

Korekcja blizn; metody stosowane w medycynie estetycznej

sprawozdanie z Sympozjum Polskiego Towarzystwa Mezoterapii pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Mezoterapii 26-28.05.2006., Kazimierz Dolny

W dniach 26-28.05.2006. w Kazimierzu Dolnym odbyło się Sympozjum Polskiego Towarzystwa Mezoterapii pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Mezoterapii p. t., „Korekcja blizn; metody stosowane w medycynie estetycznej” pod nadzorem merytorycznym prof. Sławomira Majewskiego

Blizny, które są często przyczyną dużego dyskomfortu, także psychicznego, pacjentów stanowią poważny problem dla lekarza. Współczesna medycyna dysponuje wieloma sposobami walki z bliznami, jednak dokładniejsze poznanie etiopatogenezy przyczyni się do opracowania skutecznych metod leczenia bliznowców, blizn przerosłych i zanikowych.

Występowaniu keloidów i blizn przerosłych towarzyszy nierzadko świąd i dolegliwości bólowe, a umiejscowionym w pewnych regionach ciała jak okolica stawów, skóra twarzy, także ograniczenie ruchomości.

Blizny przerosłe, uniesione rumieniowate zmiany występują u 1,5 – 4,5% populacji, rozwijają się w stosunkowo krótkim czasie od momentu uszkodzenia skóry, 4-8 tygodni od epitelializacji i nie przekraczają granicy rany. Mogą się cofać samoistnie, choć znane są przypadki ich dalszego wzrostu i utrzymywania w przebiegu życia.

Rozmiary keloidów, twardych guzów włóknistych, zwykle przekraczają granice urazu. Powstawać mogą nawet samoistnie, choć odzywają się głosy kwestionujące samorzutność ich powstawania lub powstanie po małym urazie, jak ukąszeniu owadów. Częściej jednak powstają w efekcie większego urazu termicznego czy mechanicznego, na skutek oparzeń, zabiegu chirurgicznego, czy dermabrazji. Z obecnych doniesień wynika, że występują w 5-15% populacji, częściej u młodych osób, zwłaszcza z ciemnym kolorem skóry, rzadziej u rasy białej, nie notowane u albinosów. Istotne jest miejsce blizny, zwłaszcza w skórze narażonej na fizjologiczne wzmożone napięcie. Predysponowana jest zwłaszcza skóra górnej części klatki piersiowej, kończyn górnych, dolne 2/3 twarzy.

Zawsze, w przypadku patologicznej blizny dochodzi do rozregulowania równowagi między pobudza-

niem i hamowaniem syntezy kolagenu w przebiegu procesu gojenia rany. Ma to miejsce najczęściej u osób pomiędzy 10 a 30 rokiem życia.

Keloidy podobnie jak blizny przerosłe to zaburzenia związane głównie z nadmierną aktywnością fibroblastów. Bliznowce, w odróżnieniu od blizn przerosłych nie wykazują tendencji do samoistnego spłaszczenia i cofania się.

Blizny zanikowe, leżące w powierzchni skóry lub poniżej, będące również efektem zakłócenia procesu gojenia, są związane z niedostateczną syntezą nowej tkanki, jak ma to miejsce w przypadku trądziku, blizn po ospie wietrznej, czy nieprawidłowym leczeniu sterydami. Miejscowy stan zapalny działa na podścielisko łącznotkankowe położone poniżej, prowadząc do jego destrukcji. Do blizn zanikowych zalicza się również rozstępny.

Ze względu na większą urazowość, na występowanie blizn szczególnie narażone są dzieci, których skóra jest fizjologicznie lepiej napięta, produkuje więcej kolagenu, dlatego powstałe blizny są czerwone, zgrubiałe i swędzące. Zranienie daje początkowo bliznę silnie zaczerwienioną, która na koniec przyjmuje kolor perłowy, jednak skóra w miejscu po dużej ranie już nie odzyskuje naturalnego koloru. Ostateczny wygląd blizny zależy od uwarunkowań osobniczych i predyspozycji dziedzicznych.

