

La ménopause et l'outrage du temps sur la peau et ses phanères.

G.E. Piérard et C. Piérard-Franchimont

Service de Dermatopathologie

CHU du Sart Tilman, Liège, Belgique

1- Introduction

Le problème du vieillissement cutané ne peut être dissocié de celui du vieillissement général dont il fait partie. La ménopause et les années suivantes sont une tranche particulière de la vie où ces problèmes se marquent d'une manière relativement spécifique au niveau de certains organes et tissus. La peau en est une cible particulière. Son aspect et la perception que l'on peut en avoir jouent un rôle important dans la vie sociale au quotidien. Les racines culturelles et le poids de la mode évanescence imposent certaines contraintes qui sont parfois mal vécues par certaines femmes après la ménopause.

C'est au niveau cutané que se manifestent le plus souvent les premières marques visibles du poids des ans. En particulier, la femme ménopausée prend conscience des altérations de la couleur, de la texture, de la tonicité de la peau, ainsi que de l'apparition des premières rides suivies de manifestations plus marquées comme une couperose, une laxité et une fragilité cutanée, voire même l'apparition de tumeurs bénignes ou malignes. Cette évolution n'est pas stéréotypée chez toutes. Les altérations cutanées sont plus ou moins précoces et importantes parmi les femmes ménopausées et selon les différentes parties du corps (Tableau I).

Tableau I : modifications cutanées au cours de la ménopause.

a) Epiderme

- Amincissement du corps muqueux de Malpighi
- Xérose (peau sèche)
- Perturbation de l'hydratation de la couche cornée
- Modification de la perméabilité de la couche cornée (résorption de médicaments topiques)
- Altération de l'unité mélano-kératinocytaire

- Altération possible du rôle des cellules de Langerhans, présentatrices d'antigènes

b) Derme

- Atrophie avec diminution de la résistance du réseau des faisceaux de collagène (fragilité de la peau)
- Modification de la concentration des protéoglycanes (peau atone)
- Diminution du nombre des dendrocytes (macrophages résidents du derme)
- Ectasies des veinules (érythème, troubles de la thermorégulation)
- Rides superficielles.

2- Peau sèche et kérose

Les momies ont une peau sèche, pas les femmes ménopausées ! Dans le monde des vivants, un état de déshydratation se caractérise sur le plan clinique par la persistance d'un pli qui est imprimé à la peau par un mouvement de torsion. Rien donc de comparable avec l'état étiqueté « peau sèche » par le quidam, la presse féminine et diverses publicités vantant des produits de soins cutanés. Il s'agit d'une confusion sémantique entre une peau sèche et une peau sèche, cette dernière correspondant aux groupes distincts des xéroses, des dermatites parakératosiques et des ichtyoses. L'anomalie réside en une cohésion trop importante et hétérogène des cornéocytes les plus superficiels de la couche cornée. Ces cellules se détachent par lamelles et squames plutôt que de manière individuelle et imperceptible. Cet état peut être exacerbé au moment de la ménopause et être accompagné d'une altération de la fonction barrière de la couche cornée. L'hormonothérapie spécifique de la ménopause corrige en partie ce défaut. L'amélioration d'un état xérotique par une préparation cosmétique repose aussi sur l'emploi régulier d'agents émollients,

exfoliants et d'autres formulations dites « hydratantes ». C'est ainsi que l'application topique de produits tels la glycérine, l'acide salicylique, l'urée, le rétinol, l'acide all-trans rétinoïque ou l'acide linoléique améliore certains troubles fonctionnels et structurels de la couche cornée rencontrés à la ménopause. Les méthodes de biométrie non invasives servent de référence pour l'objectivation de l'effet de la ménopause et du bénéfice apporté par l'hormonothérapie substitutive et les produits dermo-cosmétiques sur les qualités structurelles de la couche cornée (1).

Les ostiums des follicules sébacés du visage peuvent se modifier après la ménopause. Ils se dilatent et se combent d'un bouchon kératinisé qui caractérise la kérose (2). Cet état d'hyperkératinisation folliculaire est parfois accompagné d'une séborrhée accrue. Chez d'autres femmes, la sécrétion sébacée est en revanche réduite.

3- Rides

Les rides sont des stigmates incontestables du vieillissement. Contrairement à l'information simpliste trop souvent véhiculée par divers médias, plusieurs types distincts d'anomalies de la structure cutanée peuvent être à l'origine des rides. Les trois principales sont l'élastose, l'atrophie conjointe du derme et des septums hypodermiques et, à l'opposé, l'hyperplasie de travées conjonctives hypodermiques au site d'ancrage des muscles peauciers. Ne pas considérer les causes microanatomiques distinctes des rides aboutit inéluctablement à un amalgame fantaisiste de concepts qui ne dessert ni la réalité biologique ni l'intérêt des femmes subjuguées par certaines promesses mirobolantes.

