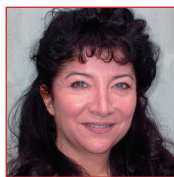




La dermographie des zones pileuses



Dr Sophie CASADIO REGIMBEAU

Médecine esthétique et réparatrice, spécialisée dans la dermographie à Marseille

Résumé

La dermographie des zones pileuses entre dans le cadre d'une technique développée pour améliorer les performances de la médecine et chirurgie plastique et esthétique.

Maintenant réglementée, dans sa pratique et dans ses instruments et consommables, elle reste pour certaines indications de pratique médicale stricte.

Les pigments, de nature chimique, parfaitement cadrés offrent une grande sécurité d'utilisation, le matériel, léger et ergonomique, permet un travail régulier, reproductible et de grande qualité, tout en assurant la sécurité de l'opérateur et du patient.

Les indications s'agrandissent tous les jours avec les progrès techniques, autrefois limitées à des zones de contraste, on peut réaliser des pigmentations « pleine peau » en toute liberté.

Mots-clés

Dermographie médico-chirurgicale • Pigments sécurisés médicaux • Pratiques dermographiques médicales • Restructuration de zones pileuses par dermographie médicale • Indications nouvelles en dermographie chirurgicale • Techniques dermographiques en attente de greffe de cheveu

La Dermographie médico-chirurgicale est née d'une nécessité de reconstruire des zones lésées ou endommagées par des accidents ou des maladies. Ces premières utilisations en médecine datent déjà, on peut le dire, du siècle dernier !

En effet, en 1944, Brown et MC Dowell corrigeaient les dyschromies des angiomes par tatouages [5] et en 1945, Byars repigmentait des zones de greffes et des lambeaux. C'est réellement avec les publications de Rees, en 1975, que l'on découvre le réel apport de la technique dans la reconstruction des aréoles mammaires.

On comprend, à partir de là, le développement de cette technique et l'éclosion des indications, très utiles, mais aussi parfois très fantaisistes.

Une technologie très réglementée

(Fig. 1, 2 et 3)

Cependant aujourd'hui, une réglementation est intervenue et régit la dermographie sous toutes ses coutures [3 et 4].

Les pigments sont de véritables implants, répondant à la classification CEII b des dis-

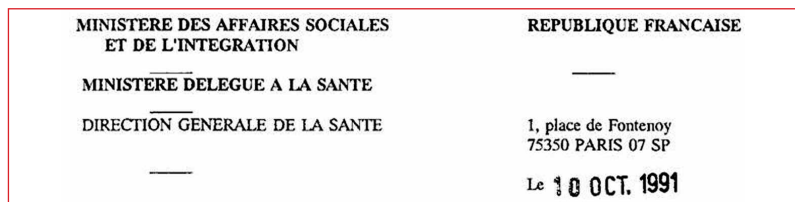


Figure 1 : Premiers textes de loi (Coll. JP TIZIANO).



Figure 2 : Contrôles des autorités sanitaires (Coll. JP TIZIANO).

positifs implantables, au même titre que les prothèses mammaires ou les stimulateurs cardiaques (Directive Européenne 93/42/CEE).

Les moteurs pour dermographies doivent pouvoir être introduits dans les blocs opératoires et répondre aux normes de l'usage unique.

Les praticiens de la technique doivent être des médecins en ce qui concerne les dermographies médicales et réparatrices.

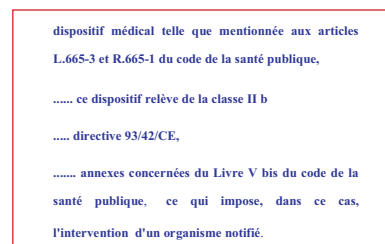


Figure 3 : Les textes qui régissent la dermographie aujourd'hui (Coll. JP TIZIANO).

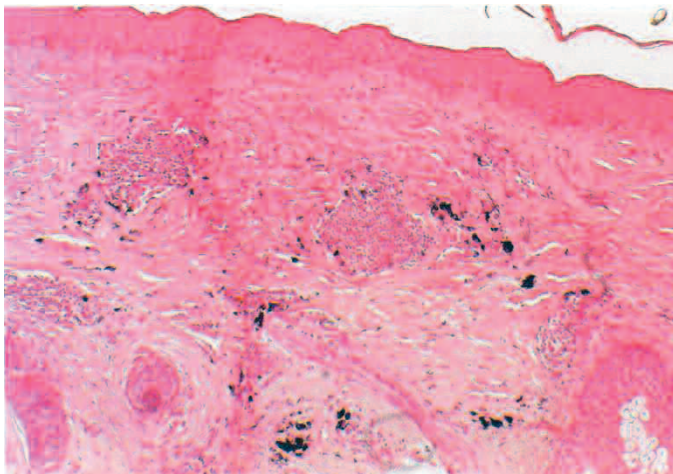


Figure 4 : Histologie d'une pigmentation.



