

Dr n. farm. Sławomir Wilczyński

Katedra i Zakład Podstawowych Nauk Biomedycznych, Wydział Farmaceutyczny z OML w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Barbara Błońska-Fajfrowska

Najczęstsze powikłania po peelingach powierzchniowych i średnio głębokich oraz metody ich leczenia

Peeling chemiczny jest zabiegiem, w którym czynnik chemiczny oddziałuje na naskórek (peeling powierzchniowy) lub/i górne warstwy skóry właściwej (peeling średnio głęboki). Efektem tego oddziaływania jest odnowa komórek naskórka oraz pozapalna neokolagenogeneza w obrębie skóry właściwej.

Zabieg peelingu powierzchniowego i średnio głębokiego ma stosunkowo mało inwazyjny charakter i aby uzyskać satysfakcjonujące efekty wykonuje się najczęściej serie zabiegów. Jednocześnie mało inwazyjny charakter powoduje, że ryzyko działań niepożądanych jest stosunkowo niskie, a jeśli już takie działania wystąpią, to są one zwykle łagodne i krótkotrwałe.

Do najczęstszych przyczyn powikłań po tego rodzaju peelingach należą: niedostosowanie mocy peelingu do rodzaju skóry, nieodpowiednia fotoprotekcja w okresie pozabiegowym oraz nieodpowiednie przygotowanie skóry do zabiegu. Głębokość penetracji roztworu peelingującego zależy przede wszystkim od grubości warstwy rogowej i ilości łoju. Dlatego też w lokalizacjach, gdzie aktywność gruczołów łojowych jest najwyższa – z reguły strefa T (czoło, nos, broda), wnika-

nie, a więc intensywność działania peelingów chemicznych, jest najwyższa.

Aby zminimalizować ryzyko działań niepożądanych, a tym samym, aby osiągnąć równomierną penetrację roztworu peelingującego, należy odpowiednio przygotować skórę do zabiegu. Jeden z protokołów takiego przygotowania przewiduje następujący algorytm postępowania: 1-2-proc. kwas salicylowy vel 2-3-proc. kwas pirogronowy vel kwas retinowy 0,05-proc. stosować 3 razy w tygodniu przez miesiąc poprzedzający zabieg; jednocześnie 4-proc. hydrochinon również przez miesiąc 3 razy w tygodniu. Ostatnią aplikację preparatów przygotowujących skórę należy przeprowadzić nie później niż 4 dni przed zabiegiem. Skrócenie tego okresu może skutkować nadmierną głębokością penetracji roztworu peelingującego. U pacjentów z historią *Herpes simplex* prewencyjnie

stosuje się lek przeciwwirusowy. Standardowo podaje się acyklowir doustnie w dawce 400 mg dwa razy na dobę 2 dni przed zabiegiem. Oczywiście – jak w przypadku każdego zabiegu – nieodzowne jest przygotowanie dokumentacji fotograficznej pacjenta.

Aby zminimalizować ryzyko działań niepożądanych, jak również zmniejszyć nasilenie standardowych objawów dyskomfortu po zabiegu, należy rygorystycznie przestrzegać zaleceń pozabiegowych. Należą tu przede wszystkim: unikanie ekspozycji słonecznej, stosowanie preparatów nawilżających, stosowanie odpowiednich preparatów do higieny (mycia) skóry, unikanie drapania i innych manipulacji w obszarze pozabiegowym.

Po zabiegu peelingu chemicznego ekspozycja słoneczna powinna być ograniczona do zera. Wobec powyższego przez co najmniej miesiąc po zabiegu należy stosować skuteczną fotoprotekcję. Najlepszym rozwiązaniem w tym przypadku będą filtry UV o wysokim współczynniku ochrony – SPF 50. Ponieważ skóra po zabiegu jest podrażniona, najlepszym rozwiązaniem będą filtry mineralne zmniejszające ryzyko ewentualnej nadwrażliwości skóry na filtry chemiczne. Jeżeli zabieg peelingu jest wykonywany w porze dnia o intensywnym nasłonecznieniu, czasem proponuje się pacjentowi maskę chroniącą skórę przed słońcem podczas podróży z gabinetu do domu.

Do nawilżania skóry po zabiegu idealne będą nadawały się emolienty, zwłaszcza te, które są przeznaczone do pielęgnacji pozabiegowej mające w składzie substancje przyspieszające ziarninowanie. Alternatywą są emolienty stosowane do skór problemowych, np. do pielęgnacji skóry z AZS (atopowym zapaleniem skóry). Zawierają one mniej substancji pomocniczych (barwników, substancji zapachowych, konserwantów), co czyni je „przyjaźniejszymi” dla uszkodzonej skóry. Aplikacja kosmetyków nawilżających (emolientów) powinna być bardzo częsta (co

najmniej 3-4 razy na dzień) oraz obfita. Należy unikać formułacji w formie skomplikowanych postaci kosmetyku – zawierających liposomy, nanoemulsji itp., ponieważ zawierają stosunkowo dużo substancji pomocniczych, przede wszystkim emulgatorów.

W okresie pozabiegowym należy stosować również odpowiednie preparaty do mycia skóry. Niezalecane są produkty zawierające mydło. Zdecydowanie lepszym rozwiązaniem będą środki myjące oparte o syntetyczne detergenty (syndety). Syndety zamiast mydła (sól wyższych kwasów tłuszczowych) oparte są o alkilosiarczany czy betainę, które dzięki niskiemu pH są zdecydowanie lepiej tolerowane przez podrażnioną przez zabieg skórę.

