

Trattamento per la blefaroplastica non chirurgica [Rev. 01]

Introduzione

La regione periorbitaria è senza dubbio una delle più importanti del viso. Le sue sfumature e la sua delicatezza sottolineano la personalità del singolo e la sua espressività emotiva. Gli occhi rappresentano un sistema fondamentale di comunicazione non verbale.

Con l'età si manifestano la lassità dei legamenti tarsali e la ridondanza della cute, con una deviazione negativa del canto verso il margine sottocigliare. La riduzione volumetrica delle strutture e l'allentamento della cute portano a un aspetto scavato. I cuscinetti adiposi infraorbitari erniano e il passaggio tra la palpebra inferiore e la guancia diventa ben evidente a livello del solco infraorbitario.



Per gentile concessione della Dott.ssa Maria Cristina Di Mascio.

Da queste premesse si intuisce come la correzione chirurgica sia impegnativa sul piano tecnico. Grande importanza, pertanto, va assegnata allo studio pre-operatorio allo scopo di evidenziare la situazione obiettiva ed eventuali patologie di ordine oftalmologico ma anche per la valutazione globale dell'inestetismo onde garantire un risultato pari alle aspettative.

La metodica chirurgica utile a correggere gli inestetismi e le alterazioni a carico delle palpebre è definita blefaroplastica e si basa essenzialmente su tre fasi fondamentali: resezione della cute, resezione del muscolo e delle borse adipose. L'intervento è decisamente invasivo con un impegnativo post trattamento per il paziente, oltre a tutti i rischi legati ad un intervento chirurgico.

Le nuove tecnologie hanno consentito l'avvento di una nuova concezione di blefaroplastica: la blefaroplastica non chirurgica con il Plexr.

Indicazioni

Il plasma agisce direttamente sull'epidermide senza danneggiare la lamina basale. Prima della sublimazione, i corneociti trasmettono una quantità stimata di energia selettiva sotto forma di calore, fino alla giusta profondità del derma, insieme alla stimolazione biochimica prodotta dal plasma, senza irradiazione (laser / luce) o scossa elettrica (elettrobisturi / corrente) all'interno dei tessuti.

La stimolazione selettiva con il Plexr consente:

- 1- contrazione immediata delle fibre di collagene
- 2- riorganizzazione del collagene
- 3- formazione di nuovo collagene
- 4- rinnovamento epidermico

L'efficacia e la sicurezza sono state dimostrate attraverso numerosi studi scientifici.

Il paziente ideale presenta eccesso di pelle che si intende ritrarre (blefarocalasi). Il successo negli altri interventi è variabile in funzione dei singoli casi.





Per gentile concessione della Dott.ssa Maria Cristina Di Mascio.

Pre-trattamento

- Rimozione make up
- Disinfezione cute con benzalconio o similari non alcolici
- Crema Anestetica (Emla, Pliaglis o galeniche) 40 minuti prima dell'intervento, meglio con occlusione della parte, vista la volatilità della lidocaina
- Rimozione dell'eccesso di crema con solo cotone

Trattamento

Manipolo da utilizzare: - BIANCO

- BIANCO in modalità frazionata "Blefaroplastica".

NB. La scelta del manipolo BIANCO è obbligatoria fino a che non si ha l'esperienza di saper distinguere la tipologia di pelle del paziente in relazione all'attività del dispositivo.



- Plicare la parte: premere sui lati dell'occhio per evidenziare le pliche da trattare.
- Intervenire per punti utilizzando la tecnica spot “a triangolo”: tali punti vengono posizionati sulla cute in eccesso, senza mai arrivare al solco o alla piega cutanea presente. Questo intervento crea delle linee di forza, che agiscono a 360°. Ogni spot deve essere della durata necessaria ad osservare la retrazione della pelle (tra 1e 2 secondi).
- Rimuovere quando necessario i residui carboniosi con cotone asciutto.



PRE



POST

*Plexr®**Per gentile concessione della Dott.ssa Maria Cristina Di Mascio.*

PRE



POST

*Plexr®*

Post-trattamento

- Lavaggio mattina-sera con Sapone di Marsiglia solido.
- Utilizzo del kit *Plexr Care* (LGM, www.lgmitalia.it, Roma, Italia) secondo protocollo:
 - Applicazione rigorosa di fondotinta con SPF 50+ per proteggere dai raggi UVA e UVB fino a che il processo di cicatrizzazione cutaneo non è completo. Tale processo consiste nell'insorgenza di crosticine dovute alla micro-ablazione e alla comparsa di rossore dovuta alla formazione del nuovo tessuto.
 - Crema all'ossido di zinco -antisettico e antiedemigeno- per prevenire e trattare la formazione dell'edema e del rossore, che in ogni caso sono parte del processo rinnovativo del tessuto.
 - Crema a base di vitamina K, la cui forma attiva all'interno dell'organismo è l'idrochinone, utile a prevenire e trattare l'eventuale insorgenza di iperpigmentazione dell'area trattata.



Ripetizione del trattamento

- Fase 1: prima visita di valutazione del paziente: in tale seduta verranno eseguiti 5-6 spot per vedere la reazione del paziente stesso.