Figure 5 : pigments stériles, à usage unique, aux normes CEIIB des dispositifs implantables.

Histologie d'une pigmentation

(Fig. 4)

En suivant l'évolution d'un pigment dans la peau, on assiste à une réaction à corps étranger et, suivant la qualité du pigment, à des réactions allergiques ou à une stabilisation autour des vaisseaux entre derme superficiel et derme moyen [5].

Dans les heures qui suivent la dermographie, une réaction immunitaire de défense par les macrophages entraîne l'élimination d'environ 1/3 de la substance colorante entre le 7^e et le 15^e jour.

La cicatrisation normale aboutit, au 21^e jour à la restitution « ad integrum » de l'épiderme et la réapparition du pigment sous sa forme définitive par transparence dans le derme.

Les pigments se localisent au niveau du derme papillaire autour des vaisseaux.

C'est pourquoi, pour limiter les complications, une réglementation est intervenue pour introduire dans le derme uniquement des pigments médicaux dépourvus d'activité anormale.

Nous n'aborderons pas les réactions allergiques en infiltrats inflammatoires, apajage des pigments instables qui n'appartiennent pas à notre pratique.

Quelle est la nature des pigments ?

(Fig. 5)

Les pigments utilisés en dermographie sont **synthétiques**.

Un produit naturel n'étant pas contrôlable, il est évident que pour assurer la non-toxicité d'un produit médical, on ne peut que le fabriquer.

Leurs concentration, pouvoir colorant, pureté, garant de stabilité étant mieux assurés par synthèse qu'à l'état naturel ; il en est de même pour leur coût et leur fiabilité.

Tableau 1 : Tableau comparatif des pigments minéraux et organiques.

	Pigments minéraux	Pigments organiques
Molécules	Simplex Oxydes et sels métalliques Origine naturelle ou synthétique	Complexes Issus de la chimie organique de synthèse habituelle
Exemples	Oxydes de fer Dioxyde de titane	Anthraquinones Azoïques
Couleurs	Fades..., ternes	Vives, brillantes
Pouvoir couvrant	Faible gamme de couleurs Recouvrement important, opaque	Grande gamme de couleurs Recouvrement par transparence
Évolution dans le derme	Tenue bonne Risque de virage de couleur	Éclaircissement rapide Pas de virage de couleur
Indications idéales	Recouvrement de tatouage, Masquage de cicatrices	Maquillage permanent naturel

En plus, par la chimie, de multiples modifications sont possibles permettant une grande variété de couleurs.

Minéraux et organiques

Les pigments minéraux peuvent être des minéraux vrais (lapis-lazuli, manganèse), ou des sels métalliques (oxydes de fer, titane, chrome) ou des composés plus complexes (bleu de prusse).

Les pigments organiques sont des dérivés du carbone et de la chimie « du vivant » en général. Bien connaître les pigments et leurs propriétés permet à l'opérateur un meilleur résultat.

En fonction de leur taille :

- les grosses particules > 100 microns peuvent créer des granulomes à corps étranger ;
- si elles sont trop petites < 6 microns, elles sont phagocytées et ne restent pas fixées dans le derme.

La pureté du pigment est un facteur important de tolérance.

Le pigment « fini » est un produit solide en poudre mis en dispersion dans un liquide avec un certain nombre d'additifs (dont la qualité et les spécificités sont secret fabrication), en améliorant les performances.

En pratique

Dans l'utilisation médicale des pigments, nous avons l'habitude de travailler avec un minimum de couleurs, d'une part car la palette proposée est assez riche et d'autre part car le mélange de plusieurs couleurs altère la spécificité de chacune ; si on veut utiliser 2 couleurs, il est préférable de travailler en superposition ou en point par point, si on veut obtenir un résultat le plus approchant possible ou un aspect de méchage.