W obrazie histologicznym, w następstwie urazu dochodzi do migracji fibroblastów, komórek zapalnych oraz substancji podstawowej tkanki łącznej i naczyń, co pozwala na tworzenie się nowego kolagenu (typ I i III), a liczba komórek z czasem maleje. Przeważająca tkanka włóknista tworzy nieregularne wiązki włókien kolagenu ułożone w różnych kierunkach. To cecha odróżniająca bliznowce od blizn przerostowych, gdzie włókna kolagenu ułożone są równoległe do długiej osi blizny. Ponadto w keloidach włókna sprężyste ulegają zwyrodnieniu i dochodzi do zaniku przydatków skóry. Naskórek jest prawidłowy lub wykazuje cechy zaniku.

Ogólnie metody leczenia możemy podzielić na chirurgiczne i niechirurgiczne, brak jednak kontrolowa-

nych badań porównawczych, które wyłoniłyby najlepsze metody. Obecnie zaleca się metody skojarzone. Leczenie jest trudne, zwłaszcza w przypadku bliznowców, które ciężko poddają się zmniejszaniu, a usunięte chirurgicznie nawracają, przybierając jeszcze większy rozmiar. Wybór metody leczenia zależy od dokładnej oceny klinicznej. W przypadku blizn przerostłych wycięcie chirurgiczne daje dobre efekty, zwykle dzięki zmianie stopnia napięcia skóry w obrębie blizny. W wyborze metody pomocny jest wywiad odnośnie czasu pojawienia się zmiany. Jako pierwsze po wygojeniu zaleca się leczenie farmakologiczne miejscowe, stosowane maści (Cepan, Contractubex) zawierających wyciąg z cebuli morskiej i heparynę, które sprzyjają normalizacji dalszego procesu gojenia. Choć stosowane były one w praktyce lekarskiej przez lata, ostatnio przeprowadzone badania skuteczności nie wykazały przewagi nad placebo, podobnie jak kortykosteroidów stosowanych zewnętrznie, które, jak się wydaje, jedynie eliminują świąd. Zastąpiono je iniekcją kortykosteroidów do zmiany chorobowej, Triamcinolonu co 6-8 tygodni. Takie doogniskowe leczenie farmakologiczne działa zmiękcządzająco na bliznę i choć jest przewlekłe ogranicza jej rozmiar. Szczególnie dobre efekty daje łączenie: zabiegu chirurgicznego i iniekcji steroidów, co przedstawił dr Rafał Bartkowiak. Osobom źle tolerującym iniekcje zalecane są maści w opatrunkach okluzyjnych – Fluocinolon. Mimo przestrzegania zalecanych dawek nie wolno zapominać o działaniu ubocznym kortykosteroidów, zwłaszcza u dzieci i kobiet w ciąży, na co zwróciła uwagę dr Maria Barancewicz-Łosek omawiając kortykosteroidy w leczeniu przerostowych blizn i keloidów.

Inne preparaty farmakologiczne do leczenia bliznowców to: penicylamina, retinoidy, siarczan dekstranu, madecazol, a także interferon podawany doogniskowo co 1-2 tygodnie (INF- alfa-2b, INF-gamma). 5FU podawany doogniskowo daje dobre efekty lecznicze w przypadku małych keloidów. Połączenie fluorouracylu z triamcinolonem w iniekcjach co 3 tygodnie, gdyby nie wysoka bolesność, uznać by moż-

na za bardzo efektywną terapię. Rzadziej stosowane metody to doogniskowe iniekcje werapamilu, kolchicyny. Obiecującą metodą wydaje się być doogniskowe stosowanie bleomycyny, ostrzykiwanie blizny toksyną botulinową, a dla zmniejszenia ryzyka nawrotu stosowanie pentoksyfiliny.

Prof. Grażyna Broniarczyk-Dyła, omawiając keloidy, blizny przeroste i zanikowe i różnice je klasyfikujące, zwróciła uwagę na unikalną metodę leczenia blizn zanikowych wywołanych przewlekłym stosowaniem kortykosteroidów z wstrzykiwaniem roztworu soli fizjologicznej, powodującej ich wyptukanie i ponownym pobudzeniem rozrostu tkanki tłuszczowej.

Dobre wyniki leczenia przedstawione przez Piotra Drozdowskiego daje presoterapia, czyli leczenie uciskiem, stosowanie adhezyjnych past i kremów, oraz plastrów silikonowych. Kompresoterapię nadal w schematach leczenia blizn przerostłych, szczególnie pooparzeniowych, najczęściej w połączeniu z żelami lub plastrami silikonowymi oraz iniekcjami kortykosteroidów.

