

ZIARNINIAKI TYPU CIAŁA OBCEGO PO MEZOTERAPII – OPIS PRZYPADKU, LECZENIE PLAZMOWYM ŚWIATŁEM FSL

Kyrle's disease – a case report

Joanna Krzysiek¹, Katarzyna Tomaszewska^{1, 2}, Katarzyna Płużańska-Srebrzyńska¹, Małgorzata Dominiak¹

Aleksandra Kobusiewicz^{1, 2}, Andrzej Kaszuba¹

¹ Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Zakład Psychodermatologii, Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

W przeciągu ostatnich dwóch dekad medycyna estetyczna stała się bardzo popularna. Wzrost liczby wykonywanych zabiegów niesie ze sobą większe ryzyko wystąpienia powikłań miejscowych lub ogólnych. Działanie zgodnie z zasadami bezpieczeństwa, stosowanie preparatów wysokiej jakości, wiedza o stanie zdrowia pacjenta oraz doświadczenie osoby wykonującej zabieg mogą zminimalizować te niepożądane reakcje. Istotne jest posiadanie umiejętności i wiedzy na temat postępowania w takich sytuacjach. Niniejszy artykuł przedstawia przypadek 54-letniej pacjentki z miejscowym powikłaniem po zastosowaniu mezoterapii leczona niestandardową metodą fototerapii.

Słowa kluczowe: plazma FSL, powikłania po zabiegach estetycznych, guzki zapalne, fototerapia

Abstract

Over the last decades aesthetic medicine has become very popular. The increase in number of treatment performed brings a greater risk of occurrence of local and generalized side effects. Acting in accordance with principles of patient safety, the use of high-quality materials, knowledge about the patient's health and the general experience the person performing the procedure can minimize this danger. Moreover, it is important to have skills in dealing with such cases. This article presents a case of 54-year-old female with local complications after mesotherapy treated with non-standard method of phototherapy.

Key words: plasma FSL, side effects in aesthetic procedures, nodules, phototherapy

WPROWADZENIE

Kwas hialuronowy coraz częściej wykorzystywany jest w medycynie estetycznej. Jest to substancja, która w dużym stopniu nawilża tkanki dzięki umiejętności wiązania cząsteczek wody. Ma właściwości przeciwutleniające, stymulujące w powstawaniu nowych fibroblastów, dzięki czemu prowadzi do odtwarzania prawidłowej gęstości skóry właściwej. Na rynku kwas ten dostępny jest w formie niestabilizowanej i wykorzystuje się go do mezoterapii igłowej w celu biorewitalizacji skóry. Przed wykonaniem zabiegu z zastosowaniem kwasu hialuronowego należy odpowiednio dobrać preparat, zakwalifikować pacjenta, a także poprawnie przeprowadzić procedurę. Pomimo realtywnie rzadkich zdarzeń niepożądanych po implantacji kwasu hialuronowego, należy pamiętać o postępowaniu profilaktycznym. Reakcje niepożądane po zabiegu mogą być zarówno wczesne, jak i późne. Do najczęściej spotykanych odczynów natychmiastowych należą bolesność oraz rumień w miejscu

iniekcji. Nieco rzadziej można zaobserwować nierówności rozłożenia preparatu, a w konsekwencji asymetrię okolic poddawanych zabiegowi. Iniekcja preparatu do światła naczynia lub w jego okolicę może doprowadzić do lokalnej martwicy skóry. Innym rzadkim powikłaniem są reakcje alergiczne, infekcje czy ziarniniaki w miejscu wprowadzenia preparatu. W niniejszym artykule omówiono rzadki przypadek powstania guzków zapalnych po zastosowaniu

mezoterapii z wykorzystaniem nisko- i wykocząsteczkowego kwasu hialuronowego w okolicach twarzy oraz szyi.