Les mélanges de couleurs peuvent altérer les propriétés individuelles de chacune ; cet inconvénient est par contre recherché lorsqu'on veut « refroidir » ou « réchauffer » un pigment dont la tendance au virage entache le résultat. Techniquement, il s'agit de contrebalancer les effets néfastes du pigment (valable pour certains phototypes, les roux ou les phototypes sombres). Pour les blonds, on préférera les châains cendrés.

Pour les bruns, les bruns foncés, jamais de noir vrai car sa tendance reste bleutée par transparence du derme.

Pour les personnes âgées, la palette des gris ou cendrés est très utile.

(Tableau 1)

La dermatographie des zones pileuses

Le dermatographe

(Fig. 6)

Nous n'aborderons que le type de matériel utilisé par les praticiens médicaux.

Le dermatographe que nous utilisons possède un moteur axial.

L'appareil parfait alliera vitesse et couple de manière à pouvoir pénétrer correctement dans les peaux cicatricielles.

Là encore, la législation est très stricte et notre matériel devra être agréé en conformité, dispositif médical et fabricant attesté par un Organisme Notifié Européen ; ceci nous assurera donc l'utilisation d'un dermatographe classé CE IIb.

Les consommables, sous forme de cartouches sont des unités fonctionnelles servant d'aiguilles (à tête simple, multiple, plate ou ronde), de buses et de réservoir à pigment ; l'aiguille ne sort de la cartouche que lorsqu'elle est poussée par l'axe du dermatographe, pendant le travail.

Le réglage de la sortie de l'aiguille se fait en tournant une bague à l'extrémité du stylo.

La mise en place et le démontage de la cartouche assurent une sécurité à l'abri de toute blessure ou contamination possible.



Les dermatographes rotatifs haut de gamme comprennent :

Une alimentation stabilisée (1)

Un câble d'alimentation (2)

Une pédale (3)

Un régulateur, électrique ou électronique (4) qui permet de garder une puissance de travail constante, quelle que soit la résistance rencontrée, avec des fonctions de marche/arrêt, réglage de la vitesse en continu, un inverseur pour la pédale ou le travail direct, un affichage éventuel.

Une pièce à main en métal, à aiguilles (6) ou à cartouches (5).

Figure 6 : Matériel dermatographique (Coll. laboratoire BIOTIC PHOCEA - JP. TIZIANO).

La technique et le déroulement d'une pigmentation

Elle consiste à introduire la substance colorante dans la peau ; par le biais de l'effraction cutanée, le pigment entre en contact avec l'épiderme, puis le derme et suit le parcours décrit plus haut.

La zone étant correctement désinfectée et anesthésiée (chapitre traité plus loin), on imbibe l'aiguille de pigment et on trace le dessin prévu ou on suit la cicatrice à recouvrir.

Un piqueté hémorragique attestera de la présence intradermique de l'aiguille, il suffira d'être alors homogène ou discontinu selon que l'on recherche un recouvrement (cas des maquillages permanents à masquer, des cicatrices) ou un voile, pour atténuer une dyschromie.

Pour un trait continu, on effectuera un lignage, fin, mais reproduit, pour un effet naturel, on préférera des points par point entre les poils existants.

Plusieurs passages permettent une homogénéité de la couleur et une meilleure tenue dans le temps. Deux ou trois couleurs peuvent être nécessaires pour obtenir l'aspect le plus naturel de la peau (cas des cicatrices dites « pleine peau » où suivant la carnation des patients, des points de différentes couleurs juxtaposés donneront l'aspect le plus rapprochant de l'état normal).

Parvenu à l'effet escompté, il faudra tamponner la zone pigmentée afin d'éviter un écoulement dans lequel une perte de pigment pour-

rait encore se produire, puis le patient partira avec un pansement sec si la zone est recouverte par des vêtements ou à l'air libre s'il s'agit d'une zone du visage ou du cuir chevelu.

Dans tous les cas, nous préconisons de ne pas mouiller les zones pigmentées pendant 4 à 5 jours afin de laisser le phénomène de crustation se produire et ne pas éliminer prématurément le pigment ; si un pansement a été réalisé, il sera enlevé au 5^e jour et non remplacé. Le patient sera revu au 21^e jour, avant, si un problème survient, en étant bien prévenu des suites de l'intervention et du trajet du pigment dans le derme qui pourrait l'inquiéter en l'absence de notions sur la technique.

