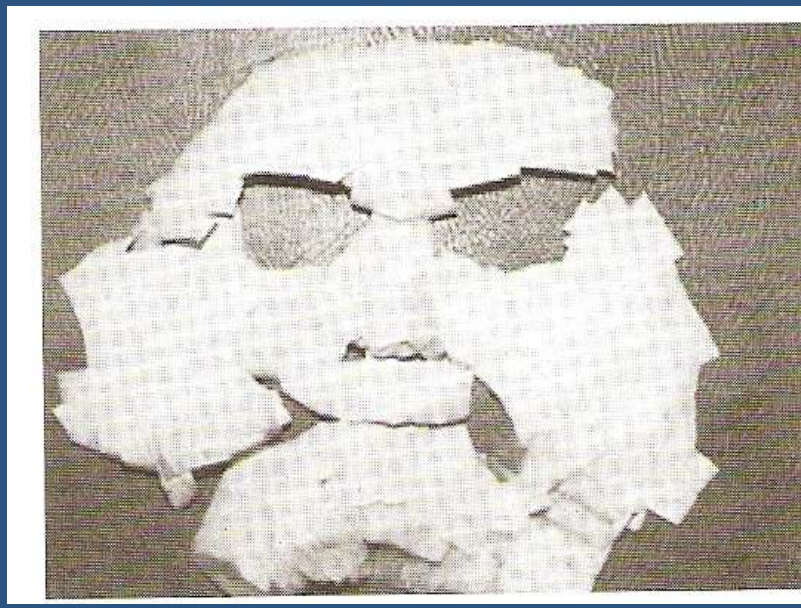
Peeling fenolowy



Wykonała : Mariola Wolniak
Gr.31D

Peeling fenolowy jest zaliczany do peelingów chemicznych głębokich.

Peeling głęboki jest zabiegiem ,w którym dochodzi do uszkodzenia środkowej części warstwy siateczkowej skóry właściwej. Uszkadzane są kolejno warstwy naskórka tj.,warstwa rogowa, ziarnista, kolczysta, podstawna oraz skóry właściwej warstwa brodawkowata, górna i środkowa cześć warstwy siateczkowatej. Peelingi głębokie pozwalają na usunięcie blizn, przebarwień, głębszych zmarszczek . Należy pamiętać aby pozbyć się niektórych zmarszczek sam peeling nie wystarczy!

Skład peelingu fenolowego Baker-Gordona

- Fenol jest to kwas karbolowy ,który to jest głównym składnikiem w peelingach chemicznych, penetruje do warstwy siateczkowej skóry właściwej. Dzięki temu można usunąć nawet najcięższe uszkodzenia posłoneczne.
- W roku 1867 opublikowano doniesienie w ,którym Lister opisuje bakteriobójcze właściwości tego związku chemicznego. Fenol w stężeniu 1 % wykazuje właściwości bakteriostatyczne natomiast bardziej stężone roztwory mają działanie bakteriobójcze. Fenol ma właściwości znieczulające poprzez oddziaływanie na zakończenia nerwowe. Postać płynna fenolu 88% jest wodnym roztworem, jest on rozpuszczalny w olejach i tłuszczach. Jest łatwy do usunięcia z powierzchni skóry za pomocą gliceryny ,olejów roślinnych i 50% roztworu alkoholu. Dodatek soli w roztworze fenolu zmniejsza rozpuszczalność i zwiększa aktywność tego związku.
- Natomiast przeciwny efekt następuje po dodaniu alkoholu i z tez powodu stosowany jest do zmywania nadmiaru fenolu podczas zdejmowania paznokcia. Ponieważ podstawowym warunkiem zapewniającym powodzenie peelingu jest pełna kontrola nad procesem złuszczania naskórka, alkohol nie jest dodawany do roztworów fenolu.

Fenol jest szybko resorbowany z powierzchni skóry.

- Warunkiem powodzenia peelingu chemicznego jest pełna kontrola nad przebiegiem procesu złuszczania skóry. Cel ten może zostać osiągnięty tylko pod warunkiem dokładnego poznania zachodzących zmian histologicznych w skórze pod wpływem środków złuszczających.
- Równie istotna jest umiejętność przewidywania reakcji w zależności od typu skóry i obecności zmian wywołanych promieniowaniem słonecznym. Pomimo wysiłków zmierzających do wprowadzania standardów łączących wiedzę na temat głębokości zmian skórnych oraz głębokości penetracji środka złuszczającego, w dalszym ciągu nie udaje się całkowicie wyeliminować powikłań.
- Procesu złuszczania wywołanego peelingiem chemicznym nie można porównać do uszkodzenia termicznego skóry. Różnicowanie między oparzeniami pierwszego oraz drugiego stopnia nie opiera się ani na występowaniu rumienia skóry, ani na tworzeniu pęcherzyków nad warstwą podstawną lub pod naskórkiem. W przypadku oparzeń bardziej logiczne wydaje się zastosowanie klasyfikacji opartej na objawach klinicznych. Z kolei ta sama klasyfikacja zastosowana do peelingu chemicznego nie koreluje z charakterem zmian histologicznych wywołanych pod wpływem środków złuszczających.

