



Tecniche adjuvanti di ringiovanimento del viso

B. Môle

A lungo trascurate, le tecniche non chirurgiche di ringiovanimento inquadrano, ormai, le procedure più invasive. Dopo aver ampiamente dimostrato la sua efficacia, anche se limitata, nel tempo, l'uso combinato della tossina botulinica e delle procedure di riempimento o di ripristino dei volumi (fillers, induttori, lipofilling) completa molto favorevolmente o allontana gli insuccessi delle procedure più aggressive. La tossina botulinica, senza rischio potenziale perché sempre reversibile, conosce un'estensione ufficiosa delle sue possibilità e rappresenta la procedura di medicina estetica più praticata nel mondo. La scelta dei prodotti di riempimento o ripristino dei volumi resta più delicata e richiede una buona conoscenza della reologia per adattare la tecnica alle necessità; le complicanze dei filler sono tutt'altro che trascurabili e, a volte, sono drammatiche. L'induzione collagenica è un fenomeno di comprensione recente che permette di spiegare l'efficacia "enigmatica" della maggior parte delle procedure non invasive: la perdita di attività dei fibroblasti e l'essiccamento della matrice extracellulare con il tempo possono, oggi, essere ripristinati in maniera efficace, se non duratura. Accanto alle tecniche che hanno ampiamente dimostrato la loro efficacia (peeling, laser) sorgono decine di altre proposte terapeutiche di "ringiovanimento" la cui efficacia si basa su diversi principi: stimolazione del collagene mediante luce, ultrasuoni, induttori iniettabili, mesoterapia, meccanotrasduzione e calore, eliminazione degli eccessi mediante lipolisi chimica o termica, riposizionamento dei volumi mediante fili di sospensione, miglioramento della qualità della cute mediante microiniezioni di plasma ricco di piastrine (PRP), fotomodulazione cutanea con light emitting diode (LED), mesoterapia, polidiossianone (PDO) e così via. L'efficacia attesa di tutte queste tecniche si basa, prima di tutto, sulla loro combinazione, sulla ripetizione delle sedute e su un regolare mantenimento. Le maggiori difficoltà restano, indubbiamente, la selezione adeguata dei pazienti e la gestione di dotazioni tecniche che richiedono investimenti importanti ed evolutivi.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ringiovanimento non chirurgico; Tossina botulinica; Filler; Fili sospensori; Induzione cutanea combinata

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Procedure di sostegno con fili detti tensori o di sospensione	14
■ Procedure dinamiche	2	Fili non riassorbibili	15
Controllo della dinamica facciale mediante tossina botulinica	2	Fili riassorbibili	15
Sezioni muscolari transcutanee	6	■ Procedure di resurfacing cutaneo	16
■ Procedure addizionali	6	Dermoabrasione	16
Gestione dei volumi e dei livelli con gli agenti di riempimento sintetici o "filler"	6	Peeling	16
Lipofilling	10	Laser	18
Complicanze generali delle procedure di addizione	12	■ Procedure non ablative di stimolazione tissutale	19
■ Procedure di sottrazione	13	Plasma ricco di piastrine	19
Lipolisi chimica	13	Mesoterapia	19
Lipolisi fisica (ultrasuoni)	14	Tecniche che utilizzano delle luci	19
Lipolisi fisica mediante il freddo (criolipolisi)	14	Radiofrequenza	20
Lipolisi termica	14	Carbossiterapia	20
		"Skin needling"	20
		Impianti sottocutanei in polidiossianone (PDO)	20

■ Introduzione

Troppo spesso inizialmente trascurate dai chirurghi a causa dei loro risultati limitati (al di fuori delle procedure di "resurfacing"), le tecniche adiuvanti di ringiovanimento facciale sono divenute, nel corso degli anni e con il miglioramento impressionante dei loro risultati, un'attività imprescindibile o, addirittura, predominante nello sviluppo di una pratica estetica. Queste tecniche permettono, in effetti, di espandere considerevolmente il campo delle attività, catturando una clientela a volte indecisa o timorosa sempre più giovane, fidelizzandola e completando o, anche, prolungando i risultati delle indicazioni chirurgiche in modo sempre più efficiente.

Emerge la possibilità per i chirurghi di poter controllare ancora meglio la maggior parte delle procedure dette di "ringiovanimento", dalle più semplici alle più complesse: è, quindi, opportuno restare aperti, attenti e curiosi circa questo sviluppo che procede per salti qualitativi a volte sorprendenti o inaspettati, a rischio di minacciare un'attività chirurgica "pura e dura" fino a questo momento considerata insostituibile.