Le développement de rides est toujours le fait d'une modification du microrelief cutané associée à une perturbation des propriétés mécaniques de la peau (3). Il est ainsi possible de quantifier de manière objective l'effet de l'hormonothérapie

substitutive et de tout traitement à visée anti-rides par des méthodes biométriologiques objectives. Parmi les produits qui démontrent une activité à ce niveau, citons l'acide *all-trans*-rétinoïque, le rétinol, la vitamine C, le β -lipohydroxyacide et, à un moindre degré certains α -hydroxyacides. Tous ces composants agissent directement ou indirectement en stimulant à des degrés divers la prolifération des kératinocytes et en modifiant le processus de maturation de l'épiderme. Il en résulte un épaissement de ce tissu qui estompe en partie les fines ridules. Un effet stimulant peut également être exprimé au niveau des cellules du derme superficiel, en particulier les dendrocytes et les fibroblastes. Un remaniement du stroma conjonctif peut alors survenir, principalement caractérisé par des dépôts de collagène. Cet effet diminue les conséquences de l'atrophie cutanée liée à l'âge suivant la ménopause.

4- Chute et perte diffuse des cheveux

Le cheveu est une structure qui est soumise à un cycle de croissance et d'involution qui se répète successivement au cours de la vie. La phase anagène de croissance continue dure plusieurs années, en moyenne entre 5 et 7 ans. Elle est suivie par la phase catagène d'involution (environ 3 semaines) et la phase télogène (environ 3 mois) avant l'expulsion du cheveu à la téloptose et son remplacement par un autre qui débute sa phase anagène. Dans les conditions physiologiques, seuls des cheveux en fin de phase télogène sont perdus lors du peignage ou du lavage de la chevelure.

L'objectivation d'une anomalie du cycle pileaire fait appel à la technique du trichogramme. Celle-ci consiste à arracher des cheveux selon une modalité adéquate et à les examiner pour en déterminer les proportions dans les diverses phases du cycle pileaire.

Bon nombre de femmes sont sensibles à la perception d'une chute de cheveux plus abondante après la ménopause. Ce phénomène, appelé effluvium, peut être physiologique ou refléter une pathologie. Il peut être responsable ou non d'une diminution de la densité des cheveux sur le cuir chevelu, définissant ainsi le caractère alopeciant de l'effluvium. Chez la femme, un climat androgénétique est défavorable au maintien d'une chevelure abondante. L'origine se situe au niveau d'une anomalie fonctionnelle des surrénales ou des ovaires, de la prise de certains contraceptifs, ou d'une hyperréactivité des cellules hormono-réceptives du follicule pileux.

5- Hyperpilosité

Au-delà de la simple gêne esthétique exprimée parfois douloureusement par la femme, l'hyperpilosité peut être le signe révélateur d'une pathologie surrénalienne ou ovarienne. Il convient de distinguer l'hypertrichose, l'hirsutisme et le virilisme pileux qui ont chacun une signification clinique différente.

L'hypertrichose est l'exagération de la longueur des poils dans les régions normalement pileuses de la femme. L'origine ethnique est déterminante. Il suffit de comparer certaines brunettes méditerranéennes aux blondes scandinaves. Les prédispositions familiales sont également importantes. Cette hypertrichose génétique se développe avant la puberté et ne dépend pas d'un dysfonctionnement hormonal. Cependant, un aspect similaire peut apparaître dans le décours des désordres endocriniens accompagnant l'anorexie mentale. La ménopause est parfois impliquée.

L'hirsutisme est caractérisé par l'extension d'une pilosité androgénétique dépendante, faite de poils durs et épais, sur des zones habituellement glabres chez

la femme. Une anomalie endocrinienne doit être recherchée. Une prise d'anabolisants peut en être également la cause.

Le virilisme pilaire est le degré le plus sévère de l'hirsutisme lorsque la pilosité devient similaire à celle de l'homme. Bien souvent, cet aspect fait partie d'un tableau incluant une modification androïde de la silhouette, une calvitie, une acné, une rauçité de la voix et une hypertrophie musculaire et clitoridienne.

Conclusion

La santé et le bien être sont des revendications de toutes les sociétés et tous les groupes de population qui ont chacun leurs modèles. En règle générale, l'aspect de la peau féminine fait l'objet de beaucoup d'attention et de soins. Les médias sont les vecteurs d'une information qui n'est pas toujours d'une objectivité et d'une rigueur sans reproche. La physiopathologie cutanée et la dermocosmétologie peuvent cependant trouver un terrain d'entente pour entretenir une jeunesse de la peau qui s'estompe après la ménopause par l'effet combiné du temps, de l'environnement et de variations endocriniennes.

Références

1. Paquet F, Piérard-Franchimont C, Fumal I, Goffin V, Paye M et Piérard GE.- Sensitive skin at menopause; dew point and electrometric properties of the stratum corneum. *Maturitas*, **28**, 221-227, 1998.
2. Piérard-Franchimont C et Piérard GE.- Post-menopausal aging of the sebaceous follicle. A comparison between women receiving hormone replacement therapy or not. *Dermatology*, **204**, 17-22, 2002.
3. Piérard-Franchimont C, Cornil F, Dehavay J, Letot B, Deleixhe-Mauhin F et Piérard GE.- Climacteric skin ageing of the face. A prospective longitudinal intent-to-treat trial on the effect of oral hormone replacement therapy. *Maturitas*, **32**, 87-93, 1999.