Przypadki powikłań !

- Ilość powikłań wzrasta wraz ze zwiększeniem głębokości peelingu. Najczęstszymi błędami popełnianymi są: nieprawidłowy sposób przygotowania preparatu lub przygotowanie środka złuszczającego o niewłaściwym składzie bądź przypadkowe rozlanie preparatu!

Powikłania peelingu fenolowego

- Zaburzenia barwnikowe skóry
- Bliznowacenie
- Infekcja
- Długo utrzymujący się rumień lub świąd
- Kontaktowe zapalenie skóry
- Utrata prawidłowego rysunku powierzchni skóry (zaburzenia poletkowania)
- Prosaki
- Trądzik
- Nadwrażliwość na zimno
- Niewłaściwe relacje na linii lekarz-pacjent
- Zanik skóry
- Zaburzenia rytmu serca
- Obrzęk krtani
- Zaostrzenie współistniejących chorób skóry
- Zespół wstrząsu toksycznego

Infekcje po peelingu chemicznym

Zakażenie

Powikłania infekcyjne po peelingu chemicznym występują niezwykle rzadko gdyż fenol ma właściwości bakteriobójcze i w związku z tym nie może być zródłem infekcji. Sterylne są również opatrunki chirurgiczne wykorzystywane do zabiegu.

Najlepszym zabezpieczeniem przed infekcją jest zapobieganiu tworzenia się strupów. Można to osiągnąć poprzez odpowiednie nawilżanie skóry. Stosowanie maści okluzyjnych może w rzadkich przypadka przyczynić się do rozwoju zapalenia mieszków włosowych. Zmiany te bywają wtórnie zakażone gronkowcami lub paciorkowcami. W tych przypadkach konieczne jest zastosowanie antybiotyków opornych na działanie penicylinazy.

Diagnostyka powinna obejmować hodowlę drobnoustrojów zgodnie z antybiogramem. Powyższy schemat postępowania obowiązuje również w przypadku nagłego zaostrzenia przebiegu trądziku.

Zakażenie bakteriami Pseudomonas

- Tego typu zakażenia są leczone za pomocą podawanej doustnie ciprofloksacyny. Zakażeniom sprzyjają błędy w pielęgnacji skóry w okresie gojenia. Ze względu na osłabienie bariery skórnej do infekcji może dojść również w gabinecie dermatologicznym.
- Bezpiecznym tanim jak i skutecznym, środkiem do przemywania twarzy jest roztwór 5%kwasu octowego lub ocet winny rozcieńczony wodą w stosunku 1:1 preparat stosuje się dwa razy dziennie.
- W przeciwieństwie do przypadków wtórnego zliszajowacenia pojawiających się mogą towarzyszyć: bóle mięśni, przekrwienie błon śluzowych oraz objawy upośledzenia funkcji nerek, wątroby, ośrodkowego układu nerwowego oraz nieprawidłowe parametry hematologiczne.

Zakażenie bakteriami Pseudomonas spowodowane niewłaściwą pielęgnacją skóry po zabiegu.

