

Acide tranexamique et hyperpigmentation. Revue de la littérature sur l'efficacité et la sécurité dans le mélasma et l'HPPI

Aljabr A, Muhana A,Abdulkarim R. Tranexamic acid for hyperpigmentation disorders : a literature review on efficacy and safety in melasma and HPI. J Cosmet Dermatol 2026;25 :e70692.

Article analysé par le Docteur Marie Estelle Roux

Les hyperpigmentations (HP) de type mélasma et hyperpigmentation post-inflammatoire (HPPI) sont des motifs fréquents de consultation du fait du fort retentissement esthétique et psychosocial. Cette revue de la littérature étudie l'efficacité et la sécurité de l'acide tranexamique (AT) dans ses formes orale, topique et intra-dermique.

L'action anti-fibrinolytique de l'AT s'accompagne d'une activité anti-inflammatoire, anti-mélanogénique et anti-angiogénique. Cette revue évalue l'efficacité et la sécurité de l'AT sur différents types d'HP, selon différentes voies d'administration et compare les résultats avec d'autres options thérapeutiques. Une revue des publications en anglais a été réalisée sur PubMed, Scopus et Google Scholar, entre 2010 et 2025, avec les mots clés (Tranexamic Acid OR TXA) AND (Melasma OR hyperpigmentation OR Post-inflammatory Hyperpigmentation OR PIH OR Pigmentary Disorders) AND (Efficacy OR Treatment OR Safety).

Pour le mélasma, un traitement oral de 250 à 500 mg x2/J pendant 3 à 6 mois apportait une bonne amélioration sans effet indésirable grave, en particulier pas d'accident thrombo-embolique. Un traitement d'entretien de 250 mg/j semble nécessaire. L'AT en mésothérapie était efficace, cependant moins que le PRP et les rechutes systématiques. L'AT n'a pas montré d'intérêt dans la prévention de l'HPPI en post-laser.

Pour l'HPPI, l'AT per os, à des doses allant de 250 à 650 mg/j, pour des durées de 15 j à plusieurs années, était intéressant pour les patients à risque avec tous types de procédures, y compris la cryolipolyse et la cryothérapie. Certains associent le traitement per os à un traitement topique : en solution à 5% ou en masque à 10% ou en micro-injections. Le traitement topique seul n'était pas supérieur à l'acide azélaïque ou au laser CO2. L'utilisation de laser Q-switched Nd-YAG ou picoseconde ne semble pas augmenter la délivrance des solutions topiques d'AT. Des études sur la prévention de l'HPPI post laser Q-switched 532 nm par AT per os ont été menées sur des populations asiatiques avec des résultats inconstants. La dose de 1500 mg/j semblait plus efficace en prévention que 750 mg/j. La prévention de l'HPPI par micro-injections d'AT (50mg/ml) semble également intéressante.

L'AT a été étudié pour d'autres troubles pigmentaires : HP infra-orbitale, mélanose de Riehl, amyloïdose maculaire, lichen plan pigmentogène : les protocoles sont variés, combinant l'AT per os ou topique à des traitements laser ou IPL. Là encore, l'AT semble apporter un bénéfice, qui n'est pas toujours majeur, avec une bonne tolérance.

Diverses combinaisons de traitements ont été comparés dans des études variées : AT vs hydroquinone (HQ) 3% ou 4%, AT+HQ vs HQ seule, AT vs trio de Kligman, AT vs IPL. Le plus souvent, les traitements combinés sont plus efficaces et plus rapidement que les traitements seuls.

Il ressort de cette large revue que les protocoles ne sont pas standardisés. Les thérapies combinées restent à privilégier. Les rechutes à l'arrêt des différents traitements ne sont pas étudiées, ou rarement. Cette revue propose de nombreuses références bibliographiques où l'on pourra trouver les détails pour les protocoles qui nous intéressent. Je retiendrai que le trio de Kligman, associé à l'acide tranexamique per os est une combinaison qui offre de bonnes chances d'amélioration dans les troubles pigmentaires, mélasma et HPPI en particulier et que la durée du traitement est certainement très prolongée.