Lors de la consultation de contrôle, à partir du 21^e jour, on définit l'état de la pigmentation réalisée ; si le résultat est satisfaisant (patient et praticien en accord), le patient sera revu lors de l'éclaircissement de la dermatographie, qui peut varier entre 2 et 4 ans, en fonction des pigments utilisés et de la zone traitée.

Si le résultat n'est pas satisfaisant ou insuffisant, on programmera une ou plusieurs retouches. En effet, on peut lors d'une retouche appuyer une couleur bien choisie mais inhomogène, réajuster un choix de couleur, tout est possible avec un peu d'en-

traînement, éclaircir ou foncer ou changer la nuance. Nous devons nous adapter à chaque carnation différente, le patient est une « toile » vivante et par conséquent rien n'est préétabli entre le pigment et la zone réceptrice qui réagit pour son propre compte, spécialité engendrant de perpétuelles remises en question et n'offrant jamais les mêmes stratégies...

Ainsi, le plus souvent, les pigmentations ayant occasionné de multiples tâtonnements sont souvent les plus réussies et les plus durables !

L'anesthésie

(Fig. 7)

Elle sera toujours locale, le plus souvent une crème à la lidocaïne, appliquée sous pansement occlusif, 2 heures avant, permettra une bonne anesthésie pour toutes les zones cicatricielles ou en pleine peau. On préférera l'injection de



Figure 7 : Toute dermatographie passe par une anesthésie locale.

chlorhydrate de lidocaïne adrénalinée pour pigmenter les sourcils, le rebord ciliaire ou des zones où le travail long et méticuleux rendra la séance insupportable aux patients.

Les différentes dermographies des zones pileuses

(Tableau 2)

Dermographie des sourcils

- restructuration en cas de perte temporaire (chimiothérapie) ou définitive (cicatrices de plaies, épilations multiples) (Fig. 8 et 9).
- restructuration pour rajeunissement (Fig. 10 a et b).

L'intervention de pigmentation des sourcils

La séance commence par le choix des couleurs et le tracé des sourcils, au crayon classique à maquillage, puis lorsque le ou la patiente est en accord, on peut débiter la dermographie.

Elle se déroulera toujours sous anesthésie locale par infiltration de xylocaïne adrénalinée à 2 %, à l'aiguille 30G1/2.

La cartouche sera choisie en fonction du tracé décidé ; en principe, on utilise une cartouche munie des 4 aiguilles en peigne permettant de réaliser un balayage.

Le choix de la couleur est un autre temps important ; on tiendra compte de la couleur des cheveux, des yeux et de la carnation de l'individu et surtout, on prendra soin de rester dans un ton plus clair afin de ne pas heurter la sensibilité au premier abord de la personne.

Lorsqu'il s'agit d'une restructuration complète, on agira progressivement sur l'épaisseur et la nuance, car épaissir et foncer en un temps provoquent un malaise difficile à supporter par la patiente et son entourage. On privilégiera les méchages, qui donnent toujours des résultats très naturels.

Des consignes pour éviter d'humidifier la zone pigmentée sont données, l'usage de crème est proscrit.

On reverra la patiente 21 jours après, date à laquelle les retouches peuvent être envisagées. La réalisation de l'anesthésie locale, si elle occasionne parfois un œdème réactionnel pendant 48 heures, permet un travail homogène et précis et limite les séances de retouche.

Dermographie des paupières : rebord ciliaire, réparatrice ou esthétique

[1 et 2], lash liner ou eyeliner, sur greffe ou plaie cicatricielle ou chimiothérapie (Fig. 11 page suivante)

L'intervention de pigmentation des paupières : l'eyeliner ou le lash liner

La patiente ou le patient peut être légèrement « prémédiqué » pour cette intervention plus angoissante que réellement douloureuse (le fameux petit ? de L.....).

À l'aide d'un pinceau fin, on peut dessiner le tracé avec le pigment choisi.

Dans l'indication de pigmentation réparatrice sur paupière cicatricielle pour réaliser un lash liner, grand soin sera de pigmenter des points discontinus, surtout s'il s'agit d'un homme, ou l'apparence serait trop sophistiquée.

L'anesthésie locale à l'aiguille fine est réalisée de proche en proche, en ayant soin de limiter l'œdème, pour ne pas traumatiser les tissus et permettre des suites plus simples.

De toute façon, une éviction sociale de 48 heures est à prévoir sachant que le matin au réveil, la patiente ou le patient risque de

Tableau 2 : DERMOGRAPHIE des zones pileuses du visage.