Zakażenie wirusem Herpes Simplex

- Peeling fenolowy jak i każdy inny może spowodować reaktywację zakażenia Herpes Simplex. Objawem rozpoczynającej się infekcji jest ból o nasileniu przekraczającym typowe dolegliwości po peelingu.
- U pacjentów z wywiadem wskazującym na przebycie opryszczki zwyczajnej można w okresie gojenia zastosować profilaktycznie 2 g acyklowiru w pięciu dawkach podzielonych przez pięć kolejnych dni. Skutecznymi środkami przeciwwirusowymi są także walacyklowir HCl w dawce 500mg dwa razy dziennie lub famcyklowir w dawce 500mg trzy razy dziennie.
- Terapia ta jest szczególnie wskazana po głębokim peelingu fenolem. Pierwszą dawkę należy podać w pierwszym dniu zabiegu. Nie ma potrzeby rutynowego wdrażania profilaktyki przeciwwirusowej ponieważ nie zaobserwowano bliznowacenia po nawrocie opryszczki zwykłej. Aktywna infekcja po zabiegu powinna być leczona odpowiednio dużymi dawkami leków przeciwwirusowych.
- Przed wprowadzeniem na rynek acyklowiru opryszczka zwyczajna była poważnym powikłaniem. Jedyną metodą leczenia były wtedy doustne kortykosterydy podawane w celu zmniejszenia odczynu zapalnego oraz antybiotykoterapia mająca zapobiegać wtórnym zakażeniom. Fragmenty twarzy podatne na wystąpienie zmian opryszczkowych były poddawane zabiegowi peelingu lub dermabrazji dopiero po wygojeniu pozostałej powierzchni skóry. Stosowanie opisanych powyżej środków sprawiało, że bliznowacenie po zakażeniu wirusem opryszczki zdarzało się rzadko. Ciągle natomiast pojawiał się dylemat, czy doustne stosowanie kortykosteroidów nie spowoduje uogólnionego zakażenia. Pacjenci, u których w okresie gojenia doszło do pierwotnego zakażenia opryszczkowego mają nasilone dolegliwości bólowe, podwyższoną temperaturę ciała oraz powiększone węzły chłonne. W tych przypadkach istnieją wskazania do dożylnego stosowania leków przeciwwirusowych.

Zapalenie rogówki wywołane wirusem Epsteina-Barr

- Cztery dni po peelingu fenolem Bakera zaobserwowano zapalenie rogówki wywołane przez wirus Epsteina –Barr. Choroba ta manifestuje się nieostrym widzeniem, gorączką oraz bólem stawów.
- Po zastosowaniu kropli do oczu z prednizolonem udało się uzyskać remisję choroby. Jednak po kilku miesiącach wystąpiły nawroty, których skutkiem było powstanie blizn rogówki. W tym czasie w sposób ciągły podawano acyklowir. Wydaje się ,że czynnikiem odpowiedzialnym za indukcję wirusa w obrębie rogówki jest olej krotonowy. Dzieje się tak u około 10% seropozytywnych osób.

Kandydiaza

- Naskórek poddany działaniu środka złuszczającego oraz rezygnacja z zastosowania okluzji zapobiegają wystąpieniu drożdżycy. Z kolei doustna antybiotykoterapia oraz użycie maści przeciwbakteryjnych lub preparatów o właściwościach okluzyjnych może sprzyjać zakażeniu grzybami.
- We wszystkich przypadkach opóznionego procesu gojenia po peelingu należy zastosować krótkie leczenie podawanymi ogólnie środkami przeciwdrożdżakowymi np.ketokonazol podawany 200mg przez siedem dni

Przewlekły rumień i przewlekły świąd skóry

- W zależności od rodzaju środka złuszczającego rumień utrzymuje się przez 30-90 dni od zabiegu. Po peelingu powierzchownym okres ten wynosi 14-30 dni, po peelingu średnio głębokim 30-60 dni, natomiast po peelingu głębokim około 90 dni.
- W niektórych przypadkach rumień utrzymuje się dłużej, szczególnie wtedy gdy przed lub po zabiegu stosowano np.tretynoinę. Na długość występowania rumienia ma także wpływ spożywanie alkoholu, występowanie trądziku różowatego oraz leczenie izotretynoiną. Zmiany te nigdy nie są trwałe, jednak w niektórych przypadkach rumień może pojawiać się przejściowo nawet do 4 lat po zabiegu.
- Przewlekły rumień po powtarzanych peelingach z użyciem rezorcynolu powinien wzbudzić podejrzenie występowania kontaktowego zapalenia skóry. Rumień po zabiegach wygładzania skóry z użyciem lasera utrzymuje się dłużej niż po peelingu chemicznym. W przypadku wystąpienia tego typu powikłań stosuje się 2,5% zawiesinę z hydrokortyzonem lub kremy zawierające niefluorowane kortykosteroidy. Można też zastosować leki przeciwhistaminowe, wdrożenie krótkiej terapii kortykosteroidami podawanymi ogólnie, opatrunków z żelem silikonowym oraz kamuflowanie za pomocą makijażu o barwie pozwalającej zamaskować defekty skóry.
- Stosowanie fluorowanych steroidów może doprowadzić do zaniku skóry i teleangiektazji. Natomiast długotrwała terapia kortykosteroidami podawanymi ogólnie może doprowadzić do zaniku skóry i teleangiektazji. Z kolei długotrwała terapia kortykosteroidami podawanymi ogólnie może być przyczyną hiperkortykosteroidemii zespół Cushinga , zahamowanie osi przysadkowo-nadnerczowej. Jeśli jednocześnie występuje naciek, terapia powinna zostać ukierunkowana na przeciwdziałanie powstawaniu blizn, a nie na leczenie rumienia skóry.

