qui sont tous deux des traitements non invasifs ayant un bon profil d'innocuité.

Le PDL (un type de laser) convertit un spectre étroit d'ondes lumineuses en chaleur pour détruire les vaisseaux sanguins endommagés à l'origine des télangiectasies, tout en préservant les tissus et les vaisseaux sains. Une étude rétrospective portant sur 23 personnes atteintes de sclérodermie présentant des télangiectasies faciales, traitées mensuellement par PDL pendant 3 mois en moyenne, a montré une amélioration chez toutes les patientes et une disparition des télangiectasies chez 44 % d'entre elles⁽¹⁾. Toutefois, 26 % des patientes présentaient une récurrence des télangiectasies faciales après 6 à 36 mois. Les effets secondaires les plus courants sont des taches violacées (qui constituent des ecchymoses) qui peuvent persister jusqu'à 5 à 10 jours après l'intervention. Parmi les autres effets secondaires moins fréquents qui peuvent survenir, mentionnons l'enflure, les cloques qui guérissent d'elles-mêmes dans les zones traitées, les changements de pigmentation de la peau et, très rarement, la formation de cicatrices. Toutes les personnes ayant participé à cette étude ont déclaré qu'elles renouveleraient volontiers le traitement.

L'IPL (un type de lampe flash émettant de la lumière visible) fonctionne de la même manière que le PDL. La principale différence entre l'IPL et le PDL, cependant, réside dans le type de lumière utilisée : l'IPL émet une lumière pulsée à large spectre, tandis que le PDL émet une lumière cohérente monochromatique. Quelques études menées sur des personnes atteintes de sclérodermie ont montré que l'IPL pouvait aussi être efficace



pour traiter les télangiectasies faciales était bien toléré. Une étude comparant le PDL et l'IPL chez des patientes sclérodermiques présentant des télangiectasies faciales a confirmé que les deux traitements étaient efficaces, mais que le PDL était possiblement plus efficace, tandis que l'IPL était associé à moins d'effets secondaires⁽²⁾. Puisque l'IPL émet un spectre plus large d'ondes lumineuses, il peut aussi contribuer à améliorer les changements pigmentaires de la peau (dus au soleil ou à la sclérodermie) et les signes de vieillissement cutané grâce à son action sur les cellules pigmentaires et le collagène⁽³⁾.

Bien qu'aucune étude n'ait évalué l'effet du soleil et du tabagisme sur le nombre et la gravité des télangiectasies associées à la sclérodermie, en général les télangiectasies (incluant celles associées à la sclérodermie) sont typiquement plus proéminentes sur une peau chroniquement exposée aux ultraviolets et chez les patientes qui fument^(4,5). C'est pourquoi il est pratique courante pour les dermatologues et autres professionnels de la santé de recommander une protection solaire quotidienne pour limiter les dommages cutanés occasionnés par les ultraviolets et pour prévenir le cancer de la peau. Les recommandations relatives à la protection solaire sont disponibles sur le site Web de l'Association canadienne de dermatologie (<https://dermatology.ca/public-patients/sun-protection/sun-safety-every-day/>). Il est donc prudent de renoncer au tabagisme pour limiter les complications associées à la sclérodermie, le cancer de la peau et le vieillissement cutané.

INTERVENTIONS DERMATOLOGIQUES POUR LES MANIFESTATIONS FACIALES DE LA SCLÉRODERMIE

MICROSTOMIE

La microstomie est définie comme une ouverture buccale inférieure à 50 mm, mesurée entre les dents de devant supérieures et inférieures (appelée distance interincisive). Il s'agit d'une atteinte buccale fréquente de la sclérodermie qui touche jusqu'à 80 % des patientes. En raison de la réduction de l'ouverture de la bouche, la microstomie gêne l'alimentation, l'hygiène dentaire et l'élocution, et modifie l'apparence du visage. Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour déterminer les meilleurs traitements de la microstomie, il existe des options thérapeutiques prometteuses pour les patientes qui souffrent de ces conséquences négatives sur leur santé bucco-dentaire et digestive, ainsi que sur leur image corporelle.