OMÓWIENIE PRZYPADKU

Powikłanie miejscowe w postaci guzków zapalnych może pojawić się od kilkunastu dni (czasem nawet miesięcy) po iniekcji preparatu z kwasem hialuronowym. Taka reakcja miejscowa wystąpiła u 54-letniej kobiety po wykonaniu mezoterapii z użyciem preparatu z usieciowanym kwasem hialuronowym w postaci żelu zawierającego także lignokainę (ryc. 1 A-B). W miejscu iniekcji preparatów do skóry twarzy i szyi zaobserwowano liczne twarde guzowate nacieki z odczynem zapalnym. Zmiany te wykazywały niewielką bolesność przy dotyku. Pacjentka przez 2 miesiące była poddana antybiotykoterapii ogólnej cyprofloksacyną, klarytromycyną, ceftriaksonem i prednizonem, z uzyskaniem nieznacznej remisji w zakresie zmian skórnych. Wywiad alergiczny u pacjentki był negatywny. Nie przyjmowała również żadnych leków ogólnoustrojowych bądź miejscowych. Z powodu utrzymujących się guzów i nacieków zapalnych na skórze twarzy i szyi, zdecydowano się na terapię plazmowym światłem FSL.



światło emitowane przez łuk plazmowy. FSL emituje energię o wysokiej temperaturze oraz sekwencyjne długości fal w zakresie 320-8000 nm. Sięga od promieniowania ultrafioletowego do długich promieni podczerwonych. Długość fal obejmuje trzy pasma światła: UVA (320-400 nm), promieniowania widzialnego (400-800 nm) oraz promieniowania podczerwonego (800-8000 nm). Przez synergację odpowiednio dobranych trzech pasm światła można osiągnąć poprawę lub nawet remisję w wielu jednostkach chorobowych, a w szczególności dermatozach zapalnych. Omawianą pacjentkę z guzami zapalnymi na twarzy i szyi poddano terapię światłem FSL z zastosowaniem prętów łukowych z dominującą domieszką światła UVA oraz promieniowania podczerwonego, z częstotliwością raz na tydzień. Po trzecim naświetlaniu zaobserwowano stopniową redukcję guzków zapalnych ze znaczną poprawą w okolicy skóry dekoltu. W kolejnych sesjach fototerapii ogniska zapalne wchłaniały się

również w obrębie skóry twarzy (ryc. 2 A-C). Po dwunastym naświetlaniu zarówno na skórze twarzy jak i szyi nacieki zapalne całkowicie się wchłonęły (ryc. 3). Nie zaobserwowano żadnych skutków ubocznych w trakcie naświetlań plazmą FSL



Ryc. 3. Prawie prawe całkowite wchłonięcie się zmian skórnych po 12 cyklu naświetlania plazmą FSL.

Fig. 3. Almost complete absorption of skin lesions after 12 cycles of plasma FSL.

WNIOSKI

Po wstrzyknięciu preparatu zawierającego kwas hialuronowy można spodziewać się obrzęku i przejściowego rumienia, które zwykle ustępują w przeciągu 3-7 dni. Bezpośrednio po zabiegu mogą pojawić się także podbiegnięcia krwawe, które zwykle utrzymują się nawet do 3 tygodni. W celu

zmniejszenia wczesnych odczynów należy zastosować zimne kompresy i miejscowy masaż bezpośrednio po zabiegu. Jest to istotne szczególnie przy nadmiernym podaniu preparatu do tkanek. Natomiast ograniczenie wystąpienia podbiegnięć krwawych osiąga się przez unikanie zastosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych co najmniej tydzień przed aplikacją preparatu. Te proste wskazówki pozwalają w znacznym stopniu uniknąć stosowania roztworu hialuronidazy, po który należy sięgać wyłącznie w szczególnych sytuacjach i z wyjątkową ostrożnością. Na rynku farmaceutycznym istnieją preparaty zawierające hialuronidazę pozyskiwaną z ekstraktów z tkanek zwierzęcych lub ludzką rekombinowaną postać tego enzymu. Należy pamiętać, że roztwór hialuronidazy powoduje nie tylko przyspieszenie biodegradacji implantu, lecz także rozpad kwasu hialuronowego znajdującego się w otaczającej skórze. Warto obserwować pacjenta pod kątem reakcji alergicznej