Przewlekły rumień i przewlekły świąd skóry c.d.

- Natomiast świąd w okresie reepitelializacji jest normalnym objawem. Zazwyczaj ustępuje po około 30 dniach od zabiegu. Postępowanie terapeutyczne polega na podawaniu małych dawek aspiryny i propanolu oraz wcześniej wymienionych leków. Świąd pojawiający się w okresie gojenia skóry może być także objawem kontaktowe zapalenia skóry wywołanego maściami używanymi do pielęgnacji skóry. Obraz zmian chorobowych w kontaktowym zapaleniu skóry obejmuje również opóznione gojenie, nasilony rumień oraz krostki w ujściach mieszków włosowych zlokalizowane na szyi a także poza leczonym obszarem skóry. W tych przypadkach zaleca się zastąpienie maści masłem roślinnym - Crisco vegetable shortening lub wazeliną i dwu- lub trzydniową doustną terapię prednizonem w dawce 40 mg/dobę. Rumień i świąd mogą być objawami uczulenia na środki powierzchniowoczynne, używane do prania pościeli.

Zaburzenia poletkowania

- Skutkiem wynikającym z usunięcia warstwy rogowej naskórka może być powiększenie porów skóry. Zmiany bywają bardziej widoczne u pacjentów z cerą łojotokową. Jednocześnie skóra może być bardziej uwrażliwiona na zimno i wiatr. Jest to reakcja przemijająca!

Krótka historia peelingu fenolowego

- Peelingi fenolowe po raz pierwszy zastosowano w 1882.r,jednak dopiero od 1962.r zapisały się do zabiegów stosowanych w Medycynie Estetycznej i Chirurgii Plastycznej dzięki tzw. Baker-Gordon Formula czyli „Formuła peelingu fenolowego Bakera”, którą opracował dr.Baker. Pomimo iż była i jest to metoda najbardziej drastyczna przynosiła zadowalające efekty lecznicze.

- W latach 90 zaczęto stosować najmocniejszy z peelingów fenolowych tzw. Exoderm, który był obarczony bardzo dużym ryzykiem powikłań w trakcie zabiegu jak i po nim. Stosowany był rzadko i głównie w klinikach chirurgii plastycznej pod kontrolą lekarską.

- Peeling ten najbezpieczniej stosować na skórę twarzy , gdyż skóra twarzy posiada największą ilość w stosunku do powierzchni liczbę gruczołów łojowych i stąd posiada większą możliwość regeneracji.
- Zabieg ten należy wykonywać w znieczuleniu ogólnym z powodu dużej inwazyjności. Po wykonanym zabiegu na twarz należy nałożyć specjalny opatrunek gdyż twarz jest zaczerwieniona i obrzęknięta.
- Pacjent powinien pozostać 1 dobę po zabiegu. Absencja wynosi zwykle 10 dni skóra w ciągu miesiąca odzyskuje naturalny koloryt. Najczęstszym możliwym powikłaniem jest infekcja dlatego najważniejsze jest przestrzeganie zaleceń lekarza! Zabieg ten polega na złuszczaniu do warstwy rozrodczej, stąd następuje jej odbudowa.

- Exoderm składa się z dwunastu składników fenolu z różnymi składnikami łagodzącymi, które stymulują rozrost kolagenu i włókien elastycznych w skórze powodując efekt większego napięcia i jędrności skóry.
- Skóra po takim zabiegu odzyskuje jędrny ,młody wygląd bez jakichkolwiek blizn pod warunkiem , iż zabieg będzie wykonany należycie i niedojdzie do żadnych powikłań!