Do najczęstszych działań niepożądanych po zabiegach peelingu powierzchniowych i średnio głębokich można zliczyć: nadmierny obrzęk, długotrwały rumień, uporczywy świąd, zmiany barwnikowe (zarówno hiper-, jak i hipopigmentacyjne), nadwrażliwość skóry, wykwity trądzikopodobne.

Obrzęk skóry po zabiegu peelingu chemicznego jest naturalnym następstwem prowadzenia zabiegu. Niemniej jednak, kiedy nasilenie obrzęku jest zbyt intensywne, można przedsięwziąć środki zaradcze. Typowym rozwiązaniem jest zastosowanie glikokortykosteroidów. W tym przypadku standardowo podaje się metylkopenidolon doustnie w dawce 8 mg/dobę przez tydzień oraz miejscowo stosuje krem z hydrokortyzonem – raz dziennie przez 5 dni.

Rumień po zabiegu, podobnie jak obrzęk, jest naturalnym jego następstwem. Niemniej jednak, kiedy rumień jest długotrwały – powyżej 3 tygodni – może być to oznaką przewlekłego stanu zapalnego. W efekcie wystąpienia stanu zapalnego dochodzi do wydzielania histaminy, która odpowiedzialna jest m.in. za rozszerzenie naczyń i przekrwienie. Jednocześnie histamina jest jednym z najsilniejszych czynników wpływających na aktywację melanocytów. Wobec powyższego

stan zapalny, zwłaszcza przewlekły, może skutkować wystąpieniem pozapalnych zmian hiperpigmentacyjnych. Zmiany te nie mają tendencji do samoistnego ustępowania, a ich następcza terapia jest trudna i nie zawsze daje satysfakcjonujące efekty. Dlatego w przypadku przewlekłego rumienia po peelingu średnio głębokim należy zastosować środki prewencyjne. Należą tu przede wszystkim: glikokortykosterydy – doustne, jak i miejscowo, ochrona UV, kosmetyki z przeciwutleniaczami oraz nawilżanie skóry. Glikokortykosterydy stosuje się najczęściej wg następującego schematu: hydrokortyzon w kremie raz dziennie przez 5 dni oraz metyloprednizolon w dawce 8 mg/dobę przez 2-3 tygodni. W przypadku długotrwałego rumienia ochrona przeciwko promieniowaniu UV powinna być jeszcze bardziej bezwzględna. Stąd aplikacja kremów o wysokim stopniu ochrony powinna odbywać się kilka razy dziennie. Zaleca się również kosmetyki zawierające duże stężenia przeciwutleniaczy, które zmniejszają wolnorodnikową indukcję stanu zapalnego. Skuteczne będą m.in. kremy zawierające wysokie stężenie witaminy C (tetraizopalmitynian askorbylu).

W przypadku uporczywego świądu po zabiegu należy również zastosować środki zaradcze, ponieważ drapiący się pacjent gwałtownie zwiększa ryzyko infekcji. W tym przypadku stosuje się najczęściej miejscowo glikokortykosterydy i antybiotyk oraz doustnie leki przeciwhistaminowe II generacji. Glikokortykosteryd stosuje się najczęściej jako 0,5 lub 1-proc. hydrokortyzon w kremie przez od 3 do 5 dni, natomiast, aby zapobiec infekcji, można zastosować miejscowo antybiotyk o szerokim spektrum działania. Doustnie podaje się cetyryzynę 10 mg/dobę przez 10 dni w celu zmniejszenia świądu.

Innym powikłaniem po zabiegu może być ujawnienie się opryszczki. W tym przypadku stosuje się lek przeciwwirusowy, np. acyklowir w standardowej dawce dwa razy na do-

bę 400 mg przez 5 dni oraz dodatkowo, aby zmniejszyć świąd i zmniejszyć ryzyko manipulacji w obrębie zakażenia, cetyryzynę w standardowej dawce 10 mg/dobę przez miesiąc. Jednym z najpoważniejszych, ale zarazem najrzadszych powikłań po zabiegach peelingu średnio głębokiego są blizny, zarówno atroficzne, jak i przerostowe. Niemniej jednak ryzyko tych ciężkich powikłań pozabiegowych jest minimalne. Blizny zanikowe są z reguły efektem pomyłkowej wielokrotnej aplikacji roztworu peelującego w tym samym miejscu, zdrapywaniem strupów oraz wtórną infekcją.

W przypadku blizn zanikowych wszelkie środki zaradcze podejmuje się najczęściej 2 miesiące po zabiegu i obejmują one m.in. mikronakłówanie, stosowanie wypełniaczy, zastosowanie metody Cross. Jeżeli natomiast mamy do czynienia z bliznami przerostowymi, środki prewencji powinny być podjęte natychmiast. Można zastosować żel silikonowy, który zmniejsza szerokość blizny, jej wysokość oraz poprawia koloryt. Niemniej jednak musi być stosowany przez 6 miesięcy co najmniej 12 h na dobę. Skuteczną metodą są również doogniskowe iniekcje glikokortykosterydów. Z reguły stosuje się triamcynolon 10-40 mg/ml w serii 3 zabiegów z interwałem 4-6 tygodni. Można wykonać również więcej zabiegów, zważając na działania niepożądane, które mogą wystąpić: przede wszystkim atrofia, zmiany naczyniowe – teleangiektazje.

Podsumowując, zabiegi peelingu powierzchniowych i średnio głębokich są zabiegami bezpiecznymi. Ryzyko działań niepożądanych jest niewielkie, a jeżeli już te działania wystąpią, to najczęściej mają charakter przemijający, chociaż czasem będzie do tego potrzebne kilka miesięcy. W innych przypadkach, kiedy pojawią się powikłania – do ich leczenia z reguły wystarczą glikokortykosterydy, antybiotyki oraz leki przeciwhistaminowe II generacji.