	Dermographie réparatrice	Dermographie esthétique
SOURCILS	Restructuration en cas de perte temporaire (chimiothérapie) ou définitive (cicatrices de plaies, épilations multiples)	Restructuration pour rajeunissement
PAUPIERES	Réparation du rebord ciliaire en cas de plaie ou greffe temporairement pour chimiothérapie	Lash-liner ou eyeliner



Figure 8 : Destructuration sénile des sourcils.



Figure 9 : Rajeunissement du regard par dermographie.



Figure 10 a : Raréfaction des sourcils, suite à épilations multiples.

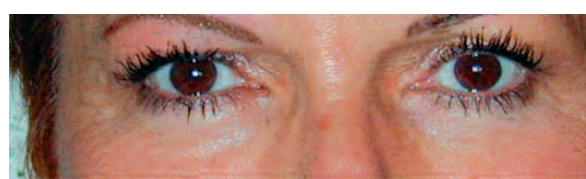


Figure 10 b : Restructuration par dermographie.

La dermographie des zones pileuses

présenter un œdème palpébral, voire un hématome pour lequel il ou elle aura été prévenu.

L'application de masque réfrigéré peut en accélérer la résorption.

L'anesthésie étant faite, il ne faut pas tarder à réaliser la dermographie car le temps est court par le fait qu'on aura agi à faible quantité d'anesthésiant.

Une cartouche à trois pointes en faisceau ou à une pointe sera utilisée.

On a coutume de dire chez les dermographe expérimentés « qu'il vaut mieux piquer 1 fois avec 3 aiguilles que 3 fois avec 1, cela est moins traumatisant pour les tissus ».

On comprendra le praticien non expérimenté qui n'osera pas aller au-delà d'une aiguille pour les paupières.

Pour un eyeliner, soit un trait régulier et continu, plusieurs passages seront réalisés, en ayant soin d'éviter de fabriquer un œil rond (!) affinant le trait, presque invisible à l'angle interne et l'épaississant à l'angle externe de l'œil. Cela favorisera l'agrandissement du regard.

La fin de l'intervention sera suivie de l'application d'un masque réfrigéré et du repos de la patiente pendant au moins 20 minutes.

On conseillera l'usage de sérum physiologique pour rincer les cils et le globe oculaire, 3 fois par jour.



Figure 11 : Eyeliner pigmenté sur greffe de paupière après mélanome.



Figure 13 : Cicatrices de lifting.

Dermographie de la barbe ou de la moustache : toutes les cicatrices ou pelades peuvent être pigmentées

(Fig. 12)

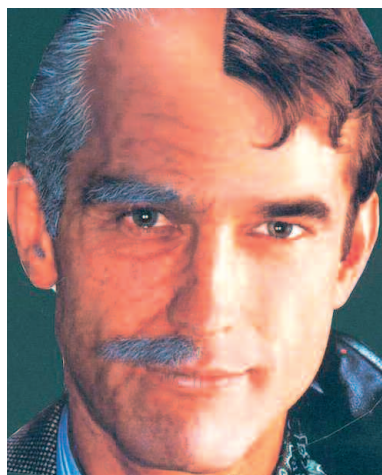


Figure 12 : Les zones pileuses du visage : indications de dermographie (Coll. JP TIZIANO).

L'intervention de pigmentation de la peau de la moustache ou de la barbe

Plus simple, car moins sensibles, ces zones s'offrent facilement à la technique.

La seule particularité de la peau cicatricielle est qu'elle est plus blanche que la peau adjacente.

Avant donc de pigmenter du poil, il faudra harmoniser la couleur de la peau, le rendu sera nettement meilleur. La technique en sera développée au chapitre de la dermographie des cicatrices de lifting.

Après ce temps de « maquillage de la peau », on peut effectuer un balayage, comme pour les sourcils.

On laissera sans pansement, en recommandant au patient de ne pas mouiller la plaie afin de favoriser la cicatrisation.

Comme pour les autres indications, le patient sera revu au 21^e jour pour réaliser les retouches, s'il y a lieu.

Dermographie du cuir chevelu

À la lisière du cuir chevelu : les cicatrices de lifting

(Fig. 13 et 14)

La technique la plus efficace pour masquer les cicatrices de lifting devant et derrière l'oreille surtout, reste de « maquiller » la peau de façon permanente, c'est-à-dire de choisir plusieurs pigments qui, juxtaposés en micropoints, donneront l'aspect de la peau.

