

Θεραπεία πολλαπλών σμηγματογόνων υπερπλασιών προσώπου με μια αναθεωρημένη και βελτιωμένη μέθοδο ηλεκτροαποξήρανσης

Multiple facial sebaceous hyperplasias: Electrodesiccation revisited

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η σμηγματογόνος υπερπλασία αντιπροσωπεύει μια καλοήγη διόγκωση των σμηγματογόνων αδένων που παρατηρείται συχνά στα κατεχοχίν φωτογηρασμένα και ώριμα δέρματα. Κλινικά αποτελούνται από μονήρεις ή πολλαπλές, στρογγυλές υποκίτρινες βλατίδες, διαμέτρου 2 έως 4mm, στις οποίες συνυπάρχουν, περιστασιακά, επιφανειακές ευρυαγγείες. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση κεντρικής κοιλότητας, η οποία αντιστοιχεί στον τριχοσμηματογόνο πόρο. Οι σμηγματογόνες υπερπλασίες εντοπίζονται συνήθως στο πρόσωπο. Όταν είναι πολυάριθμες ή μεγάλου μεγέθους, αποτελούν αισθητικό πρόβλημα για τους ασθενείς, οι οποίοι συχνά επιζητούν τη συμβουλή του δερματολόγου για την απομάκρυνση ή τη βελτίωση αυτών των βλαβών. Εμείς προσωπικά προτείνουμε τη μέθοδο της ενδοβλαβικής ηλεκτροαποξήρανσης, βασισμένη σε μια τεχνική που έχει ήδη περιγραφεί στο παρελθόν από τους Bader και Scarborough. Πρόκειται για μια εξαιρετικά γρήγορη και αποτελεσματική τεχνική, που επιτρέπει την αντιμετώπιση πολλαπλών βλαβών σε μία μόνο συνεδρία.

Λέξεις-κλειδιά: Σμηγματογόνος υπερπλασία, ηλεκτροαποξήρανση.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

PROF. L. MARINI¹
X. ΠΡΕΒΕΖΑΣ²
E. ΦΡΑΓΚΟΥ³

¹*Skin Doctors' Center, Trieste, Italy*

²*Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Αθήνα*

³*MD, Msc Nano-βιοτεχνολογίας, Msc φαρμακευτικής τεχνολογίας, Α' Δερματολογική κλινική ΑΠΘ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σμηγματογόνος υπερπλασία αντιπροσωπεύει μια καλοήγη διόγκωση των σμηγματογόνων αδένων που παρατηρείται συχνά στα κατεχοχίν φωτογηρασμένα και ώριμα δέρματα. Οι βλάβες είναι συχνότερες στους άντρες. Κλινικά αποτελούνται από μονήρεις ή πολλαπλές, στρογγυλές υποκίτρινες βλατίδες, διαμέτρου 2 έως 4mm, στις οποίες συνυπάρχουν, περιστασιακά, επιφανειακές ευρυαγγείες. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση κεντρικής κοιλότητας, η οποία αντιστοιχεί στον τριχοσμηματογόνο πόρο. Οι σμηγματογόνες υπερπλασίες εντοπίζονται συνήθως στο πρόσωπο, αν και είναι πιθανό να εμφανιστούν και σε άλλες περιοχές, όπως στα γεννητικά όργανα και στη θηλή του μαστού. Έχουν αναφερθεί γιγάντιες και διάχυτες βλάβες, όπως επίσης και σε γραμμοειδείς ή ερπητοειδείς



Εικόνα 1. Μέθοδος ενδοβλαβικής ηλεκτροαποξήρανσης α) είσοδος βελόνας στο δέρμα και β) έξοδος και αφαίρεση σμήγματος.



Εικόνα 2. Μέθοδος ενδοβλαβικής ηλεκτροαποξήρανσης ακολουθούμενη από εξαγωγή του σμήγματος α) πριν και β) μετά.

κατανομές¹. Πολλαπλές υπερπλάσιες έχουν περιγραφεί σε ασθενείς υπό αιμοδιάλυση ή ανοσοκατασταλτική θεραπεία (κυκλοσπορίνη, κορτικοστεροειδή), ιδιαίτερα μετά από μεταμόσχευση νεφρού²⁻³. Η ανάγκη διαφορικής διάγνωσης από το διηθητικό λοβώδες βασικοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί περιστασιακά να δικαιολογήσει τη διενέργεια δερματικής βιοψίας.