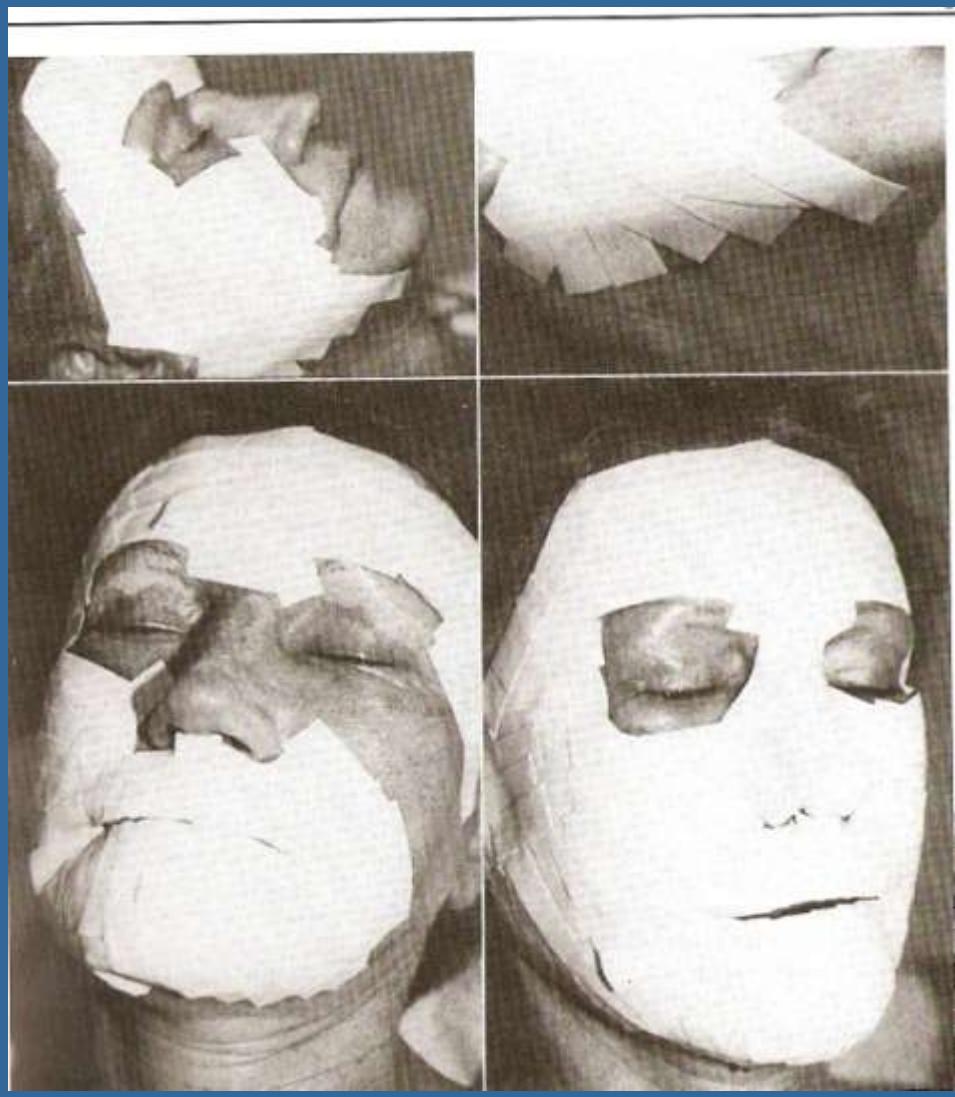
- Obecnie stosuje się Nomelan Fenol Peeling ,który został stworzony przez dr. Serrano w laboratorium MediDerma jest tak stworzony aby mógł być stosowany z powodzeniem w gabinetach Medycyny Estetycznej.
- Pomimo, iż jest to silny peeling nie jest on uciążliwy jak wcześniejsze w trakcie jak i nawet kilka dni po zabiegu .Nie wykonuje się go w znieczuleniu! Złuszczanie rozpoczyna się trzeciego dnia i powinno zakończyć się po trzech kolejnych. Wszelkie objawy mijają po tygodniu.

Peeling fenolowy jest pierwszą skuteczną metodą do walki z różnego rodzaju zmarszczkami, bliznami.
Efekty są widoczne bardzo długo!
Data jego powstania wyprzedza co najmniej o półwiecze moment przeprowadzenia pierwszych operacji faceliftingu i o wiek datę powstania dermabrazji laserowej.

Aplikacja preparatu peelingu fenolowego.

Maska okluzyjna z folii stosowana po nałożeniu peelingu Baker-Gordona.

Do wykonania takiej maski stosuje się różnego rodzaju folie. Najbardziej okluzyjnym opatrunkiem jest nieporowata, odporna na działanie wody folia z tlenkiem cynku.

Najczęściej asystent przed zabiegiem przygotowuje paski folii, krótsze spełniają rolę zawiasów, które umożliwiają niewielki zakres ruchów twarzy oraz sprzyjają lepszemu przyleganiu opatrunku.

Wybór techniki zależy od preferencji lekarza. Ścisłe przyleganie folii do powierzchni skóry warunkuje równomierność peelingu.