On choisit, en général 3 nuances, une dans les jaunes, une dans les roses, une dans les blancs évitant au maximum les pigments à l'oxyde de fer, pour les raisons évidentes développées au chapitre de la chimie des pigments (risque de virage des couleurs).

Une cartouche à 3 aiguilles montées en faisceau sera disposée sur le dermographe et la peau préalablement anesthésiée avec la crème à la lidocaïne appliquée 2 heures avant l'intervention et sous pansement occlusif.

Les pigments seront déposés en juxtaposition. En fin d'intervention, on tamponnera efficacement la plaie et la patiente partira sans pansement avec la consigne de ne pas mouiller la plaie avant 4 ou 5 jours et de n'appliquer aucune crème sur les zones traitées.

Pareillement aux autres indications, on reverra la patiente en consultation 21 jours après pour retoucher également si nécessaire.



Figure 14 : Dermographie péri auriculaire, masquant les cicatrices de lifting.

Les éclaircissements en attente de greffe ou en cours de traitement

L'apport de la dermographie dans cette indication peut permettre au patient d'attendre plus sereinement la fin du traitement par microgreffe et surtout les repousses des greffons.

La méthode doit être douce afin de ne pas fragiliser la zone implantée.

Après une anesthésie par la crème à la lidocaïne (pour ne pas créer de trouble trophique de cette zone), un balayage fin peut être réalisé à l'aide d'une cartouche à aiguille unique, dans le sens du poil implanté, naturellement.

Les pelades localisées et de petites tailles

En effet, seules les lésions de petites tailles peuvent bénéficier d'un traitement par dermographie.

Celui-ci ne restant qu'un camouflage et n'est pas satisfaisant pour des zones étendues.

La région anesthésiée, on peut pigmenter, toujours en balayage, pour minimiser l'anomalie, suivant la méthode précédemment décrite.

Dermographie des zones pileuses du corps

(Fig. 15 a et b, 16 a et b)

C'est essentiellement de la Dermographie pubienne ou de la restructuration sur cicatrices d'abdominoplastie dont il sera question. La demande est rare aujourd'hui, les tendances de la mode évoluant, les poils pubiens signent moins qu'avant l'aspect juvénile du pubis.

On peut encore avoir à masquer certaines cicatrices abdominales, mais les progrès de la chirurgie réparatrice aidant, la demande est devenue exceptionnelle.

On agira après application de crème à la lidocaïne, et on effectuera un balayage dans le sens des poils existants.

Dermographie limite

Zone vitiligo

Toujours difficile à envisager, il convient de reconnaître son manque d'efficacité concernant cette indication.

Il paraît pourtant évident au patient que nous pouvons pigmenter ces zones qui le dérangent tant. Nous devons confesser une impuissance à créer un résultat satisfaisant : toutes les peaux atteintes de vitiligo font virer les pigments dans une très forte proportion des cas et nous oblige à constater qu'il s'agit d'une mauvaise indication. Après plusieurs essais, car on est tenté de vouloir aider à diminuer le désespoir des patients, la plupart se sont en effet découragés.

Sans développer la technique qui n'a pas ici forcément sa place, on peut présenter une observation qui, étant pleinement dans le sujet, n'en reste pas moins un de mes cas les plus difficiles et les plus attachants.

(Fig. 17 et 18)

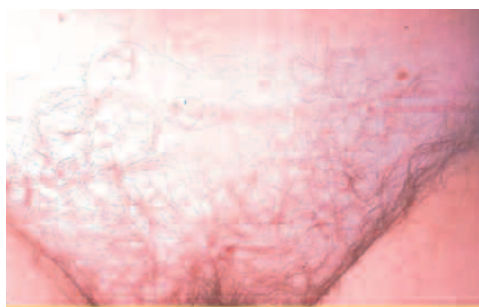


Figure 15 a : Raréfaction pubienne.



Figure 15 b : Pigmentation pubienne (Coll. JP TIZIANO).



Figure 16 a : Cicatrices d'abdominoplastie.



Figure 16 b : Dermographie pubienne masquant cicatrices d'abdominoplastie (Coll. JP TIZIANO).



Figure 17 : Vitiligo axillaire.



Figure 18 : Dermographie de vitiligo axillaire.