Οι σμηγματογόνες υπερπλάσιες, ιδιαίτερα όταν είναι πολυάριθμες ή μεγάλου μεγέθους, αποτελούν αισθητικό πρόβλημα για τους ασθενείς. Οι τελευταίοι συχνά επιζητούν τη συμβουλή του δερματολόγου για την απομάκρυνση ή τη βελτίωση αυτών των βλαβών. Διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία, όπως κατά εφαπτομένη αφαίρεση (shaving), κρυσχειρουργική, χημικά πήλινα, ηλεκτροαποξήρανση μόνη της ή σε συνδυασμό με απόξεση με ξέστρο, από του στόματος χορήγηση ισοτρετινοΐνης, φωτοεξάνωση με laser (CO₂, Er:YAG) ή φωτοθερμόλυση με laser (PDL, diode laser) και φωτο- ή laser-υποβοηθούμενη

φωτοδυναμική θεραπεία (PDT) με 5-ALA⁴⁻⁹. Όλες οι παραπάνω τεχνικές έχουν αποδειχτεί χρήσιμες, αν και δε στερούνται επιπλοκών και ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως υποτροπή, ατροφικές ουλές και κίνδυνος για μεταφλεγμονώδη υπερ- και υπομελάγχρωση. Συνήθως, απαιτούνται πολλαπλές συνεδρίες για να επιτευχθεί ένα αποδεκτό αποτέλεσμα. Τα σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα παρουσιάζουν αρκετά υψηλό κόστος αγοράς και συντήρησης και συνήθως, δεν υπερέρχουν των καθιερωμένων «κλασικών» τεχνικών.

Εμείς προσωπικά προτείνουμε τη μέθοδο της ενδοβλαβικής ηλεκτροαποξήρανσης, βασισμένη σε μια τεχνική που έχει ήδη περιγραφεί στο παρελθόν από τους Bader και Scarborough⁴. Πρόκειται για μια εξαιρετικά γρήγορη και αποτελεσματική τεχνική, που επιτρέπει την αντιμετώπιση πολλαπλών βλαβών σε μία μόνο συνεδρία. Η ταλαιπωρία του ασθενή περιορίζεται στο ελάχιστο, ενώ η επούλωση είναι ταχύτερη. Μπορεί εύκολα να εφαρμοστεί με τις συνήθεις ηλεκτροχει-

ρουργικές μονάδες, οι οποίες υπάρχουν πάντα στα δερματολογικά ιατρεία.

Όσον αφορά την αναισθησία της πάσχουσας περιοχής, και ειδικά στην περίπτωση πολυάριθμων βλάβων, προτιμάμε τον αποκλεισμό των κατάλληλων κλάδων του τριδύμου, από την τοπική έγχυση σε κάθε μεμονωμένη υπερπλασία. Οι περιοχικοί αποκλεισμοί παρέχουν γρήγορη και αποτελεσματική αναισθησία και θα έπρεπε να επιλέγονται από κάθε δερματολόγο που θα ήθελε να ασκήσει τη δερματοχειρουργική. Η τοπική έγχυση είναι περισσότερο επώδυνη και παρατεταμένη και μπορεί να τροποποιήσει την εμφάνιση των βλάβων, καθιστώντας την αντιμετώπισή τους λιγότερο αποτελεσματική. Για έναν πλήρη νευρικό αποκλεισμό του προσώπου, μια σειρά από οκτώ συμμετρικές διηθήσεις είναι αρκετή, ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική αναισθησία¹⁰. Προτιμάμε διάλυμα αρτικαΐνης 2% και επινεφρίνης 1:200.000. Ειδικά για την περιοφθαλμική περιοχή συστήνεται η χρήση πλαστικών οφθαλμικών καλύπτρων, προκειμένου να προληφθεί ο πιθανός τραυματισμός τους. Μία βελόνα αποτρίχωσης, λεπτή και χωρίς μόνωση, προσαρμόζεται στη χειρολαβή του ανοικτού κυκλώματος συσκευής ραδιοσυχνότητων (Hyfrecator 2000, Conmed, USA) στα 450 + 50 kHz. Η διαδικασία πραγματοποιείται με χαμηλή ισχύ στα 3,2 - 3,5 Watts (150-180 Ohms). Ενώ η ηλεκτροχειρουργική συσκευή είναι σε λειτουργία, η βελόνα εισάγεται και εξάγεται κάθετα προς το δέρμα, σε συνεχή κίνηση, όπως ένα τρυπάνι (Εικόνα 1α). Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται έως ότου εξέλθει από τη βλάβη περιεχομένο κίτρινου χρώματος, το οποίο αντιστοιχεί στο θερμικά γαλακτοποιημένο σμήγμα. Τέλος, το σμήγμα αφαιρείται χρησιμοποιώντας έναν εξαγωγέα φαγεσώρων τύπου Schamberg (Εικόνα 1β). Μετεχειρουργικά, συστήνεται καθαρισμός του τραύματος με υπεροξειδίο του υδρογόνου 1,5% και εφαρμογή αλοιφής μουπιροσίνης 2%, δύο φορές την ημέρα για 4-5 ημέρες.