- Fase 2 (dopo 28 giorni) - trattare circa il 30% della zona della palpebra superiore a partire dalla zona laterale della piega palpebrale.
- Fase 3 (dopo 28 giorni) - trattare un ulteriore 30% e, in caso di necessità, intervenire nuovamente sulla zona già trattata in precedenza
- Fase 4 (dopo 28 giorni) - trattare la parte non ancora trattata e, in caso di necessità, intervenire nuovamente sulle zone già trattate in precedenza
- Fase 5 (dopo 28 giorni) - visita finale di valutazione con possibilità di intervenire nuovamente in caso di necessità

NB. La scelta della percentuale di trattamento e del numero di sedute è obbligatoria fino a che non si ha l'esperienza per saper distinguere la tipologia di pelle del paziente in relazione all'attività del dispositivo.

Controindicazioni

Crosticine, edema e rossore fanno parte del naturale processo di cicatrizzazione e riparazione tissutale che accompagnano il rinnovamento della cute. Normalmente tale processo ha durata 7-10 giorni.

Gli effetti collaterali sono assolutamente poco probabili, soggettivi e spesso relativi ad una cattiva gestione del post trattamento:

- Edema eccessivo.
- Rossore persistente (eritema).
- Iperpigmentazione (PIH).

Per eccessivo edema utilizzare l'antistaminico Bilastina.

Eritema ed iperpigmentazione sono strettamente correlate al fototipo del paziente trattato: più è basso il fototipo, maggiore sarà il rischio di eritema, mentre sarà minore la probabilità di iperpigmentazione della pelle. Viceversa, più alto è il fototipo, minore sarà il rischio di eritema, mentre aumenterà la probabilità di iperpigmentazione della pelle.

L'insorgenza di tali effetti collaterali non deve assolutamente preoccupare il medico o il paziente poiché, nel caso in cui dovessero verificarsi, sono assolutamente temporanei e si risolveranno in autonomia (max 2 mesi per l'eritema, max 6 mesi per l'iperpigmentazione).



In ogni caso, più il trattamento è “aggressivo” (scelta del manipolo, grandezza dell’area trattata) maggiore sarà la probabilità di insorgenza di effetti collaterali.

Non va confuso come effetto collaterale l’eventuale differenza di texture o ipocromia rispetto al tessuto circostante. Va ricordato infatti al paziente che il tessuto trattato è nuovo, mentre quello circostante ha subito danno solare ed aging. Il nuovo tessuto si uniformerà al vecchio in maniera autonoma, oppure si potrà risolvere con un peeling.

Se il rossore dovesse persistere per più di 20 giorni applicare pomata o iniettivo antidistrofico.

Per quanto riguarda il fenomeno dell’iperpigmentazione, è comunque ampiamente conosciuto ed esistono molti metodi depigmentanti in grado di accelerare la sua scomparsa. Non si verifica a causa della deposizione di melanina, ma è dovuto al deposito di emosiderina, motivo per cui lo stiamo trattando con vitamina K, ossido di Zinco, Centella Asiatica e gli altri eccipienti presenti nel trattamento “Plexr Care” che limitano l’infiammazione post edematosa. Per cui minore è l’area trattata, minore sarà la probabilità di sviluppare il fenomeno.

Un’altra causa di insorgenza è l’esposizione solare, (Iperpigmentazione per esposizione solare), per cui la protezione con il fondotinta con protezione solare 50+ è assolutamente necessaria, soprattutto nei paesi in cui l’irraggiamento solare è maggiore e il fototipo della pelle secondo Fitzpatrick è superiore a III.

Lo studio svolto in Italia Rossi et al. 2017 (vedi tabella), ha mostrato come su 10 pazienti con fototipo da I a III nessun caso di iperpigmentazione post trattamento si sia verificato.

TABLE 1. Patient Demographic and Upper Eyelid Characteristics for All Female Patients Included in the Study, With Clinical and RCM Improvement

Patient No.	Age, yrs	Skin Phototype	Eyelid Dermatochalasis, T0	Predominant Collagen Pattern, T0	Eyelid Dermatochalasis, T1	Predominant Collagen Pattern, T1	Time to Scab Healing, d	Time to Erythema Healing, d	Edema, d	Hyperpigmentation
1	69	II	8	Huddled	6	Long straight fibers	5	28	2	No
2	55	II	7	Coarse	4	Long straight fibers	7	40	2	No
3	52	I	6	Huddled	3	Long straight fibers	6	30	3	No
4	58	III	7	Huddled	5	Long straight fibers	4	35	2	No
5	72	II	8	Huddled	7	Long straight fibers	3	28	3	No
6	56	III	6	Huddled	3	Long straight fibers	6	36	2	No
7	40	I	7	Coarse	4	Long straight fibers	7	36	3	No
8	65	II	8	Coarse	5	Long straight fibers	3	30	2	No
9	48	II	6	Huddled	3	Long straight fibers	5	28	2	No
10	59	II	6	Coarse	3	Long straight fibers	6	30	2	No

RCM, Reflectance Confocal Microscopy.

Protocollo suggerito da GMV in caso di PIH:

Fototipi I-III

- Applicare ogni notte per un mese crema basata sulla formula di Kligmann.
- Valutazione dopo un mese.
- Nel caso di persistenza applicare Peeling TCA (acido tricloroceptico) al 30%.
- Ripetere il ciclo se necessario fino alla completa scomparsa.

Fototipi IV-VI:

Appicare il ciclo descritto per i fototipi I-III con due accorgimenti.

- 1 - Evitare l'idrochinone almeno per il primo ciclo di trattamento.
- 2 - Utilizzare il Peeling di TCA (acido tricloroceptico) al 15% almeno per il primo ciclo di trattamento.