■ Procedure dinamiche

Controllo della dinamica facciale mediante tossina botulinica

Gli onori vadano a chi li ha meritati: la rivelazione, nel 1987, da parte di J. e A. Carruthers [1], del possibile controllo dinamico facciale mediante iniezione diretta di una tossina estremamente virulenta prodotta dal microrganismo *Clostridium botulinum*, responsabile di intossicazioni alimentari temibili, talora mortali, ha avuto, in un ambiente cosmetico ancora nella sua infanzia, l'effetto di una bomba il cui soffio è ancora lungi dallo spegnersi. J. Carruthers, oftalmologa canadese, avendo notato in una paziente trattata per blefarospasmo a notevole miglioramento delle rughe frontali, ha condiviso immediatamente l'osservazione di questo effetto benefico con il marito, dermatologo. La "rivoluzione Botox®" era nata. La tossina botulinica (TB) è una proteina il cui effetto neurotossico è il più potente conosciuto (40 milioni di volte quello del cianuro). In realtà, esistono otto tipi di tossina, corrispondenti a diverse attività antigeniche, provenienti da otto diversi ceppi di microrganismi; in pratica, solo il tipo A viene utilizzato in clinica umana, in quanto la sua tossina è la più attiva. La sua azione blocca il rilascio di acetilcolina a livello della placca motoria, causando una paralisi flaccida delle fibre muscolari interessate. Si tratta di un polipeptide a due catene; la catena pesante permette il legame al recettore neuronale e la catena leggera ha un ruolo di enzima che impedisce la fusione delle vescicole che racchiudono l'acetilcolina con la membrana e, quindi, la sua liberazione. Questo blocco è irreversibile, costringendo l'estremità nervosa a creare nuove sinapsi per bypassare la zona di blocco: questa rigenerazione dura mediamente quattro mesi, il che corrisponde agli effetti clinici della TB. Questa è utilizzata in medicina dal 1970 in molte condizioni che presentano un'ipercontrazione muscolare permanente (strabismo, nistagmo, blefarospasmo, torcicollo, distonie, ecc.).

Benché le prime presentazioni dei Carruthers siano state accolte con riserva, è stato capito rapidamente lo straordinario potenziale di questa scoperta [2] e l'uso della TB si è diffuso a macchia d'olio in tutto il mondo dal 1995 (6,5 milioni di trattamenti sono stati somministrati nel 2015 nei soli Stati Uniti).

La TB è una sostanza con uno status di farmaco, dall'effetto quasi costante, dal dosaggio preciso e dall'impiego tanto più rassicurante in quanto i suoi effetti sono totalmente reversibili.

Utilizzo

Tre specialità di TB sono attualmente disponibili in Francia (ma altre stanno arrivando, tanto il mercato è promettente):

- Vistabel®, in flaconcino di 50 unità Allergan (è il Botox® riservato all'uso terapeutico sotto questo nome divenuto eponimo della TB), sotto forma di deposito appena visibile sul fondo del flaconcino, da conservare a una temperatura di 2-8°;
- Azzalure®, in flaconcino da 125 unità Speywood (si tratta del Dysport® ugualmente riservato all'uso terapeutico e disponibile in fiale di 500 unità), sotto forma di polvere, anch'esso da conservare al fresco;
- Bocouture® (Xeomin®), in flaconcino da 50 unità sotto forma di polvere, che può essere conservato a temperatura ambiente.

È evidentemente un peccato che un consenso non abbia presieduto a una standardizzazione delle unità, ma, dal momento che l'attività delle diverse tossine è simile, la conversione è semplice:

1 unità "Allergan" o "Bocouture®" = 2,5 unità "Azzalure®"

Questa conversione è, in realtà, inutile se si adotta un sistema di riferimento volumetrico: in effetti, la "potenza efficace potenziale" è la stessa in ogni fiala di TB, poiché gli studi clinici si riferiscono tutti alla prima TB messa in commercio. Se si utilizza la stessa diluizione, la raccomandazione consigliata, per esempio, da Allergan, ossia 1,25 ml di soluzione fisiologica per ricostituire ogni flaconcino, si otterrà esattamente la stessa efficacia teorica volume per volume. Tutte le raccomandazioni di dosi di trattamento sono, qui, espresse in "UVTB" (unità volumetrica di TB) semplificate in UB ("unità Botox®"). Queste UB sono, in realtà, modellate sulle unità Speywood, molto facili da usare (1 fiala di Azzalure® contiene 125 unità), poiché un'unità è pari a 0,01 ml (ossia 1 tacca sulle siringhe da 1 ml). Questo sistema offre una precisione insostituibile e, quando si parla, per esempio, di 10 UB, questo corrisponde a 0,1 ml (ossia 10 tacche), ossia 10 unità Azzalure®, e, quindi, $10/2,5 = 4$ unità Vistabel® o Bocouture®. Naturalmente, ognuno può procedere secondo le sue abitudini, fino a usare diluizioni molto alte per una precisione ancora maggiore [3].

Resta la questione di sapere se l'attività delle tossine sia molto diversa dall'una all'altra [4]. Dopo 17 anni di uso intensivo e nonostante studi "comparativi" ferocemente competitivi, ci sembra difficile sostenere che una tossina supera le altre, avendo avuto alcune "sorprese" in entrambi i sensi con le tre specialità. La sola differenza sensibile risiede nel ritardo d'azione indubbiamente più breve con Azzalure®, il che è legato a una maggiore diffusione e obiettivamente dimostrato, senza dubbio in relazione con un peso molecolare inferiore a quello delle altre TB. Non vi sono controindicazioni, a eccezione della miastenia grave e della sindrome di Lambert-Eaton (forma di miastenia autoimmune il più delle volte associata a un cancro di tipo polmonare anaplastico a piccole cellule); l'iniezione non deve essere proposta, in linea di principio, alle donne gravide o che allattano. Infine, occorre ricordare che l'uso della TB in Francia è riservato agli specialisti in chirurgia plastica, dermatologia, chirurgia del viso e del collo e maxillofacciale e oftalmologia, e non è raccomandato prima dei 18 o dopo i 65 anni (a causa della mancanza di dati clinici di fase 3 per questi gruppi d'età) [5].

Preparazione

Si esegue estemporaneamente, al momento dell'iniezione, dopo la ricostituzione con 1,25 ml di soluzione fisiologica per flaconcino. La soluzione è raccolta in siringhe da 1 ml (100 UB), che permettono di evitare ogni spazio morto, montate con aghi 30G o 33G. È possibile anche utilizzare siringhe da insulina,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805899>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805899>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)