Χρησιμοποιήσαμε το συνδυασμό ενδοβλαβικής αποξήρανσης ακολουθούμενης από εξαγωγή του σμήγματος σε περισσότερους από 30 ασθενείς, με εξαιρετο αισθητικό αποτέλεσμα και χωρίς μετεχειρουργικές επιπλοκές (Εικόνες 2α-2β). Πιστεύουμε ότι η απομάκρυνση του θερμικά γαλακτοποιημένου σμήγματος μετά την αποξήρανση είναι απαραίτητη και σημαντική, ώστε να επιτευχθεί σωστά η επούλωση του τραύματος. Η απομάκρυνση αυτή μειώνει τη μετεχειρουργική φλεγμονή που προκαλείται από τη συγκράτηση των ενδοβλαβικών νεκρωτικών υπολειμμάτων,

ελαχιστοποιώντας έτσι την εμφάνιση μετεχειρουργικών επιπλοκών, όπως η μεταφλεγμονώδης δυσχρωμία και οι δύσμορφες ουλές.

ABSTRACT

Sebaceous hyperplasia represents a benign enlargement of the sebaceous gland commonly observed on predominantly photodamaged mature skin. Lesions are more common in males. Clinically, they consist of solitary or multiple, roundish yellowish papules, 2 to 4mm in diameter, occasionally associated with superficial telangiectasias. A central depression is a characteristic aspect corresponding to follicular infundibular ostia. Sebaceous hyperplasias are usually found on the face although areolar and genital regions may be involved. Giant and diffuse lesions and linear and zosteriform distributions have been reported¹. Multiple lesions have been described in patients undergoing dialysis or under immunosuppressive therapy (cyclosporine, corticosteroids) particularly after kidney transplantation²⁻³. A differential diagnosis with the nodular infiltrative basal cell carcinoma can occasionally warrant a skin biopsy.

Sebaceous hyperplasias, especially when numerous or large in size, are a cosmetic concern for many patients. Dermatological advice is therefore often sought to eliminate or correct them. Various treatment modalities have been proposed in the literature including shave excision, cryosurgery, chemical peels, electrodesiccation alone or with curettage, oral isotretinoin, laser photovaporization (CO₂, Er:YAG) or laser photothermolysis (PDL, diode laser) and light- or laser-assisted 5-ALA PDT⁴⁻⁹. All these techniques have proven to be helpful even if complications and side effects such as local recurrence, atrophic depression and risk of postinflammatory hyper- and hypopigmentation have been described. Usually, multiple sessions are required to obtain acceptable result. Modern high-tech devices are quite expensive to purchase and to maintain and usually do not provide major advantages over already established "old" techniques.

We personally favour a simple intralesional electrodesiccation based on an already described technique⁴. Our method is extremely rapid and effective and allows treating multiple lesions during a single session. Patient's discomfort is kept to a minimum and a faster wound healing is observed. Our method can be easily performed with commonly used electrosurgical

units always present in dermatological offices.