w przypadku zastosowania preparatu pochodzenia zwierzęcego. Znacznie częściej takie reakcje alergiczne można zaobserwować po zabiegach preparatem zawierającym zanieczyszczenia lub alergizującym domieszki. Ryzyko takie wzrasta po zastosowaniu nieatestowanych preparatów wątpliwej jakości. Przed zakupem wyrobu medycznego należy więc dokładnie przeanalizować opis znajdujący się na opakowaniu, informujący o dacie ważności, składzie preparatu oraz kraju pochodzenia z deklaracją producenta, że produkt spełnia wymagania Unii Europejskiej. Takie postępowanie z pewnością podwyższy poziom bezpieczeństwa wykonywania zabiegu. Przestrzeganie zasad aseptyki uchroni pacjenta przed nadkażeniami bakteryjnym w miejscu implantacji preparatu z kwasem hialuronowym. W omawianym w artykule przypadku klinicznym najszybszym postępowaniem było podanie hialuronidazy do guzków zapalnych. Prawidłowym postępowaniem jest także włączenie glikokortykosteroidoterapii systemowej, a także antybiotykoterapii ogólnej. W przypadku powolnej poprawy klinicznej dopuszczalne jest doogniskowe podanie glikokortykosteroidów lub – w ostateczności – chirurgiczne zaopatrzenie zmian skórnych. W danym przypadku pacjentka poddana była bezpiecznej formie terapii, jaką jest plazma FSL. Synergia trzech pasm światła w tej metodzie zapewnia szczególną skuteczność w leczeniu zmian zapalnych skóry przy niskim ryzyku ich nawrotów. Natomiast brak emisji UVB i UVC

przy niewielkiej mocy promieniowania zapewnia dodatkowe bezpieczeństwo leczenia. Plazma FSL może stanowić alternatywną formę fototerapii zarówno w dermatologii, jak i w powikłaniach po zabiegach estetycznych.

Adres do korespondencji:

Lek. Joanna Krzysiek

Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

ul. Kniaziewicza 1/5, 91-347 Łódź

Tel: 42 251 61 92

E-mail: dermatologia@umed.lodz.pl

Piśmiennictwo

Placek W.: Dermatologia estetyczna, Wyd. Termedia, Poznań 2016: 395-402.

Bowszyc-Dmochowska M.: Fototerapia w dermatologii, *Przew Lek* 2006, 7: 85-91.

Funt D., Pavicic T.: Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2013; 6: 295-316.

Dadzie O.E., Mahalingam M., Parada M.: Adverse cutaneous reactions to soft tissue fillers – a review of the histological features. *J Cutan Pathol* 2008; 35: 536-548.

Requena L., Requena C., Christensen L. i wsp. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 1-34.

Placek W.: Dermatologia estetyczna, Wyd. Termedia, Poznań 2016: 395-402.

Bowszyc-Dmochowska M.: Fototerapia w dermatologii, *Przew Lek* 2006, 7: 85-91.

Funt D., Pavicic T.: Dermal fillers in aesthetics: an overview of adverse events and treatment approaches. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2013; 6: 295-316.

Dadzie O.E., Mahalingam M., Parada M.: Adverse cutaneous reactions to soft tissue fillers – a review of the histological features. *J Cutan Pathol* 2008; 35: 536-548.

Requena L., Requena C., Christensen L. i wsp. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 1-34.

Cohen J.L.: Understanding, avoiding and managing dermal filler complications. *Dermatol Surg* 2008; 34: 92-99.

Shahrabi Farahani S., Sexton J., Stone J.D. i wsp. Lip nodules caused by hyaluronic acid filler injection: report of three cases. *Head Neck Pathol* 2012; 6: 16-20.

Winslow C.P.: The management of dermal filler complications. *Facial Plast Surg* 2009; 25: 124-128.

Narins R.S., Coleman W.P., Glogau R.G.: Recommendations and treatment options for nodules and other filler complications. *Dermatol Surg* 2009; 35: 1667-1671.

Sclafani A.P., Fagein S.: Treatment of injectable soft tissue filler complications. *Dermatol Surg* 2009; 35: 1672-1680.

Park T.H., Yeo K.K., Seo S.W. i wsp. Clinical experience with complications of hand rejuvenation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2012; 65: 1627-1631.

Ellen S.C., Adigun C.G.: Complication of injectable fillers and neurotoxins. *Derm Therapy* 2011; 24: 524-526.

Abduljabbar M.H., Basendwh M.A.: Complications of hyaluronic acid fillers and their managements. *J Dermatol & Dematol Surg* 2016; 20: 100-106.

Edwards P.C., Fantasia J.E.: Review of ong-term adverse effects associated with the use of chemically-modified animal and nonanimal source hyaluronic acid dermal fillers. *Clin Interv Aging* 2007; 2 (4): 509-519.