L'hyaluronidase est une protéine enzymatique qui catalyse la dégradation de l'acide hyaluronique, lequel contribue au resserrement de la peau dans la sclérodermie. Son utilisation est donc proposée pour assouplir la peau tendue dans la sclérodermie. Quoiqu'elle n'ait été étudiée que dans quelques études de cas et séries de cas, les résultats de ces études et le mécanisme d'action proposé sont prometteurs. L'hyaluronidase est injectée dans plusieurs régions de la bouche et peut être administrée mensuellement à raison de plusieurs doses, avec des améliorations observées de la distance interincisive allant jusqu'à 15 mm⁽⁶⁾. Plusieurs études sont en cours pour déterminer la posologie, la fréquence et le nombre d'injections nécessaires pour améliorer l'ouverture de la bouche. En dehors de la sclérodermie, l'hyaluronidase est couramment utilisée depuis de nombreuses années dans l'industrie cosmétique et sa sécurité est donc bien établie. Les principaux effets secondaires potentiels de l'injection d'hyaluronidase sont la douleur lors de l'injection (qui peut être minimisée à l'aide d'un analgésique topique ou de blocs nerveux), les ecchymoses et, très rarement, une réaction allergique.

D'autres traitements plus invasifs, comme la greffe de graisse autologue, ont également donné des résultats encourageants. La greffe de graisse autologue consiste à prélever de la graisse sur une patiente (par exemple autour des hanches, des genoux ou de l'abdomen) et à la réinjecter (parfois mélangée à une autre substance, du plasma riche en plaquettes) autour de la bouche. Des essais cliniques, ainsi que des séries de cas et des études de cas, ont montré des niveaux variables d'amélioration de la distance interincisive à la suite de cette intervention. Cependant, cette intervention est invasive, coûteuse et nécessite une anesthésie générale pratiquée en salle d'opération.

Tel que mentionné précédemment, parce que l'IPL émet un spectre de lumière beaucoup plus large et qu'elle est couramment utilisée pour améliorer les signes de vieillissement de la peau, elle a été envisagée pour le traitement de la microstomie. Dans une petite étude portant sur 4 patientes ayant reçu 3 à 5 traitements mensuels d'IPL dans la région péri-orale, on indique que toutes les 4 ont noté un assouplissement de la peau péri-orale et que 3 patientes ont rapporté une amélioration de l'ouverture de la bouche⁽⁷⁾. Cependant, peu de données additionnelles sont disponibles sur son efficacité. D'autres sources lumineuses (telles que la photothérapie ou d'autres types de laser) et la toxine botulique n'ont montré qu'une légère amélioration ou n'ont fait l'objet que de quelques études.

INTERVENTIONS DERMATOLOGIQUES POUR LES MANIFESTATIONS FACIALES DE LA SCLÉRODERMIE

RIDES PÉRI-ORALES ET AMINCISSEMENT DES LÈVRES

Les interventions esthétiques telles que les injections de produits de comblement dermique et de toxine botulique pour réduire les rides et augmenter l'épaisseur des lèvres sont devenues plus populaires ces dernières années, et de plus en plus de prestataires de soins de santé offrent ces services - parfois sans formation suffisante, ce qui peut entraîner des complications néfastes. Les personnes atteintes de sclérodémie qui présentent des rides péri-orales (c.-à-d. autour de la bouche) et un amincissement des lèvres à cause de leur maladie peuvent se demander si ces interventions sont indiquées dans leur cas.

Plusieurs types de produits de comblement peuvent être injectés, notamment l'acide hyaluronique, l'hydroxylapatite de calcium et l'acide poly-L-lactique. Il existe un risque théorique que les produits de comblement à base d'acide hyaluronique aggravent ou réactivent des maladies auto-immunes telles que la sclérodémie en augmentant l'inflammation locale des tissus. Pour cette raison, les médecins spécialistes refusent souvent de pratiquer cette intervention sur des personnes atteintes de maladies auto-immunes telles que la sclérodémie. Cependant, quelques études de cas et séries de cas (concernant principalement des personnes atteintes d'une sclérodémie stable et ne prenant aucun médicament immunomodulateur⁽³⁾) ont montré des résultats positifs à la suite d'injections de produit de comblement à base d'acide hyaluronique et, à notre connaissance, aucun rapport publié n'a fait état d'une rechute de la sclérodémie après l'injection de produit de comblement⁽⁸⁾. Bien qu'elles demeurent controversées, les injections de comblement à l'acide hyaluronique peuvent être envisagées chez les personnes atteintes de sclérodémie dont la maladie est stable et qui ne prennent pas de médicaments modifiant le système immunitaire, mais leur sécurité devra encore être vérifiée dans le cadre d'études plus grandes et de meilleure qualité. En revanche, les produits de comblement à base d'acide hyaluronique de la gamme Vycross ne sont pas recommandés en raison d'études de cas ayant rapporté l'apparition tardive de nodules à médiation immunitaire survenant après ce type d'injections qui sont difficiles à traiter⁽⁸⁾.