When dealing with numerous facial lesions we prefer to perform the appropriate facial nerve blocks rather than infiltrating each lesion separately. Regional blocks provide rapid and effective anaesthesia and should be mastered by any dermatologist wishing to perform dermatologic surgery. Local infiltration is a more painful and lengthy procedure, potentially modifying the appearance of lesions making their treatment less accurate. For a full face nerve block a set of eight symmetrical infiltrations is sufficient to obtain a good anaesthesia¹⁰. Our preference goes to a solution containing articaine 2% and epinephrine 1:200,000. When treating the periorbital regions, the use of plastic eye shields is strongly recommended to prevent any possible eye injury.

A fine, non-insulated epilating needle is mounted on the handpiece of an open circuit radiofrequency device (Hyfrecator 2000, Conmed, USA) at 450 + 50 kHz. Procedure is performed at low power setting at 3.2 - 3.5 Watts (150-180 Ohms). Needle is inserted and extracted perpendicular to the skin while the electrosurgical device is active, like an intermittent drilling (Figure 1a). Our endpoint is the observation of yellowish protrusions popping out from each treated lesion, corresponding to thermally emulsified sebum. A Schamberg comedone extractor is finally used to express all generated emulsified sebum (Figure 1b). Post-op standard wound care with hydrogen peroxide 1.5% cleansing followed by mupirocin ointment 2% twice a day is prescribed for 4-5 days.

We have used the combination of intralesional desiccation followed by Schamberg sebum extraction in more than 30 patients with excellent cosmetic results and virtually, no postoperative complications (Figures 2a-2b). We believe that eliminating thermally emulsified sebum immediately after the desiccation is very important to speed up wound healing due to significant reduction of postoperative inflammatory process induced by persistence of intralesional necrotic debris. Rapid healing processes also minimize common postoperative complications such as post-inflammatory dyspigmentation and scarring.

Keywords: *Sebaceous hyperplasia, electrodesiccation.*

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Χρήστος Πρέβεζας

Πλάτωνος 1, Πεύκη Τ.Κ. 15121, Αθήνα

E-mail: chrisprevezas@yahoo.com

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Taylor S, Perone J, Kaddu S, Kerl H. Appendage Tumors and Hamartomas of the Skin In: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, eds) 7th edn. USA: McGraw-Hill 2008; 1068-87.
2. Engel F, Ellero B, Woehl-Jaegle ML, Cribier B. Diffuse sebaceous hyperplasia of the face induced by cyclosporine. *Ann Dermatol Venereol.* 2005; 132(4):342-5.
3. Chanoki M, Izutani K, Maeda T. Senile sebaceous hyperplasia induced by corticosteroid therapy. *Hifuka No Rinsho* 1985; 39:897-902.
4. Bader RS, Scarborough DA. Surgical pearl: intralesional electrodesiccation of sebaceous hyperplasia. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 42(1 Pt 1):127-8.
5. Kaufmann R, Vranes M, Landes E. Diffuse (presenile) hyperplasia of the sebaceous glands, a new entity? Successful treatment with 13-cis-retinoic acid. *Hautarzt.* 1987; 38(1):31-5.
6. Schönemark MP, Schmidt C, Raulin C. Treatment of sebaceous gland hyperplasia with the pulsed dye laser. *Lasers Surg Med.* 1997; 21(4):313-6.
7. Walther T, Hohenleutner U, Landthaler M. Sebaceous gland hyperplasia as a side effect of cyclosporin A. Treatment with the CO2 laser *Dtsch Med Wochenschr.* 1998; 123(25-26):798-800.
8. No D, McClaren M, Chotzen V, Kilmer SL. Sebaceous hyperplasia treated with a 1450-nm diode laser. *Dermatol Surg.* 2004; 30(3):382-4.
9. Gold MH, Bradshaw VL, Boring MM et al. Treatment of sebaceous gland hyperplasia by photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid and a blue light source or intense pulsed light source. *J Drugs Dermatol.* 2004; 3(6 Suppl):S6-9.
10. Zide B, Swift R. How to block and tackle the face. *Plas Reconstr Surg* 1998; 10.