Do innych metod leczenia zaliczamy: kriochirurgię, laseroterapię, rzadziej obecnie radioterapię, oraz peelingi lekarskie przedstawione przez dr Waldemara Jankowiaka. Blizny, będące defektami skóry właściwej, leczone za pomocą chemicznego złuszczenia osiągają wyniki nie zawsze spełniające oczekiwania. Dermabrazja jest zabiegiem skutecznym, choć obarczonym długim okresem rekonwalescencji.

Dobre efekty daje połączenie mikrodermabrazji czy peelingu z mezoterapią. Ciekawe spojrzenie na leczenie blizn hyperproliferacyjnych przedstawił dr Philippe Petit i chociaż nie poleca tej metody przy leczeniu keloidów, to jednak dwufazowo przeprowadzona daje zadowalające efekty nawet w przypadku małych keloidów, ale minąć musi 6-24 miesięcy od chwili powstania blizny. W pierwszej fazie, zabieg wykonany igłą bez leku powiela fazę zapalną, a kiedy dochodzi do ponownego zbliźnowacenia, użyty zostaje lek odrtwarzający prawidłowe gojenie.

Jonoforeza to jeszcze inny sposób wprowadzania leku w miejsce blizny.

Oprócz zabiegów leczniczych stosuje się zabiegi pielęgnacyjne, natłuszczanie, nawilżanie i masowanie, choć brak jeszcze wiarygodnych badań potwierdzających skuteczność takiej terapii. Wspomagająco w leczeniu blizn na wczesnym etapie ich powstawania stosuje się preparaty, jak Cicalfate, o działaniu antybakteryjnym i przyspieszającym regenerację naskórka.

Nie bez znaczenia pozostaje samoakceptacja blizn przez pacjentów, w czym pomaga udane nakładanie preparatów korygujących i maskujących. Vichy wyprodukowało dodatkowo puder, pozwalający na cały dzień zachować rano wykonany makijaż-kamufaż.

Dr Izabela Tilszer i Gilad Karni przedstawili nowe preparaty kwasu hialuronowego- Esthelis i kolagenu- Evolance skutecznie korygujące blizny potrądzikowe. Nowy preparat kwasu hialuronowego jest bardziej jednorodny od dotychczas stosowanych, co w tym wskazaniu ma duże znaczenie, a preparat kolagenowy, w nowej technologii niealergizujący, ma właściwości w pewnym stopniu integrowania się w skórze i pozostawania w niej do roku.

Zastosowanie laserów w leczeniu blizn zarówno zanikowych, jak i przerostowych przedstawiła dr Kamila Padlewska. Laser CO₂, dzięki któremu możliwe jest uzyskanie 80% poprawy klinicznej polecany jest do leczenia blizn zanikowych. Uszkodzenie termiczne w przypadku lasera CO₂ powoduje dodatkowo przebudowę struktury kolagenu i lepszy efekt kosmetyczny. Niektórzy jednak, mimo nieco mniejszej skuteczności, zalecają stosowanie laserów Er: YAG, z powodu mniejszego nasilenia objawów ubocznych. Przy stosowaniu terapii laserowej w przypadku blizn przerostowych i keloidów, w przeciwieństwie do blizn zanikowych, czas wykonania zabiegu gra istotną rolę. Wykonanie zabiegu po upływie kilku tygodni od urazu może przyczynić się do uzyskania znacznie lepszego wyniku, niż po paru latach. Przy stosowaniu laserów poprawę kliniczną uzyskuje się w 50-80 % przypadków, ale przy źle dobranych energiach powstaje groźba zwiększonego bliznowacenia. Skojarzenie laseroterapii i krioterapii z miejscowym stosowaniem nowoczesnych immunomodulatorów daje nowe

możliwości, eliminując efekty uboczne inwazyjnych terapii.

Blizny należy chronić przed wpływem promieniowania UV i wysokich temperatur. Przeciwwskazane więc jest ich opalanie, zalecane stosowanie filtrów słonecznych.

Na zakończenie sympozjum Joanna Jeziorska przedstawiła zawiałości symbolu CE i uczuliła na dokładne sprawdzanie ich rejestracji zgodnie z przeznaczeniem medycznym.

Izabela Tilszer

Prezes Polskiego Towarzystwa Mezoterapii

Adres do korespondencji:

tilszer@medycynaestetyczna.pl