Peu d'études jusqu'à maintenant ont porté sur l'hydroxylapatite de calcium et l'acide poly-L-lactique, et d'autres études seraient donc nécessaires pour démontrer leur innocuité dans la sclérodémie. Une mise en garde s'impose ici. Bien que les produits de comblement à base de silicone et de paraffine aient été interdits par la *Food and Drug Administration* et d'autres organismes de réglementation depuis de nombreuses années à cause de leur risque élevé d'effets indésirables (complications locales et systémiques), on peut encore s'en procurer sur le marché noir. Pour toutes ces raisons, et parce que des études de cas ont fait état de l'apparition d'une sclérodémie à la suite de ces interventions, nous déconseillons les injections de produits de comblement à base de silicone et de paraffine⁽⁹⁾.

Des études de cas qui se sont penchées sur l'utilisation de la toxine botulique pour traiter diverses séquelles faciales de la sclérodémie ou du vieillissement de la peau n'ont signalé aucun effet indésirable. À notre connaissance, aucun événement indésirable n'a été rapporté suite à l'utilisation de la toxine botulique pour le visage dans le contexte de la sclérodémie.

INTERVENTIONS DERMATOLOGIQUES POUR LES MANIFESTATIONS FACIALES DE LA SCLÉRODERMIE

CONCLUSION

Bien que plus d'études de recherche soient nécessaires, il existe des méthodes prometteuses pour traiter les télangiectasies faciales et la microstomie. L'utilisation de la toxine botulique et de certains produits de comblement, dans les cas de sclérodémie stable non traitée par des immunosuppresseurs semble être sécuritaire.



RÉFÉRENCES :

1. Burillo-Martinez S, Prieto-Barrios M, Velasco-Tamariz V, et al. Case series of pulsed dye laser treatment of telangiectasia in 23 patients with systemic sclerosis. *Int J Dermatol* 2017;56(8):e165-e67. doi: 10.1111/ijd.13595 [première publication en ligne : 20170320]
2. Dinsdale G, Murray A, Moore T, et al. A comparison of intense pulsed light and laser treatment of telangiectases in patients with systemic sclerosis: a within-subject randomized trial. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53(8):1422-30. doi: 10.1093/rheumatology/keu006 [première publication en ligne : 20140313]
3. Creadore A, Watchmaker J, Maymone MBC, et al. Cosmetic treatment in patients with autoimmune connective tissue diseases: Best practices for patients with morphea/systemic sclerosis. *J Am Acad Dermatol* 2020;83(2):315-41. doi: 10.1016/j.jaad.2019.12.081 [première publication en ligne : 20200428]
4. Mekić S, Hamer MA, Wigmann C, et al. Epidemiology and determinants of facial telangiectasia: a cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34(4):821-26. doi: 10.1111/jdv.15996 [première publication en ligne : 20191125]
5. Jouvray M, Launay D, Dubucquoi S, et al. Whole-Body Distribution and Clinical Association of Telangiectases in Systemic Sclerosis. *JAMA Dermatol* 2018;154(7):796-805. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.0916
6. Min MS, Goldman N, Mazori DR, et al. Hyaluronidase Injections for Oral Microstomia in Systemic Sclerosis and Mixed Connective Tissue Disease. *JAMA Dermatol* 2023;159(12):1393-95. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.3893
7. Comstedt LR, Svensson A, Troilius A. Improvement of microstomia in scleroderma after intense pulsed light: A case series of four patients. *J Cosmet Laser Ther* 2012;14(2):102-6. doi: 10.3109/14764172.2012.672744
8. Pieretti G, Rafaniello C, Fraenza F, et al. Hyaluronic acid-based fillers in patients with autoimmune inflammatory diseases. *J Cosmet Dermatol* 2023;22(9):2420-23. doi: 10.1111/jocd.15751 [première publication en ligne : 20230502]
9. Andreu-Barasoain M, Pinedo-Moraleda F, de la Fuente EG, et al. Systemic sclerosis after silicone injections for facial cosmetic surgery. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(8):1644-5. doi: 10.1111/jdv.12519 [première publication en ligne : 20140415]

Nous remercions chaleureusement Josée Fontaine pour nous avoir autorisés à publier ses photos aux pages 1 et 2.

Avril 2024