La dermographie des zones pileuses

Sur le document présenté de vitiligo axillaire, la patiente fréquente depuis 10 ans environ le cabinet pour simplement diminuer le contraste créé par l'achromie axillaire et pubienne.

Nous avons depuis lors, et bien avant qu'existent nos pigments sécurisés, fait de multiples tentatives.

Nous nous sommes limités à tenter de foncer la couleur de peau de base, jamais à pigmenter des poils, naturellement car ceux-ci existent, blancs évidemment.

On constate sur l'étude des documents présentés le virage des pigments qui offrent néanmoins à la patiente un meilleur résultat, selon son avis.

Particularités des zones brûlées

(Fig. 19 a et b)

Les brûlures du visage sont une excellente indication en ce qui concerne les paupières et les sourcils.

La restructuration de ces zones permet de

rééquilibrer le visage et d'en assurer l'expression.

On procèdera également sous anesthésie locale à l'aiguille fine.

Le pigment dans la peau brûlée ne se répartit pas comme dans la peau saine ; malheureusement, l'aspect est plutôt « délavé ».

La peau brûlée a plus tendance à se déchirer qu'à être excoriée, le pigment semble « baver » entre les fibres du derme cicatriciel.

Malgré tout, en travaillant par étapes successives, on peut obtenir un résultat fort satisfaisant ; procédant par méchages, on dessine des sourcils homogènes.

L'eyeliner ou le lash-liner sera finement dessiné, recréant un rebord ciliaire et une symétrie palpébrale. Là encore, le pigment ne se répartit pas d'emblée de façon homogène, mais de multiples retouches permettront d'obtenir un résultat satisfaisant.

Dans l'exemple présenté (Fig. 11), la patiente désirait un eyeliner appuyé, créant un maquillage franc ; des cas plus naturels peuvent être obtenus.



Figure 19 a : Brûlures étendues du visage.

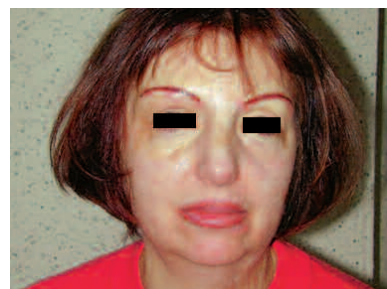


Figure 19 b : Restructuration des sourcils et de la bouche par dermographie.

CONCLUSION

La Dermographie est un outil technique intéressant pour reproduire l'aspect de la peau endommagée et surtout des zones pileuses en tant que zones de contraste.

On s'attachera à rester le plus proche possible de la symétrie ou de l'aspect naturel pour restructurer les reliefs du visage ou du cuir chevelu.

Pour une technique peu invasive et par l'utilisation des pigments et matériel modernes, rendue obligatoire par la législation, on a limité, pratiquement annulé, les complications possibles.

Restent exceptionnelles les nécroses cutanées peu étendues, essentiellement dues à l'insistance du geste sur une zone fragili-

sée (peau brûlée) et dans ce cas de figure, on choisira de multiplier les séances, plutôt que de prendre le risque d'endommager la peau par un geste trop profond.

On sera de préférence insistant sur l'éviction socioprofessionnelle à prévoir par le patient afin de ne pas troubler ses suites opératoires ; ayant soin de bien préciser la perte d'intensité de couleur dans les semaines suivantes, afin qu'il ne craigne un résultat trop voyant.

On prendra soin de rester à l'écoute des patients afin de ne jamais s'éloigner, ni de modifier de façon cavalière leur schéma corporel, source de désagréments, plus que de bénéfice pour l'individu.

Références

1. Angres G.G. : Eyeliner implants : a new cosmetic procedure. *Plas. & Reconstruct surg.* 1984 73,5 :833-836.
2. Angres G.G. : Blepharo and dermopigmentation, tecncis for maximum cosmetic results: *Am.J. of Cosm. Surg* 1986;3 (3) : 35-46.
3. Casadio S., Rouanet P., Pujol H.: La dermographie : une application médicochirurgicale des procédés du tatouage. *La revue de Chirurgie esthétique de langue Française*. Tome XIX numéro 75 juin 1994 p5 à 12.
4. Casadio S. : La Dermopigmentation, reconnue d'intérêt thérapeutique et de pratique médicale obligatoire. *Le Quot du Médecin*. fev 2006.
5. Tiziano J.P., Semeria E, Levy J.L. : La Dermographie, technique du tatouage Ed Solal, Marseille, 1991.